**Diagnóstico de la Calidad de los Ambientes**

**y Condiciones de Trabajo**

**Sistema HSYMAT**

**Año 20\_\_**

**Nombre del Servicio**

**Fecha de elaboración del Diagnóstico (dd-mm-aaaa):**

**Índice de requisitos técnicos**

[a) Descripción de la metodología utilizada para identificar los problemas existentes en materias de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo 3](#_Toc329167065)

[b) Descripción general de la Institución, considerando las funciones que realiza, las características de su(s) dependencia(s), la dotación de funcionarios, la organización existente para la prevención de los riesgos laborales 4](#_Toc329167066)

[c) Identificación de los problemas (peligros y riesgos) en materia de higiene y seguridad, considerando la reglamentación legal vigente. 5](#_Toc329167067)

[d) Identificación de los problemas existentes para enfrentar situaciones de emergencia, y del cumplimiento del procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo 6](#_Toc329167068)

[e) Identificación de los problemas en materia de mejoramiento de ambientes de trabajo 7](#_Toc329167069)

*.*

El Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo es el proceso de identificar y determinar los problemas que existen en el ambiente de trabajo en materia de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de los ambientes.

El Sistema exige que el Servicio elabore el diagnóstico a partir de la opinión de expertos en prevención de riesgos, que pueden ser del mismo Servicio, del organismo administrador al cual éste está adherido o afiliado para efectos del Seguro Laboral u otro experto, como por ejemplo, de Bomberos. Y que se cuente con la participación del o de los Comité(s) Paritario(s), o el Comité Voluntario y del Encargado del Sistema.

(Cada servicio debe incluir una introducción a este informe indicando la importancia del diagnóstico para la implementación del Sistema y el compromiso para su actualización periódica, para gestionar adecuadamente la gestión de la prevención de los riesgos laborales.)

# a) Descripción de la metodología utilizada para identificar los problemas existentes en materias de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo

* El diagnóstico fue preparado por (identificar a la persona o el área específica del servicio que estuvo a cargo de prepararlo o presentar una tabla si fueron diversas personas de diferentes áreas o diversas áreas, según corresponda).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Cargo** | **Unidad, Comité o Departamento** |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Las dependencias del Servicio que fueron consideradas en este diagnóstico son (señalar la dependencia específica, y las áreas o secciones consideradas en el diagnóstico o presentar una tabla cuando el Servicio tenga varias dependencias, según región, si corresponde, precisando si se realizó una inspección o una evaluación de riesgos y quién la hizo).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Región** | **Dependencia (nombre y/o dirección)** | **Área o sección** | **Inspección o evaluación de riesgo (señalar quién la efectuó)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Las acciones que se programaron para recabar información fueron (señalar las que se efectuaron para evaluar los ambientes de trabajo, las internas (inspecciones) y las externas (asesorías del organismo administrador, informes de expertos):
* Los antecedentes que fueron considerados para elaborar el diagnóstico son (señalar cuáles fueron los antecedentes, si son varios se pueden presentar en una tabla, como pueden ser: informes de expertos, informes de evaluación de resultados del Sistema HSYMAT, resultados del diagnóstico del año previo, informes de inspecciones, actas de reuniones de Comité Paritario, listas de chequeo, registros de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales, y de observaciones y recomendaciones de los funcionarios, de los Comités, entre otros).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antecedentes**  **(nombre, número, fecha del informe)** | **Dependencia**  **(nombre y/o dirección)** | **Área o sección** | **Riesgo o materia(\*)** | **Observaciones** |
| Informe de Expertos, señalar nombre, fecha |  |  |  | Señalar si lo preparó el organismo administrador, un experto del Servicio, Bomberos, etc. |
| Informe de Evaluación de Resultados, señalar año |  |  |  |  |
| Informe de Inspección Comité Paritario |  |  |  |  |
| Acta de reunión Comité Paritario o Voluntario de \_\_\_\_(fecha) |  |  |  |  |
| .  .OTROS |  |  |  |  |

(\*)Evaluación de: puestos de trabajo, Iluminación, Ruido; entre otros, y/o Riesgo de: caídas, incendio, electrocución, etc.

# b) Descripción general de la Institución, considerando las funciones que realiza, las características de su(s) dependencia(s), la dotación de funcionarios, la organización existente para la prevención de los riesgos laborales

(Hacer una descripción general de las actividades y características del Servicio, señalando las particularidades que puedan presentar a través del país, cuando las tengan. Asimismo, señalar qué tareas o actividades desarrollan los funcionarios, precisando si hay diferencias según las dependencias que tiene.

Para informar las dependencias que ocupa la Institución a través del país se puede utilizar una tabla. Se puede preparar una tabla para cada región cuando hay varias dependencias por región, o informar en qué región están ubicadas las dependencias en la misma tabla.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antecedentes** | **Dependencia 1** | **Dependencia 2** | **Dependencia 3** |
| **Región** | | | |
| Nombre y/o Dirección |  |  |  |
| Año de edificación |  |  |  |
| Superficie construida |  |  |  |
| N° de pisos de la edificación |  |  |  |
| Tipo de construcción |  |  |  |
| N° de pisos ocupados por el Servicio |  |  |  |
| N° Oficinas de la edificación |  |  |  |
| N° Oficinas ocupadas por el Servicio |  |  |  |
| Estacionamientos |  |  |  |
| Zonas de Archivo |  |  |  |
| Bodega |  |  |  |
| Comedor |  |  |  |
| N° Servicios higiénicos |  |  |  |
| N° Funcionarios |  |  |  |
| Observaciones (si comparte las dependencias con otros Servicios o empresas, etc.) |  |  |  |
| Vehículos |  |  |  |

La distribución de nuestro personal es la siguiente (presentar la información separada por región del país, si corresponde):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Región...........** | | | | | | |
| **Dependencia(Nombre y/o Dirección)** | **Planta** | **Contrata** | **Código del Trabajo** | **Total** | **Honorarios** | **Otros(\*)** |
| **Dependencia 1** |  |  |  |  |  |  |
| **Dependencia 2** |  |  |  |  |  |  |
| **Dependencia 3** |  |  |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |  |  |

(\*)Si se comparten dependencias con funcionarios de otros servicios públicos, si hay presencia de trabajadores externos de empresas contratistas o subcontratistas.

**(En aquellos casos que los funcionarios deben contar con elementos de protección personal** para realizar su trabajo se debe precisar las tareas que los requieren, el número de funcionarios que los debería utilizar para realizar cada tarea, y cuáles son dichos elementos).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Región……………………………..** | | | |
| **Tarea o actividad** | **Dependencia ( nombre y/o dirección)** | **Elementos de Protección Personal** | **Nº funcionarios** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

La organización en prevención de riesgos de nuestra Institución está compuesta por:…..

(precisar el número de comités paritarios, si corresponde; la contratación o asesoría de experto(s) en prevención de riesgos; la existencia de alguna Unidad especializada u otro tipo de figura u organización, entre otros. Se puede presentar en una tabla si el servicio cuenta con una organización compleja o con diversos componentes).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de organización** | **Marque con X, lo que corresponda** | **Observaciones** |
| Encargado Sistema HSYMAT |  | Señalar el nombre y cargo en el Servicio, y si el encargado es experto en Prevención de riesgos. |
| Comité(s) Paritario(s) |  | Señalar cuántos comités son. Si tiene más de 1 Comité, completar la Tabla Comités Paritarios. |
| Comité Voluntario | Informar sólo los servicios que no tiene obligación legal de tener Comités Paritarios. |  |
| Otros Comités | Informar los servicios que tiene obligación legal de tener Comités Paritarios pero, que además conforman otros (Comités regionales o coordinadores, etc.). | Indicar qué tipo de Comités y cuántos son. |
| Experto en Prevención de Riesgos |  | Si es más de 1, señale cuántos son y en qué regiones se encuentran. |
| Unidad de Prevención de Riesgos |  |  |
| Otro tipo de figura u organización |  | Precisar de qué se trata. |

(Si el Servicio tiene constituido más de 1 Comité Paritario de Higiene y Seguridad (DS 54), complete la siguiente tabla).

**Tabla Comités Paritarios**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre o Dirección dependencia donde está constituido cada Comité Paritario** | **Fecha en que se constituyó por primera vez** | **Fecha de última renovación** |
| **I Región**  1.  2. |  |  |
| **II Región**  1.  2. |  |  |
| etc. |  |  |
|  |  |  |

# c) Identificación de los problemas (peligros y riesgos) en materia de higiene y seguridad, considerando la reglamentación legal vigente

* + Señalar los problemas en materia de Higiene y Seguridad que se presentan en el Servicio, para lo cual debe considerarse, a lo menos, lo que se establece o registra en los informes del o de los expertos en prevención, las medidas prescritas por el organismo administrador del Seguro Laboral, los informes internos, los de evaluación de resultados de Planes previos, aquellos que surjan del análisis de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y de las situaciones o problemas detectados en años anteriores que no han sido abordados.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Higiene y Seguridad** | | |
| **Informe o antecedente** | **Problema o situación**  **No abordada** | **Observaciones o comentarios (dependencia, Región, funcionarios afectados, fecha en que se detectó)** |
| *Informe del ISL o de la Mutual \_\_\_\_\_\_, Nº de de 20\_\_* | *Centrar la atención en las situaciones o problemas que no han sido abordadas antes y aquellas que no han sido abordadas integralmente.* |  |
| *Informe de Evaluación de Resultados año 20\_\_\_\_* | *Situaciones o problemas que no fueron abordados durante el año.* |  |
| *Acta de reunión Comité, de … 20\_\_* | *Acuerdos no cumplidos referidos a situaciones o problemas que no fueron abordados durante el año.* |  |
| *Observación o Recomendación de funcionarios* | *Situaciones planteadas por los funcionarios, así como sus puntos de vista respecto a iniciativas implementadas que no han cumplido con dar solución a las situaciones que abordaban.* |  |
| *Registro accidentes del trabajo y enfermedades profesionales* | *Señalar por qué no se investigaron todos los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que debieron ser investigados, si esto ocurrió. Asimismo, señalar por qué no se implementaron las medidas correctivas necesarias para corregir las situaciones de riesgo que originaron los accidentes o enfermedades, si esto ocurrió.* |  |
| *Otros* |  |  |

# d) Identificación de los problemas existentes para enfrentar situaciones de emergencia, y del cumplimiento del procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo

Las situaciones de emergencia que nuestro servicio podría tener que enfrentar son:

* + Señalar los problemas o situaciones de emergencia que se han identificado en el Servicio y que deberían estar considerados en el Plan de Emergencia.

El estado del Plan de Emergencia en cada una de las dependencias que el Servicio tiene, ordenadas por región, es el siguiente:

* + Dar cuenta del estado de desarrollo e implementación del Plan de Emergencia en cada dependencia, del nivel de difusión y capacitación que se ha hecho a los funcionarios, de los resultados de la aplicación de los procedimientos establecidos si se presentó alguna emergencia (estado de los elementos de detección y combate de incendios, salidas de emergencia, vías de evacuación, zonas de seguridad, entre otras), de los informes entregados por el organismo administrador al respecto; y de los resultados de los simulacros de evacuación que se realizaron.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencia**  **(según nombre y/o dirección)** | **Plan de emergencia fue ajustado para la dependencia (si/no)** | **Plan de emergencia fue**  **implementado**  **en la dependencia (si/no)** | **Plan de emergencia fue**  **difundido a todos en la dependencia (si/no)** | **Estado de la implementación, informe de lo realizado**  **y lo que falta** |
| **I Región**  **1.**  **2.**  **II Región**  **1.**  **2**  **etc.** | *Se considera que el Plan ha sido ajustado a la dependencia si el Servicio ha realizado las acciones que permitan conocer la situación en que se encuentra la dependencia respecto de las exigencias que tiene el Plan de Emergencia, como son tener una organización para enfrentar las emergencias, y ha tomado las medidas para que el Plan se haya adecuado a la realidad y características de cada dependencia.* | Se considera que el Plan está implementado en la dependencia si el Servicio ha realizado las acciones que permitan que los elementos de detección y combate de incendios, salidas de emergencia, vías de evacuación, zonas de seguridad, entre otros, estén en las condiciones adecuadas, y en los casos que esto no sea así, informe la planificación y programación que ha efectuado que le permita corregir las deficiencias que ha detectado. |  |  |

Respecto de la capacitación que se ha realizado del Plan de Emergencia en el Servicio se puede informar ……………………………………….

*(Aspectos básicos a considerar en la capacitación para la implementación del Plan son: Contenidos del Plan, Uso de extintores, Primeros auxilios y Acciones básicas de manejo del trauma y traslado de pacientes, entre otros. Se debe informar qué se ha realizado, qué falta por realizar y qué se estima necesario programar para el próximo período y en qué dependencias).*

Respecto del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo ……………………………………………

*Señalar si cuenta con el procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de Accidentes del Trabajo, y las dificultades detectadas en la implementación y aplicación de éste en la institución.*

# e) Identificación de los problemas en materia de mejoramiento de ambientes de trabajo

* + Señalar los problemas en materia de mejoramiento de ambientes de trabajo que se han identificado en el Servicio, los que se pueden obtener de la revisión del registro de observaciones y sugerencias de los funcionarios(as) y de los informes internos de las visitas realizadas por los Comités Paritarios, así como los detectados en años anteriores y que no han sido abordados.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mejoramiento de Ambientes de Trabajo** | | | |
| **Informe o antecedente** | | **Problema o situación no abordada** | **Observaciones o comentarios**  **(dependencia, Región, funcionarios afectados, fecha en que se detectó)** |
| *Informe de Evaluación de Resultados año 20\_\_\_\_* | | *Centrar la atención en las Situaciones que no fueron abordados durante el año.* |  |
| *Observación o Recomendación de los funcionarios* | | *Situaciones planteadas por los funcionarios, así como sus puntos de vista respecto a iniciativas implementadas que no han cumplido con dar solución a las situaciones que abordaban.* |  |
| *Acta de reunión Comité de….año 20\_\_* | | *Acuerdos no cumplidos referidos a situaciones o problemas que no fueron abordados durante el año.* |  |
| *Otros* | |  |  |