

# Propuesta para el retorno al trabajo presencial para los médicos ocupacionales peruanos

## Proposal for the return to face-to-face work for Peruvian occupational doctors

*Sr. Editor:*

El Decreto de Urgencia N°051-2021, promulgado el 27 de mayo por el Gobierno peruano, estableció que el personal de salud que se encuentre en el grupo de riesgo y que haya sido vacunado dentro del marco del Plan Nacional Actualizado de Vacunación contra la COVID-19, debe “retornar a sus centros de trabajo para efectuar labores de manera presencial o mixta, previa evaluación y aprobación por parte del médico ocupacional o el que haga sus veces en la entidad”<sup>(1,2)</sup>. Esta situación genera un desafío para los profesionales de medicina ocupacional peruanos debido a que no existe una guía consensuada de retorno al trabajo.

Diversas investigaciones han encontrado que existe un grupo de trabajadores que tienen condiciones de salud con mayor riesgo para desarrollar síntomas severos de la COVID-19 y, que, por lo tanto, están asociados a mayor morbilidad y mortalidad<sup>(3)</sup>. En una revisión de 10 metanálisis, concluyeron que había asociación significativa entre las complicaciones de la COVID-19 y la presencia de diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, edad avanzada, género varón, hábito de fumar, hipertensión, gestación y otras condiciones neurológicas<sup>(4)</sup>. Ante esta situación y en coherencia con los controles para proteger al huésped susceptible, el Gobierno peruano determinó que los trabajadores en el grupo de riesgo debían realizar trabajo remoto o teletrabajo<sup>(5)</sup>, al menos hasta que esté disponible la inmunización<sup>(4)</sup>.

Tradicionalmente, el enfoque epidemiológico establece que las medidas de control para una enfermedad transmisible dependen del contexto situacional; así, pueden distinguirse las medidas de control de brote (respuesta a la situación de alerta epidemiológica) y las medidas permanentes de control de enfermedades. Operativamente, “las medidas de control de enfermedades transmisibles deberían

agruparse según los eslabones básicos de la cadena de transmisión: agente, reservorio, puerta de salida, vía de transmisión, puerta de entrada y huésped susceptible”<sup>(6)</sup>.

De manera similar, algunos expertos en prevención de riesgos laborales, han propuesto una jerarquía de controles en el lugar de trabajo: i) basado en controles de ingeniería, como el aislamiento de individuos, ventilación sin recirculación, barreras entre personas, uso de mascarillas, desinfección de superficies, entre otros; ii) controles administrativos, como capacitaciones, disminuir horarios de exposición, reuniones virtuales, señalización, entre otros; y iii) el uso de equipos de protección personal, como respiradores, protección ocular, protección facial, guantes y ropa protectora<sup>(7-9)</sup>.

Las organizaciones en todos los sectores económicos, incluyendo el sector sanitario, debieron prepararse para prevenir o controlar los brotes de la COVID-19 en el lugar de trabajo, así como implementar controles permanentes<sup>(7)</sup>; en la ausencia de controles en el lugar de trabajo ocurrirán brotes epidémicos<sup>(10)</sup>. Ante esta situación, el Gobierno peruano adoptó los niveles de riesgo muy alto, alto, mediano y bajo para los centros de trabajo según la frecuencia de interacción con casos confirmados, probables o sospechosos de COVID-19 y la autonomía de los puestos de trabajo para mantener el distanciamiento<sup>(11)</sup>. También, promovió el trabajo remoto y el teletrabajo. Sin embargo, no hubo un lineamiento robusto para el fortalecimiento de la promoción de la salud en el lugar de trabajo.

La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) de los EEUU, calificó los siguientes niveles: (i) nivel de muy alto riesgo, incluye al personal de salud asistencial y de laboratorio que realizan procedimientos con generación de bioaerosoles y trabajadores que trabajan con pacientes

<b>Nivel de riesgo para SARS-CoV-2 del puesto de trabajo: Muy Alto, Alto, Medio o Bajo</b>	<b>Color según nivel de alerta sanitaria del MINSA: Extremo, Muy Alto, Alto o Moderado</b>		
<b>Presencia de condición médica subyacente y estado vacunal</b>			

Figura 1. Propuesta de matriz para retorno al trabajo presencial adaptado al modelo peruano.

	Nivel Extremo				Nivel Muy Alto				Nivel Alto				Nivel Moderado			
	Muy Alto	Alto	Mediano		Bajo	Muy Alto	Alto		Mediano	Bajo	Muy Alto		Alto	Mediano	Bajo	Muy Alto
	Si	No	No		Si	No	No		Si	No	No		Si	No	Si	
	Si	No	No		Si	No	No		Si	No	Si		Si	Si	Si	
	Si	No	No		Si	No	Si		Si	No	Si		Si	Si	Si	
	Si	No	Si		Si	No	Si		Si	Si	Si		Si	Si	Si	
	Sin condición médica subyacente	Con condición médica subyacente no vacunado	Con condición médica subyacente vacunado		Sin condición médica subyacente	Con condición médica subyacente no vacunado	Con condición médica subyacente vacunado		Sin condición médica subyacente	Con condición médica subyacente no vacunado	Con condición médica subyacente vacunado		Sin condición médica subyacente	Con condición médica subyacente no vacunado	Con condición médica subyacente vacunado	

Si: Si se recomienda el retorno al trabajo presencial  
 No: No se recomienda el retorno al trabajo presencial

Figura 2. Posibles escenarios para el retorno al trabajo presencial adaptado al modelo peruano.

con COVID-19 en lugares cerrados y conglomerados sin ventilación adecuada; (ii) el nivel de alto riesgo, incluye al personal de salud asistencial o triaje, el personal que transporta pacientes, personal que realiza limpieza de ambientes asistenciales ocupados por pacientes casos de COVID-19 y los trabajadores que manipulan secreciones respiratorias, saliva o desechos de pacientes casos de COVID-19; (iii) el nivel de riesgo medio incluye al personal de salud que

no puede guardar un distanciamiento de 2 metros de personas que podrían estar infectadas; y (iv) el bajo riesgo incluye a los trabajadores que realizan tareas administrativas que no requieren contacto menor a 2 metros con pacientes u otros trabajadores <sup>(4,8,10)</sup>. Sin embargo, los niveles de riesgo establecidos no consideraban eventuales controles que pudieran implementarse en el lugar de trabajo, teniendo en cuenta que para la prevención de riesgos laborales las

tareas deben realizarse considerando el riesgo residual.

El proceso de retorno al trabajo debe considerar un enfoque poblacional, a través de la identificación, evaluación y control de las causas de la enfermedad en el lugar de trabajo y en la comunidad, además del enfoque individual, basado en la prevención y control de las causas de la enfermedad en los trabajadores con alto riesgo de enfermar, como por ejemplo la administración de vacunas o el seguimiento. Por lo tanto, debe tenerse en cuenta que existen factores que causan la enfermedad en los trabajadores, pero no necesariamente determinan la tasa de enfermedad en la población trabajadora <sup>(8)</sup>. Entonces, debido a que el riesgo de contagiarse y enfermar está ampliamente distribuido en toda la población durante una pandemia, el enfoque de las intervenciones en el lugar de trabajo y el comportamiento de la enfermedad en la comunidad debería ser predominantemente poblacional, siendo ideal que los trabajadores de mayor riesgo se beneficien mayormente a través de una estrategia de promoción de la salud basado en el conocimiento de los determinantes sociales para la salud, la práctica de estilos de vida saludables y la cuarentena o inmovilización social obligatoria.

Recientemente, el Colegio Americano de Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente (ACOEM), ha propuesto una matriz para el retorno al trabajo basado en tres pilares: 1) el individual; 2) el lugar de trabajo y 3) la comunidad <sup>(4)</sup>. El tercer pilar toma en consideración el nivel de transmisión del SARS-CoV-2 en la comunidad, es decir, incluye el lugar donde vive el trabajador además del lugar donde trabaja (6, 9). En este sentido, el Centro de Control de Enfermedades de EEUU (CDC) propuso una clasificación basado en el porcentaje de positividad de pruebas para SARS-CoV-2 diarias por país/estado o el número de casos diarios por 100 000 personas: a) mínima transmisión comunitaria, b) mínima a moderada transmisión cuando hay transmisión sostenida y riesgo potencial de aumento rápido de casos, c) transmisión controlada, cuando hay transmisión comunitaria a gran escala pero controlada y d) transmisión comunitaria incontrolada a gran escala <sup>(9)</sup>. En nuestro país, la Unidad de Inteligencia y Análisis de Datos del Seguro Social (EsSalud), desarrolló los mapas de calor para los distritos de Lima y regiones del país mientras que el Ministerio de Salud (MINSa) desarrolló los niveles

de alerta para la movilización extremo, muy alto, alto y moderado para provincias, basado en indicadores sanitarios, sociales y económicos para determinar los horarios de inmovilización social obligatoria y la restricción vehicular.

Por lo expuesto, la siguiente matriz tiene por objetivo ayudar al médico ocupacional para tomar la decisión de retorno al trabajo, combinando criterios clínicos, ocupacionales y epidemiológicos. La estructura propuesta considera el nivel de alerta para la movilización del MINSa en la fila superior, el nivel de riesgo para contagio con el SARS-CoV-2 del puesto de trabajo en la columna izquierda y la presencia de alguna condición médica subyacente para enfermedad severa de la COVID-19 y su estado vacunal para la fila inferior como puede observarse en la figura 1. Entonces, los posibles escenarios se observan en la figura 2. La decisión para el retorno a trabajo presencial será como SI, si corresponde el retorno al trabajo presencial o NO si el médico considera que no es conveniente el retorno al trabajo presencial.

De manera similar a las limitaciones señaladas por ACOEM, se requiere de estudios prospectivos para establecer una correlación entre las variables de las matrices y la decisión del retorno al trabajo mientras aún deberá prevalecer el juicio individual de cada médico ocupacional.

Raúl Gomero-Cuadra <sup>1,a</sup> 

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Decreto de Urgencia N°051-2021, que autorizó medidas extraordinarias para fortalecer los equipos de coordinación y las brigadas de vacunación, para incrementar la capacidad de respuesta de los centros de vacunación contra la COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 27 de mayo del 2021. [Citado el 22 de abril del 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-autoriza-medidas-extraordinarias-par-decreto-de-urgencia-n-051-2021-1957542-1/>
2. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 488-2020/MINSa, que aprobó el Plan Nacional Actualizado de Vacunación contra la COVID-19. Lima: Ministerio de Salud. [Citado el 15 de abril del

<sup>1</sup> Sociedad de Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico especialista en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente.

**CARTA AL EDITOR / LETTER**

- 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/823561-488-2020-minsa>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Underlying Medical Conditions. Washington DC: Centers for Disease Control and Prevention; 2019. [Citado el 28 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html>
  4. Baptista M, Burton W, Pawlecki B, Pransky G. A physician's guide for workers return to work during COVID-19 pandemic. *J Occup Environ Med.* 2021; 63(3):199-220. doi: 10.1097/JOM.0000000000002118
  5. Ministerio de Salud. Decreto Supremo N°026-2020, que estableció diversas medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del coronavirus (covid-19) en el territorio nacional. Lima: Ministerio de Salud; 15 de marzo del 2020. [Citado el 23 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/presidencia/normas-legales/460471-026-2020>
  6. Organización Panamericana de la Salud. Unidad 6: Control de enfermedades en la población. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Segunda edición. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011. [Citado el 23 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE6.pdf>
  7. United States of America Department of Labor. Occupational, Safety and Health Administration. Guidance of Preparing Workplaces for COVID-19. Washington DC: U S Department of Labor; 2019. [Citado el 28 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/OSHA3990.pdf>
  8. World Health Organization. COVID-19: Occupational health and safety for health workers. Interim guidance. Ginebra: World Health Organization. Feb 2021. [Citado el 22 de abril del 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339151>
  9. The Centers for Disease Control and Prevention. Implementation of mitigation strategies for communities with local COVID-19 transmission. Atlanta: The Centers for Disease Control and Prevention; 2021. [Citado el 28 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/community-mitigation.html>
  10. Michaels D, Wagner G. Occupational Safety and Health Administration (OSHA) and worker safety during the COVID-19 pandemic. *JAMA.* 2020; 324: 1389-1390.
  11. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 239-2020/MINSA, que aprobó el Documento Técnico "Lineamientos para la vigilancia de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19". Lima: Ministerio de Salud; 29 de abril del 2020. [Citado el 28 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/542920-239-2020-minsa>

Recibido: 02/06/2021

Aceptado: 16/09/2021