

1. OBJETIVO:

El objetivo del presente procedimiento es contar con un adecuado protocolo interno en el tratamiento de casos sospechosos o confirmados de COVID 19 de personal de PROVEEDORES Y AGENTES USUARIOS que presten servicios en la Terminal, a fin de evitar la propagación del virus.

2. ALCANCE:

Este protocolo de cumplimiento **OBLIGATORIO** para **TODO PROVEEDOR Y AGENTE USUARIO** de **BACTSSA**.

3. RESPONSABILIDADES:

Responsabilidades Generales:

Como es de público conocimiento las recomendaciones impartidas por el Ministerio de Salud y demás autoridades gubernamentales, son dinámicas y se actualizan frecuentemente. Por ende, es fundamental que **TODOS** los que formamos parte de la actividad portuaria, actuemos responsablemente, siguiendo los protocolos y cuidándonos entre todos y a nuestras familias.

Hoy más que nunca, NUESTRA SALUD ESTA EN NUESTRAS MANOS.

Responsabilidades Particulares:

Proveedor y Agente Usuario: Identificará el caso sospechoso, reportará a BACTSSA (SSYMA/ RRHH/Servicio Médico) según las indicaciones del procedimiento, hará seguimiento y realizará los informes correspondientes de los casos sospechosos y/o confirmados de Covid-19.

4. PROCEDIMIENTO:

IDENTIFICACION Y MANEJO DE CASOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS DE COVID 19.

A partir del 08.06.2020 el Ministerio de Salud de la Nación establece los siguientes criterios epidemiológicos para identificar **CASO SOSPECHOSO COVID 19**. Recordemos que la definición de caso sospechoso es dinámica y puede variar en función de la situación epidemiológica.

Crterios	Se considerará caso SOSPECHOSO a toda persona que presente:
1	 FIEBRE (37.5 o más) Y UNO O MAS de los siguientes síntomas: Tos / Dificultad respiratoria / Perdida de Olfato / Perdida de Gusto / Dolor de Garganta, sin otra patología que explique el cuadro clínico.
2	Todo Personal de Salud, Personal que trabaja en Instituciones cerradas o de internación prolongada, Personal Esencial (*) y Habitantes de Barrios Populares (**) que presenten dos o más de los siguientes síntomas: Tos / Dificultad respiratoria / Perdida de Olfato / Perdida de Gusto / Dolor de Garganta.
3	Toda persona que sea Contacto Estrecho con un caso confirmado de COVID 19, y que presente 1 o más de los siguientes síntomas: Tos / Dificultad respiratoria / Perdida de Olfato / Perdida de Gusto / Dolor de Garganta.
4	Pérdida de Olfato / Pérdida de Gusto reciente sin otra sintomatología ni patología previa

	definida. Ante la presencia de este como único síntoma, se indicará aislamiento durante 72 horas, indicando toma de muestra para diagnóstico por PCR, al tercer día de iniciado síntomas.
5	Toda persona que presenten dos o más de los siguientes síntomas: Tos / Dificultad respiratoria / Perdida de Olfato / Perdida de Gusto / Dolor de Garganta, sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica y requiera internación, independientemente del nexa epidemiológico

(*) Se considera Personal Esencial: Fuerzas de Seguridad / Fuerzas Armadas / Asistentes de Personas Mayores.
(**) Se considerará Barrio Popular a aquellos barrios donde la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso a dos o más servicios básicos.

Se considerará como CONTACTO ESTRECHO a:

- Toda persona que haya proporcionado cuidados a un caso confirmado mientras éste presentaba síntomas y que no hayan utilizado las medidas de protección personal adecuadas.
- Cualquier persona que haya permanecido durante al menos 15 minutos a una distancia menor a 2 metros con un caso confirmado mientras el caso presentaba síntomas (ej. convivientes, visitas, compañeros de trabajo).

En barrios populares e instituciones cerradas o de internación prolongada se considerará contacto estrecho a:

- Toda persona que comparta habitación, baño o cocina con casos confirmados de COVID-19.
- Toda persona que concurra a centros comunitarios (comedor, club, parroquia, paradores para personas en situación de calle, etc.) y haya mantenido estrecha proximidad con un caso confirmado, mientras éste presentaba síntomas (menos de 2 metros, durante 15 minutos).

El Servicio Médico y el Comité de Bactssa utilizarán los medios disponibles para la investigación y determinación de estos contactos estrechos. En caso de verificarse alguno de los criterios referentes a la definición de “CONTACTO ESTRECHO”, se procederá a aislar a la persona por 72 horas para que esté en observación. Es responsabilidad del empleado solicitar atención al organismo de salud correspondiente a su jurisdicción de residencia u obra social, el cual le realizará la prueba COVID 19. Deberá remitir todo certificado o documentación médica que confirme o rechace la sospecha de COVID 19.

EL PROVEEDOR O AGENTE USUARIO QUE PRESENTE LOS CRITERIOS DE SINTOMAS ANTES DESCRIPTOS NO DEBE PRESENTARSE EN LA TERMINAL Y DEBE CONTACTAR A SU EMPLEADOR

En tal sentido, a los efectos de que BACTSSA pueda activar los Protocolos correspondientes, los Proveedores o Agentes deberán **DAR AVISO INMEDIATAMENTE**, cuando se produzcan alguna de las situaciones arriba detalladas o bien cuando identifiquen un **CASO CONFIRMADO de COVID 19** con algún empleado a su cargo que haya prestado servicios dentro de la Terminal en los últimos 14 días.

Asimismo, deberá mantener informado DIARIAMENTE de la evolución de los empleados alcanzados en algunas de las situaciones descriptas, enviando un mail a TODAS las direcciones que se detallan a continuación:

SSYMA: ssyma@bactssa.com.ar

SERVICIO MEDICO: servicio_medico@bactssa.com.ar

RRHH: recursos_humanos@bactssa.com.ar

Asimismo, se solicita completar y enviar adjunto en dicho mail el **ANEXO I: Cuestionario de ZONAS Y PERSONAS DE CONTACTO ULTIMAS 48 HORAS** y **ANEXO II: Reg. 02: Seguimiento del Aislamiento / Supervisión del Aislamiento**.

SSYMA verificará que se hayan cumplimentado todas las acciones descriptas en el presente PROTOCOLO, asociadas a las tareas del Servicio Médico y dará aviso al Comité de Crisis COVID conformado por la Gerencia de BACTSSA.

En caso de tratarse de un hecho en el horario Nocturno, el Supervisor de Operaciones, por ser el OPIP a cargo, será el responsable de coordinar y verificar el cumplimiento de las acciones inherentes al personal de Vigilancia.

El Proveedor o Agente deberá aplicar medidas de control y seguimiento médico de su personal. Asimismo, deberá cumplir con este Protocolo y con las instrucciones impartidas por el Servicio Médico de BACTSSA y el Departamento de SSYMA de la Terminal.

Desde ya, dicha persona no podrá ingresar a trabajar a la terminal sin el alta médica correspondiente que dependerá de las particularidades de cada caso y lo que estipulen las autoridades sanitarias.

Por último, le recordamos que en la Terminal esta vigente el **Protocolo de Toma de Temperaturas** que les entregamos adjunto al presente, el cual deberá cumplimentar el personal de su staff que se presente en la Terminal.

Desde ya, pedimos el entendimiento y la colaboración de TODOS para cumplir con el presente y evitar la propagación del COVID 19.

5. NOTIFICACIONES CASOS CONFIRMADOS Y SOSPECHOSOS:

El comité de Crisis COVID-19 de BACTSSA activará las notificaciones a las autoridades.

- Comité de Crisis Prevención Covid-19 en el Transporte Fluvial, Marítimo y Lacustre del Ministerio de Transporte según nota NO-2020-35178363-APN-DNPNYP#MTR
- SENASA según Resolución 346/2020
- Administración General de Puertos (AGP)
- Aduana

6. REGISTROS:

Reg. 01: CUESTIONARIO ZONAS Y PERSONAS DE CONTACTO ULTIMAS 48 HORAS

7. ANEXOS:

ANEXO Reg. 01: CUESTIONARIO ZONAS Y PERSONAS DE CONTACTO ULTIMAS 48 HORAS

ANEXO II: Reg. 02: Seguimiento del Aislamiento / Supervisión del Aislamiento.

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
0	01/04/20	Original
1	10/04/20	Se incorpora el rol SSYMA y del Supervisor de Operaciones en caso de un hecho en horario nocturno, de informar al Comité de Crisis de la Activación del Protocolo por CASO SOSPECHOSO COVID 19.
2	17/04/20	Se incorporan nuevos parámetros para identificar CASO SOSPECHOSO COVID 19 en función de lo dispuesto por Resol MT de Salud fecha 16.04.20.
3	12/05/20	Se incorporan nuevos parámetros para identificar CASO SOSPECHOSO COVID 19 en función de lo dispuesto por Resol MT de Salud fecha 11.05.20.
4	09/06/20	Se incorporan nuevos requisitos en función de la nota NO-2020-35178363-

		APN-DNPNYP#MTRdel 29/05/2020 del Comité de Crisis Prevención Covid-19 en el Transporte Fluvial, Marítimo y Lacustre del Ministerio de Transporte.
5	10/06/20	Se incorporan nuevos parámetros para identificar CASO SOSPECHOSO COVID 19 en función de lo dispuesto por Resol MT de Salud fecha 08.06.20.

Anexo I: Reg. 01 - Cuestionario de ZONAS Y PERSONAS DE CONTACTO COVID 19 / ULTIMAS 48 HORAS

a) DATOS DEL PACIENTE		
Fecha y Hora:	Empresa:	
Nombre y Apellido del Paciente:	Legajo/DNI:	
Sector (solo empleados BACTSSA)	Turno (solo empleados BACTSSA):	
Jefe (solo empleados BACTSSA):	Teléfono:	
Dirección y Localidad:		
b) SINTOMAS OBSERVADOS*		
*(Reviste condición de Declaración Jurada)		
Fiebre <input type="checkbox"/>	Tos Seca <input type="checkbox"/>	Dificultad Respiratoria <input type="checkbox"/>
Diarrea <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>	Erupción en la piel <input type="checkbox"/>
Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/>	Dolor Muscular <input type="checkbox"/>	Sangrado anormal <input type="checkbox"/>
Ninguno <input type="checkbox"/>	Falta de Olfato o Gusto / Dolor de Garganta / Otros a especificar:	
c) PERSONAS CON CONTACTO ESTRECHO ULTIMAS 48HS*:		
*Contacto estrecho = Distancia < a 2mts durante al menos 15 minutos. *** Vinculo= conviviente / compañero de trabajo, etc. ** Agregar anexo en caso de más personas.		
1) Nombre y Apellido:	1) Vínculo:	
1) Descripción de los momentos de contacto:		
2) Nombre y Apellido:	2) Vínculo:	
2) Descripción de los momentos de contacto		
3) Nombre y Apellido:	3) Vínculo:	
3) Descripción de los momentos de contacto:		
d) USO DE INSTALACIONES / LUGARES COMPARTIDOS		
Describir el baño/ vestuario utilizado:		
¿Ha usted utilizado el Comedor de la Empresa? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha:		
¿Cuáles fueron los lugares de trabajo asignados en las últimas 48 hs? Informar Oficina, Equipo, Gate, etc:		
¿Ha utilizado algún Baño/ Vestuario en la terminal en las ultimas 48hs? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Ha compartido lugares de espera u otras áreas comunes? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Identificar zonas comunes compartidas y con quienes:		

.....
Firma y Aclaración del Responsable

.....
Firma y Aclaración Paciente*
(*En caso de estar presente en la Terminal)

ANEXO II: Reg. 02: Seguimiento del Aislamiento / Supervisión del Aislamiento.

Preguntas a realizar a todo empleado aislado en carácter de Caso Confirmado, Sospechoso o Contacto Estrecho:

- ¿Donde se encuentra aislado? ¿El aislamiento fue proporcionado por alguna autoridad local?
- ¿Se encuentra aislado con su familia?
- ¿Tiene usted (o algún familiar) síntomas en este momento? ¿Cuál/es?
- ¿Tuvo algún síntoma en las últimas 24hs? ¿Cuál/es?
- ¿Le realizaron algún Testeo? ¿Cuál? (Indagar si fue ANTICUERPOS o PCR y si fue parte de algún plan de monitoreo por parte del estado).
- ¿Se contacto con el 148/107? ¿Qué respuesta obtuvo?
- ¿Se contacto con su obra social? ¿Qué recomendación/atención recibió por parte de ella?
- ¿Hay algo que Ud. quiera mencionar o consultar? (Dejar que comente cualquier otra información que pueda ser útil para entender el contexto de aislamiento)

Nombre y Apellido del empleado entrevistado:

N° de Legajo.

Fecha del llamado:

Firma y Sello del Enfermero de Turno del Servicio Medico.