

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN.



INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

**“LINEAMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE LA COVID-19
COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL ISSS”**

SEGUNDA EDICIÓN

DICIEMBRE 2022



PRESENTACIÓN

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en su Política de “Adoptar el Sistema de Calidad que garantice la atención en salud y prestaciones económicas integrales a los derechohabientes”, ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación del Departamento de Normalización, según acuerdo CD#2019-2232.OCT.- contenido en acta N° 3874; dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos de salud del ISSS.

En este sentido el “LINEAMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE LA COVID-19 COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL ISSS”. SEGUNDA EDICIÓN es el Documento Técnico Normativo (DTN) que proporciona al personal del ISSS las directrices a seguir para certificar casos de dicha enfermedad como enfermedad profesional.



Dra. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero
Directora General ISSS.



EQUIPO NORMATIVO:

Nombre:	Procedencia:
Dr. José Adán Martínez.	Jefe de División Regulación, Normalización y Vigilancia.
Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala	Jefe Departamento de Normalización
Dr. Jonathan Hernández Somoza	Colaborador Técnico de Salud II. Departamento de Normalización

EQUIPO QUE FORMULÓ EL DOCUMENTO:

Nombre	Procedencia
Dra. Sandra Guadalupe Bruno	Colaborador Técnico de Salud II. Departamento Salud del Trabajo.
Dr. Jorge Alberto Lechuga	Colaborador Técnico de Salud II. Departamento Salud del Trabajo.
Dr. Walter Mayén Morales	Jefe de Departamento Salud del Trabajo.

EQUIPO QUE REVISÓ EL DOCUMENTO:

Nombre	Procedencia
Dra. Ibis Carolina Castro	Médico del Trabajo Hospital Policlínico Zacamil.
Dr. Mario Benjamín Suárez	Médico del Trabajo Unidad Médica Santa Ana.
Dr. Francisco Castillo	Médico Epidemiólogo Departamento de Vigilancia Sanitaria.
Dra. Sandra Guadalupe Bruno	Colaborador Técnico de Salud II Departamento Salud del Trabajo.
Dr. Jorge Lechuga Miranda	Colaborador Técnico de Salud II Departamento Salud del Trabajo.
Dr. Walter Mayén Morales	Jefe Departamento Salud del Trabajo.
Dr. Jonathan Hernández Somoza	Colaborador Técnico de Salud II Departamento de Normalización.

EQUIPO QUE VALIDÓ EL DOCUMENTO:

Nombre	Procedencia
Dr. José David Granillo Villalta	Médico del Trabajo Hospital Regional de Sonsonate.
Dra. Rina Jeannette Romero de Ángel	Médico del Trabajo Unidad Médica Ilopango.
Lic. Rafael Arturo Castañeda Q.	Coordinador Sección Pensiones y Auxilio de Sepelio.
Lic. Samuel Alfaro Cortez	Jefe Sección Pensiones DARBE.
Dr. Jorge Alberto Lechuga M.	Colaborador Técnico de Salud II Departamento Salud del Trabajo.
Dra. Sandra Guadalupe Bruno Z.	Colaborador Técnico de Salud II Departamento Salud del Trabajo.
Dr. Walter Omar Mayén Morales	Jefe Departamento Salud del Trabajo.
Dr. Jonathan Hernández Somoza	Colaborador Técnico de Salud Departamento de Normalización.

CONTENIDO:

A.) INTRODUCCIÓN: 7

B.) DISPOSICIONES GENERALES: 8

C.) DE LA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL: 8

D.) DE LA SOLICITUD Y SU ADMISIÓN: 9

E.) DE LA CERTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD: 9

F.) OBSERVANCIA DEL MANUAL.....11

G.) INFRACCIONES Y SANCIONES.....11

H.) DISPOSICIONES ADICIONALES.....11

L) VIGENCIA DE LOS LINEAMIENTOS.11

J.) OFICIALIZACIÓN.12

K.) ANEXOS.13

L.) ANEXO 1:13

M.) ANEXO 2:14

N.) ANEXO 3:15

O.) ANEXO 4:19

Q.) ANEXO 5:20

A.) INTRODUCCIÓN:

La seguridad y la salud laboral es un aspecto fundamental del trabajo, los trabajadores deberían sentirse seguros, con la confianza que se está implementado una gestión de riesgos en sus respectivos lugares de trabajo. Con el advenimiento de la COVID-19, el personal de salud se ha visto afectado en su bienestar personal, familiar y social, por la amenaza que representa la atención de esta enfermedad, en ese sentido es necesario que dicho personal cuente con los recursos para la atención apropiada desde todo punto de vista, incluidos su propia seguridad laboral y protección social.

En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), lo antes expuesto motivó a que la Subdirección de Salud y el Departamento de Salud del Trabajo, en conjunto con la Unidad Jurídica y la jefatura de la División Regulación, Normalización y Vigilancia, revisaran el “LINEAMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE LA COVID-19 COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL ISSS. MAYO 2020”, y presentaran un informe al Consejo Directivo en el cual solicitaron la modificación del lineamiento en mención. El Consejo Directivo de este Instituto, después de conocer el informe, durante la sesión ordinaria celebrada el 11 de julio de 2022, tomó el acuerdo #2022-1335.JUL., contenido en Acta N° 4058 autorizando la modificación del lineamiento y a la vez encomendó a la Subdirección de Salud, a través del Departamento de Normalización su adecuación en la Normativa.

Por lo antes expuesto el presente Lineamiento constituye, a partir de su oficialización, las directrices a seguir para certificar casos de dicha enfermedad como enfermedad profesional.

B.) DISPOSICIONES GENERALES:

- 1.) La autoridad máxima del centro de atención, en el ámbito de sus facultades, o su delegado, es responsable de la divulgación y cumplimiento de las disposiciones establecidas en el presente lineamiento.
- 2.) Las autoridades locales antes mencionadas (Numeral 1), una vez que hayan divulgado este lineamiento deben ponerlo a disposición del personal de salud de su centro de atención, por los medios que les sea apropiado y posible.

C.) DE LA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL:

- 3.) La COVID-19 puede ser certificada como enfermedad profesional en trabajadores del sector salud pública o privada, o pensionados por riesgo profesional trabajando en dicho sector, que hayan padecido esta enfermedad.
- 4.) El inicio del proceso de certificación de enfermedad profesional por COVID-19, podrá realizarse de la siguiente manera:
 - a) A través de solicitud del trabajador de salud o su familiar, en caso de que el trabajador esté inhabilitado para hacerlo o haya fallecido,
 - b) A través de referencia de Médico tratante a Médico del Trabajo.
- 5.) En caso de solicitud para certificación, el trabajador o su familiar deben:
 - a) Completar el formulario: “SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL POR COVID-19” (Anexo 1).
 - b) Después remitirlo conforme a una de las siguientes 2 opciones:
 - De forma física a la Sección de Pensiones y Auxilio de Sepelio de la Oficina Administrativa (Torre ISSS) o sucursales administrativas.
 - Electrónica al correo medicina.deltrabajo@iss.gov.sv del Departamento de Salud del Trabajo.
- 6.) Las solicitudes que se reciban en la Sección Pensiones y Auxilio de Sepelio de la Oficina Administrativa o sucursales administrativas, se reenviarán al correo: medicina.deltrabajo@iss.gov.sv del Departamento de Salud del Trabajo.
- 7.) En caso que el trabajador de salud sea referido por médico tratante al médico del trabajo por sospecha de enfermedad profesional debida a COVID-19, será el médico del trabajo quien llenará la SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL POR COVID-19 y la remitirá al Departamento Salud del Trabajo al correo medicina.deltrabajo@iss.gov.sv .

D.) DE LA SOLICITUD Y SU ADMISIÓN:

- 8.) La Jefatura del Departamento de Salud del Trabajo delegará un Colaborador Técnico de Salud II para determinar la admisibilidad de la solicitud, basándose en los criterios señalados en el numeral 9 de este Lineamiento.
- 9.) Los criterios para admisión de solicitud de certificación de caso de COVID-19 como enfermedad profesional son:
 - I.) Que el caso a certificar sea de personal de salud (público o privado).
 - II.) Que cuente con prueba PCR-RT positiva a COVID-19, que haya sido tomada en el período en que padeció la enfermedad por la que solicita certificación como enfermedad profesional.
- 10.) Si la solicitud no cumple con ambos criterios de admisibilidad para certificación como enfermedad profesional, este dictamen se le notificará a la Sección Pensiones y Auxilio de Sepelio de la Oficina Administrativa o sucursales administrativas, a través de correo electrónico, utilizando el formulario: DENEGATORIA DE ADMISIÓN DE SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL POR COVID-19 (Anexo 2).
- 11.) La Sección Pensiones y Auxilio de Sepelio de la Oficina Administrativa o sucursales administrativas notificará al solicitante la denegatoria en caso de no admisibilidad,
- 12.) Si la solicitud cumple con los criterios de admisibilidad, será remitida al Médico del Trabajo que corresponda por área de ubicación del lugar donde labora o laboraba el trabajador, conforme a lo detallado en la Norma Técnica de Medicina del Trabajo.

E.) DE LA CERTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD:

- 13.) El médico del trabajo realizará la investigación del caso que le ha sido remitido a través del Departamento, utilizando el formulario: INVESTIGACIÓN ESPECÍFICA A TRABAJADORES DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE SARS COV2 (Anexo 3).
- 14.) Para la investigación del caso el Médico del trabajo podrá hacerlo a través de entrevista al trabajador o solicitante, revisión de expediente clínico y visita al lugar de trabajo.
- 15.) Una vez que ha completado la investigación del caso, lo presenta en Conferencia de Médicos del Trabajo, según formulario “Caso sospechoso de enfermedad profesional”.

- 16.) Los casos sospechosos de enfermedad profesional debidos a COVID-19, también serán analizados por un médico epidemiólogo designado por el Departamento de Vigilancia Sanitaria, haciendo uso de la información recabada en la investigación del caso, elaborando Informe de Evaluación Epidemiológica en el cual se registrará opinión del origen de la enfermedad (comunitaria o laboral), y la remitirá a la Jefatura del Departamento de Salud del Trabajo.
- 17.) Para certificación de la COVID-19 como enfermedad profesional, se debe de cumplir con los tres criterios siguientes:
- I.) Que el trabajador sea personal de salud de alto riesgo de exposición¹.
 - II.) Que la exposición laboral de riesgo sea, con pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19 según criterios definidos por el Ministerio de Salud.
 - III.) Que el inicio de los síntomas se encuentre en el período de incubación (dentro de los 14 días) luego de la última exposición ocupacional en la atención a pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19.
- 18.) Si se cumplen con los criterios para certificación del caso como enfermedad profesional por COVID-19, el médico del trabajo elaborará la certificación utilizando el formulario: “CERTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL POR COVID-19” (Anexo 4).
- 19.) En la certificación el diagnóstico debe ser consignado según listado de la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente:
- U07.1 COVID-19, virus identificado (caso confirmado con resultado positivo de la prueba).
- 20.) Si no se cumplen con los criterios de certificación del caso como enfermedad profesional por COVID-19 el médico del trabajo completará el formulario: “NO CERTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL POR COVID-19”: (Anexo 5).
- 21.) Los médicos del trabajo remitirán por vía electrónica la INVESTIGACIÓN ESPECÍFICA A TRABAJADORES DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE SARS COV2, Presentación de caso sospechoso de enfermedad profesional y los formularios mencionados en los numerales 18 y 20, según sea pertinente al Departamento de Salud del Trabajo.

¹ Alto riesgo de exposición incluye:

- Personal de salud con exposición con una fuente confirmada o sospechosa de COVID-19 en procedimientos específicos que incluyen: Procedimientos generadores de aerosoles, toma y procesamiento de muestras de laboratorio (secreción nasal o faríngea), o tareas relacionadas con el trabajo que requieran contacto a una distancia menor de 1mt. durante al menos 15 minutos con personas confirmadas o sospechosas por el virus del COVID-19, o que manipulen objetos que han sido usados por tales personas.
- Personal que comparta el mismo espacio en las ambulancias que transportan pacientes sospechosos o confirmados de ser COVID-19, el contacto con cadáveres de personas de las que se sabe o se sospecha que estaban infectadas de COVID-19 en el momento de su muerte y la atención domiciliaria a personas con COVID-19.

- 22.) El Departamento Salud del Trabajo remitirá a la Sección de Pensiones y Auxilio de Sepelio de la Oficina Administrativa o sucursales administrativas, los siguientes documentos: Anexos 1, 2, 3, 4, 5, presentación de caso sospechoso de enfermedad profesional e informe de vigilancia sanitaria, según sea pertinente.
- 23.) La Sección Pensiones y Auxilio de Sepelio notificará al solicitante la resolución conforme a lo establecido en el Manual de Procedimientos: “REALIZAR TRÁMITE, PAGO, CONTROL DE PENSIONES RIESGO PROFESIONAL Y AUXILIO DE SEPELIO”.
- 24.) Los formularios mencionados en los numerales 18 y 20 se remitirán al empleador por vía electrónica por el Departamento Salud del Trabajo con copia al Médico del Trabajo.

F.) OBSERVANCIA DEL MANUAL.

La vigilancia del cumplimiento del “LINEAMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE LA COVID-19 COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL ISSS”. SEGUNDA EDICIÓN”, es de observancia obligatoria para todos los trabajadores del ISSS de acuerdo a las funciones que desempeña.

G.) INFRACCIONES Y SANCIONES.

Las infracciones y sanciones al incumplimiento al presente lineamiento, en ámbito de su competencia, está tipificado en normativas legales vigentes.

H.) DISPOSICIONES ADICIONALES.

Las disposiciones no contempladas en el presente lineamiento, serán consideradas por Subdirección de Salud a través del Departamento de Normalización.

I.) VIGENCIA DE LOS LINEAMIENTOS.

El “LINEAMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE LA COVID-19 COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL ISSS”. SEGUNDA EDICIÓN”, entrará en vigencia a partir de su oficialización.

J.) OFICIALIZACIÓN.



Dra. Silvia Mendoza de Ayala
Jefe de Departamento de Normalización.



Dr. José Adán Martínez Alvarenga
Jefe de División Regulación, Normalización y Vigilancia.



Dr. Edwin Roberto Salmerón,
Subdirector de Salud.



M.) Anexo 2:

**ANEXO 2. DENEGATORIA DE ADMISIÓN DE SOLICITUD DE
CERTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL POR COVID-
19**

Lugar y fecha: _____

Licdo (a): _____

Sección Pensiones y Auxilio de Sepelio de la Oficina Administrativa o sucursales administrativas.

En atención a solicitud recibida, para que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), certifique como enfermedad profesional la COVID-19, que padeció el asegurado: _____ con DUI No. _____, Afiliación No _____; le informo que NO se admite, debido a que:

- No es personal de Salud (público o privado)
- No cuenta con prueba PCR-RT positiva a COVID-19, que haya sido tomada en el período en que padeció la enfermedad por la que solicita certificación como enfermedad profesional.

F. _____
Colaborador técnico en Salud II

F. _____
Vo. Bo. Jefatura del Departamento Salud
del Trabajo



N.) Anexo 3:

ANEXO 3. INVESTIGACIÓN ESPECÍFICA A TRABAJADORES DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE SARS COV2

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR DE SALUD	
Fecha Investigación:	
Nombre:	
Edad:	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Número de afiliación:	No D.U.I:
Lugar de trabajo:	
Cargo:	Área de trabajo:
Tiempo de trabajo:	
Nombre del jefe inmediato:	
Teléfono jefe inmediato:	Correo electrónico jefe:
Correo electrónico empleador para recibir notificación:	
Funciones o tareas relacionadas a la exposición al SARS CoV-2 (si no realizaba tareas relacionadas a la exposición al SARS CoV-2 colocar NO HAY):	
Antecedentes de Salud:	
Esquema de vacunación al SARS COV-2 (anotar número de dosis y fecha):	
Inicio de síntomas dentro de 14 días luego de la última exposición a pacientes sospechosos o confirmados COVID-19.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de toma de prueba PCR-RT: ___/___/___ (día/mes/año)	Resultado: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
Lugar donde se tomó la prueba PCR-RT:	

INTERACCIÓN DEL TRABAJADOR DE SALUD CON PACIENTE SOSPECHOSO O CONFIRMADO COVID-19	
¿Tuvo exposición con varios pacientes sospechosos o confirmados COVID-19?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de la última exposición del trabajador de salud a pacientes sospechosos o confirmados COVID-19:	___/___/___ (día/mes/año) Desconocido: <input type="checkbox"/>
Lugar donde ocurrió la exposición:	Unidad de Cuidados Intensivos: <input type="checkbox"/> Emergencia: <input type="checkbox"/> Servicios de Hospitalización: <input type="checkbox"/> Laboratorio clínico: <input type="checkbox"/> Servicio de radiología: <input type="checkbox"/> Transporte: <input type="checkbox"/> Área de atención de IRAs. <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Especifique: _____
Durante cuánto tiempo tuvo la exposición	Horas minutos
¿Tuvo contacto estrecho con paciente COVID-19 sospechoso o confirmado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Durante ese contacto ¿se efectuó un procedimiento que generó aerosoles?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es Sí, ¿Qué tipo de procedimiento?	Intubación traqueal <input type="checkbox"/> Nebulización <input type="checkbox"/> Aspiración de vía aérea <input type="checkbox"/> Recolección de esputo <input type="checkbox"/> Traqueostomía <input type="checkbox"/> Broncoscopía <input type="checkbox"/> Reanimación cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Especifique: _____
¿Manipuló objetos donde se atendió al paciente sospechoso o confirmado COVID-19 (cama, ropa de cama, equipo médico, utensilios del paciente)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Durante la atención directa o contacto estrecho con pacientes sospechosos o confirmados COVID-19 ¿tuvo algún tipo de accidente con secreciones respiratorias?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál fue el accidente?	Salpicaduras de secreciones respiratorias en la membrana mucosa de los ojos <input type="checkbox"/> Salpicaduras de secreciones respiratorias en la membrana mucosa de la boca / nariz <input type="checkbox"/> Salpicaduras de secreciones respiratorias en la piel <input type="checkbox"/> Accidente con cualquier material contaminado con secreciones respiratorias: <input type="checkbox"/>

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA O CONFIRMADO A LA COVID-19

Formación en uso de EPP (anotar fecha):

En la interacción con pacientes sospechosos o confirmados COVID-19, ¿usó Equipo de Protección Personal (EPP)? Sí No

Detalle todo el EPP o insumos utilizados:

Lente protector tipo googles <input type="checkbox"/>	Escafandra <input type="checkbox"/>
Careta, visor o pantalla facial <input type="checkbox"/>	Gorro quirúrgico <input type="checkbox"/>
Respirador con filtrado mayor al 95% <input type="checkbox"/>	Gabachón descartable o tela <input type="checkbox"/>
Overol o traje de bioseguridad <input type="checkbox"/>	Guantes descartables <input type="checkbox"/>
Mascarilla quirúrgica <input type="checkbox"/>	Otro (detallar):

Para las siguientes preguntas, cuantifique la frecuencia con la que usó EPP, según lo recomendado:

- "Siempre, según lo recomendado" significa más del 95% del tiempo;
- "La mayoría de las veces" significa 50% o más pero no 95%;
- "Ocasionalmente" significa 20% a menos del 50% y
- "Raramente" significa menos del 20%.

¿Con qué frecuencia usó el EPP?	Siempre <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/>
¿Se quitó y reemplazó su EPP de acuerdo con el protocolo?	Siempre <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/>
¿Realizó higiene de manos antes y después de tocar al paciente COVID-19	Siempre <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/>
¿Realizó higiene de manos antes y después de realizar procedimiento al paciente (por ejemplo, al insertar un catéter vascular periférico, un catéter urinario, una intubación, etc.)?	Siempre <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/>
¿Realizó la higiene de las manos después de tocar los alrededores del paciente (cama, puerta, manija, etc.), independientemente de si usaba guantes?	Siempre <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/>
¿Se descontaminan las superficies de alto contacto con frecuencia (al menos tres veces al día)?	Siempre <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/>



[Handwritten signature]

FACTORES DE RIESGO LABORAL IDENTIFICADOS

- Personal de salud de alto riesgo de exposición:
- Insuficiente formación en uso de EPP ante la COVID-19:
- Falta de provisión o inapropiados EPP para el riesgo de exposición:
- Uso inapropiado de equipo de protección personal:
- Incumplimiento a medidas de higiene:
- Accidente con material biológico:

Nombre de la(s) persona(s) que brindó la información:

Fecha y hora:

Nombre, firma y sello del Médico del Trabajo



[Handwritten signature]

O.) Anexo 4:

**ANEXO 4. CERTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL
POR COVID-19**

El infrascrito Médico especialista en Medicina del Trabajo, Dr(a). _____, del Centro de Atención: _____, comunica que el Sr(a). _____, Número de DUI _____, Afiliación _____, quien padeció de COVID-19 virus identificado, en el período de _____; cumple con los criterios para ser acreditada como enfermedad profesional, conforme al LINEAMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE LA COVID-19 COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL ISSS.

Y para los usos que se estime conveniente, se extiende la presente al solicitante, Sr(a). _____, con Número de DUI _____, en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

F. _____
Firma y sello del Médico del Trabajo

F. _____
Vo. Bo. Director

Q.) Anexo 5:

**ANEXO 5. NO CERTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PROFESIONAL
POR COVID-19**

El infrascrito Médico especialista en Medicina del Trabajo, Dr(a). _____, del Centro de Atención: _____, comunica que el Sr(a). _____, Número de DUI _____, Afiliación _____, quien padeció de COVID-19 virus identificado, en el período de _____; NO es acreditada como enfermedad profesional, conforme al LINEAMIENTO PARA CERTIFICACIÓN DE LA COVID-19 COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL ISSS, debido a que:

1. No es personal de salud de alto riesgo de exposición.
2. No hubo exposición laboral de riesgo con pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19, según criterios definidos por el Ministerio de Salud.
3. El inicio de los síntomas NO están dentro de los 14 días luego de la última exposición ocupacional en la atención a pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19.

Y para los usos que se estime conveniente, se extiende la presente al solicitante, Sr(a). _____, Número de DUI _____, en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

F. _____
Firma y sello del Médico del Trabajo

F. _____
Vo. Bo. Director



INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN
DICIEMBRE 2022.