



# **RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL PROTOCOLO: PT-ORH-001**

**Versión: 01**

## **OFICINA DE RECURSOS HUMANOS**

| <b>Elaborado por:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Firma:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Jackelynne Lizbeth Lezama Rojas<br/>Médico Ocupacional<br/>Oficina de Recursos Humanos</p> <p>Janeth Milagros Quintanilla Huisa<br/>Especialista de Seguridad y Salud en el Trabajo<br/>Oficina de Recursos Humanos</p> <p>Carlos Ricardo Wong Velarde<br/>Director<br/>Oficina de Recursos Humanos<br/>Dueño del Proceso</p> | <p>Firma Digital</p>  <p>Firmado digitalmente por<br/>QUINTANILLA HUISA Janeth<br/>Milagros FAU 20131366028 soft<br/>Motivo: Soy el autor del documento<br/>Fecha: 01.03.2022 10:58:47 -05:00</p> |

|                                                                                                                                                                                                                    |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <p><b>Revisado por:</b></p> <p>Sonia del Carmen Huamán Lozano<br/>Directora<br/>Unidad de Modernización y Gestión de la Calidad</p> <p>Laiter Luis García Tueros<br/>Director<br/>Oficina de Asesoría Jurídica</p> | <p><b>Firma:</b></p> |
| <p><b>Aprobado por:</b></p> <p>Carla María Minaya Medina<br/>Gerente General<br/>Gerencia General</p>                                                                                                              | <p><b>Firma:</b></p> |

|                                                                                   |                                                                                                                   |                |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                                                                                                  | <b>Código</b>  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | <b>RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD<br/>ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL<br/>ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL</b> | <b>Versión</b> | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                                   | <b>Página</b>  | 3 de 17    |

## ÍNDICE

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 1. OBJETIVO .....                    | 4  |
| 2. ALCANCE.....                      | 4  |
| 3. BASE LEGAL.....                   | 4  |
| 4. DEFINICIONES Y SIGLAS.....        | 5  |
| 5. RESPONSABILIDADES .....           | 7  |
| 6. DESARROLLO .....                  | 8  |
| 7. MEDIDAS COMPLEMENTARIAS .....     | 10 |
| 8. RECOMENDACIONES GENERALES .....   | 10 |
| 9. REGISTROS.....                    | 14 |
| 10. TABLA HISTÓRICA DE CAMBIOS ..... | 14 |
| 11. ANEXOS .....                     | 14 |

|                                                                                   |                                                                                                                   |                |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                                                                                                  | <b>Código</b>  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | <b>RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD<br/>ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL<br/>ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL</b> | <b>Versión</b> | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                                   | <b>Página</b>  | 4 de 17    |

## 1. OBJETIVO

Establecer las pautas de acción para reducir los riesgos asociados al COVID-19 de los/las servidores/as, proveedores y visitantes durante el cumplimiento de sus labores presenciales, en concordancia con las medidas dictaminadas por el Gobierno durante el Estado de Emergencia Nacional y la Emergencia Sanitaria.

## 2. ALCANCE

Las disposiciones contenidas en el presente protocolo son de observancia obligatoria para todos/as los/as servidores/as a nivel nacional que pertenecen a los regímenes laborales de los Decretos Legislativos Nos. 276, 728 y 1057, modalidades formativas, proveedores, así como a los visitantes.

## 3. BASE LEGAL

- 3.1 Constitución Política del Perú.
- 3.2 Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General No. 27444, aprobado mediante Decreto Supremo No. 004-2019-JUS.
- 3.3 Decreto Supremo N° 008-2020-SA, que declara el estado de emergencia sanitaria a nivel nacional por noventa (90) días calendario y dicta medidas para la prevención y control para evitar la propagación del COVID-19.
- 3.4 Decreto de Urgencia N° 025-2020-SA, que dicta medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el sistema de vigilancia y respuesta sanitaria frente al COVID-19 en el territorio nacional, entre las cuales se detallan reglas especiales en materia de teletrabajo en caso de coronavirus (COVID-19).
- 3.5 Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, que declara el estado de emergencia nacional por quince (15) días calendario y se dispone el aislamiento social obligatorio, debido a las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19.
- 3.6 Decreto Supremo N° 051-2020-PCM, que prorroga el estado de emergencia nacional y el estado de aislamiento social obligatorio por el término de trece (13) días calendario a partir del 31 de marzo de 2020, cuyo plazo será hasta el 12 de abril actual.
- 3.7 Decreto Supremo N° 064-2020-PCM, que prorroga el aislamiento social obligatorio hasta el 26 de abril de 2020.
- 3.8 Decreto Supremo N° 020-2020-SA, que prórroga la declaratoria de emergencia sanitaria que prorroga a partir del 10 de junio de 2020 hasta por un plazo de noventa (90) días calendario.
- 3.9 Resolución Ministerial N° 848-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.
- 3.10 Resolución Secretarial N° 286-2020-MINSA, que “Aprueba la Directiva Administrativa N° 296-MINSA/2020/SG”, que regula la atención a la ciudadanía en el Ministerio de Salud durante la emergencia sanitaria por COVID-19.

|                                                                                   |                                                                                                          |         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
|  | PROTOCOLO                                                                                                | Código  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD<br>ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL<br>ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL | Versión | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                          | Página  | 5 de 17    |

3.11 Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, que declara el estado de emergencia nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de las personas a consecuencia de la COVID-19 y establece las medidas que debe seguir la ciudadanía en la nueva convivencia social, se declara el estado de emergencia nacional por el plazo de treinta y un (31) días calendario, a partir del martes 01 de diciembre de 2020, por las graves circunstancias que afectan la vida de las personas a consecuencia de la COVID-19; el cual ha sido prorrogado sucesivamente por los decretos supremos N° 201-2020-PCM, N° 008-2021-PCM, N° 036-2021-PCM y N° 058-2021-PCM, en este último, por el plazo de treinta (30) días calendario, a partir del 1 de abril de 2021.

3.12 Directiva Administrativa N° 321-2021 MINSA/DGIESP, Directiva Administrativa que establece las disposiciones para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS-CoV-2.

#### 4. DEFINICIONES Y SIGLAS

4.1 **Aislamiento domiciliario<sup>1</sup>:** Es el procedimiento por el cual a una persona sospechosa, probable o confirmada con COVID-19 se le restringe el desplazamiento fuera de su vivienda por un lapso de catorce (14) días, que puede ser suspendida a partir del día diez (10), al permanecer asintomático y tener una prueba molecular con resultado negativo tomada a partir del día siete (07) por el Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo.

4.2 **Calificación Clínica de COVID-19 de acuerdo a Síntomas Respiratorios<sup>2</sup>:**

Caso leve: Toda persona con Infección Respiratoria Aguda (IRA) que tiene al menos dos (02) de los siguientes síntomas:

- Tos,
- Dolor de garganta,
- Fiebre y
- Congestión nasal.

Caso moderado: Toda persona con Infección Respiratoria Aguda (IRA) que cumple alguno de los siguientes criterios:

- Disnea,
- Taquipnea mayor a 22 respiraciones por minuto,
- Alteración a nivel de la conciencia,
- Hipotensión arterial,
- Signos clínicos y/o radiológicos de neumonía y
- Recuento linfocitario menor a 1000 células/ul.

Caso severo: Toda persona con Infección Respiratoria Aguda (IRA) que tiene al menos dos (02) de los siguientes criterios:

- Taquipnea mayor a 22 respiraciones por minuto,
- Alteración a nivel de la conciencia,
- Presión arterial sistólica menor a 100 mmHg o presión arterial mediana menor a 65 mmHg,

<sup>1</sup> Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades. AE código 014-2020.

<sup>2</sup> Fuente: Documento Técnico Atención y Manejo Clínico de Casos de COVID-19 MINSA

|                                                                                   |                                                                                                                   |  |                |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                                                                                                  |  | <b>Código</b>  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | <b>RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD<br/>ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL<br/>ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL</b> |  | <b>Versión</b> | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                                   |  | <b>Página</b>  | 6 de 17    |

- PaO2 menor a 60 o PaFi menor a 300,
- Signos de fatiga muscular, lactato sérico mayor a 2 mosm/L.

#### 4.3 **Caso Confirmado de COVID 19<sup>3</sup>:**

Se consideran casos confirmados a:

- Persona con prueba positiva a la Reacción en Cadena de la Polimerasa de transcriptasa reversa en tiempo real (RT-PCR en tiempo real) por infección de COVID-19, independientemente de los signos y síntomas clínicos.
- Persona con prueba rápida COVID-19 IgG/IgM positiva, independientemente de los signos y síntomas clínicos.
- Un caso sospechoso con segunda prueba rápida positiva, siete días después de haber tomado la primera prueba siendo ésta negativa.

#### 4.4 **Caso Sospechoso de COVID 19<sup>4</sup>:**

Persona con infección respiratoria aguda que presenta dos o más de los siguientes síntomas:

- Tos,
- Dolor de garganta,
- Dificultad para respirar,
- Congestión nasal,
- Fiebre, y
- Que tenga una de las siguientes condiciones:
  - Contacto directo con un caso confirmado de infección por COVID-19, en los catorce (14) días previos al inicio de sus síntomas; o
  - Residencia o historial de viaje, en los catorce (14) días previos al inicio de sus síntomas a distritos o provincias del Perú, con transmisión comunitaria de infección por COVID-19; o
  - Historial de viajes fuera del país, en los 14 días previos al inicio de sus síntomas.

Persona con Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG):

- Fiebre mayor a 38°C,
- Tos,
- Dificultad respiratoria, y
- Requiere hospitalización.

#### 4.5 **Caso Negativo de COVID 19<sup>5</sup>:**

Paciente con prueba negativa a la reacción en cadena de la polimerasa de transcriptasa reversa en tiempo real (RT-PCR en tiempo real) por infección de COVID-19.

#### 4.6 **Coronavirus<sup>6</sup>**

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan

<sup>3</sup> Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades. AE código 014-2020.

<sup>4</sup> Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades. AE código 014-2020.

<sup>5</sup> Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades. AE código 014-2020.

<sup>6</sup> Fuente: Organización Mundial de la Salud, portal web.

|                                                                                   |                                                                                                           |                |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                                                                                          | <b>Código</b>  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | <b>RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL</b> | <b>Versión</b> | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                           | <b>Página</b>  | 7 de 17    |

infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19.

#### 4.7 **COVID-19<sup>7</sup>**

El coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) es un tipo de coronavirus causante de la enfermedad por coronavirus (COVID-19).

#### 4.8 **Cuarentena<sup>8</sup>**

Es el procedimiento por el cual a una persona asintomática se le restringe e desplazamiento fuera de su vivienda por un lapso de catorce (14) días, que puede ser suspendida a partir del día diez (10), al permanecer asintomático y tener una prueba molecular con resultado negativo tomada a partir del día siete (07) por el Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo.

#### 4.9 **Factores de riesgo<sup>9</sup>:**

Características del paciente asociadas a mayor riesgo de complicaciones por COVID-19.

#### 4.10 **PCR<sup>10</sup>**

Son las siglas en inglés de 'Reacción en Cadena de la Polimerasa', es una prueba de diagnóstico que permite detectar un fragmento del material genético de un patógeno. En la pandemia de coronavirus, como en tantas otras crisis de salud pública relacionadas con enfermedades infecciosas, se está utilizando para determinar si una persona está infectada o no con coronavirus.

### 5. RESPONSABILIDADES

**5.1** Todos los órganos y unidades del SENAMHI son responsables del debido y estricto cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente Protocolo.

**5.2** Las Direcciones Zonales y la Oficina de Administración, según corresponda, deberán de cumplir con remitir la información sobre casos de COVID presentados en sus lugares de trabajo, ya sea oficina de la sede o estaciones, al/la Médico Ocupacional del SENAMHI.

**5.3** En caso algún servidor o servidora del SENAMHI presente algún o algunos de los casos establecidos en el numeral 6, deberá reportar, bajo responsabilidad, su estado de salud a la Médico Ocupacional del SENAMHI e informar a su Director/a o Subdirector/a.

El incumplimiento de lo dispuesto en el presente Protocolo genera responsabilidad administrativa, civil y/o penal a que hubiera lugar, de acuerdo a lo previsto en la normativa vigente.

<sup>7</sup> Fuente: Organización Mundial de la Salud, portal web.

<sup>8</sup> Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades. AE código 014-2020.

<sup>9</sup> Fuente: Documento Técnico Atención y Manejo Clínico de Casos de COVID-19 MINSA

<sup>10</sup> Fuente: Instituto Nacional de salud

|                                                                                   |                                                                                                    |         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
|  | PROTOCOLO                                                                                          | Código  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL | Versión | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                    | Página  | 8 de 17    |

## 6. DESARROLLO

### 6.1 CASO 01: Servidores/as con contacto estrecho<sup>11</sup> de un caso confirmado o caso sospechoso de COVID 19

Si el/la servidor/a de SENAMHI, durante los siete (7) días previos al ingreso al centro de labores, ha tenido alguno(s) de los siguientes contactos:

- Contacto estrecho con una persona que cumple el criterio de Caso Confirmado de COVID-19 según determinado por el MINSA,
- Contacto estrecho con una persona que cumple los criterios de Caso Sospechoso de COVID 19 según determinado por el MINSA,

**NO ES APTO PARA ACUDIR A SU CENTRO DE LABORES** y bajo ninguna circunstancia podrá apersonarse al centro de labores **las inmediatas 48 horas contadas a partir del contacto estrecho con un caso confirmado o caso sospechoso**. Además, deberá reportar, bajo responsabilidad, su condición de salud y al/la Médico ocupacional, la Dra. Jackelynne Lezama, a través de llamada telefónica al N° 950578408 o a través de WhatsApp al N° 950578408 o vía correo electrónico a [medico@senamhi.gob.pe](mailto:medico@senamhi.gob.pe). En ese sentido, la Oficina de Recursos Humanos, a través del área de Seguridad y Salud en el Trabajo, definirá de acuerdo con lo establecido por MINSA el momento exacto de retorno a la presencialidad y durante el periodo de la evaluación correspondiente, el/la servidor/a realiza estricto trabajo de modalidad remota.

### 6.2 CASO 02: Servidores/as sospechosos o confirmados con COVID 19

El/la servidor/a que es o ha sido un CASO SOSPECHOSO o CASO CONFIRMADO DE COVID-19, según lo determinado por el MINSA<sup>12</sup>, **NO ES APTO PARA ACUDIR A SU CENTRO DE LABORES**, y bajo ninguna circunstancia podrá apersonarse al centro de labores. Sobre el momento de retorno a la presencialidad, siempre que no se cuente con el descanso médico correspondiente, se deberá tener en cuenta lo siguiente:

- En casos asintomáticos / leves: refiere cuando el tratamiento del caso sospechoso o confirmado haya sido únicamente en el domicilio del/la servidor/a o que no haya requerido tratamiento. Sin embargo, **RESULTA NECESARIO HABER CUMPLIDO UN AISLAMIENTO OBLIGATORIO DE catorce (14) días**, que puede ser suspendido a partir del día diez (10), al permanecer asintomático y tener una prueba molecular con resultado negativo tomada a partir del día siete (07) por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- En los casos moderados / severos: refiere cuando el tratamiento del caso sospechoso o confirmado haya sido hospitalizado. Resulta obligatorio contar con el alta definitiva emitida por el/la médico tratante y, tanto para el tratamiento del caso sospechoso o del

<sup>11</sup> Se considera contacto estrecho a las personas que hayan estado con un caso confirmado de COVID-19 mientras presentaba síntomas o durante las 48 horas previas al inicio de los mismos.

<sup>12</sup> Revisar el acápite de definiciones complementarias

|                                                                                   |                                                                                                                   |                |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                                                                                                  | <b>Código</b>  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | <b>RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD<br/>ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL<br/>ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL</b> | <b>Versión</b> | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                                   | <b>Página</b>  | 9 de 17    |

caso confirmado, el/la servidor/a deberá haber cumplido un descanso médico emitido por su médico tratante.

El/la servidor/a deberá reportar, bajo responsabilidad, su situación de salud al/la Médico ocupacional, la Dra. Jackelynne Lezama, a través de llamada telefónica al N° 950578408 o a través de whatsapp al N° 950578408 o vía correo electrónico a [medico@senamhi.gob.pe](mailto:medico@senamhi.gob.pe).

### **6.3 CASO 03: Servidores/as con criterios de riesgo de exposición ante el COVID-19 (vulnerabilidad)<sup>13</sup>**

6.3.1 El/la servidor/a que cumpla con al menos uno de los siguientes criterios de riesgo **NO ES APTO PARA TRABAJO EN MODALIDAD PRESENCIAL TOTAL EN LA SEDE/DZ:**

- a. Edad mayor o igual a 65 años cumplidos durante el transcurso del año 2022.  
No obstante, todo director/a y/o servidor/a con edad igual mayor a 65 años puede solicitar realizar el trabajo MIXTO. Para tal efecto, el director/a deberá formalizar dicha solicitud a la Oficina de Recursos Humanos adjuntando la declaración jurada<sup>14</sup> la misma que será sometida a evaluación por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo para brindar opinión favorable o no sobre lo requerido.
- b. Haber evidenciado al Médico Ocupacional de la Entidad al menos una de las siguientes condiciones<sup>15</sup>:
  - Servidoras/es con patologías respiratorias crónicas, por ejemplo: **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Fibrosis Pulmonar.**
  - Servidoras/es con patologías cardíacas crónicas, por ejemplo: **Hipertensión Arterial refractaria**
  - Servidoras/es con **obesidad III** (mórbida, IMC igual o mayor a 40).<sup>16</sup>
  - Servidoras/es Inmunosuprimidos por ejemplo: **Oncológicos, VIH positivo, Lupus Eritematoso Sistémico (LES) activo, Artritis Reumatoide (AR)** activa.
  - Servidoras/es con **Diabetes Mellitus tipo I o tipo II.**
  - Servidoras/es con **Insuficiencia Renal Crónica.**
  - Servidoras/es con **Hepatopatía Crónica.**
  - Servidoras/es con **Patología Neurológica no controlada.**
  - Servidoras **gestantes o puérperas**<sup>17</sup> y **servidoras en periodo de lactancia** hasta los 6 meses<sup>18</sup> de edad del recién nacido.

<sup>13</sup> Fuente: Documento Técnico Atención y Manejo Clínico de Casos de COVID-19 MINSA

<sup>14</sup> Se adjunta Declaración Jurada de conocer los riesgos del COVID-19 ante el ingreso al SENAMHI – Modalidad presencial y mixta.

<sup>15</sup> Si el/la servidor/a presenta alguna de las condiciones indicadas en la lista, desea realizar trabajo mixto, debe formalizar su solicitud a través de la citada declaración jurada y teniendo en cuenta que se trate de un diagnóstico de vulnerabilidad NO contemplado éntrelos descritos por MINSA.

<sup>16</sup> IMC = Peso / (talla\*talla). En la calculadora, se puede dividir talla (en metros) por el peso (en kg) y dividir el resultado nuevamente por el peso (IMC=talla ÷ peso ÷ peso)

<sup>17</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

<sup>18</sup> La lactancia exclusiva es hasta los 6 meses y hasta esa etapa la leche materna debiera ser el único alimento del lactante. En adelante la lactancia continúa, pero de manera mixta (se inicia alimentos adicionales a la leche materna).

|                                                                                   |                                                                                                           |  |                |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                                                                                          |  | <b>Código</b>  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | <b>RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL</b> |  | <b>Versión</b> | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                           |  | <b>Página</b>  | 10 de 17   |

- Otras condiciones no controladas que el/la Médico Ocupacional tenga a bien considerar de riesgo para desarrollar formas graves de COVID-19.

Sin embargo, todo/a director/a y/o servidor/a con alguno de los diagnósticos líneas arriba puede solicitar de manera voluntaria realizar el trabajo MIXTO. Para tal efecto, el director/a deberá formalizar dicha solicitud a la Oficina de Recursos Humanos adjuntando su declaración jurada<sup>19</sup> la misma que será sometida a evaluación por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo para brindar opinión favorable o no sobre lo requerido.

6.3.2 Si el/la servidor/a cumpliera con ambos criterios de riesgos indicados en el numeral anterior, puede solicitar realizar el trabajo MIXTO. Para ello, el/la director/a deberá formalizar dicha solicitud a la Oficina de Recursos Humanos adjuntando la declaración jurada<sup>20</sup> la misma que será sometida a evaluación por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo para brindar opinión favorable o no sobre lo requerido.

#### **6.4 CASO 04: Servidores APTOS para trabajo presencial / mixto:**

Todo servidor/a que NO se encuentren dentro de los tres (3) casos descritos anteriormente pueden hacer actividad presencial o mixta en cumplimiento estricto de los aforos sanitarios por ambientes de trabajo.

En ese sentido, la Oficina de Recursos Humanos notificará el aforo permitido de cada órgano de acuerdo a la normatividad sanitaria vigente.

### **7. MEDIDAS COMPLEMENTARIAS**

Desde la entidad se emiten medidas de prevención con la finalidad de minimizar la exposición al riesgo de COVID-19.

### **8. RECOMENDACIONES GENERALES**

Dado que en la actualidad la mayor estrategia de prevención es la aplicación de vacunas contra la COVID-19 los/as servidores/as que realizan actividades presenciales o mixtas deben estar vacunados contra COVID-19 para prevenir los casos graves de la enfermedad del coronavirus (COVID-19). Asimismo, se debe tener en cuenta las medidas de prevención, tales como, el uso obligatorio y correcto de las mascarillas, la importancia de permanecer en espacios ventilados en todo momento, respetar el aforo sanitario establecido para cada ambiente de labores y el lavado frecuente de manos o su constante desinfección.

#### **8.1 Higiene respiratoria**

Para reducir la posibilidad de contagiar a otros/as servidores/as, durante la jornada de trabajo presencial o mixto en las sedes de la entidad / comisiones de servicio, el servidor/a deberá:

<sup>19</sup> Se adjunta Declaración Jurada de conocer los riesgos del COVID-19 ante el ingreso al SENAMHI – Modalidad presencial y mixta.

<sup>20</sup> Se adjunta Declaración Jurada de conocer los riesgos del COVID-19 ante el ingreso al SENAMHI – Modalidad presencial y mixta.

|                                                                                   |                                                                                                    |         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
|  | PROTOCOLO                                                                                          | Código  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL | Versión | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                    | Página  | 11 de 17   |

- a. **Utilizar mascarillas de manera permanente y OBLIGATORIA.** Podrá usar los respiradores Kn95 proporcionados por la entidad o una propia que como mínimo cumpla con las especificaciones técnicas. También puede usar doble mascarilla (una quirúrgica y la 2da. de tela o de usos comunitario)<sup>21</sup>.

Para el uso de las mascarillas, se deben seguir los siguientes pasos<sup>22</sup>:

- Antes de ponerse la mascarilla, lavarse las manos con agua y jabón o con un desinfectante a base de alcohol.
- Cubrir la boca y la nariz, y asegurar de que no haya espacios entre su cara y la mascarilla.
- Evitar tocar la mascarilla mientras la usa; si lo hace, lavarse las manos con agua y jabón o usar desinfectante a base de alcohol.
- Cambiar la mascarilla tan pronto esté húmeda o deteriorada.
- No reutilizar las que son de un solo uso.
- Quitar la mascarilla por detrás (no tocar la parte delantera de la mascarilla).
- En el caso de mascarillas descartables, desechar inmediatamente en el contenedor designado para este fin después de su uso; y lavarse inmediatamente las manos con agua y jabón o con un desinfectante a base de alcohol.

- b. **Cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar.** Si bien el uso de mascarillas reduce la cantidad de gotitas emitidas al ambiente, así como la distancia en que se propagarían las mismas, los/as servidores/as deberán alejarse de otras personas lo máximo posible y cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado o con papel toalla de un solo uso durante su proceso de tos o estornudo, el cual deberá ser desechado inmediatamente. También puede realizar cualquier otra medida que minimice la dispersión de las gotitas expectoradas. Evitar cubrirse con las manos (caso contrario, debe lavarse inmediatamente las manos). Desinfectar cualquier superficie que pueda haber sido contaminada por las gotas emitidas.

## 8.2 Higiene de manos

Para reducir la posibilidad de ser contagiado/a, una de las medidas más importantes que debe cumplirse es lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón por lo menos durante 20 a 30 segundos y asegurando que toda la superficie de las manos (anverso, reverso, entre los dedos, bajo las uñas) y muñecas sea enjabonada, especialmente después de ir al baño, antes de comer, y después de sonarse la nariz, toser o estornudar y siempre que sea posible. Si no cuenta con agua ni jabón, use un desinfectante de manos que contenga al menos un 60 % de alcohol o alcohol medicinal<sup>23</sup> para la desinfección.

<sup>21</sup> RM 135-2020 MINSA que aprueba la EETT para confección de mascarillas / MINSA

<sup>22</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Portal web.

<sup>23</sup> Tener en cuenta que el alcohol medicinal puede causar dermatitis.

|                                                                                   |                                                                                                                   |  |                |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                                                                                                  |  | <b>Código</b>  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | <b>RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD<br/>ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL<br/>ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL</b> |  | <b>Versión</b> | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                                   |  | <b>Página</b>  | 12 de 17   |

### **8.3 Higiene general**

Para reducir la posibilidad de ser contagiado/a durante la labor presencial o mixto se deberán tomar las siguientes precauciones:

- Evitar tocarse los ojos, nariz y la boca. Estas son las vías de ingreso del virus al organismo y si los tocamos con las manos contaminadas podemos producir el contagio. Los guantes son inefectivos ya que no previenen esta modalidad de contagio y pueden crear una falsa sensación de seguridad.
- Evitar saludarse con besos en el rostro o estrechando las manos. Tampoco están permitidos los saludos con contacto de puños o codos.
- No compartir ningún utensilio de aseo o usado en la alimentación.

### **8.4 Ventilación**

Los puestos de trabajo y medios de transporte al trabajo o en cumplimiento de comisiones de servicio deben ser lo más ventilados posible, considerando que la ventilación natural es el mejor método. En ese sentido, todo ambiente de trabajo debe permanecer con las puertas y las ventanas abiertas permitiendo con ello una continua circulación del aire natural. Cabe precisar que esta medida resulta fundamental para evitar la transmisión del virus por aerosoles, lo cual es una fuente de contagio imperceptible y difícil de evitar pues, los aerosoles quedan suspendido en el aire durante periodos prolongados de tiempo.

### **8.5 Distanciamiento social**

Para reducir la posibilidad de ser contagiado/a y de contagiar a otras personas, se deberán tomar las siguientes precauciones:

- Mantener el aforo sanitario establecido en cada ambiente de trabajo.
- Evitar en todo momento a personas que se encuentren tosiendo o estornudando. Asimismo, las personas que vayan a toser o estornudar deberán alejarse previamente de las demás personas lo más posible.
- Tener en cuenta que el distanciamiento de 2.0 mts resulta insuficiente ante una persona sintomática. Hay indicaciones que las gotas emitidas por estornudos pueden alcanzar hasta 8 metros e incluso muchos metros más<sup>24</sup>.

### **8.6 Medidas Preventivas de Aplicación Colectiva**

Los ambientes de trabajo deberán cumplir con lo siguiente:

- Las ventanas deben permanecer abiertas durante toda la jornada laboral, garantizando así una adecuada ventilación.

<sup>24</sup> Bourouiba, L., 2020. <http://doi.org/10.1001/jama.2020.4756>

|                                                                                   |                                                                                                                   |  |                |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                                                                                                  |  | <b>Código</b>  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | <b>RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD<br/>ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL<br/>ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL</b> |  | <b>Versión</b> | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                                   |  | <b>Página</b>  | 13 de 17   |

- Las puertas de cada oficina deberán estar abiertas durante toda la jornada laboral, garantizando así una adecuada ventilación.
- En el caso de ambiente de trabajo poco ventilados, el aforo sanitario establecido queda restringido a solo un/a servidora en el citado ambiente.

En lo que respecta al uso de medios de transporte de la entidad (vehículo liviano), se dispone que:

- Quedan restringidos para transportar únicamente a dos (02) servidores/as la vez en la parte posterior del vehículo. Excepcionalmente, se podrá hacer uso del asiento de copiloto, si solo si, use una careta adicional al respirador Kn95 o doble mascarilla.
- Se debe garantizar el transporte con ventanas abiertas para la adecuada ventilación y la desinfección total del vehículo antes, durante y después de cada jornada de transporte, esto último a cargo del transportista.

### **8.7 Reuniones de Trabajo**

Se realizarán las reuniones presenciales estrictamente necesarias. Asimismo, se fomentará el uso de videoconferencia.

De requerirse participación en reuniones presenciales de carácter indispensable, estas deben procurar que los participantes mantengan una distancia mínima de dos (2) metros entre cada asistente y las citadas reuniones no deberán ser mayores a una (1) hora. Se solicitará a los organizadores que confirmen las medidas de seguridad adoptadas para evitar el contagio antes de participar en dichas reuniones. En caso de no cumplirse con estas medidas, el/la servidor/a podrá excusarse de participar, incluso durante el desarrollo de la reunión.

### **8.8 Uso de baños**

Hacer uso responsable de los implementos y materiales de higiene y protección que se otorguen, evitando su desgaste innecesario o desperdicio. Se deberá tomar los cuidados necesarios para no mojar o ensuciar innecesariamente las instalaciones.

### **8.9 Vigilancia médica de la salud de los servidores/as**

La entidad, a través del/la Médico Ocupacional, evaluará la pertinencia de toma de pruebas de diagnóstico (antigénicas o serológicas) y, si se ejecutan las mismas, se realizarán en concordancia con los flujos para pruebas de laboratorio COVID-19<sup>25</sup>.

**TODO SERVIDOR CON PRUEBAS POSITIVA PARA COVID-19 NO ES APTO PARA LABORAR DE MANERA PRESENCIAL O MIXTA Y DEBE CUMPLIR CON EL AISLAMIENTO OBLIGATORIO INDICADO POR EL MÉDICO OCUPACIONAL.**

<sup>25</sup> Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS)

|                                                                                   |                                                                                                           |                |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                                                                                          | <b>Código</b>  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | <b>RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL</b> | <b>Versión</b> | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                           | <b>Página</b>  | 14 de 17   |

## 9. REGISTROS

| Denominación                                                                                                     | Código    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Ficha de sintomatología COVID-19 para el ingreso de los proveedores a las instalaciones de SENAMHI               | SG.SST.MO |
| Ficha de sintomatología COVID-19 para el retorno al trabajo                                                      | SG.SST.MO |
| Declaración Jurada de conocer los riesgos del COVID-19 ante el ingreso al SENAMHI – Modalidad presencial y mixta | SG.SST.MO |

## 10. TABLA HISTÓRICA DE CAMBIOS

| Versión | Detalle de cambio |
|---------|-------------------|
| 01      | Versión inicial   |

## 11. ANEXOS

**11.1 Anexo N° 1:** Ficha de sintomatología COVID-19 para el ingreso de los proveedores a las instalaciones de SENAMHI.

**11.2 Anexo N° 2:** Anexo 4: Ficha de sintomatología COVID-19 para el retorno al trabajo.<sup>26</sup>

**11.3 Anexo N° 3:** Declaración Jurada de conocer los riesgos del COVID-19 ante el ingreso al SENAMHI – Modalidad presencial y mixta.

<sup>26</sup> Se llama Anexo 4 de acuerdo a la normativa del MINSA.

|                                                                                   |                                                                                                           |  |                |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                                                                                          |  | <b>Código</b>  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | <b>RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL</b> |  | <b>Versión</b> | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                           |  | <b>Página</b>  | 15 de 17   |

### Anexo N° 1: Ficha de sintomatología COVID-19 para el ingreso de los proveedores a las instalaciones de SENAMHI

El SENAMHI en cumplimiento de su Plan de vigilancia prevención y control ante la exposición al COVID-19, aplica la ficha sintomatológica previo a **TODO** INGRESO DE PROVEEDORES, LOCADORES Y VISITANTES a las instalaciones de la entidad a nivel nacional, con la finalidad de salvaguarda la salud y el bienestar de todos y todas. En ese sentido, solicitamos el llenado de la presente Declaración Jurada.

Yo \_\_\_\_\_ con N° de DNI: \_\_\_\_\_ de edad: \_\_\_\_\_ años y con N° de Celular: \_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento lo siguiente:

Laboro en (Entidad Pública o Empresa): \_\_\_\_\_, dentro de SENAMHI me dirijo a la Oficina/Dirección Zonal \_\_\_\_\_ cuyo motivo de ingreso son actividades propias de:

|                  |                      |         |                            |
|------------------|----------------------|---------|----------------------------|
| <b>Proveedor</b> | <input type="text"/> | Fechas: | Persona de Contacto: ..... |
| <b>Visitante</b> | <input type="text"/> | Fechas: | Persona de Contacto: ..... |
| <b>Locador</b>   | <input type="text"/> | Fechas: |                            |

Asimismo, dejo por escrito que los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes:

| N°  | SINTOMAS                                                                                                                     | SI | NO |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1.  | Sensación de alza térmica o fiebre <sup>27</sup>                                                                             |    |    |
| 2.  | Tos, opresión de pecho o dificultad para respirar <sup>28</sup>                                                              |    |    |
| 3.  | Dolor de garganta, congestión nasal o estornudos <sup>29</sup>                                                               |    |    |
| 4.  | Cefalea (dolor de cabeza) o malestar general <sup>30</sup>                                                                   |    |    |
| 5.  | Perdida de olfato o de gusto <sup>31</sup> (disgeusia o anosmia)                                                             |    |    |
| 6.  | Diarreas                                                                                                                     |    |    |
| 7.  | Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19 o con un caso sospechoso de acuerdo a la AE vigente <sup>32</sup> |    |    |
| 8.  | Pertenece usted al grupo de riesgo de exposición a covid-19 (es vulnerables)                                                 |    |    |
| 9.  | Está tomando actualmente alguna medicación <sup>33</sup>                                                                     |    |    |
| 10. | Cuenta con la vacunación completa                                                                                            |    |    |

Especificar: \_\_\_\_\_

He sido informado que, de omitir o falsear información, puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, lo cual constituye una falta grave a la salud pública y en ese sentido, asumo sus consecuencias.

Fecha:     /     / 2021

.....

**FIRMA Y NOMBRE**

**DNI:**

<sup>27</sup> De tener Temperatura mayor o igual a 37.5°C indicar.

<sup>28</sup> De ser **SI**, en el campo **especificar**, describir cuantos días y cuál de las alternativas presenta.

<sup>29</sup> De ser **SI**, en el campo **especificar**, describir cuantos días y cuál de las alternativas presenta.

<sup>30</sup> De ser **SI**, en el campo **especificar**, describir cuantos días y cuál de las alternativas presenta.

<sup>31</sup> De ser **SI**, en el campo **especificar**, describir cuantos días y cuál de las alternativas presenta.

<sup>32</sup> De ser **SI**, en el campo **especificar**, describir cuantos días han transcurrido desde el último día de contacto.

<sup>33</sup> De ser **SI**, en el campo **especificar**, describir que medicamento toma y su frecuencia de uso.

|                                                                                   |                                                                                                           |                |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                                                                                          | <b>Código</b>  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | <b>RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL</b> | <b>Versión</b> | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                           | <b>Página</b>  | 16 de 17   |

## Anexo N° 2: Anexo 4: Ficha de sintomatología COVID-19 para el retorno al trabajo

El SENAMHI en cumplimiento de su Plan de vigilancia prevención y control ante la exposición al COVID-19, y en el marco de las medidas sanitarias dispuestas por el gobierno aplica la ficha sintomatológica (anexo 2 de la resolución N° 972-2020-MINSA) previo a **TODA actividad laboral que requiera la presencia física de sus servidores/as** a nivel nacional, con la finalidad de salvaguarda la salud y el bienestar de todos y todas. En ese sentido, solicitamos el llenado de la presente DJ:

Yo \_\_\_\_\_ he recibido explicación del objetivo de este reporte y me comprometo a responder con la verdad.

Órgano: \_\_\_\_\_ Unidad orgánica: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### Modalidad de Trabajo:

|                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| Presencial                     | <input type="checkbox"/> |
| Mixto                          | <input type="checkbox"/> |
| Remoto: (Autorización Puntual) | <input type="checkbox"/> |

### Detallar su lugar de trabajo:

|                                    |                      |        |          |          |
|------------------------------------|----------------------|--------|----------|----------|
| Sede o DZ:                         | <input type="text"/> | Fecha: | / / 202_ | / / 202_ |
| Comisiones diversas:               | <input type="text"/> | Fecha: | / / 202_ | / / 202_ |
| Comisión de servicio a Estaciones: | <input type="text"/> | Fecha: | / / 202_ | / / 202_ |

En los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes:

| N° | SINTOMAS                                                                                                      | SI                       | NO                       |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Sensación de alza térmica o fiebre <sup>34</sup> , cefalea (dolor de cabeza) o malestar general <sup>35</sup> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Tos, dificultad para respirar <sup>36</sup> , dolor de garganta, congestión nasal o estornudos <sup>37</sup>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Perdida de olfato o de gusto <sup>38</sup> (disgeusia o anosmia), diarreas                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Contacto con persona(s) COVID-19 confirmado o con sospechosos de acuerdo a la AE vigente <sup>39</sup>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Pertenece usted al grupo de riesgo de exposición a COVID-19 (vulnerable)                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Está tomando actualmente alguna medicación <sup>40</sup>                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Cuenta con la vacunación completa (dos dosis)                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Especificar: \_\_\_\_\_

He sido informado que, de omitir o falsear información, puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, lo cual constituye una falta grave a la salud pública y en ese sentido, asumo sus consecuencias.

Fecha: / / 202\_

.....

FIRMA Y NOMBRE

DNI:

<sup>34</sup> De tener Temperatura mayor o igual a 37.5°C indicar.

<sup>35</sup> De ser SI, en el campo **especificar**, describir cuantos días y cuál de las alternativas presenta.

<sup>36</sup> De ser SI, en el campo **especificar**, describir cuantos días y cuál de las alternativas presenta.

<sup>37</sup> De ser SI, en el campo **especificar**, describir cuantos días y cuál de las alternativas presenta.

<sup>38</sup> De ser SI, en el campo **especificar**, describir cuantos días y cuál de las alternativas presenta.

<sup>39</sup> De ser SI, en el campo **especificar**, describir cuantos días han transcurrido desde el último día de contacto.

<sup>40</sup> De ser SI, en el campo **especificar**, describir que medicamento toma y su frecuencia de uso.

|                                                                                   |                                                                                                                   |                |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
|  | <b>PROTOCOLO</b>                                                                                                  | <b>Código</b>  | PT-ORH-001 |
|                                                                                   | <b>RETORNO SEGURO A LA PRESENCIALIDAD<br/>ANTE EL COVID-19, EN EL MARCO DEL<br/>ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL</b> | <b>Versión</b> | 01         |
|                                                                                   |                                                                                                                   | <b>Página</b>  | 17 de 17   |

**Anexo N° 3: Declaración Jurada de conocer los riesgos de COVID-19 ante el ingreso al  
SENAMHI – Modalidad presencial y mixta**

(Anexo N° 9 de la Directiva Administrativa N° 321-MINSA/DGIESP-2021)

Yo, ....., con Documento Nacional de  
Identidad N° ....., con domicilio en  
....., de nacionalidad  
....., celular o teléfono fijo N° ....., y correo  
electrónico institucional ....., manifiesto  
con carácter de **DECLARACION JURADA LO SIGUIENTE:**

SENAMHI me ha informado y he comprendido sobre todos los riesgos que implica mi  
regreso o reincorporación en modalidad presencial o mixta a mi centro laboral, de  
acuerdo con la normativa vigente.

Esta declaración no implica que sea responsable de los daños en mi salud que  
puedan generarse por accidentes o riesgos laborales.

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo y firma del servidor(a)**

\_\_\_\_\_  
**Firma o huella digital de personal del Área de Seguridad  
y Salud en el Trabajo**

Firmado en la ciudad de.....el día..... de..... de 20...