



Salud Ocupacional

Revista Digital
Edición 002

Argentina
2021

Contexto Epidemiológico

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.

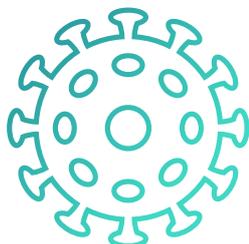
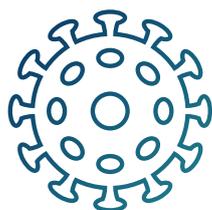
📍 Esmeralda 155 Piso 6 Of. 34 CABA Argentina.

📞 +54 11 4326-1747

✉ secretaria@smtba.org.ar

🌐 www.smtba.org.ar

SUMARIO



Director:

Dr. Adolfo Hernandez

Consejo de Redacción:

Dr. Nicolás Santoro

Dra. Claudia de Hoyos

Dra. Anabella D'Albo Galassi

Diseñador Gráfico :

Lic. Carlos Fabian Valla

Las opiniones vertidas en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores, no comprometiéndolo 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.

COVID-19 Su Comportamiento Como Nanopartícula.

Dra. Maria Cecilia Colautti

05

Ser MUJER en el Equipo de Salud en Tiempos de Pandemia.

Dra. Samanta Kameniecki

10

Actualización epidemiológica: Variantes de SARS-CoV-2 en las Américas.

OPS - Organización Panamericana de la Salud

20

Desempeño laboral y Capacidad Motriz específica.

Dr. Gustavo Pertega

28

ActualizARTE "Saber Más Te Brinda Acceso a tus Derechos"

Dra. Anabella D'Albo Galassi

36

Edición 002 - Abril 2021



Comisión Directiva 2021

Presidente:

Dr. Plinio J. Calvento

Vicepresidenta:

Dra. Samanta Kameniecki

Secretario General:

Dr. Maximiliano Varone

Prosecretaria:

Dra. Anabella D'Albo Galassi

Tesorero:

Dr. Fabrizio Moschella

Protesorero:

Dra. Sonia Gaviola

Secretaria de Actas:

Dra. Andrea Meza

Vocales Titulares

Vocal 1:

Dr. Javier Blois

Vocal 2:

Dr. Franco Spazzali

Vocal 3:

Dr. Daniel Romero Ares

Vocales Suplentes

Vocal Suplente 1:

Dra. Alejandra Nieto

Vocal Suplente 2:

Dr. German Lozano

Vocal Suplente 3:

Dra. Eliana Touceda

Tribunal de Honor

Presidenta:

Dr. Federico Marcó

Miembros Titulares

Miembro Titular:

Dra. María Cristina Pantano

Miembro Titular:

Dra. Claudia de Hoyos

Miembro Titular:

Dr. José Kleiner

Revisor de Cuentas Titular:

Dra. Mónica Depsztok

Revisor de Cuentas Suplente:

Dra. Viviana Colombo



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.



**“COVID-19
Su Comportamiento
Como Nanopartícula”**

COVID -19

Su Comportamiento Como Nanopartícula.

Dra. Maria Cecilia Colautti

Especialista en Medicina del Trabajo.

Especialista en Medicina Legal.

Magister en Seguridad e Higiene.

Introducción

Es importante que para entender la amenaza constante COVID-19, entendamos lo relevantes que son los tamaños de: virus, filtros de máscaras, gotas y aerosoles. El mundo de la escala nanométrica es tan pequeño que se cometen errores de dimensión, como si todas estas cosas estuviesen en la misma escala, en la escala de lo muy pequeño y punto. No es así. Por eso a estas alturas es imprescindible homologar los materiales de distintas máscaras o tapa nariz boca utilizados como también ventilar los espacios cerrados; una de las causas es que no se están teniendo en cuenta los tamaños relativos.

El tamaño es una cuestión fundamental de la química. El tamaño de una molécula puede facilitar o impedir una reacción química. El diámetro de partícula determina las propiedades de un material. Lo microscópico afecta a lo macroscópico. Los químicos acostumbran a lidiar con magnitudes miles de millones más pequeñas de lo que puede captar el ojo, los médicos no.

Se hacen analogías con campos de fútbol cuando se quiere comparar con la nanoescala «sí el átomo fuera del tamaño de un campo de fútbol, su núcleo sería del tamaño de una arveja situada en el centro». Así es como trasladamos al mundo macroscópico lo que sucede a escala atómica. Pues hemos hecho lo mismo con el coronavirus.

Los estudios más recientes revelan que el diámetro medio del SARS-CoV-2 es de 67 nm (nanómetros). El nanómetro es la milmillonésima parte del metro=0,0000000001, un covid = 0,00000000067. Para medir algo tan pequeño se utilizan técnicas como la microscopía electrónica. Otros estudios recientes en pacientes diagnosticados de COVID-19 encontraron tamaños de virus comprendidos entre 70 y 110 nm (Andersen et al,2020) ⁽¹⁾. Haciendo el cambio de unidades se podría decir que el coronavirus tiene un diámetro entre 0,07 y 0,1 µm (micrómetros o micras). El micrómetro es la milésima parte del milímetro, la millonésima parte del metro. A continuación voy ir pasándolo todo a micrómetros para que resulte más sencillo hacer comparaciones. Para hacerse una idea de lo pequeño que es el coronavirus, en el grosor de un pelo caben mil en fila.

Al ser tan pequeño sabemos que la cantidad de virus que contienen las gotas de saliva que expulsamos al hablar, estornudar o toser (Flügge) tienen un diámetro comprendido entre 10 y 100 µm. Tienen un alcance de unos 1,5 metros y caen al suelo por acción de la gravedad.

Por capacidad, en cada gota de Flügge podrían haber hasta mil millones de coronavirus, pero se ha medido experimentalmente y se detectó que contienen mucha menor cantidad de virus. Se ha medido con PCR cuantitativa que cada mililitro de saliva de una persona infectada contiene

entre 10 mil y 10 millones de copias del virus, llegando a picos máximos de 100.000 millones (Peeri et al, 2020) ⁽²⁾. A esto se le conoce como carga viral. Pero una gota de Flügge tiene un volumen mucho más pequeño que 1 ml, 10 millones de veces menor. Se sabe que una gota de Flügge puede albergar un máximo de 50 mil coronavirus.



Nota

Sobran las evidencias científicas de que el contagio puede producirse a través de gotas más pequeñas que las de Flügge, los llamados aerosoles, con tamaños inferiores a 5 μm . Producimos gran cantidad de aerosoles al gritar, cantar, fumar, hacer ejercicio y respirar agitadamente. En estudios realizados sobre el SARS-CoV-1, se midió que las partículas de diámetros de 1 a 3 μm permanecieron suspendidas casi indefinidamente, las de 10 μm tardaron 17 minutos en caer al suelo, las de 20 μm tardaron 4 minutos y las de 100 μm tardaron 10 segundos (Yuki et al, 2020) ⁽³⁾. Así que el peligro de los aerosoles es que se proyectan a mayor distancia y pueden permanecer suspendidos en el aire durante mucho tiempo. No olvidemos que una de las propiedades principales de las nanopartículas es el aumento de superficie en relación al volumen. Esto se ha probado mediante estudios aerodinámicos, pero en estudios epidemiológicos la evidencia es más limitada.

Otro problema de los aerosoles de menos de 5 μm es que pueden penetrar las vías respiratorias hasta el espacio alveolar donde son más capaces de replicarse y producir infecciones potencialmente más graves; las gotas de menos

de 10 μm pueden penetrar más allá de la glotis; mientras que las gotas grandes, de más de 20 μm siguen una trayectoria balística (es decir, caen principalmente bajo la influencia de la gravedad), donde las gotas son demasiado grandes para seguir las líneas de flujo del aire de inhalación.

Si hacemos los cálculos, cada gota de aerosol de 5 μm puede albergar un máximo de 6 coronavirus. La carga viral es extremadamente baja; pero hay que tener en cuenta que expulsamos miles de gotas de aerosol en cada expiración. ¿Qué cantidad de aerosol sería suficiente para contagiar? Son preguntas difíciles de resolver, pero teniendo en cuenta los tamaños en los que nos movemos, se pueden hacer algunas conjeturas y de ellas extraer recomendaciones para la vida cotidiana.

Recomendaciones

Esto nos lleva a tomar medidas por principio de precaución, como optar por las reuniones al aire libre o mantener bien ventilados todos los espacios de convivencia para evitar acumulación de aerosoles.

Otra de las recomendaciones es el uso de barbijos o tapabocas con una elevada eficacia de filtración, especialmente en espacios cerrados de uso compartido. La elección de estos elementos también garantizar la eficacia de filtración de los mismos se hace un ensayo con partículas bacterianas cuyos tamaños están comprendidos entre 7 y 0,65 μm . Los barbijos quirúrgicos tricapa retienen más del 95% de estas partículas, su tramado debe ser de 1 μm para estar debidamente homologados.

Las mascarillas tipo KN95 o FFP2 deben cumplir unos estándares todavía más altos, por eso se recomiendan en situaciones de riesgo y para personal sanitario. Las FFP2 deben retener partículas menores a 0,3 micras.

Como los aerosoles son partículas de menos de 5 μm , ambos tipos de Barbijos son capaces de retener la mayor parte del aerosol y evitar la transmisión del virus. Matemáticamente, por la concentración de virus en la saliva, cada gota de aerosol de menos de 1 μm que escapase de la filtración no debería albergar mucha concentración de virus.

La probabilidad de que una gota de aerosol tan pequeño contenga coronavirus es prácticamente cero. Esta es la teoría, pero en realidad no hay ningún impedimento físico ni químico. Si a esto le sumamos la inercia química de los materiales poliméricos (Nanointermedios) de las máscaras que mantienen adheridas las nubes de aerosoles el riesgo de contagio parece extremadamente bajo, puesto que el alcance de los aerosoles se minimiza.

Si en lugar de barbijos homologados se utilizasen mascarillas de tela caseras, la eficacia filtrante no está garantizada y en la mayoría de los casos cae en picada. La principal razón es que los tejidos convencionales generan huecos entre sus hilos en la escala de los milímetros, es decir, los huecos llegan a ser cien veces más grandes que las gotas de Flügge en las que viaja el coronavirus; mil veces más grandes que los aerosoles; y millones de veces más grandes que el SARS-CoV-2. (Nanotech surface, 2020) ⁽⁴⁾.

Cuanto mayor es la densidad de un tejido, más pequeños serán los huecos que genera la trama. En este caso se generan agujeros de 0,2 mm de ancho, es decir, 200 μm . Esto significa que en los huecos de un tejido tupido de algodón cabrían 2.000 coronavirus en fila, que pasan por el mismo sin inconvenientes.

Los aerosoles en los que viaja el coronavirus también pasarían sin problema, ya que son 40 veces más pequeños que ellos. Las gotas de Flügge también pasarían, porque son entre 2 y 20 veces más pequeñas que los huecos. En los huecos de un tejido tupido de algodón cabrían decenas de aerosoles y gotas de Flügge.

Los barbijos son un producto de venta libre, esto significa que se pueden vender en cualquier establecimiento pero es importante entender la naturaleza de una mano partícula biológica como el COVID para poder aconsejar y utilizar elementos que realmente retengan al virus.

Uno de los tantos problemas es que en la Argentina se permite la venta de barbijos sin ningún tipo de homologación, desde ya, esto se basa en el desconocimiento del COVID-19: Es necesario aclarar que se conoce bastante sobre nanoelementos por lo que implementando estos conocimientos, las acciones serán de mayor

calidad, que cantidad, y tomaremos las decisiones apropiadas al igual que los países con controles más exitosos.

La situación actual es grave y lo será más en los próximos meses, lo que amerita tomar medidas adecuadas para afrontarla. Hay mucha gente confundida por la desinformación, pero otras muchas personas intentan hacer lo correcto y les están dando gato por liebre. El desarrollo de vacunas contra el COVID 19, cómo son las vacunas elaboradas por Pfizer o Moderna, que utilizan nanopartículas con ARNm, confirman lo que concluí hace más de 10 años, y es que, la protección parte de asumir el rol trascendental de las nanopartículas y su tamaño.

Esta nota tiene la intención de brindar conocimiento sobre cómo se comporta una nanopartícula biológica como el virus SARS CoV 2 en su transmisión como aerosol, para poder cuidarnos y cuidar a todos lo mejor posible.

1. Andersen, Kristian G., Andrew Rambaut, W. Ian Lipkin, Edward C. Holmes y Robert F. Garry. (2020). The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature Medicine*, 26: 450-52.

2. Peeri, Noah C., Nistha Shrestha, Md Siddikur Rahman, Rafdzah Zaki, Zhengqi Tan, Saana Bibi, Mahdi Baghbanzadeh, Nasrin Aghamohammadi, Wenyi Zhang y Ubydul Haque. (2020). The SARS, MERS and novel coronavirus (Covid-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? *International Journal of Epidemiology*, 1-10.

3. Yuki, Koichi, Miho Fujiogi y Sophia Koutsogiannaki. (2020). Covid-19 pathophysiology: A review. *Clinical Immunology*, 215: 108427.

4. Nanotech Surface. (2020). Coronavirus: nanotech surface sanitizes milan with nanomaterials remaining self-sterilized for years. (2020).







**“Ser MUJER en el
Equipo de Salud en
Tiempos de Pandemia”**

Ser MUJER en el Equipo de Salud en Tiempos de Pandemia

Dra. Samanta C. Kameniecki

Jefa del Servicio de Salud Laboral, Prevención y Medicina del Trabajo.
Hospital de Pediatría Garrahan

Introducción

El Comité de Género de la Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires (SMTBA), en el marco de la Conmemoración del Día Internacional de la Mujer, organizó el 1º Encuentro de Salud Ocupacional y Género de la SMTBA.

El mismo se llevó a cabo durante dos intensas jornadas los días 9 y 16 de marzo del corriente y contó con la presencia de disertantes de excelencia, en representación de los múltiples actores que conforman el Equipo de Salud Ocupacional. Acompañaron el mismo, participantes de distintos puntos del país y de Latinoamérica.

Enmarcado en valores como equidad, accesibilidad y federalismo, el evento fue transmitido desde una plataforma digital y se destacó por la gratuidad para miembros de sociedades científicas y para alumnos de la carrera de Medicina del Trabajo de la Universidad Católica de Argentina (UCA), siendo su esencia constituir un espacio de capacitación e intercambio abierto a la pluralidad de miradas.

La apertura fue llevada a cabo por sus directoras, las Dras. Claudia de Hoyos y Samanta Kameniecki.

La Dra. Claudia de Hoyos, miembro del Tribunal de Honor de la SMTBA, destacó que dicha institución **fue una de las pioneras en la**

creación de un espacio dedicado a la Salud Ocupacional de la Mujer: el Comité de Género de la SMTBA se forjó en el año 1994 durante la presidencia del Dr. Antonio Werner.

La primera presidenta de este Comité fue la Dra. Estela Lázaro, sucediéndola en el cargo la Dra. Marta Prado y, luego, la Dra. Claudia de Hoyos. Desde su institucionalización, ha tenido fuerte presencia no sólo a nivel nacional sino también internacional.

Recién en el año 2012 -14 años después- se creó el Comité de Mujer, Salud y Trabajo de la Comisión Internacional de Salud Ocupacional (ICOH) en el cual el Comité de Género de la SMTBA ha tenido una destacada participación.

Uno de sus grandes hitos fue la designación de la Dra. de Hoyos como secretaria del Comité de Mujer, Salud y Trabajo de ICOH.

La Dra. subrayó que en la Argentina acontece un femicidio cada 29 horas y que frente a esta tragedia no sólo lloramos por el homicidio de un ser humano sino por la pérdida de una madre, de una hija, de una hermana, de una trabajadora y el lugar irremplazable que deja a la sociedad.

La Dra. Kameniecki, vicepresidenta de la SMTBA, refirió que en este primer encuentro se abordaría la problemática laboral de las mujeres de los equipos de salud, particularmente de la Salud Ocupacional.



“Esperamos que cada ponencia nos posibilite interrogarnos, visibilizar distintas situaciones que debimos franquear en los momentos críticos secundarios a la situación de pandemia y confinamiento, muchas veces en forma solitaria”.

Reveló que en nuevos encuentros se abordarán diversas problemáticas como las relacionadas con poblaciones amparadas por el Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad y que sobrellevan la sumatoria de vulnerabilidades. Entre ellas, el colectivo travesti/trans o las mujeres que conviven con una discapacidad, bajo al concepto de interseccionalidad.

Para finalizar reflexionó: **“Hoy, a 46 años de que las Naciones Unidas anunciaran que cada 8 de marzo se conmemoraría el Día Internacional de la Mujer, la lucha ha ido renovando sus objetivos, pero aún la vulneración de derechos por razones de género, los femicidios y la violencia laboral continúan en un lugar protagónico.**

Y es por eso que hoy estamos aquí: **para generar acciones que cambien nuestra historia”.**

Nota

A continuación, se realizará un resumen con los conceptos destacados de cada una de las intervenciones.

Lic. Mg. Graciela Gardiner

En primer lugar, **la Lic. Mg. Graciela Gardiner, Especialista en Psicología Jurídica y Forense, se refirió a las “Vicisitudes de la consulta psicológica de la mujer durante la pandemia”.**

La licenciada invitó a pensar el lugar de la mujer desde 4 ejes: cultura, trabajo, hogar y en la calle.

Desde tiempos remotos, la mujer fue la encargada de la transmisión de la cultura y de lo entendido como secundario: el cuidado del hogar, del fuego, de la descendencia. De ese mundo, su reino, solo salía junto al hombre, hijos o miembros de otra generación (madre-suegra) quienes funcionaban como garantes de su honor. Cuando la mujer fue adquiriendo espacio en el trabajo remunerado asumió una ardua y

compleja lucha para ascender, para ser reconocida, ocupar cargos jerárquicos o bien remunerados.

En este proceso, si bien ganó espacio, también perdió, cedió y negoció. Tuvo que aprender a salir a la calle sola, sin la “protección” en su hogar por un pater proveedor.

“Las mujeres dejamos de ser exóticas (distintas, lejanas al que se toma como referencia, el trabajador o jefe hombre) para convertirnos en autóctonas (del lugar donde se halla y no de afuera), a movernos en libertad sin ser domesticadas: a ser silvestres”.

El COVID- 19 envió a las mujeres nuevamente a sus hogares, temerosas del afuera, a trabajar online, transformando su home en office. Es decir, **los espacios logrados, de modo inesperado, disruptivamente, se trastocaron. Este es el evento inicial del daño psíquico.** Allí, nuevamente, fueron empujadas al registro inconsciente del patriarcado.

En medio del trabajo (office) se entrometió la realidad del hogar (home) y la preocupación de su atávico lugar en el mismo. La sesión analítica fue interrumpida por un “Discúlpame, en el segundo cajón” lo que dio cuenta que, a pesar de lo mucho recorrido, la impronta del patriarcado continuaba marcando a las mujeres.

La pandemia del COVID-19 hizo visible que la “pandemia del patriarcado” aún sigue vigente, latente en nuestro psiquismo, culturalmente arraigada, afectando en los niveles de inserción de las mujeres en la cultura, en el trabajo, en la calle, en el hogar.

En la consulta, las mujeres referían cansancio, angustia, agotamiento, desbordes emocionales, crisis de pareja o existenciales: combinación de factores de alto riesgo para la salud de la trabajadora y de la mujer en general.

“Seamos cuidadoras, no nos quedemos atrapadas en la vulnerabilidad... Seamos sororas, cuidémonos y prevengamos, pero no nos constituyamos en víctimas. **Seamos silvestres, no estemos domesticadas y vivamos en libertad**” fueron sus palabras de cierre.



Lic. en Enfermería Elena Andión

Por su parte, **la Lic. en Enfermería Elena Andión, presidente de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones, expuso acerca de la “Infodemia: mitos y verdades”.**

La avalancha de datos que fueron apareciendo en relación a la pandemia secundaria al COVID 19, generó la **necesidad de proveer información confiable y accesible a los profesionales de la salud para la correcta toma de decisiones sanitarias, la minimización de errores y la prevención del estrés.**

Diferenció los conceptos de Mala información (información errónea sin intención de dañar a otros) y Desinformación (mala información ofrecida en forma deliberada a favor de ciertos intereses) y los peligros que ambas conllevan.

Nos acercó al término de Infodemia masiva, es decir, la epidemia de desinformación y se refirió a los esfuerzos de la Red de información sobre epidemias de la OMS EPI WIN para generar acceso a orientación e información correcta, oportuna, fácil de entender y procedente de fuentes confiables.

Compartió con nosotros consejos para valorar la información:

- Evaluar la fuente.**
- Ir más allá de los titulares.**
- Identificar al autor.**
- Verificar la fecha.**
- Examinar el soporte de la evidencia.**
- Verificar los prejuicios.**
- Recurrir a verificadores de hechos.**

En el cierre nos brindó información correcta y segura para manejar el estrés laboral en los equipos de salud.

Dra. Andrea García

A continuación, **la Dra. Andrea García, médica especialista en Medicina del Trabajo y actual representante del Gobierno Nacional en el Consejo de Administración del Hospital de Alta Complejidad SAMIC, El Calafate, expuso acerca de la “Evolución del cuidado de la salud de la mujer trabajadora en el Hospital”.**

Andrea relató cómo, **situándose en la premisa “la ternura como posicionamiento político”, la institución de la cual forma parte, logró reivindicar más de un siglo de lucha de las trabajadoras por alcanzar derechos igualitarios.**

Manifestó que ser mujer en el equipo de salud en tiempos pandemia rescata las competencias intrínsecas del colectivo como aporte en los cambiantes ámbitos laborales. Entre las mismas resaltó la motivación, la capacidad de gestión de los recursos y la organización interna de las mujeres. Asimismo, destacó el trabajo en equipo, la solidaridad y la actitud polivalente que poseen.

“La perspectiva de género es crucial en este hospital teniendo en cuenta que el 62,9% de los empleados somos mujeres, en su mayoría en edad fértil y con hijos en edad escolar.

Hemos contemplado la organización del trabajo según las normativas nacionales en el marco de la pandemia para complementar la dinámica familiar, el cuidado de las y los trabajadores en cumplimiento de nuestra actividad esencial garantizando así el derecho a la salud”.

"Debemos apostar a la igualdad y a la equidad hasta que la diversidad sea tan natural como inadvertida".

Dra. Anabella D'Albo Galassi

La primera jornada finalizó con la disertación **"Enfermedades profesionales, pandemia y género"** a cargo de la **Dra. Anabella D'Albo Galassi**, médica especialista en **Medicina del Trabajo y en Endocrinología Ginecológica y de la reproducción**, quien se desempeña en el **Departamento de Medicina Laboral de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT)**.

La Dra. destacó que, a pesar de transitar el siglo XXI, las mujeres continúan atravesando dificultades para acceder y progresar en el mundo laboral.

Sólo el 42% de la población incluida en el Sistema de Riesgos de Trabajo (SRT) son mujeres las cuales, mayoritariamente, desarrollan tareas vinculadas a la salud, el comercio y la educación.

La edad promedio de las mujeres incluidas es de 40 años, mientras que la de los hombres es de 37 años (dispersión de 25-54 años y de 20-44 años, respectivamente).

En relación a la siniestralidad, **las mujeres sufren más accidentes in-itinere**, mientras que en los hombres la contingencia más frecuente es el accidente en el lugar de trabajo.

Subrayó que continúa existiendo una "segregación horizontal", es decir, la asignación al género femenino de ciertos tipos de trabajos y rubros preestablecidos como son salud, comercio y educación, mientras que **los hombres tienden a ocupar cargos de mayor jerarquía, a pesar de que las mujeres logran un mayor nivel académico y profesionalización.**

La SRT no está exenta de la implicancia que genera la pandemia por COVID-19: si bien Argentina ingresó en un confinamiento estricto, la siniestralidad, contrariamente a lo que podría pensarse, no solo no descendió, sino que aumentó como consecuencia de la mayor cantidad de denuncias de **Enfermedades Profesionales (EP) que se incrementaron un 119%, respecto al 2019.**

Del total de EP denunciadas, el 75% fueron COVID-19 y el aparato respiratorio resultó ser la región anatómica más afectada, mientras que el año previo, fueron los miembros.

"La Dra. concluyó su exposición expresando: "Nuestra tarea dentro del sistema de riesgos del trabajo, es y será no abandonar la lucha y demostrar que "podemos", pero por sobre todo recordar que **"construir un trabajo digno es también tareas de Mujeres"**."

Al cierre de la primera jornada se concluyó que, **resulta imprescindible generar capacitaciones desde una perspectiva de género que aporten herramientas para prevenir, detectar y acompañar situaciones que involucren violencia, exclusión o maltrato asociado a vulnerabilidad de derechos, trabajo y oportunidades en los distintos entornos.**

Durante la jornada correspondiente al día 16 de marzo continuamos con las ponencias y participaron nuevos disertantes.

Dr. Javier Naveros

El Dr. Javier Naveros, médico Psiquiatra, director general de ADSUM Salud Mental y Adicciones, expuso acerca del "Perfil de las adicciones durante la pandemia" haciendo foco en el impacto psicosocial de la crisis del COVID-19 desde una perspectiva de género.



Coincidió con el panel en que **la pandemia ha exacerbado las inequidades existentes entre mujeres y hombres** en casi todas las áreas de la vida y expuso que las epidemias reproducen las desigualdades existentes para mujeres y niñas. Además, discriminan grupos vulnerables como es el caso de las personas con padecimientos mentales y adicciones. Al macro estresor que es la crisis del COVID-19 se le suman otros como el impacto del aislamiento, la caída del PBI, la desocupación, el trabajo doméstico, la carga del trabajo no remunerado y las exigencias para los trabajadores de la salud. Todo esto afecta en mayor medida a las mujeres.

La violencia de género, el impacto del consumo de alcohol y drogas se han visto incrementados también.

En contexto de pandemia, se potencia el impacto de los factores psicosociales sobre la salud cuya afectación debe ser particularmente pesquisada.

Asimismo, se evidencia un factor amplificador que ejerce su efecto logrando que, a las manifestaciones generales, se sume el acoso, la violencia y la discriminación incrementando el impacto de los factores psicosociales en la salud de las mujeres.

“Es necesario desafiar los estereotipos en un nivel primordial mediante la prevención y la educación para lograr un cambio que permita la equidad en salud, tanto para su promoción, la prevención de enfermedades, la asistencia y la rehabilitación. **Abordar equitativamente las necesidades de salud de hombres y mujeres ayudará a las sociedades a superar futuras tragedias humanas**”.

Lic. en Enfermería Nicolás del Mármol

Por su parte, **el Lic. en Enfermería Nicolás del Mármol, Director Adjunto del Hospital Provincial Enrique Erill, disertó acerca de “La labor de Defensa Civil y el rol de las mujeres”.**

En relación a su desempeño en Defensa Civil refirió que, la dotación de dicho organismo contaba con escasas trabajadoras y las mismas se desempeñaban dentro de las áreas administrativas. Esta situación se encontraba arraigada a la cultura organizacional y tal es así que él mismo nunca la cuestionó.

Cuando asumió como director de hospital, encontró que la distribución del personal era diferente: **el 70 % del total de los trabajadores**

de la salud eran mujeres y, durante la pandemia, resultaron ser la primera línea de atención en el Sistema de Salud.

“Cuando pensamos en las poblaciones de mayor vulnerabilidad frente al COVID-19, relevamos a los adultos mayores y a las personas con antecedentes de enfermedades crónicas, entre otras. Pero hay un gran grupo que es poco visible para nuestra sociedad: las mujeres.

La pandemia, ha profundizado las desigualdades de género existentes, en especial en los hogares monoparentales encabezados por ellas, triplicando su carga de trabajo formal y remunerado al cual deben añadir el doméstico, el cuidado infantil, la educación en el hogar y la asistencia de los mayores. Se suma a lo anterior el aumento de los ataques violentos y el acoso en sus viviendas generando un escenario de mayor vulnerabilidad. Esperemos que esta pandemia nos ayude a sensibilizarnos con esta gran problemática, generando espacios de diálogo entre trabajadores, estado y sindicatos: todos por un bien en común.”

Dra. María Silvina Rusconi

La Dra. María Silvina Rusconi, médica especialista en Neurología, Jefa de Servicio de Neurología Hosp. Central de San Isidro, Dr. Melchor A. Posse y de Planta en el Servicio de Neurología del Hosp. Zonal Gral. de Lobos nos regaló una íntima exposición sobre “Mujeres en la trinchera”, rol que le tocó atravesar.

Narró en primera persona el desafío que debió afrontar el personal de salud que, como ella, se desempeñaron en la primera línea contra el COVID-19.

Expresó que los escasos materiales que poseían requirieron de su adecuada gestión y distribución y cómo, ante su ausencia, los trabajadores apelaron a la creatividad y a la

plasticidad para poder adaptarse a una realidad en permanente cambio.

Transmitió, desde un lugar protagónico, cómo los trabajadores vivenciaron el transcurso de los días y de los meses y el surgimiento del cansancio extremo, de los conflictos entre pares y con los directivos, así como el devenir del estrés. También destacó las dificultades que atravesaron para adaptarse a las permanentes modificaciones en los protocolos y a la falta de consenso entre distintos sectores.

“Tuvimos miedo: por nosotros, por nuestras familias y compañeros. Muchos enfermamos y, también, perdimos a personas muy valiosas”.

Reflexionó cómo después de haber asistido a tantos pacientes que evolucionaron en forma desfavorable, el hecho de enfermar o acompañar a un otro fueron vivenciados como momentos sumamente difíciles en los cuales primó un sentimiento de soledad y desprotección frente a la pandemia. **Expresó que esta crítica situación que nos encontramos atravesando, puso de manifiesto las fallas del sistema de salud, tanto en relación a lo estructural como en el déficit del recurso humano.**

A un año del comienzo de la pandemia, la Dra. Rusconi remarcó como logros el rediseño de hospitales, la conformación de equipos de trabajo, la adquisición de plasticidad para afrontar los cambios constantes en los protocolos, el profundo aprendizaje y la intención de siempre ser mejores.

Como reflexión final, en el contexto de esta historia que aún no termina, remarcó que **“Todos somos protagonistas”.**

Dra. Cristina Caamaño

En el cierre del 1º Encuentro tuvimos el honor de contar con las palabras de la **Dra. Cristina Caamaño, abogada, Interventora de la Agencia Federal de Inteligencia (AFI).**

La Dra. expuso sobre el “Doble desafío: cambiar el paradigma de una organización gobernada por hombres mientras se atraviesa una pandemia”.

En una exposición profundamente sincera y sin anestesia, los participantes pudieron adentrarse en un universo inexplorado, misterioso, secreto...

La AFI se caracterizó históricamente por un funcionamiento verticalista con una gran impronta patriarcal, con negación de derechos básicos y una cultura del silencio que permitía abusos de todo tipo en un clima de impunidad que se continuó en el tiempo.

Desde su designación como Interventora del organismo, la perspectiva de género se situó como uno de los ejes transversales de la gestión. “De hecho, dos de las tres funciones más importantes de mi Gabinete la llevan adelante mujeres”.

Entre las medidas vinculadas a la problemática de género que impulsó, **se destaca la creación del Programa Integral de Géneros y, en ese marco, la incorporación de la Unidad de Intervención y Asistencia ante situaciones de Violencia y/o Discriminación por razones de géneros u orientación sexual.**

A su vez, **implementó el “Protocolo de Intervención y Asistencia ante situaciones de Violencia y/o Discriminación por razones de géneros u orientación sexual”.**

El trabajo de este equipo interdisciplinario permitió la recepción y el acompañamiento de diez denuncias y consultas sobre violencia laboral y dos sobre violencia doméstica, una de

las cuales, incluso, trascendió hacia el ámbito penal.

Junto a la Escuela Nacional de Inteligencia (ENI), el Programa **participó del Curso Virtual “Formador de Replicadores y Replicadoras en Ley Micaela”**, del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. Como consecuencia de ello, se elaboró el **Plan de Trabajo para la implementación de la Ley Micaela en el organismo para el período 2021-2022.**

Para finalizar, la Dra. Caamaño habló acerca del proyecto **Espacio amigo de la Lactancia para las trabajadoras del organismo.**

Hemos inaugurado así un ámbito de intercambio que debe nutrirse de nuevos encuentros, sumar diversos actores y brindar herramientas para que todos los equipos de salud ocupacional cuenten con recursos para la prevención, detección precoz y tratamiento oportuno de las situaciones vinculadas a la vulnerabilidad de derechos por motivos de género.

Nos reencontraremos en el mes de octubre, en el Segundo Encuentro de Género y Salud Ocupacional, cuyo eje central será la violencia de género en nuestro país y en Latinoamérica.

Compartimos con ustedes el artículo “El papel de la mujer en la Medicina del Trabajo en Argentina”, publicado en la Revista española “Seguridad Laboral LATAM”:

<https://www.seguridad-laboral.es/sl-latam/resto-latam/>





Organización
Panamericana
de la Salud

**“Variantes de
SARS-CoV-2 en las
Américas.”**

Actualización Epidemiológica: Variantes de SARS-CoV-2 en las Américas.

OPS - Organización Panamericana de la Salud
www.paho.org

A la fecha, 141 los países/territorios han detectado casos de infección por alguna de las tres variantes de preocupación (VOC) reconocidas actualmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS). De ese total, 32 países/territorios corresponden a la Región de las Américas.

Introducción

A nivel global, se observa un cambio constante en la proporción de clados predominantes desde el inicio de la pandemia a la fecha. Es así como al 5 de julio de 2020, 49% de las muestras disponibles en GISAID se asociaban al clado GR; el 22 de agosto de 2020, la proporción había aumentado a 53%, disminuyendo a 37% al 7 de noviembre de 2020 y a 18% al 22 de marzo de 2021.

Por otro lado, se observa que el clado (Un clado es una agrupación que contiene un antepasado común y todos los descendientes -vivos y extintos- de ese antepasado) GH ha mantenido una tendencia relativamente estable, aportando 35% al total de muestras secuenciadas al 6 de diciembre de 2020 y 30% al 22 de marzo de 2021. Sin embargo, el clado GRY ha ido en aumento, variando de 5% al 6 de diciembre de 2020 a 39% al 22 de marzo 2021 (Figura 1).

Aunque la información sobre los clados predominantes a nivel global es importante, debe ser considerada con cautela, debido a la representación sesgada de los datos de secuenciación genómica (GSD por sus siglas en

inglés) del SARS-CoV-2, con un mayor aporte de países de ingresos altos. Este sesgo, debe considerarse cuando se evalúa la presencia o ausencia en una variante determinada en un lugar y su frecuencia relativa. Adicionalmente, no todos los países comparten sus datos a través de la plataforma GISAID.

La aparición de mutaciones es un evento natural y esperado dentro del proceso de evolución de los virus. Desde la caracterización genómica inicial del SARS-CoV-2, este virus se ha dividido en diferentes grupos genéticos o clados.

De hecho, algunas mutaciones específicas definen los grupos genéticos virales que circulan actualmente a nivel global. Por diversos procesos de microevolución y presiones de selección, pueden aparecer algunas mutaciones adicionales, generando diferencias al interior de cada grupo genético. Es importante mencionar, que la denominación de clado, linaje, variante, etc., son arbitrarias y no corresponden a una jerarquía taxonómica oficial.

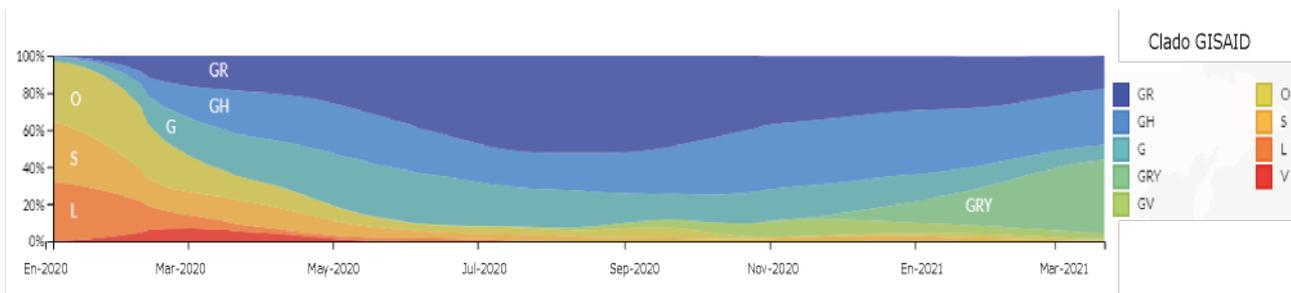


Figura 1. Distribución porcentual de los clados GISAID a nivel global. Enero 2020 a marzo 2021.

Caracterización genómica de SARS-CoV-2

Desde la identificación inicial del SARS-CoV-2, hasta el 22 de marzo de 2021, se han compartido, a nivel mundial, más de 845.000 secuencias genómicas completas a través de bases de datos de acceso público. La capacidad de monitorear la evolución viral casi en tiempo real tiene un impacto directo en la respuesta de salud pública a la pandemia de COVID-19, permitiendo identificar cambios en los patrones epidemiológicos, o en la virulencia o en la disminución de la eficacia terapéutica, entre otros.

Variantes de preocupación (VOC por su acrónimo en inglés) de SARS-CoV-2.

A nivel global, hasta la fecha se han identificado 3 variantes del SARS-CoV-2 (B.1.1.7, B.1.351 y B.1.1.28.1) que han sido clasificadas por la OMS como variantes de preocupación, en consulta con el Grupo de trabajo de la OMS sobre la evolución del SARS-CoV-2.

Entre los factores que la OMS ha considerado para la definición operativa para las VOC, se encuentran:

Aumento de la transmisibilidad o el daño causado por el cambio en la epidemiología de la COVID-19.

Aumento de la virulencia o cambio en la presentación clínica de la enfermedad.

Disminución de la eficacia de las medidas de distanciamiento social y de salud pública o de los diagnósticos, vacunas y terapéuticas disponibles.

Las definiciones operativas, serán revisadas periódicamente y actualizadas, según sea necesario.

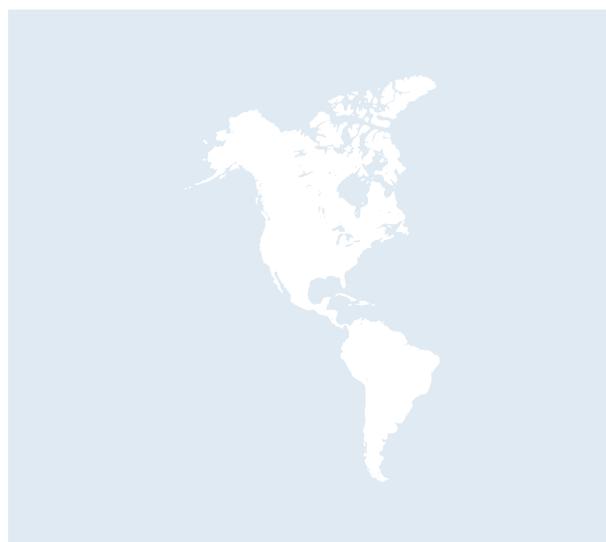
Desde la notificación en diciembre de 2020 de las 3 VOC, hasta el 23 de marzo de 2021, se ha observado un incremento en el número de países y territorios que han notificado la detección de una o más VOC (Tabla 1).

Resumen	Nombre de la variante		
	Variante B.1.1.7	Variante B.1.351	Variante B.1.1.28.1
Número de países/territorios a nivel global que han notificado casos.	125	75	41
Número de países/territorios en las Américas que han notificado casos.	28	09	15

Tabla 1. Resumen de países/territorios que han notificado casos de las variantes de preocupación (VOC) al 23 de marzo de 2021.

Con relación a la situación en las Américas, hasta el 23 de marzo de 2021, 32 países/ territorios han notificado la detección de casos de infección por las VOC, lo que representa un incremento de 1 nuevo territorio en comparación con la Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) publicada el 11 de marzo de 2021 por la OPS/OMS3.

Las tres VOC se han notificado en Aruba, Canadá, los Estados Unidos de América, Martinica y San Martín (Tabla 2).



País	Variante B.1.1.7	Variante B.1.351	Variante B.1.1.28.1
Argentina	SI	NO	SI
Aruba	SI	SI	SI
Barbados	SI	NO	NO
Belize	SI	NO	NO
Brasil	SI	NO	SI
Bonaire	SI	NO	NO
Canadá	SI	SI	SI
Chile	SI	NO	SI
Colombia	NO	NO	SI
Costa Rica	SI	SI	NO
Cuba	NO	SI	NO
Curazao	SI	NO	NO
Ecuador	SI	NO	NO
Estados Unidos de América	SI	SI	SI
Guadalupe	SI	SI	SI
Guayana francesa	SI	NO	SI
Islas Caimanes	SI	NO	NO
Islas Turcas y Caicos	SI	NO	NO
Jamaica	SI	NO	NO
Martinica	SI	SI	SI
México	SI	NO	SI
Panamá	NO	SI	NO
Puerto Rico	SI	NO	NO
Perú	SI	NO	SI
República Dominicana	SI	NO	SI
San Bartolome	SI	NO	NO
San Martín	SI	SI	SI
Santa Lucía	SI	NO	NO
Sint Maarten	SI	NO	NO
Trinidad y Tabago	SI	NO	NO
Uruguay	SI	NO	SI
Venezuela	NO	NO	SI

Tabla 2. Países y territorios de las Américas que han notificado variantes de preocupación, al 23 de marzo de 2021.

Variantes de interés en salud pública (VOI por su acrónimo en inglés) de SARS-CoV-2.

Adicionalmente a las VOC, la OMS ha proporcionado una definición operativa² para otras variantes, denominadas “variantes de interés de SARS-CoV-2” las cuales se caracterizan porque tienen:

Cambios fenotípicos en comparación con un aislado de referencia o tiene un genoma con mutaciones que conducen a cambios de aminoácidos asociados con implicaciones fenotípicas establecidas o sospechadas;

Y

Se ha identificado que causa transmisión comunitaria/ múltiples casos / conglomerados de casos de COVID-19, o se ha detectado en varios países;

O

Es evaluada como una VOI por la OMS en consulta con el Grupo de trabajo de la OMS sobre la evolución del SARS-CoV-2.

Hasta el 23 de marzo de 2021, la OMS ha clasificado como variantes de interés (VOI) las siguientes: B.1.525, B.1.427/B.1.429 y B.1.1.28.2, alias P.2.

Algunos de los países de las Américas que han notificado VOI, son Brasil y los Estados Unidos de América. Se presenta a continuación una breve actualización de esas variantes.

En **Brasil**, se ha notificado la variante P.2, la cual se destaca debido al incremento observado en la proporción de esta variante en el país entre septiembre 2020 (0.7%) y febrero 2021(45%) (Figura 2). Esta variante, también ha sido notificada en las Américas en Argentina, Chile, Estados Unidos de América, México, Sint Maarten, Uruguay y Venezuela.

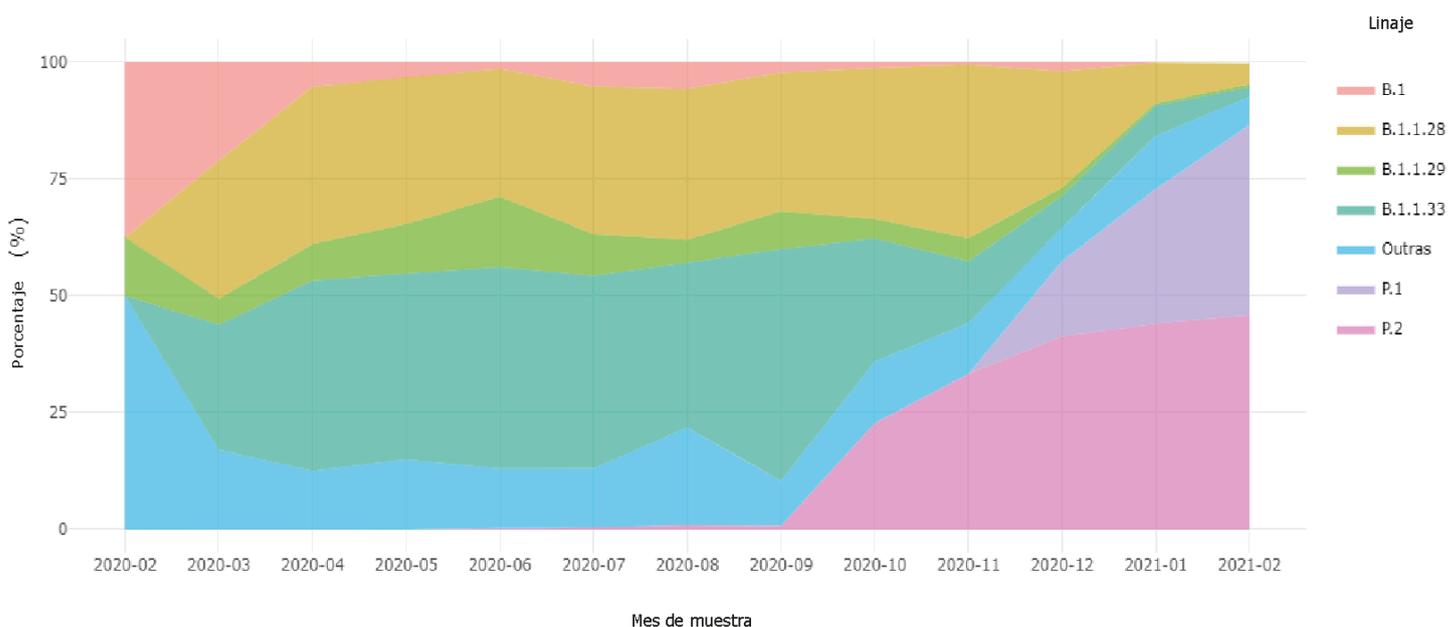


Figura 2. Distribución porcentual de los principales linajes de SARS-CoV-2 por mes de muestra. Brasil, febrero 2020 a enero 2021.

En **Estados Unidos de América**, se han notificado VOI, dos de las cuales fueron detectadas por primera vez en Nueva York B.1.526 y B.1.525 y dos detectadas por primera vez en California, B.1.427 y B.1.429.

Cabe destacar que, las variantes detectadas por primera vez en California, B.1.427 y B.1.429 han sido clasificadas a nivel nacional, por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos como variantes de preocupación (VOC), pero a nivel global y por la OMS, al 23 de marzo de 2021, han sido clasificadas como variantes de interés (VOI).

Las variantes detectadas en Nueva York se caracterizan porque presentan una reducción potencial de la neutralización por tratamientos con anticuerpos monoclonales y una reducción potencial de la neutralización por sueros de convalecientes y post vacunación.

En las variantes detectadas en California, se han observado algunos atributos similares a las de Nueva York, como es la reducción moderada de la neutralización utilizando sueros de convalecencia y post vacunación. Al mismo tiempo, presentan otros atributos que son más preocupantes, tales como aproximadamente un 20% más de transmisibilidad y un impacto significativo en la neutralización de algunas terapias usadas en el país.

En las Américas, hasta la fecha, se ha notificado la detección de las siguientes variantes: en Aruba las variantes B.1.526, B.1.427/B.1.429; en Chile, las variantes B.1.525 y B.1.427/B.1.429; en Costa Rica, las variantes B.1.427/B.1.429 y B.1.525; en México, la variante B.1.427/B.1.429; en San Martín, las variantes B.1.427/B.1.429 y B.1.526 y en Saint Maarten la variante B.1.427/B.1.429 y B.1.526.

A través de esta Actualización Epidemiológica, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alienta a los Estados Miembros a coordinar acciones de vigilancia genómica en el territorio nacional, asegurar la publicación oportuna de las secuencias en la plataforma GISAID, y a notificar de manera inmediata la primera detección de casos de infección por las variantes de preocupación (VOC) de acuerdo con el documento de la OMS disponible en: <https://bit.ly/3sd4Psb>

Entendiendo que la detección de las variantes del SARS-CoV-2 es dependiente de la capacidad que cada país tiene para implementar la vigilancia genómica, desde marzo de 2020, la OPS/OMS está apoyando a los países para fortalecer dicha vigilancia en el marco de la Red Regional de Vigilancia Genómica de la COVID-19. La OPS/OMS invita a los Estados Miembros a participar en esta Red y a realizar la secuenciación, de acuerdo con las muestras recomendadas y los planteamientos técnicos de esta Red. Esta red está alineada con los llamados de la OMS para desarrollar una cobertura de secuenciación global de alto nivel para garantizar que la vigilancia genómica sea capaz de detectar y monitorear la evolución del virus a nivel mundial y alimentar los procesos de toma de decisiones basados en evidencia.

Adicionalmente, la OPS/OMS mantienen las recomendaciones publicadas a través de las Alertas y Actualizaciones Epidemiológicas de COVID-19 emitidas a la fecha y disponibles en: <https://bit.ly/3dErsyG>.

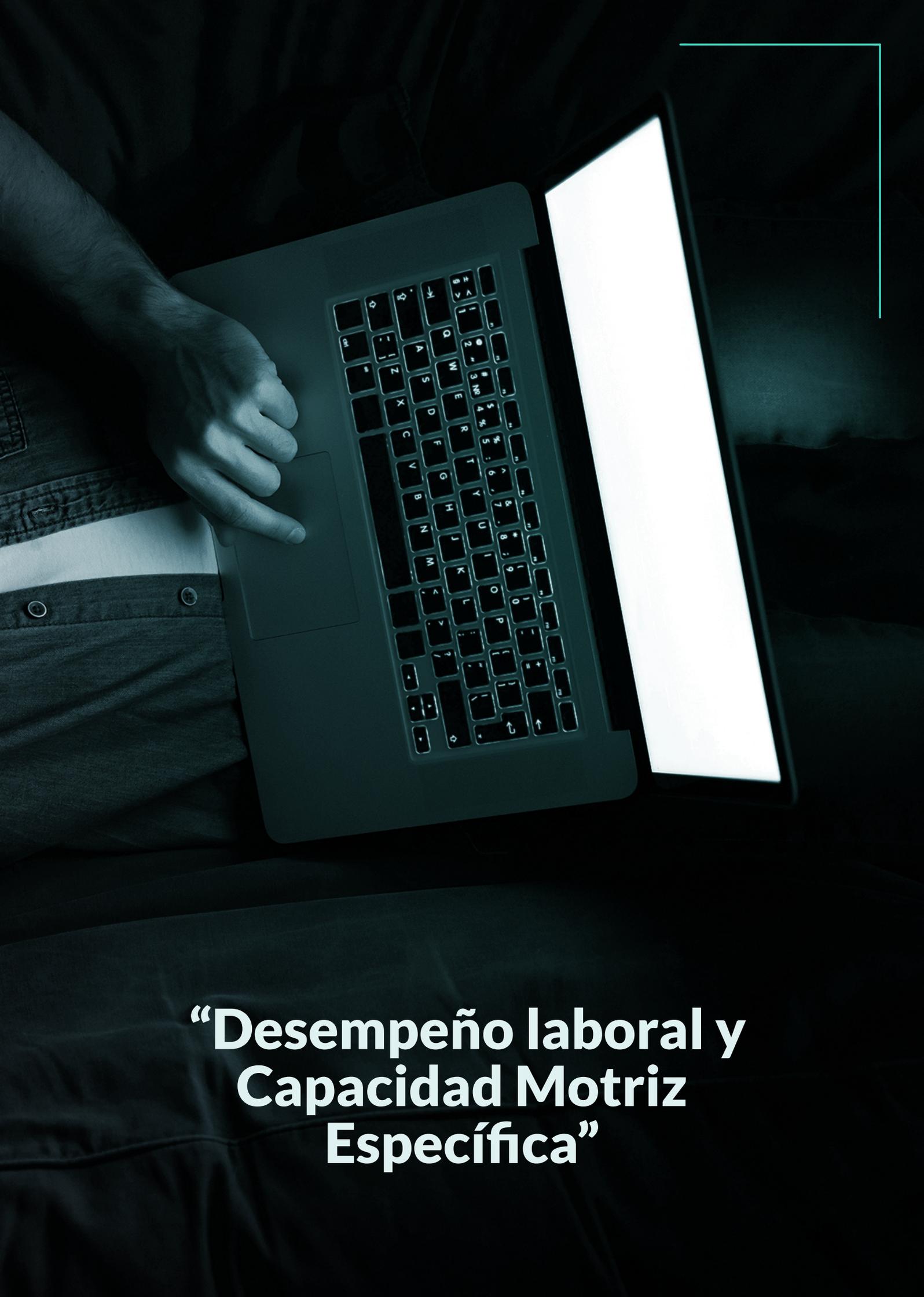
A continuación, se listan los enlaces a una serie de guías, informes científicos y otros recursos publicados por la OPS/OMS y la OMS.

 <p>Vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/30zjmCj Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/33AsZCL</p>
 <p>Manejo Clínico</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3li6wQB Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i8IJIR</p>
 <p>Laboratorio</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d3TJ1g Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/2LgILNX</p>
 <p>Prevención y control de infecciones</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d2ckuV Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3oARxDH</p>
 <p>Preparación crítica y respuesta</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3ljWHBT Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6</p>
 <p>Viajes, puntos de entrada y salud de fronteras</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3ivDivW Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6</p>
 <p>Escuelas, lugares de trabajo y otras instituciones</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d66iJO Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6</p>
 <p>Otros recursos</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/33zXgRQ Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6</p>

1. OMS. Secuenciación genómica del SARS-CoV-2 para objetivos de salud pública. Guía provisional, 8 de enero de 2021. Disponible en inglés en: <https://bit.ly/38ulAr0>
2. OMS. Secuenciación genómica del SARS-CoV-2: una guía de implementación para lograr el máximo impacto en la salud pública, 8 de enero de 2021. Disponible en inglés en: <https://bit.ly/3sd4Psb>
3. OMS. Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2. Orientaciones provisionales, 11 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2HjNb33>
4. OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 23 de marzo de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3v6e0Mi>
5. OPS/OMS. Red Regional de Vigilancia Genómica de COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3bu0qez>
6. OPS/OMS. Orientaciones para la selección de muestras de SARS-CoV-2 para caracterización y vigilancia genómica. 9 de febrero de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3996d70>
7. Argentina. Proyecto Argentino Interinstitucional de Genómica de SARS-CoV-2. Disponible en: <https://bit.ly/3cdCsUE>
8. Ministerio de Salud de Chile. Reporte. Circulación de variantes SARS-CoV-2 en Chile, 12 de marzo de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/397JeJR>
9. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Costa Rica, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.

10. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América. Variantes de SARS-CoV-2, clasificaciones y definiciones. Disponible en: <https://bit.ly/2QxgdRj>
11. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de México, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
12. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de los Países Bajos, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
13. Grupo de Trabajo Interinstitucional en Vigilancia de SARS-CoV-2 en Uruguay. Disponible en: <https://bit.ly/31diymC>
14. Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. Nota de prensa publicada el 21 de marzo de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3vTYJP9>
15. OMS. Considerations for implementing a risk-based approach to international travel in the context of COVID-19: interim guidance, 16 December 2020. Disponible en inglés en: <https://bit.ly/3qBbmUv>
16. OMS. Risk assessment tool to inform mitigation measures for international travel in the context of COVID-19. Disponible en inglés en: <https://bit.ly/3iuxYKR>
17. OMS. COVID-19 diagnostic testing in the context of international travel, Scientific brief. 16 de diciembre de 2020. Disponible en inglés en: <https://bit.ly/39l6dAp>





**“Desempeño laboral y
Capacidad Motriz
Específica”**

Desempeño Laboral y Capacidad Motriz Específica

Dr. Gustavo Pertega

Médico especialista en Ortopedia y Traumatología.
Médico especialista en Medicina del Deporte.

Introducción

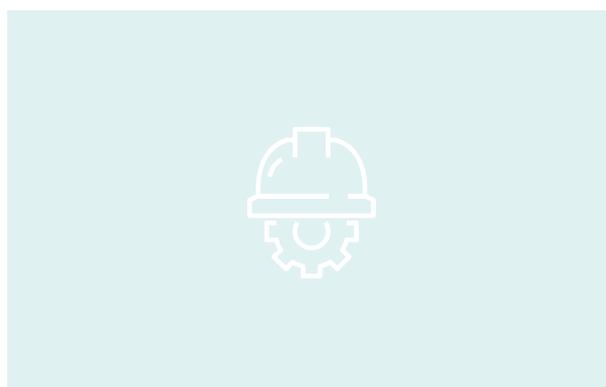
Toda actividad laboral, aún la basada principalmente en capacidades de tipo intelectual, implica la puesta en juego del cuerpo en determinados movimientos o en determinadas posturas.

Nos resulta evidente la necesidad de cierta capacidad física para tipos de desempeño laboral que impresionan ya desde la mera intuición como “esforzados”, tales aquellos en que se ve al cuerpo moverse clara y continuamente de manera amplia y aplicando fuerza como típicamente los operarios de la construcción, trabajadores de limpieza o repartidores. En cambio, **es mucho más difícil asociar la idea de “capacidad física” con un desempeño laboral que se identifica como sedentario,** como lo es paradigmáticamente el identificado con la oficina, escritorio o computadora.

Sin embargo, estos trabajos aparentemente “quietos”, y que por tanto parecen no requerir más capacidad física que la que toda persona normal tiene sin necesidad de gestión de la misma, ponen en juego conductas motrices determinadas, y estas formas motrices también requieren capacidades físicas que pueden tenerse o no tenerse en un momento de la vida, pero perderse en otro, o tenerse al comenzar la jornada laboral y agotarse hacia su final. Todas situaciones que plantean que también para estas tareas hará falta problematizar el tema de la capacidad física de la trabajadora o trabajador, y que el abordaje médico de este problema deberá

incluir la evaluación y gestión de esta dimensión corporal del recurso.

En el marco del concepto de “Salud Ocupacional”, esta tarea se dirige a integrarse como parte de la gestión de salud de la persona.



Fundamentación Teórica

Es un tanto arduo encontrar entre las fundamentaciones teóricas clásicas de la medicina aquellas que nos permitan abordar el tema de la capacidad física, ya que **la práctica médica aún no reconoce con claridad a la misma como parte de la salud, ni se ocupa específicamente de su gestión, por lo cual deberemos ir a buscar los conceptos teóricos que nuestro tema requiere entre las fundamentaciones teóricas de la Educación Física,** que por proximidad del campo de problemas la Medicina del Deporte conoce.

Cualidad física, Capacidad física y Desempeño físico

Cualidad física es el elemento motriz cualitativo en el que se basará una determinada posibilidad de moverse. Es algo CUALITATIVO, que se tiene como ATRIBUTO y no expresa CUÁNTO de eso se puede hacer.

Por ejemplo, decir “fuerza”. Todos tenemos fuerza, la tenemos como atributo, pero queda por definir cuánta fuerza tenemos y esto solo se puede referir a una tarea determinada.

Las cualidades físicas admiten una clasificación un poco extensa pero solo nombrar FUERZA, RESISTENCIA, VELOCIDAD Y FLEXIBILIDAD, entre las llamadas “orgánicas condicionales” y EQUILIBRIO, ORIENTACIÓN, REACCIÓN, entre las “orgánicas coordinativas” da una idea de hasta qué punto todos sabemos bastante vulgarmente cuáles son las cualidades físicas, aunque por supuesto para poder utilizar apropiadamente el modelo en gestiones más complejas de lo motriz hay que entrar en una extensa subclaisificación.

Dijimos Cualidad es atributo y no define “cuánto”, allí aparece el siguiente concepto.

La Capacidad Física es el potencial de desarrollar un desempeño físico determinado.

Ahora sí podemos expresar cuantitativamente algo motriz.

Si decimos “fuerza para levantar una caja de 12 kg desde el nivel del piso hasta el plano de una mesa a 90 cm de altura” eso es capacidad de fuerza para ESA tarea.

Desempeño Físico es la ejecución concreta de la tarea motriz. El análisis de estas definiciones nos lleva a comprender el tipo de relación lógica que existe entre los tres: Se dice que Capacidad y Desempeño físicos tienen una “relación causal

biunívoca”, queriendo esto significar que la capacidad de realizar un desempeño se tiene en buena parte porque ese desempeño o algo muy parecido a él se ejecuta habitualmente, mientras que el desempeño se puede ejecutar porque se tiene la capacidad de hacerlo. La capacidad posibilita el desempeño y el desempeño causa la capacidad. Si no hay capacidad no puede haber desempeño, pero si durante mucho tiempo no hay desempeño entonces no habrá capacidad.

Capacidad física es entonces la idea de que, potencialmente, si se plantea una tarea motriz como consigna, la misma podrá efectivamente realizarse. La estrictez del concepto requiere indispensablemente de una similar estrictez en el planteamiento de la tarea dada. Por ejemplo, decir “capacidad de pedestación” es decir algo, la persona puede ponerse y mantenerse de pie, pero si la tarea se define más, como sería “capacidad de pedestación estática durante 4 horas” o “capacidad de pedestación dinámica durante 6 horas” podríamos saber respectivamente si se trata de un granadero de guardia o de un vigilante de un shopping.

La Cualidad es un atributo que confiere un potencial más o menos perfilado, pero aún abstracto de acción, la Capacidad es un potencial, pero ya definido para una tarea, el desempeño es lo que se hizo efectivamente.

Conducta motriz y tipos

Conducta motriz es la “acción” motriz que el sujeto ejecuta. Aquí la palabra conducta alude a dos cosas: que la ejecución es efectiva (o sea no es “potencial”, la conducta es lo que se observa) y que es voluntaria (existen por supuesto conductas motrices reflejas pero la motricidad compleja, como la laboral, no se basa en ellas).

Las conductas motrices se clasifican en **de locomoción**, caminar, correr, nadar, (pero también rolar, saltar, desplazamientos laterales en contextos deportivos) **de no locomoción** (flexiones laterales, rotaciones balanceos etc.) **y posturales** (sedestación, pedestación).

Estas conductas se articulan funcionalmente de manera compleja para configurar un desempeño motriz definido por una tarea laboral. Por ejemplo un recurso que está sentado escribiendo al teclado de una notebook está ejecutando una conducta postural que es sedestación, junto con una conducta de no locomoción como el movimiento de los miembros superiores para la escritura, pero eventualmente puede tener que ir de un lado a otro de la planta y por lo tanto necesitar la conducta de locomoción caminata, y tal vez otra también de locomoción pero más exigente como salvar algún piso por escalera si debe ir de un nivel a otro del edificio.

Fatiga

Existen dos significados del término fatiga: la fatiga como percepción subjetiva, y la fatiga como incapacidad de mantener el nivel de trabajo desde un punto de vista objetivo.

La Teoría del Entrenamiento define así una “Fatiga latente” que es la situación en la cual el sujeto se siente fatigado pero la producción de

trabajo no disminuyó, y una “Fatiga evidente” que es cuando la producción de acciones objetivamente cayó debido a la fatiga.

De nuevo: estamos muy acostumbrados a asociar fatiga con trabajo corporal que implique movimientos de alto consumo energético, pero las conductas motrices de no locomoción y posturales, con su exigencia de acciones musculares repetitivas a lo largo de miles de ciclos (teclado) o de acciones estáticas a lo largo de muchas horas (estabilidad de tronco en silla) **TAMBIÉN** producen fatiga, las causas y mecanismos son distintos, pero la consecuencia funcional es idéntica.

Todos tenemos la experiencia personal y de observación en otras personas de todo esto, solo decir que, **SI EL NIVEL DE CAPACIDAD FÍSICA ES ALTO, LA FATIGA DEMORA SU APARICIÓN, ES MENOR, Y DESAPARECE MÁS RÁPIDO**, por lo cual se entenderá la importancia de una gestión sistemática de la capacidad física apuntando a esta mejoría a nivel del fenómeno fatiga y por lo tanto en la producción y bienestar del recurso.



Entrenamiento y entrenabilidad

El entrenamiento es un proceso pedagógico que permite a un individuo adquirir una habilidad o destreza o aumentar el nivel de capacidad de una que ya tiene.

La entrenabilidad es el potencial de ser entrenable para esa gestión de destrezas o capacidades.

La entrenabilidad depende de factores como la edad, el estado de salud, pero también de condiciones subjetivas como la actitud, y su determinación es clave para plantear o no un proceso de entrenamiento, para darle forma y para adaptarlo al sujeto.

El proceso de entrenamiento se basa en un esquema secuencial de: **OBJETIVOS, CONTENIDOS, MEDIOS y MÉTODOS**, y se formula como una **NORMATIVA**. Si todo estuvo bien planteado la destreza se adquirirá, o la capacidad aumentará.

Test motor

Un test motor es una evaluación de la capacidad motriz que se hace para intentar saber si el sujeto es capaz de un determinado desempeño motor.

El test casi nunca es exactamente lo mismo en que consistirá la tarea “objetivo”, pero pone en juego “algo” motriz que se aplicará a aquella, cerca del nivel de capacidad que la misma requerirá.

Existe una extensa trama conceptual de los test motores. Lo que se persigue es que con la mayor economía de tiempo posible se llegue al conocimiento de la capacidad del sujeto, de manera que lo que se entiende es que un test busca que no haga falta que la persona ejecute **TODA** la acción objetivo, sino la menor y más breve muestra que exhiba su potencial de realizarla, pero a veces para eso la acción en que consiste el test es llamativamente diferente de la acción que se pedirá en definitiva, y eso desorienta a las personas no formadas ni con experiencia en test motores.

Por ejemplo, que un test de “saltar y alcanzar” permita inferir si una persona puede utilizar un andamio, o que un “Balance A Test” de Fleishman sirva para saber si una persona se puede mantener sentada en un asiento sin respaldo durante un rato largo. Uno ve que lo que se le pide hacer al sujeto no es lo mismo, a veces es muy poco semejante a lo que se le propondrá en la tarea definitiva laboral o deportiva, pero en el fondo de la lógica del test existe una profunda relación causal en la que los elementos motrices que se evalúan “transfieren positivamente” su valor a aquellos que se pedirá poner en juego.

Para poder plantear el test se debe caracterizar la tarea que se va a plantear, en definitiva, es decir lo que será el Desempeño Físico. Podemos decir que caracterizar el Desempeño quiere



decir describirlo en términos de Conductas motrices, Cualidades físicas y niveles de Capacidades Físicas que el mismo requerirá poner en juego.

Un test motor que cumpla los criterios de calidad que se exigen (validez, objetividad, reproducibilidad, economía) sería el mejor modo de establecer si el recurso dispone de todos estos elementos de su motricidad para su desempeño, desempeño futuro, si la evaluación es previa al ingreso al empleo, desempeño actual, si se hace periódicamente para monitorearla, y desempeño potencial, en el caso de que, pérdida por el motivo que sea, su entrenabilidad todavía permita un proyecto de gestión.

Encuestas de nivel de actividad física

Esto es un interrogatorio que apunta a determinar cuánto y cómo se mueve la persona. Existen tipos muy distintos de acuerdo a qué sea lo que se busca conocer (consumo de energía, amplitudes de movimiento etc.) pero lo importante es saber que surgen de la necesidad de poder determinar niveles motrices sin que haga falta efectuar test motores, lo que permite estudiar poblaciones “a la distancia” mandándoles la encuesta por correo, por ejemplo.

Este especial interés determinó un gran esfuerzo en perfeccionar y perfilar las encuestas de nivel de actividad, y probar su utilidad para efectuar inferencias. El ámbito laboral con su lógica de cotidianidad y continuidad del contacto con el sujeto es un espacio privilegiado para la aplicación de esta metodología.

Trabajar mejor, sentirse mejor

Todo lo anterior puede parecer ¿complejo?, y no lo es realmente, ¿trabajoso de adquirir?, tanto como cualquier otro modelo teórico que se recorre en el nivel escolar superior, ¿empírico?, sí claro su grado de adecuación a la realidad es enorme por eso tiene utilidad práctica, y finalmente... ¿alejado del mundo del trabajo? No, eso sí que no.

El cuerpo se utiliza en el trabajo mediante su motricidad y esto se deja conceptualizar y desarrollar prácticamente por los mismos modelos teóricos y los mismos procesos de gestión que se utilizan en otros ámbitos de otras prácticas como el Deporte, la Rehabilitación etc. El cuerpo y la motricidad son los mismos. Si la anatomía humana se aplica al cuerpo humano en todos los ámbitos, la motricidad humana también.

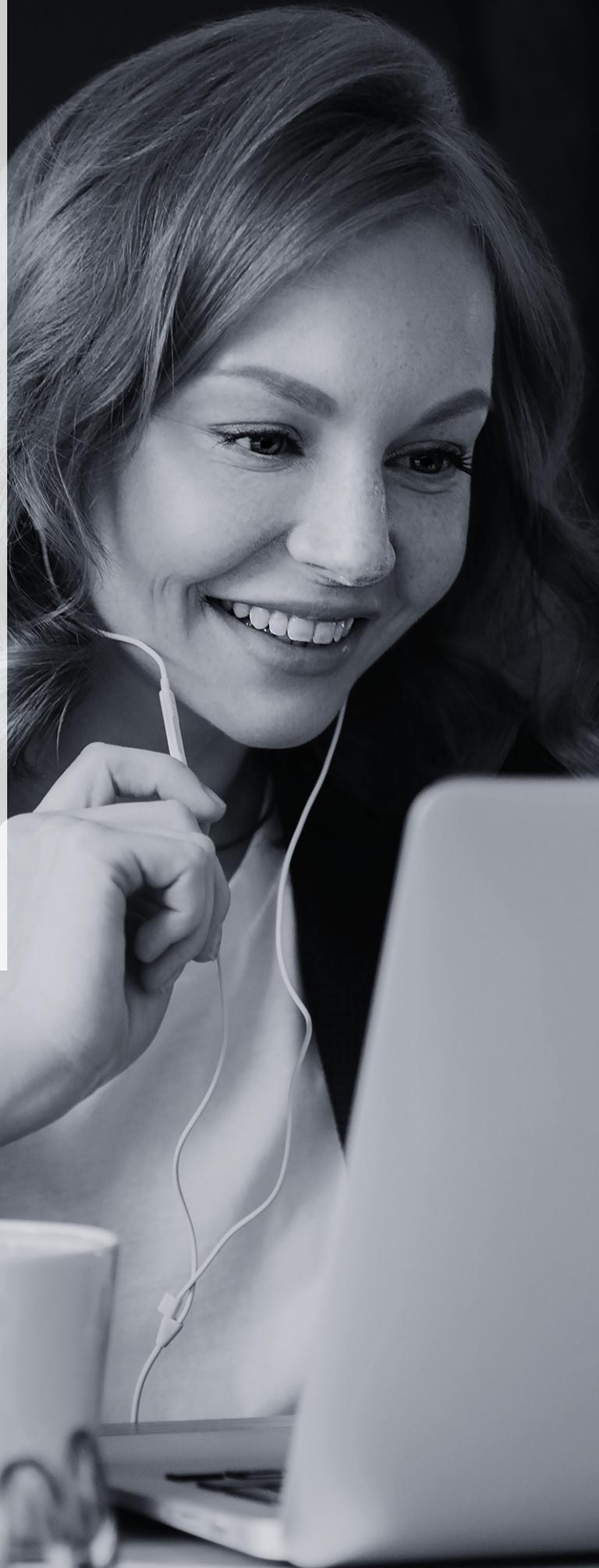
Pero sería erróneo valorar esta dimensión de lo motriz a nivel laboral y plantearla solo como un recurso de gestión del Trabajo, también es un recurso de gestión de Salud en el cual el Trabajo se convierte en un ámbito más, y tal vez especialmente eficaz, de transmisión de valores, conocimientos, herramientas y posibilidades para que el sujeto trabajador conozca, entienda y cambie lo que haya que cambiar en su cuerpo y su salud a partir de este recorrido que su Trabajo le propone.

Entonces no será solo “evaluar para el ingreso”, o “capacitar para la reubicación” o eventualmente para la desvinculación, será también, y por momentos, ante todo, evaluar, entrenar, interrogarse sobre las propias posibilidades en salud tomando lo motriz como punto de partida, y el ámbito de trabajo como espacio facilitador y posibilitador. Ser capaz de más, fatigarse menos, recuperarse antes, a partir de lo que allí y a partir de allí se supo sobre uno mismo, y que importó y se pudo intervenir porque se sabía cómo hacerlo.

Sí suficiente cantidad de actores implicados en la Salud Ocupacional forman la “masa crítica” que permita movilizar esta dimensión del Trabajo, cabe soñar con un nuevo espacio de gestión de Salud apoyado en la prevalencia de la relación entre el sujeto y el factor de gestión. Hacerlo creíble, confiable y útil, y disipar la sospecha de que se trate de un recurso “policíaco”, será el desafío del mundo del Trabajo. Habrá que pensar bien cómo transmitir, y que suene a música de ayuda.

Y finalmente para esto habrá que contar con una legislación que apoye, pero también que dé marco y regule esta actividad. Leyes laborales para la Salud Pública que no dirimen conflicto alguno porque el Trabajo y el o la trabajadora se benefician.

El/la, trabajador, trabajadora, trabajan muchos días, y se mueven en el trabajo todo el tiempo, lo saben, lo sienten. Es un buen principio para empezar a conversar de salud a partir de ese movimiento tan inevitablemente experimentado.





A small, scruffy dog with long, shaggy fur is resting its head on a dark-colored couch cushion. The dog's eyes are closed, and it appears to be sleeping or resting peacefully. The background is dark and out of focus, showing more of the couch and some indistinct shapes. In the top right corner, there is a thin, light blue L-shaped line graphic.

ActualizARTE
“Saber más te Brinda
Acceso a tus Derechos”

ActualizARTE

Saber más te Brinda Acceso a tus Derechos

Dra. Anabella D'Albo Galassi

Especialista en Medicina de Trabajo. Especialista en Endocrinología Ginecológica y de la Reproducción. Médica Laboral en la SRT.

Introducción

En el marco de la infección que afecta al mundo por SARS-coV 2, no podemos dejar de lado que el 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud, declaró el brote del nuevo coronavirus como pandemia y a partir de esto, surgen múltiples actualizaciones normativas, que desarrollaremos a continuación.

Nota

El 12 de marzo de 2020, se publica el **Decreto N° 260/2020**, que establece y decreta la emergencia sanitaria en el marco de la Ley 27541 por el plazo de 1 año y determina el aislamiento social, preventivo y obligatorio. Conjuntamente, el 20 de marzo del 2020, en el marco del **Decreto N° 297/2020**, se determinó que hasta que no se cuente con un tratamiento efectivo y/o vacuna que proteja contra la infección por COVID-19, se implementarán medidas de aislamiento y distanciamiento social obligatorio, de manera de mitigar el impacto de la infección. También determino la prohibición de desplazarse por rutas, vías y espacios públicos, para prevenir la circulación del virus y contagios masivos. Quedando exceptuados del cumplimiento del “aislamiento social, preventivo y obligatorio” y de la prohibición de circular, las personas afectadas a las actividades y servicios declarados como esenciales. Actualmente nos encontramos cumpliendo una nueva etapa del Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio y Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio

según corresponda a determinadas áreas geográficas, establecidas en el **Decreto N° 168/2021**.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335479/norma.htm>

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335741/norma.htm>

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/241830/20210313>

Por medio de la **Decisión Administrativa 390/2020** publicada el 16/03/20, se determinaron los mecanismos para el otorgamiento de las licencias y trabajo remoto/teletrabajo y la declaración de grupos de riesgos en marco de la pandemia. Dispensando del deber de asistencia a su lugar de trabajo, a las personas que estén comprendidas en alguno de los grupos de riesgo conforme la definición de la autoridad sanitaria nacional, incluyendo en este



grupo a las personas, mayores de 60 años, embarazadas, personas con enfermedades respiratorias crónica, enfermedades cardíacas, inmunodeficiencias, diabetes, insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses. También hace referencia a la licencia, para el cuidado de hijos menores a cargo, en el marco del cese del dictado de clases y el cierre de establecimientos educativos. Sugiriéndose la implementación de la modalidad de Trabajo Conectado a Remoto y la cobertura de las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo, para esta nueva modalidad de empleo en domicilio.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335540/norma.htm>

A través del **Decreto N° 367/2020**, se estableció que la enfermedad producida por el coronavirus SARS-CoV-2 será considerada como enfermedad de carácter profesional -no listada- en los términos del apartado 2 inciso b) del artículo 6° de la Ley N° 24.557, respecto de los trabajadores excluidos mediante dispensa legal y con el fin de realizar actividades declaradas como esenciales. Se aplica a aquellas contingencias cuya primera manifestación invalidante se haya producido a partir de la entrada en vigencia del Decreto N° 297 de fecha

19 de marzo de 2020 y hasta los sesenta (60) días posteriores a la finalización de la vigencia de la declaración de la ampliación de emergencia pública en materia sanitaria realizada en el Decreto 260/20 y sus eventuales prórrogas.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/336262/norma.htm>

A los fines de denunciar ante las ART, la infección por SARS-coV 2, como enfermedad de carácter profesional no listada, se publicó la **Resolución N° 38/2020**, que determinó que el estudio de diagnóstico, debe ser realizado por una entidad sanitaria incluida en el Registro Federal de Establecimientos de Salud, cuyo resultado debe ser firmado por profesional identificado y habilitado por la matrícula correspondiente. Además, deberá describirse el puesto de trabajo, funciones, actividades o tareas habituales desarrolladas, así como las jornadas trabajadas durante la dispensa del aislamiento social, preventivo y obligatorio. Además, deberá aportarse la constancia de dispensa otorgada por el empleador en los términos del artículo 6° del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 297/20 y normas complementarias, donde consten los datos del empleador como del empleado. En caso de controversias que pudieran suscitarse respecto del cumplimiento de los requisitos formales de la denuncia, deberán dirimirse ante la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Finalizado el plazo de Incapacidad Laboral Temporaria y verificada la denuncia de la contingencia en el registro de enfermedades profesionales, el trámite para la determinación definitiva del carácter profesional de la enfermedad COVID-19, deberá ser iniciado por el/la trabajador/a, sus derechohabientes o su apoderado/a, a través de la Mesa de Entradas de la Comisión Médica Jurisdiccional correspondiente al domicilio del trabajador/a o



mediante la Mesa de Entradas Virtual. Cumplido este plazo, se deberán elevar las actuaciones a la Comisión Médica Central, para someter a su potestad, la relación de causalidad invocada entre la enfermedad denunciada y la ejecución del trabajo en el contexto de dispensa del deber de aislamiento social, preventivo y obligatorio.

<https://www.Boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/228398/20200429>

A los fines de declarar el domicilio de prestación de teletrabajo/trabajo a remoto, la **Resolución N° 21/2020**, determina la cobertura por parte de las ART, para esta modalidad laboral. Los empleadores que habiliten a sus trabajadores a realizar su tarea laboral desde su domicilio particular, en el marco de la emergencia sanitaria, deberán denunciar a la ART, la nómina de trabajadores afectados, informando los domicilio donde desempeñarán sus tareas y frecuencia de las mismas. El domicilio denunciado será considerado como ámbito laboral a todos los efectos de la Ley N° 24.557.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335553/norma.htm>

Actualización, respecto a los grupos de riesgo para contraer la infección por COVID-19. La **Resolución N° 1643/2020**, vino a aclarar lo determinado por la Resolución N° 1541/2020, que incorporaba dentro del listado de personas que conforman parte de grupos de riesgo, a las personas con obesidad, sin especificar los criterios de inclusión en función del IMC. Es por ello que la Res. 1643/2020, determinó, como grupo de riesgo, sólo a las personas con obesidad cuyo IMC fuera igual o superior a 35,0 kg/m²

(Obesidad Clase II y III). Y finalmente por Resolución Conjunta N° 10/2020, del MINISTERIO DE SALUD y MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, se acordó que, las personas con Obesidad Grado II cuyo IMC, esta entre 35,0 – 39,9 kg/m², no estarán alcanzadas por la suspensión del deber de asistencia al lugar de trabajo, siempre que los empleadores cumplan con los recaudos a fin de, otorgar los elementos adecuados para la prevención, protección, limpieza, cuidado y seguridad de los trabajadores, con el objetivo de disminuir su nivel de exposición al virus SARS-CoV2, en el marco de la Pandemia del COVID-19, como así también garantizar el estricto cumplimiento de los protocolos sanitarios previstos para cada actividad y facilitar el acceso inmediato a los controles sanitarios pertinentes, cuando resulte necesario.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/340000-344999/343218/norma.htm>

Por medio de la **Resolución N° 92/2021**, se determinó a la vacunación como una estrategia de salud pública preventiva, altamente efectiva y la considera como bien social, por lo que será justificada la inasistencia del trabajador o trabajadora durante la jornada laboral que coincida con el día de aplicación de la vacuna destinada a generar inmunidad adquirida contra la COVID-19, sin que ello produzca la pérdida o disminución de sueldos, salarios o premios por este concepto, para tal fin el trabajador deberá presentar la constancia de la aplicación de la vacuna, previa autorización del empleador.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/347430/norma.htm>



Programa de Formación Continua

Temas de Salud Ocupacional 01

Directores: Dra. Claudia de Hoyos - Dr. Adolfo Hernandez.

Programa		
Actualización Legislativa.	Gestión en Salud.	Política de Alcohol y Drogas.
Dermatología Ocupacional.	Normas OSHAS, ISO e IRAM.	Patología Psiquiátrica Laboral.
Patología Respiratoria.	Manejo de Presupuestos y Fondos en S.O.	Proyección Mundial de la Salud Ocupacional.
Traumatología Ocupacional.	Gestión de un Departamento de S.O.	Uso de Internet en Medicina.
Ausentismo.	Calidad de Vida.	

Actividad arancelada.

En cada clase los alumnos podrán plantear casos reales al docente.

Programa de Formación Continua

Temas de Salud Ocupacional 02

Directores: Dra. Claudia de Hoyos - Dr. Adolfo Hernandez.

Programa		
COVID-19	COVID-19 Sistema de Riesgos del Trabajo	COVID-19 Elementos de Protección Personal y Trabajo
Adicciones	Certificados Médicos	Nanotecnología y Riesgos Potenciales
Sobrecarga del uso de la Voz	Ergonomía Neurocognitiva	Cáncer Ocupacional
Semiología Psiquiátrica y Conflicto Laboral	Detección de Simulación	

Actividad arancelada.

En cada clase los alumnos podrán plantear casos reales al docente.