



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA

Trabajo Final Integrador

**RECONOCIMIENTO DEL COVID -19 COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL
Y SUS SECUELAS EN PROFESIONALES DE LA SALUD**

CARRERA: ESPECIALIDAD EN MEDICINA LEGAL

DIRECTOR DE CARRERA: PROF. DR. ROBERTO FOYO

NOMBRE DEL AUTOR: DRA. SARDANS, MARIA XIMENA

TUTOR METODOLÓGICO: PROF. DR. DIEGO BERNARDINI

DIRECTORA DE TFI: DRA MARÍA N.C DERITO

SEDE: BUENOS AIRES

AÑO: 2024

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer a todos los profesores de la Fundación H. A. Barceló, por compartir su valioso conocimiento y brindarme orientación a lo largo de este proceso académico, demostrando su buena predisposición durante mi formación.

Mi gratitud también a mi amada familia, cuyo apoyo incondicional ha sido mi mayor motivación.

Además, quiero expresar mi agradecimiento especial a mi tutor, quien con paciencia y dedicación guio cada paso de este trabajo de tesis, contribuyendo con sus conocimiento, interés y voluntad para realizar las correcciones pertinentes.

No quiero dejar de agradecer a mis queridos compañeros de estudios por la camaradería, el intercambio constante de ideas y el apoyo mutuo a lo largo de este desafiante pero gratificante trayecto académico. Juntos hemos construido un entorno de aprendizaje enriquecedor que ha dejado una marca imborrable en esta etapa de mi vida.

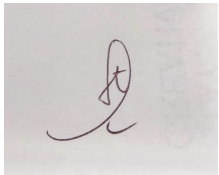
Gracias a todos, por ser parte fundamental de este proceso, su apoyo a sido invaluable.

Dra. Sardáns, María Ximena

CABA, 09 de Febrero de 2023, Buenos Aires

Estimados Directivos:

Habiendo analizado y comprendido el contenido de este Trabajo Final Integrador, como tutor a cargo de la estudiante de posgrado, Dra. Sardáns, María Ximena, doy por aprobado el siguiente TFI, para su presentación y calificación final por parte del comité académico.



Dra. Silvia Mara Eisenstein
M N 94786
MP 223.574
M Laboral Nº 5453
Médica Legista
T XVII F 364



Republica Argentina

MINISTERIO DE SALUD

SECRETARIA DE POLITICAS Y REGULACION SANITARIA
SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION
DIRECCION DE REGISTRO, FISCALIZACION Y SANIDAD DE FRONTERAS

CERTIFICADO DE ESPECIALISTA

EL MINISTERIO DE SALUD por intermedio de la DIRECCION DE REGISTRO, FISCALIZACION Y SANIDAD
DE FRONTERAS autoriza al **MEDICO EISENSTEIN, SILVIA MARA**

Matricula Profesional No.: **94786**

a anunciarse como **ESPECIALISTA** en **MEDICINA LEGAL**

en razon de haber acreditado los recaudos legales correspondientes, de acuerdo al art. **21** inc. **B** de la Ley 17132 y
mod. Ley 23873

Expediente No.: **12002000000049095**

Buenos Aires, **28/10/2009**

Nro. de Orden **32012 / 2009**

Firma y sello aclaratorio

Dr. STANNICZ, JUAN IGNACIO
MEDICO INSPECTOR - LEO. 01530

PLORENTI



— REPUBLICA — ARGENTINA —

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUNDACION H. A. BARCELO

Facultad de Medicina

Rector: Prof. Dr. Héctor A. Barceló

CARRERA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA LEGAL
Director de la Carrera: Prof. Dr. Alfredo Achaval

FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Por cuanto **Eisenstein, Silvia Mara**

Matr. Nac. Prof. **94.786** D.N.I. **20.278.355** ha finalizado el **16** de **diciembre** de 2008

los estudios correspondientes a la **Carrera de Especialización en Medicina Legal**, en esta Casa de Altos Estudios.

Por tanto: de acuerdo con lo dispuesto por las normas vigentes en el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, le expedimos el presente título de **Médico Legista**.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2 de febrero de 2009

Prof. Dr. Alfredo Achaval
Director de la Carrera

Dr. Guillermo Lojo
Secretario General

Prof. Dr. Félix P. Eichenrojen
Decano

Prof. Dr. Hector A. Barcelo
Rector

Registro en el Libro General de Postgrados N° 2 Folio 17 con el N° 112
.....

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 FUNDACION H.A. BARCELÓ
 DIPLOMA PERTENCIENTE A: Eisestein
 Silvia Hara
 D.N.I. N° 20.238.355

MINISTERIO DE SALUD
 SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION
 E INSTITUTOS



Inscrito en carácter de especialista
 En: Medicina Social
 Orden N° 30018 (2) g.
 B. N. 28. octubre. 2009
 DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO, FISCALIZACION
 Y SANIDAD DE FRONTERAS
 LEY 17129 Y LEY 22946

LORENTI PABLO ALEJANDRO
 LEG. 191.819 AREA ESPECIALIDADES
 DIR. NAC. REG. FISC. Y SAN. FRONT.

Dr. STAMINICZY JUAN IGNACIO
 MEDICO INSPECTOR - LEG. 19183

MINISTERIO DE EDUCACION
 DIRECCION NACIONAL DE GESTION UNIVERSITARIA
 CERTIFICADO QUE LAS PRUEBAS QUE ANTERIORMENTE
 REALIZO CON LA V QUE OBLIGAN EN NUESTRO REGISTRO,
 BUENOS AIRES,
 - 5 MAYO 2009

GILBERTO LÓPEZ CABRILLAS
 SUPERVISOR
 CONCEDE SUPERIOR DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

(Signature)



El Ministerio del Interior
 Certifica que la firma que aparece
 en este documento y dice: Silvia Hara
 guarda similitud con la que figura en
 nuestros registros
 Bs. As. **26 OCT 2009**

(Signature)

QUEZ GIMENA R.
 MINISTERIO DEL INTERIOR

INDICE:

1. Resumen	pág. 8
2. Abstract	pág. 9
3. Introducción	pág. 10
4. Fundamentación	pág. 12
5. Marco Teórico	pág. 12
5.1 Covid -19	pág. 12
5.2 Enfermedades Profesionales	pág. 18
5.3 Baremo Civil y Laboral	pág. 24
6. Definición y formulación del problema	pág. 33
7. Objetivos	pág. 33
7.1 Objetivos Generales	pág. 33
7.2 Objetivos Específicos	pág. 33
8. Tipo de estudio, universo y muestra	pág. 34
9. Variables	pág. 34
10. Criterios de Inclusión	pág. 35
11. Criterios de Exclusión	pág. 35
12. Discusión y Análisis de resultado	pág. 35
13. Conclusión y Consideraciones finales	pág. 39
14. Anexos (Tablas y gráficos)	pág. 43
15. Referencias y Bibliografía	pág. 53

1. RESUMEN

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia de COVID-19 provocada por SARS-CoV-2, identificando la emergencia en salud pública que derivó en muchas medidas drásticas en diferentes países, como el confinamiento y aislamiento social preventivo y obligatorio.

Se considera **pandemia** a la propagación mundial de una determinada enfermedad de la que aún no se tiene inmunidad, propiciando una emergencia pública. Cuando un riesgo en el trabajo cambia con gran rapidez, los empleadores deben estar preparados para adaptar sus prácticas habituales consultando a los trabajadores, sus representantes y a los expertos técnicos, a fin de lograr un equilibrio razonable entre la seguridad y la productividad. En este sentido, la información es esencial.

A medida que fue avanzando la pandemia, las **medidas de salud públicas y sociales** debieron revisarse y adaptarse periódicamente para controlar la transmisión del SARS-CoV-2, con un criterio de costo-beneficio. Según la OMS, las decisiones de reforzar, relajar o introducir nuevas medidas debieron sopesar con la repercusión que tengan esas medidas en las sociedades y las personas. Recomienda una matriz de evaluación de “nivel situacional”, usando indicadores de nivel de transmisión y de la capacidad de respuesta como elementos indicativos para orientar el ajuste de las medidas de salud pública y social.

El presente documento pretende identificar y describir los hallazgos secuelares observados en un grupo de personal de salud que presentaron COVID-19 como consecuencia de sus tareas profesionales, en un Servicio de Atención Médica de Emergencias en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

2. ABSTRACT

On March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) declared the COVID-19 pandemic caused by SARS-CoV-2, identifying the public health emergency that led to many drastic measures in different countries, such as confinement. and preventive and mandatory social isolation.

A pandemic is considered the global spread of a certain disease for which there is still no immunity, causing a public emergency. When a risk at work changes rapidly, employers must be prepared to adapt their usual practices in consultation with workers, their representatives and technical experts, to achieve a reasonable balance between safety and productivity. In this sense, information is essential.

As the pandemic progressed, public and social health measures had to be periodically reviewed and adapted to control the transmission of SARS-CoV-2, with a cost-benefit criterion. According to the WHO, decisions to reinforce, relax or introduce new measures should be weighed against the impact that these measures have on societies and people. It recommends a “situational level” evaluation matrix, using transmission level and response capacity indicators as indicative elements to guide the adjustment of public and social health measures.

This document aims to identify and describe the sequelae findings observed in a group of health personnel who presented with COVID-19 as a consequence of their professional tasks, in an Emergency Medical Care Service in the City of Buenos Aires, Argentina.

3. 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. (13. OMS 2019)

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.

El Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció el 11 de marzo de 2020 que la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) puede caracterizarse como una pandemia. La caracterización de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas. (13. OMS 2019)

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

El Poder Ejecutivo Nacional a través de la Ley 27.541 del 23/12/19 declaró 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 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia de COVID-19 provocada por SARS-CoV-2, identificando la emergencia en salud pública que derivó en muchas medidas drásticas en

diferentes países, como el confinamiento y aislamiento social preventivo y obligatorio.

Se considera pandemia a la propagación mundial de una determinada enfermedad de la que aún no se tiene inmunidad, propiciando una emergencia pública. Cuando un riesgo en el trabajo cambia con gran rapidez, los empleadores deben estar preparados para adaptar sus prácticas habituales consultando a los trabajadores, sus representantes y a los expertos técnicos, a fin de lograr un equilibrio razonable entre la seguridad y la productividad. En este sentido, la información es esencial. Sin embargo, la sobrecarga -infodemia- suele redundar en un ciclo de desinformación que se propaga rápidamente por las redes sociales y otros medios que, en oportunidades, se adelantan a la “evidencia”, planteando un grave problema a la salud pública . Es aquí donde los profesionales de Higiene y Seguridad y Medicina del Trabajo se transforman en actores claves para facilitar el acceso de los trabajadores y la dirección a información fiable apoyando a los empleadores en el proceso de evaluación de riesgos, la adopción de medidas preventivas, contención, mitigación y recuperación.

A medida que fue avanzando la pandemia, las medidas de salud públicas y sociales debieron revisarse y adaptarse periódicamente para controlar la transmisión del SARS-CoV-2, con un criterio de costo-beneficio. Según la OMS, las decisiones de reforzar, relajar o introducir nuevas medidas deben sopesar con la repercusión que tengan esas medidas en las sociedades y las personas. Recomienda una matriz de evaluación de “nivel situacional”, usando indicadores de nivel de transmisión y de la capacidad de respuesta como elementos indicativos para orientar el ajuste de las medidas de salud pública y social. (13. OMS 2019)

4. FUNDAMENTACIÓN:

El Covid – 19 como Enfermedad Profesional, toma protagonismo a partir de un acontecimiento que no había ocurrido hacía ya muchos años, que puso a los profesionales de la salud en una situación nunca antes vista, en la primera línea de defensa, donde por un lado tuvieron que aumentar sus jornadas laborales, quedando exhaustos, debiendo cambiar sus rutinas y la de su familia, trabajando en condiciones precarias y estando expuestos a un virus del cual no se tenía referencias, se aprendía a medida que se iba avanzando.

La importancia médico legal de este trabajo es determinar los pasos a seguir para poder declarar al Covid – 19 como Enfermedad Profesional y luego de su determinación definitiva a través de la Comisión Médica Central poder determinar las secuelas generadas o no en los trabajadores de la salud que cursaron la enfermedad.

5. MARCO TEORICO

4.1 COVID – 19:

El coronavirus (CoV) deriva de la palabra "corona" que significa, "corona" en latín. Provoca una variedad de infecciones del tracto respiratorio humano que van desde un resfriado leve hasta un síndrome de dificultad respiratoria grave. La nueva enfermedad CoV, también llamada síndrome respiratorio agudo severo (SARS) -CoV-2 y enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), ha sido una amenaza emergente para la salud mundial. La epidemia de COVID-19 comenzó en la ciudad china de Wuhan a finales de diciembre de 2019 y desde entonces se extendió rápidamente a Tailandia, Japón, Corea del Sur, Singapur e Irán en los primeros meses. A esto le siguió una amplia difusión viral en todo el mundo, incluidos España, Italia, EE. UU., Emiratos Árabes Unidos y el Reino Unido. La OMS declaró el brote de COVID-19 como pandemia. Hasta el 6 de mayo de 2020, los brotes e infecciones humanas esporádicas han provocado

3.732.046 casos confirmados y 261.517 muertes. (17. PubMed Central – Oxford University)

El CoV ha planteado desafíos frecuentes durante su curso, que van desde el aislamiento, la detección y la prevención del virus hasta el desarrollo de vacunas. CoV pertenece al orden Nidovirales y tiene el genoma de ARN más grande. Se sabe que se adquiere de una fuente zoonótica y normalmente se propaga a través del contacto y la transmisión por gotitas. La persona infectada presenta cuadros clínicos inespecíficos que requieren detección virológica y confirmación mediante técnicas moleculares. (17. PubMed Central – Oxford University)

CoV fue descubierto durante la década de 1960. El Grupo de Estudio de Coronavirus del Comité Internacional sobre Taxonomía de Virus utilizó el principio de genómica comparada para evaluar y dividir más a fondo las proteínas replicativas en marcos de lectura abiertos para identificar los factores que diferencian el CoV en diferentes rangos de grupos. CoV se asocia con enfermedades de variada intensidad. El tipo más grave que provocó pandemias a gran escala en el pasado es el SARS (en 2002-2003) y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) (en 2012). (13. OMS 2019)

Los CoV son virus de ARN de la subfamilia Coronavirinae. Pertenecen a la familia Coronaviridae y al orden Nidovirales (nido en latín, "nido"). El orden Nidovirales está compuesto por las familias Coronaviridae, Arteriviridae, Mesoviridae y Roniviridae. Los rasgos característicos de los Nidovirales son los siguientes: (1) contienen genomas muy grandes para virus de ARN, (2) son altamente replicativos debido a la organización genómica conservada, (3) exhiben varias actividades enzimáticas únicas y (4) tienen extensas propiedades ribosómicas. Cambio de marco debido a la expresión de numerosos genes no estructurales. La familia Coronaviridae tiene dos subfamilias: Coronavirinae y Torovirinae. La subfamilia Coronavirinae consta de alfa CoV, beta CoV, gamma CoV y delta CoV según la estructura genómica. (13. OMS 2019)

Los casos iniciales notificados en Wuhan, China, se consideran una infección adquirida de una fuente zoonótica del mercado mayorista de mariscos de Huanan, que vendía aves de corral, serpientes, murciélagos y otros animales de granja. Para aislar el posible reservorio del virus, se llevó a cabo un análisis exhaustivo de la secuencia genética entre diferentes especies animales. Los resultados sugirieron que Cov – 19 es un virus recombinante entre el CoV del murciélago y un CoV de origen desconocido. Un estudio revelado, basado en el uso relativo de codones sinónimos (RSCU) en una variedad de especies animales, demostró que los murciélagos son el reservorio silvestre más probable de Cov - 19. Esta recombinación homóloga se ha demostrado previamente en el virus de la peste porcina clásica, el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C, el VIH y el virus del dengue. (13. OMS 2019)

Modos de propagación

La transmisión de persona a persona ocurre a través de rutas comunes, como la transmisión directa, la transmisión por contacto y la transmisión aérea a través de aerosoles y durante procedimientos médicos. Las formas más comunes de propagación son la tos, los estornudos, la inhalación de gotitas y el contacto con las mucosas bucales, nasales y oculares. La diseminación viral se produce a través del tracto respiratorio, la saliva, las heces y la orina, lo que da lugar a otras fuentes de propagación del virus. La carga viral es mayor y de mayor duración en pacientes con COVID-19 grave. También se informa sobre la propagación de la COVID-19 de los pacientes a los trabajadores de la salud y a los asistentes de vuelo que estuvieron en contacto cercano con los pacientes infectados. (17. PubMed Central – Oxford Univesity)

Amplios análisis estructurales revelaron interacciones a nivel atómico entre el CoV y el huésped. La transmisión entre especies y de persona a persona de COVID-19 depende principalmente del dominio de unión al receptor de la proteína de pico y de su receptor huésped ACE2. Se identificó una alta expresión de ACE2 en pulmón (células alveolares tipo II), esófago, íleon, colon, riñón

(túbulos contorneados proximales), miocardio, vejiga (células uroteliales) y también recientemente en la mucosa oral. Los receptores ACE2 proporcionan la entrada del virus a las células huésped y también la posterior replicación viral. Los principales factores implicados en la patogénesis viral de Cov - 19 son la proteína de la subunidad de pico 1, el cebado por la proteasa transmembrana serina-2 (esencial para la entrada y la replicación viral), la interacción entre el receptor ACE2 y 2019-nCov y la regulación negativa de la proteína ACE2. Estos factores contribuyen a la atrofia, fibrosis, inflamación y vasoconstricción que resultan en lesión del tejido del huésped. (17. PubMed Central – Oxford University)

Según numerosos estudios publicados, la edad media fue de 56 años (rango 55-65 años) y los hombres fueron predominantemente afectados debido a las altas concentraciones de ACE2 en ellos. La mediana de aparición de la enfermedad fue de 8 días (rango de 5 a 13 días). Debido a la limitada disponibilidad de datos sobre comorbilidades, es importante correlacionarlos con factores previamente demostrados susceptibles a la infección por SARS y MERS-CoV, que incluyen tabaquismo, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares y/o enfermedades crónicas. La función inmune disminuida se ha relacionado con el síndrome de tormenta de citoquinas (citoquinas inflamatorias circulantes elevadas) y el síndrome de hiperinflamación. Estos síndromes son desencadenados por infecciones virales y también son predictores de mortalidad en pacientes con COVID-19. Los niños se han visto menos afectados debido a la mayor cantidad de anticuerpos, una menor exposición previa al virus y niveles relativamente bajos de citoquinas inflamatorias en sus sistemas. (17. PubMed Central – Oxford University)

Signos y síntomas

Las características clínicas variaron desde una enfermedad leve hasta una enfermedad grave o mortal. Los síntomas más comunes de la COVID-19 fueron inespecíficos y principalmente incluyeron fiebre, tos y mialgia. Otros síntomas menores fueron dolor de garganta, dolor de cabeza, escalofríos, náuseas o

vómitos, diarrea, ageusia y congestión conjuntival. El COVID-19 se clasificó clínicamente en enfermedad leve a moderada (no neumonía y neumonía), enfermedad grave (disnea, frecuencia respiratoria superior a 30/min, saturación de oxígeno inferior al 93%, relación PaO₂ / FiO₂ inferior a 300 y/ o infiltraciones pulmonares en más del 50% del campo pulmonar en 24 a 48 horas) y críticas (insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o disfunción/insuficiencia multiorgánica). Muchos de los pacientes de edad avanzada que tenían enfermedades graves tenían evidencia de enfermedades crónicas subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares, enfermedades renales o tumores malignos. (17. PubMed Central – Oxford University)

Evaluación y confirmación de laboratorio

Los hallazgos de laboratorio más consistentes con COVID-19 fueron linfocitopenia, proteína C reactiva elevada y velocidad de sedimentación globular elevada. La linfocitopenia se debe a necrosis o apoptosis de los linfocitos. La gravedad de la linfocitopenia refleja la gravedad del COVID-19. La procalcitonina estuvo comúnmente elevada y se asoció con coinfección en la mayoría de los casos pediátricos informados.

La detección de COVID-19 se basa en la detección virológica mediante RT-PCR mediante hisopos (nasofaríngea, orofaríngea), esputo y heces, radiografía de tórax y monitorización dinámica de mediadores inflamatorios (p. ej., citoquinas). Las muestras fecales detectadas para detectar ácido nucleico de COVID-19 fueron igualmente precisas que las muestras de hisopos faríngeos. Pacientes con COVID-19 mostraron niveles sanguíneos elevados de citocinas y quimiocinas como interleucina (IL)-7, IL-8, IL-9, IL-10, factor estimulante de colonias de granulocitos, factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos, tumor. factor de necrosis alfa y VEGFA.

Hallazgos radiológicos

La mayoría de los patrones estándar observados en la TC de tórax fueron opacidad en vidrio esmerilado, márgenes mal definidos, engrosamiento del tabique interlobulillar liso o irregular, broncograma aéreo, patrón en empedrado y engrosamiento de la pleura adyacente. La TC de tórax se considera una herramienta de imágenes de rutina sensible para COVID-19.

Tratamiento de complicaciones sistémicas en COVID-19

La oxigenación por membrana extracorpórea es una excelente opción para pacientes con SDRA que progresa a insuficiencia respiratoria. Otros modos de tratamiento incluyen oxígeno nasal de alto flujo e intubación endotraqueal. Los pacientes que experimentan hipoxemia refractaria persistente necesitan una posición prona seguida de bloqueo neuromuscular, óxido nítrico inhalado (a 5-20 ppm) y también proporcionar una presión espiratoria final óptima mediante la inserción de un balón esofágico.

En presencia de shock con insuficiencia renal aguda, es necesario lograr el equilibrio negativo de líquidos mediante diálisis. Los antimicrobianos se utilizan para la profilaxis previa y posterior a la exposición. Esto previene la enfermedad por SARS-CoV-2 y también reduce el riesgo de contraer una infección secundaria. El manejo de líquidos es importante para reducir el edema pulmonar. Es mejor evitar los glucocorticoides debido a sus efectos nocivos en la neumonía viral y el SDRA. Se ha sugerido que la terapia de rescate mediante la administración de infusión intravenosa de vitamina C para atenuar la lesión vascular y la inflamación sistémica en la sepsis y el SDRA. (17. PubMed Central – Oxford University)

4.2 ENFERMEDAD PROFESIONAL:

Las Enfermedades Profesionales son aquellas que directa (causadas) o indirectamente (propiciadas, agravadas) están relacionadas con el trabajo, son estados patológicos consecutivos a la acción generalmente reiterada y lenta de los elementos comunes en el trabajo. (1. Basile - 2015)

La noción de enfermedad profesional se origina en el requerimiento legal de diferenciar las enfermedades que afectan al conjunto de la población, respecto de aquellas que se originan por la incidencia del trabajo sobre el trabajador, dando lugar a derechos y responsabilidades distintos de las primeras. (1. Basile - 2015)

Entre los factores que determinan enfermedades profesionales, tenemos (5. Decreto 658/96):

- Variabilidad biológica: en relación a un mismo riesgo o condición patógena laboral, no todos enferman y los que enferman no lo hacen todos al mismo tiempo y con la misma intensidad.
- Multicausalidad: una misma enfermedad puede tener distintas causas o factores laborales y extralaborales que actúan simultáneamente y que constituyen a su desencadenamiento.
- Inespecificidad Clínica: la mayoría de las enfermedades profesionales no tienen un cuadro clínico específico que permita relacionar la sintomatología con un trabajo determinado.
- Condiciones de exposición: un mismo agente puede presentar efectos nocivos diferentes según las condiciones de exposición y vía de ingresos al organismo.

La atribución del carácter profesional de una enfermedad impone considerar factores que permitan diferenciarla de las enfermedades comunes, estableciendo (5. Decreto 658/96):

- El agente: que debe estar presente en el lugar y las condiciones de trabajo.
- La exposición: que se deduce del contacto entre el trabajador y el agente o las condiciones de trabajo dañosas.
- La enfermedad: debe haber una enfermedad claramente definida en todos sus elementos clínicos, anátomo-patológicos y terapéuticos.
- Relación de causalidad: deben existir pruebas de orden clínico, patológico, experimental o epidemiológico, consideradas aislada o concurrente, que permitan establecer una asociación de causa efecto, entre la patología definida y la presencia en el trabajo, de los agentes o condiciones señaladas anteriormente. (3. Lisi, Franco 2006 / 5. E.P. 2014)

En virtud de lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 6° de la Ley 24.557, modificado por el Decreto N° 1278/00 (2. Patitó 2003 / 7. Decreto 1278/2000), se consideran Enfermedades Profesionales de la siguiente forma:

Artic 6° Contingencias: "...2 a) Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo anualmente, conforme al procedimiento del artículo 40, apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos y actividades, en capacidad de determinar por sí la enfermedad profesional.

Las enfermedades no incluidas en el listado, como sus consecuencias, no serán consideradas resarcibles, con única excepción de lo dispuesto en los incisos siguientes:

2 b) Serán igualmente consideradas enfermedades profesionales aquellas otras que, en cada caso concreto, la Comisión Médica Central determine como provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.

A los efectos de la determinación de la existencia de estas contingencias, deberán cumplirse las siguientes condiciones:

- i) El trabajador o sus derechohabientes deberán iniciar el trámite mediante una petición fundada, presentada ante la Comisión Médica Jurisdiccional, orientada a demostrar la concurrencia de los agentes de riesgos, exposición, cuadros clínicos y actividades con eficiencia causal directa respecto de su dolencia.
- ii) La Comisión Médica Jurisdiccional sustanciará la petición con la audiencia del o de los interesados así como del empleador y la ART; garantizando el debido proceso, producirá las medidas de prueba necesarias y emitirá resolución debidamente fundada en peritajes de rigor científico.

En ningún caso se reconocerá el carácter de enfermedad profesional a la que sea consecuencia inmediata, o mediata previsible, de factores ajenos al trabajo o atribuibles al trabajador, tales como la predisposición o labilidad a contraer determinada dolencia.

2 c) Cuando se invoque la existencia de una enfermedad profesional y la ART considere que la misma no se encuentra prevista en el listado de enfermedades profesionales, deberá sustanciarse el procedimiento del inciso 2b. Si la Comisión Médica Jurisdiccional entendiese que la enfermedad encuadra en los presupuestos definidos en dicho inciso, lo comunicará a la ART, la que, desde esa oportunidad y hasta tanto se resuelva en definitiva la situación del trabajador, estará obligada a brindar todas las prestaciones contempladas en la presente ley. En tal caso, la Comisión Médica Jurisdiccional deberá requerir de inmediato la intervención de la Comisión Médica Central para que convalide o rectifique dicha opinión. Si el pronunciamiento de la Comisión Médica Central no convalidase la opinión de la Comisión Médica Jurisdiccional, la ART cesará en el otorgamiento de las prestaciones a su cargo. Si la Comisión Médica Central convalidara el pronunciamiento deberá, en su caso, establecer simultáneamente el porcentaje de incapacidad del trabajador damnificado, a los efectos del pago de las prestaciones dinerarias que correspondieren. Tal decisión, de alcance

circunscripto al caso individual resuelto, no importará la modificación del listado de enfermedades profesionales vigente. La Comisión Médica Central deberá expedirse dentro de los 30 días de recibido el requerimiento de la Comisión Médica Jurisdiccional.

2 d) Una vez que se hubiera pronunciado la Comisión Médica Central quedarán expeditas las posibles acciones de repetición a favor de quienes hubieran afrontado prestaciones de cualquier naturaleza, contra quienes resultaren en definitiva responsables de haberlas asumido."

En cuanto a los aspectos legales y normativos, el DNU 367/20 (14. Resolución 367/20) del 14/04/20 declaró a COVID-19 presuntivamente enfermedad profesional y la Resol. SRT 38/20 (8. Resolución 38/2020) 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 (14. Resolución 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
- b) a los trabajadores de la salud.

Con relación a los trabajadores que realizan actividades declaradas esenciales, deben ser trabajadores dependientes y debían estar excluidos del cumplimiento del ASPO (aislamiento social preventivo obligatorio) mediante dispensa legal. La cobertura para este grupo de trabajadores se extendió 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 (31/12/2022). 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).

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.

Respecto a la denuncia de la contingencia en la Aseguradora de Riesgos del Trabajo, 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 por matrícula correspondiente.
- 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. En la actualidad este paso ya no hace falta, ya que se terminó el ASPO.
- 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, así como las jornadas trabajadas fuera del domicilio particular del trabajador entre los 3 y 14 días previos a la primera manifestación de síntomas.

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.

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.

4.3 BAREMO CIVIL Y LABORAL:

La Valoración Médica del Daño Corporal consiste en la cuantificación de las secuelas provenientes de menoscabos a la integridad física y/o psíquica de la persona, evaluable por un médico en forma objetiva y reproducible.

Los baremos son tablas que poseen cifras que orientan la incapacidad para diversas enfermedades y sus respectivas secuelas.

En nuestro país, existen actualmente numerosos baremos que abarcan cada uno de ellos uno o más especialidades, con mayor o menor cantidad de diagnósticos incorporados, pero en general hay muy pocos confeccionados especialmente para ser utilizados en el fuero civil y menos aún que contemplen el mayor espectro en secuelas y/o patologías posibles, se utilizan distintos Baremos o tablas de incapacidad, entre los cuales podemos mencionar (12. Altube – Rinaldi 2020 / 16. Baremo AACCS 2012):

- a) “Tabla General de Incapacidades e Indemnizaciones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales” del Prof. E. F. P. Bonnet: presenta rangos de incapacidad para numerosas patologías traumáticas y secuelas postraumáticas. Los rangos de incapacidad que se presentan en cada uno de los ítems listados son demasiado amplios, lo cual dificulta

su utilización, sobre todo al no explicitarse los fundamentos que sustentan las incapacidades ni las pautas, normas y/o guías para su aplicación.

b) “Tabla de Valuación de Incapacidades en el Aparato Locomotor”, de los Dres. Romano y Fernández Blanco: ha sido diseñado para evaluar incapacidades en el ámbito del Derecho Laboral. Presenta cifras y rangos de incapacidad exclusivamente para secuelas del aparato locomotor y lesiones nerviosas o vasculares relacionadas con ellas. No valora incapacidades en otros aparatos y sistemas. No va acompañado de los fundamentos de la valoración ni de pautas o guías para su aplicación.

c) “Pautas Objetivas para la Evaluación de Incapacidades Psicofísicas” de la Dirección de Reconocimientos Médicos de la Provincia de Buenos Aires, promulgadas en el año 1978 durante el gobierno de **Saint** Jean: son tablas desarrolladas para ser utilizadas en la valoración de incapacidades de los agentes de la administración pública de dicha provincia que soliciten el beneficio de la jubilación por invalidez. No persigue otra finalidad que la previsional. La mayoría de los capítulos valora secuelas de enfermedades comunes, no traumáticas. El capítulo dedicado al Aparato Locomotor es incompleto y ambiguo. En algunos capítulos se fundamenta la estimación de la incapacidad.

d) “Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones” llamado “Baremo Nacional” de la ley 24.241, Decreto N° 1290/94, reemplazado por el “Baremo nacional” (con igual título) del Decreto No 478/98, que establece su utilización obligatoria por las Comisiones Médicas dependientes de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones en la valoración de incapacidades de los postulantes a obtener una Jubilación por Invalidez. Utiliza criterios eminentemente previsionales para valorar la incapacidad en relación con la dificultad para realizar un trabajo genérico y aplica 3 factores compensadores: por escolaridad, por edad y un factor

“compensador” de hasta 10 puntos de incapacidad, que el médico evaluador puede adicionar en caso de considerarlo conveniente. Fundamenta la estimación de la incapacidad en muchos de los capítulos y va acompañado de las normas y/o guías para su aplicación.

e) “Tablas de Evaluación de Incapacidades Laborales”, por laudo N° 156/96 del Ministro de Trabajo y Seguridad Social y aprobadas por Decreto No 659/96. Se han diseñado como parte del Sistema de Riesgos del Trabajo implementado en el año 1996 por la ley 24.557. Es aplicado por las Comisiones Médicas dependientes de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones para obtener la cifra que se aplicará en la fórmula para el cálculo de la indemnización en casos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Se utiliza para cuantificar las indemnizaciones tarifadas en el ámbito del Derecho Laboral en relación exclusiva con el trabajo que realizaba la víctima en el momento de sufrir el accidente. No se toman en cuenta las dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria, salvo para calificar la gran invalidez. Las cifras de incapacidad laborativa se complementan con “factores de ponderación” que se aplican según el criterio personal del médico evaluador: dificultad para la realización de la tarea habitual, la edad y la necesidad o no de efectuar una “recalificación profesional”. No contempla muchas de las secuelas indemnizables por el Derecho Común.

f) “Baremo General para el fuero civil”, tablas orientativas para cálculo de incapacidades, de los Dres. José L. Altube y Carlos A. Rinaldi, el cual incorpora soluciones para problemas actuales de la medicina legal como es la determinación de la incapacidad específica para un determinado trabajo a partir de la cifra de incapacidad genérica, la discriminación de la incidencia de los factores concausales en una patología y la incorporación de un método para determinar incapacidades en patologías no tabuladas.

Se aprecia claramente que en la actualidad no existe en nuestro país un baremo que se haya diseñado expresamente para evaluar las secuelas físicas

y/o psíquicas derivadas de las lesiones sufridas en distintos tipos de accidentes o enfermedades profesionales en el marco del Derecho Común.

Por otra parte, la evolución del Derecho de Daños se va modificando constantemente, con la incorporación de nuevos enfoques y variación de los criterios de aplicación, lo cual va tornando inutilizables a los baremos tradicionales, elaborados para otras necesidades y para entornos social, científico, médico y jurídico diferentes. (16. Baremo AACS 2012)

En tal situación, los peritos médicos que actúan en la valoración de los daños corporales (VDC) en los distintos ámbitos (médicos de parte, peritos judiciales, médicos asesores de empresas aseguradoras, etc.) se encuentran obligados a utilizar los baremos disponibles, nacionales o extranjeros, a pesar de que no se adapten a la finalidad de la valoración del daño corporal en el marco del Derecho Común. (16. Baremo AACS 2012)

Teniendo en cuenta el principio de proporcionalidad que debe regir la evaluación de los daños corporales, es aconsejable la utilización de un baremo único en todo el país, de forma tal que la evaluación de la incapacidad, reproducible por diferentes peritos, permita obtener conclusiones idénticas al valorar secuelas idénticas.

Para ello es conveniente contar con un único parámetro de valoración o baremo que reúna las siguientes condiciones:

- Deberá contemplar la mayoría de las situaciones secuelares que se presentan habitualmente en la práctica diaria.
- Deberá mantenerse actualizado mediante la incorporación de los cambios que sean necesarios a medida que se produzcan modificaciones en los factores que determinan la evolución y el pronóstico de las lesiones: los avances del conocimiento científico, la incorporación de nuevos estudios diagnósticos, las mejoras en los procedimientos médicos, quirúrgicos y de rehabilitación, etc.

La utilización del baremo requiere la aplicación de un criterio clínico en la valoración de las secuelas y del análisis de sus consecuencias objetivas en la vida diaria del lesionado.

La puntuación otorgada a cada secuela, según criterio clínico y dentro del margen permitido, tendrá en cuenta su intensidad y gravedad desde el punto de vista físico o biológico y funcional, sin tomar en consideración la edad, el sexo o la profesión.

Los porcentajes de incapacidad propuestos se establecen en relación con la totalidad del individuo.

Una secuela debe ser valorada una sola vez, aunque su sintomatología se encuentre descripta en varios apartados de la tabla, sin perjuicio de lo establecido respecto del daño estético. No se valorarán las secuelas que estén incluidas y/o se deriven de otra, aunque estén descriptas en forma independiente.

El dolor puro, no acompañado de signos objetivos de organicidad, no será objeto de incapacidad permanente. En estos casos, estará indicada la realización de exámenes complementarios para obtener evidencia objetiva.

Cuando para una secuela se indique un rango de valores de incapacidad o se mencionen graduaciones tales como leve, moderada o grave, la estimación deberá ser acompañada de las explicaciones que fundamenten la opción elegida. Para ello se deberán relacionar las secuelas concretas halladas en el examinado con las que habitualmente se encuentran en la práctica diaria en lesiones de características y gravedad similares, y también con la evolución que la bibliografía médica actualizada indique para dichas lesiones.

En todos los casos se deberá mencionar cuáles son los elementos generadores de incapacidad que se encuentren presentes en el examinado y los que se tomen en cuenta para la valoración.

En los trabajadores afectados de invalideces múltiples producto de lesiones anatómicas y/o funcionales en un mismo sistema, aparato, órgano, miembro o segmento corporal se procederá a la suma de todas ellas aplicando el método de la capacidad restante para el cálculo de la invalidez total. El resultado final tendrá como máximo el porcentaje de incapacidad correspondiente a la pérdida completa, anatómica o funcional del miembro, órgano o función.

Si el lesionado presentara con anterioridad alguna limitación funcional originada en una enfermedad o lesión preexistente, se detallará en el informe, con la mayor precisión posible, el estado funcional anterior y la proporción en que aquél fue agravado.

Con respecto a este tema un avance importante lo representaron los baremos de los decretos reglamentarios de las leyes de accidentes de trabajo (24557) y de jubilación (24241), ya que se trata de grandes tablas y detalles de cada una, donde se otorga un porcentaje de incapacidad según la secuela presentada. (12. Altube – Rinaldi 2020)

Se complica la aplicación en el fuero civil ya que desde el punto de vista laboral y previsional la capacidad funcional restante es primordial para definir la incapacidad en medicina del trabajo y en medicina legal. En el fuero civil se persigue una indemnización integral de las personas, por lo cual las cifras de incapacidad serían solamente como una guía para determinar el monto de una indemnización que una limitación laboral estricta. (12. Altube – Rinaldi 2020)

Esto se constata en las lecturas de las demandas civiles, las que en su mayoría no reclama una cifra determinada de incapacidad, sino que directamente solicita una suma de dinero, y además en los puntos de pericia de las mismas no se pide determinar una incapacidad laboral, sino que se pide una evaluación física en todos los aspectos de la vida posible

Se debe tener en cuenta también que muchas enfermedades incapacitantes pueden no derivar de un accidente, ya que es frecuente que

alguna de las partes soliciten al perito que informe la capacidad previa del actor o sea previa a dicho accidente o enfermedad profesional, lo que obliga a valorar distintas enfermedades que son complejas de encontrar en los Baremos de uso cotidiano en nuestro país, por no ser estas enfermedades con secuelas traumáticas.

Por lo tanto, es necesario disponer de un baremo lo más amplio posible, pero realizado con una visión funcional y anatómica al mismo tiempo, ya que algunas enfermedades, se pueden evaluar perfectamente desde el punto de vista funcional, mientras que otras son fundamentalmente anatómicas, como puede ser una cicatriz de piel que no limita la movilidad articular o la existencia de un cuerpo extraño que no provoca limitaciones funcionales. (12. Altube – Rinaldi 2020)

La solución que implica disponer de un baremo amplio y detallado a su vez genera dos problemas específicos: la clasificación de los diagnósticos y la complejidad de algunos cálculos. (12. Altube – Rinaldi 2020)

Con respecto a la clasificación, tablas y lo expuesto en los Baremos hay que tener en cuenta que muchas enfermedades son conocidas con diferentes nombres y que muchas de ellas afectan a más de un órgano al mismo tiempo, pero la edición de un baremo en el tradicional soporte de papel obliga a incorporar cada patología con un sólo nombre y clasificarlas de una manera uniforme incorporando cada diagnóstico una sola vez, aunque se trate de enfermedades que son vistas y llevadas a cabo en tratamiento por distintos especialistas. El problema radica en que se genera en el lector la imposibilidad de saber de forma anticipada, con qué nombre se registró una enfermedad en especial o qué especialidad se consideró la más importante para incorporarla, lo que se dificulta la ubicación de una enfermedad en un listado con una gran extensión. (12. Altube – Rinaldi 2020)

También se debe disponer de actualizaciones del baremo y aportes científicos de especialistas, publicaciones, trabajos que deban aportar desde el punto de vista científico, académico, avances y desarrollo de estos.

Con lo que se respecta a los cálculos, existen enfermedades que requieren tener en cuenta muchos factores en un mismo tiempo para determinar la incapacidad de la persona y esto es muy difícil para realizar de forma adecuada. Por ejemplo, se puede mencionar la anquilosis articular del codo donde se debe tener en cuenta el arco de la movilidad articular por goniometría y la limitación pronosupinación, flexo extensión, esto se realiza por medio de cálculos, pero es un procedimiento difícil e inclusive en muchos casos engorroso lo que lleva a discrepancia y distintos resultados dentro de los que evalúan a la persona. (12. Altube – Rinaldi 2020)

Otro tema pendiente es la resolución de la incapacidad específica para un determinado trabajo. Todos los baremos ofrecen cifras de incapacidades genéricas, a pesar de que en realidad en el fuero laboral, y en los casos laborales que se tramitan en el fuero civil el perito debería dar la cifra de incapacidad específica. El problema es que este tipo de incapacidad no podría ser tabulado porque una misma secuela, por ejemplo, la amputación de un miembro como es la pierna no incapacita de la misma manera a un jugador de futbol profesional, a una bailarina que a un oficinista. (12. Altube – Rinaldi 2020)

Para resolver dicho problema, en algunos baremos se adiciona un método que parte de una incapacidad genérica que origina una enfermedad o secuela y se tiene en cuenta la importancia para el trabajo específico de la persona para encontrar la capacidad específica que tiene la persona. (12. Altube – Rinaldi 2020)

El discernimiento de factores concausales es un tema complejo en la medicina legal de la actualidad sobre todo en fuero civil y laboral. Estos problemas surgen a partir de la incorporación de la ley 24028, que significó el punto final de la diferencia concausal, siendo también algo subjetivo porque no hay una forma matemática de dar valores exactos a cada uno de los distintos

factores que pueden incidir en una enfermedad. El problema se agrava ya que cada uno de los factores pueden tener una menor o mayor incidencia dependiendo del actor o de la enfermedad que se trate. Considerando una solución aplicada a los informes que surgen de las pericias de otorgar 50% a los factores de cada persona y 50% a factores externos, no alcanza, sería por lo tanto insuficiente para llenar requisitos de las sentencias judiciales siendo necesario un dato con mayor aproximación a la realidad si realmente necesitamos obtener una sentencia más justa para las partes.

Por lo planteado, se incluyó un capítulo en el Baremo para el desarrollo de un método de cálculo que une entre sí y en forma conjunta varios factores tanto de la parte actora como factores externos otorgando a cada uno de ellos una importancia diferente, lo que permite a nosotros obtener un discernimiento de los factores concausales un poco más cercano a la realidad, aunque siempre se reconoce y teniendo en cuenta lo subjetivo inevitable del tema a tratar.

Por lo planteado con respecto a los diagnósticos, si bien se incorporaron en los baremos más de 700 diagnósticos y más de 2000 descripciones de incapacidad, es imposible considerar todas y cada una de las secuelas y/o enfermedades conocidas, por lo que también se diseñó una fórmula para determinar cifras de incapacidad orientativa para los casos de enfermedades no tabuladas, lo que otorga al baremo la mayor amplitud y flexibilidad posibles para que pueda ser aplicado en numerosos juicios, incluidos los casos que perdieron chances en los que la enfermedad muchas veces no se halla en el Baremo de forma tabulada para resolver litigios por accidente incluyendo los casos de pérdida de chances en los que la patología de base muchas veces no se encuentra tabulada en los baremos ideados para resolver litigios por accidentes. (12. Altube – Rinaldi 2020).

6. DEFINICIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA:

En este trabajo se intentará determinar, identificar y describir los hallazgos secuelares predominantes en el personal de salud de un servicio de emergencias luego de atravesar la enfermedad Covid – 19.

7. OBJETIVOS:

Generales:

Identificar y describir los hallazgos secuelares funcionales observados en el personal de salud de un servicio de emergencias de la CABA, que denunciaron a la ART la Enfermedad Profesional y que recurrieron con o sin síntomas.

Para llevar a cabo este trabajo, utilizaré los datos que se consignaron en la base de datos de la ART correspondiente, analizando la evolución de la enfermedad, estudios solicitados y alta médica otorgada.

Específicos:

- Describir la evolución del virus SARS-CoV-2, la enfermedad COVID-19 y el impacto en la salud laboral.
- Realizar una recopilación de información, normativas asociadas y recomendaciones nacionales en contexto de la pandemia, que llevaron a declarar al Covid – 19 como una “Enfermedad Profesional”.
- Situación legal – laboral en la que quedan los trabajadores del Sector Salud al contraer el contagio COVID-19.
- Derechos de los Trabajadores del Sector Salud en materia de Seguridad Social por contagio de Covid-19

Para dicho objetivo, realizaré una evaluación de una muestra representativa de dicha patología, en trabajadores que hayan sufrido una Enfermedad Profesional por Covid – 19, con el fin de analizar las ponderaciones de las

secuelas incapacitantes a través del Decreto 659/96, con el objetivo de demostrar si existe o no daño corporal.

8. TIPO DE ESTUDIO, UNIVERSO Y MUESTRA:

El tipo de estudio implementado en este trabajo es observacional descriptivo retrospectivo.

Los criterios de inclusión fueron:

- 1) Trabajadores de 25 - 65 años, de ambos sexos, que fueron positivos de COVID-19, confirmados mediante hisopado nasofaríngeo y realizaron la denuncia en su ART, desde marzo del 2020 a diciembre del 2021.
- 2) Que hayan sido dados de alta después del tratamiento variable instaurado, retomando o no sus actividades laborales.
- 3) Utilización de las Historias Clínicas que constan en la ART correspondiente.
- 4) Serán trabajadores de la salud de un servicio de emergencias de la C.A.B.A., con una muestra de 87 casos.

9. VARIABLES:

- Género: Hombres y Mujeres
- Edad: Edad laboral activa
- Lugar laboral: CABA
- Condición: haber dado positivo para Covid 19, siendo confirmados mediante hisopado nasofaríngeo.
- Síntomas presentados.
- Días de baja laboral
- Enfermedades preexistentes.

- Condición: para el objetivo general: Haber presentado enfermedad profesional Covid – 19 durante el año 2020 y 2021.
- Secuelas

Para el objetivo específico: Haber sufrido como enfermedad profesional, con diagnóstico de Covid 19, detectada mediante hisopado positivo y denunciada a la ART.

10. CRITERIOS INCLUSION

- Trabajadores en relación de dependencia.
- Profesionales de la salud. Personal esencial.
- Incluidos en el sistema de seguro de Riesgo de trabajo.
- Haber sufrido enfermedad profesional Covid 19 con notificación de denuncia en la ART.

11. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Trabajadores fuera del sistema de seguro de Riesgo de trabajo
- Trabajadores dentro del sistema que han sufrido enfermedad profesional Covid 19 y no realizó la denuncia en la ART.
- Trabajadores dentro del sistema de seguro de Riesgo de trabajo con diagnóstico de otras enfermedades profesionales.
- Trabajadores que presentaron Enfermedad Profesional Covid 19 a partir de año 2022.

12. DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Este trabajo intenta describir el impacto del COVID-19 como Enfermedad Profesional entre Trabajadores de la Salud de un servicio de emergencias, durante 2020 y 2021 en Argentina.

Teniendo en cuenta el siguiente trabajo de investigación, trataré de analizar mis objetivos, como ya se plantearon anteriormente, los cuales consisten en identificar y describir los hallazgos secuelares funcionales observados en el personal de salud de un servicio de emergencias de la CABA, que denunciaron a la ART la Enfermedad Profesional y que recurrieron con o sin síntomas.

Previo al análisis de los datos obtenidos, debemos tener en cuenta que el COVID-19 se transmite principalmente a través de aerosoles y gotas que se generan durante la respiración o del contacto con superficies contaminadas (OMS, 2020n). Las situaciones de exposición relacionadas con el trabajo pueden producirse en cualquier momento en el lugar de trabajo, durante los viajes realizados por motivos laborales a zonas donde haya transmisión comunitaria, así como durante los trayectos de ida y vuelta al lugar de trabajo

La evaluación de riesgo ocupacional causada por exposición al virus SARS-CoV-2 va a estar regida por la frecuencia con que una persona se expone a otra que dio positivo en el ejercicio de su actividad (OMS, 2020n). En este sentido, la OMS habla de tres tipos de exposición:

1. Riesgo de exposición bajo: tareas relacionadas con el trabajo que no requieren un contacto estrecho o frecuente con el público en general o con otros compañeros, visitantes, clientes o contratistas.
2. Riesgo de exposición medio: tareas relacionadas con el trabajo que requieren un contacto estrecho o frecuente con el público en general o con otros compañeros, visitantes, clientes o contratistas, pero que no requieren contacto con personas de las que se sabe o se sospecha que están infectadas con el virus de la COVID-19. Se refiere a trabajos que tengan alta densidad de población como comercios, transporte público. En donde no hay transmisión comunitaria este escenario puede incluir el contacto frecuente con personas que regresan de zonas donde sí la hay.
3. Riesgo de exposición alto: tareas relacionadas con el trabajo que probablemente requieran un contacto estrecho con personas de las que se sabe o se sospecha que están infectadas por el virus, así como con

objetos y superficies posiblemente contaminadas. Aquí se encuentran sectores como el servicio de salud, las personas de atención domiciliaria de pacientes con la COVID-19 y el contacto con cadáveres que se sabe o sospecha que están infectados, entre otros.

El grupo de trabajadores analizados en este trabajo de investigación pertenecen al grupo de riesgo de alta exposición, por considerarse un contacto estrecho con personal infectadas.

Por otro lado, algunos trabajadores pueden correr un riesgo mayor de desarrollar una enfermedad grave debido a la edad o afecciones médicas previas, lo cual se debe tener en cuenta al evaluar el riesgo concreto de esa persona.

La RES. MTEySS 207 (2020) considera a los trabajadores y las trabajadoras mayores de 60 años de edad, embarazadas o incluidas en los grupos en riesgo identificando las afecciones respiratorias crónicas (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC-, enfisema congénito, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, fibrosis quística y asma moderado o severo), enfermedades cardíacas (insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatías y cardiopatías congénitas), inmunodeficiencias, diabéticos y personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses, como personal de alto riesgo.

Las secuelas del Covid 19 pueden variar ampliamente de persona a persona, dependiendo de diversos factores, como la gravedad de los síntomas, la edad, los antecedentes de patología preexistentes y sexo, pueden incluir problemas respiratorios crónicos, fatiga persistente, dificultades cognitivas, dolores musculares y articulares, entre otros síntomas.

En algunos casos, estas secuelas pueden interferir significativamente con la capacidad de trabajar y llevar a cabo actividades diarias.

Si se demuestra que la persona se contrajo el virus en el entorno laboral, podría considerarse una enfermedad profesional, lo que podría otorgar beneficios y compensaciones según las leyes laborales y de salud vigentes en nuestro país.

Se incluyeron en la investigación 87 trabajadores de la salud, correspondientes a un servicio de emergencias, obteniendo la información a través de la plataforma on-line de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo a la cual están afiliados los trabajadores.

La edad media de todos los trabajadores que participaron de la investigación es de 45 años (ver gráfico N° 1), siendo en su mayoría hombres (ver gráfico N° 2).

Al observar comparativamente los trabajadores que requirieron internación versus aquellos que realizaron el aislamiento en sus domicilios y/o hoteles, se identificó mayor porcentaje y gravedad en los primeros. El 14% de los trabajadores, requirió internación en un centro de Salud, mientras que el resto no tuvo que ser internado ya que realizó su aislamiento en forma domiciliaria o en un hotel . (ver gráfico N° 8)

Del total de los trabajadores incluidos en la muestra, el 9%, fueron casos asintomáticos (ver gráfico N° 4), eso significa que no tuvieron ningún tipo de síntomas, siendo testeados por haber estado en contacto estrecho con persona infectada.

El 91% restante presentaron síntomas, dentro de los cuales, los más frecuentes fueron fiebre, tos y astenia; se destacan además los siguientes (ver gráfico N° 5 y 6):

- Odinofagia
- Anosmia
- Ageusia

- Cefalea
- Diarrea
- Artralgias
- Disnea
- Neumonía bilateral

También se han analizado los antecedentes de enfermedades preexistentes referidas, tan sólo el 20% de los trabajadores declaró presentar patologías previas (ver gráfico N° 3), entre las cuales la más frecuente fue la HTA, pero además se declararon otras, como: (ver gráfico N° 7):

- Sobrepeso / Obesidad
- Diabetes tipo 2 (DBT)
- Tabaquismo
- Asma
- TVP (Trombosis venosa profunda)

En relación a los días de baja laboral, se estableció un promedio de 24 días de ILT (Incapacidad laboral temporaria), obviamente los casos más graves fueron los que más días requirieron (ver gráfico N° 10). En la tabla se puede ver los rangos de los días de ILT (ver gráfico N° 9)

13. CONCLUSION:

Transcurrido casi tres años desde la declaración de la pandemia, de acuerdo a los datos obtenidos, podemos concluir que la duración media de las bajas por infección ha sido corta en torno de 20 días, y que el 92% de las infecciones por COVID-19 quedan resueltos en menos de 60 días, pero un 8% del total de bajas por infección se prolongaron más allá de los dos meses, dentro del cual el 1.14% se han prolongado en torno al año y medio (545 días) según los datos obtenidos en esta investigación.

Entre las causas de la prolongación de estas bajas, más allá de lo previsto, están la mala evolución y complicaciones severas del COVID-19, en ocasiones con afección multiorgánica, en otras el agravamiento de patologías previas hasta ese momento estabilizadas, en otras la presentación de patologías intercurrentes durante la baja, y en otras derivadas del denominado Síndrome Post COVID (SPC).

La mayor dificultad en la valoración de la capacidad laboral correcta, no está en los casos graves o con secuelas severas o tras graves complicaciones sobrevenidas, con expresión limitante tanto a la exploración como en pruebas funcionales, sino que se centra en los casos límites entre lo incapacitante o no, es decir esos supuestos con síntomas difusos o de mayor dificultad de objetivar su limitación funcional por fatiga, astenia, sensación de falta de aire, trastornos del ánimo, adaptativos, de la atención, concentración, del sueño, los mareos, las artralgias o las mialgias. Muchos pacientes tienen pruebas diagnósticas o funcionales o analíticas no concluyentes, incluso puede existir inconsistencia de los síntomas en relación con la enfermedad respiratoria, lo que dificulta aún más la evaluación objetiva de los síntomas, por ende de las secuelas, además se debe evaluar el carácter impeditivo laboral.

De lo expuesto surge que el COVID-19 puede dar lugar a una enfermedad prolongada y síntomas persistentes, incluso en los jóvenes adultos y personas con pocas o sin condiciones médicas crónicas subyacentes y que no fueron hospitalizados. La evolución en el tiempo de estas personas afectadas por el COVID-19 aún no se conoce en forma cierta, tampoco todo lo relacionado a las secuelas, su tiempo de aparición y de latencia, como la posibilidad de que estas se vuelvan afecciones crónicas.

Según la investigación realizada se puede determinar que la patología secuelar más frecuente, que presentaron los trabajadores, fue la Neumonía bilateral, la cual debe ser evaluada sus secuelas a través de una Espirometría, ya que el baremo otorga incapacidad por repercusión funcional y no por la imagen que se pueda hallar en una TAC.

Para proceder a la determinación de la incapacidad laboral me he basado en lo informado en la historia clínica al momento del alta médica.

De acuerdo al Baremo de ley 659/96:

Tabla de Valoración para Incapacidad Respiratoria:

Se estima una **Incapacidad Respiratoria Estadio II**, según datos informados en la HC, esta comprende: Disnea a grandes esfuerzos y/o Rx lesiones uni o bilateral que no excedan equivalente al tercio de la playa pulmonar derecha. Volúmenes Espirométricos entre 65 y 80 %. Gases en sangre con saturación de O₂ mayor del 85 %, equivalente a una incapacidad de hasta el 30%.

Factores de ponderación:

- Tipo de actividad: es la dificultad para realizar las tareas, se ha considerado un 10%, por considerarse intermedia, por lo que corresponde a un **3%**.
- Recalificación: no ameritan, ya que pueden volver a sus tareas habituales.
- Edad: todos los casos que presentaron la patología tenían más de 31 años, por lo que se consideró un **2%**.

Nos daría una Incapacidad Laboral Permanente del 35%.

Dentro de la muestra presentada, uno de los trabajadores además de presentar alteración respiratoria, presenta parálisis de cuerda vocal derecha, trastornos cognitivos, bruma mental, desorientación, fallas en la atención y fatiga, por lo que estimamos su incapacidad de la siguiente manera:

De acuerdo al Baremo de ley 659/96:

- Incapacidad Respiratoria Estadio II 30%
- Daño Orgánico Cerebral Grado I (15% de la CR: 70%) 10.5%
- Parálisis Cuerdas Vocales única (5% de la CR: 59.5%) 2.97%

Subtotal: **43.47%**

Factores de ponderación:

- Tipo de actividad: es la dificultad para realizar las tareas, se ha considerado un 20%, ya que se ha considerado que es alta, por lo que da un **8.7%**.
- Recalificación: Amerita, por ende corresponde un 10%, ya que ha sido reubicado en otro puesto de trabajo, por considerarse que no puede realizar sus tareas habituales, dando un valor del **4.3%**
- Edad: el trabajador tiene más de 31 años, por lo que se consideró un **2%**.

Nos daría una Incapacidad Laboral Permanente del 58.47%.

Es indiscutible que la pandemia gestó un debate en el núcleo central del sistema previsto por la Ley de Riesgos del Trabajo, debate que recién comienza y que aún tiene mucha tela para cortar.

14. ANEXOS (TABLAS Y GRAFICOS):

Gráfico N° 1

Género de los trabajadores:

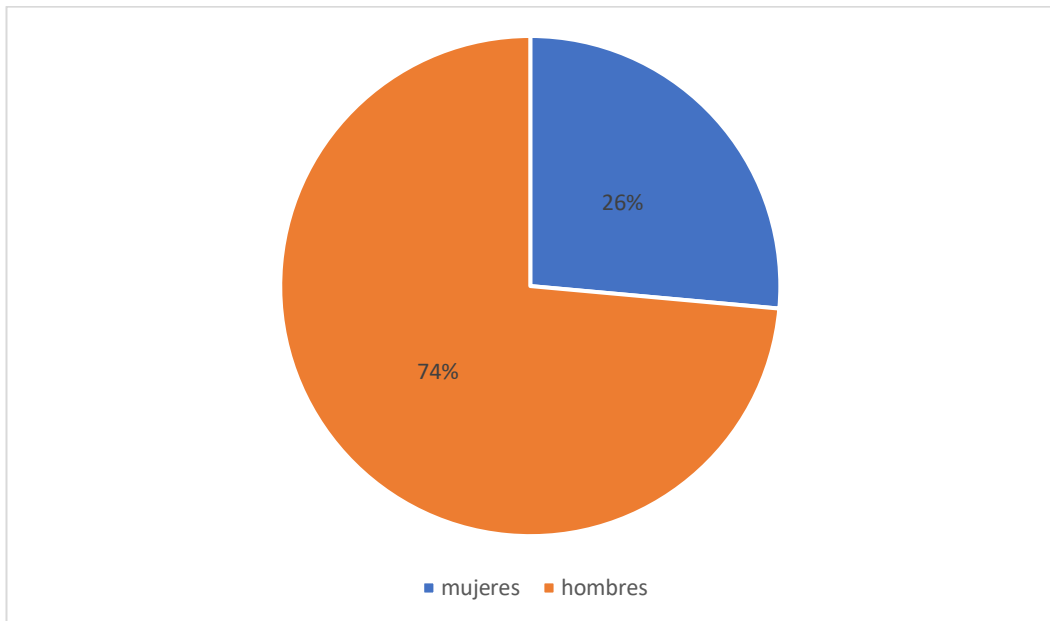


Gráfico N° 2

Rango etario de los trabajadores:

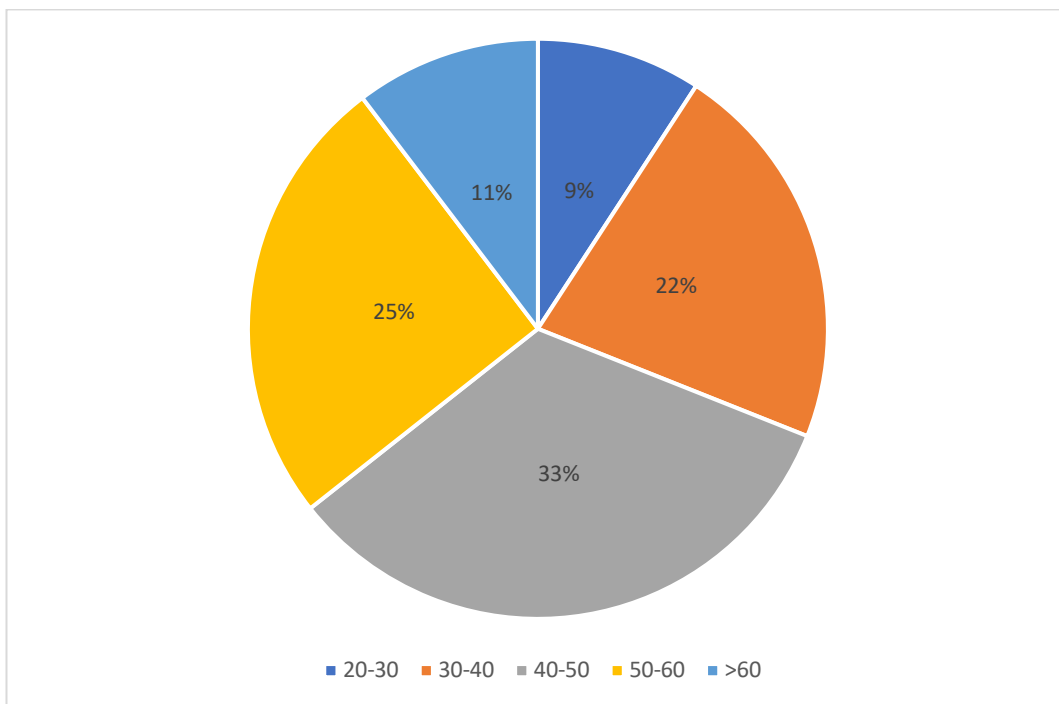


Gráfico N° 3:

Declaración de Patología previa:

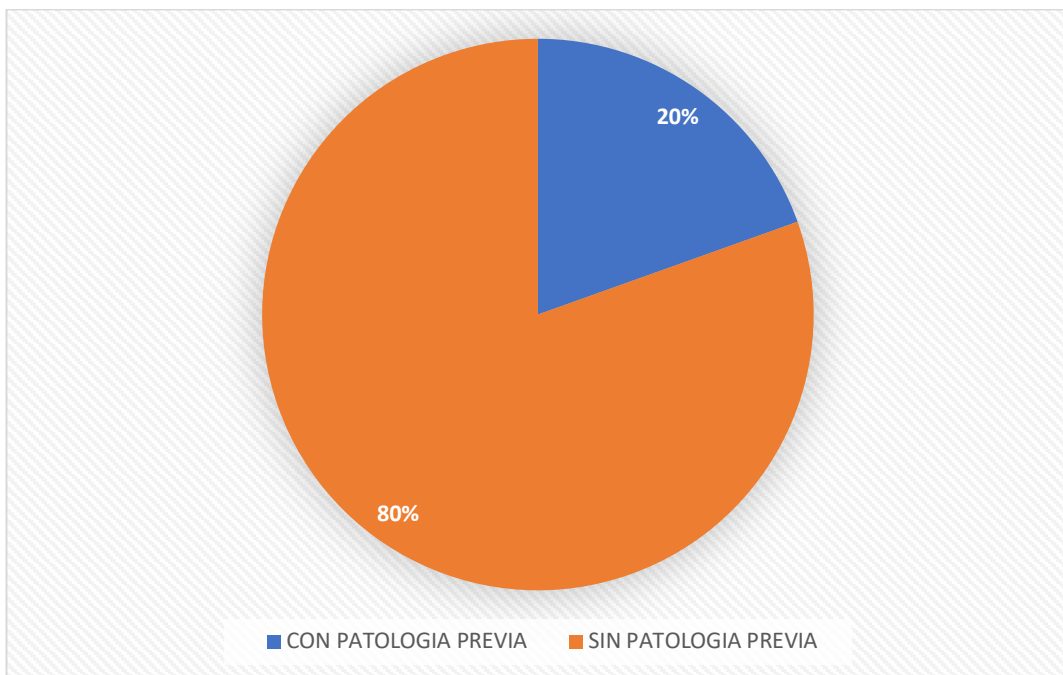


Gráfico N° 4:

Porcentaje de los trabajadores que presentaron síntomas y los asintomáticos

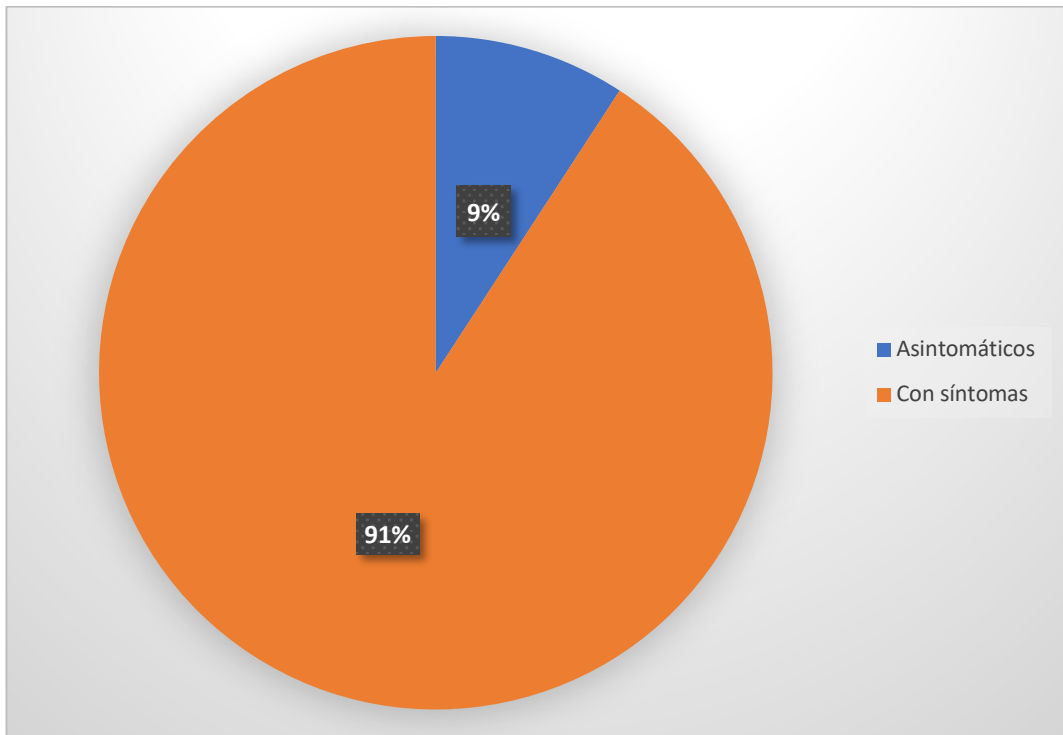


Gráfico N° 5:

Porcentajes de los distintos síntomas presentados:

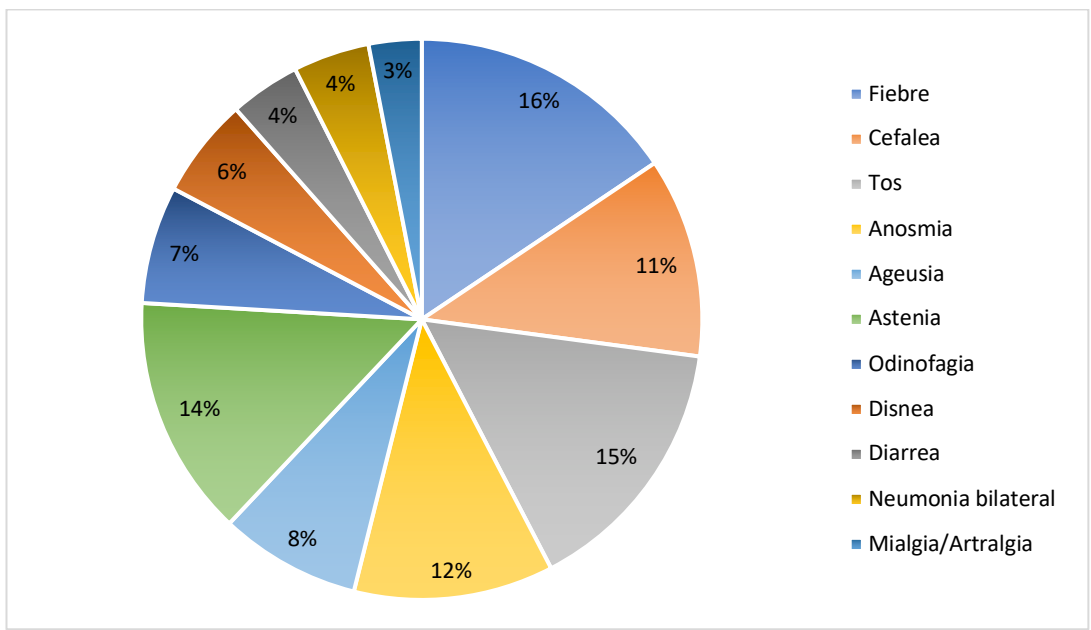


Gráfico N° 6

Variedad de síntomas presentados

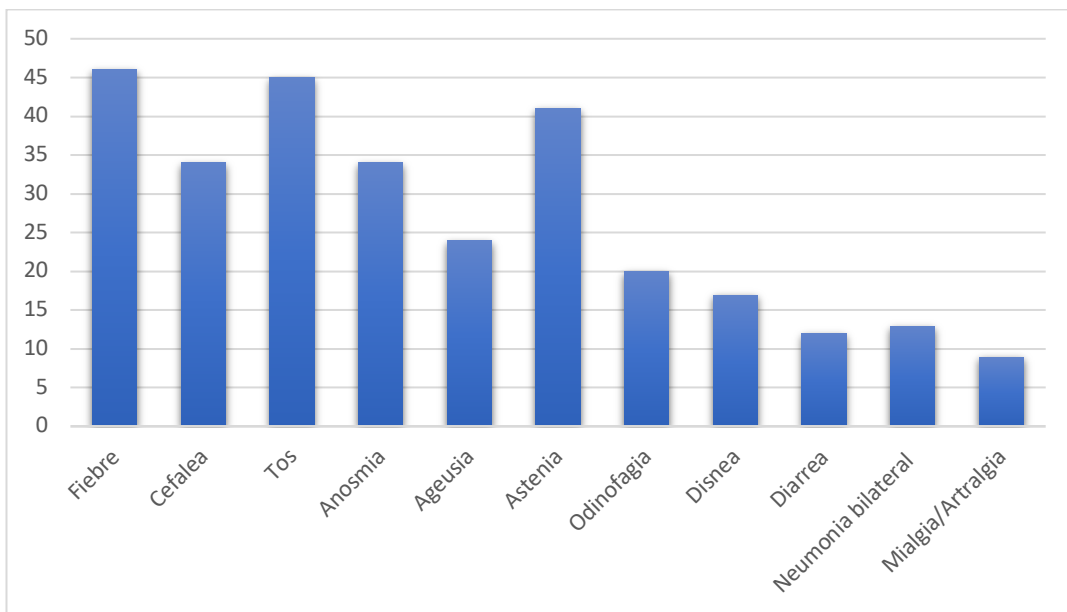


Gráfico N° 7:

Trabajadores de declararon enfermedades preexistentes:

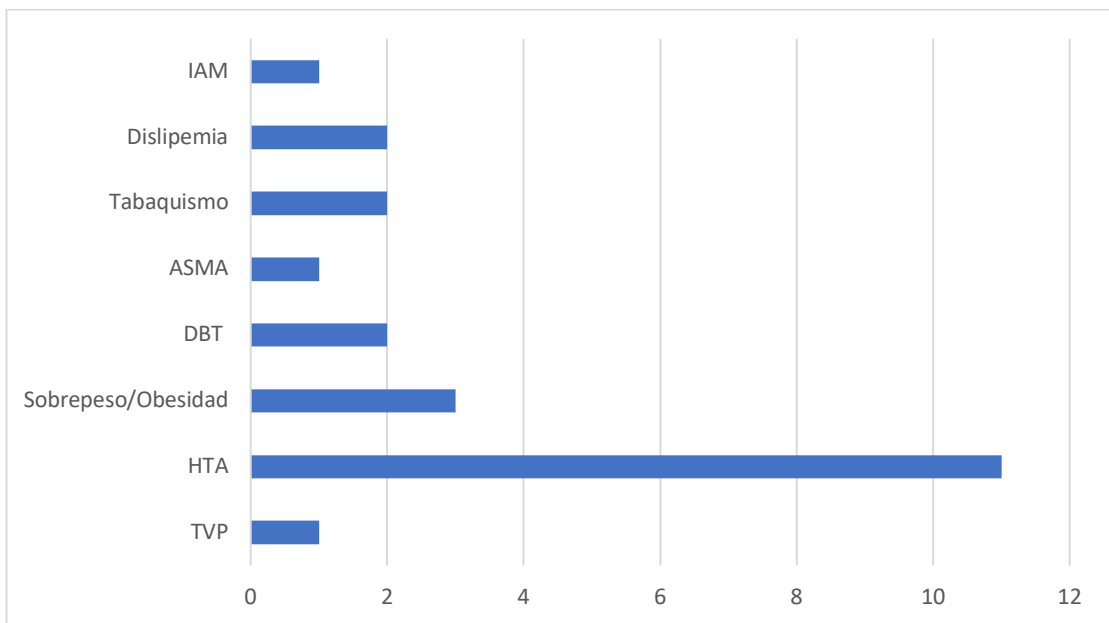


Gráfico N° 8:

Trabajadores que requirieron o no internación:



Gráfico N° 9:

Cantidad de días de baja laboral que requirieron los trabajadores:

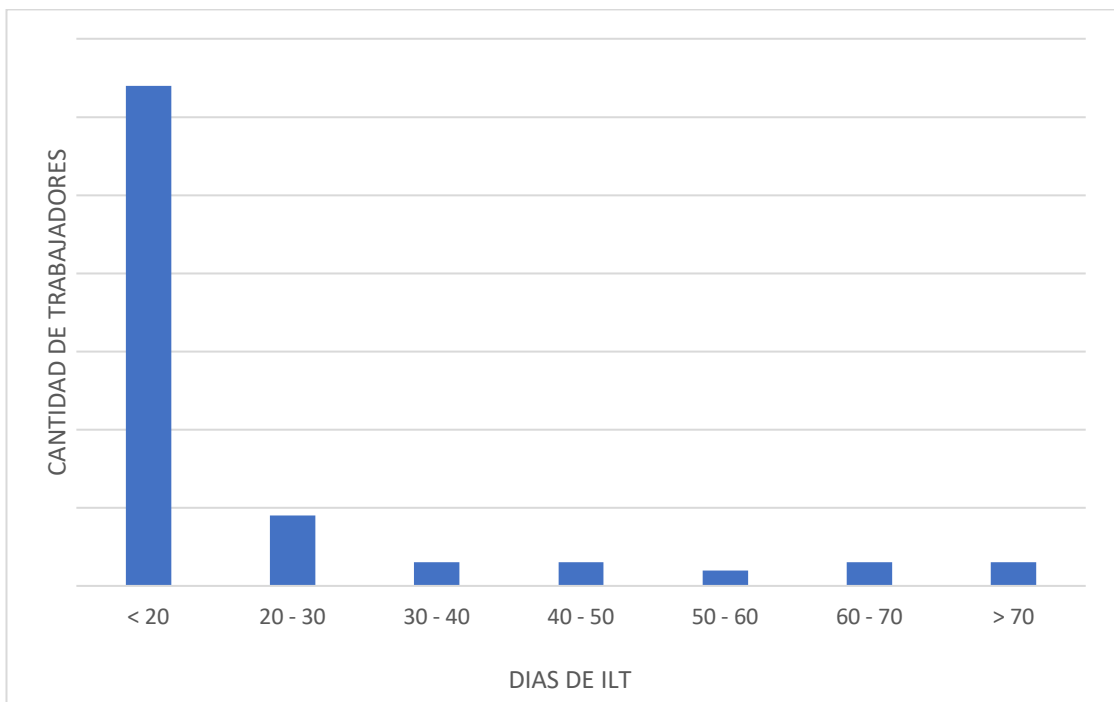
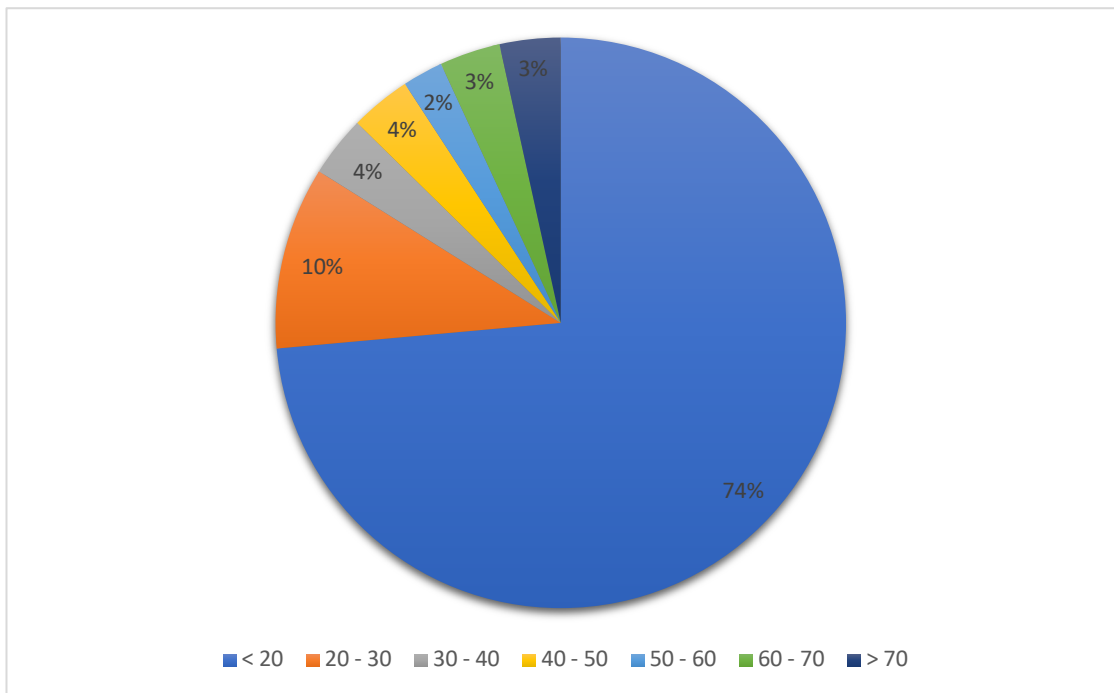


Gráfico N° 10:

Porcentaje de días de ILT:



15. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA:

- 1) Basile, A., 6ta ed, 2015, Fundamentos de Medicina Legal, Deontología y Bioética, CABA, El Ateneo.
- 2) Patitó, José. 2003. Tratado de Medicina Legal y elementos de Patología Forense, Editorial Quorum.
- 3) Lisi, Franco, 1ra ed, 2008. Medicina del Trabajo, Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- 4) Listado de Enfermedades Profesionales. Decreto N° 658/96. 18va ed., Reimpresión 2007. Ediciones del País. CABA.
- 5) Enfermedades Profesionales. Listado de Enfermedades Profesionales. Tabla de evaluación de Incapacidades Laborales. Manual de procedimiento para el diagnóstico de las Enfermedades Profesionales, 21ra ed, 2014, Ediciones del País. CABA.
- 6) Ley 24.557 - Ley de Riesgos del Trabajo. Argentina. Honorable Congreso de la Nación - 1995
- 7) Decreto N° 1278/00 – Modificación de la Ley N° 24.557. Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. 2000.
- 8) Resolución N° 38/2020 - SRT. Argentina. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. 2020.
- 9) Decreto N° 867/21 – Emergencia Sanitaria. Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. 2021.
- 10) Covid-19 – Actuación de los servicios de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo. 2021. SRT. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Argentina.
- 11) Prevención y Seguridad en el Trabajo, Compilación de normas en relación al COVID – 19, Actualización 28/06/2021, SRT, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Argentina.
- 12) Altube, J. y Rinaldi, C., 2da edición, 2020. Baremo General para el Fuero Civil. Tablas orientativas para cálculo de incapacidades. Buenos Aires. Editorial García Alonso.

- 13) <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>. OMS
- 14) Resolución N° 367/20 (DNU) – Enfermedad de Carácter profesional no listada. Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. 2020. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=336262>
- 15) DNU 260. (12 de marzo de 2020). Emergencia Sanitaria: Coronavirus COVID-19. Obtenido el 10 de abril de 2021 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335423>
- 16) Baremo AACS 2012 – Versión 1.2 – Clasificación y valoración de secuelas psicofísicas.
- 17) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10016932/> - PubMed Central – Oxford University.