



Salud Ocupacional

Revista Digital
Edición 001

Argentina
2020



Covid-19

Impacto Laboral

Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires

www.smtba.org.ar



Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires

- Adherida a la Sociedad Médica de La Plata.
- Miembro de la Comisión Internacional de Salud Ocupacional (ICOH).
- Miembro de la Federación Argentina de Medicina del Trabajo (FAMETRA).
- Miembro de la Asociación Latinoamericana de Salud Ocupacional (ALSO).

- Personería Jurídica de N° 8516.
- 📍 Esmeralda 155 Piso 6 Of. 34 CABA Argentina.

SUMARIO

Director:

Dr. Adolfo Hernandez.

Consejo de Redacción:

Dr. Nicolas Santoro.

Dra. Claudia de Hoyos.

Dra. Anabella D'Albo Galassi.

Dra. Stella Maris Trinidad Rivarola.

Las opiniones vertidas en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores, no comprometiendo la posición de la Sociedad, tampoco del Director ni Consejo de Redacción.

Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa de la Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires.

Es una publicación propiedad de la Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires.

Secuelas de infección por COVID en TC en personal de salud, nuestra experiencia.

Por: Dr. Saez Andres Esteban.

Dr. Giglio Mariano Esteban.

Dr. Scherer Matias Enrique.

Dr. Peralta Juan Ignacio.

Dr. Casco Enrico.

Dr. Gonzalez Tornazo Rodrigo.

05

Duración del Aislamiento y Precaución para Adultos con COVID-19.

por Center for Diseases Control

08

Los Médicos del Trabajo: un recurso humano invisibilizado en tiempos de pandemia.

por Dra. Samanta C. Kameniecki

15

COVID-19 Como Enfermedad Profesional en la República Argentina.

por Prof. Dr. Claudio Taboadela

19

Salud Mental en Contexto de Pandemia

por Javier Naveros MD

24

Edición 001 - Noviembre 2020



Comisión Directiva 2020

Presidente:

Dr. Nicolas Santoro

Vicepresidenta:

Dra Claudia de Hoyos

Secretario General:

Dr. Javier Blois

Prosecretaria:

Dra. Samanta Kameniecki

Tesorero:

Dr. Plinio J. Calvento

Protesorero:

Dr. Maximiliano Varone

Secretaria de Actas:

Dra. Anabella D'Albo Galassi

Vocales Titulares

Vocal 1:

Dra. Sonia Gaviola

Vocal 2:

Dr. Daniel Romero Ares

Vocal 3:

Dra. Monica Depsztok

Vocales Suplentes

Vocal Suplente 1:

Dr. Fabrizio Moschella

Vocal Suplente 2:

Dra. Alejandra Nieto

Vocal Suplente 3:

Dr. Eduardo Browne

Tribunal de Honor

Presidenta:

Dra. Cristina Pantano

Miembros Titulares

Miembro Titular:

Dr. Jose Kleiner

Miembro Titular:

Dr. Sebastian Aronin

Miembro Titular:

Dr. Enrique Pereira

Revisor de Cuentas Titular:

Dra. Viviana Colombo

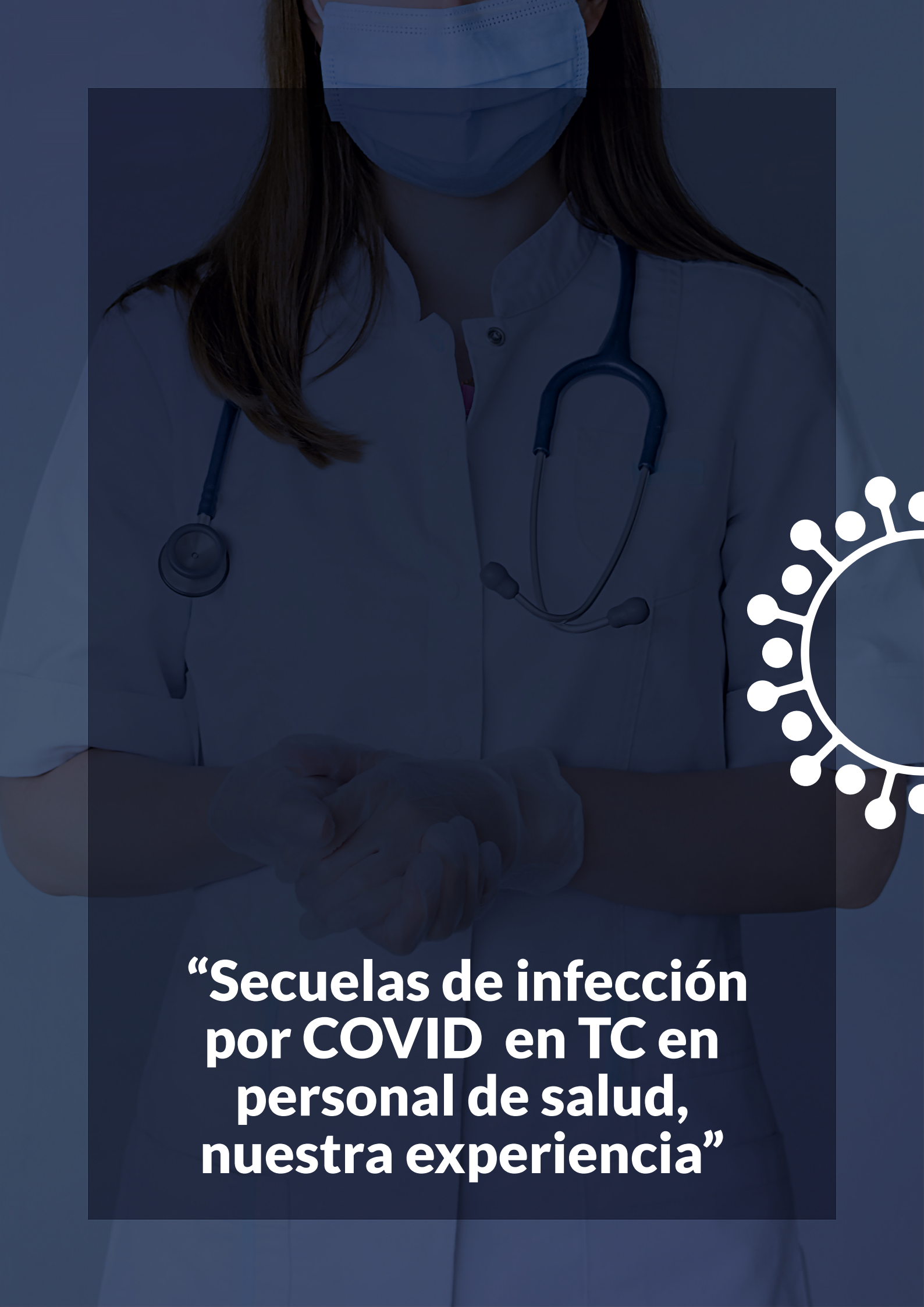
Revisor de Cuentas Suplente:

Dra. Marta Prado



Reglamento de publicaciones

La revista de la Sociedad de Medicina del Trabajo de Buenos Aires publica artículos en castellano, de autores argentinos o extranjeros, que traten sobre temas de salud ocupacional. Los trabajos remitidos deben ser originales y no podrán ser publicados en otras revistas sin la debida autorización. Los artículos serán juzgados por el Consejo de Redacción y la Dirección se reserva el derecho de publicación o de sugerir modificaciones. Una vez aceptados, pasan a ser propiedad de la Revista y no serán devueltos a los autores. Todos los trabajos serán pasibles de una corrección de estilo.



**“Secuelas de infección
por COVID en TC en
personal de salud,
nuestra experiencia”**

Secuelas de infección por COVID en TC en personal de salud, nuestra experiencia

Por: Dr. Saez Andres Esteban.

Dr. Giglio Mariano Esteban.

Dr. Scherer Matias Enrique.

Dr. Peralta Juan Ignacio.

Dr. Casco Enrico.

Dr. Gonzalez Tornazo Rodrigo.

Centro Médico Fitz Roy

Objetivo

Identificar y describir los hallazgos secuelares observados en TC de tórax en el personal de salud que recurrieron con tos y/o disnea luego de haber superado una neumonía por COVID-19 y negativizado su hisopado nasofaríngeo, en un Centro de Medicina del Trabajo en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Materiales y Métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Los criterios de inclusión fueron:

- 1) Pacientes de 27-65 años positivos de COVID-19 confirmados mediante RT-PCR de hisopado nasofaríngeo y con neumonía diagnosticada mediante TC multislice durante el transcurso de sus síntomas.
- 2) Que hayan sido dados de alta después del tratamiento variable instaurado, con su hisopado negativizado y retomando sus actividades laborales.
- 3) Que hayan vuelto a la consulta por síntomas

respiratorios (Tos/Disnea) luego de más de 30 días del alta y que fueron estudiados mediante una nueva TC de tórax.

Cinco radiólogos experimentados revisaron todas las imágenes de TC pulmonar axiales y reconstruidas (coronal/sagital) de forma independiente y cualquier desacuerdo se resolvió mediante discusión y consenso.

Las variables cualitativas se expresaron por medio de frecuencias y proporciones, y las cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados

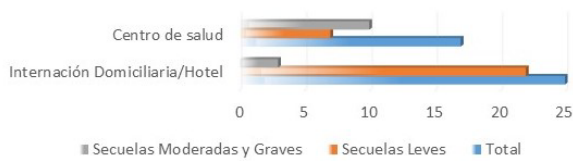
Se incluyeron 42 pacientes con una media de edad de 46,5 años, de las cuales 25 eran mujeres.

El 28,5% requirió oxigenoterapia y corticoides.

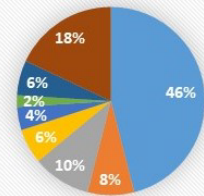
Dentro de los hallazgos imagenológicos se observaron:

- **Atelectasias laminares.**
- **Áreas con engrosamientos septales.**
- **Focos con patrón reticular irregular (“chicken legs”).**

TIPO DE INTERNACIÓN/GRAVEDAD DE LAS SECUELAS

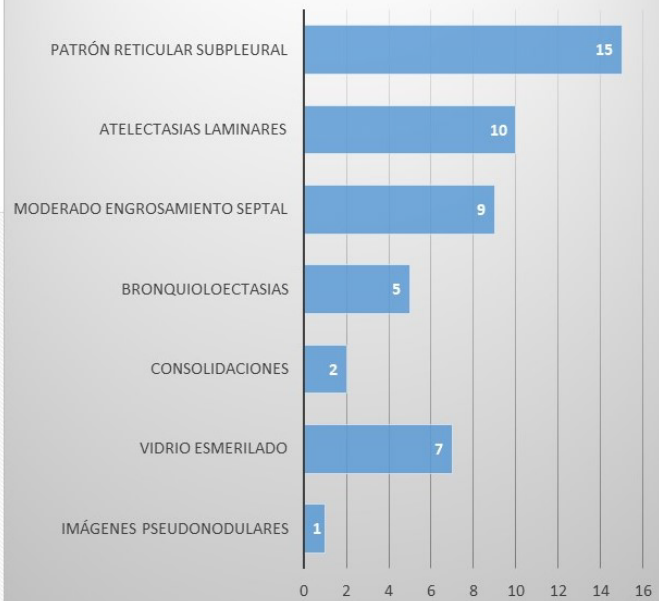


ANTECEDENTES



- Sin antecedentes de relevancia
- DBT
- TBQ
- Gastritis/Dispepsia no tratada
- ASMA
- Hipotiroidismo
- Sobrepeso/Obesidad
- HTA

HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS



- Crazy paving.
- Bronquioloectasias y bronquiectasias.
- Consolidaciones.
- Patrón en vidrio esmerilado.
- Imágenes pseudonodulares.

Hemos observado que la mayoría de los pacientes que recurren con síntomas respiratorios (tos - disnea), a mediano plazo (más de 1 mes), luego del alta por neumonía por covid-19 presentan hallazgos secuales/residuales en la TC de tórax.

Al observar comparativamente los pacientes que requirieron internación versus aquellos que fueron a sus domicilios/hoteles, se identificó mayor porcentaje y gravedad de hallazgos sugestivos de fibrosis pulmonar en los primeros.

El sector laboral más afectado por las secuelas fue el de enfermería y luego el personal médico.

Conclusión

El personal de salud con necesidad de internación presenta una mayor prevalencia de

hallazgos imagenológicos sugestivos de fibrosis pulmonar a mediano plazo.

Este estudio es solo una experiencia preliminar, que requiere un seguimiento de muestras más grandes y a largo plazo para revelar la evolución de COVID-19 y la importancia de la fibrosis.

Nosotros creemos que el énfasis en tratamientos tempranos, la completa rehabilitación multidisciplinaria y el seguimiento de pacientes recuperados para prevenir la fibrosis pulmonar, son imprescindibles hasta que se logre erradicar la pandemia.





“Duración del Aislamiento y Precaución para Adultos con COVID-19”

Duración del Aislamiento y Precaución para Adultos con COVID-19

por Center for Disease Control

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

Nota

En este momento, tenemos información limitada sobre reinfecciones causadas por el virus COVID-19. Este es un virus nuevo y los CDC (Center for Disease Control) están trabajando activamente para obtener más información. Proporcionaremos actualizaciones a medida que estén disponibles. **Los datos hasta la fecha muestran que una persona que ha tenido y se ha recuperado de COVID-19 puede tener niveles bajos de virus en su cuerpo hasta por 3 meses después del diagnóstico.** Esto significa que si la persona que se recuperó del COVID-19 se vuelve a realizar la prueba dentro de los 3 meses posteriores a la infección inicial, es posible que continúe teniendo un resultado positivo, aunque no esté transmitiendo el COVID-19.

No hay informes confirmados hasta la fecha de que una persona haya sido reinfectada con COVID-19 dentro de los 3 meses posteriores a la infección inicial. Sin embargo, se están realizando investigaciones adicionales. Por lo tanto, si una persona que se ha recuperado de COVID-19 tiene nuevos síntomas de COVID-19, es posible que la persona necesite una evaluación para detectar reinfección, especialmente si la persona ha tenido contacto cercano con alguien infectado con COVID-19. La persona debe aislarse y comunicarse con un proveedor de atención médica para que la evalúen en busca de otras causas de sus síntomas y, posiblemente, se le vuelva a realizar la prueba.

Los CDC recomiendan que todas las personas, hayan tenido o no COVID-19, tomen medidas

para prevenir contraer y propagar COVID-19. Lávese las manos con regularidad, manténgase al menos a 6 pies de distancia de los demás siempre que sea posible y use máscaras. La evidencia acumulada apoya el fin del aislamiento y las precauciones para las personas con COVID-19 utilizando una estrategia basada en síntomas. Esta actualización incorpora evidencia reciente para informar la duración del aislamiento y las precauciones recomendadas para prevenir la transmisión del SARS-CoV-2 a otros, al tiempo que limita el aislamiento prolongado innecesario y el uso innecesario de los recursos de pruebas de laboratorio.

Los hallazgos clave se resumen aquí

Las concentraciones de ARN del SARS-CoV-2 medidas en muestras de las vías respiratorias superiores disminuyen después de la aparición de los síntomas (CDC, datos no publicados, 2020; Midgley et al., 2020; Young et al., 2020; Zou et al., 2020.; Wölfel et al, 2020; van Kampen et al., 2020). La probabilidad de recuperar el virus con capacidad de replicación también disminuye después de la aparición de los síntomas.

Para los pacientes con COVID-19 de leve a moderado, el virus con capacidad de replicación no se ha recuperado después de 10 días después del inicio de los síntomas (CDC, datos no publicados, 2020; Wölfel et al., 2020; Arons et al., 2020; Bullard et al. , 2020; Lu et al., 2020;

comunicación personal con Young et al., 2020; Korea CDC, 2020). Se ha documentado la recuperación del virus con capacidad de replicación entre 10 y 20 días después de la aparición de los síntomas en algunas personas con COVID-19 grave que, en algunos casos, se complicó por un estado inmunodeprimido (van Kampen et al., 2020). Sin embargo, en esta serie de pacientes, se estimó que el 88% y el 95% de sus muestras ya no producían virus con capacidad de replicación después de 10 y 15 días, respectivamente, después de la aparición de los síntomas. Un gran estudio de rastreo de contactos demostró que los contactos domésticos y hospitalarios de alto riesgo no desarrollaron infección si su exposición a un paciente de caso comenzó 6 días o más después del inicio de la enfermedad del paciente de caso (Cheng et al., 2020).

Aunque el virus con capacidad de replicación no se aisló 3 semanas después del inicio de los síntomas, los pacientes recuperados pueden seguir detectando el ARN del SARS-CoV-2 en sus muestras de las vías respiratorias superiores hasta por 12 semanas (Corea CDC, 2020; Li et al., 2020; Xiao et al., 2020). La investigación de 285 personas "persistentemente positivas", que incluyó a 126 personas que habían desarrollado síntomas recurrentes, no encontró infecciones secundarias entre 790 contactos atribuibles al contacto con estos pacientes. Los esfuerzos para aislar el virus competente para la replicación de 108 de estos casos no tuvieron éxito (Corea CDC, 2020).

Las muestras de pacientes que se recuperaron de una enfermedad COVID-19 inicial y que posteriormente desarrollaron nuevos síntomas y dieron positivo nuevamente por RT-PCR no tenían virus de replicación competente detectado (Corea CDC, 2020; Lu et al., 2020).

El riesgo de reinfección puede ser menor en los primeros 3 meses después de la infección inicial, según la evidencia limitada de otro betacoronavirus (HCoV-OC43), el género al

que pertenece el SARS-CoV-2 (Kiyuka et al, 2018).

Actualmente, 6 meses después de la aparición del SARS-CoV-2, no ha habido casos confirmados de reinfección por el SARS-CoV-2. Sin embargo, el número de áreas donde se ha mantenido la presión de infección sostenida y, por lo tanto, es más probable que se observen reinfecciones, sigue siendo limitado.

Aún no se han establecido correlaciones serológicas o de otro tipo de inmunidad.

La evidencia actual incluye las siguientes advertencias

En un estudio reciente de trabajadores de centros de enfermería especializada seguidos prospectivamente por infección asintomática, uno de los 48 miembros del personal infectado tenía un frotis nasofaríngeo que fue débilmente positivo en un ensayo de placa de paso único más de 20 días después del diagnóstico inicial; sin embargo, la muestra no se sometió a pases seriados para demostrar la presencia de virus con capacidad de replicación (Quicke et al., 2020). En el informe de un caso, una persona con una enfermedad leve proporcionó muestras que produjeron virus con capacidad de replicación hasta 18 días después de la aparición de los síntomas (Liu et al., 2020).

Los datos actualmente disponibles se derivan de adultos; Actualmente no se dispone de datos equivalentes de niños y lactantes.

Se necesitan más datos sobre la diseminación viral en algunas situaciones, incluso en personas inmunodeprimidas.



Valoración

Los datos disponibles indican que las personas con COVID-19 leve a moderado siguen siendo infecciosas no más de 10 días después del inicio de los síntomas. Es probable que las personas con enfermedades más graves, críticas o con inmunodepresión severa sigan siendo infecciosas no más de 20 días después de la aparición de los síntomas. Las personas recuperadas pueden continuar arrojando ARN del SARS-CoV-2 detectable en las muestras de las vías respiratorias superiores hasta 3 meses después del inicio de la enfermedad, aunque en concentraciones considerablemente más bajas que durante la enfermedad, en rangos en los que el virus competente para la replicación no se ha recuperado de manera confiable y la infecciosidad es menos probable. La etiología de este ARN del SARS-CoV-2 persistentemente detectable aún no se ha determinado. Los estudios no han encontrado evidencia de que las personas clínicamente recuperadas con persistencia del ARN viral hayan transmitido el SARS-CoV-2 a otras personas. Estos hallazgos refuerzan la justificación para confiar en una

estrategia basada en síntomas, en lugar de una estrategia basada en pruebas, para terminar con el aislamiento de estos pacientes, de modo que las personas que, según la evidencia actual, ya no sean infecciosas, no se mantengan innecesariamente aisladas y excluidas del trabajo u otras responsabilidades.

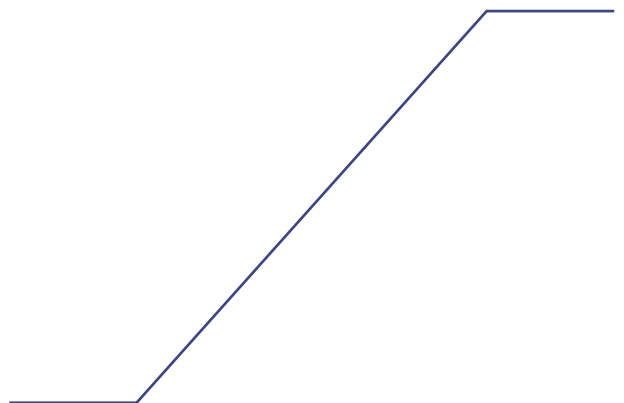
La reinfección con SARS-CoV-2 aún no se ha confirmado definitivamente en ninguna persona recuperada hasta la fecha. Se está investigando la reinfección con el SARS-CoV-2. Las personas infectadas con betacoronavirus humano endémico relacionado parecen volverse susceptibles nuevamente alrededor de 90 días después del inicio de la infección. Por lo tanto, para las personas recuperadas de la infección por SARS-CoV-2, una PCR positiva durante los 90 días posteriores al inicio de la enfermedad representa más probablemente una diseminación persistente de ARN viral que una reinfección.



Si dicha persona permanece asintomática durante este período de 90 días, es poco probable que una nueva prueba arroje información útil, incluso si la persona tuvo contacto cercano con una persona infectada. Si dicha persona se vuelve sintomática durante este período de 90 días y una evaluación no logra identificar un diagnóstico que no sea la infección por SARS-CoV-2 (p. Ej., Influenza), entonces la persona puede justificar una evaluación de reinfección por SARS-CoV-2 en consulta con un experto en enfermedades infecciosas o control de infecciones. **El aislamiento puede estar justificado durante esta evaluación, particularmente si los síntomas se desarrollaron después de un contacto cercano con una persona infectada.**

No se han establecido correlaciones de inmunidad a la infección por SARS-CoV-2. Específicamente, la utilidad de las pruebas serológicas para establecer la ausencia o presencia de infección o reinfección permanece sin definir.

Las siguientes recomendaciones se basan en la mejor información disponible a mediados de julio de 2020 y reflejan la realidad de una pandemia en evolución. Incluso para los patógenos para los que se dispone de datos de muchos años, puede que no sea posible establecer recomendaciones que garanticen que el 100% de las personas que están diseminando virus con capacidad de replicación permanezcan aisladas. Los CDC continuarán monitoreando de cerca la evolución de la ciencia en busca de información que justifique la reconsideración de estas recomendaciones.



Recomendaciones

Duración del aislamiento y precauciones

Para la mayoría de las personas con enfermedad por COVID-19, el aislamiento y las precauciones generalmente se pueden suspender 10 días después del inicio de los síntomas y la resolución de la fiebre durante al menos 24 horas, sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre y con la mejoría de otros síntomas. Un número limitado de personas con enfermedad grave puede producir virus con capacidad de replicación más allá de los 10 días, lo que puede justificar la extensión de la duración del aislamiento y las precauciones hasta 20 días después del inicio de los síntomas; considere consultar con expertos en control de infecciones. Para las personas que nunca desarrollan síntomas, el aislamiento y otras precauciones se pueden suspender 10 días después de la fecha de su primera prueba RT-PCR positiva para ARN del SARS-CoV-2.

Papel de las pruebas de PCR para interrumpir el aislamiento o las precauciones.

En el caso de personas gravemente inmunodeprimidas, se podría considerar una estrategia basada en pruebas en consulta con expertos en enfermedades infecciosas. Para todos los demás, ya no se recomienda una estrategia basada en pruebas, excepto para interrumpir el aislamiento o las precauciones antes de lo que ocurriría con la estrategia descrita en la Parte 1 anterior.

Papel de las pruebas de PCR tras la interrupción del aislamiento o las precauciones.

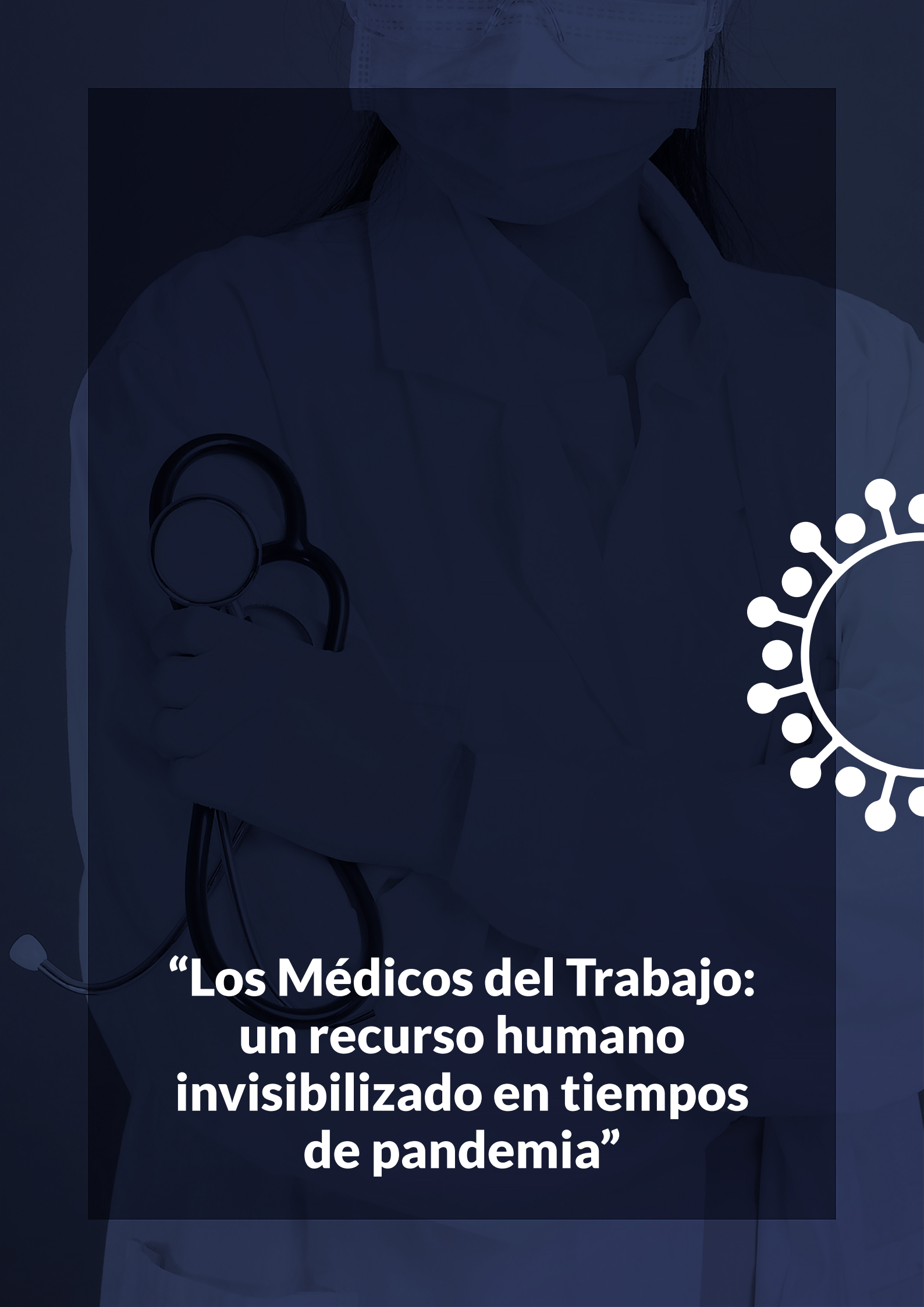
Para las personas diagnosticadas previamente con COVID-19 sintomático que permanecen asintomáticas después de la recuperación, no

se recomienda repetir la prueba dentro de los 3 meses posteriores a la fecha de inicio de los síntomas de la infección inicial por COVID-19.

Para las personas que desarrollan nuevos síntomas consistentes con COVID-19 durante los 3 meses posteriores a la fecha de aparición inicial de los síntomas, si un proveedor no puede identificar una etiología alternativa, entonces la persona puede justificar una nueva prueba; Se recomienda consultar con expertos en enfermedades infecciosas o control de infecciones. Se puede considerar el aislamiento durante esta evaluación basándose en la consulta con un experto en control de infecciones, especialmente en el caso de que los síntomas se desarrollen dentro de los 14 días posteriores al contacto cercano con una persona infectada. Para las personas que nunca desarrollaron síntomas, se debe usar la fecha de la primera prueba RT-PCR positiva para ARN del SARS-CoV-2 en lugar de la fecha de inicio de los síntomas.

Papel de las pruebas serológica.

Las pruebas serológicas no deben usarse para establecer la presencia o ausencia de infección o reinfección por SARS-CoV-2.



**“Los Médicos del Trabajo:
un recurso humano
invisibilizado en tiempos
de pandemia”**

Los Médicos del Trabajo: un recurso humano invisibilizado en tiempos de pandemia.

por Dra. Samanta C. Kameniecki

“Para construir el espejo debemos mirarnos y así constituirnos en unidad, hay que aceptar las mil vertientes, los millones de aspectos de la perspectiva especular.”

José E. Kameniecki.
La construcción del espejo

Introducción

Resulta frecuente que las crisis brinden un abanico de oportunidades. Pero no es lo que ocurre siempre. En algunas ocasiones, sólo se generan las condiciones necesarias para volver a mirar y recién ahí, poder ver.

En tiempos de reflexión, es oportuno cuestionar lo transitado y barajar las veces que resulten necesarias.

La intención de presentar este escrito es revelar un recurso disponible que no ha sido suficientemente explorado y, mucho menos, explotado desde el paradigma de la Salud. Me referiré a un conjunto de profesionales disgregados en nuestro extenso territorio cuya tarea suele ser artesanal y solitaria: **los Médicos del Trabajo. Su población objetivo es el colectivo de trabajadores registrados sobre quienes deben llevar a cabo acciones tendientes a la promoción y protección de su salud como principal premisa.**

La información suministrada por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, consigna que en nuestro país existen alrededor de 12 millones de trabajadores registrados. Si tenemos en

cuenta que, en consonancia con las leyes vigentes, la salud de cada uno de los trabajadores registrados se encuentra bajo la órbita del Médico del Trabajo, se evidencia que estos profesionales tienen a su cargo una inmensa población de influencia, nominalizada y geolocalizada frente a la cual ejercer su función.

En medio de la emergencia originada por una noxa desconocida que compromete gravemente a la salud, los decisores han ocupado a este recurso humano en continuar batallando contra fantasmas anclados a paradigmas obsoletos en lugar de poner su expertise a disposición para velar por la preservación y cuidado de la salud de una nueva categoría de sujetos: **“los trabajadores esenciales”.**

El arraigado modelo basado en el control administrativo y plasmado en el llamado “ausentismo laboral”, debería ser patrimonio de las Direcciones de Recursos Humanos, mientras los Médicos del Trabajo podrían abocarse al estudio y prevención de las causas que generan que los trabajadores se enfermen.

Esta propuesta se orienta a permitirnos cuestionar una visión sesgada, para volver a mirar y redescubrir un recurso profesional que existe desde tiempos remotos y requiere ser empoderado desde la perspectiva que le es propia: la salud de hombres y mujeres en contexto de trabajo.

Es decir, redimensionar las mil vertientes para converger en la unidad **“sujeto-trabajador”**.

¿Por qué a los Médicos del Trabajo no se les ha asignado un rol protagónico en la gestión de la salud de los trabajadores durante esta pandemia?

La obligada pregunta que surge entonces es la siguiente: ¿por qué no se han incorporado a estos profesionales en la planificación estratégica referida a los trabajadores durante la pandemia?

En este punto cabe aclarar que no existe una única respuesta, por lo cual resulta necesario plantear hipótesis que inviten al pensamiento crítico.

1) A pesar de tratarse de una especialidad médica que requiere una formación postbásica de 2 años de estudios teórico prácticos, los profesionales de la Medicina del Trabajo rigen su accionar en consonancia con la normativa emanada por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad de la Nación a través de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT). Es así como, desde esta cartera, se encuentra el marco legal para el ejercicio de una especialización médica.

2) Si bien existe vasta normativa en cuanto al desempeño de los actores en relación a las contingencias cubiertas por la Ley N° 24557/96 de Riesgos de Trabajo, los aspectos inherentes a

la práctica médica en sí misma, tanto desde el punto de vista asistencial como en los programas preventivos en lo que respecta a las patologías llamadas inculpables (que no son causadas por el factores relacionados a la tarea), no hallan su correlato rector quedando así la toma de decisiones y el manejo de las mismas desprovisto de una sistemática universal, normatizada y estandarizada bajo la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación.

3) Las enormes distancias físicas, sociales, culturales y tecnológicas que coexisten en nuestro territorio, el contexto federal y descentralizado de la salud así como los intereses contrapuestos de cada uno de los actores implicados en el sistema favorecen prácticas disímiles sobre las poblaciones a cargo que amplían las inequidades existentes y se manifiestan en ocasiones en una empobrecida calidad del producto, tendiendo a la reparación de las contingencias lugar de prevenirlas.

4) Debido a lo complejo de sus intervenciones, el Médico del Trabajo debe lidiar entre intereses contrapuestos y presiones provenientes de diversos sectores (financiadores, trabajadores, asociaciones sindicales, intereses políticos y/o económicos propios de la institución, cultura organizacional, entre otros). Eso puede generar que, en contextos diferentes, los objetivos de trabajo sean distintos, en relación al grupo de poder predominante y/o según quien sea el empleador.

5) A su vez el Médico Laboral es asignado a cumplir una función dual: por un lado, se trata de un trabajador más que tiene los derechos y las obligaciones que son comunes a sus pares y, por otro (y simultáneamente), representa a su empleador razón por la cual podría existir un conflicto de intereses.

6) La dependencia estructural del Médico del Trabajo dentro del organigrama reportando a áreas no médicas en temas relacionados a la salud de los trabajadores.

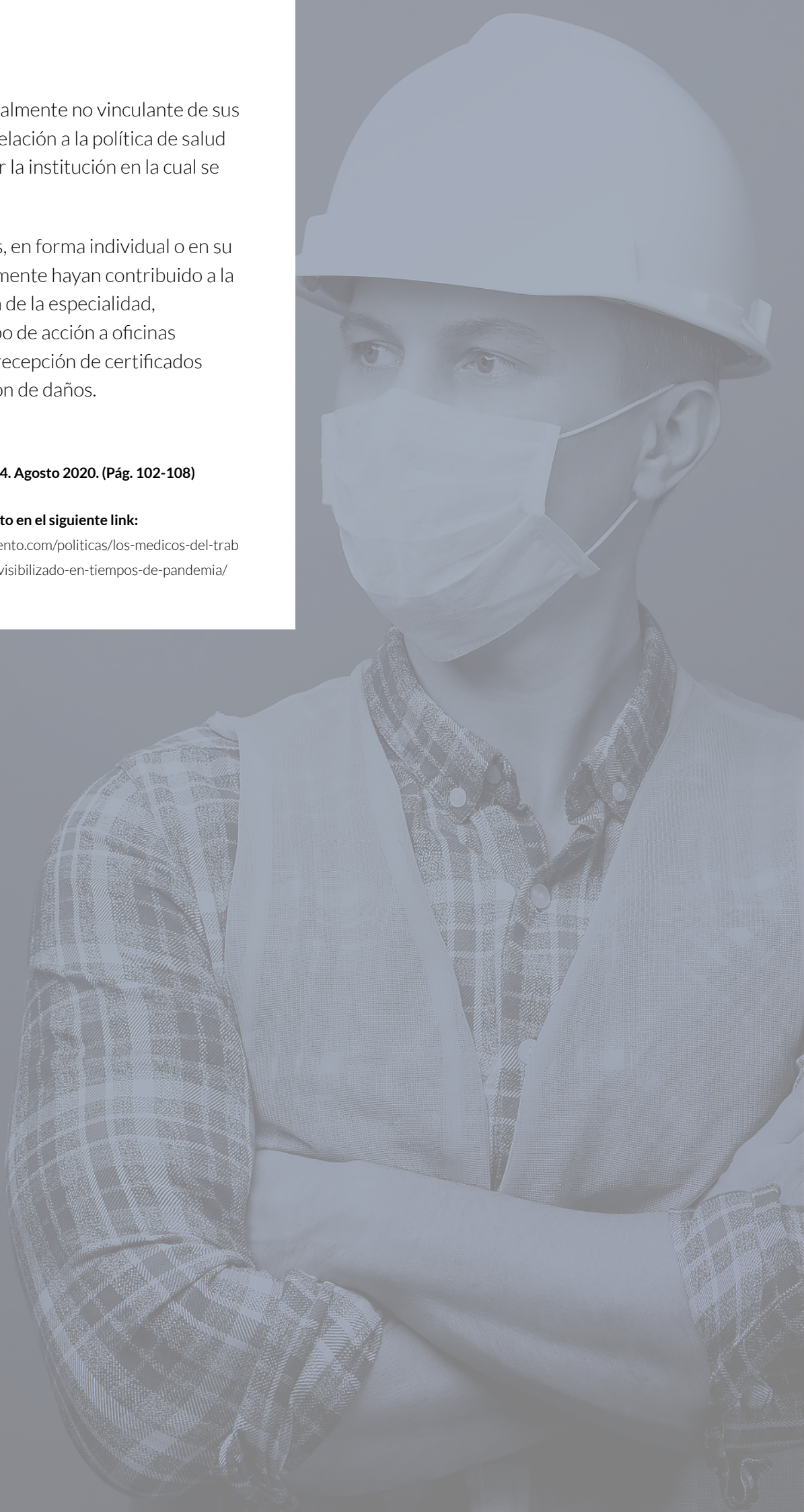
7) El carácter generalmente no vinculante de sus intervenciones en relación a la política de salud que debería adoptar la institución en la cual se desempeña.

Los factores citados, en forma individual o en su conjunto, probablemente hayan contribuido a la desfuncionalización de la especialidad, confinando su campo de acción a oficinas administrativas de recepción de certificados médicos y reparación de daños.

Revista Movimiento. N° 24. Agosto 2020. (Pág. 102-108)

Acceso al artículo completo en el siguiente link:

<http://www.revistamovimiento.com/politicas/los-medicos-del-trabajo-un-recurso-humano-invisibilizado-en-tiempos-de-pandemia/>



A person wearing full personal protective equipment (PPE) including a white hood, clear safety goggles, and a white respirator mask. The person is looking slightly to the right. The background is dark. On the right side, there is a white icon of a virus particle with a circular head and several spikes. The overall image has a blueish tint.

**“COVID-19 como
enfermedad profesional
en la República Argentina”**

COVID-19 como enfermedad profesional en la República Argentina

por Prof. Dr. Claudio Taboadela
Gerente Médico Asociart S.A. ART

Introducción

El SARS-COV-2 (coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave) es un virus formado por una sola cadena de ARN causante de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) codificada por la OMS en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 10 (CIE-10) con el Código U07.1.

El 31 de diciembre de 2019 las autoridades sanitarias chinas informaron la aparición de un síndrome respiratorio agudo grave de origen desconocido en la ciudad de Wuhan que rápidamente comenzó a expandirse por Asia y Europa.

Una investigación efectuada en China dio como fecha exacta del primer caso de coronavirus en el mundo (paciente cero) el 17 de noviembre de 2019 en una persona de 55 años habitante de la provincia de Hubei.

La Organización Mundial de la Salud declaró el brote de COVID-19 pandemia el 11 de marzo de 2020.

En nuestro país se confirmó el primer caso en un viajero proveniente por vía aérea de Milán, el 3 de marzo de 2020.

El PEN a través de la Ley 27.541 del 23/12/19 había declarado la Emergencia Sanitaria, que luego fue prorrogada por un año por el DNU 260/20 a partir del 12/03/20 por motivo de la pandemia.

El 20/3/20 a través del DNU 297/20 se estableció el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y la dispensa para su cumplimiento para las actividades y servicios declarados esenciales.

Posteriormente el 8/6/20 a través del DNU 520/20 se estableció el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO). Los trabajadores alcanzados por el DISPO no son considerados trabajadores que efectúan actividades y servicios esenciales.

Luego, a través de una serie de Decretos de Necesidad y Urgencia se ha venido prorrogando o poniendo fin al ASPO de acuerdo con la situación epidemiológica de cada provincia o jurisdicción.

Nota

En cuanto a los aspectos legales y normativos relacionados con la Salud Ocupacional, el DNU 367/20 del 14/04/20 declaró a COVID-19 presuntivamente enfermedad profesional y la Resol. SRT 38/29 del 29/04/20 estableció un procedimiento especial para su tratamiento en la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

En la República Argentina las enfermedades profesionales se encuentran incluidas en el

listado del Decreto 658/96 y las enfermedades no listadas requieren un tratamiento especial en Comisiones Médicas a través del Dec. 1278/00.

El SARS-COVID-19 es un agente de riesgo biológico que no estaba incluido en el listado al momento de declararse la pandemia.

El DNU 367/20 no incluyó al agente de riesgo en dicho listado y declaró a COVID-19 enfermedad presuntivamente profesional con un trámite especial y distinto al del Dec. 1278/00 para los trabajadores alcanzados por la cobertura del Sistema de Riesgos del Trabajo.

Por otra parte, el DNU 367/20 estableció que la cobertura del Sistema de Riesgos del Trabajo está restringida a dos poblaciones: **a) a los trabajadores que realizan actividades declaradas esenciales y b) a los trabajadores de la salud.**

Con relación a los trabajadores que realizan actividades declaradas esenciales, deben ser trabajadores dependientes y deben estar excluidos del cumplimiento del ASPO mediante dispensa legal. La cobertura para este grupo de trabajadores se extiende desde el

20/03/20 hasta 60 días posteriores a la finalización del ASPO. Finalmente, son los trabajadores los que deben probar ante la Comisión Médica Central la relación de causalidad directa e inmediata de la enfermedad COVID-19 con la labor efectuada.

En cuanto a los trabajadores de la salud, se considera que el COVID-19 guarda relación de causalidad directa con la labor sanitaria, a menos que se demuestre la inexistencia de ese último supuesto. La cobertura de este grupo rige hasta los 60 días posteriores a la finalización de la vigencia de emergencia sanitaria (12/03/21). Se define como trabajadores de la salud al personal médico, de enfermería, kinesiólogos y de laboratorio, a los auxiliares (camilleros, choferes de ambulancia y de transporte de residuos patogénicos, mucamas, personal de limpieza y de empresas de saneamiento incluyendo aquellas que tratan residuos patogénicos), al personal de esterilización, de administración, de vigilancia y de mantenimiento. Se incluye a todo el personal afectado a los tres niveles de atención: guardia, internación y terapia intensiva, identificados de acuerdo con a los Clasificadores Industriales Internacionales Uniformes (CIU).





Respecto a la denuncia de la contingencia, los trabajadores damnificados o bien sus derechohabientes en caso de fallecimiento, deben acreditar ante la Aseguradora tres requisitos de carácter formal que analizaremos a continuación:

1) Estudio diagnóstico positivo para coronavirus: consiste en el informe de un estudio de laboratorio elaborado por una entidad incluida en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) con el resultado positivo para coronavirus, firmado por un profesional identificado y habilitado. Al momento actual, se consideran tres estudios capaces de detectar el virus: a) Detección de SARS-CoV-2 mediante pruebas de biología molecular por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (RT-PCR), b) Detección de SARS-CoV-2 mediante pruebas de biología molecular por reacción amplificación isotérmica mediada por bucle (LAMP) y c) Detección de antígenos de SARS-CoV-2 mediante pruebas no moleculares, el resultado negativo (no reactivo) en las pruebas de detección de antígeno no permite descartar la enfermedad por SARS-CoV-2 y debe efectuarse una prueba RT-PCR.

2) Dispensa otorgada por el empleador: es una constancia de dispensa que exceptúa al

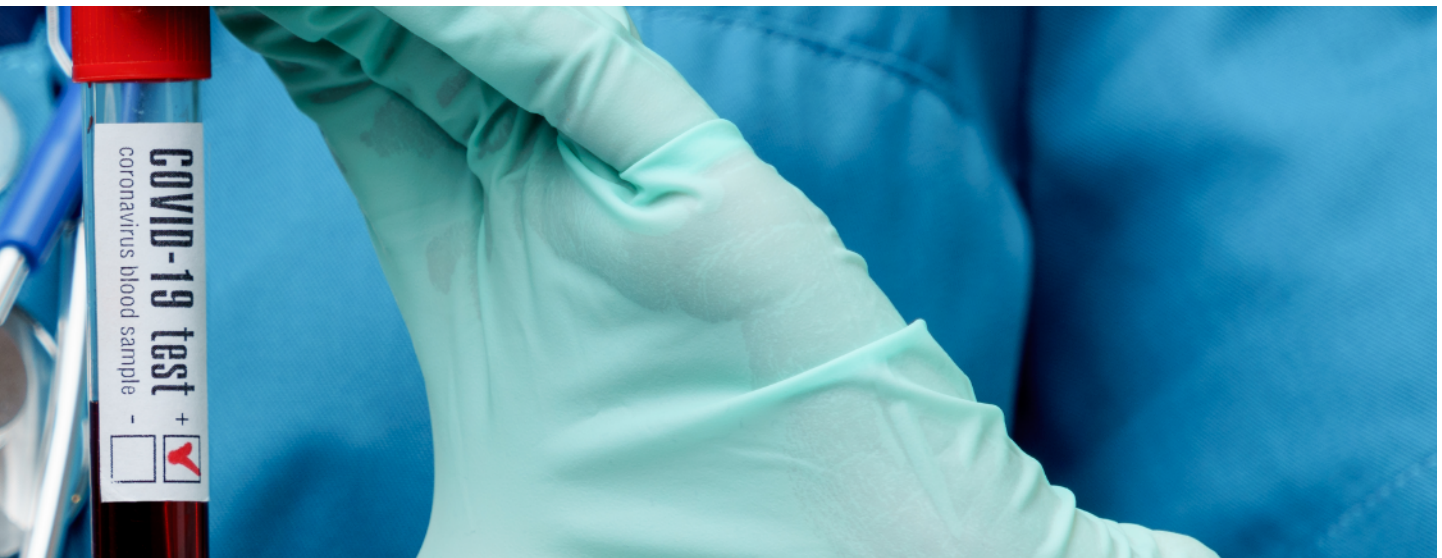
trabajador del cumplimiento del ASPO otorgada por el empleador a efectos de certificar la afectación laboral del trabajador al desempeño de actividades y servicios declarados esenciales.

3) Descripción del puesto de trabajo: es una certificación del empleador con la descripción del puesto de trabajo, funciones del trabajador, las actividades o tareas habituales desarrolladas y las jornadas trabajadas durante la dispensa del ASPO.

Una vez cumplidas estas tres exigencias, las Aseguradoras no pueden rechazar la contingencia relacionada con la enfermedad COVID-19 y deben brindar en forma inmediata las prestaciones en especie y la prestación dineraria de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) incluidas en la Ley de Riesgos del Trabajo. La prestación dineraria por fallecimiento y/o por incapacidad laboral permanente requiere de un dictamen previo de la Comisión Médica Central que debe determinar el carácter profesional de la enfermedad COVID-19.

En el caso que no se cumplimenten los tres requisitos, las Aseguradoras no están en condiciones de admitir la pretensión.

De existir controversias relacionadas con los requisitos de la denuncia, el trabajador o su



representante pueden efectuar una presentación ante el Depto. de Atención al Público y Gestión de Reclamos de la SRT. Dichas controversias, deben ser resueltas con la intervención de la Gerencia de Asuntos Jurídicos y Normativos de la SRT con un plazo máximo improrrogable de 48 hs mediante opinión técnica vinculante. El silencio de dicha gerencia implica la admisibilidad de la denuncia.

El procedimiento administrativo para la determinación definitiva del carácter profesional de la enfermedad COVID-19 es especial y de aplicación excluyente en relación con los procedimientos habituales de las Comisiones Médicas.

La Comisión Médica Central (CMC) es quien debe determinar el carácter profesional de la enfermedad COVID-19 a través de un dictamen confirmando la presunción del trabajador mediante la comprobación de la relación de causalidad directa e inmediata entre la enfermedad denunciada y el trabajo efectuado en el contexto de la dispensa del ASPO.

Por otra parte, la CMC puede invertir la carga de la prueba de la relación de causalidad a favor del trabajador cuando constate la existencia de un número significativo de infectados en el marco de la dispensa del ASPO en un determinado establecimiento en el que tuvieren cercanía o

posible contacto los trabajadores o bien cuando se demuestren otros hechos reveladores de que el contagio haya sido en ocasión del cumplimiento de las tareas desempeñadas en el marco de la dispensa del ASPO.

El trámite lo debe iniciar el trabajador, sus derechohabientes o su apoderado ante la Mesa de Entradas de la Comisión Médica Jurisdiccional correspondiente al domicilio del trabajador o bien ante la Mesa de Entradas de la SRT.

Las Aseguradoras y las empresas no pueden iniciar el trámite ante la Comisión Médica.

Para iniciar el trámite se requieren tres requisitos: cese de ILT (alta médica laboral), siniestro registrado en el Registro de Enfermedades Profesionales de la SRT y patrocinio letrado obligatorio.

En relación con el financiamiento y de acuerdo con el DNU 367/20 y la Resol. 38/20 (art. 19) las Aseguradoras pueden imputar el 100% de las prestaciones al Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales hasta 60 días después de finalizado el plazo el ASPO para los trabajadores dispensados para realizar tareas declaradas esenciales y la emergencia sanitaria para el personal de salud.



**“Salud mental en contexto
de pandemia: aspectos
actuales y futuros”**



Salud mental en contexto de pandemia

Aspectos actuales y futuros

por Javier Naveros
Médico Especialista en Psiquiatría

Introducción

¿De la pandemia del COVID-19 a la de los trastornos de salud mental?

Múltiples disrupciones se fueron sucediendo desde las primeras noticias de la aparición en China del COVID-19 desde fines del año pasado, la epidemia convirtiéndose en pandemia, llegando a nuestro país, modificando nuestra cotidianidad por la cercanía e inminencia de un eventual contagio, enfermedad y muerte que nos puede afectar directa e indirectamente a cada uno de nosotros, a nuestros familiares y allegados, hay vacuna, no hay vacuna, la nueva normalidad...

El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio impuesto por decreto de necesidad y urgencia del Poder Ejecutivo Nacional condiciona nuestro modo de vida, todo nuestro país. Aparece la “cuarentena” y el “aislamiento” como formas de preservarse. El aislamiento se convierte en un “mal menor” para evitar un “mal mayor”. Este “mal menor” se prolonga ya por más de 200 días, sin horizonte de finalización, convirtiéndose a su vez en un factor disruptivo independiente.

“Vivimos en una sociedad de supervivencia que se basa en última instancia en el miedo a la muerte. Ahora sobrevivir se convertirá en algo absoluto, como si estuviéramos en un estado de guerra permanente. La pandemia vuelve a hacer visible la muerte, que habíamos suprimido y subcontratado cuidadosamente”.

Byung-Chul Han

Si bien todas estas cuestiones disruptivas pueden generar respuestas adaptativas “normales” se requieren ciertas intervenciones para aliviar sus efectos, prevenir complicaciones y secuelas de mediano y largo plazo. Estas perturbaciones de la vida (que dada su intensidad superan las que normalmente sufrimos) exceden la capacidad de manejo habitual de la población afectada.

La “amplificación” mediática de los diferentes aspectos del virus, la pandemia y en particular lo vivido a partir de incidentes que generan “noticia” son factores que potencian generalmente efectos negativos.

Se espera un incremento de la morbilidad, incluyendo los trastornos de origen psicosocial. Sentimientos de agotamiento, falta de energía o cansancio; mayor distancia mental del trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados al trabajo y eficiencia laboral reducida. Aumento en el consumo de sustancias. Incremento de la ingesta de alimentos y del sedentarismo.

Se hace necesaria una intervención específica y continua que acompañe, ayude y permita aliviar o resolver los efectos producidos en este periodo y luego facilite el restablecimiento de los individuos, los equipos, los líderes, las organizaciones, las familias y las comunidades.

El brote de la enfermedad por coronavirus de diciembre de 2019 ha hecho que muchos países adopten el aislamiento como medida preventiva. Las decisiones sobre cómo aplicar la cuarentena deben basarse en la mejor evidencia disponible.

La mayoría de los estudios revisados informaron efectos psicológicos negativos que incluyen síntomas de estrés postraumático, confusión e ira. Los factores estresantes incluyeron una mayor duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma.

Algunos investigadores han sugerido efectos duraderos. En situaciones en las que la cuarentena se considera necesaria, los funcionarios deben poner en cuarentena a las personas por no más tiempo del requerido, proporcionar una justificación clara para la cuarentena e información sobre los protocolos, y garantizar que se proporcionen suficientes suministros. Las apelaciones al altruismo recordando al público los beneficios de la cuarentena para la sociedad en general pueden ser favorables.

Si la cuarentena es esencial, nuestros resultados sugieren que los funcionarios deben tomar todas las medidas para garantizar que esta experiencia sea lo más tolerable posible para las personas. Esto se puede lograr al decirle a las personas lo que está sucediendo y por qué, explicar cuánto tiempo continuará, brindarles actividades significativas para que las realicen mientras estén en cuarentena, brindar una comunicación clara, garantizar suministros básicos (como alimentos, agua y suministros médicos) están disponibles y refuerzan el sentido de altruismo que la gente debería, con razón, sentir.

Si la experiencia de la cuarentena es negativa, los resultados de esta revisión sugieren que puede haber consecuencias a largo plazo que afecten no solo a las personas puestas en cuarentena, sino también al sistema de atención médica que administró la cuarentena y a los políticos y funcionarios de salud pública que la exigieron.



Situación actual de la salud mental en el escenario de salud global

La OMS acaba de publicar estos datos referidos a 2020:

- 1.000 millones de personas tienen un trastorno mental.
- La depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad.
- 1 persona muere cada 40 segundos por suicidio.
- 3 millones de personas mueren cada año debido al consumo nocivo de alcohol.

Las consecuencias económicas de la pandemia ya se están sintiendo, ya que las empresas dejan ir al personal en un esfuerzo por salvar sus negocios, o incluso cierran por completo. Dada la experiencia pasada de emergencias, se espera que la necesidad de apoyo psicosocial y de salud mental aumente sustancialmente en los próximos meses y años. La inversión en programas de salud mental a nivel nacional e internacional, que ya han sufrido años de falta de financiación crónica, es ahora más importante que nunca.

Por eso, el objetivo de la campaña del Día Mundial de la Salud Mental de este año es aumentar la inversión en salud mental.

A partir de ahora, los planes nacionales de apoyo psicosocial y salud mental deben abordar las consecuencias para la salud mental de la pandemia de COVID-19 y su impacto en los ciudadanos. Por lo tanto, es de gran importancia que la salud mental una realidad para todos, para todos, en todas partes.

“El mundo está aceptando el concepto de cobertura sanitaria universal. La salud mental

debe ser una parte integral de la cobertura universal de salud. A nadie se le debe negar el acceso a la atención de salud mental porque sea pobre o viva en un lugar remoto”

Nos enfrentamos a una crisis internacional de salud mental y durante las dos últimas décadas hemos sido advertidos de esta inminente situación. Esto se ha visto agravado por la necesidad de apoyo psicosocial e intervenciones de salud mental durante este tiempo.



Salud mental en el trabajo

El impacto del trabajo en la salud mental es innegable al igual que el de la salud mental en el trabajo. Asimismo, el contexto laboral a la vez puede ser un escenario privilegiado para la mejora de la salud y la calidad de vida de los trabajadores.

La OMS reconoce esta interrelación de forma directa y causal. Lo relaciona específicamente como un problema relacionado con el empleo. Define el burnout como “Problemas asociados

con el empleo o el desempleo” y lo incorporó en el Clasificador Internacional de Enfermedades 11° edición (CIE-11 o ICD-11 por sus siglas en inglés). Si bien el CIE-11 se publicó en 2018, los Estados Miembros comenzarán a presentar informes utilizando la CIE-11 el 1 de enero de 2022. Lo describe como **“un síndrome conceptualizado como el resultado de estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido manejado con éxito”**. Caracterizado por tres dimensiones:

1. Sentimientos de agotamiento de energía o cansancio.
2. Mayor distancia mental del trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados al trabajo.
3. Eficiencia profesional reducida.

Con el aumento de la preocupación y el estrés, así como el aumento de la soledad y el aburrimiento, el papel de la organización en el mantenimiento del bienestar es más importante que nunca. Y es más complicado que nunca con millones de niños en casa y que se cruzan con el trabajo de sus padres a diario.

En un nivel básico, tener un bienestar general próspero y buenas experiencias a lo largo del día, incluso en cuarentena, comienza con obtener los conceptos básicos del compromiso de los empleados correctamente: el bienestar profesional. El bienestar es multidimensional e incluye elementos sociales, financieros, comunitarios y físicos.

Las organizaciones pueden apoyar el bienestar general de los empleados a medida que ajustan sus políticas, lugares de trabajo, incentivos, reconocimiento, eventos virtuales y programas



de desarrollo a la nueva normalidad temporal. Un factor clave radica en equipar a los gerentes para que se individualicen a la situación de cada persona.

1) El porcentaje de empleados de tiempo completo que dicen que COVID-19 ha alterado su vida "mucho" o "bastante" ha aumentado del 58% al 81%.

2) El porcentaje de trabajadores a tiempo completo que están totalmente de acuerdo en que su organización se preocupa por su bienestar general ha aumentado del 45% al 49%.

Los programas de promoción de la salud reúnen recursos fundamentales para educir factores de riesgo y para proponer factores de protección para la salud. Además, involucran dispositivos de detección precoz de riesgos y patologías, lo que posibilita el manejo temprano de alertas y su resolución o manejo reduciendo así al máximo las consecuencias negativas de las mismas.

Gestión integral de factores psicosociales en el trabajo

En el contexto laboral denominamos factores psicosociales a aquellos factores que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico, emocional, cognitivo y conductual, que exigen poner en juego recursos de afrontamiento y que pueden ser precursores de enfermedades en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración cuando el afrontamiento es inadecuado o insuficiente constituyéndose así el riesgo psicosocial.

La adecuada gestión de los factores psicosociales en el trabajo consiste en desarrollar habilidades y factores de protección, disminuyendo los factores de riesgo. De esta manera se genera un contexto favorecedor del aprendizaje y la resiliencia individual y grupal

que beneficia la salud, la seguridad y la productividad individual, de los equipos y de la organización.

La inadecuada gestión de estos factores es un factor que afecta la salud y la seguridad de los colaboradores dentro y fuera del trabajo. No solo afectan la salud, sino que también debemos considerar que influyen sobre ciertas capacidades cognitivas que pueden disminuir aspectos necesarios para mayor seguridad dentro y fuera del trabajo.

A continuación, la evidencia en función del análisis de escenarios:

No hacer nada

Incrementa los costos por desempeño y adaptabilidad reducida, por capacidad reducida para hacer frente al cambio, por capacidad de aprendizaje deteriorada, aumento de la sensación de derrota e impotencia, mayor pasividad, agresión y conflictos. Asimismo, incrementa de 2 a 3 veces los costos de salud por lesiones de todo tipo, infecciones, conflictos, problemas de salud mental y problemas vinculados con alcohol y drogas. También aumenta 3 veces los costos por problemas del cardiovasculares y por dolor de espalda y 5 veces los relacionados a ciertos tipos de cáncer.

Hacer algo

Mejora la seguridad y la salud, la capacidad laboral, la pertenencia y moral de los empleados, la atracción y retención de los empleados, la consecución de la misión y los valores organizacionales. Se registran beneficios como 18% al 27% de reducción en ausentismo, 32% de reducción en quejas, 52% de reducción en el tiempo de discapacidad, 7% de mejora en la productividad y 13% de mejora en la calidad del servicio.

El riesgo psicosocial aumentado exige a las personas a afrontar activamente estos desafíos de forma episódica o cotidiana. Un desbalance en estos procesos adaptativos puede generar periodos de stress sostenido con potencial afectación de la salud física y mental de las personas según se dé su evolución a corto, mediano y largo plazo. **La forma en la que se evidencia el Impacto de los factores psicosociales en el trabajo es la siguiente:**

Origen:

- Exigencias del trabajo.
- Exigencias de la vida personal.
- Exposición a estresores.
- Insuficiencia de los recursos de afrontamiento.

Manifestaciones:

- Fisiológicas.
- Emocionales.
- Cognitivas (atención, memoria, etc.).
- Conductuales / comportamentales.

Consecuencias:

- Stress sostenido y fatiga.
- Ansiedad, problemas de sueño, depresión.
- Problemas relacionados con alcohol, drogas, tabaco y automedicación.
- Alteraciones en la salud y enfermedades.
- Incidentes y accidentes.
- Pérdidas de productividad.

La gestión integral de factores psicosociales en el trabajo permite el fortalecimiento de los recursos personales, grupales y de la organización para la prevención del impacto

negativo en la salud. Los factores psicosociales son decisivos, tanto en relación con las causas y con la prevención de los trastornos mentales como así también con la promoción de la salud, la seguridad y la productividad (considerando ausentismo y presenteísmo).

El programa de gestión integral de factores psicosociales en el trabajo debe estar inscripto dentro del plan de promoción de la salud de la compañía y estar sistémicamente articulado con el plan de salud, seguridad ocupacional y ergonomía de la organización. Asimismo, el trabajo integrado con las áreas de recursos humanos, el liderazgo, los representantes de los trabajadores, entre otros es fundamental.

Los ejes de la gestión integral de factores psicosociales en el trabajo recomendados son los siguientes:

- **Apoyo psicológico:** Un ambiente de trabajo donde los compañeros de trabajo y los supervisores apoyan las preocupaciones psicológicas y de salud mental de los empleados y responden cuando es necesario.
- **Cultura organizacional:** Un ambiente de trabajo caracterizado por la confianza, la honestidad y la equidad.
- **Liderazgo claro y expectativas:** Un ambiente de trabajo donde existe un liderazgo y apoyo efectivos que ayudan a los empleados a saber qué deben hacer, cómo el trabajo contribuye a la organización y gestiona los cambios.
- **Ética y Respeto:** Un ambiente de trabajo donde los empleados son respetuosos y considerados en sus interacciones entre sí, así como con clientes y el público.
- **Competencias y requisitos psicológicos:** Un ambiente de trabajo donde hay una buena adaptación entre las competencias interpersonales y emocionales de los empleados y el requisito de la posición que ocupan.

- **Crecimiento y Desarrollo:** Un ambiente de trabajo donde los empleados reciben estímulo y apoyo en el desarrollo de sus relaciones interpersonales, emocionales, personales y habilidades de trabajo.
- **Reconocimiento y Recompensa:** Un ambiente de trabajo donde exista un reconocimiento y apreciación apropiados de los esfuerzos de los empleados en un ambiente justo y de manera oportuna.
- **Participación e Influencia:** Un ambiente de trabajo donde los empleados se incluyen en las discusiones sobre cómo se realiza su trabajo y cómo las decisiones importantes son tomadas.
- **Gestión de la carga de trabajo:** Un entorno de trabajo donde las tareas y responsabilidades se pueden lograr con éxito dentro del tiempo disponible.
- **Compromiso:** Un ambiente de trabajo donde los empleados se sienten conectados con su trabajo y están motivados para hacerlo bien.
- **Balance:** Un ambiente de trabajo donde se reconoce la necesidad de un equilibrio entre las demandas de la vida laboral, familiar y personal.
- **Protección psicológica:** Un ambiente de trabajo donde la seguridad y salud psicosocial de los empleados está garantizada.
- **Protección de la salud y la seguridad física:** Un entorno de trabajo donde la organización toma las medidas adecuadas para proteger la salud y la seguridad física de los empleados.

Las iniciativas que contribuyen a la gestión de los factores psicosociales entre otras son:

- Evaluación de riesgos para la salud. Health risks assessment softwares y Apps (ej.: Wellness Checkpoint®) y evaluación de factores psicosociales: softwares y Apps específicas (ej.: Resilience Checkpoint®, Psychological Well-Being Checkpoint®).
- Servicio de Asistencia al Empleado (asistencia telefónica frente a problemática psicosocial, legal, económico financiera).
- Comunicaciones, contenidos, campañas y marketing de salud y seguridad.
- Coaching de salud y acceso a iniciativas de actividad física, alimentación saludable y promoción del bienestar mental y emocional.
- Gestión de la demanda (gestión de alertas, detección precoz y derivación oportuna) y continuidad de cuidados.
- Gestión de incidentes críticos (critical incident stress debriefing protocol).
- Atención primaria (contención y abordaje inicial).
- Evaluaciones especializadas (psico-laborales, neuropsicológicas, salud mental y adicciones).
- Políticas respetuosas de los derechos humanos (ej.: buen trato, ética, diversidad e inclusión, etc.).



NO HAY SALUD SIN SALUD MENTAL

World Economic Forum,
Davos, 2014





Jornadas de Salud Ocupacional

Retos y Oportunidades en la Nueva Normalidad



2, 3 y 4
Diciembre 2020



Hotel Scala
Bernardo de Irigoyen 740
Buenos Aires - Argentina



Modalidad
Virtual



“Retos y Oportunidades en la Nueva Normalidad”



smtba.org.ar/24j/



secretaria@smtba.org.ar



@ 24js0

