



www.osha.gov

Administración de
Seguridad y Salud
Ocupacional

Buenas Prácticas para Empleadores No Médicos con Servicios de Atención Médica In Situ



OSHA 4439-06 2024



Ley de Seguridad y Salud Ocupacional de 1970

"Garantizar condiciones laborales seguras y saludables para los trabajadores y las trabajadoras autorizando el cumplimiento con las normas formuladas con arreglo a esta ley, ayudando y alentando a los estados en sus iniciativas para proporcionar condiciones laborales seguras y saludables, facilitando la investigación, información, formación y capacitación en el ámbito de la seguridad y la salud ocupacional."

Este folleto informativo ofrece una descripción general de los derechos y las responsabilidades de los patronos después de una inspección de la oficina federal de OSHA. No se modifican ni fijan las responsabilidades de cumplimiento plasmadas en las normas de OSHA ni en la Ley de Seguridad y Salud Ocupacional de 1970. Dado que las interpretaciones y la política de cumplimiento pueden cambiar con el tiempo, se recomienda consultar las decisiones e interpretaciones administrativas vigentes de OSHA, las decisiones de la Comisión de Revisión de Salud y Seguridad Ocupacional y los tribunales para obtener pautas adicionales sobre los requisitos de cumplimiento de OSHA.

Esta publicación es de dominio público y puede copiarse, total o parcialmente, sin permiso. Se solicita, pero no se exige, mencionar la fuente.

Esta información está disponible para personas con dificultades sensoriales a solicitud de estas. Teléfono de voz: (202) 693-1999; para las personas con impedimentos auditivos o del habla (TTY): 1-877-889-5627.

Buenas Prácticas para Empleadores No Médicos con Servicios de Atención Médica In Situ

Departamento de Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad y Salud Ocupacional

OSHA 4439-06 2024



Contenido

Lista de Abreviaturas y Acrónimos	3
Introducción	4
Público Objetivo	5
Descargo de Responsabilidad	6
Capítulo 1. Primeros Auxilios y Gestión Médica	7
Capítulo 2. Desarrollo de un Programa de Gestión Médica	13
Capítulo 3. Los Profesionales de la Salud Ocupacional y el Alcance de su Práctica Profesional	16
Capítulo 4. Papel de la Gestión Médica en los Programas de Seguridad y Salud en el Trabajo	20
Capítulo 5. Casos de Estudio.	22
Apéndice I – Tipos de Profesionales de la Atención Médica	31
Apéndice II – Antecedentes Adicionales y Consideraciones sobre el Desempeño	44
Apéndice III – Cuestiones Éticas	51
Referencias	55
Asistencia, Servicios y Programas de OSHA	55
Oficinas Regionales de OSHA.	58
Cómo Contactar a la OSHA.	60

Lista de Abreviaturas y Acrónimos

ABPM – Junta Americana de Medicina Preventiva
ADA – Ley de Estadounidenses con Discapacidades
APRN – Enfermera Titulada en Práctica Avanzada
ADN – Grado Asociado de Enfermería
AT – Entrenador de Atletismo
BSN – Licenciatura en Enfermería
COHN – Enfermera Diplomada en Salud Ocupacional
COHN-S – Enfermera Especialista Certificada en Salud Ocupacional
CPR – Reanimación cardiopulmonar
DC – Doctor en Quiropráctica
DPT – Doctor en Terapia física
ED – Departamento de Urgencias
EMS – Servicios Médicos de Urgencia
EMT – Técnico de Emergencias Médicas
GINA – Ley de No Discriminación por Información Genética
HCP – Profesional de la Atención Médica
HIPAA – Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico
HR – Recursos Humanos
LPN – Enfermera Práctica Licenciada
LVN – Enfermera Profesional Licenciada
NHTSA – Administración Nacional de Seguridad Vial
NIOSH – Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional
NP – Enfermera Especialista
OHN – Enfermera de Salud Ocupacional
OEM – Medicina Ocupacional y Medioambiental
OSHA – Administración de Seguridad y Salud Ocupacional
OWC – Clínica en el lugar de trabajo
PT – Fisioterapeuta
PA – Asociados médicos/Asistentes médicos
PI – Mejora del rendimiento
PHI – Información médica protegida
QA – Garantía de calidad
QI – Mejora de la calidad
RN – Enfermera Titulada

Introducción

La “Gestión Médica” en el lugar de trabajo consiste en identificar las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo; garantizar la prestación adecuada de primeros auxilios y atención médica; y hacer un seguimiento de los eventos. Todas estas herramientas ayudan a evitar que se produzcan o agraven lesiones y enfermedades. Una gestión médica eficaz ayuda a garantizar una mano de obra sana; previene enfermedades, lesiones y discapacidades a corto y largo plazo; apoya la mejora de la vigilancia y la identificación de los factores de riesgo, y reduce la responsabilidad y los costos de los empleadores (por ejemplo, los costos de los seguros médicos y de indemnización de los trabajadores). La Gestión Médica es una parte importante del programa general de gestión de la seguridad y la salud de los empleadores.

El propósito de este documento es actualizar una publicación anterior de la *Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), Servicios y Formación de los Profesionales de la Salud Ocupacional: Preguntas y Respuestas* (OSHA 3160), publicado en 1999. Desde su publicación, la OSHA ha identificado muchos casos de gestión médica inadecuada en el lugar de trabajo. Las deficiencias estaban presentes en los empleadores pequeños y grandes de muchas industrias diferentes. Este documento explica algunos de los problemas, desafíos y dispone de información actualizada que puede ayudar a los empleadores a crear y realizar un programa de gestión médica adecuada para su lugar de trabajo.

El capítulo 1 aborda los primeros auxilios y describe el papel que desempeñan en la gestión médica. El capítulo explica cómo la definición de primeros auxilios de la norma de OSHA sobre el mantenimiento de registros (29 CFR 1904¹) difiere del uso común en la prestación de atención médica. El capítulo 2 habla sobre las consideraciones a tener en cuenta a la hora de desarrollar un programa de gestión médica y describe tres modelos operativos utilizados por los empleadores. El capítulo 3 define el “ámbito de práctica”, es decir, las competencias y los servicios clínicos que los distintos profesionales de la salud (HCP) están autorizados a realizar. El capítulo 4 ilustra cómo encaja la gestión médica en el programa general de gestión de la seguridad y la salud de los empleadores. El capítulo 5 dispone algunos ejemplos de casos

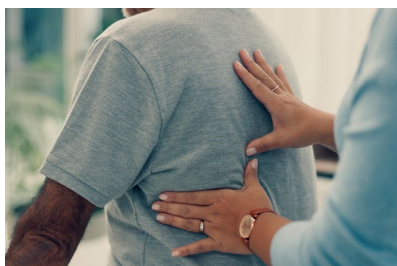
1. OSHA 29 CFR 1904 <https://www.osha.gov/laws-regs/regulations/standardnumber/1904>

de retos y soluciones de gestión médica. Los apéndices ofrecen información adicional sobre los tipos de profesionales de la salud que disponen de servicios de salud ocupacional, así como otros factores que los empleadores deben tener en cuenta a la hora de crear una clínica en el lugar de trabajo y las preocupaciones éticas que plantean las clínicas en el lugar de trabajo.

Público Objetivo

Este documento está destinado principalmente a los empleadores no médicos que emplean o contratan a profesionales de la atención médica autorizados para disponer de servicios clínicos. Además de tratar a los trabajadores lesionados o enfermos, los servicios pueden incluir la atención médica, vigilancia médica, la promoción de la salud, la atención a las lesiones y los “programas de salud total del empleado”, como la atención a afecciones relacionadas y no relacionadas con el trabajo. Estos empleadores pueden tener una gran plantilla distribuida en múltiples lugares. Los servicios clínicos suelen producirse en clínicas in situ en el lugar de trabajo. A veces los servicios se producen a distancia, como por teléfono o videoconferencia, incluso tanto el triaje como el tratamiento.

La información contenida en este documento también será útil para los profesionales de la salud que trabajen, o tengan previsto trabajar, en una clínica in situ en el lugar de trabajo gestionada por los empleadores, así como para los que presten sus servicios en régimen contractual o de consultoría para supervisar a los profesionales de atención médica (HCP) en las clínicas del lugar de trabajo.



Este documento no se ha redactado para los empleadores más pequeños que no tienen previsto ofrecer servicios clínicos profesionales a los empleados en el lugar de trabajo. Sin embargo, estos empleadores pueden beneficiarse de parte de la información. En particular, el capítulo 1 habla sobre cuestiones de primeros auxilios que son relevantes para todos los empleadores.

Descargo de Responsabilidad

Este documento de buenas prácticas no es una norma ni un reglamento. No crea nuevas obligaciones legales ni cambia ninguna norma o reglamento existente de la OSHA. El documento es de naturaleza consultiva, de contenido informativo y ayuda a los empleadores a disponer de un lugar de trabajo seguro y con buena salud.

El sistema de atención médica estadounidense es complejo, al igual que las cuestiones jurídicas correspondientes. Muchos tipos de profesionales de la atención médica proveen servicios clínicos. Sus funciones y formaciones pueden estar relacionadas entre sí. Muchos profesionales que prestan servicios de salud ocupacional tienen poco entrenamiento formal al respecto y pueden desconocer las demás leyes federales específicas que afectan a la práctica de la salud ocupacional, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA) y las normas específicas de la OSHA, incluidas las relativas al berilio, el plomo y el sílice, que definen directrices claras sobre los exámenes de supervisión médica y el intercambio de información entre los clínicos y los empleadores. Los ámbitos de la práctica, los requisitos de supervisión y otras cuestiones relacionadas con el desempeño clínico, incluso los requisitos de mantenimiento de registros y documentación clínica suelen diferir de un estado a otro. Las leyes estatales regulan estos aspectos de la atención médica.

Por lo tanto, los empleadores deben consultar con un abogado especializado en derecho médico si realizan, o tienen previsto realizar, un dispensario médico en el lugar de trabajo.

Capítulo 1. Primeros Auxilios y Gestión Médica

El término “primeros auxilios” tiene un significado específico en el uso clínico común y en las normas de primeros auxilios de la OSHA. Esta definición no debe confundirse con las actividades específicas de primeros auxilios a las que se hace referencia en la norma de mantenimiento de registros de la OSHA.

Definiciones de “primeros auxilios”

Una definición común de primeros auxilios es la de “conductas de ayuda y cuidados iniciales proporcionados a una persona por una enfermedad o lesión aguda”² Según esta definición proporcionada por la Asociación Americana del Corazón y la Cruz Roja Americana, los intervinientes en primeros auxilios deben saber cómo acceder al sistema de EMS y reconocer que el alcance de los primeros auxilios está influenciado por el entrenamiento y las limitaciones y requisitos³. Del mismo modo, la OSHA ha declarado que los primeros auxilios “a menudo consisten en un tratamiento puntual y de corta duración y requieren poca tecnología o entrenamiento para administrarlos.” (Medicina y primeros auxilios — ¿Qué son los primeros auxilios? | Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (osha.gov))³ Por lo tanto, el uso común del término “primeros auxilios” sugiere que implica una atención inicial, es de naturaleza limitada en el tiempo y tiene como función principal disponer de acceso para el seguimiento necesario, incluso el transporte de emergencia y la atención avanzada.³

La OSHA ha aclarado mediante una [carta de interpretación](#)⁴ y un [documento de orientación](#)⁵ que los primeros auxilios son los cuidados que se prestan antes de que se disponga del tratamiento médico definitivo. Al abordar las normas de la OSHA para la industria general y la construcción sobre primeros auxilios, la OSHA ha declarado que “el objetivo básico de estas normas es garantizar que se disponga de los primeros auxilios adecuados en los minutos críticos que transcurren entre el momento en que se produce una lesión y la disponibilidad de atención médica u hospitalaria para

2. AHA ARC primeros auxilios <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/first-aid-guidelines/first-aid#:~:text=We%20define%20first%20aid%20as%20helping%20behaviors%20and,by%20anyone%20in%20any%20situation%20and%20includes%20self-care>

3. Carta de interpretación a Charles Brogan, 16 de enero de 2007 <https://www.osha.gov/laws-regs/standardinterpretations/2007-01-16-0>

el empleado lesionado.”⁴ La OSHA establece claramente que “los primeros auxilios son los cuidados de emergencia que se disponen en caso de lesión o enfermedad repentina antes de que se disponga de tratamiento médico de urgencia.”⁴

¿Qué normas OSHA hablan sobre primeros auxilios?

La norma de la OSHA sobre servicios médicos y primeros auxilios para la industria general (29 CFR 1910.151) exige que una persona “esté adecuadamente entrenada para prestar primeros auxilios” en todos los lugares de trabajo en los que no haya “una enfermería, clínica u hospital en las proximidades del lugar de trabajo que sea de uso para el tratamiento de los empleados lesionados.” La OSHA interpreta “proximidad cercana” como un radio de 3 a 4 minutos del lugar de trabajo e interpreta “enfermería, clínica u hospital” incluyendo a los proveedores de servicios de emergencia formados, como los paramédicos del cuerpo de bomberos o los socorristas del EMS. (www.osha.gov/laws-regs/standardinterpretations/2007-01-16-0). La norma también exige que los empleadores garanticen la disponibilidad inmediata de personal médico para asesoramiento y consulta. Los detalles específicos del programa de primeros auxilios y servicios médicos de un empleador pueden adaptarse a las circunstancias del lugar de trabajo y de los empleadores.⁵

Las normas específicas de la OSHA también exigen servicios médicos y de primeros auxilios para el empleo en astilleros, terminales marítimas, estibadoras, tala de árboles, generación de energía eléctrica, buceo comercial y construcción. Los empleadores deben revisar las **normas** aplicables.

La mayoría de estas normas OSHA específicas sugieren requisitos mínimos para los botiquines de primeros auxilios en apéndices obligatorios o no obligatorios. Varias normas OSHA también exigen un entrenamiento en reanimación cardiopulmonar: 1910.146 Espacios confinados que requieren permiso; 1910.266 Apéndice B: Operaciones de tala - Formación en primeros auxilios y RCP; 1910.269 Generación, transmisión y distribución de energía eléctrica; 1910.410 Cualificaciones del equipo de buceo; 1926.951, 1926.968 Subparte V de construcción, transmisión y distribución de energía.

4. Guía de Buenas Prácticas: Fundamentos de un Programa de Primeros Auxilios en el Lugar de Trabajo <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/OSHA3317first-aid.pdf>

5. Carta de Interpretación a David Nakama, 1 de noviembre de 2005 <https://www.osha.gov/laws-regs/standardinterpretations/2005-11-01>.

Lista de la OSHA de acciones para “primeros auxilios” con fines de registro

La norma de cumplimiento de registros de la OSHA (29 CFR 1904) exige que los empleadores anoten determinadas lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en el formulario 300 de registro de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo de la OSHA.

En la sección 1904.7(b)(5)(ii) de la norma, OSHA enumera 14 terapias que constituyen “primeros auxilios” a efectos del mantenimiento de registros de OSHA. Estas acciones de primeros auxilios designadas por la OSHA son:

1. Uso de un medicamento sin receta en una dosis no recetada,
2. Administración de vacunas antitetánicas,
3. Limpiar, enjuagar o empapar heridas en la superficie de la piel,
4. Utilizar vendajes para cubrir heridas como vendas, Band-Aids™, gasas, etc.; o utilizar vendas mariposa o Steri-Strips™,
5. Utilizar terapia de frío o calor,
6. Usar cualquier medio de apoyo no rígido, como vendas elásticas, envolturas o cinturones de espalda no rígidos,
7. Utilizar dispositivos de inmovilización temporal durante el transporte de una víctima de accidente (por ejemplo, férulas, cabestrillos, collarines, placas de espalda, etc.),
8. Perforación de una uña de la mano o del pie para aliviar la presión, o drenaje de líquido de una ampolla,
9. Utilizando parches oculares,
10. Extracción de cuerpos extraños del ojo utilizando sólo irrigación o un bastoncillo de algodón,
11. Extracción de astillas o material extraño de zonas distintas del ojo mediante irrigación, pinzas, bastoncillos de algodón u otros medios sencillos,
12. Utilizar protectores para dedos,
13. Utilizar masajes, o
14. La ingesta de líquidos para aliviar el estrés térmico.

Si una lesión o enfermedad sólo recibe una de estas 14 acciones de primeros auxilios y no atiende a ningún otro criterio de registro de la norma, los empleadores no están obligados a registrar el incidente en el formulario 300 de la OSHA. Si la lesión o enfermedad atiende a uno de los seis criterios exigidos

para el registro, como la restricción de la actividad laboral o la incapacidad para trabajar, incluso la incapacidad para realizar un trabajo que se produzca al menos una vez por semana (1904.7(b)(4)(ii)), cumplir los criterios de la “exclusión de primeros auxilios” no exime a los empleadores de la obligación de anotar el caso en el registro. Aunque la OSHA considera estas acciones como ejemplos de primeros auxilios, no dispone de una definición exhaustiva de lo que se incluye o no en la definición clínica de primeros auxilios.

La norma de conservación de registros de la OSHA no implica que las acciones de primeros auxilios enumeradas sean seguras y apropiadas en todas o en repetidas situaciones. La lista de acciones de primeros auxilios de la norma de conservación de registros tampoco implica que sea apropiado disponer de “primeros auxilios” varias veces, durante múltiples encuentros, para la misma lesión. En algunos casos, la necesidad de aplicar repetidamente los primeros auxilios puede alertar al socorrista de la posibilidad de que una afección subyacente requiera un tratamiento médico adicional más allá de los primeros auxilios. Una persona calificada debe tomar estas decisiones clínicas sobre el tratamiento médico adecuado en cada caso. Los empleadores pueden consultar a un abogado o utilizar la tabla que figura al final de este documento, que contiene una lista de profesionales de la atención médica y las características de su licencia y ámbito de práctica.

¿Qué cuestiones de primeros auxilios deben tener en cuenta los empleadores a la hora de desarrollar un programa de gestión médica?

Los primeros auxilios forman parte de una estrategia integral de gestión médica. [La Guía de Buenas Prácticas de la OSHA](#) (2006) describe los componentes fundamentales de un programa de primeros auxilios en el lugar de trabajo. Éstos incluyen la evaluación de riesgos, el diseño de un programa de primeros auxilios, la asignación y el entrenamiento de socorristas y la evaluación periódica de la eficacia del programa. Debido a la complejidad de los temas tratados, los empleadores deberían considerar la posibilidad de consultar a un médico o a una enfermera certificada en salud ocupacional (COHN) para que les ayude a diseñar y evaluar su programa, incluso mediante auditorías formales independientes.

El proveedor de primeros auxilios en el lugar de trabajo suele haber recibido entrenamiento en la prestación de procedimientos médicos de emergencia iniciales, utilizando una cantidad limitada de equipo para realizar una evaluación e intervención primaria, y para reconocer eventos adversos importantes comunes como los accidentes cerebrovasculares y la muerte súbita. Algunos empleadores contratan a profesionales de la atención médica autorizados, como enfermeras tituladas, fisioterapeutas o técnicos en emergencias médicas (EMT), para que estén en el lugar de trabajo y presten los primeros auxilios. Muchos otros empleadores disponen de un entrenamiento básico en primeros auxilios para empleados y/o supervisores que, por lo demás, no tienen ninguna formación clínica especializada. Los empleadores que cuentan con empleados formados en primeros auxilios deben asegurarse de que dichos empleados están programados y disponibles en todos los turnos para disponer de servicios de primeros auxilios para los trabajadores heridos o enfermos y deben reconocer que estos empleados requieren un entrenamiento en patógenos transmitidos por la sangre.⁶

Al diseñar un programa de primeros auxilios, los empleadores deben mantener en mente la definición común y clínicamente relevante de primeros auxilios. Los primeros auxilios son atención *inicial* de un evento o lesión.³ Precede a la evaluación definitiva realizada por alguien que acepta esa responsabilidad de cara a la necesidad de atención médica. Según el significado común, clínico, los primeros auxilios no implican múltiples encuentros con el mismo paciente que presenta las mismas preocupaciones, a menos que se haya resuelto y se haya producido un nuevo evento.

Los primeros auxilios en el lugar de trabajo abarcan todas las acciones y decisiones implicadas en la atención *inicial* de los trabajadores heridos o enfermos in situ, hasta que el trabajador o trabajadores sean remitidos o transportados para recibir atención médica de nivel superior. En algunos casos, una lesión o enfermedad es tan leve que se resuelve con los primeros auxilios y la remisión o el transporte son innecesarios. Sin embargo, los proveedores de primeros auxilios de los empleadores carecen a menudo de la formación y la licencia profesional necesarias para realizar diagnósticos médicos o tomar decisiones de triaje. Los

6. Carta de Interpretación a Charles Brogan, 16 de enero de 2007: <https://www.osha.gov/laws-regs/standardinterpretations/2007-01-16-0>

proveedores de primeros auxilios deben tener instrucciones claras para consultar con el personal médico cuando sea necesario, como por ejemplo mediante una remisión a través del sistema 911-EMS o llamando por teléfono a una línea de asistencia médica. Los proveedores de primeros auxilios de un empleador no deben crear barreras ni impedir que un trabajador vea a un profesional de la atención médica para obtener un diagnóstico y un tratamiento definitivos. Incluso si la afección está claramente dentro de su ámbito de práctica y tienen una relación formal con el empleado/paciente en virtud del sistema de indemnización de los trabajadores, puede que necesiten consultar su normativa local. Para más información sobre estas cuestiones, ver el debate sobre el “ámbito de la práctica” en el capítulo 3.

Recursos Generales Adicionales

- Página de [Temas Médicos y de Primeros Auxilios](#) de la OSHA.
- Normas OSHA con [requisitos de primeros auxilios](#).
- Página de temas sobre [los requisitos de conservación de registros y reporte](#) de la OSHA.
- [Guía de Buenas Prácticas de la OSHA: Fundamentos de un Programa de Primeros Auxilios en el Lugar de Trabajo](#)

Capítulo 2. Desarrollo de un Programa de Gestión Médica

Los programas de gestión médica no son de aplicación universal. Los empleadores deben adaptarlos a cada lugar de trabajo. Por ejemplo, una Compañía de construcción que se desplaza de una obra a otra puede necesitar programas muy diferentes a los de una planta siderúrgica integrada. Una compañía de fabricación de productos químicos que utiliza ácido fluorhídrico necesitará un entrenamiento especial en primeros auxilios, procedimientos y suministros para prevenir quemaduras químicas graves en caso de exposición accidental. De hecho, los grandes empleadores pueden incluso necesitar desarrollar un programa diferente para cada instalación. **La OSHA recomienda encarecidamente que los empleadores consulten a profesionales de la salud ocupacional a la hora de desarrollar un programa.**

A continuación, encontrará una lista de factores que los empleadores deben tener en cuenta a la hora de desarrollar un programa de gestión médica. Esta lista no se centra en aspectos más amplios, no clínicos, de los programas médicos de los empleadores, como la salud total del empleado, la salud y la productividad y los programas de bienestar, aunque hay coincidencias sustanciales.

- Riesgos físicos, químicos, biomecánicos y biológicos presentes en el lugar de trabajo.
- Características de la organización del trabajo que pueden suponer un peligro para los trabajadores, como el trabajo por turnos, las largas jornadas o el ritmo de trabajo acelerado.
- Datos demográficos de la fuerza laboral, como edad, sexo, idiomas hablados y tasas de rotación.
- La ubicación y el tamaño del lugar de trabajo, los lugares de trabajo móviles y la distancia a los centros de atención médica.
- Leyes estatales y federales que rigen la práctica de la atención médica.
- Leyes estatales y/o federales que puedan ser aplicables a determinados trabajos o situaciones de exposición, como los requisitos médicos de la Administración Federal de Seguridad de Autotransportes (FMCSA, por sus siglas en inglés) para los conductores de vehículos comerciales de motor involucrados en el comercio interestatal.

- Las normas de la OSHA que exigen **primeros auxilios y supervisión médica** (ver *Recursos adicionales* más abajo).
- Experiencia en salud ocupacional dentro y fuera de la compañía.
- Papel de la gestión médica en el programa general de gestión de la seguridad y la salud en el lugar de trabajo de los empleadores.

Según la experiencia de la OSHA, las compañías que ofrecen servicios de gestión médica in situ, con profesionales de la salud autorizados, suelen implementar uno de los tres modelos organizativos que se describen a continuación.

Modelo nº 1: Director Médico Corporativo. Algunas empresas emplean a un director médico en plantilla. El director médico suele ser un médico, pero puede ser una enfermera registrada de práctica avanzada (APRN). El director médico supervisa un departamento médico corporativo cuyo personal puede incluir enfermeras de salud ocupacional (OHN) y/u otros profesionales de la atención médica. Bajo la orientación y supervisión del director médico, este personal presta servicios médicos en una o varias sedes corporativas.

Modelo nº 2: Organización Médica por Contrato. Los empleadores pueden contratar a una organización de atención médica para que les disponga servicios médicos dentro o fuera de la empresa. Los empleadores no tienen un director médico en su nómina directa. En su lugar, la organización contratada controla todos los servicios médicos. A menudo, un director médico de la organización contratada se encarga de supervisar los servicios en varios centros de pacientes.

Modelo nº 3: Programa Carente de Director. Un tercer modelo difiere sustancialmente. Los empleadores contratan a profesionales de la salud, como paramédicos o enfermeras diplomadas, a los que las normativas estatales sobre licencias y alcance de la práctica obligan a trabajar bajo la dirección de un profesional con licencia independiente, como un médico o una APRN. *Sin embargo, los empleadores no contratan a un director médico.* Como resultado, ningún médico de plantilla o APRN realiza la supervisión clínica de los proveedores que disponen los servicios de atención médica in situ. Los empleadores deben consultar las leyes y normativas estatales para determinar si este modelo organizativo es coherente con los requisitos locales en materia de supervisión o alcance de la práctica.

Algunos de estos empleadores consultan inicialmente con un médico externo que redacta protocolos clínicos para orientar al personal de atención médica in situ. Sin embargo, una vez finalizada la fase inicial de elaboración de protocolos, el médico consultor suele disponer de poca o ninguna supervisión para la clínica in situ de los empleadores.

La OSHA se ha encontrado con problemas de gestión médica cuando las organizaciones no disponen de una dirección y supervisión médicas.⁷ Estos problemas se hablan con más detalle en capítulos posteriores y en los casos prácticos del capítulo 5. En algunos casos, la OSHA ha realizado remisiones a organismos estatales de concesión de licencias cuando ha observado a profesionales médicos que parecen estar ejerciendo más allá de su ámbito de práctica aprobado. Además, la OSHA ha citado a los empleadores en virtud de diversas normas, como la de servicios médicos y primeros auxilios,⁸ así como la sección 5(a)(1) de la Ley OSH, 29 U.S.C. § 654(a)(1). La OSHA también puede citar en virtud de aspectos de otras normas como el sílice,⁹ berilio,¹⁰ y cloruro de metileno¹¹ cuando los empleadores no siguen elementos específicos de la norma.

Recursos Adicionales:

- La página de la OSHA sobre temas de [detección y vigilancia médica](#) tiene recursos adicionales y enumera las [normas de la OSHA que exigen supervisión médica](#).
- [Requisitos de Primeros Auxilios](#) de la OSHA.

7. Tustin AW, Fagan KM, Hodgson MJ. ¿Cuáles son las responsabilidades de un médico consultor al revisar y aprobar los protocolos médicos de la clínica in situ de una compañía? *Revista de Medicina Ocupacional y Medioambiental*. 2018; 60(7):e321-e323

8. 1910.151 - Servicios médicos y primeros auxilios

9. 1910.1053 - Sílice cristalina respirable

10. 1910.1024 - Berilio

11. 1910.1052 - Cloruro de metileno

Capítulo 3. Los Profesionales de la Salud Ocupacional y el Alcance de su Práctica Profesional

Varios profesionales de la salud (HCP) disponen de servicios de salud ocupacional en los lugares de trabajo. Entre ellos se encuentran los médicos, las enfermeras registradas de práctica avanzada (APRN), las enfermeras profesionales, las enfermeras especialistas clínicas, los asistentes médicos (PA), las enfermeras registradas (RN), las enfermeras prácticas con licencia (LPN), las enfermeras vocacionales con licencia (LVN), los técnicos de emergencias médicas (EMT), los entrenadores de atletismo, los fisioterapeutas (PT) y otros. En el modelo de organización médica por contrato, descrito en el capítulo 2, los empleadores contratan a una organización externa que dispone de personal clínico. Sin embargo, si los empleadores contratan directamente al personal médico in situ, deberán conocer los ámbitos de práctica de dicho personal y los requisitos para obtener la licencia, el registro o la certificación.

¿Qué significa alcance de la práctica?

Los gobiernos estatales conceden licencias a los HCP. En general, es ilegal que los HCP provean servicios de atención médica sin una licencia para ejercer en el estado en el que trabajan. “Alcance de la práctica” se refiere a las habilidades y servicios clínicos que un HCP está autorizado a realizar en virtud de la legislación estatal. Por ejemplo, recetar medicamentos está dentro del ámbito de la práctica para un médico, pero no para un paramédico. El ámbito legal de la práctica puede variar según el estado para un determinado tipo de HCP. Las leyes sobre el ámbito de la práctica suelen indicar si un PS puede trabajar de forma independiente. Las leyes estatales también pueden especificar requisitos de supervisión, así como de documentación clínica, conservación de registros y gestión de la calidad, aunque estos requisitos varían mucho. Por lo tanto, los empleadores que contratan a profesionales de la salud deben revisar la normativa de su estado sobre el alcance de la práctica y confirmar que dichos profesionales están debidamente autorizados y tienen una supervisión clínica adecuada. Los estados suelen exigir la renovación de las licencias de forma

habitual, normalmente cada pocos años. A menudo se exige la formación continua tanto para las licencias estatales como para la recertificación profesional. Los directores médicos de empresa, que no disponen de servicios clínicos directos, pueden no necesitar licencia en cada Estado, aunque la supervisión del personal clínico suele requerir una licencia en el Estado donde se ejerce la práctica. Entretanto, algunos Estados distinguen entre licencias administrativas y clínicas.

¿Por qué es importante el alcance de la práctica?

Es posible que los empleadores que no pertenecen al sector de la atención médica no comprendan las leyes que rigen el alcance de la práctica del HCP. En algunas situaciones, cuando no hay un director que disponga la supervisión, los empleadores pueden crear un sistema en el que el HCP exceda su ámbito de práctica. El resultado puede ser perjudicial para los trabajadores y poner en peligro el estatus de la licencia del HCP. Tomemos el siguiente ejemplo:

Un empleador de almacenaje crea una clínica en el lugar de trabajo llamada "enfermería." Los empleadores planean disponer primeros auxilios y cuidados de seguimiento a los trabajadores, muchos de los cuales experimentan frecuentes dolores de hombro y espalda. El empleador contrata a una enfermera diplomada para que evalúe a estos trabajadores y les administre terapias, como compresas frías, que atiendan a la definición de "primeros auxilios" de la OSHA." Los empleadores suponen que, si se produce una lesión grave, la LPN podrá derivar al trabajador para que reciba la atención médica adecuada. De lo que no se dan cuenta los empleadores es de que, según la ley estatal, la LPN recién contratada no puede trabajar sin la supervisión directa de una RN, una APRN o un médico. Aunque la LPN puede llamar a una ambulancia en una situación de emergencia, el ámbito de la práctica de la LPN no incluye la toma de decisiones sobre la remisión de un paciente a otro tipo de atención médica de nivel superior.

En este ejemplo, al disponer de servicios de enfermería sin la supervisión adecuada, la enfermera diplomada puede haber excedido su ámbito legal de la práctica. Al exceder su ámbito de práctica, la LPN corre el riesgo de perder su licencia. Los

trabajadores del almacén corren el riesgo de sufrir lesiones más graves si la LPN dispone un tratamiento inadecuado (por ejemplo, si las compresas frías no son la terapia correcta para sus dolencias) o no realiza las remisiones oportunas para una evaluación y un tratamiento definitivos. Los empleadores pueden correr el riesgo de que aumenten las reclamaciones de indemnización de los trabajadores, los gastos por incapacidad y las pérdidas de productividad.

En un entorno de atención médica tradicional, como un hospital o una clínica, la estructura organizativa y la dotación de personal garantizan que los pacientes reciban la evaluación y el tratamiento de profesionales médicos cuyo ámbito de práctica sea adecuado al nivel de atención que se les dispensa. Estas protecciones pueden no estar presentes en las clínicas gestionadas por los empleadores, sobre todo cuando no hay un director que disponga la supervisión.

¿Cómo pueden saber los empleadores que están contratando a los profesionales de atención médica adecuados para sus servicios de salud in situ?

Los empleadores deben consultar a un abogado especializado en derecho médico antes de ofrecer servicios médicos in situ o contratar a profesionales de atención médica. Además, la OSHA recomienda que los empleadores consulten y/o contraten a HCP especializados en salud ocupacional. Dos tipos de HCP—médicos y enfermeros—pueden poseer un entrenamiento especializado en salud ocupacional; los médicos y algunos enfermeros pueden presentarse a la certificación de la junta

Certificaciones Profesionales

Enfermeras Certificadas en Salud Ocupacional (COHN) y Enfermeras Especialistas Certificadas en Salud Ocupacional (COHN-S)

Los términos COHN y COHN-S hacen referencia a las APRN y RN que han completado un entrenamiento académico en salud ocupacional y que han aprobado el examen de certificación respectivo de la Asociación de Enfermeras de Salud Ocupacional (AOHN). Las COHN/ COHN-S constituyen la categoría preferida de enfermeras cualificadas para los servicios de atención médica

in situ. Además de prestar atención directa a los trabajadores accidentados, los COHN/COHN-S pueden gestionar los programas de indemnización de los trabajadores, disponer de entrenamiento en salud y seguridad, implementar programas de supervisión médica y gestionar otros programas y servicios de salud ocupacional. En general, el certificado COHN-S tiene mayores aptitudes de gerencia y administración que el COHN.

Médicos de Medicina Ocupacional y Medioambiental (OEM)

La especialización médica en medicina ocupacional (también conocida como salud ocupacional) requiere unas prácticas clínicas de un año y una residencia en medicina ocupacional de dos años después de la carrera de medicina. Este entrenamiento en residencia incluye un máster en salud pública o un título equivalente. A continuación, el médico debe aprobar un examen de certificación para obtener la “certificación de la junta” en medicina ocupacional. Los médicos OEM suelen practicar la medicina ocupacional clínica, como el tratamiento de trabajadores lesionados.

Otros médicos OEM supervisan programas clínicos de salud ocupacional, siguen una carrera en política o salud pública o trabajan como directores médicos corporativos. Los médicos OEM suelen asesorar a los empleadores sobre multitud de cuestiones de salud y seguridad en el lugar de trabajo, incluso sobre los servicios de atención médica in situ.

El Apéndice contiene más información sobre médicos y enfermeros, incluso sobre cómo encontrar o verificar la certificación de un médico OEM o COHN/COHN-S. El Apéndice también proporciona detalles sobre otros HCP que disponen de servicios de salud ocupacional. La información general del Apéndice incluye la formación, la certificación, la autorización, la supervisión y el alcance de las prácticas del HCP. No obstante, los empleadores deben verificar con un abogado especializado en derecho médico o con las autoridades de su estado las normativas más actuales.

Capítulo 4. Papel de la Gestión Médica en los Programas de Seguridad y Salud en el Trabajo

En 2016, la OSHA actualizó su guía para los empleadores sobre las mejores prácticas para prevenir lesiones, enfermedades y muertes en el lugar de trabajo. Las Prácticas Recomendadas para los Programas de Seguridad y Salud (disponibles como [página web](#) o [como folleto en PDF](#)) utilizan un método proactivo para encontrar y solucionar los peligros antes de que causen lesiones o enfermedades. Los elementos básicos de un programa de seguridad y salud en el lugar de trabajo incluyen

- Gestión de Liderazgo
- Participación de los trabajadores
- Identificación y evaluación de riesgos
- Prevención y control de riesgos
- Educación y entrenamiento
- Evaluación y mejora del programa
- Comunicación y coordinación para los empleadores anfitriones, los contratistas y las agencias de empleo

La [identificación y evaluación de riesgos](#) implica, entre otras cosas, recopilar y revisar la información sobre lesiones, enfermedades, incidentes y cuasi accidentes en el lugar de trabajo. Entre los datos médicos útiles se incluyen el formulario 300 de la OSHA sobre lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, las reclamaciones de indemnización de los trabajadores, los registros y registros de los OWC, los registros de primeros auxilios, las quejas de los trabajadores y los reportes de incidentes. Estos datos crean una infraestructura de vigilancia. Los empleadores pueden detectar y controlar los peligros agrupando incidentes similares, investigando y analizando las tendencias de las lesiones, estudiando los eventos de emergencia y realizando un seguimiento de las condiciones inseguras y los cuasi accidentes. Una vez realizados los cambios, pueden utilizarse las mismas fuentes de datos para [evaluar el programa de seguridad y salud](#) y verificar que las intervenciones funcionan. Los profesionales de la salud ocupacional, como el COHN/ COHN-S y los médicos de la OEM, pueden ayudar a los

empleadores a analizar los datos médicos y recomendar controles en el lugar de trabajo. Comunicación y coordinación para los empleadores anfitriones, los contratistas y las agencias de dotación de personal.

Un componente clave del éxito de un programa de seguridad y salud es [la participación de los trabajadores](#). Además de informar sobre los peligros, se debe animar a los trabajadores a que informen sobre síntomas y lesiones. Por este motivo, la normativa de la OSHA exige a los empleadores que establezcan un procedimiento adecuado para reportar las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. La sección 11(c) de la Ley OSH, así como la normativa de conservación de registros de la OSHA (29 CFR 1904.35), prohíben la discriminación contra cualquier empleado por reportar una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

Un programa proactivo de seguridad y salud evitará futuras lesiones, va más allá del cumplimiento de las leyes y reglamentos, reduce los futuros gastos de indemnización de los trabajadores y aumenta la productividad y el desempeño general de la empresa. ¡Un lugar de trabajo seguro y saludable es un negocio sólido!

Recursos Adicionales:

- [Prácticas Recomendadas para Programas de Seguridad y Salud](#). [PDF folleto] OSHA, febrero de 2022.
- [Prácticas Recomendadas para Programas de Seguridad y Salud](#) [página web] OSHA, octubre de 2016.

Capítulo 5. Casos de Estudio

Caso 1 – ¿Primeros Auxilios o Atención Médica?

Una gran planta siderúrgica contrató paramédicos para responder a emergencias y lesiones graves. Con el tiempo, los empleadores ampliaron el papel de los EMT para incluir los primeros auxilios y la atención de seguimiento de otras lesiones leves. Los paramédicos continuaron remitiendo las lesiones graves (por ejemplo, laceraciones, fracturas, traumatismos craneales) al servicio de urgencias (ED) del hospital local a través del 911. Sin embargo, cuando diagnosticaban a un trabajador un esguince o una torcedura, los paramédicos le proporcionaban con frecuencia “primeros auxilios”, como bolsas de hielo y analgésicos sin receta, a lo largo de varias citas que duraban de días a semanas. A veces, los trabajadores obtenían una mejoría y dejaban de ver a los EMT. A veces los EMT remitían a los trabajadores a clínicas externas cuando sus síntomas no se resolvían. Otros trabajadores dejaron de acudir a los EMT porque los repetidos “primeros auxilios” no les ayudaban.

El empleador creía que, dado que el hielo y los medicamentos sin receta entraban dentro de la definición de primeros auxilios de la OSHA según la norma de conservación de registros, los servicios proporcionados por los EMT eran simplemente primeros auxilios y no atención médica. Además, los empleadores se alegraron de que los servicios de los EMT disminuyeran los costos de indemnización de los trabajadores y los casos OSHA 300 Log.

¿Cuáles son los errores de gestión médica en el Caso 1?

Cuando los paramédicos (EMT) (o cualquier otro profesional de la salud (HCP)) evalúan y tratan a un trabajador más de una vez por la misma lesión, le están proporcionando atención médica, no primeros auxilios. Como se habló en el capítulo 2, los sistemas de atención médica correctamente diseñados reconocen que los primeros auxilios son sólo *la atención inicial*. Proporcionar únicamente tratamientos de “primeros auxilios” designados por la OSHA en múltiples citas clínicas no significa que la atención médica sea realmente de primeros auxilios. Además, estos paramédicos pueden estar haciendo diagnósticos médicos, posiblemente fuera de su ámbito de práctica, y una violación

potencial de las normas estatales de concesión de licencias. La OSHA ha visto muchos ejemplos en los que los empleadores malinterpretaron la diferencia clínica entre primeros auxilios y atención médica. Los elementos de la atención médica incluyen un historial clínico, un examen físico, una evaluación y un plan de gestión. Por ejemplo, imagine que un trabajador de mantenimiento de la planta siderúrgica repara una máquina, lo que requiere utilizar con fuerza una llave inglesa. Al final del turno, ve al paramédico en la clínica por un dolor en el hombro. El paramédico le hace preguntas sobre los síntomas y cualquier lesión previa en el hombro (historial clínico); examina el hombro en busca de sensibilidad, hinchazón y amplitud de movimiento (exploración física); decide que el trabajador se ha hecho un esguince en el hombro (evaluación o diagnóstico); y le dice al trabajador que utilice hielo en el hombro, tome ibuprofeno sin receta y vuelva al día siguiente para una nueva evaluación (plan de gestión). El hielo y el ibuprofeno están en la lista de primeros auxilios de la conservación de registros de la OSHA, pero la totalidad de este encuentro clínico comprende una atención médica que puede estar más allá del ámbito de práctica permitido al paramédico. Por supuesto, cualquier cita y tratamiento de seguimiento tampoco atendería a la definición clínica de “primeros auxilios.”

¿Cuáles son las posibles opciones adversas?

Por lo general, el entrenamiento y el ámbito de práctica de los EMT no incluyen la evaluación y el tratamiento de seguimiento de las lesiones musculoesqueléticas. Sin la supervisión y los protocolos adecuados, los resultados adversos pueden incluir un tratamiento prolongado e inadecuado, la falta de una remisión adecuada y el aumento de la gravedad de las lesiones. Por ejemplo, en el escenario anterior, si el EMT no remite al trabajador a un HCP de nivel superior, una distensión del manguito rotador podría progresar hasta convertirse en un desgarramiento que necesite cirugía. En otras instalaciones, la OSHA ha visto casos en los que la omisión de diagnósticos, como quemaduras químicas en los ojos y conmociones cerebrales, han tenido peores resultados.

¿Qué pueden hacer los empleadores para mejorar la gestión médica en el caso 1?

Para obtener orientación sobre la creación de un programa o puesto de primeros auxilios, los empleadores pueden remitirse a la OSHA's 2006 [Guía de Buenas Prácticas: "Fundamentos de un Programa de Primeros Auxilios en el Lugar de Trabajo."](#) Los empleadores deben revisar las leyes estatales que rigen el ámbito de práctica y supervisión de los EMT para asegurarse de que éstos ejercen dentro de los requisitos legales. El supervisor clínico de los EMT, normalmente un médico, debe revisar con frecuencia la atención proporcionada por los EMT, proporcionar orientación y educación y tomar acciones correctivas cuando se produzcan errores de gestión médica. Si los síntomas de un trabajador no han mejorado después de que el EMT le proporcione los primeros auxilios, los empleadores deberían tener un procedimiento claro para la remisión a un médico de atención primaria o a un servicio de urgencias externo. Este procedimiento debe ser independiente de las opiniones de los empleadores y de los profesionales de RRHH. El empleador debe asegurarse de que se anima a los trabajadores a reportar las lesiones y a buscar el tratamiento necesario.

Caso 2 – ¿Por qué es importante la Supervisión Clínica?

Una planta de procesamiento de aves de corral contrata a enfermeras diplomadas (LPN, por sus siglas en inglés) para dotar de personal a su estación de enfermería in situ. Las LPN evalúan y tratan a los trabajadores lesionados y deciden cuándo enviar a un trabajador al servicio de urgencias del hospital o a una clínica médica para un tratamiento que no sea de urgencia. El supervisor de las LPN es el director de seguridad de las compañías, un antiguo EMT.

Para orientar a las LPN, el director de seguridad les da una serie de protocolos médicos que utilizó en su anterior trabajo con un servicio de ambulancias. La mayoría de los protocolos abordan afecciones agudas graves como la muerte súbita cardíaca y la hipoglucemia. Los empleadores piden a un médico local, cuya clínica trata ocasionalmente a los trabajadores lesionados de la planta, que revise los protocolos y apruebe su uso en la planta.

En el pasado, el médico ha suministrado atención médica a trabajadores de esta planta que tenían distensiones de espalda y muñeca. Por ello, actualiza el documento de protocolo añadiendo instrucciones para los primeros auxilios de estas dolencias. Los protocolos no abordan cuándo sería necesario remitir a un trabajador con distensión de espalda y muñeca para que reciba tratamiento médico. A continuación, el médico firma los protocolos revisados. Tras hacerlo, ya no tiene ninguna relación formal con la planta. No supervisa a las LPN ni proporciona cuidados de seguimiento a los trabajadores lesionados.

Los empleadores dicen a los trabajadores que no pueden acudir a su propio médico por una lesión laboral. En su lugar, deben acudir a la enfermería y ver a una enfermera diplomada, que les remitirá a un médico si es necesario.

¿Cuáles son los errores de gestión médica en el caso 2?

Hay dos errores principales de gestión médica. En primer lugar, las LPN no tienen una supervisión clínica adecuada. Según la normativa de la Junta de Enfermería del estado, un médico, una APRN o una RN, deben supervisar a las LPN. En segundo lugar, las LPN están trabajando más allá de su ámbito de práctica al remitir a los trabajadores a un médico para un tratamiento que no es de urgencia. Por lo general, las LPN no tienen el entrenamiento necesario para proporcionar una evaluación y un tratamiento de los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo ni para tomar decisiones sobre la atención médica posterior de dichos trastornos. Cuando el personal de la OSHA tiene dudas sobre el tratamiento médico adecuado de los trabajadores, el personal de la OSHA ha remitido a los proveedores a las juntas estatales de concesión de licencias para una revisión más exhaustiva. La OSHA recomienda consultar a la autoridad estatal de indemnización de los trabajadores y a un abogado especializado en derecho médico.

¿Cuáles son las posibles consecuencias negativas para su salud?

Los protocolos médicos de la planta permiten a las LPN tratar lesiones durante periodos de semanas a meses sin remisión a un proveedor de nivel superior para una evaluación, diagnóstico y tratamiento definitivos. El retraso en el tratamiento puede

agrar las lesiones y las enfermedades. Además, las LPN pueden encontrarse con lesiones para las que no tienen entrenamiento ni experiencia. Sin una supervisión clínica adecuada, las LPN pueden proporcionar un tratamiento inadecuado.

Estos riesgos no son sólo teóricos. La OSHA ha visto resultados adversos para la salud debidos a una mala gestión médica. Por ejemplo, el personal médico de una planta trató un esguince de muñeca durante meses sin remisión. Más tarde, un médico diagnosticó síndrome del túnel carpiano, que requirió cirugía. El diagnóstico y el tratamiento tempranos del síndrome del túnel carpiano podrían haber revertido los síntomas y evitado la necesidad de cirugía. En otro caso que revisó la OSHA, una LPN no reconoció la congelación del dedo. Como consecuencia, la LPN no remitió al trabajador para su evaluación y tratamiento inmediatos. Finalmente, el dedo del trabajador tuvo que ser amputado.

¿Qué pueden hacer los empleadores para mejorar la gestión médica en el caso 2?

Los empleadores deben revisar las leyes estatales y federales de atención médica y consultar a un abogado especializado en derecho médico. Un médico OEM o una APRN deberían diseñar los servicios médicos in situ de los empleadores. La estructura de los servicios in situ debe incluir una supervisión clínica adecuada del personal de atención médica.

Además, los médicos que firman protocolos médicos para clínicas en el lugar de trabajo tienen la responsabilidad de entender las circunstancias en las que se van a utilizar dichos protocolos. El médico debe comprender los ámbitos de práctica del personal y la estructura de supervisión clínica. La siguiente referencia revisada por expertos proporciona orientación a los médicos que revisan y aprueban los protocolos médicos de los empleadores:

- Tustin AW, Fagan KM, Hodgson MJ. ¿Cuáles son las responsabilidades de un médico consultor al revisar y aprobar los protocolos médicos de la clínica in situ de una compañía? *Revista de Medicina Ocupacional y Medioambiental*. 2018; 60(7):e321-e323.

Caso 3 – Confidencialidad y Personal Multilingüe

Una planta de envasado de carne tiene una clínica in situ atendida por RN, LPN y un médico que acude una vez a la semana. Las compañías contratan a muchos trabajadores inmigrantes. Más del 50% de los empleados no hablan inglés. Los idiomas incluyen el español, el creole haitiano y el hmong. El personal de la clínica sólo habla inglés. Cuando acuden a la clínica trabajadores que no hablan inglés o que tienen un dominio limitado de este idioma, los compañeros bilingües o los supervisores se encargan de la interpretación. A veces no hay nadie disponible para interpretar. En esas situaciones, los trabajadores lesionados intentan comunicarse con los profesionales sanitarios mediante gestos con las manos y un inglés entrecortado.

¿Cuáles son los errores de gestión médica en el caso 3?

Los errores en este caso son la mala comunicación y la falta de confidencialidad en un entorno clínico.

Si un profesional de la salud no puede comunicarse eficazmente con un trabajador, es casi imposible proporcionarle una atención adecuada. Una atención inadecuada puede ser peligrosa. Utilizar a compañeros de trabajo u otro personal de las compañías como intérpretes es una mala solución a la barrera lingüística, porque estos intérpretes “informales” pueden ser incapaces de interpretar con precisión complejas conversaciones médicas.

Los intérpretes informales también pueden violar los derechos de los pacientes porque desconocen los requisitos de confidencialidad. La confidencialidad es un principio fundamental tanto de la práctica ética como legal de la medicina. Superar las barreras lingüísticas de forma confidencial es especialmente importante para crear un entorno clínico eficaz y seguro. Utilizar a compañeros de trabajo sin formación o a otro personal de las compañías para interpretar es inadecuado, ya que esta práctica vulnera la confidencialidad.

¿Cuáles son las posibles opciones adversas?

Cuando los compañeros de trabajo o los supervisores interpretan los encuentros clínicos, los trabajadores pueden sentirse incómodos al confiar información importante necesaria para tomar un diagnóstico o una decisión clínica. Los trabajadores pueden minimizar los síntomas o informar de menos sobre el

tiempo que llevan presentándose, lo que conduce a un retraso en el diagnóstico y el tratamiento. El personal de atención médica que no puede comunicarse eficazmente puede interpretar mal o minimizar los síntomas de los trabajadores, lo que conduce a un control clínico inadecuado.

La OSHA ha visto casos de este tipo. Por ejemplo, un trabajador desarrolló “dedo en gatillo”, una afección de inflamación, hinchazón y bulto en un tendón de la mano, tras trabajar con herramientas vibratorias y un mango inadecuadamente acolchado. Esa lesión podría haberse resuelto con restricciones temporales en el trabajo y una inyección de cortisona.

En lugar de ello, dio lugar a una intervención quirúrgica y a una incapacidad crónica. Esto sucedió porque el personal clínico de la empresa no hablaba el idioma de la trabajadora ni tenía acceso a un servicio de interpretación confidencial. La empleada no pudo comunicar sus síntomas y factores agravantes, ni sus preguntas y preocupaciones. El personal in situ no proporcionaba asesoramiento en el idioma que la trabajadora podía entender. Por ello, la trabajadora creyó que no se podía hacer nada para tratar su dedo.

¿Qué pueden hacer los empleadores para mejorar la gestión médica en el caso 3?

Dado que el número de personas con conocimientos limitados de inglés (LEP) ha aumentado en EE.UU., las normas de atención médica exigen que se disponga de servicios de interpretación confidenciales (Chen 2007; JC, 2012; CMS, 2011). En EE.UU. existe un entrenamiento y una certificación específicos para los intérpretes de atención médica, lo que garantiza la disponibilidad de servicios de interpretación competentes y confidenciales (JC Recursos 2012).

Recursos adicionales

- Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. [¿Mejoran los intérpretes profesionales la atención clínica a los pacientes con un dominio limitado del inglés? Una revisión sistemática de la literatura](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17362215). Health Serv Res. 2007 Apr;42(2):727-54. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17362215>

- Centro de Servicios de Medicare y Medicaid. Comprender las necesidades de comunicación y lenguaje de los beneficiarios de Medicare <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/Downloads/Issue-Briefs-Understanding-Communication-and-Language-Needs-of-Medicare-Beneficiaries.pdf>
- Recursos de la Comisión Conjunta. Anticipación Eficáz Comunicación, Competencia Cultural y Orientación a la Familia Cuidados: una Hoja de Ruta para los Hospitales. <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/health-equity/aroamapforhospitalsfinalversion727pdf.pdf?db=web&hash=AC3AC4BED1D973>.

Caso 4 – ¿Cuál es el Papel del Supervisor cuando un Trabajador se Lesiona?

Una compañía de limpieza proporciona servicios contratados a plantas de empaquetado de carne de todo el país. Como el trabajo de limpieza se realiza en el turno de noche y las plantas están en lugares remotos, encontrar servicios médicos fiables para los trabajadores accidentados puede resultar difícil. En un intento de resolver este problema, las compañías de limpieza contratan un servicio de triaje telefónico atendido por enfermeras tituladas.

Cada vez que un trabajador de la limpieza reporta una lesión o síntomas, el supervisor llama al servicio de triaje y habla con un enfermero diplomado para pedir consejo. Cuando los trabajadores lesionados piden hablar con el RN, pueden hacerlo. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el supervisor habla directamente con el RN, sobre todo si el trabajador lesionado no habla inglés.

Algunos trabajadores desconfían de este acuerdo, en el que los supervisores se comunican directamente con los profesionales de salud, porque los trabajadores se sienten incómodos dando a su supervisor detalles personales que puedan afectar a la atención de sus lesiones o a su empleo. Otros trabajadores no entienden que puedan pedir hablar directamente con el enfermero diplomado.

¿Cuáles son los errores de gestión médica en el Caso 4?

Como en el Caso 3, el error principal es la falta de confidencialidad, con el problema adicional de posibles diagnósticos inexactos. Es evidente que los supervisores tienen un papel integral en el programa de gestión médica de un empleador. Los supervisores inmediatos son generalmente los primeros en escuchar hablar de un síntoma o lesión. Parte del trabajo de un supervisor consiste en hacer un seguimiento de las lesiones y reportarlas a la línea superior. Sin embargo, la confidencialidad se ve comprometida innecesariamente cuando los trabajadores se ven obligados a acudir a los supervisores como “intermediarios” para comunicarse con los profesionales médicos que administran los primeros auxilios o la atención médica.

Otra cuestión es que los profesionales médicos que proporcionan servicios a distancia (por ejemplo, por teléfono) pueden no estar debidamente supervisados o autorizados en el estado en el que se encuentra el paciente. Antes de contratar cualquier servicio de telesalud, como un proveedor de triaje telefónico, los empleadores deben consultar a un abogado especializado en derecho médico. El abogado puede revisar la supervisión y la dotación de personal del contratista de telesalud, para asegurarse de que se cumplen todos los requisitos legales y clínicos.

¿Qué pueden hacer los empleadores para mejorar la gestión médica en el Caso 4?

El entrenamiento de los supervisores es clave. El entrenamiento debe incluir una descripción clara del papel y las responsabilidades de los supervisores en el programa general de gestión médica de la compañía. El entrenamiento debe cubrir la confidencialidad y los métodos para animar a los trabajadores a reportar síntomas y lesiones. Los supervisores deben animar a todos los trabajadores lesionados a hablar directamente con las enfermeras de triaje.

El entrenamiento de los trabajadores también es importante. Tanto los trabajadores como los supervisores deben tener el mismo conocimiento del programa de gestión médica de la compañía. El programa debe incluir métodos para fomentar el reporte y tratamiento tempranos de las lesiones. Por ejemplo, es posible que más trabajadores utilicen el servicio de triaje si se les permite llamar sin acudir al supervisor.

Apéndice I – Tipos de Profesionales de la Atención Médica

El sistema de atención médica de EE.UU. comprende una variedad de profesionales de la salud que trabajan juntos para proporcionar servicios clínicos. Este Apéndice describe algunos tipos comunes de HCP que trabajan en entornos ocupacionales. El objetivo de este Apéndice es proporcionar información básica sobre los HCP para los empleadores que estén diseñando un programa de gestión médica.

La inclusión de un tipo de HCP en este Apéndice no implica su aprobación por parte de la OSHA. Tampoco implica que el tipo de HCP esté cualificado para trabajar en un entorno ocupacional concreto. Como siempre, los empleadores deben consultar a un abogado con experiencia en derecho médico.

1 – Médicos

Tradicionalmente, los médicos han proporcionado la mayor parte de la atención a las lesiones y enfermedades agudas y crónicas relacionadas con el trabajo. Los médicos también realizan otros exámenes ocupacionales, como los exámenes previos a la incorporación al trabajo, los exámenes de supervisión médica y los exámenes médicos independientes. Tanto los doctores en medicina (MD) como los doctores en osteopatía (DO) son médicos. Los médicos han completado estudios universitarios y de posgrado en una facultad de medicina acreditada. Los médicos licenciados han aprobado el Examen de Licencia Médica de EE.UU. u otra titulación equivalente de la Junta Nacional de Examinadores Médicos, y tienen una licencia para ejercer la medicina en un estado o estados determinados y pueden practicar la medicina de forma independiente. El ámbito de la práctica de un médico incluye el diagnóstico y el tratamiento de lesiones y enfermedades, la prescripción de tratamientos y medicamentos y la supervisión de otros profesionales de la salud.

La mayoría de los médicos eligen una especialidad (como Medicina de Familia o Cirugía) y obtienen un mayor entrenamiento y capacitación. Los médicos que completan el entrenamiento adicional (residencias y becas) y aprueban los exámenes de calificación (llamados “boards”) se convierten en certificados por la junta en su

especialidad. Los médicos obtienen su licencia a través de la junta médica del estado. Los empleadores deben verificar regularmente a través de la junta médica del estado que el médico tiene una licencia válida para practicar la medicina en el estado en el que trabaja. Para verificar el entrenamiento en la especialidad y la certificación del título de los médicos, los empleadores pueden consultar la información en línea a través de la [American Board of Medical Specialties](#) (Junta Americana de Especialidades Médicas).

1.1 – Especialistas en Medicina Ocupacional y Medioambiental

Los médicos especializados en medicina ocupacional y medioambiental (OEM) son doctores en medicina que han completado un entrenamiento adicional en medicina ocupacional. Completar una residencia acreditada en medicina del trabajo y seguir practicando la medicina ocupacional permite a los médicos obtener la certificación de la junta en medicina del trabajo. Los médicos de OEM certificados por la junta han aprobado un examen de medicina ocupacional impartido por la American Board of Preventive Medicine (Junta Americana de Medicina Preventiva, ABPM).

Los médicos de OEM son expertos en la salud del trabajador. El ámbito de la práctica de los médicos de OEM incluye el diagnóstico y el tratamiento de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, la epidemiología, el conocimiento de las leyes y normativas laborales, la toxicología clínica, la gestión de la aptitud e incapacidad de los trabajadores y la prevención de lesiones y enfermedades laborales. Los médicos de la OEM consultan regularmente a los empleadores sobre la gestión de la seguridad y la salud en el lugar de trabajo. Los médicos de los OEM supervisan los servicios de salud ocupacional, incluso los servicios in situ y el personal. Una [base de datos en línea de la ABPM](#) permite al público verificar la certificación de la junta OEM de un médico y buscar médicos OEM certificados por la junta en cualquier ciudad o estado de EE. UU.

1.2 – Médicos de otras especialidades

La mayoría de los médicos no tienen un entrenamiento especial en medicina ocupacional. Muchos médicos que tratan a los trabajadores accidentados o realizan exámenes de preinserción y de supervisión médica no son médicos especialistas en

medicina del trabajo. Los empleadores que contratan a médicos deben preguntarles sobre su entrenamiento y experiencia en medicina ocupacional.

Algunos requisitos de supervisión médica de la OSHA recomiendan (por ejemplo, la norma sobre el asbesto) o exigen (por ejemplo, la norma sobre el sílice) que los médicos que evalúan las radiografías de tórax estén certificados como lectores B. Un **lector B certificado** ha realizado el curso del National Institute for Occupational Safety and Health (Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional, NIOSH) y ha superado la prueba de certificación para evaluar las radiografías de tórax según el programa de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para las neumoconiosis (enfermedades pulmonares causadas por el polvo).

Recursos adicionales:

- Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Medioambiental (ACOEM). Documento de posición sobre el **alcance de los programas y prácticas de salud ocupacional y ambiental**
- **Ámbito de la Salud Ocupacional y Medioambiental Programas y Práctica** (AOEC) es una red de clínicas de todo Estados Unidos atendidas por médicos de la AOEC y otros profesionales de la salud ocupacional. El directorio de clínicas de la AOEC está aquí: <https://aoec.org/members>
- **El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional** (NIOSH) tiene Centros de Educación e Investigación (ERC) por todo el país. El objetivo principal de los ERC es el entrenamiento de profesionales e investigadores en seguridad y salud ocupacional, incluso médicos de OEM. Estos ERC del NIOSH pueden ser un recurso para los empleadores. La información sobre los NIOSH ERCs está aquí: <https://www.cdc.gov/niosh/extramural-programs/php/about/ercs.html>
- NIOSH también apoya a los Centros para la Seguridad y la Salud Agrícola en todo el país. Estos centros pueden ser un recurso para los empleadores agrícolas. La información sobre estos centros agrícolas está aquí: <https://www.cdc.gov/niosh/extramural-programs/php/about/ag-centers.html>
- La página web de la OSHA para **médicos clínicos** tiene orientaciones para médicos y otros profesionales de la salud. Estos recursos también pueden ser útiles para los empleadores.

2 – Asistentes Médicos

Los asistentes médicos (PA, por sus siglas en inglés) proporcionan atención médica a los pacientes como parte de un equipo de atención médica, bajo la supervisión de un médico. Los PA pueden realizar exámenes físicos, diagnosticar y tratar enfermedades, solicitar e interpretar las pruebas, recetar medicamentos (en la mayoría de los estados) y planificar e implementar intervenciones terapéuticas. Las leyes estatales exigen que los asistentes médicos trabajen bajo la supervisión de un médico titulado.

Los asistentes médicos proporcionan atención médica a los pacientes como parte de un equipo de atención médica, bajo la supervisión de un médico. Pueden realizar exámenes físicos, diagnosticar y tratar enfermedades, solicitar e interpretar las pruebas, recetar medicamentos (en la mayoría de los estados) y planificar e implementar intervenciones terapéuticas. Para mejorar su formación, los asistentes médicos deben seguir un entrenamiento adicional cada año. Deben pasar un examen de recertificación cada 6 a 10 años.

Algunos asistentes médicos ejercen en entornos de salud ocupacional. Aunque no existe una certificación especial de salud ocupacional para los asistentes médicos, los interesados pueden unirse a una organización profesional como la [Academia Americana de Asistentes Médicos en Medicina Ocupacional](#), que proporciona oportunidades educativas y recursos para los asistentes médicos que trabajan en esta área especializada.

Recursos Adicionales:

- Academia Americana de Asistentes Médicos: <https://www.aapa.org>
- Comisión Revisora de la Acreditación en Educación para el Médico Asistente : <http://www.arc-pa.org>
- Comisión Nacional de Certificación de Asistentes Médicos: <https://www.nccpa.net>
- Academia Americana de Asistentes Médicos en Medicina Ocupacional (AAPAOM): <http://www.aapaoccmmed.org/>
- AAPAOM Directrices sobre el papel de los AP en la medicina ocupacional: <http://www.aapaoccmmed.org/page-770962>

3 – Enfermeras

Las enfermeras son la cara de la atención médica en Estados Unidos, ya que proporcionan gran parte de los cuidados directos a los pacientes. Las enfermeras de salud ocupacional (OHN) suelen proporcionar atención médica en los lugares de trabajo. Los papeles y ámbitos de práctica de las enfermeras pueden dividirse en tres categorías generales: Enfermeras registradas de práctica avanzada (APRN, por sus siglas en inglés), enfermeras registradas (RN, por sus siglas en inglés) y enfermeras prácticas o profesionales con licencia (LPN y LVN, por sus siglas en inglés). La Junta de Enfermería de cada estado tiene normativas relativas al ámbito de la práctica y la supervisión para todos los niveles de enfermería. Estas normativas varían de un estado a otro. Al igual que todos los profesionales de la salud, las enfermeras deben tener licencia en el estado en el que trabajan. Algunas enfermeras tienen licencia para ejercer en varios estados en virtud del Pacto para el [Pacto para la Licencia de Enfermería](#).

3.1 – Enfermeras Registradas de Práctica Avanzada (APRN)

Las enfermeras registradas de práctica avanzada (APRN, por sus siglas en inglés) son enfermeras tituladas que tienen un entrenamiento clínico especializado adicional, han alcanzado un nivel superior de educación (es decir, un máster o un doctorado) y han aprobado el examen de licencia pertinente. Pueden tener áreas de especialidad adicionales delimitadas mediante la superación del correspondiente certificado de especialidad. Algunos ejemplos de APRN son las enfermeras practicantes (NP), las enfermeras especialistas clínicas, las enfermeras parteras y las enfermeras anestesistas. El ámbito de la práctica viene determinado por su entrenamiento especializado y por el estado en el que ejercen. Muchos estados permiten a las APRN ejercer su profesión sin la supervisión de un médico. En estos estados, las APRN pueden ver a los pacientes de forma independiente, realizar exámenes físicos, solicitar análisis de laboratorio u otros estudios diagnósticos, diagnosticar afecciones y desarrollar planes de tratamiento, incluso recetar determinados medicamentos. Algunos estados exigen que las APRN tengan una relación formal con un médico que proporcione supervisión clínica y esté disponible para consultas en caso necesario. Las APRN pueden obtener una certificación nacional aprobando un examen de acreditación y participando en una formación permanente continua.

3.2 – Enfermeras Tituladas

Las enfermeras tituladas (RN) constituyen el segmento más numeroso de la profesión de enfermería y suelen ser el miembro del equipo de atención médica con el que los pacientes tienen más interacción. Las enfermeras tituladas completan un programa de dos años de Diplomado en Enfermería (ADN) o un programa de cuatro años de Licenciatura en Ciencias de Enfermería (BSN). Ambos programas incluyen una combinación de clases académicas y trabajo aplicado en un entorno clínico. Los graduados de ambas vías pueden presentarse al examen nacional de obtención de la licencia.

Las enfermeras tituladas deben trabajar bajo la supervisión de un médico o de otro profesional de la atención médica de nivel avanzado, como una APRN. Dentro de esta estructura de supervisión, las enfermeras tituladas practican los cuidados de enfermería de forma independiente, pero necesitan directrices médicas cuando administran medicamentos y proporcionan intervenciones que no son de enfermería. El ámbito de la práctica de las enfermeras tituladas incluye la elaboración de historiales médicos, la realización de exámenes físicos, las evaluaciones de enfermería, el triaje, la atención a los pacientes, la educación de los pacientes y la coordinación de los cuidados.

3.3 – Enfermeras Prácticas Licenciadas y Enfermeras Profesionales Licenciadas

Las enfermeras prácticas licenciadas (LPN) y las enfermeras vocacionales licenciadas (LVN) se gradúan en una escuela de formación profesional o programa de entrenamiento de uno a dos años. Las LPN y LVN pueden tomar los signos vitales, limpiar heridas, aplicar vendajes y realizar cuidados básicos al paciente. Sin embargo, en general, su ámbito de práctica no incluye el triaje ni la toma de decisiones clínicas, como determinar de forma independiente si un empleado puede volver al trabajo con seguridad o si debe ser remitido a un médico para un tratamiento que no sea de urgencia. Las LPN y LVN siguen protocolos médicos y trabajan bajo la supervisión directa de un médico o enfermero/a. Supervisión directa significa que el RN, APRN o médico supervisor está in situ o fácilmente disponible para consultas, revisa todos los encuentros con los pacientes y firma conjuntamente todos los anotaciones de los pacientes.

3.4 – Enfermeras Certificadas en Salud Ocupacional

Los enfermeros diplomados en enfermería de salud ocupacional (COHN/COHN-S) tienen un entrenamiento y una experiencia únicos en la prestación de programas y servicios de salud y seguridad a los trabajadores. Los COHN pueden proporcionar atención directa a los empleados lesionados y enfermos, controlar los casos de los programas de indemnización de los trabajadores, desarrollar y proporcionar entrenamiento en seguridad y salud ocupacional y administrar los programas de primeros auxilios y gestión médica de los empleadores. En la industria, los COHN pueden formar parte de un equipo multidisciplinar de salud ocupacional, pueden ser contratados como consultores que prestan un servicio específico o pueden ser empleados por una compañía para dirigir su programa de gestión médica.

Para obtener la certificación en enfermería de salud ocupacional, las RN o APRN deben completar con éxito un programa académico en enfermería de salud ocupacional o tener 3.000 horas de experiencia en enfermería de salud ocupacional en los últimos cinco años, y aprobar un examen nacional administrado por la [Junta Americana de Enfermeras de Salud Ocupacional](#).

Recursos Adicionales:

- Asociación Americana de Enfermeras de Salud Ocupacional (AAOHN): <http://aaohn.org>
- Junta Americana de Enfermeras de Salud Ocupacional: <https://www.abohn.org>
- Consejo Nacional de Consejos Estatales de Enfermería (NCSBN): <https://www.ncsbn.org/index.htm> (tiene información sobre la Licencia de Enfermería)
- [El Centro Americano de Acreditación de Enfermeras y la Junta de Certificación de la Academia Americana de Enfermeros](#) certifican APRNs.

4 – Otros HCP

Otros profesionales de la salud pueden ser contratados in situ para proporcionar servicios de salud ocupacional. En las cinco secciones siguientes se habla sobre algunos de los HCP más comunes que se encuentran en los lugares de trabajo. Aunque los conocimientos

y las habilidades clínicas se superponen en cierta medida, su entrenamiento y ámbitos de práctica son distintos. Algunos de los HCP que se hablan a continuación pueden trabajar de forma independiente y otros no. Casi todos requieren una licencia en el estado en el que ejercen. El cuadro que figura al final de este documento proporciona una visión resumida de estas cuestiones.

4.1 – Entrenadores de Atletismo

Los entrenadores de atletismo (AT) trabajan en colaboración con los médicos para prevenir y tratar las lesiones y enfermedades relacionadas con el deporte. Los AT pueden realizar exámenes musculoesqueléticos, detectar lesiones, diseñar programas de acondicionamiento y, en la mayoría de los estados, proporcionar cuidados según protocolos bien definidos. La mayoría de los AT trabajan en institutos, universidades, centros deportivos (por ejemplo, gimnasios o franquicias deportivas profesionales) o centros de atención médica.

Los AT pueden tener una licenciatura, un máster o un doctorado de un programa acreditado en entrenamiento atlético. Para obtener la certificación, los AT deben completar con éxito una licenciatura en un programa acreditado y aprobar un examen de certificación a través de la [Junta de Certificación para el Entrenador de Atletismo](#). Para continuar con su certificación, los AT deben obtener una formación continua anualmente. Todos los estados, excepto California (en el momento de escribir estas líneas), exigen que los AT estén autorizados en el estado en el que ejercen.

La salud ocupacional es un ámbito emergente para los AT. Las compañías en las que los empleos requieren un trabajo físico pesado o repetitivo contratan a veces a los AT para que desarrollen y proporcionen programas de “trabajadores sanos” para prevenir las lesiones laborales. Otras compañías contratan a los AT para proporcionar primeros auxilios y tratamiento de lesiones relacionadas con el trabajo. Al contratar a un AT, los empleadores deben revisar las leyes de su estado relativas al ámbito de práctica de los AT. Como ya se ha mencionado, los AT deben estar supervisados por un médico. Además, algunas normativas estatales especifican que los AT sólo pueden proporcionar servicios de entrenamiento atlético a deportistas.

Recursos Adicionales:

- Asociación Nacional de Entrenadores de Atletismo (NATA): <https://www.nata.org>
- NATA Código Ético: <https://www.nata.org/sites/default/files/nata-code-of-ethics.pdf>
- Comisión de Acreditación de la Formación en Entrenamiento Atlético: <https://caate.net>
- Junta de Certificación para el Entrenador de Atletismo: <http://www.bocatc.org>
 - Acceso rápido a las normativas estatales para las TA: <http://www.bocatc.org/state-regulation>

4.2 – Quiroprácticos

Los quiroprácticos tratan las lesiones y enfermedades musculoesqueléticas. Utilizan tanto tratamientos médicos tradicionales como tratamientos quiroprácticos, como la manipulación y los ajustes vertebrales.

Para convertirse en doctor en quiropráctica (DC), los quiroprácticos deben completar una licenciatura (grado) y después obtener un título de posgrado de un programa acreditado por el [Council on Chiropractic Education](#) (Consejo de Educación Quiropráctica). La educación quiropráctica dura cuatro años (o aproximadamente 4.800 horas) de entrenamiento en ciencias clínicas, incluso entrenamiento supervisado en exploración física, diagnóstico y técnicas de ajuste. A continuación, los quiroprácticos deben aprobar un examen para obtener la licencia realizado por la [Junta Nacional de Examinadores Quiroprácticos](#) (NBCE).

Al igual que otros profesionales de la salud, los quiroprácticos deben estar autorizados en el estado en el que ejercen. Los quiroprácticos pueden ejercer de forma independiente en todos los estados, pero el ámbito de práctica de los quiroprácticos difiere de un estado a otro. Por ejemplo, en algunos estados, los quiroprácticos pueden recetar medicamentos, y en otros, no.

Muchos quiroprácticos tienen su propio consultorio, pero algunos trabajan en un hospital o en una clínica de especialidades múltiples. Aunque el entrenamiento quiropráctico básico

puede no incluir una formación detallada sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, el Asociación Americana de Quiropráctica Consejo de Salud Ocupacional recomienda que los quiroprácticos que vean a trabajadores lesionados obtengan una formación de posgrado en salud ocupacional y ergonomía. La Junta Quiropráctica Americana sobre Salud Ocupacional acredita programas de entrenamiento en salud ocupacional para quiroprácticos.

Recursos Adicionales:

- Asociación Americana de Quiropráctica (ACA):
<https://www.acatoday.org>
 - ACA's Consejo de Salud Ocupacional <http://www.acacoh.com>
- El Consejo de Educación Quiropráctica: <http://www.cce-usa.org>
- Junta Nacional de Examinadores Quiroprácticos:
<https://www.nbce.org>
 - Enlaces a las juntas estatales de licencias quiroprácticas:
<https://www.nbce.org/links-to-chiropractic-state-licensing-boards>

4.3 – Paramédicos y Técnicos de Emergencias Médicas

Los paramédicos y los técnicos en emergencias médicas (EMT por sus siglas en inglés) son la columna vertebral del sistema de servicios médicos de urgencia (EMS por sus siglas en inglés) de Estados Unidos. La [Administración Nacional de Seguridad en el Tráfico por Carretera](#) (NHTSA) juega un papel destacado en el sistema de EMS, establece normas para el entrenamiento de paramédicos y EMT y proporciona orientación sobre sus ámbitos de práctica. Los paramédicos y los EMT están entrenados para proporcionar atención médica de emergencia prehospitalaria y transporte a un servicio de urgencias (ED) o a un hospital. Los paramédicos y los EMT no ejercen de forma independiente. Más bien, forman parte de un sistema de EMS y deben ser supervisados por un médico.

El entrenamiento de los EMT básicos y de los EMT avanzados consiste en entre 150 y 250 horas de cursos y experiencia de campo que cubren la evaluación de emergencias, el tratamiento

y la estabilización de lesiones traumáticas y enfermedades críticas, como infartos de miocardio y derrames cerebrales. Los paramédicos tienen una formación más profunda, que suele durar entre 6 y 12 meses. El entrenamiento de los EMT y los paramédicos se centra en la atención y estabilización de emergencias agudas. Su ámbito de práctica no incluye el diagnóstico y tratamiento de trastornos musculoesqueléticos y otras afecciones médicas crónicas.

Los EMT y los paramédicos deben aprobar los exámenes estatales para obtener la certificación de su profesión. También deben obtener una formación continua y deben volver a certificarse cada dos o tres años. Los paramédicos y EMT certificados están autorizados por el estado en el que ejercen.

Recursos Adicionales:

- **Comité de Acreditación de Programas Educativos para las Profesiones de Servicios Médicos de Emergencia**
- El **Registro Nacional de Técnicos de Emergencias Médicas** supervisa y mantiene un registro de paramédicos y paramédicos certificados
- Publicaciones de la Administración Nacional de Seguridad del Tráfico en Carretera:
 - NHTSA (2021). **Modelo Nacional de Alcance de la Práctica de los SME.**
 - NHTSA (2009). **Servicios Médicos Nacionales de Emergencia**
 - NHTSA (2011). **La Agenda para el Futuro del Personal de los Servicios Médicos de Urgencia.**

4.4 – Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales

Tanto los fisioterapeutas (PT) como los terapeutas ocupacionales (OT) proporcionan rehabilitación práctica a las personas que se están recuperando de una lesión musculoesquelética o de una operación, o que tienen ciertas enfermedades musculoesqueléticas o neurológicas. Los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales ayudan a recuperar la movilidad, reducir el dolor y mejorar la función de músculos, articulaciones y partes del cuerpo como la espalda, el cuello y las extremidades.

La terapia física y la terapia ocupacional ayudan a las personas a volver al trabajo y a reanudar otras actividades de la vida diaria. Los ámbitos de práctica de la fisioterapia y la terapia ocupacional difieren en función de su entrenamiento y experiencia.

Los fisioterapeutas están entrenados para diagnosticar problemas musculoesqueléticos, pero no son médicos y no recetan medicamentos. En el pasado, los fisioterapeutas obtenían una licenciatura o un máster en terapia física. Sin embargo, ahora los nuevos estudiantes de fisioterapia deben completar un doctorado en fisioterapia (DPT) en un programa acreditado. Tras una licenciatura universitaria, los estudiantes de DPT suelen completar un programa de posgrado de tres años. A continuación, los fisioterapeutas deben aprobar un examen nacional administrado por el estado. Al igual que otros profesionales de la salud, los fisioterapeutas están autorizados por el estado en el que ejercen. El alcance de la práctica y los requisitos para obtener la licencia varían un poco de un estado a otro. Muchos fisioterapeutas trabajan en un entorno de atención médica, como un hospital o una clínica, donde están supervisados por médicos. Sin embargo, los fisioterapeutas están autorizados en la mayoría de los estados para ejercer la fisioterapia de forma independiente. Durante la evaluación y el tratamiento, si los fisioterapeutas identifican problemas o hallazgos clínicos que quedan fuera de su experiencia o ámbito de actuación, deben remitir al paciente a otro profesional de la salud, como un médico.

Los terapeutas ocupacionales completan una licenciatura, seguida de un máster o un doctorado en terapia ocupacional en un programa acreditado por la American Occupational Therapy Association (Asociación Americana de Terapia Ocupacional). Para obtener la certificación, los terapeutas ocupacionales deben aprobar un examen nacional administrado por la National Board for Certification in Occupational Therapy (Junta Nacional de Certificación en Terapia Ocupacional). Todos los estados exigen que los terapeutas ocupacionales estén autorizados en el estado en el que ejercen. Los terapeutas ocupacionales pueden proporcionar servicios de terapia ocupacional de forma independiente, pero muchos de ellos trabajan como parte de un equipo de atención médica en un hospital, un centro de cuidados a largo plazo o una clínica. La formación, la experiencia y la legislación estatal rigen el ámbito de la práctica de un terapeuta ocupacional.

Tanto los fisioterapeutas como los terapeutas ocupacionales pueden supervisar a los asistentes y auxiliares de terapia física y ocupacional. Los asistentes y auxiliares de fisioterapia y terapia ocupacional con un título de bachillerato o licenciatura no pueden ejercer de forma independiente. Proporcionan cuidados y tratamiento a los pacientes bajo la dirección de los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales. Tanto los fisioterapeutas como los terapeutas ocupacionales pueden supervisar a los asistentes y auxiliares de terapia física y ocupacional. Los asistentes y auxiliares de fisioterapia y terapia ocupacional con un título de bachillerato o licenciatura no pueden ejercer de forma independiente.

Proporcionan cuidados y tratamiento a los pacientes bajo la dirección de los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales.

Apéndice II – Antecedentes Adicionales y Consideraciones sobre el Desempeño

Este Apéndice habla sobre otros factores importantes que los empleadores deben tener en cuenta antes de crear una clínica en el lugar de trabajo.

A lo largo de este apéndice, el término “clínicas en el lugar de trabajo” (OWC, por sus siglas en inglés) remite a las instalaciones dentro de una planta o lugar de trabajo que ofrecen atención médica a los trabajadores con síntomas, lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. OWC es un término general que engloba términos de uso común como “puestos de enfermería”, “unidades de salud”, “puestos de primeros auxilios” y otros.

Servicios Auxiliares

Algunos OWC proporcionan servicios no relacionados con la atención de urgencia o aguda de las lesiones o enfermedades profesionales. Algunos ejemplos son los exámenes físicos rutinarios, las pruebas de laboratorio para detectar enfermedades y las pruebas de detección de drogas. Algunos OWC evalúan y tratan a los trabajadores con afecciones médicas no relacionadas con el trabajo, como la hipertensión o los síntomas del resfriado. Otros participan de forma integral en actividades de promoción de la salud y el bienestar y en programas de ejercicio in situ. Al igual que en cualquier clínica comunitaria, la estructura y la dotación de personal de un OWC deben ser adecuadas a los servicios proporcionados.

Supervisión

Todos los OWC deben tener una estructura de supervisión clínica adecuada. Un profesional designado con la debida licencia, es decir, un médico o una APRN, que esté autorizado a practicar la medicina sin supervisión ni protocolos, debe estar disponible para consultas cuando sea necesario, como cuando un trabajador tenga una afección no contemplada en los protocolos escritos o cuando el HCP evaluador necesite asesoramiento médico. Debe disponerse de una supervisión clínica adecuada durante todos los turnos en los que realice su desempeño el OWC, incluso los turnos nocturnos. Las leyes estatales exigen la supervisión clínica

de muchos HCP (ver capítulo 3). El supervisor clínico debe ser un profesional de la salud autorizado cuyo ámbito de práctica incluya la supervisión de los profesionales de la salud a su cargo. Algunas situaciones pueden requerir que el supervisor clínico esté in situ.

Todos los OWC deben tener una estructura de supervisión clínica adecuada. Un facultativo designado, con la debida licencia, es decir, un médico o una APRN, que esté autorizado para practicar la medicina sin supervisión ni protocolos, debe estar disponible para consultas cuando sea necesario, como cuando un empleado tenga una afección no contemplada en los protocolos escritos o cuando el HCP evaluador necesite asesoramiento médico. La supervisión clínica adecuada debe estar disponible durante todos los turnos en los que el OWC esté realizando su labor, incluso durante los turnos nocturnos. Las leyes estatales exigen la supervisión clínica de muchos HCP (véase el capítulo 3). El supervisor clínico debe ser un profesional de la salud autorizado cuyo ámbito de práctica incluya la supervisión de los profesionales médicos a su cargo. Algunas situaciones pueden requerir que el supervisor clínico esté in situ. Como parte de los procesos de gestión de la calidad, algunos estados exigen revisiones sistemáticas retrospectivas formales de los historiales. Los supervisores clínicos revisan los historiales médicos para determinar que la documentación es adecuada y que los tratamientos y las pruebas diagnósticas atienden a las normas profesionales. Por ejemplo, las pruebas de detección de fármacos deben atender los requisitos de la cadena de custodia. La espirometría debe atender a criterios de validez y reproducibilidad y, al menos para algunas normas de la OSHA, el técnico debe tener un certificado de entrenamiento actual del NIOSH. Los supervisores clínicos evalúan a su personal y se aseguran de que el personal sanitario tenga el entrenamiento y la certificación adecuados y actualizados para desempeñar sus funciones laborales. Los supervisores clínicos también pueden redactar, revisar y actualizar los protocolos o directrices médicas que siguen otros HCP.

Los clínicos que trabajan en organizaciones no clínicas tienen responsabilidades administrativas y las cadenas de mando asociadas a la gestión, en equipo, con requisitos de entrenamiento, programación y otras obligaciones. Estos elementos de desempeño administrativo difieren del desempeño

clínico y pueden presentar conflictos con los supervisores. Los supervisores administrativos sin la certificación y la licencia médicas adecuadas no pueden supervisar a los profesionales de la salud in situ; por lo general, su entrenamiento y sus habilidades no atienden a los requisitos de supervisión clínica definidos en las leyes estatales de concesión de licencias. Los estudios de caso del capítulo 5 ilustran los problemas que pueden surgir cuando la supervisión clínica es inadecuada o inexistente y entra en conflicto con las cadenas de mando administrativas.

Protocolos médicos

Los protocolos médicos son procedimientos e instrucciones clínicas escritas que el personal médico debe seguir al evaluar síntomas o lesiones específicos. En un OWC, estos protocolos deben ser escritos, actualizados y revisados al menos una vez al año por un médico OEM o una APRN encargados de la supervisión. Deben realizarse en un documento o manual de políticas y procedimientos. Como mínimo, los protocolos médicos deben abordar los síntomas y lesiones comunes que se ven en el centro. Los protocolos médicos deben redactarse para el nivel de entrenamiento y el ámbito de práctica del personal de salud que los utiliza. Por ejemplo, incluso en situaciones que no sean de emergencia, como una distensión lumbar, algunos HCP no tienen el entrenamiento o el alcance de la práctica para tomar decisiones sobre cuándo remitir a un empleado para una evaluación y atención de nivel superior. Los protocolos médicos de un OWC deben garantizar que los HCP reciban una orientación adecuada y clara sobre cuándo es necesaria una remisión en situaciones que no sean de emergencia, garantizando que los HCP no estén tomando decisiones clínicas independientes que estén fuera de sus ámbitos de práctica permitidos. (Tustin et. jal., 2018).

Evaluación Continua de los Servicios de Atención Médica In Situ

Del mismo modo que las empresas realizan auditorías periódicas para garantizar la calidad de sus productos, las organizaciones de atención médica evalúan la atención médica que se proporciona en sus instituciones. Las evaluaciones frecuentes ayudan a garantizar la calidad de la atención al paciente. Estos esfuerzos de evaluación y las auditorías formales del rendimiento se

denominan “garantía de calidad” (“QA”, por sus siglas en inglés), “mejora de la calidad” (“QI”, por sus siglas en inglés) o “mejora del rendimiento” (“PI”, por sus siglas en inglés). El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. describe la mejora de la calidad como las “acciones sistemáticas y continuas que conducen a una mejora cuantificable de los servicios de atención médica y del estatus de salud de determinados grupos de pacientes” (HRSA, 2011). La HRSA proporciona extensas herramientas y aplicaciones (AHRO, 2019). De forma similar al método empresarial “planificar-hacer-verificar-actuar” para la mejora de la calidad, la mejora de la calidad en la atención médica evalúa las acciones del equipo de atención médica en relación con los resultados y la satisfacción de los pacientes. Estas evaluaciones periódicas, junto con los avances médicos basados en pruebas, constituyen la base de los cambios positivos en la práctica clínica. A continuación, las futuras rondas de mejora de la calidad evalúan los cambios.

Los servicios de atención médica ocupacional deben incluir evaluaciones regulares de la QI, incluso como cualquier otro servicio de atención médica. Los empleadores con OWC deben consultar con un médico de OEM o COHN/ COHN-S para desarrollar, realizar y supervisar un programa de QI.

Confidencialidad

La confidencialidad es un principio básico en la práctica ética de la atención médica. Los OWC están obligados a mantener la confidencialidad de la información médica protegida (PHI) de los empleados. En general, las clínicas no deben compartir la PHI con nadie, incluso con el supervisor del empleado o el personal de recursos humanos (RRHH), sin la autorización del empleado. Los historiales médicos de los trabajadores deben mantenerse desvinculados de los expedientes del personal. Los anotaciones en papel deben estar en archivos cerrados con llave. Los sistemas de historiales médicos electrónicos deben restringir el acceso, deben estar codificados y deben tener pistas de auditoría para documentar quién ha consultado el sistema. El incumplimiento de estos principios puede poner al HCP en conflicto con sus normas de ética profesional y presentar el potencial de violaciones de la licencia.

Los empleados con un dominio limitado del inglés tienen derecho a la confidencialidad en los encuentros de atención médica. Si el médico no habla el mismo idioma que el trabajador, deberá utilizar un servicio profesional externo de interpretación médica. El uso de compañeros de trabajo, miembros de la familia u otros empleados de las compañías para interpretar podría causar una violación de la confidencialidad, ya que los empleados tienen generalmente derecho a la confidencialidad en sus interacciones médicas. Utilizar a una persona no profesional sin formación para traducir puede dar lugar a la transferencia de información inexacta, lo que resultaría en diagnósticos incorrectos y retrasaría el reconocimiento y el tratamiento adecuados. La sección de Recursos Adicionales al final de este Apéndice proporciona información sobre cómo encontrar un intérprete médico certificado.

Estos principios básicos de confidencialidad tienen muchas sutilezas legales y algunas excepciones. Entre las leyes que afectan a la confidencialidad de la atención médica ocupacional se incluyen:

- **Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).** Las disposiciones de la HIPAA, y sus actualizaciones posteriores, rigen la forma en que los médicos y otras entidades cubiertas deben tratar la información médica confidencial; las normas reflejan los códigos deontológicos profesionales, aunque la mayoría de los empleadores con OWC no están cubiertos por dicha ley.
- **La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA).** La ley GINA prohíbe la discriminación laboral basada en la información genética. En general, los empleadores y los profesionales de la salud que toman decisiones sobre el empleo o realizan exámenes de aptitud para el trabajo no deben tener información sobre los antecedentes genéticos o la historia médica familiar del empleado.

- **La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).** La ADA contiene disposiciones para proteger la confidencialidad de los historiales médicos obtenidos durante los exámenes médicos que un empleador exige después de hacer una oferta de empleo.
- **Leyes de Indemnización de los empleados.** Los estados regulan el seguro de indemnización de los empleados. En algunos casos, la confidencialidad de la PHI puede no estar garantizada si el empleado presenta una reclamación de indemnización por accidente laboral.

Hablar sobre los complejos requisitos legales relativos a la confidencialidad va más allá del alcance de este documento.

La OSHA anima a los empleadores a consultar a un abogado especializado en derecho médico para garantizar el cumplimiento de todas las normativas estatales y federales aplicables

Recursos Adicionales:

- Sitio web de [Privacidad de la Información Médica](#) Oficina de Derechos Civiles, EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- [Privacidad, Seguridad y Registros Médicos Electrónicos](#). Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- [Mejorar los Sistemas de Seguridad del Paciente para Pacientes con Limitaciones](#) Septiembre 2012, AHRQ Publicación n° 12-0041. Agencia de Investigación en Atención Médica y Calidad, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
- [Apéndice A Revisado, Directrices Interpretativas para Hospitales. Sistema de Manuales CMS](#). 2 de diciembre de 2011. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- [Mejora de la Calidad](#). Recursos y Servicios Médicos Administración, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
- [Un Reporte de Hallazgos](#). La Comisión Conjunta, 2007.
- [Recursos Relacionados con la Comunicación efectiva](#). [Comisión Mixta](#). La Comisión Conjunta.

- **Normas Nacionales de Práctica Profesional para Intérpretes en el Ámbito de la Atención Médica.** Septiembre de 2005. Consejo Nacional de Interpretación en la Atención Médica
acceso lingüístico en los centros de atención médica: El Título VI y más allá. J Gen Chen AH, Youdelman MK, Brooks J. El esquema legal para Intern Med, 2007; 22(S2):362-367.
- Tustin AW, Fagan KM, Hodgson MJ. ¿Qué es una consulta? responsabilidades del médico a la hora de revisar y aprobar los protocolos médicos de una consulta in situ de las compañías. Revista de medicina *Ocupacional y Medioambiental*. 2018; 60(7):e321-e323.

Apéndice III – Cuestiones Éticas

El objetivo fundamental de los servicios de salud ocupacional in situ, incluso de los OWC, debe ser promover la salud y la seguridad de los trabajadores. Esta filosofía refleja la práctica ética de la atención médica, que se remonta al médico griego Hipócrates. Utilizar el OWC para retrasar o impedir el acceso de los empleados a una atención médica adecuada viola las normas éticas de la práctica médica y de enfermería y puede dar lugar a acciones disciplinarias por parte de las autoridades estatales competentes. Además, los supervisores no deben implicarse en las decisiones de tratamiento médico ni intentar influir en estas decisiones clínicas por ningún motivo. Además, los empleadores no deben establecer políticas generales que afecten a la prestación de cuidados de una manera que entre en conflicto con el ámbito de la práctica, la concesión de licencias y la ética profesional.

Aunque la mayoría de los empleadores tienen en cuenta los intereses de los empleados, la OSHA se ha encontrado con situaciones en las que las clínicas del lugar de trabajo no cumplían las normas médicas y éticas reconocidas. Algunas clínicas negaron remisiones a médicos, incluso cuando los empleados pidieron específicamente ver a un médico. Algunas clínicas confiaron en personas no cualificadas, como compañeros de trabajo, para proporcionar interpretación lingüística cuando los empleados lesionados no hablaban inglés. Los profesionales de la salud de algunas clínicas del lugar de trabajo hicieron caso omiso de los protocolos de tratamiento escritos elaborados por médicos consultores. Como resultado, los empleados lesionados recibieron una atención médica deficiente.

Son muchos los aspectos éticos de la atención médica. Según la experiencia de la OSHA, dos de los conceptos éticos más importantes que violan las clínicas in situ en el lugar de trabajo son los conflictos de intereses y la beneficencia.

Conflictos de intereses entre los clínicos y los empleadores pueden perjudicar a los empleados e impedir la toma de decisiones clínicas adecuadas. En las clínicas del lugar de trabajo, el riesgo de que compitan intereses económicos para ofrecer un tratamiento insuficiente es mayor que en las clínicas u hospitales externos tradicionales. Por ejemplo, los empleadores podrían establecer

una clínica in situ para ahorrar dinero evitando que los empleados lesionados acudan a un costoso servicio de urgencias hospitalarias ("ED", por sus siglas en inglés). Un empleador podría disuadir al personal clínico in situ de colocar a los empleados lesionados en servicio restringido, porque dichos empleados son menos productivos y sus costos de atención médica pueden aumentar.

Ambos escenarios representan conflictos de intereses financieros. El personal clínico, como las enfermeras diplomadas con un ámbito de práctica dependiente, puede reportar al personal administrativo para su supervisión. Pueden experimentar conflictos entre las exigencias administrativas de su cadena de supervisión y su juicio clínico y profesional, incluso violar los requisitos de confidencialidad.

Beneficencia (el conflicto doble superior): Los clínicos que practican la medicina ocupacional pueden experimentar conflictos entre las peticiones de los empleadores y la buena práctica clínica. El principio ético de beneficencia establece que la principal responsabilidad de los profesionales de la atención médica es hacer el bien al paciente. El principio de beneficencia prioriza explícitamente las necesidades y los beneficios del paciente sobre los de los empleadores. Las clínicas y los profesionales de la salud deben actuar siempre en el mejor interés del paciente. Otras consideraciones, como las presiones organizativas, los costes financieros y las necesidades empresariales, deben ser secundarias.

Otros principios éticos que se aplican a la atención médica ocupacional incluyen la no maleficencia (es decir, la famosa cita de Hipócrates "Primero, no hacer daño"), evitar la discriminación, respetar la autonomía de los trabajadores y mantener la confidencialidad. Para más información sobre las cuestiones éticas que afectan a las clínicas en el lugar de trabajo, los empleadores y los profesionales de la salud deben consultar las directrices éticas publicadas y familiarizarse con las leyes y reglamentos locales. Varias organizaciones ofrecen códigos generales de ética de la atención médica. Entre los ejemplos específicos de la atención médica ocupacional se incluyen el [Código Ético del Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Medicina Medioambiental \(ACOEM\)](#), y el [Código Ético de la Asociación Americana de Enfermeras de Salud Ocupacional \(AAOHN\)](#). Los empleadores deben consultar las leyes federales y estatales sobre los requisitos

de confidencialidad y conservación de registros/documentación. La Asociación Americana de Enfermeras tiene un código ético detallado, al igual que la Asociación Nacional de Entrenadores de Atletismo (NATA) y la Asociación Nacional Técnicos de Emergencias Médicas. La siguiente tabla contiene información detallada sobre el código ético para cada tipo de HCP.

Existen diferencias importantes entre las categorías de profesionales de la salud como los médicos, las enfermeras y los técnicos de urgencias médicas. Sin embargo, la diferencia entre una clínica en el lugar de trabajo que funciona bien y una que funciona mal no sólo radica en la formación de los proveedores, sino también en las estructuras y los procesos, los fundamentos éticos y la misión de la clínica. Un gerente que permite o anima a las clínicas en el lugar de trabajo a infringir las normas éticas es problemático, incluso si los profesionales de la salud de la clínica están debidamente formados, autorizados y acreditados.

Los profesionales de la atención médica nunca deben participar en prácticas poco éticas en las clínicas de su lugar de trabajo. Hacerlo así es un flaco favor a sus pacientes y pueden ponerse en riesgo de sufrir acciones disciplinarias por parte de las autoridades estatales que conceden las licencias.

TABLA: Comparación de los profesionales de la atención médica: licencias, supervisión, entrenamiento y alcance de la práctica, cuando estén disponibles.

Tipo de profesional de atención médica (HCP)	¿Con licencia para trabajar? ¿Independiente, sin supervisión o vigilancia de otro HCP?	¿Existe una certificación especial en salud ocupacional?	Alcance de la práctica	Asociación Nacional	Código Ético
Médico (MD, DO)	Si	Si. Algunos médicos son ocupacionales y medioambientales medicina (OEM).	Diagnóstico y tratamiento, incluso la prescripción de medicamentos. Supervisión de otros profesionales médicos.	Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Medio Ambiental [Certificación por la Junta Americana Médica de Especialidades]	ACOEM Código Ético
Asistente Médico (PA) [cada vez más llamado Asociado]	No	No, pero la Academia Americana en Medicina Ocupacional ofrece un entrenamiento especial.	Examen, diagnóstico y atención al paciente como parte de un equipo de atención médica supervisado por un médico.	Asociación Americana de Médicos	16-Conducta Ética. pdf(aapa.org)

Tipo de profesional de atención médica (HCP)	¿Con licencia para trabajar? ¿Independiente, sin supervisión o vigilancia de otro HCP?	¿Existe una certificación especial en salud ocupacional?	Alcance de la práctica	Asociación Nacional	Código Ético
Enfermera Titulada de Práctica Avanzada (APRN)	Sí, en la mayoría de estados. Depende de la ley estatal.	Sí. Algunas APRN están certificadas en salud ocupacional (COHN/ COHN-S).	Similares a los médicos		
Enfermera Registrada (RN)	No	Sí. Algunos RN están certificados salud ocupacional	Historial y examen médico; evaluaciones de enfermería; atención al paciente	Asociación Americana de Enfermeras	Código Ético para Enfermeras con Declaraciones Interpretativas (Punto sólo para miembros y no miembros) (nursingworld.org)
Licenciado en Enfermería Práctica o Profesional (LPN, LVN)	No	Sí. Algunas enfermeras tituladas están certificadas como salud ocupacional enfermeras (COHN/ COHN-S).	Historia enfocada, exámenes y cuidados cuidados siguiendo protocolos	Organizaciones no nacionales	
Enfermera titulada en salud ocupacional (COHN/ COHN-S)	Sí, si la enfermera es una APRN. No, si la enfermera es una RN. No, si la enfermera es una LPN/LVN.	Sí. Los COHN/ COHN-S están certificados por la American Board for Occupational Health Nurses (Junta americana de enfermeras de salud ocupacional).	Atención directa a empleados lesionados y enfermos, gestión de casos de indemnización laboral, desarrollo de entrenamiento en seguridad y salud ocupacional, administración de primeros auxilios y programas de gestión médica.	Junta Americana de Enfermeras de Salud Ocupacional	Código Ético ABOHN, Inc.
Entrenador Deportivo (AT por sus siglas en inglés)	No	No	Examen, evaluación y cuidados de las lesiones lesiones en atletas	Asociación Nacional de Entrenadores de Atletismo	código_ético.pdf (nata.org)
Quiropráctico (DC por sus siglas en inglés)	Sí	No, pero el Junta Quiropráctica Americana de Salud Laboral ofrece un entrenamiento especial.	Diagnóstico y tratamiento, principalmente de lesiones musculoesqueléticas y afecciones		Código Ético - ACA Today
Paramédico, Técnico de Emergencias Médicas (EMT)	No	No	Atención prehospitalaria de urgencia y transporte	Asociación Nacional de Técnicos de Emergencias Médicas	EMT Código Ético EMS Código Ético (naemt.org)
Terapeuta Ocupacional Terapeuta (PT, OT)	Sí, un mes después del inicio de un incidente o lesión	No	Rehabilitación y examen de lesiones y afecciones musculoesqueléticas y neurológicas	Asociación de Fisioterapia	Plantilla Web APTA

Referencias

- 1) OSHA 29 CFR 1904 <https://www.osha.gov/laws-regs/regulations/standardnumber/1904>
- 2) AHA ARC primeros auxilios <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/first-aid-guidelines/first-aid#:~:text=We%20define%20first%20aid%20as%20helping%20behaviors%20and,by%20anyone%20in%20any%20situation%20and%20includes%20self-care>
- 3) Carta de Interpretación a Charles Brogan, January 16, 2007 <https://www.osha.gov/laws-regs/standardinterpretations/2007-01-16-0>
- 4) Guía de Buenas Prácticas: Fundamentos de los primeros auxilios en un programa en el lugar de trabajo <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/OSHA3317first-aid.pdf>
- 5) Carta de interpretación a David Nakama, N1, 2005.
El entrenamiento en RCP es un elemento obligatorio en algunas normas OSHA de la industria general. [El entrenamiento en reanimación cardiopulmonar \(RCP\) es un elemento obligatorio en algunos programas de la OSHA para la industria en general.](#)
- 6) Instituto de Medicina. Estrategias para Mejorar la Supervivencia del Paro Cardíaco: A Time to Act. [IOM-CardiacArrestReportBrief.pdf \(dcric.org\)](#)
- 7) Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO *et al.*, Predicción de la supervivencia del paro cardíaco extrahospitalario: un modelo gráfico. *Ann Emerg Med* 1993;22: 1652–1658.

Asistencia, Servicios y Programas de OSHA

OSHA tiene información para ayudar a los patronos en cumplir con sus responsabilidades bajo la Ley OSHA. Varios programas y servicios de OSHA pueden ayudar a patronos a identificar y corregir peligros en el trabajo y también mejorar su programa de seguridad y salud.

Establecimiento de un Programa de Seguridad y Salud

Los programas de seguridad y salud son sistemas que pueden reducir considerablemente el número y la gravedad de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo y, al mismo tiempo, disminuir los costos para los patronos.

Visite www.osha.gov/safety-management, para más información.

Especialistas en la Asistencia para el Cumplimiento de la Normativa

Los especialistas en la asistencia pueden ofrecer información y asistencia a patrones y trabajadores sobre las normas de OSHA, programas educativos cortos sobre los peligros específicos o derechos y responsabilidades de OSHA e información sobre recursos adicionales de asistencia para el cumplimiento.

Visite www.osha.gov/complianceassistance/cas o llame al 1-800-321-OSHA (6742) para comunicarse con la oficina de OSHA más cercana.

Servicios Gratuitos de Consultas de Seguridad y Salud en el Lugar para Pequeñas Empresas

El programa de consultas en el lugar de OSHA ofrece asesoramiento gratuito y confidencial a empresas pequeñas y medianas en todos los estados y asigna prioridad a los lugares de trabajo con un elevado índice de peligros. Los servicios de consultas en el lugar son diferentes de la acción de vigilancia y no resultan en multas ni citaciones.

Para obtener más información o encontrar la oficina de consulta local de su estado, visite: www.osha.gov/consultation o llame al 1-800-321-OSHA (6742).

Bajo el programa de consultas, ciertos patronos ejemplares pueden solicitar su participación en el **Programa de Reconocimiento de Logros en materia de Seguridad y Salud (SHARP, por sus siglas en inglés) de la OSHA**. Los lugares de trabajo reconocidos por medio de este programa están exentos de inspecciones programadas durante el período de validez de la certificación expedida en el marco del programa.

Programas Cooperativos

OSHA ofrece programas cooperativos en virtud de los cuales las empresas, los grupos sindicales y otras organizaciones pueden trabajar en cooperación con la institución. Para más información sobre cualquiera de los siguientes programas, visite www.osha.gov/cooperativeprograms.

Asociaciones y Alianzas Estratégicas

Asociaciones Estratégicas de OSHA (OSHA Strategic Partnerships – OSP) ofrecen a OSHA con una oportunidad de asociarse con patronos, trabajadores, asociaciones de profesión, organizaciones de labor, y/u otros miembros interesados. A través del Programa de Alianzas, la OSHA trabaja con grupos para desarrollar herramientas y recursos de vigilancia para compartir con trabajadores y patronos, y educar a los trabajadores y patronos sobre sus derechos y responsabilidades.

Programas Voluntarios de Protección (VPP, por sus siglas en inglés)

Estos programas premian a los patronos y trabajadores del sector privado y de los organismos federales que han puesto en práctica programas eficaces de la seguridad y la salud y mantienen tasas de incidencia de lesiones y enfermedades inferiores al promedio nacional en sus respectivas industrias.

Cursos de Capacitación en Seguridad y Salud Ocupacional

OSHA colabora con 25 Institutos de Capacitación de OSHA situados en varias localizaciones de los Estados Unidos para dar cursos sobre las normas de OSHA y asuntos de seguridad y salud ocupacional a miles de estudiantes cada año. Para más información sobre los cursos de capacitación, visite www.osha.gov/otiec.

Materiales Educativos de OSHA

OSHA tiene materiales educativos para asistir a los patronos y trabajadores en encontrar y prevenir los peligros en el lugar de trabajo.

Todas las publicaciones de OSHA son gratuitas en www.osha.gov/publications y www.osha.gov/ebooks. También puede llamar 1-800-321-OSHA (6742) para pedir publicaciones.

Los patronos y profesionales de seguridad y salud pueden inscribirse para recibir *QuickTakes* o *Información Rápida*, un boletín en línea gratuito bimensual con las últimas noticias de los iniciativas y productos de OSHA, que asisten en encontrar y prevenir los peligros en el sitio de trabajo. Para inscribirse, visite www.osha.gov/quicktakes.

Oficinas Regionales de OSHA

Región 1

Oficina regional de Boston
(CT*, ME*, MA*, NH, RI, VT*)
JFK Federal Building
25 New Sudbury Street, Room E340
Boston, MA 02203
(617) 565-9860 (617) 565-9827 Fax

Región 2

Oficina regional de Nueva York
(NJ*, NY*, PR*, VI*)
Federal Building
201 Varick Street, Room 670
New York, NY 10014
(212) 337-2378 (212) 337-2371 Fax

Región 3

Oficina regional de Filadelfia
(DE, DC, MD*, PA, VA*, WV)
1835 Market Street
Mailstop OSHA-RO/19
Philadelphia, PA 19103
(215) 861-4900 (215) 861-4904 Fax

Región 4

Oficina regional de Atlanta
(AL, FL, GA, KY*, MS, NC*, SC*, TN*)
Sam Nunn Atlanta Federal Center
61 Forsyth Street, SW, Room 6T50
Atlanta, GA 30303
(678) 237-0400 (678) 237-0447 Fax

Región 5

Oficina regional de Chicago
(IL*, IN*, MI*, MN*, OH, WI)
John C. Kluczynski Federal Building
230 South Dearborn Street, Room 3244
Chicago, IL 60604
(312) 353-2220 (312) 353-7774 Fax

Región 6

Oficina regional de Dallas
(AR, LA, NM*, OK, TX)
A. Maceo Smith Federal Building
525 Griffin Street, Room 602
Dallas, TX 75202
(972) 850-4145 (972) 850-4149 Fax

Región 7

Oficina regional de Kansas City
(IA*, KS, MO, NE)
Two Pershing Square Building
2300 Main Street, Suite 1010
Kansas City, MO 64108-2416
(816) 283-8745 (816) 283-0547 Fax

Región 8

Oficina regional de Denver
(CO, MT, ND, SD, UT*, WY*)
Cesar Chavez Memorial Building
1244 Speer Boulevard, Suite 551
Denver, CO 80204
(720) 264-6550 (720) 264-6585 Fax

Región 9

Oficina regional de San Francisco
(AZ*, CA*, HI*, NV*, and American Samoa,
Guam and the Northern Mariana Islands)
San Francisco Federal Building
90 7th Street, Suite 2-650
San Francisco, CA 94103
(415) 625-2547 (415) 625-2534 Fax

Región 10

Oficina regional de Seattle
(AK*, ID, OR*, WA*)
909 1st Ave, Suite 201A
Seattle, WA 98104

Dirección postal:
20425 72nd Ave South, Suite 150A
Kent, WA 98032-2388
(206) 757-6700 (206) 757-6705 Fax

*Estos estados y territorios tienen sus propios planes de seguridad y salud ocupacionales aprobados por OSHA y cubren a todos los trabajadores de los gobiernos estatales y municipales, así como a los trabajadores del sector privado. Los programas de Connecticut, Illinois, Maine, Massachusetts, Nueva Jersey, Nueva York y las Islas Vírgenes abarcan únicamente a los trabajadores del sector públicos. (Los trabajadores del sector privado en dichos estados están cubiertos por la oficina federal de OSHA.) Los estados con programas aprobados deben tener normas que sean idénticas o que, como mínimo, tengan el mismo nivel de eficacia que las normas federales de OSHA.

Nota: Para obtener la información de contacto de las oficinas de zona de la OSHA, los planes estatales aprobados por OSHA y los programas de consulta en el lugar de OSHA, visite www.osha.gov o llame al 1-800-321-OSHA (6742).

Cómo Contactar a la OSHA

La misión de OSHA es garantizar a los trabajadores de Estados Unidos unas condiciones de trabajo seguras y saludables, libres de represalias ilegales. OSHA lleva a cabo su misión estableciendo y haciendo cumplir las normas; aplicando las disposiciones contra las represalias de la Ley OSH y otras leyes federales de denuncia de irregularidades; proporcionando y apoyando la capacitación, la divulgación, la educación y la asistencia; y garantizando que los programas OSHA estatales sean al menos tan eficaces como OSHA federal, fomentando un sistema nacional de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores. Para más información, visite www.osha.gov o llame a OSHA al 1-800-321- OSHA (6742), TTY 1-877-889-5627.

**Si necesita ayuda, contáctenos.
Somos OSHA. Podemos ayudarlo.**

¡Siga a OSHA en X!
 **OSHA_DOL**



Departamento del Trabajo
de los EE. UU.

Para más información:

OSHA[®] Administración de
Seguridad y Salud
Ocupacional
www.osha.gov (800) 321-OSHA (6742)

