GUÌAS:

“MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE COMISIÓN DE SERVICIO EN REGIONES GEOGRÁFICAS DE MÁS DE 2500 msnm”.

“MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL DESARROLLO DE LOS JUEGOS NACIONALES JUDICIALES”.

Ing. W. Alejandro Vilchez Peralta
Dr. Roberto E. Rengifo Rodríguez

PODER JUDICIAL DEL PERÚ

COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
PODER JUDICIAL

Contenido

1. **MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE COMISIÓN DE SERVICIO EN REGIONES GEOGRÁFICAS DE MÁS DE 2500 msnm**

2. **MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL DESARROLLO DE LOS JUEGOS NACIONALES JUDICIALES.**

TODAS LAS PREGUNTAS RESPECTO AL TEMA ESCRIBIR (por medio del chat) PARA QUE AL TÉRMINO SEAN RESUELTAS

RIESGO DE ALTITUD DE 2500 msnm.

Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional en Minería el D.S. N° 024-2016-EM y su Modificatoria por D.S. N° 023-2017-EM (Edición Agosto 2020).
Anexo 16 ICD-10 (International Classification of Diseases) Se encuentra el mal de altitud.

En España la página web Quironsalud en su guía nos dice del el síndrome que denominamos “mal de altura o mal agudo de montaña”, es un conjunto de síntomas derivados de la estancia en lugares situados a una altitud sobre el nivel del mar superior a 2500 msnm.

Argentina la Resolución SRT 37/2010 de la Superintendencia de Riesgo del Trabajo, situación de exposición a riesgos específicos, como es el caso de trabajos en alturas superiores a 2500 msnm. síntomas clínicos que se produce en respuesta a un ambiente con una baja presión parcial de oxígeno y una disminución en la presión de aire

En USA por Andrew M. Luks , MD, University of Washington del tema Mal de altura (Mal de montaña) nos indica que es una forma leve de mal de altura y la forma más frecuente. Por lo general, no se desarrolla a menos que la altitud sea de como mínimo 2500 metros sobre el nivel del mar.

1. MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE COMISIÓN DE SERVICIO EN REGIONES GEOGRÁFICAS DE MÁS DE 2500 msnm

PODER JUDICIAL DEL PERÚ

Lima, 27 de Marzo del 2024

RESOLUCION ADMINISTRATIVA N° 000220-2024-GG-PJ

Firma Digital

PODER JUDICIAL DEL PERÚ	DOCUMENTO INTERNO
	GUÍA
	MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE COMISIÓN DE SERVICIO EN REGIONES GEOGRÁFICAS DE MÁS DE 2500 msnm

RESPONSABLES

Gerencia de Recursos Humanos y Bienestar, Gerencia u Oficina de Administración Distrital de las Cortes Superiores de Justicia.	**Responsables de supervisar el cumplimiento de la presente guía.**
Jefes inmediatos de los servidores designados en comisión de servicio.	**Responsables de verificar la opinión médica favorable.**
Servidores designados en comisión de servicio.	**Responsable de cumplir lo dispuesto en la presente guía.**

1. MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE COMISIÓN DE SERVICIO EN REGIONES GEOGRÁFICAS DE MÁS DE 2500 msnm

PODER JUDICIAL DEL PERÚ

ANTES DE LA COMISION DE SERVICIO

GUÍA

- **Acudir a la Gerencia de Recursos Humanos y Bienestar, o las que hagan sus veces.**
- **Médico brinda orientación preventiva a la persona designada.**
- **Evaluación médica previa a la persona designada. Anexo 1**
- **Contar con información completa de la persona designada para la comisión de servicio.**
- **Médico debe tener el Anexo 2: Declaración Jurada**

Médico puede considerar la realización de algunas pruebas médicas adicionales, según su criterio.

1. MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE COMISIÓN DE SERVICIO EN REGIONES GEOGRÁFICAS DE MÁS DE 2500 msnm

PODER JUDICIAL DEL PERÚ

DURANTE LA COMISION DE SERVICIO

GUÍA

- **Cumplir las disposiciones y recomendaciones que se le brinde.**
- **Acudir al servicio médico de la Corte Superior de Justicia del lugar de destino.**
- **la Corte Superior de Justicia del lugar de destino, debe asegurar en que se le brinde la atención de primeros auxilios.**
- **El conductor del vehículo es responsable de verificar la existencia del botiquín.**

AYACUCHO **2761 msnm**

1. MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE COMISIÓN DE SERVICIO EN REGIONES GEOGRÁFICAS DE MÁS DE 2500 msnm

PODER JUDICIAL DEL PERÚ

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

GUÍA

Considera los requisitos mínimos obligatorios a cumplir y aplicar medidas preventivas adicionales que brinden mayor protección.

Aplicable también cuando se realicen Juegos Nacionales Judiciales. Cajamarca 2750 msnm

La evaluación médica, debe realizarse con validez de periodicidad promedio de tres (3) meses.

PUNO **3824 msnm**

1. MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE COMISIÓN DE SERVICIO EN REGIONES GEOGRÁFICAS DE MÁS DE 2500 msnm

PODER JUDICIAL DEL PERÚ

ANEXO 1

GUÍA

PODER JUDICIAL DEL PERÚ	DOCUMENTO INTERNO	CSST/GUI-001	
	GUIA	Versión:	001
	MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE COMISIÓN DE SERVICIO EN REGIONES GEOGRÁFICAS DE MÁS DE 2500 msnm	Página:	1 de 3

ANEXO 01:
INFORMACIÓN PREVIA DE ESTADO DE SALUD DE LA PERSONA DESIGNADA PARA LA COMISIÓN DE SERVICIOS EN ASCENSO A REGIONES GEOGRÁFICAS DE MAS DE 2,500 msnm

DATOS DE LA PERSONA DESIGNADA PARA LA COMISIÓN DE SERVICIOS:

Nombre: _____

Edad: _____

INFORMACION DEL ESTADO DE SALUD A LA FECHA:

FR: _____x min PA: _____mmHg SATO2: _____%

FC: _____x min IMC: _____Kg/m2

Presenta o ha presentado en los últimos 6 meses:

	SI	NO
Cirugía mayor reciente		
Desórdenes de la coagulación, trombosis, otros.		
Apnea de sueño		
Diabetes Mellitus		
Hipertensión arterial no controlada		
Embarazo		
Problemas neurológicos: Epilepsia, vértigo		
Obesidad		
Problemas cardiacos: marcapasos, otros.		
Problemas respiratorios: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)		
Problemas digestivos: ulcera péptica, hepatitis, etc.		
Otra condición médica		
Alergias		
Uso de medicación actual		

PODER JUDICIAL DEL PERÚ	DOCUMENTO INTERNO	CSST/GUI-001	
	GUIA	Versión:	001
	MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE COMISIÓN DE SERVICIO EN REGIONES GEOGRÁFICAS DE MÁS DE 2500 msnm	Página:	2 de 3

Observaciones del médico para dar o no visto bueno al ascenso a región geográfica mayor a 2,500 msnm: _____

Declaro que la respuesta dada en el presente documento tiene la veracidad de lo informado y estoy consciente que ocultar o falsear la misma, me puede causar daño al realizar la comisión. Asimismo, he recibido orientación médica preventiva sobre las consideraciones a tener ante comisión a ciudades de altura geográfica mayor a 2,500 msnm. De realizar otra comisión en plazo promedio luego de tres meses, deberé someterme a nueva evaluación.

FECHA: _____

NOMBRE DEL SERVIDOR COMISIONADO: _____

FIRMA: _____

El/La profesional médico que firma la presente, en base a la información brindada, da visto bueno a la realización de comisión de servicio a alturas geográficas mayores a 2,500 msnm. Sin embargo, no se asegura la respuesta durante el viaje, permanencia y desarrollo de la comisión de servicio.

FECHA: _____

NOMBRE DE EL/LA PROFESIONAL MEDICO: _____

FIRMA: _____

La presente información queda en poder del servicio médico de la unidad de origen.

1. MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE COMISIÓN DE SERVICIO EN REGIONES GEOGRÁFICAS DE MÁS DE 2500 msnm

PODER JUDICIAL DEL PERÚ

ANEXO 2

GUÍA

PODER JUDICIAL DEL PERÚ	DOCUMENTO INTERNO	CSST/GUI-001	
	GUIA	Versión:	001
	MEDIDAS PREVENTIVAS ANTE COMISIÓN DE SERVICIO EN REGIONES GEOGRÁFICAS DE MÁS DE 2500 msnm	Página:	3 de 3

ANEXO 02:
DECLARACION JURADA PARA COMISIÓN DE SERVICIO EN ASCENSO A REGIONES GEOGRAFICAS DE MAS DE 2,500 msnm

Yo..... Identificado(a) con DNI N.º ....., con domicilio en ....., expreso bajo juramento lo siguiente:

Que, en pleno uso de mis facultades, declaro que me encuentro en buen estado físico y mental para participar en la comisión de servicio en representación de mi unidad de organización o funcional, y sobre lo cual he brindado información veraz a mi Entidad. Por lo que, manifiesto bajo declaración jurada de acuerdo a ley, que la información brindada a mi Entidad es verdadera, y en señal de conformidad firmo y estampo mi huella dactilar en el presente documento.

FECHA: _____

NOMBRE DEL SERVIDOR COMISIONADO: _____

DNI: _____

FIRMA: _____

HUELLA DIGITAL:

2. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL DESARROLLO DE LOS JUEGOS NACIONALES JUDICIALES.

2. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL DESARROLLO DE LOS JUEGOS NACIONALES JUDICIALES.

PODER JUDICIAL DEL PERÚ

Lima, 16 de Abril del 2024

RESOLUCION ADMINISTRATIVA N° 000248-2024-GG-PJ

Firma Digital

PODER JUDICIAL DEL PERÚ	DOCUMENTO INTERNO	CSST/GUI-001	
	GUÍA	Versión:	001
	MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL DESARROLLO DE LOS JUEGOS NACIONALES JUDICIALES	Página:	1 de 11

RESPONSABLES

Comisión organizadora de los juegos nacionales judiciales.	**Responsable del cumplimiento de lo señalado en la presente Guía.**
Jefe/Gerente de Administración Distrital de las cortes superiores de justicia.	**Disponer la difusión y cumplimiento de la presente guía.**
El Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del Poder Judicial.	**Podrá solicitar información a las unidades participantes y organizadora, respecto a la presente guía.**
Los servidores integrantes de las delegaciones deportivas.	**Son responsables de pasar por la evaluación médica.**

2. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL DESARROLLO DE LOS JUEGOS NACIONALES JUDICIALES.

PODER JUDICIAL DEL PERÚ

GUÍA

ACTIVIDADES DEL PROCESO

FASE 1 – Diagnóstico inicial	Evaluación de la situación actual
FASE 2 – Coordinación	Coordinaciones interinstitucionales
FASE 3 – Preparación	Inspección de los recintos deportivos
FASE 4 – Control	Control de la integridad y salud de las personas en los recintos Deportivos. Evaluación médica previa de los/las servidores/as integrantes de las delegaciones y personal de apoyo. Control de las listas de participantes (deportistas). Charla preventiva. Recomendaciones para el traslado de las delegaciones al evento.
FASE 5 - Ejecución	Ejecución y supervisión de las medidas preventivas de seguridad

2. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL DESARROLLO DE LOS JUEGOS NACIONALES JUDICIALES.

PODER JUDICIAL DEL PERÚ

ANEXO 1

GUÍA

DATOS PERSONALES DE EL/LA EVALUADO/A			
Nombres y apellidos:			
DNI N.°:			
Fecha de nacimiento:	_____ / _____ / _____	Edad (___)	
Género:	Masculino (___)	Femenino (___)	
CSJ que pertenece:			
Fecha de Evaluación:			
1. EVALUACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES DEL EVALUADO			
[Realizar la toma de los signos vitales del evaluado].			
Frecuencia cardiaca	(_____) x min		
Presión arterial	Sistólica (____) mmHg	Diastólica (____) mmHg	Resultados normales (120 / 80)
Saturación de O2	SATO2 (____) %	Resultados normales entre los 95% y 100%	
Temperatura	(____) °C	Resultados normales oscila entre 36.5°C a 37°C	
Otros signos vitales	_____		
1.1. Cálculo del IMC			
Talla (____) cm	Peso (____) Kg	IMC (_____) Kg/m2	

2. RECONOCIMIENTO VISUAL			
2.1	Reconocimiento del movimiento de extremidades superiores	Normal (___)	Anormal (___)
2.2	Reconocimiento del movimiento de extremidades inferiores	Normal (___)	Anormal (___)
2.3	Reconocimiento de la postura	Normal (___)	Anormal (___)
2.4	Equilibrio	Normal (___)	Anormal (___)
2.5	Apariencia general	Normal (___)	Anormal (___)

3. DECLARACIÓN DE ANTECEDENTES MÉDICOS DEL EVALUADO			
[Realizar las preguntas al evaluado en relación si, presenta o ha presentado afecciones en su salud en los últimos seis (6) meses].			
3.1	*Anemia*	*Si (___)*	*No (___)*
3.2	*Cirugía mayor reciente*	*Si (___)*	*No (___)*
3.3	*Diabetes Mellitus*	*Si (___)*	*No (___)*
3.4	*Hipertensión arterial no controlada*	*Si (___)*	*No (___)*
3.5	*Embarazo*	*Si (___)*	*No (___)*
3.6	*Problemas neurológicos: Epilepsia, vértigo, dolores de cabeza, mareos, desmayos, pérdida de conciencia*	*Si (___)*	*No (___)*
	Detallar de caso ser afirmativa: _____		
3.7	*Obesidad Mórbida*	*Si (___)*	*No (___)*
3.8	*Problemas cardiacos: marcapasos, otros*	*Si (___)*	*No (___)*
	Detallar de caso ser afirmativa: _____		
3.9	*Problemas respiratorios: asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*	*Si (___)*	*No (___)*
3.10	*Problemas digestivos: ulcera péptica, hepatitis, etc.*	*Si (___)*	*No (___)*
3.11	*Fracturas / dislocaciones*	*Si (___)*	*No (___)*
3.12	*Alergias a algún medicamento*	*Si (___)*	*No (___)*
	Detallar de caso ser afirmativa: _____		
3.13	*Antecedente de hospitalización por la COVID-19*	*Si (___)*	*No (___)*
3.14	*Otra condición médica*	*Si (___)*	*No (___)*
Observaciones adicionales: _____			

4. PREGUNTAS ADICIONALES AL EVALUADO	
4.1	*Sabe usted, si tiene algún problema médico, dolencia o enfermedad Si (___) No (___), si la respuesta es "SI" detallar:* _____
4.2	*Se siente saludable y apto para realizar actividades físicas deportivas Si (___) No (___)*
4.3	*Usted toma algún medicamento con o sin receta médica Si (___) No (___), si la respuesta es "SI" detallar:* _____

5. INTERPRETACIÓN DE LA EVALUACIÓN
Sobre la base de la declaración del servidor/a, detallados en los numeral 3 y 4, complementado con la información obtenida de la evaluación de los valores de los signos vitales señalados en el numeral 1 y el reconocimiento detallado en el numeral 2, mi recomendación es que el/la servidor/a, ***SI*** *(___)* ***NO*** *(___), se encuentra en condiciones para participar en el evento deportivo de los juegos Nacionales Judiciales[4].*
Datos del Médico evaluador:
Firma / sello / N.° de CMP:

2. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL DESARROLLO DE LOS JUEGOS NACIONALES JUDICIALES.

PODER JUDICIAL DEL PERÚ

ANEXO 2

GUÍA

Yo, _____ Identificado(a) con DNI N.° _____, con domicilio en _____, expreso libremente y bajo juramento lo siguiente:

Que, me encuentro en buen estado de salud físico y mental, para participar en los Juegos Nacionales Judiciales, organizado por el Poder Judicial en el presente año, en representación de mi unidad, y sobre la cual he brindado información veraz a mi entidad. Por lo que, manifiesto bajo declaración jurada de acuerdo a Ley, que los datos contenidos en el presente documento son verdaderos, y en señal de conformidad firmo y estampo mi huella dactilar en el presente documento.

Fecha:

Firma:

Nombre y Apellidos:
DNI N.°:
Huella digital:

(Copia del mismo, se remitirá a la Gerencia de Administración Distrital, para los controles correspondientes)

Poder Judicial
del Perú