

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN HUMACAO  
DECANATO DE ADMINISTRACIÓN

**PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE  
ACCIDENTES E INCIDENTES**

OFICINA DE SALUD  
SEGURIDAD OCUPACIONAL Y  
PROTECCIÓN AMBIENTAL  
25 de febrero de 2008



## INDICE

APROBACIÓN.....	3
INTRODUCCIÓN .....	3
PROPÓSITO .....	3
ALCANCE .....	3
INFORMACIÓN GENERAL .....	4
REFERENCIAS .....	4
RESPONSABILIDADES .....	5
PROCEDIMIENTO .....	7
REVISIÓN .....	9

### Apéndices

Apéndice 1:	Hoja de evaluación de Incidente/accidente
Apéndice 2:	Información Preliminar de accidentes de trabajo
Apéndice 3:	Hoja de cotejo para la investigación de accidente/incidente

## APROBACIÓN

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Preparado por:	Angélica Torres Ayudante de la Decana de Adminstración a cargo de OSSOPA		25 de febrero de 2008
Aprobado por:	Dra. Hilda M Colón Plumey Rectora		25/3/08.

## INTRODUCCION

La Oficina de Salud, Seguridad Ocupacional y Protección Ambiental de la UPR en Humacao desarrolló el siguiente procedimiento con el objetivo de asegurar que los accidentes/incidentes se investigan, determinar las causas, identificar e implantar medidas preventivas que disminuyan la recurrencia y las pérdidas asociados a estos . La información que se obtenga será útil para determinar si los accidentes/ incidentes que surjan deben ser incluidos en las estadísticas que se reportan a P.R. OSHA.

## PROPÓSITO

Este procedimiento establece las guías a seguir para:

- Notificar, investigar y reportar los accidentes/incidentes
- Determinar las causas inmediatas y básicas de los accidentes/incidentes
- Implantar acciones correctivas que prevengan recurrencias

## ALCANCE

Este procedimiento aplica a todas las instalaciones de la Universidad de Puerto Rico en Humacao.

## INFORMACIÓN GENERAL

### Definiciones

- **Accidente** = Un suceso no deseado que causa o tiene el potencial de causar daño (lesión o enfermedad) a las personas, propiedad, proceso o ambiente.
- **Incidente** = Un acontecimiento no deseado , que bajo circunstancias ligeramente diferentes, podría haber resultado en lesiones a las personas, daño a la propiedad, proceso o ambiente.
- **Primera Ayuda** = Aquella lesión donde se ofrece un solo tratamiento y visitas de seguimiento con el único propósito de observar raspaduras menores, laceraciones, quemaduras, etc, las cuales no requieren tratamiento médico. Las visitas de seguimiento pueden incluir el cambio de vendajes y la observación de la lesión por personal médico. La diferencia de una primera ayuda y un tratamiento médico es la naturaleza de la lesión y el tratamiento requerido.
- **Tratamiento Médico** = Es aquel tratamiento que tiene que administrarse por un médico, enfermera o cualquier otro personal médico profesional bajo las ordenes de un médico. No incluye tratamiento de primera ayuda.
- **Casos con tiempo perdido o Actividad Restringida** = Casos de enfermedad o lesión que conllevan días fuera del trabajo o días de actividad restringida o ambas, más allá del primer día de la lesión o enfermedad.
- **Causa inmediata** = Actos o condiciones inseguras que preceden inmediatamente al accidente/incidente.
- **Causa Básica** = Actos o condiciones que produjeron las causas inmediatas. Puede existir más de una causa básica.

### Referencias

- Curso: La Administración Moderna de la Seguridad y Control de Pérdidas (1996)
- Estándar OSHA 1904

## **Responsabilidades**

### **Empleado(a) Lesionado(a) o Enfermo(a)**

- Informar inmediatamente a su supervisor(a) o, en su ausencia al(a) Directora de Departamento u Oficina , sobre toda lesión, enfermedad o incidente ocupacional.
- Acudir al Area de Servicios de Salud para ser evaluado(a) por el médico
- Proveer a su supervisor(a), al representante de la Oficina de Salud, Seguridad Ocupacional y Protección Ambiental y a la Oficina de Recursos Humanos toda la información necesaria relacionada con el accidente/incidente para la investigación pertinente y acciones correctivas.
- Completar las secciones I y II del Informe Preliminar de Accidentes de Trabajo posteoado en la página electrónica de la Institución, sección de formularios, bajo la Oficina de Recursos Humanos. En el apéndice 2 se incluye copia del mismo.

### **Personal de Servicios de Salud**

- Atender al(a) empleado(a) afectado(a) para la lesión o enfermedad ocupacional
- Informar de inmediato por teléfono, o cualquier otro medio de comunicación, toda lesión o enfermedad a la Oficina de Salud, Seguridad Ocupacional y Protección Ambiental, al(a) Supervisor(a) del empleado(a) y a la Oficina de Recursos Humanos.
- De ser necesario, acompañará al lesionado() hasta el hospital o coordinará para que otra persona lo(a) acompañe dependiendo de la condición clínica. Fuera de horas laborables, el(la) lesionado(a) será acompañado(a) por su supervisor(a) o su designado(a).

### **Supervisor(a) del área**

- Asegurar que toda lesión/enfermedad ocupacional sea referida a Servicios de Salud o al hospital más cercano.
- Acompañar al hospital al empleado(a) lesionado(a), de ser necesario
- Realizar una investigación de todos los accidentes/incidentes para determinar la causa, utilizando la hoja de investigación de accidentes/incidentes.

- Enviar copia de dicho Informe a la Oficina de Salud, Seguridad Ocupacional y Protección Ambiental.
- Implantar todas las acciones correctivas inmediatas para eliminar cualquier peligro
- Informar al(a) Decano(a) o Director(a) del Area sobre el accidente/incidente
- Informar o readiestrar al personal expuesto al mismo equipo o condición para evitar accidentes similares. Documentar el adiestramiento y mantener la documentación adjunta al informe de lesión o enfermedad.

#### **Director(a) de Departamento u Oficina**

- Notificar al Decano correspondiente todos los accidentes/incidentes ocurridos en su Departamento u Oficina.
- Firmar la Hioja de Investigación de accidentes e incidentes.
- Dar seguimiento a la implantación de acciones correctivas
- Asegurar que los resultados de accidentes/incidentes previos sean discutidos en las reuniones de Departamento u Oficina
- Asumir la responsabilidad del Supervisor en relación con la investigación de accidentes/incidentes.

#### **Supervisor(a) de Oficina Salud, Seguridad Ocupacional y Protección Ambiental**

- Realizar una investigación a fondo de los accidentes/incidentes utilizando la guía incluida en el apéndice #3
- Evaluar el Informe de Accidentes/Incidentes para verificar los factores causales y determinar la acción correctiva correspondiente.
- Discutir el Informe de Accidentes/Incidentes con el(la) Supervisor(a) y/o Director del Departamento u Oficina .
- Preparar un informe de estadísticas tomando como base la información de la forma OSHA 300.
- De ser necesario, orientar o adiestrar al empleado(a) lesionado(a) o enfermo(a), al Supervisor y/o Director del área sobre los factores causales y las medidas correcticas.

**Director(a) de Recursos Físicos**

- Asegurar que todo accidente/incidente que ocurra con un contratista se investigue y documente.
- Enviar copia del informe de accidente/incidente del contratista al Supervisor(a) de la Oficina de Salud, Seguridad Ocupacional y Protección Ambiental.

**Director(a) de Recursos Humanos**

- Asegurar que los accidentes/incidentes se evalúan para determinar los que se registrarán en la forma OSHA-300
- Asegurar que se registran, informan y publican los accidentes notificados de acuerdo con el estándar 1904

**PROCEDIMIENTO:****Empleado(a) lesionado(a)**

1. Notificar de forma inmediata todos los accidentes/incidentes al supervisor del área.
2. Llenar el formulario de Información Preliminar de Accidentes de Trabajo y enviar el mismo a la Oficina de Recursos Humanos.

**Supervisor**

1. Coordinar la atención médica para el empleado(a) accidentado(a).
2. Hacer la investigación del accidente/incidente utilizando el formulario que se incluye en el apéndice 1.
3. Completar el informe de accidente/incidente dentro de las 48 horas de ocurrido el mismo.
4. Enviar el informe a la Oficina de Salud, Seguridad Ocupacional y Protección Ambiental una vez completado en las subsiguientes 48 horas.
5. Una vez recibe el informe de accidente/incidente firmado por la Oficina de Salud y Seguridad Ocupacional y Protección Ambiental discutir el mismo con sus empleados.
6. Implantar las medidas correctivas

**Director del Departamento u Oficina**

1. Notificar al Decano(a) correspondiente los accidentes/incidentes que ocurran en su área.
2. Dar seguimiento a la implantación de las acciones correctivas
3. Informar los accidentes/incidentes en las reuniones de Departamento u Oficina.
4. Investigar los accidentes/incidentes en ausencia del Supervisor del Area.

**Oficina de Salud, Seguridad Ocupacional y Protección Ambiental**

1. Hacer una investigación a fondo de los accidentes/incidentes. El apéndice 3 incluye una guía para esta investigación
2. Determinar si las causas inmediatas y básicas fueron debidamente identificadas y las acciones correctivas definidas.
3. Discutir el informe de accidente/incidente con el Supervisor y/o Director del área. Corregir el informe si es necesario.
4. Enviar copia del informe final al(la) Supervisor(a) del área, Director(a) y Decano(a) del área, Decano(a) de Administración y Rector(a) para su información y revisión.
5. Verificar la implantación de las medidas correctivas

**Oficina de Servicios de Salud**

1. Atender al empleado(a) accidentado
2. Informar el accidente a las Oficinas de Recursos Humanos y Salud, Seguridad Ocupacional y Protección Ambiental.
3. Participar, en unión al Supervisor (Director), en la coordinación de la atención médica al empleado.

**Oficina de Recursos Humanos**

1. Analizar el informe preliminar de accidentes del trabajo.
2. Registrar las lesiones/enfermedades en la forma OSHA 300, de acuerdo con los criterios del estándar 1904 de OSHA.



3. Preparar y publicar las estadísticas de lesiones y enfermedades de acuerdo con los criterios del estándar 1904.
4. Informar a la Oficina Regional de PR-OSHA aquellos casos donde ocurra una muerte o haya 3 ó más personas hospitalizadas simultáneamente por el mismo evento, dentro de un período de ocho (8) horas.

#### **Oficina que contrata servicios o trabajos**

1. Investigar los accidentes/incidentes que ocurran durante la prestación de los servicios o la realización de los trabajos del contratista
2. Enviar copia del informe de accidente/incidente a la Oficina de Salud, Seguridad Ocupacional y Protección Ambiental
3. Discutir el informe de accidente/incidente con la Oficina de Salud, Seguridad Ocupacional y Protección Ambiental

#### **REVISIÓN**

Este procedimiento será revisado por la Oficina de Salud, Seguridad Ocupacional y Protección Ambiental cada dos años

UNVIERSIDAD DE PUERTO RICO EN HUMACAO  
DECANATO DE ADMINISTRACIÓN  
OFICINA DE SALUD, SEGURIDAD OCUPACIONAL  
Y PROTECCIÓN AMBIENTAL

**APÉNDICE #1**

**HOJA DE EVALUACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES**

<b>Nombre de la Persona Afectada:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Lugar:</b>	<b>Hora:</b>
<b>Referente a:</b>	<b>Reportado por:</b>
<b>Descripción del Incidente/Accidente</b>	
<b>Causa Inmediata</b>	
<b>Causa Básica</b>	
<b>Acciones Correctivas</b>	

UNVIERSIDAD DE PUERTO RICO EN HUMACAO  
DECANATO DE ADMINISTRACIÓN  
OFICINA DE SALUD, SEGURIDAD OCUPACIONAL  
Y PROTECCIÓN AMBIENTAL

**APÉNDICE #2**

**INFORMACIÓN PRELIMINAR DE ACCIDENTES DE TRABAJO  
(VER AL DORSO)**

INFORMACIÓN PRELIMINAR DE ACCIDENTE DE TRABAJO

1. Nombre del Lesionado \_\_\_\_\_

2. Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

3. Departamento/Oficina \_\_\_\_\_

4. Ocupación habitual y tiempo que lleva en el mismo \_\_\_\_\_

5. Fecha y Hora del accidente o alegada enfermedad ocupacional  
Fecha \_\_\_\_\_  
Hora \_\_\_\_\_

6. Hora en que comenzó a trabajar \_\_\_\_\_  AM  
 PM

7. Lugar exacto del accidente \_\_\_\_\_

8. Accidente Automovilístico  
 SI  NO

9. ¿Ocurrió el accidente dentro de los predios del patrono?  
 SI  NO

10. ¿Sufrieron otros empleados lesiones como consecuencia del accidente?  
 SI  NO

11. ¿Estaba en gestiones oficiales?  
 SI  NO

12. Labor que realizaba cuando ocurrió el accidente o alegada enfermedad ocupacional \_\_\_\_\_

13. Describa detalladamente cómo ocurrió el accidente o alegada enfermedad ocupacional (Indique el vehículo, herramienta, sustancia o el nombre y dirección de la persona que causa el accidente).  
\_\_\_\_\_

Información Personal

1. Dirección Residencial \_\_\_\_\_

2. Dirección Postal \_\_\_\_\_

3. Teléfono Residencial \_\_\_\_\_

4. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

5. Salario mensual \_\_\_\_\_

6. Edad \_\_\_\_\_

7. Grado de Escolaridad \_\_\_\_\_

8. Estado Civil Seleccione \_\_\_\_\_

9. Trabaja el Cónyuge  
 SI  NO

10. Número de Dependientes \_\_\_\_\_

11. Mano Hábil  
 Derecha  Izquierda

12. Nombre del Padre \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

13. Nombre familiar más cercano que no resida con el(la) lesionado(a).  
\_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

14. Observaciones que estime pertinente hacer  
\_\_\_\_\_

15. ¿Trabaja el lesionado también para otro patrono?  
 SI  NO

16. Testigo que presenciaron el accidente  
Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

17. ¿Ha radicado reclamación en otras agencias? (ACAA, Seguro Social, Beneficio por Desempleo)  
 SI  NO

Certifico que la información ofrecida es cierta y de mi fiel conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del(de la) Lesionado(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Certifico que tengo conocimiento de que el empleado(a) se reportará a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Supervisor(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

NOTA: Todo(a) empleado(a) o funcionario de la UPRH que sufra un accidente del trabajo, deberá someter este formulario a través de su Supervisor(a), el mismo debe ser completado en su totalidad y entregado en la Oficina de Recursos Humanos. Es importante que tal informe se rinda dentro del período de cinco días a partir de la fecha en que ocurre el accidente. De no ser así, no será elegible para recibir compensación por dietas, si tuviera que ausentarse del trabajo por prescripción médica aún después de dicho término, tendrá derecho a recibir atención médica

UNVIERSIDAD DE PUERTO RICO EN HUMACAO  
 DECANATO DE ADMINISTRACIÓN  
 OFICINA DE SALUD, SEGURIDAD OCUPACIONAL  
 Y PROTECCIÓN AMBIENTAL

**APÉNDICE #3**  
**HOJA DE COTEJO PARA LA**  
**INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES/ INCIDENTES**

Esta hoja de cotejo es una herramienta para desarrollar la información necesaria para identificar y clasificar apropiadamente los Factores Causales del Reporte de Accidentes/Incidentes

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

Fecha del Accidente/Incidente: \_\_\_\_\_

Preguntas	Sí	No
1. ¿Sabía el Supervisor de la tarea que estaba ejecutando el empleado al momento del accidente/incidente?		
2. ¿Recibió adiestramiento el empleado para ejecutar la tarea?		
3. ¿El empleado realizó el trabajo en forma adecuada?		
4. ¿Estaba el área de trabajo libre de obstáculos que impidieran que se realizara la tarea de forma segura?		
5. ¿El procedimiento para realizar la tarea es claro?		
6. ¿Estaban todas las herramientas y equipos necesarios disponibles para hacer el trabajo en forma segura?		
7. ¿Estaba el empleado libre de presión, prisa o tensión para realizar la tarea?		
8. ¿Hubo condiciones inseguras que contribuyeran al accidente/incidente?		
9. ¿Estaba todo el equipo de protección personal requerido disponible al momento de realizar el trabajo? Mencione el equipo de protección personal requerido _____ _____		
10. ¿El empleado estaba utilizando el EPP disponible y en buenas condiciones?		
11. ¿Utilizó el EPP correctamente?		
12. ¿Se tomaron las medidas correctivas (temporeras o permanentes)? Explique el tipo de acción correctiva (administrativa, controles de ingeniería, EPP)?		