



Salud Ocupacional

Revista Digital
Edición 016

ARGENTINA
OCTUBRE 2025

*Tenemos el honor de haber sido elegidos para presidir la
ALSO a través de la SMTBA*



ARGENTINA

PRESIDENCIA ALSO
2025/2027



ALSO

Asociación Latinoamericana
de Salud Ocupacional



**SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
ARGENTINA**

www.smtba.org.ar



29CSO

29° CONGRESO DE SALUD OCUPACIONAL

20 | 21 OCTUBRE 2025
HOTEL MARRIOTT / CIUDAD DE BUENOS AIRES
ARGENTINA



SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
ARGENTINA



Queridos colegas, socios y lectores. Les presentamos un nuevo número, de nuestra querida revista **Salud Ocupacional**.

Las secciones que ya estamos acercando en cada número, se presentan con notas de relevancia y rigor científico, realizadas, dirigidas y coordinadas por referentes de cada área. Día Mundial de la Prevención de Suicidio (Efemérides), Evolución Histórica de la Salud Ocupacional en Cuba (Internacional), Leishmaniasis (SRT), Patología Ocupacional de la voz (Científica / UCA) y novedades y avances en ICOH, Regionales y Observatorios.

Sumamos en este número varias notas de interés por fuera de las antes mencionadas secciones. Son ejemplos, una interesante nota de la Lic. Mara Diz sobre la salud mental de los trabajadores de Sanidad. Un profundo análisis de la Dra. Carolina Lehmann sobre Auditoría médica legal de preexistencias en el marco del nuevo Baremo laboral (Decreto 549/2025) y una importante nota sobre atención primaria referida al cáncer de colon, coordinada por el Dr. Germán Lozano.

Podrán los lectores interiorizarse sobre el 29° Congreso de Salud Ocupacional de la Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, que se llevará a cabo en unos pocos días, en las palabras de su presidente, el Dr. Gonzalo Rodríguez, podremos leer la interesante temática y novedades que presenta este nuevo congreso, que ya es un clásico entre los profesionales que ejercen o tiene interés en la Medicina del Trabajo.

Finalmente, nuestra tapa esta dedicada a un evento histórico. La Sociedad de Medicina de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, obtuvo la presidencia de la Asociación Latinoamericana de Salud Ocupacional (ALSO) en representación de nuestra querida nación. Dentro de la revista podrán los lectores conocer más en detalle este importante logro y valorar el trabajo de los muchos colegas que batallaron, con argumentos mas que sólidos, para poder alcanzar este logro. Vaya esta tapa, como humilde pero sincero tributo a esos colegas.

Con la mejora continua número a número como nuestro norte indiscutible, saludamos a nuestros queridos socios y lectores esperando que disfruten de este número,

Dr. Franco Spazzali
Director Editorial

DIRECTOR EDITORIAL

Dr. Franco Spazzali

ASISTENTE DE DIRECCIÓN:

Dr. Santiago Jimenez Coco

EQUIPO EDITORIAL:

Dra. Julieta Rey

Lic. Laura Alonso

SECCIÓN CIENTÍFICA/UCA

Coordinador

Dr. Claudio Taboadela

Asistente

Dr. Santiago Aldaz

SECCIÓN INTERNACIONAL

Coordinadora

Dra. Samanta Kameniecki.

SECCIÓN NOVEDADES ICOH

Coordinadora

Dra. Claudia De Hoyos.

SECCIÓN ACTIVIDADES REGIONALES

Coordinador

Dr. Fabrizio Moschella Guajardo

SECCIÓN MARCO LEGAL

Coordinadora

Dra. Wanda Otero

SECCIÓN EFEMÉRIDES

Coordinadora

Dra. Anabella D'Albo Galassi

SECCIÓN NOVEDADES SRT

Coordinadora

Dra. Sonia Gaviola

SECCIÓN OBSERVATORIOS

Coordinadores

Dra. Yasmin Claros

Dra. Soledad Müller

Dr. Lucas Ayail.

SECCIÓN RELACIONES INSTITUCIONALES

Coordinador

Dr. Maximiliano Varone

ARTE Y DISEÑO

Lic. Adrián Ebeling



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

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

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

La revista de la Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia 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.

03

PALABRAS DEL DIRECTOR

08

CONGRESO ALSO

Argentina preside la Asociación Latinoamericana de Salud Ocupacional (ALSO), a través de la SMTBA.

Dr. Claudio Taboadela

12

AUDITORÍA MÉDICA

Auditoría médica legal Dde preexistencias en el marco del nuevo Baremo laboral (Decreto 549/2025)

Dra. Carolina Lechmann

22

PREVENCIÓN

Prevención y detección temprana del cáncer de colon

Dr. Luis Ernesto Caro

27

ICOH

Agenda De Eventos

28

SALUD EMOCIONAL

Hay un trabajador que nadie cuida...

Lic. Mara Diz

34

CIENTÍFICO / UCA

Disfonía ocupacional en docentes: factores de riesgo y prevención primaria y secundaria en Argentina

Dra. María Laura Pintao

Dr. Claudio Taboadela

44

29CSO

29° Congreso de Salud Ocupacional

Dr. Gonzalo Rodriguez

48

+VIDA

De sus orígenes en 2007 a la vanguardia en salud integral

50

EFEMÉRIDES

10 de septiembre
Día mundial de la Prevención del suicidio. Una mirada desde la medicina del trabajo

Dra. Anabella D 'Albo Galassi

Dra. María Noe Esposito

Dra. Mariela Franchini

56

AVAIN

Empresa líder argentina en software de salud y seguridad ocupacional

58

INTERNACIONAL

La evolución histórica de la Salud Ocupacional en Cuba

Dr. Waldo Jacobo Díaz Piñera

66

SRT

Leishmaniasis

Dra. Sonia Gaviola

84

OBSERVATORIOS DE SALUD

Avances de los Observatorios de Salud Ocupacional

Dra. Soledad Müller

88

ACTIVIDADES REGIONALES

Proyecto Federal

Dra. Mariana Euti

92

DIRECTORIO DE SOCIOS PROTECTORES

96

Publicar en Salud Ocupacional

98

RELACIONES INSTITUCIONALES

102

PROPUESTAS DE FORMACIÓN Y DESARROLLO ACADÉMICO



**SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
ARGENTINA**

COMISIÓN DIRECTIVA 2025 | 26



PRESIDENTE

Dr. Maximiliano Varone



VICEPRESIDENTE

Dra. Samanta Kameniecki



SECRETARIO GENERAL

Dr. Fabrizio Moschella Guajardo



TESORERO

Dr. Germán Lozano



PROSECRETARIA

Prof. Dra. Anabella D'albo Galassi



PROTESORERA

Dra. Carolina Lechmann



SECRETARIA DE ACTAS

Dra. Alba Zito



VOCAL TITULAR 1

Dra. Sonia Gaviola



VOCAL TITULAR 2

DR. FRANCO SPAZZALI



VOCAL TITULAR 3

DR. JAVIER BLOIS



VOCAL SUPLENTE 1

DR. GONZALO RODRIGUEZ



VOCAL SUPLENTE 2

DR. SEBASTIÁN LOMBARDO



VOCAL SUPLENTE 3

DR. GABRIEL PELLEGRINI



REVISOR DE CUENTAS TITULAR

DRA. VIVIANA COLOMBO



REVISOR DE CUENTAS SUPLENTE

DRA. LAURA ORZABAL

TRIBUNAL DE HONOR



PRESIDENTE

Dr. Antonio Werner



MIEMBRO TITULAR 1

Prof. Dra. María Cristina Pantano



MIEMBRO TITULAR 2

Dra. Claudia de Hoyos



MIEMBRO TITULAR 3

Dr. José Kleiner



MIEMBRO TITULAR 4

Dr. Enrique Pereira



MIEMBRO TITULAR 5

Dr. Plinio J. Calvento



EQUIPO DE GESTIÓN 2025 / 2026



Dra. Cinthia Roseblit



Dr. Julio Comando



Dra. Mariana Euti



**Dr. Santiago
Jiménez Coco**



**Dra. Miryam
Marinelli**



Dra. Soledad Müller



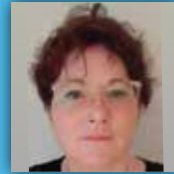
**Dr. Emiliano Lucas
Ayail**



Dra. Yasmin Claros



**Dr. Sebastian
Aronin**



**Dra. Laura
Buenaventura**



Dra. Melina Mercuri



Dr. Manuel Villarreal



**Dra. María Jimena
Perez Pelliser**



Dr. Andrei Kostetski



Dra. Julieta Rey



Dr. Julian Cukier



**Lic. Mariana
Patron Farias**



Dr. Osvaldo Scippo



**Dra. María Noe
Eposito**



**Dr. Federico
Motiveros**



Dr. Federico Petrone



Dra. Miryam Brito



Dr. Oscar Falcon



Dr. Santiago Dolce



Dr. Sergio Locicero



Dr. Walter Amado



Dr. Javier Naveros



Dr. Jorge Mercáu



Lic. Mara Diz

DEPARTAMENTO DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y BECAS



**Prof. Dr. Claudio
Taboadela**
DIRECTOR



**Prof. Dra. María
Cristina Pantano**



**Prof. Dr. Fernando
Morales**



Dr. Santiago Aldaz



**Dra. María Laura
Pintao**

ASESORÍA LEGAL



Dra. Wanda Otero
ASESORA LEGAL



Dr. Octavio Calvento
ASESOR LEGAL

ADMINISTRACIÓN



Lic. Fernando Morán
GERENTE ADMINISTRATIVO



Belén de Hoyos
SECRETARIA



Lic. Adrián Ebeling
ASESOR EN COMUNICACIÓN



ARGENTINA



Tenemos el honor de haber sido
elegidos para presidir la ALSO
a través de la SMTBA



ALSO

*Asociación Latinoamericana
de Salud Ocupacional*

*PRESIDENCIA ALSO
2025/2027*

ALSO



Argentina preside la Asociación Latinoamericana de Salud Ocupacional (ALSO), a través de la SMTBA.

Antecedentes y actualidad de un nombramiento motivo de profundo orgullo



Dr. Claudio Taboada

El 1er Congreso Latinoamericano de Salud Ocupacional se realizó del 1 al 5 de octubre de 1989, en la ciudad de Mar del Plata, República Argentina, siendo presidido por el Dr. Guillermo D´Aragona y el Dr. Diego Pupo Nogueira de BRASIL, como Presidente de Honor

Allí se enfatizaron la dimensión y la proyección latinoamericana de la Salud Ocupacional, reflejándose la respuesta de la convocatoria en la presencia de numerosos colegas de diferentes países, como por ejemplo Uruguay, Brasil, Colombia, Chile, Paraguay, Venezuela, Panamá, Ecuador y Bolivia

Éste fue el punto de partida de acercamiento del conjunto de los países latinoamericanos con la Salud Ocupacional

Se redactó la Carta Constitutiva, con el concurso de la Federación Argentina de Medicina del Trabajo, invitándose a colegas de distintos países, para que a través de sus Asociaciones o Federaciones, se constituyera la Asociación Latinoamericana de Salud Ocupacional, ALSO, la que se fundó en octubre de 1989, durante el 1o Congreso Latinoamericano de Salud Ocupacional

Se estructuró la Comisión Directiva, constituida por un presidente, un vicepresidente, un tesorero y como delegados se denominaron los Directores de cada uno de los países. Los fundadores fueron la Federación Argentina de Medicina del Trabajo (FAMETRA), la Aso-

ciación Nacional de Medicina Del Trabajo de Brasil (ANAMT), la Sociedad de Medicina Del Trabajo del Uruguay (SMTU), la Sociedad Boliviana de Salud Ocupacional (SBSO) y la Sociedad Ecuatoriana de Salud Ocupacional (SESO)

La primer Comisión Directiva fue constituida por presidente: Dr. Guillermo D´Aragona, secretario: doctor Antonio Werner, vicepresidentes los doctores Manuel Nassif, Isa, por la Sociedad Boliviana de Salud Ocupacional, Casimiro Pereira por Brasil y Ricardo Ceni Berti, por la Sociedad de Medicina del Trabajo del Uruguay, quedando establecido que el Segundo Congreso Latinoamericano de Salud Ocupacional, se llevaría a cabo en la ciudad de Campos Dodge Jordao en la República Federativa de Brasil en 1991

También se determinó que los congresos serían bianuales, y el tercero se realizarían Uruguay en 1993, en cuyo marco se aprobaron los estatutos de la asociación

También se creó la Oficina Administrativa Permanente, radicada en Buenos Aires, cuyo primer Director Ejecutivo fue el Dr. Guillermo D´Aragona, quien se mantuvo en el cargo hasta 2001, siendo sustituido por el Dr. Federico Marcó hasta 2011, cuando en el seno del XII Congreso Latinoamericano de Salud Ocupacional, realizado en San Pedro Sula, Honduras, la asamblea de ALSO resolvió disolver la Oficina Administrativa y eliminar dicho cargo, coincidentemente con un incendio que destruyó



los archivos de ALSO en Buenos Aires y toda la historia y la documentación de la misma

En 2015, durante el XIV Congreso realizado en Lima, se decide que es necesario tener una Secretaría Permanente que sea el albacea y custodia de todos los documentos, acordándose que en Perú se haría el registro de dicha Secretaría y que se informaría sobre los trámites de la Asamblea en Colombia en 2019

La adición de nuevos miembros activos, llevó a la necesidad de revisar los estatutos, los cuales fueron presentados y aprobados en Colombia en 2019

Durante la Presidencia del Dr. Jorge Morales Camino en 2001, se instituyó el premio Fundadores de ALSO, en reconocimiento a los profesionales de la Salud Ocupacional y la Medicina del Trabajo, por su trayectoria, su experiencia, y sus aportes a la salud ocupacional y la medicina del trabajo en los países de la Latinoamérica

Debido a la deuda existente por FAMETRA, sumado a su situación jurídica, en 2021 la SMTBA envía la documentación solicitada para representar a la Argentina ante ALSO, siendo aprobada su membresía durante la Asamblea Anual de noviembre de 2022

El 18 de septiembre de 2025, durante el XIX Congreso ALSO, que se desarrolló en la Ciudad de Guadalajara, Argentina presentó 10 trabajos científicos, dos de ellos con sus autores participando de manera presencial, en

representación de la Pontificia Universidad Católica Argentina y la Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. Los mencionados trabajos fueron:

- "Mercurio como agente de riesgo en trabajadores de la minería y medidas de prevención" Andrea Celeste Albornoz Quintero, Claudio Hernán Taboadela (Pontificia Universidad Católica Argentina, Sociedad de Medicina del Trabajo Argentina / Argentina).
- "Efectos en la salud por el uso de metacrilato de metilo (MMA) en trabajadores de salas quirúrgicas de traumatología y ortopedia" Rahandy Salvador Valbuena Nava, Fernando Gabriel Morales Lijo (Pontificia Universidad Católica Argentina / Argentina).
- "Trabajos en espacios confinados, principales riesgos y su prevención" María Soledad Cavana (Pontificia Universidad Católica Argentina, Sociedad de Medicina del Trabajo de Buenos Aires / Argentina).
- "Enfermedades profesionales por exposición a vibraciones segmentarias transmitidas al miembro superior" Ramiro Leguisamo (Pontificia Universidad Católica Argentina, Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires (SMTBA) / Argentina).
- "Exposición ocupacional a soldadura por arco eléctrico: efectos en la salud de los trabajadores y su prevención" Gabriel Edgardo Sayago (Pontificia Universidad Católica Argentina, Sociedad de Medicina del Trabajo de Buenos Aires SMTBA / Argentina).



**XIX CONGRESO
LATINOAMERICANO DE SALUD
OCUPACIONAL ALSO
Y XXIX CONGRESO NACIONAL DE
SALUD EN EL TRABAJO FENASTAC**

**"TRAZANDO ENTORNOS LABORALES
SEGUROS Y SALUDABLES EN LA ERA DIGITAL"**

4 DÍAS
MÁS DE 400 PROFESIONALES
NACIONALES E INTERNACIONALES
17 al 20 de Septiembre de 2025
Hotel RIU - Guadalajara, Jalisco



Regístrate ahora

www.alsolac.org/congreso/



Presentado por:

ALSO



- "Enfermedades profesionales por exposición al óxido de etileno en el servicio de esterilización" Analia Galmes, Claudio Hernán Taboadela (Pontificia Universidad Católica Argentina / Argentina).
- "Disfonía ocupacional en docentes, factores de riesgo y acciones de prevención" María Laura Pintao, Claudio Hernán Taboadela (Pontificia Universidad Católica Argentina, Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires / Argentina).
- "Astenopia Ocupacional" Verónica Evangelina Giordano, Claudio Hernán Taboadela (Pontificia Universidad Católica Argentina / Argentina).
- "Condiciones y prevención de riesgos biológicos en odontología en Argentina" Gabriela Carolina Meléndez Fajardo (Pontificia Universidad Católica Argentina, Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires / Argentina).
- "El proceso de dilución de drogas citostáticas. El papel del enfermero (elementos y protocolo)" José Luis Spring (ASOCIART Aseguradora de Riesgos del Trabajo, Hospitales Región XII PCIA. Buenos Aires / Argentina).

Esta importante presencia de la SMTBA en forma conjunta con la UCA, con trabajos de altísimo rigor científico e importante impacto para la especialidad, sirvió de prolegómeno para que Argentina presente su candidatura, a través de nuestra sociedad, para presidir ALSO por el próximo bienio. Junto a Argentina se presentó también la candidatura de la hermana Nación de Colombia. Realizándose la votación entre las organizaciones presentes habilitadas al voto, Argentina resultó electa por amplia mayoría, obteniendo por ende la Presidencia de ALSO para el período 2025-2027 y quedando a su cargo el XX Congreso, el que tendrá lugar en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Felicitamos al Comité Ejecutivo, Comisión Directiva y Autoridades académicas de la carrera de especialistas en la Pontificia Universidad Católica Argentina, por este relevante logro, que refuerza aun más el papel protagónico de la SMTBA como referente más importante de la especialidad a nivel nacional y regional.



AUDITORÍA
MÉDICA

**AUDITORÍA
MÉDICA LEGAL DE
PREEXISTENCIAS**

EN EL MARCO DEL NUEVO BAREMO
LABORAL (DECRETO 549/2025)

AUDITORÍA MÉDICA LEGAL DE PREEXISTENCIAS

en el marco del nuevo Baremo laboral (Decreto 549/2025)



Dra. Carolina Lechmann

Protesorera SMTBA

RESUMEN

La entrada en vigor del Baremo laboral Decreto 549/2025 introduce valores únicos de incapacidad y un marco más uniforme para la determinación del daño. Sin embargo, la experiencia con el Decreto 659/96 demostró que la falta de documentación adecuada de las preexistencias fue históricamente uno de los principales focos de litigiosidad, debilitando la eficacia de la Ley 24.557. Este trabajo analiza cómo la ausencia de auditoría médica interna en la gestión de preexistencias potencia la judicialización y propone un modelo de Auditoría Médica Legal Mínima Viable (AMV), basado en la verificación estandarizada de exámenes pre-ocupacionales, el cumplimiento del circuito de visado ante la SRT y la digitalización sistemática de la documentación. Se espera así reducir litigios por preexistencias, acortar la brecha entre ART y peritos judiciales y fortalecer la seguridad jurídica del sistema, consolidando a la auditoría médica legal como puente entre la medicina laboral, la normativa y la práctica judicial.

PALABRAS CLAVE

Preexistencias, baremo, visado, auditoría.

ABSTRACT - *The entry into force of the Labor Impairment Schedule (Decree 549/2025) introduces unified disability values and a more consistent framework*

for damage assessment. However, the experience with Decree 659/96 showed that the lack of proper documentation of pre-existing conditions has historically been one of the main sources of litigation, undermining the effectiveness of Law 24.557. This paper analyzes how the absence of internal medical auditing in the management of pre-existing conditions increases judicialization and proposes a Minimum Viable Legal Medical Audit (MVLMA) model, based on the standardized verification of pre-employment medical examinations, strict compliance with the SRT (Superintendence of Occupational Risks) oversight process, and systematic digital archiving of documentation. Expected outcomes include a reduction in litigation due to undocumented pre-existing conditions, a narrower gap between ART (Occupational Risk Insurers) assessments and judicial expert opinions, and strengthened legal security within the system, positioning legal medical auditing as the essential bridge between occupational medicine, current regulations, and judicial practice.

KEY WORD

Pre-existing conditions, disability schedule, validation, Audit.

I. INTRODUCCIÓN

El sistema argentino de riesgos del trabajo, regulado por la Ley 24.557, se ha apoyado históricamente en el baremo de incapacidad laboral (Decreto 659/96) como herramienta técnica para determinar el grado de secuelas derivadas de accidentes y enfermedades pro-

fesionales. Este baremo, vigente durante casi tres décadas, ofrecía un esquema de porcentajes con intervalos de valoración que otorgaban cierto margen de interpretación a los evaluadores.

Sin embargo, esa flexibilidad dio lugar a una alta variabilidad pericial, con dictámenes divergentes entre las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), las Comisiones Médicas y los peritos judiciales. Este fenómeno se tradujo en un crecimiento sostenido de la litigiosidad laboral, con miles de juicios anuales que ponen en tensión tanto la seguridad jurídica como la sustentabilidad financiera del sistema.

En este contexto, el nuevo Decreto 549/2025, que entrará en vigencia en febrero de 2026, representa un intento de ordenar y uniformar criterios. Sus principales innovaciones son la eliminación de intervalos en la cuantificación de secuelas, el establecimiento de valores únicos para cada patología y la sistematización del cálculo de incapacidad en casos de concurrencias y preexistencias.

De estos ejes, el problema de las preexistencias no documentadas se destaca como uno de los puntos de mayor conflictividad histórica. La falta de estudios preocupacionales completos, de protocolos de visado/fiscalización y de resguardo documental ha generado un terreno fértil para disputas judiciales en las que el peso de la prueba recae, muchas veces, en dictámenes periciales contradictorios.

En este trabajo se propone analizar cómo la implementación de un modelo de auditoría médica legal interna focalizada en preexistencias podría convertirse en una herramienta clave para reducir la litigiosidad en la transición del baremo 659/96 al 549/2025. El enfoque planteado busca aportar una mirada preventiva y proactiva, alineando la práctica de la medicina del trabajo con los nuevos criterios normativos y con las exigencias del ámbito judicial.

AMV

Auditoría Médica
Legal Mínima Viable

II. MARCO NORMATIVO

1) La Ley de Riesgos del Trabajo (LRT), sancionada en 1995, tuvo como espíritu fundamental proteger al trabajador, brindar previsibilidad al empleador, instalar una verdadera cultura de la prevención y reducir la judicialización de los infortunios laborales. Para ello creó un sistema mixto, financiado con aportes patronales y gestionado por Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) bajo supervisión estatal, que debía garantizar prestaciones médicas integrales, indemnizaciones económicas rápidas y programas de higiene y seguridad en los lugares de trabajo. El diseño legal buscó un delicado equilibrio: por un lado, asegurar la cobertura de accidentes y enfermedades profesionales sin demoras y con criterios uniformes; y por otro, ofrecer a los empleadores un marco de responsabilidad claro y previsible, evitando litigios interminables en la justicia laboral. La creación de las Comisiones Médicas como instancia obligatoria previa al juicio reflejó esta intención de canalizar los conflictos en un ámbito técnico-administrativo, más ágil que el judicial. En este esquema se incorporó el Decreto 659/96, que estableció el Baremo de incapacidades laborales como referencia técnica obligatoria para cuantificar el daño, con el propósito de homogeneizar criterios entre médicos laborales, ART y peritos judiciales. Sin embargo, en la práctica, el énfasis en la prevención quedó relegado y la judicialización creció debido a fallos de inconstitucionalidad sobre algunos artículos centrales, como los topes indemnizatorios o la competencia exclusiva de las comisiones. De este modo, aunque el espíritu de la LRT fue

avanzar hacia un sistema equilibrado, sostenible y preventivo, su implementación terminó tensionada por la débil documentación médica, la falta de controles y la tendencia creciente a resolver conflictos en sede judicial.

2) El Decreto 659/96 (baremo histórico), reglamentario de la LRT, estableció el baremo de incapacidad laboral.

Características principales:

Cada lesión o secuela estaba definida con intervalos porcentuales (ej.: 10–15%).

El evaluador debía seleccionar el valor más adecuado dentro de ese rango.

Incorporaba factores de ponderación:



Permitía cierta flexibilidad para contemplar la singularidad de cada caso.

Limitación central: esa flexibilidad se convirtió en fuente de variabilidad pericial, con discrepancias significativas entre ART, Comisiones Médicas y peritos judiciales. En la práctica, generó una creciente litigiosidad que sobrecargó el sistema.

3) El Decreto 549/2025 (nuevo baremo laboral) publicado en el Boletín Oficial en agosto de 2025, con entrada en vigencia en febrero de 2026, reemplaza al 659/96 y constituye un hito normativo.

Sus principales innovaciones son:

VALORES ÚNICOS EN LUGAR DE INTERVALOS.

Cada patología tiene un porcentaje fijo, eliminando la discrecionalidad en la elección del rango.

• DEFINICIÓN PRECISA DE SECUELA.

Se considera cualquier condición persistente tras agotar tratamiento, o jurídicamente consolidada.

• METODOLOGÍA DE CONCURRENCIAS.

El decreto detalla cómo combinar varias secuelas, reduciendo márgenes de interpretación.

• METODOLOGÍA DE PREEXISTENCIAS.

Reafirma que debe calcularse la incapacidad total y restar la preexistente.

Establece reglas claras para el tratamiento de preexistencias en un mismo aparato o en distintos.

• FACTORES DE PONDERACIÓN REVISADOS.

Se mantienen T, C y R, aunque con límites más estrictos y ejemplos aclaratorios.

4) Normativa complementaria de la SRT sobre preexistencias.

La Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), en su rol de organismo rector del sistema argentino de riesgos del trabajo, ha desarrollado una normativa complementaria que regula el visado y la fiscalización de exámenes médicos, incluyendo los preocupacionales donde se detectan preexistencias. Además, documentos de consulta pública de la SRT destacan que, como parte de las funciones de las Comisiones Médicas, se encuentra precisamente el visado de preexistencias detectadas mediante el examen preocupacional, trámite que debe iniciar el empleador o la ART ante la Oficina de Homologación y Visado (OHV) en un plazo máximo de 30 días desde el examen preocupacional.

Según el caso: Visado: cuando la preexistencia se acredita únicamente con estudios complementarios y Fiscalización: cuando requiere examen físico del postulante.

Solo las preexistencias visadas o fiscalizadas son plenamente oponibles ante Comisiones Médicas y tribunales.

Esto significa que un estudio aislado (ej. radiografía o audiometría) no basta por sí solo para proteger al empleador o ART: debe estar documentado y visado/fiscalizado para tener valor legal.

En resumen, el marco normativo vigente configura una transición crítica: de un baremo flexible y litigioso (659/96) hacia un baremo rígido y uniforme (549/2025). En este escenario, la gestión auditada de preexistencias se convierte en un eje estratégico para reducir conflictos judiciales y dar seguridad jurídica al sistema.

III. LITIGIOSIDAD ACTUAL

1) TENDENCIA GENERAL DE LOS JUICIOS.

En mayo de 2025, las estadísticas de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) muestran que se registraron 11.758 juicios por mes, apenas algo menores que los 12.302 de mayo de 2024, y superiores a los 11.466 de 2023.

A nivel anual, según la Unión de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (UART), en 2023 se iniciaron 117.348 demandas, y durante 2024 ese número creció un 6,8 %, alcanzando los 125.842 nuevos juicios. Las proyecciones para 2025 indican que se llegaría a 132.100 juicios, lo que marcaría un nuevo récord, equivalente a un aumento de casi el 70 % respecto de 2018, cuando se registraron menos de 80.000 demandas.

Este crecimiento sostenido ha impulsado a algunos medios a hablar de una verdadera “industria del juicio”: se estimó que la litigiosidad le costó al sector privado 400 millones de dólares en 2023, y que hoy se alcanzan valores que superan los \$2,1 billones por año, es decir, \$4 millones por minuto, según cálculos de la UART.

2) PRINCIPALES CAUSAS DE LITIGIO.

Los motivos más frecuentes de judicialización en el sistema de riesgos del trabajo en Argentina se concentran en algunos ejes reiterados. La mayor proporción de juicios se origina en discrepancias sobre el porcentaje de incapacidad otorgado, donde las diferencias entre los dictámenes de las ART o de las Comisiones Médicas y las pericias judiciales alimentan la conflictividad. A esto se suma la amplia cantidad de reclamos vinculados a enfermedades profesionales no listadas en los decretos reglamentarios, como lumbalgias, hernias de disco, patologías vasculares, cardiovasculares o de salud mental, que los tribunales terminan reconociendo como de origen laboral pese a no estar tipificadas. El daño psíquico constituye otro foco de litigios, ya que los baremos tradicionales no lograban reflejar su magnitud ni su impacto funcional, generando diferencias sustanciales entre lo que reconocía la aseguradora y lo que luego dictaminaban los peritos. Un punto particularmente sensible son las preexistencias mal documentadas en los exámenes preocupacionales: la falta de registros fehacientes impide su oponibilidad y provoca que muchas secuelas sean atribuidas al trabajo, aun cuando existían previamente. Finalmente, los reclamos por actualización de indemnizaciones, sumados a cuestionamientos procedimentales vinculados con la competencia de las Comisiones Médicas o los plazos administrativos, también han contribuido a la elevada judicialización. En conjunto, estos factores explican por qué la litigiosidad ha crecido de manera sostenida en los últimos años y refuerzan la necesidad de fortalecer mecanismos de auditoría médica legal que aporten mayor seguridad jurídica y homogeneidad de criterios.

3) PREEXISTENCIAS COMO EJE DE CONFLICTO

El artículo 6, inciso 3, apartado b) de la LRT establece que las enfermedades o deficiencias



preexistentes no son resarcibles. Sin embargo, para que la preexistencia sea oponible, la normativa exige:

Haber sido detectada en el preocupacional.

Haber sido visada o fiscalizada por la SRT dentro del plazo reglamentario.

En la práctica, muchas empresas realizan estudios preocupacionales sin completar el

trámite administrativo correspondiente. Como consecuencia:

En la Comisión Médica, la ART puede intentar descontar un porcentaje por preexistencia.

Pero en sede judicial, el perito no encuentra constancia validada por SRT y atribuye la totalidad de la incapacidad al accidente laboral.

Esto deriva en un incremento del porcentaje

de incapacidad reconocido y, por ende, en mayores indemnizaciones y litigiosidad.

4) EJEMPLOS TÍPICOS DE LITIGIOSIDAD VINCULADA A PREEXISTENCIAS.

Hipoacusia: sin audiometría preocupacional visada, la pérdida auditiva se considera íntegramente laboral.

Lumbalgias y hernias discales: sin imágenes de base documentadas, la lesión se imputa al trabajo, aunque existieran cambios degenerativos previos.

Hipertensión y cardiopatías: sin registro clínico inicial homologado, la patología se confunde con factor laboral.

Trastornos psiquiátricos: sin evaluación psicológica previa, se judicializa la causalidad laboral de síntomas crónicos.

5) RIESGO EN LA TRANSICIÓN AL BAREMO 549/2025.

El primer riesgo es la coexistencia temporal de criterios distintos. Mientras los siniestros previos al 1o de febrero de 2026 se seguirán evaluando con el baremo anterior, los posteriores se ajustarán al nuevo, lo que puede derivar en confusión, desigualdad en fallos y estrategias judiciales que busquen aplicar el régimen más favorable.

Un segundo riesgo se vincula con la formación y adaptación de los profesionales intervinientes. Los médicos de las ART, las Comisiones Médicas y los peritos judiciales deberán ajustar su práctica a nuevos valores únicos de incapacidad, y en la etapa inicial pueden surgir discrepancias en la interpretación y aplicación, lo que incrementaría transitoriamente la litigiosidad.

También existe un riesgo derivado de la opacidad de preexistencias. El baremo 549/2025 no modifica la obligación de contar con documentación fehaciente visada por la SRT; por lo

tanto, aquellas empresas y aseguradoras que no tengan protocolos sólidos de auditoría seguirán expuestas a reclamos, y la transición puede visibilizar aún más estas falencias.

Otro punto crítico es la posible brecha entre dictámenes administrativos y judiciales. Los jueces no están obligados a aplicar el baremo oficial con la misma rigidez que las Comisiones Médicas, lo que puede mantener —o incluso aumentar en el corto plazo— las diferencias entre lo que resuelve la vía administrativa y lo que fallan los tribunales. Finalmente, la transición trae consigo el riesgo de impacto económico. Al establecer valores únicos, en algunos casos la indemnización reconocida podría resultar mayor que en el baremo previo, generando tensiones financieras para ART y empleadores, lo cual también puede traducirse en mayor conflictividad.

IV. AUDITORÍA MÉDICA LEGAL COMO SOLUCIÓN

1) CONCEPTO Y FINALIDAD.

La auditoría médica legal aplicada a la medicina del trabajo se entiende como un proceso sistemático y documentado que: Evalúa la calidad y completitud de los exámenes médicos laborales. Verifica el cumplimiento de la normativa vigente (SRT, LRT, baremo). Asegura la trazabilidad clínica y jurídica de los hallazgos. Su finalidad es prevenir conflictos, reducir la variabilidad pericial y aportar evidencia técnica sólida tanto en sede administrativa como judicial.

2) AUDITORÍA MÍNIMA VIABLE (AMV) EN PREEXISTENCIAS.

Se propone un modelo sencillo pero efectivo de auditoría interna, adaptable a cualquier empresa o ART, con tres ejes principales:

Eje 1 - Control de exámenes preocupacionales.
Lista de chequeo obligatoria según riesgos

del puesto (ej. audiometría en ruido, radiografía de columna en tareas de carga).

Verificación de que los estudios cumplen estándares técnicos (equipos calibrados, protocolos validados).

Evaluación periódica de calidad mediante auditorías internas o externas.

Eje 2 - Visado y fiscalización ante la SRT Alarma administrativa para cumplir el plazo de 30 días desde el preocupacional.

Procedimiento estandarizado: qué documentos presentar, quién inicia el trámite, cómo se notifica al trabajador.

Seguimiento del estado del visado/fiscalización hasta su resolución definitiva.

Eje 3 - Resguardo y trazabilidad digital Digitalización inmediata de estudios y dictámenes. Incorporación en un repositorio central seguro, con acceso controlado para auditoría.

Generación de reportes automáticos que permitan presentar la documentación en Comisiones Médicas o tribunales sin pérdida de tiempo ni papeles.

3) EJEMPLO ILUSTRATIVO: HIPOACUSIA

Sin auditoría: preocupacional sin audiometría → ART rechaza por preexistencia “probable” → perito judicial no encuentra documentación → se reconoce el 100% como laboral → litigio.

Con auditoría: audiometría preocupacional visada y archivada digitalmente → incapacidad actual. 20% → se descuenta 3% de preexistencia → se reconoce 17% como laboral → acuerdo técnico, sin litigio.

4) BENEFICIOS ESPERADOS

Reducción de juicios: mayor proporción de casos resueltos en sede administrativa.

Disminución de la brecha ART–perito judicial en porcentajes de incapacidad.

Seguridad jurídica: claridad para trabajadoras, empleadores y aseguradoras.

Protección de la sustentabilidad del sistema: evita pagos indebidos y mantiene la confianza en la Ley de Riesgos del Trabajo.

5) RELEVANCIA EN EL NUEVO BAREMO 549/2025

Con la eliminación de intervalos y la fijación de valores únicos, cada punto porcentual cobra más peso. En este nuevo escenario:

Una preexistencia correctamente registrada puede significar la diferencia entre un dictamen consensuado y un litigio costoso.

La auditoría se convierte en el puente que une la práctica médica laboral con la exigencia legal y judicial, alineando criterios y previniendo conflictos.

V. DISCUSIÓN

1) FORTALEZAS DEL MODELO DE AUDITORÍA.

El enfoque propuesto —centrado en la auditoría médica legal de preexistencias— tiene varias ventajas:

Prevención en lugar de reacción: no espera a que surja el conflicto judicial, sino que lo anticipa en la etapa del preocupacional.

Bajo costo relativo: se basa en procedimientos ya obligatorios (exámenes, visado) y solo agrega control, digitalización y seguimiento.

Alta aplicabilidad: puede implementarse tanto en grandes empresas como en pymes y ART.

Impacto directo en la litigiosidad: ataca un punto históricamente conflictivo (preexistencias), alineando la evidencia médica con la legalidad vigente.

2) LIMITACIONES Y DESAFÍOS.

Pese a su potencial, el modelo enfrenta algunas dificultades prácticas:

Desconocimiento o resistencia de empleadores: muchos consideran el visado/fiscalización como una carga burocrática.

Capacidad operativa de la SRT: el volumen de trámites podría generar demoras si no se refuerzan recursos.

Digitalización desigual: no todas las empresas cuentan con sistemas de historia clínica digital laboral.

Falta de cultura de auditoría: en salud ocupacional, la auditoría interna aún no está tan arraigada como en otras áreas médicas (ej. hospitalaria).

3) RIESGOS SI NO SE IMPLEMENTA.

Si la auditoría no se aplica, el Decreto 549/2025 corre el riesgo de repetir los mismos problemas del 659/96:

Preexistencias no oponibles → incapacidad reconocida al 100%.

Juicios prolongados con indemnizaciones elevadas. Erosión de la confianza en la LRT.

Sobrecarga del sistema judicial y pérdida de sustentabilidad financiera.

4) PERSPECTIVA A FUTURO.

Aunque este trabajo se focaliza en preexistencias, se identifican otras dos áreas críticas que deberían ser objeto de auditoría en un futuro cercano:

Daño psíquico: alta variabilidad diagnóstica y pronóstica.

Documentación de la exposición laboral: insuficiencia de pruebas objetivas de causalidad (ergonomía, dosimetrías, agentes biológicos).

El abordaje de estos ejes, junto con la auditoría de preexistencias, permitiría un modelo integral de control de calidad en medicina laboral, con fuerte impacto en la litigiosidad.

5) VALOR ESTRATÉGICO.

En última instancia, la auditoría médica legal no es solo una herramienta técnica: es un instrumento de gobernanza que protege simultáneamente:

Los derechos de los trabajadores, al garantizar diagnósticos claros y transparentes.

Los intereses de los empleadores y ART, al aportar pruebas oponibles y trazables.

La sustentabilidad del sistema, al reducir juicios y costos innecesarios.

VI. CONCLUSIONES

La transición del baremo histórico (Decreto 659/96) al nuevo baremo laboral (Decreto 549/2025) representa una oportunidad única para reducir la discrecionalidad pericial y fortalecer la seguridad jurídica en el sistema argentino de riesgos del trabajo. Sin embargo, la experiencia acumulada muestra que la mera existencia de un baremo normativo no basta para disminuir la litigiosidad si no se acompaña de una adecuada gestión de preexistencias.

La falta de exámenes preocupacionales completos, la ausencia de trámites de visado o fiscalización ante la SRT y la deficiente trazabilidad documental han sido históricamente el principal talón de Aquiles del sistema, dando lugar a miles de juicios en los que incapacidades con componente previo se reconocieron como íntegramente laborales.

En este escenario, la implementación de una Auditoría Médica Legal Mínima Viable (AMV), centrada en tres acciones simples y concretas — control de preocupacionales, cumplimiento estricto de visado/fiscalización y resguardo digital trazable— constituye una estrategia eficaz, factible y de bajo costo para prevenir conflictos.

Los beneficios esperados incluyen:

Reducción de la brecha entre dictámenes de ART y peritos judiciales.

Disminución de la tasa de juicios, con impacto positivo en la sustentabilidad del sistema.

Mayor transparencia y seguridad jurídica, tanto para trabajadores como para empleadores.

Si bien otros focos de litigiosidad —como el daño psíquico y la prueba de exposición laboral— deberán ser abordados en el futuro mediante nuevas líneas de auditoría, este trabajo propone que la gestión auditada de preexistencias sea el punto de partida prioritario.

En definitiva, la auditoría médica legal no debe entenderse como un proceso meramente burocrático, sino como una herramienta estratégica de salud ocupacional que actúa como puente entre la práctica médica, el marco normativo y el ámbito judicial. Su correcta implementación permitirá que el Decreto 549/2025 cumpla su verdadero propósito: disminuir la litigiosidad y fortalecer la sustentabilidad del sistema de riesgos del trabajo en la Argentina.

VII. CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no poseer conflictos de interés en relación con el contenido de este trabajo.

VIII. REFERENCIAS

- 1) Congreso de la Nación Argentina. Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo. Boletín Oficial de la República Argentina. 13 sep 1995.
- 2) Poder Ejecutivo Nacional. Decreto 659/96. Baremo de incapacidades laborales. Boletín Oficial de la República Argentina. 24 jun 1996.
- 3) Poder Ejecutivo Nacional. Decreto 549/2025. Nuevo Baremo laboral. Boletín Oficial de la República Argentina. 4 feb 2025.

4) Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Resolución SRT N.º 43/97. Procedimientos para homologación y visado de incapacidades. Boletín Oficial de la República Argentina. 1997.

5) Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Resolución SRT N.º 432/99. Manual de Procedimientos para el visado de exámenes médicos laborales. Boletín Oficial de la República Argentina. 1999.

6) Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Resolución Conjunta SRT N.º 58/98. Oficinas de Homologación y Visado (OHV). Boletín Oficial de la República Argentina. 1998.

7) Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Estadísticas de litigiosidad laboral. Disponible en: <https://www.srt.gob.ar> [Acceso 22 ago 2025].

8) Unión de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (UART). Informe sobre litigiosidad en riesgos del trabajo. Disponible en: <https://www.uart.org.ar> [Acceso 22 ago 2025].

9) Infobae. Juicios laborales: estiman que la litigiosidad por riesgos del trabajo le costó al sector privado USD 400 millones en 2023. Infobae [Internet]. 27 ago 2024. Disponible en: <https://www.infobae.com>

10) 100% SEGURO. Los juicios por riesgos del trabajo crecieron casi 7% en 2024. 100seguro.com.ar [Internet]. 20 dic 2024. Disponible en: <https://100seguro.com.ar>

11) Agencia DIB. Récord de juicios por accidentes laborales: superarían los 132.000 en 2025. Agencia DIB [Internet]. abr 2025. Disponible en: <https://dib.com.ar>



PREVENCIÓN Y DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE COLON

LA PREVENCIÓN COMO ESTRATEGIA CLAVE EN EL ÁMBITO LABORAL

ALIANZA



SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
ARGENTINA

Prevención y detección temprana del cáncer de colon

Alianza Fundación Gedyt y la SMTBA

LA PREVENCIÓN COMO ESTRATEGIA CLAVE EN EL ÁMBITO LABORAL

En el ámbito de la Salud Ocupacional, uno de los objetivos fundamentales es la prevención y la detección temprana de patologías que impactan directamente en la calidad de vida de los trabajadores. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cánceres con mayor incidencia global son el de mama, el de pulmón y el colorrectal. Este último, además, ocupa el segundo lugar en mortalidad por cáncer a nivel mundial.



En la Argentina, el panorama es alarmante:

- Cada año se diagnostican más de 15.500 nuevos casos de cáncer de colon (CCR).
- Representa cerca del 10% de todos los tumores malignos en el país.
- Es responsable de aproximadamente 7.500 muertes anuales, lo que equivale a 22 fallecimientos por día.
- El 70-75% de los casos ocurren en población sin antecedentes familiares, lo que refuerza la necesidad del tamizaje universal.

A pesar de estas cifras, los estudios de pesquisa aún son poco frecuentes: se estima que menos de la mitad de la población en edad de riesgo (45 años o más) se realiza controles periódicos. Esto contrasta con países como Estados Unidos, donde la implementación sistemática de programas de screening ha logrado reducir la mortalidad por CCR en más de un 30% en las últimas dos décadas.

CUADRO COMPARATIVO: CÁNCER DE COLON EN ARGENTINA Y EL MUNDO

INDICADOR	ARGENTINA	ESTADOS UNIDOS	EUROPA OCCIDENTAL	PROMEDIO MUNDIAL
Casos nuevos por año	+15.500	+150.000	+375.000	1,9 millones
Muertes anuales	7.500	52.000	+170.000	935.000
Mortalidad diaria	22	140	465	2.560
Edad de inicio de screening	45 años	45 años	50 años (tendencia a bajar a 45)	Variable
Reducción de mortalidad (últimas 2 décadas)	<5%	>30%	>25%	Estancada en países sin programas de pesquisa

Fuente: OMS, Sociedad Americana de Oncología, registros nacionales.

Entrevista

Dr. Luis Ernesto Caro

Especialista en Gastroenterología y Endoscopia Digestiva (UBA).
Especialista en Medicina del Trabajo (UBA)
Director General de GEDYT S.A. y Presidente de Fundación Gedyt.
Jefe de Gastroenterología del Instituto Alexander Fleming.
Director de la Carrera de Endoscopia Digestiva en la UBA (sede GEDYT).
Chairman del Comité de Screening de Cáncer Colorrectal para Latinoamérica de la World Endoscopy Organization (WEO).
Secretario Permanente de la Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva (SIED).



- ¿Cuál es la situación epidemiológica actual del cáncer de colon en nuestro país, tanto en frecuencia como en mortalidad?

Tenemos cifras de mortalidad realmente altas, aproximadamente 22 fallecimientos por día. Es un número comparable al de muertes por accidentes viales. Sin embargo, los accidentes viales reciben mucha más difusión mediática, tal vez por el dramatismo y la inmediatez de la noticia.

En cáncer de colon, en cambio, todavía estamos a años luz de romper esa barrera del desconocimiento. De hecho, probablemente pronto alcancemos las **7.500 muertes anuales**.

En Medicina del Trabajo aprendimos a cuantificar no solo la morbimortalidad, sino también las secuelas de invalidez en los trabajadores. Lo que no sabemos aún es cuántos pacientes que sobreviven al cáncer de colon quedan con secuelas invalidantes. Esa es una parte del iceberg que todavía permanece oculta.

- ¿Qué conclusiones podemos sacar respecto a la incidencia según sexo y edad?

Hay diferencias entre lo que ocurre en Argentina y lo que vemos en países del primer mundo. En nuestro país, la aparición del cáncer de colon es cada vez más frecuente en gente joven, lo que conocemos como early cancer (estadios 0, I o II), donde la enfermedad aún no se diseminó y las chances de curación superan el **90%**.

Hoy se acepta que desde los **45 años deberían iniciarse las pesquisas**. En el primer mundo, también crece la detección en personas más jóvenes.

Por otro lado, la incidencia sigue siendo alta en mayores de 60 años. Sabemos que un pólipo puede tardar entre **7 y 10 años en transformarse en un cáncer de colon**. Si lo detectamos a tiempo, podemos reducir muertes. Esa es la explicación de por qué la mortalidad en EE.UU. bajó de manera sustancial: se detectan y extirpan pólipos antes de que progresen.

- ¿Cuáles son los motivos de la aparición de pólipos?

Existen causas **genéticas** y otras **adquiridas**. Los americanos enfatizan más en lo adquirido. Un ejemplo concreto: ciertos ultraprocesados, como golosinas y gomitas de colores, fueron retirados del mercado porque se probó su asociación con el cáncer de colon. Lo mismo ocurre con los azúcares refinados y los alimentos ultraprocesados en general.

- ¿Cuál es la situación en términos de prevención y conocimiento en la población?

Un estudio de nuestra Fundación reveló que casi la mitad de la población en edad de riesgo nunca se había hecho estudios, en gran medida por desconocimiento o porque su médico nunca los indicó.

Hace unos 15 años hicimos un sondeo en el Congreso de Medicina Interna: de personas de más de 50 años, solo el **35% se había hecho algún estudio colónico**. Recuerdo casos de pacientes de 60 años que respondían: “Es la primera vez que me lo preguntan”.

Incluso en campañas recientes, como en Misiones, muchos decían: “Mi médico me conoce de toda la vida y nunca me indicó nada porque en mi familia no hubo antecedentes”. El problema es que el **75% de los casos ocurre en personas sin antecedentes familiares de cáncer de colon**. Solo el 25% se explica por enfermedades inflamatorias intestinales, poliposis múltiples o genética (2-3%).

- ¿Cuánto tiempo tarda un pólipo benigno en convertirse en cáncer de colon?

En promedio, entre **7 y 10 años**. Los pólipos pueden ser pediculados o planos; estos últimos son más difíciles de detectar.

Si el pólipo se reseca de manera completa y prolija, el control es a los **3 años**. Si la resección fue incompleta, se controla a los **6 meses**. Aproximadamente un **10% desarrolla nuevos pólipos**.

La calidad de la colonoscopia es crucial: debe hacerse con equipos de última generación en HD. En la práctica, en Argentina y Uruguay (los dos países con mayor incidencia de cáncer de colon en Sudamérica), **más del 95% de los pacientes son controlados a los 5 años, no a los 10, por la alta sospecha de lesiones subdiagnosticadas**.

- ¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes y qué recomendaciones generales se pueden dar?

Todo lo que produzca inflamación intestinal o corporal:

- **Factores de riesgo:** ultraprocesados (facturas, alfajores), exceso de azúcares o gluten, carnes ahumadas y conservadas (nitritos → nitrosaminas), tabaco, alcohol y sedentarismo.
- **Factores protectores:** fibras (frutas, verduras, cereales integrales), legumbres, actividad física regular, hidratación y una dieta con menos carnes rojas.

El objetivo es claro: evitar la inflamación crónica y promover un estilo de vida saludable.



FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
Ultraprocesados (facturas, alfajores, golosinas)	Fibra (frutas, verduras, cereales integrales)
Exceso de azúcares	Legumbres
Carnes ahumadas y conservadas (nitritos → nitrosaminas)	Actividad física regular
Tabaco	Hidratación adecuada
Alcohol	Menor consumo de carnes rojas
Sedentarismo	Estilo de vida saludable

- ¿Qué exámenes de screening están disponibles en el ámbito laboral?

En muchas empresas sugerimos que toda persona de más de 45 años sea derivada a colonoscopia. Pero como herramienta práctica, el FIT (test inmunológico de sangre oculta en materia fecal) es el más costo-efectivo:

- Es fácil de usar (kit domiciliario).
- Detecta cantidades mínimas de sangre.
- Permite derivar solo a los casos positivos.
- Reduce el ausentismo laboral.

Es un método ideal para campañas en empresas. Eso sí: hay que realizar siempre una buena anamnesis para identificar pacientes con factores de alto riesgo que requieran colonoscopia directa.



— ¿Qué son la colonoscopia virtual y las pruebas de ADN?

La **colonoscopia virtual** (colonografía por tomografía) es útil cuando no se puede completar una colonoscopia convencional, ya sea por un ángulo complicado o una lesión obstructiva. Se hace con aire o CO2, y el paciente permanece despierto. En cuanto a las **pruebas de ADN y biopsia líquida**, son estudios muy costosos (USD 350-500), pero con altísima especificidad (98%). No se usan para pesquisa, sino para **seguimiento de pacientes ya tratados por cáncer de colon** (operados, irradiados o con quimioterapia).

- ¿Qué significa aumentar la ingesta de fibras?

Se refiere a incorporar **hortalizas, frutas y verduras**.

- Fibras hidrosolubles (aportan agua al colon): zapallo, zanahoria, boniato, zapallo anco.
- Fibras insolubles: lechuga, acelga, espinaca y otras de hoja verde.

En pacientes que no consumen suficiente fibra, se puede recurrir a suplementos como el **psyllium**.

La microbiota intestinal también juega un papel protector: lactobacillus y otras bacterias “buenas” forman parte de la barrera de defensa contra la carcinogénesis.

- ¿Cada cuánto se indica seguimiento con colonoscopia en pacientes sin antecedentes?

Las guías internacionales actuales recomiendan iniciar el screening a los **45 años**, no a los 50 como antes.

En Argentina, el 95% de los pacientes vuelve al control a los **5 años**, incluso con colonoscopia normal, por la alta incidencia local. En otros países, puede espaciarse hasta 10 años.



Octubre

AGENDA DE EVENTOS



CUANDO	TIPO DE EVENTO	TÍTULO	DÓNDE	SITIO WEB
02 OCTUBRE 2025	EVENTO ICOH	ROUND TABLE: WORK-RELATED OPHTHALMOLOGIC DISEASES	GOIANIA, BRAZIL	https://www.icohweb.org/site/ events.asp
03 OCTUBRE 2025	EVENTO ICOH	OCCUPATIONAL MEDICINE: REMEMBER, LEARN AND TRASCEND	WEBINAR VIA ZOOM	https://www.icohweb.org/ site/multimedia/events/ pdf/OM%20Remember%20 Learn%20and%20 Trascend%20flyer.pdf
06 - 07 OCTUBRE 2025	 EVENTO ICOH <i>Biohazards and Occupational Health</i>	BIOHAZARDS AT THE WORKPLACE - MAGNITUDE OF THE PROBLEM AND POTENTIAL SOLUTIONS	HAMBURG, GERMANY	https://scboh2025.com/ (S(cxcen0hm4dg5pk5sgw- qroa50))/Start
06 - 09 OCTUBRE 2025	EVENTO ICOH EPICOH25	PREVENTING OCCUPATIONAL DISEASE - 30TH EPICOH CONFERENCE	UTRECHT, THE NETHER- LANDS	https://epicoh2025.com
29 OCTUBRE 2025	OTROS EVENTOS OSH  IEA International Ergonomics & Human Factors Association	INFORMAL WORK IN LATIN AMERICA: ERGONOMICS PERSPECTIVES AND EXPERIENCES FROM BRAZIL	WEBINAR VIA ZOOM	https://www.icohweb.org/ site/multimedia/events/ pdf/030725Eng_IEA- ICOH_Informal-Work_Brazil_ webinar_Oct2025.pdf



**HAY UN
TRABAJADOR
QUE NADIE CUIDA...**

La salud emocional de los profesionales de la salud HAY UN TRABAJADOR QUE NADIE CUIDA...



Lic. Mara Diz

Lic. en Psicología con las especialidades Laboral y Clínica. Profesora de Psicosociología en la especialidad de Médico del Trabajo en UCA y Univ. del Comahue. Prof. de Ergonomía Cognitiva en el Posgrado de Ergonomía en Univ. del Comahue.

Las instituciones de salud es donde se encuentran la mayor cantidad de emociones: Ansiedad, angustia, miedo, enojo y de una intensidad difícil de encontrar todas juntas dentro de un mismo techo.

Pese a ello en la carrera de medicina no hay una sola materia sobre la vida emocional. Sobre cómo manejar las emociones intensas, tanto del paciente como las del profesional, ni cómo comunicarlas o expresarla adecuadamente. Y no importa si Ud. no trabaja en un hospital o sanatorio, alguna vez en su consultorio habrá de enfrentarse con un diagnóstico difícil de comunicar, que lo conmueve también a usted y sigue rondando en sus pensamientos durante el resto del día, mientras tiene que seguir escuchando, diagnosticando y acompañando a personas que también están sufriendo.

Hace poco en 1 sanatorio de 1er nivel de la ciudad de Bs As. me cruce con una médica de cuidados paliativos rodeada de familiares desgarrados por el dolor que significa aceptar la cercana muerte de alguien muy querido. Cuando se quedó sola me acerqué y le pregunté:

- *¿Cómo haces con todo esto?*
- *Hago terapia desde hace mucho - me respondió.*
- *¿Acá no te dan soporte con el equipo de salud mental?*
- *Olvídate. - Fue su corta pero terminante respuesta.*

El equipo de salud mental está para pacientes y familiares, no para médicos/as o enfermeros/as, otro personal del frente diario.

Y quizá usted esté pensando: si eligió esa profesión deberá saber lidiar con esas situaciones. Igual que los oncólogos, los terapeutas y todos los profesionales que eligen la medicina o la enfermería. Quizá sí, pero... durante cuánto tiempo??

¿Y si el paciente tiene la misma edad de su hijo y poner distancia es muy difícil, sino imposible? ¿Y si tiene un vínculo emocional con el paciente o con su familia construido a través del tiempo? Entonces la distancia emocional ya no es efectiva y, si lo sigue siendo, llegamos tarde porque este profesional ya tiene burnout.

Recordemos que el 1er síntoma es: **agotamiento emocional**, que como defensa da paso al siguiente: **despersonalización y cinismo** que, por supuesto, traen como consecuencia el 3er y último síntoma: **desmotivación y falta de realización personal**, porque todos los que trabajamos en salud elegimos esta profesión para ayudar, empáticamente, al que sufre y cuando dejamos de hacerlo deja de tener sentido nuestro trabajo y a veces nuestra vida.

Sabe usted que una encuesta de la Clínica Mayo sobre el riesgo de suicidio de los médicos (y seguramente podríamos incluir en esta estadística a los enfermeros/as) es de un 40

a 70% en los hombres y de 200 a 400 en las mujeres más que la media general??

Los trabajadores de salud mental tenemos una deuda con Ud. Es por ello que decidí, como psicóloga laboral, empezar a ponerle números a los indicadores de la salud emocional, y cree un breve cuestionario de algunos síntomas que pueden estar indicando niveles altos de estrés y también una guía de conductas saludables que pueden ayudar a elevar la invulnerabilidad al estrés sostenido, por supuesto bastante desierta de respuestas dado la vorágine con que se mueven.

Creo que a los profesionales de la salud los entrenaron de “chiquitos” a resistir. En una carrera exigente donde las emociones son una palabra prohibida, con residencias que exponen a los profesionales a un nivel de exigencia física y emocional para aguantar casi cualquier cosa en silencio porque: “si no aguantás, esto no es para vos”. La exigencia de formación sigue, y es extensa, y que hay que afrontarla con honorarios exiguos que llevan a seguir haciendo guardias y durmiendo poco y mal si no se logra un lugar de referencia dentro de la especialidad.

Hace poco escuchaba a una médica de 46 años, de 2 prepagas decir: “ya lo decidí: el año próximo no voy a hacer guardia los fines de semana, solo durante la semana, ya me lo merezco...”

O escuchar a un anestesiólogo, los que a veces se cree son los “privilegiados” de la medicina “Mara estoy tan cansado de la especialidad que quisiera largar todo y trabajar tranquilo en un consultorio de 8 de la mañana hasta las 8 de la noche”. Trabajar “tranquilo” es trabajar 12 hs!!! O atender a 35 o 40 pacientes por día haciendo diagnósticos, indicando tratamientos, con pocas horas de sueño, afrontando emociones intensas, incluido enojos y agresiones... y sin ningún apoyo emocional para afrontar esa tormenta emocional que sucede en las instituciones de salud.

La encuesta relevó la experiencia subjetiva de cientos de trabajadores de la salud en distintas especialidades —incluyendo Medicina del Trabajo, Terapistas, Residentes y otras especialidades médicas y Enfermería— respecto a indicadores de malestar físico, emocional y profesional asociados al estrés laboral crónico.

ALGUNAS TENDENCIAS CLAVE QUE EMERGEN DEL ANÁLISIS:

1. SÍNTOMAS FÍSICOS FRECUENTES

Una alta proporción de profesionales declara sufrir problemas gastrointestinales como acidez o malestar “casi todos los días”.

También es recurrente la mención de bruxismo y problemas odontológicos, un síntoma clásico de tensión sostenida.

Esto sugiere que el cuerpo es, muchas veces, el primer canal de expresión del estrés acumulado.

2. AGOTAMIENTO Y SOBRECARGA EMOCIONAL

El agotamiento al final del día y la percepción de estar estresado/a aparecen como respuestas dominantes.

Se destacan sentimientos de fracaso, miedo al error y preocupaciones persistentes indicadores de un alto nivel de ansiedad que preceden al síndrome de burnout.

3. AISLAMIENTO Y PÉRDIDA DE SENTIDO PROFESIONAL

Muchos profesionales expresan sentirse solos/as en su rol, sin posibilidad de compartir lo que sienten.

Esta soledad emocional refuerza el agotamiento y pone en riesgo la empatía con los pacientes, valor esencial en el ejercicio de la medicina.



4. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

Aparecen indicadores de irritabilidad, impulsividad y malestar general que no solo interfieren en su buen desempeño, sino que también impactan en su vida personal difícil de disociar en su estado general.

Por otra parte la ausencia de conductas que ayuden a sostener mejor las exigencias diarias son escasas o están ausentes en la mayoría como: practicar yoga o relajación, dormir 7 o más horas diarias; hacer ejercicio con regularidad, cuidar su dieta, etc. Todas indicaciones que con seguridad le harán a sus pacientes. Y más del 80% dice que sería beneficiosos contar con profesionales de salud mental, en las instituciones donde se formaron a trabajan, para que los ayuden en su desempeño profesional.

Esta encuesta revela un panorama preocupante pero valioso: el estrés laboral en el ámbi-

to de la salud no es esporádico, es estructural. No distingue entre especialidades, aunque se expresa con matices distintos según el rol profesional.

Es urgente que las instituciones de salud reconozcan el estrés como una carga laboral real, no como un problema individual. Las respuestas muestran que no se trata simplemente de “estrés pasajero”, sino de un malestar profundo que compromete tanto la salud del profesional como la calidad del sistema sanitario.

El primer paso es visibilizar esta realidad. Y el segundo, construir espacios de cuidado institucional: equipos de contención, políticas de descanso real, y una cultura organizacional que no castigue la vulnerabilidad, sino que la escuche.

Creo que tenemos un gran desafío y un largo camino por delante.

SOBRE 1000 RESPUESTAS

Especialidad	Cantidad de respuestas	% sobre el total
Otra especialidad médica	514	51,3
Medicina del Trabajo	171	17,1
Enfermería	161	16,1
Terapeuta/Emergentología/Oncología	94	9,4
Residente	60	6,0

TERAPISTA/EMERGENTÓLOGO/ONCÓLOGO

• Top10 síntomas más prevalentes		• Top 10 conductas saludables ausentes	
1. Te sientes agotado/a al final del día	97,9%	1. No practicás yoga o meditación con frecuencia	95,7%
2. Sientes que estás muy estresado/a	94,7%	2. En la institución en la que te formaste y/o trabajas, ¿cuentan con profesionales de salud mental para ayudarlos en el desempeño de su profesión?	75,5% respondieron NO
3. Tienes preocupaciones persistentes	88,3%	3. ¿Creés que es beneficioso contar con estos profesionales?	80,9% respondieron SI
4. Pierdes rápidamente la paciencia	84,0%	4. No dormís 7 horas o más diariamente	77,7%
5. Estás más impulsivo/a, agresivo/a o insatisfecho/a	83,0%	5. No cumplís con al menos 3 comidas saludables al día	66,0%
6. Tienes problemas gastrointestinales	80,9%	6. No hacés ejercicio al menos 3 veces por semana	63,8%
7. Sientes que no vas a poder, que vas a fallar	80,9%	7. No podés desconectarte del trabajo al terminar el día	61,7%
8. Te sientes profesionalmente solo/a	78,7%	8. No tenés un hobby que disfrutes con frecuencia	57,4%
9. Te sientes angustiado/a, con un nudo en la garganta	69,1%	9. No evitás hablar de trabajo al almorzar o cenar	55,3%
10. Tienes problemas odontológicos: bruxismo, gingivitis	59,6%	10. No sabés manejar o expresar adecuadamente tus sentimientos en el trabajo	43,6%

RESIDENTES

• Top10 síntomas más prevalentes		• Top 10 conductas saludables ausentes	
1. Te sientes agotado/a al final del día	100,0%	1. No practicás yoga o meditación con frecuencia	95,0%
2. Tienes preocupaciones persistentes	96,7%	2. En la institución en la que te formaste y/o trabajas, ¿cuentan con profesionales de salud mental para ayudarlos en el desempeño de su profesión?	66,7% respondieron NO
3. Sientes que estás muy estresado/a	96,7%	3. ¿Creés que es beneficioso contar con estos profesionales?	81,7% respondieron SI
4. Sientes que no vas a poder, que vas a fallar	91,7%	4. No dormís 7 horas o más diariamente	86,7%
5. Pierdes rápidamente la paciencia	91,7%	5. No cumplís con al menos 3 comidas saludables al día	80,0%
6. Estás más impulsivo/a, agresivo/a o insatisfecho/a	91,7%	6. No hacés ejercicio la menos 3 veces por semana	78,3%
7. Tienes problemas gastrointestinales	90,0%	7. No podés desconectarte del trabajo la terminar el día	76,7%
8. Te sientes profesionalmente solo/a	80,0%	8. No sabés manejar o expresar adecuadamente tus sentimientos en el trabajo	61,7%
9. Te sientes angustiado/a, con un nudo en la garganta	78,3%	9. No tenés un hobby que disfrutes con frecuencia	58,3%
10. Tienes problemas odontológicos: bruxismo, gingivitis	76,7%	10. No evitás hablar de trabajo al almorzar o cenar	53,3%

MEDICINA DEL TRABAJO

• Top10 síntomas más prevalentes		• Top 10 conductas saludables ausentes	
1. Te sientes agotado/a al final del día	93,6%	1. No practicás yoga o meditación con frecuencia	88,3%
2. Tienes preocupaciones persistentes	87,1%	2. En la institución en la que te formaste y/o trabajas, ¿cuentan con profesionales de salud mental para ayudarlos en el desempeño de su profesión?	81,3% respondieron NO
3. Sientes que estás muy estresado/a	85,4%	3. ¿Creés que es beneficioso contar con estos profesionales?	90,1% respondieron SI
4. Sientes que no vas a poder, que vas a fallar	76,6%	4. No dormís 7 horas o más diariamente	65,5%
5. Te sientes profesionalmente solo/a	74,3%	5. No hacés ejercicio la menos 3 veces por semana	62,0%
6. Estás más impulsivo/a, agresivo/a o insatisfecho/a	68,4%	6. No cumplís con al menos 3 comidas saludables al día	55,0%
7. Tienes problemas gastrointestinales	67,8%	7. No tenés un hobby que disfrutes con frecuencia	53,2%
8. Pierdes rápidamente la paciencia	67,8%	8. No podés desconectarte del trabajo la terminar el día	49,1%
9. Tienes problemas odontológicos: bruxismo, gingivitis	67,3%	9. No sabés manejar o expresar adecuadamente tus sentimientos en el trabajo	43,9%
10. Te sientes angustiado/a, con un nudo en la garganta	53,8%	10. No evitás hablar de trabajo al almorzar o cenar	36,8%

OTRA ESPECIALIDAD MÉDICA

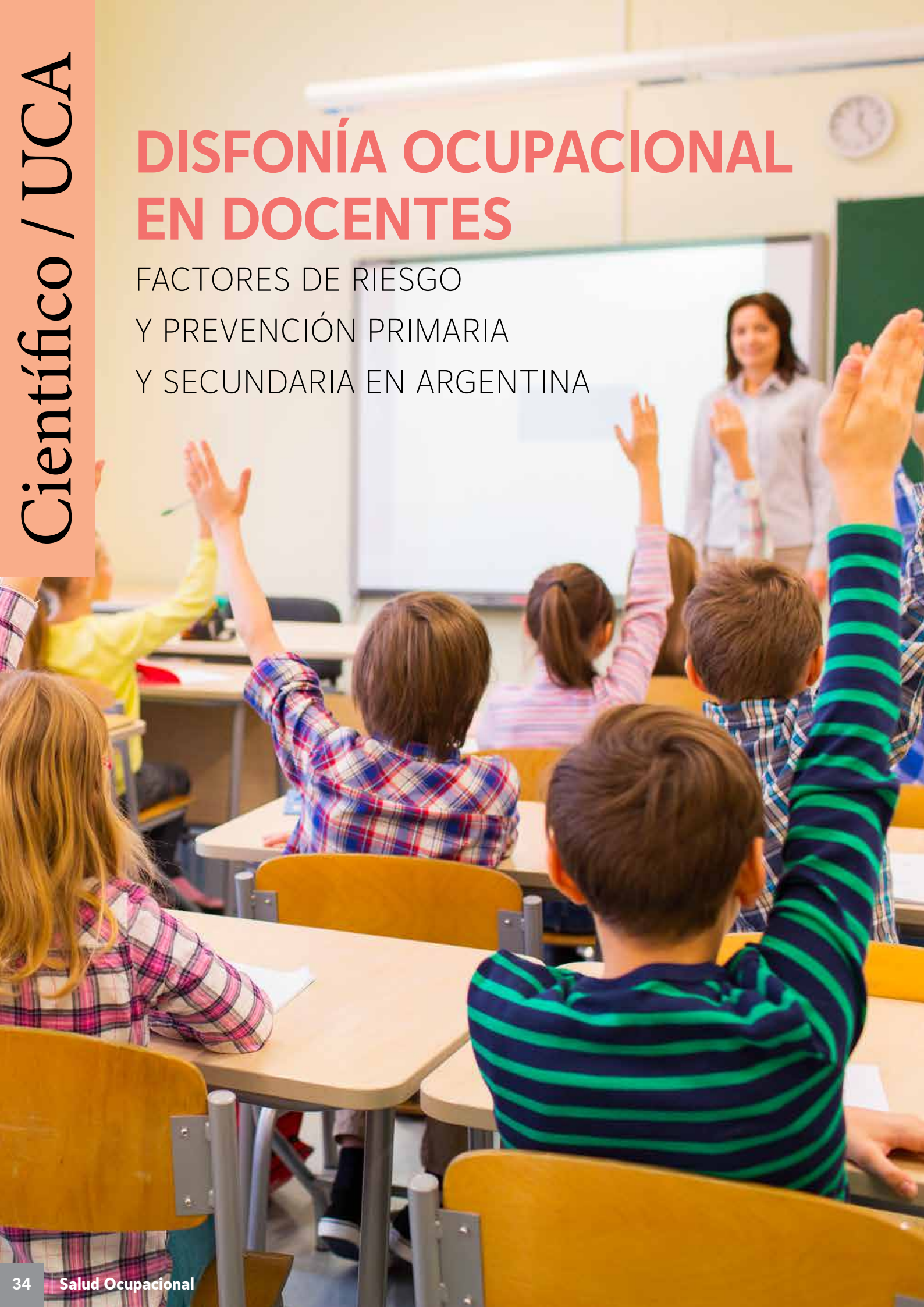
• Top10 síntomas más prevalentes		• Top 10 conductas saludables ausentes	
1. Te sientes agotado/a al final del día	96,6%	1. No practicás yoga o meditación con frecuencia	89,3%
2. Tienes preocupaciones persistentes	92,9%	2. En la institución en la que te formaste y/o trabajas, ¿cuentan con profesionales de salud mental para ayudarlos en el desempeño de su profesión?	79,9% respondieron NO
3. Sientes que estás muy estresado/a	91,3%	3. ¿Creés que es beneficioso contar con estos profesionales?	82,2% respondieron SI
4. Tienes problemas gastrointestinales	80,1%	4. No dormís 7 horas o más diariamente	68,9%
5. Sientes que no vas a poder, que vas a fallar	77,3%	5. No cumplís con al menos 3 comidas saludables al día	63,9%
6. Pierdes rápidamente la paciencia	77,2%	6. No hacés ejercicio la menos 3 veces por semana	60,3%
7. Te sientes profesionalmente solo/a	76,9%	7. No podés desconectarte del trabajo la terminar el día	54,5%
8. Estás más impulsivo/a, agresivo/a o insatisfecho/a	76,4%	8. No tenés un hobby que disfrutes con frecuencia	51,7%
9. Te sientes angustiado/a, con un nudo en la garganta	70,2%	9. No sabés manejar o expresar adecuadamente tus sentimientos en el trabajo	40,3%
10. Tienes problemas odontológicos: bruxismo, gingivitis	69,8%	10. No evitás hablar de trabajo al almorzar o cenar	38,7%

ENFERMERÍA

• Top10 síntomas más prevalentes		• Top 10 conductas saludables ausentes	
1. Te sientes agotado/a al final del día	100,0%	1. No practicás yoga o meditación con frecuencia	100,0%
2. Tienes preocupaciones persistentes	100,0%	2. En la institución en la que te formaste y/o trabajas, ¿cuentan con profesionales de salud mental para ayudarlos en el desempeño de su profesión?	83,3% respondieron NO
3. Sientes que estás muy estresado/a	100,0%	3. ¿Creés que es beneficioso contar con estos profesionales?	100,0% respondieron SI
4. Estás más impulsivo/a, agresivo/a o insatisfecho/a	100,0%	4. No dormís 7 horas o más diariamente	83,3%
5. Te sientes profesionalmente solo/a	100,0%	5. No cumplís con al menos 3 comidas saludables al día	83,3%
6. Sientes que no vas a poder, que vas a fallar	83,3%	6. No hacés ejercicio la menos 3 veces por semana	83,3%
7. Pierdes rápidamente la paciencia	83,3%	7. No podés desconectarte del trabajo la terminar el día	83,3%
8. Te sientes angustiado/a, con un nudo en la garganta	66,7%	8. No tenés un hobby que disfrutes con frecuencia	66,7%
9. Tienes problemas gastrointestinales	66,7%	9. No sabés manejar o expresar adecuadamente tus sentimientos en el trabajo	50,0%
10. Tienes problemas odontológicos: bruxismo, gingivitis	66,7%	10. No evitás hablar de trabajo al almorzar o cenar	33,3%

DISFONÍA OCUPACIONAL EN DOCENTES

FACTORES DE RIESGO
Y PREVENCIÓN PRIMARIA
Y SECUNDARIA EN ARGENTINA



DISFONÍA OCUPACIONAL EN DOCENTES: *factores de riesgo y prevención primaria y secundaria en Argentina*



Dra. María Laura Pintao

Especialista egresada
del Posgrado de Medicina del Trabajo



Dr. Claudio Taboadela

Director del Posgrado de Medicina del Trabajo
Pontificia Universidad Católica Argentina

RESUMEN

La disfonía ocupacional constituye una enfermedad profesional de alta prevalencia entre los docentes, debido al uso intensivo y prolongado de la voz como herramienta laboral. Su origen es multifactorial, y se reconoce la influencia de factores de riesgo tanto ocupacionales como no ocupacionales, los cuales pueden interactuar de forma sinérgica y contribuir al deterioro de la función vocal.

Los trastornos ocupacionales de la voz en el ámbito docente corresponden, en su mayoría, a disfonías funcionales no asociadas a lesiones anatomopatológicas de las cuerdas vocales que, si no son abordadas oportunamente mediante intervención foniatría o preventiva, pueden evolucionar hacia lesiones orgánicas, como los nódulos vocales, que agravan el cuadro clínico y complican el pronóstico.

Según la legislación y normativa vigente en Argentina, la sobrecarga del uso de la voz constituye el único factor de riesgo ocupacio-

nal reconocido. Sin embargo, otros agentes de riesgo presentes en el ambiente de trabajo —como el ruido ambiental, las bajas temperaturas, la exposición a agentes irritantes y el polvo de tiza, entre otros—, así como estilos de vida y hábitos personales inadecuados, también desempeñan un papel significativo en la aparición y progresión del daño vocal.

La prevención constituye la herramienta más eficaz para reducir la incidencia de los trastornos vocales en el ámbito docente. Las acciones de prevención primaria y secundaria deben ser integradas, coordinadas y abordadas desde una perspectiva multidisciplinaria, y para garantizar su efectividad, resulta indispensable la participación activa y sostenida de los trabajadores docentes en el diseño, implementación y seguimiento de dichas estrategias.

PALABRAS CLAVE

disfonía ocupacional - docentes - factores de riesgo - sobrecarga en el uso de la voz - prevención.

INTRODUCCIÓN

La disfonía ocupacional es una alteración de la calidad vocal que compromete la comunicación y se produce como consecuencia directa del uso profesional de la voz en el ámbito laboral.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce a los docentes como una de las categorías profesionales con mayor riesgo de desarrollar disfonías ocupacionales debido al uso continuo, constante e intensivo de la voz como herramienta principal de trabajo.

Las disfonías funcionales son alteraciones de la voz en las cuales no se observan lesiones anatomopatológicas en las cuerdas vocales ni en la laringe. Se deben al mal uso o abuso vocal sin causa orgánica evidente. Constituyen el 70% de todas las disfonías y son las más comunes en los docentes y en otros profesionales de la voz como cantantes, locutores, actores y operadores de centros de contacto y atención al cliente.

Las disfonías orgánicas son alteraciones de la voz causadas por lesiones anatómicas o estructurales inculpables en las cuerdas vocales y en la laringe, como tumores benignos o malignos, procesos inflamatorios e infecciosos, alteraciones neuromusculares o malformaciones congénitas.

Por su parte, las disfonías mixtas son aquellas disfonías funcionales no tratadas oportunamente que evolucionan a disfonías orgánicas, observándose como lesión más frecuente los nódulos de cuerdas vocales por sobreuso, lesiones benignas que reducen la probabilidad de recuperación espontánea con el reposo vocal, prolongan el tiempo de rehabilitación y en casos avanzados pueden requerir de tratamiento quirúrgico, con la posibilidad de dejar incapacidad laboral permanente por secuelas irreversibles.

En la República Argentina, el Decreto 658/96 incluye el listado de enfermedades profesiona-

les en el cual se encuentra el agente de riesgo “sobrecarga del uso de la voz” relacionado con la exposición de maestros o profesores de educación básica, media o universitaria, actores profesionales, cantantes y otros trabajadores de las artes o espectáculos y telefonistas, a quienes les corresponden las siguientes enfermedades profesionales listadas: a) Disfonía que se intensifica durante la jornada de trabajo y que recurre parcial o totalmente durante los períodos de reposo o vacaciones, sin compromiso anatómico de las cuerdas vocales, b) Disfonía persistente que no remite con el reposo y que se acompaña de edema de cuerdas vocales, y c) Nódulos de las cuerdas vocales.

MATERIAL Y MÉTODO

En el presente trabajo se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica junto con un análisis crítico del material seleccionado. Para ello, se recurrió a las bibliotecas electrónicas PubMed®, gestionada por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NLM); SciELO®, administrada de forma descentralizada por una red internacional de instituciones científicas nacionales bajo un modelo cooperativo; y Medline Ultimate®, la versión más avanzada de la base de datos MEDLINE® ofrecida por EBSCO® (Elton B. Stephens Company), diseñada para proporcionar acceso al texto completo de la mayor colección de revistas biomédicas revisadas por pares. Asimismo, se consultó la base de datos Infoleg® para la obtención de legislación y normativa argentina.

RESULTADOS

Las disfonías ocupacionales son enfermedades profesionales de origen multifactorial, en donde intervienen factores de riesgo ocupacionales y no ocupacionales.

FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES

La sobrecarga del uso de la voz constituye el principal factor de riesgo en el desarrollo de



disfonías entre los docentes. Este agente de riesgo se clasifica como disergonómico, dado que involucra la sobrecarga física de las cuerdas vocales motivada por el uso inadecuado de la voz y su abuso reiterado, llevando con el tiempo a la fatiga vocal acumulada y a la aparición de nódulos en las cuerdas vocales.

La sobrecarga vocal y el desarrollo de fatiga fonatoria guardan una relación directamente proporcional con la carga horaria semanal del docente. Este fenómeno se ve intensificado por la condición de pluriempleo que caracteriza a una gran parte del cuerpo docente, quienes deben trasladarse entre distintas instituciones educativas para cumplir con sus obligaciones laborales. Esta dinámica favorece el uso excesivo y continuo de la voz, lo que contribuye significativamente al efecto acumulativo de la fatiga vocal.

Cada nivel educativo presenta desafíos específicos vinculados tanto a la edad promedio

del alumnado como a las exigencias vocales requeridas para la transmisión efectiva de contenidos. Por ejemplo, las maestras jardineras tienen una demanda vocal muy alta y prolongada, con uso continuo de la voz en un tono elevado, con entonación expresiva y con una interacción con los alumnos de tipo lúdica, repetitiva, y con alta carga emocional, lo que expone a este colectivo de docentes a un riesgo muy alto de padecer disfonía ocupacional.

Por otra parte, la presencia de un número excesivo de estudiantes por aula incrementa significativamente los niveles de ruido ambiental, generado principalmente por conversaciones simultáneas y expresiones vocales elevadas. Esta situación obliga al docente a realizar un esfuerzo vocal adicional para impartir clases, emitir consignas, mantener la disciplina y garantizar el orden, lo que contribuye al desgaste fonatorio y eleva el riesgo de disfonías laborales. Es de destacar que, durante las vacacio-

nes, las disfonías en docentes suelen reducirse o remitir parcialmente.

A todo lo anterior, se suma la falta de entrenamiento vocal, tan frecuente entre los docentes, que constituye uno de los principales factores de riesgo en el desarrollo de disfonías ocupacionales.

Diversos estudios han demostrado que existen otros factores de riesgo ocupacionales adicionales que pueden potenciar la aparición de disfonías asociadas al mal uso y abuso vocal.

La presencia de ruido en el entorno escolar obliga al docente a incrementar la intensidad vocal para lograr una comunicación efectiva, lo cual repercute negativamente en la calidad del intercambio verbal y reduce significativamente los niveles de atención del alumnado.

Esta interferencia directa en el proceso de enseñanza-aprendizaje se ve agravada por la deficiente infraestructura acústica de las aulas, que comúnmente presentan altos niveles de reverberación y escasa insonorización. En consecuencia, el docente se ve forzado a realizar un esfuerzo vocal sostenido y excesivo para mantener la audibilidad y el control del grupo, lo que incrementa el riesgo de fatiga vocal y disfonías laborales.

El frío constituye uno de los principales agentes irritantes de las vías aéreas, con capacidad para desencadenar cuadros de laringitis aguda que pueden agravar la disfonía en los docentes. En función de ello, se recomienda mantener una temperatura en el aula entre los 20° y 23 °C durante el período invernal, y entre los 23° y 26 °C en la temporada estival,



a fin de preservar condiciones térmicas adecuadas.

La excesiva sequedad ambiental, contribuye a la deshidratación de las cuerdas vocales, lo que incrementa significativamente el esfuerzo fonatorio. Estas condiciones adversas afectan la lubricación natural del aparato fonador, favoreciendo la aparición de fatiga vocal y aumentando el riesgo de disfonías en profesionales expuestos de forma prolongada a dichos ambientes.

Los niveles excesivos de humedad en los establecimientos educativos —evidenciados por la presencia de manchas en paredes, proliferación de hongos y condensación persistente— se asocian con un incremento en la incidencia de afecciones respiratorias tales como alergias, tos irritativa, acúmulo de secreciones y disfonías. Estas condiciones ambientales no solo comprometen la salud del personal docente y del alumnado, sino que también interfieren en la calidad del proceso educativo, al afectar la capacidad comunicacional y el bienestar general dentro del aula.

La exposición a agentes irritantes como el polvo de tiza, partículas en suspensión, productos de limpieza y otros compuestos presentes en el ambiente escolar también puede generar efectos adversos sobre el aparato fonatorio. Estos elementos actúan como factores desencadenantes o agravantes de procesos inflamatorios y de deshidratación de las vías aéreas superiores, favoreciendo la aparición de disfonías en el personal docente.

En cuanto a los agentes biológicos (virus, bacterias, hongos) se debe tener en cuenta que los docentes son trabajadores que están más expuestos al contagio de infecciones respiratorias al tener contacto estrecho con niños, esto incluye patologías estacionales como los resfríos, gripes, faringoamigdalitis, laringitis, etc. Esta situación actúa como un potenciador del riesgo de desarrollar un cuadro de disfonía o perpetuarlo si ya estaba instaurado.

La actividad docente demanda un elevado rendimiento físico y psíquico, siendo el estrés uno de los principales factores asociados al desarrollo de disfonías funcionales. Este se manifiesta a través de tensiones musculares generalizadas que comprometen el funcionamiento del aparato fono respiratorio y articulador.

Las condiciones socioeconómicas desfavorables —incluyendo bajos salarios, infraestructura escolar deficiente y escaso equipamiento— dificultan el ejercicio pleno de la profesión docente. Estas circunstancias generan insatisfacción laboral y contribuyen indirectamente al deterioro de la salud vocal y general del trabajador de la educación.

FACTORES DE RIESGO NO OCUPACIONALES

Por otra parte, numerosos agentes de riesgo no ocupacionales pueden asociarse con la aparición o el agravamiento de disfonías en los docentes.

Se estima que aproximadamente el 50 % de las personas con alteraciones vocales presentan reflujo gastroesofágico. Esta condición genera afectación de la mucosa faríngea y laríngea debido a la acción irritante del contenido gástrico, cuya acidez provoca inflamación y deterioro funcional del aparato fonador. Entre los factores que favorecen su aparición se destacan los hábitos dietéticos inadecuados, como la alimentación hipergrasa e hipercalórica y el consumo excesivo de café, que alteran el equilibrio digestivo y aumentan la probabilidad de reflujo.

El consumo de tabaco constituye un factor nocivo para la salud del aparato fonador, generando congestión, edema, sequedad de la mucosa y fragilidad capilar. Asimismo, incrementa la viscosidad del moco que lubrica los pliegues vocales, lo que provoca una disminución de la frecuencia y de la intensidad vocal, entre otros efectos perjudiciales. Por otra parte, el tabaco es responsable de entre el 85% y el 94% de los casos de cáncer de laringe.

Por su parte, la ingesta de alcohol se asocia a dilataciones capilares, edema y congestión de la mucosa de la hipofaringe, supraglotis y cuerdas vocales. Este hábito incrementa la viscosidad de las secreciones y reduce el nivel de hidratación de la mucosa vocal debido a su efecto diurético, además de favorecer el reflujo gastroesofágico, lo que agrava el riesgo de alteraciones fonatorias.

Diversos fármacos pueden generar efectos deletéreos sobre las cuerdas vocales, ya sea de forma directa o indirecta, comprometiendo la funcionalidad del aparato fonador. Medicamentos como antihistamínicos, descongestivos, diuréticos, antitusígenos, antidepresivos y antiparkinsonianos inducen deshidratación de las cuerdas vocales, lo que incrementa el esfuerzo fonatorio y favorece la aparición de disfonías. Por su parte, los antihipertensivos tienden a espesar las secreciones, dificultando la adecuada lubricación vocal. Asimismo, el uso de inhaladores bronquiales con corticosteroides se asocia a una mayor predisposición al desarrollo de faringitis y micosis faríngeas, condiciones que afectan directamente la calidad vocal y el desempeño comunicacional del docente.

Los cuadros psicopatológicos como la ansiedad y la depresión instauran condiciones fisiológicas y emocionales similares, que agravan la vulnerabilidad vocal del profesional. La disfonía psicógena es un trastorno funcional de la voz de origen psicológico, en el cual no se evidencian lesiones anatómicas ni neurológicas en las cuerdas vocales o en la laringe. Su aparición está vinculada a factores emocionales, conflictos internos o estados de estrés agudo, y suele manifestarse de forma repentina.

También es muy importante tener en cuenta la disfonía social que es la alteración de la calidad vocal causada por el uso excesivo, forzado o inadecuado de la voz durante actividades sociales, recreativas o comunitarias extralaborales, como sucede con el canto informal sin técnica vocal adecuada, por ejemplo, karaoke,

concurrencia a eventos deportivos, recitales, discotecas, etc., u organización de juegos infantiles, campamentos, competencias, etc., sin que medie una causa orgánica evidente.

DISCUSIÓN

Dado que la disfonía en los docentes es una enfermedad multifactorial, la mejor estrategia para reducir su incidencia es la prevención primaria y secundaria con un abordaje multidisciplinario que incluye a médicos del trabajo, fonoaudiólogos, higienistas, otorrinolaringólogos, psicólogos, áreas de recursos humanos, Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los mismos trabajadores.

PREVENCIÓN PRIMARIA

El objetivo de la Prevención Primaria es evitar la aparición de disfonías, a través de distintas estrategias:

- a) Eliminación del riesgo a través de la reducción de la carga horaria semanal, evitando jornadas prolongadas sin pausas vocales, o de la disminución del número de alumnos por aula, dado que la menor cantidad de estudiantes reduce el ruido ambiental y la necesidad de elevar la voz;
- b) Sustitución de clases orales por actividades escritas o multimedia, utilización de materiales menos irritantes como el reemplazo de tizas por marcadores no tóxicos y pizarras digitales para evitar polvo en suspensión, y la utilización de productos de limpieza hipoalérgicos con la sustitución de químicos agresivos por alternativas que no afecten las vías respiratorias ni el aparato fonador;
- c) Realización de controles de ingeniería a través del acondicionamiento acústico como la instalación de paneles fonoabsorbentes, cortinas gruesas, alfombras y cielorrasos acústicos para reducir la reverberación, o la climatización adecuada con sistemas que regulen la temperatura (20–23 °C en invierno, 23–26 °C en verano) y humedad

relativa (40–60 %) para proteger la mucosa vocal;

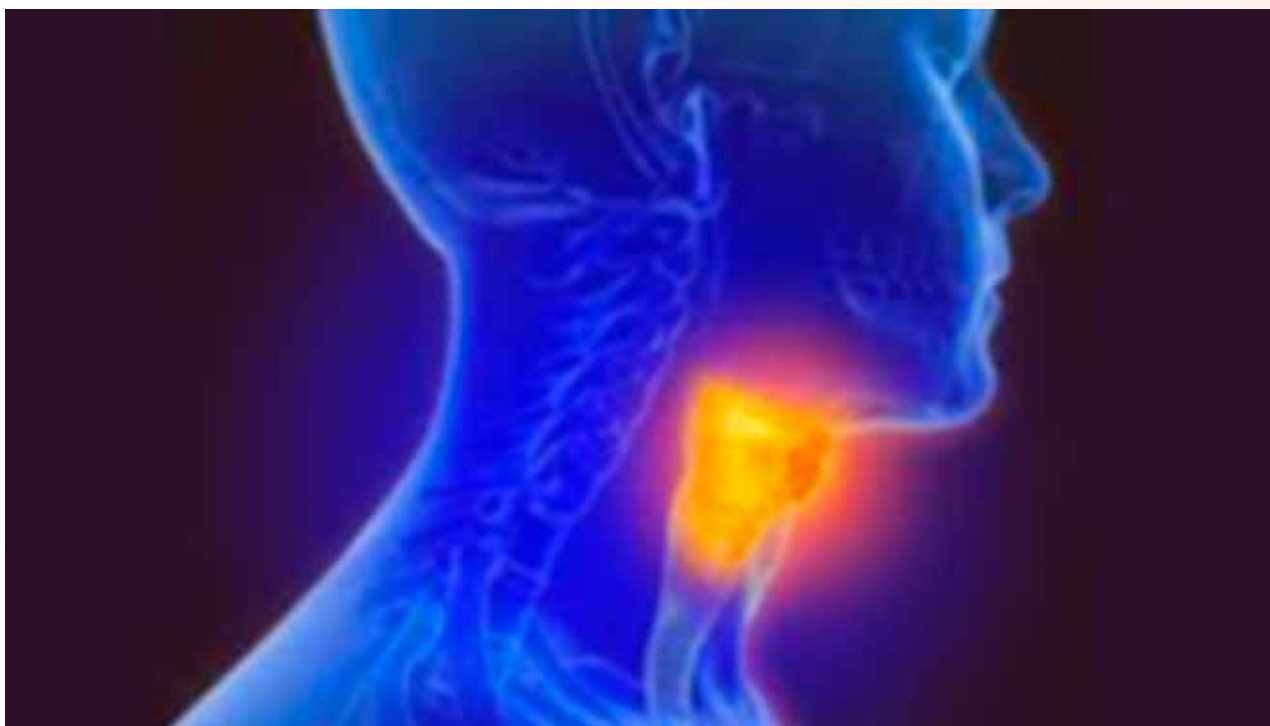
- d) Implementación de controles administrativos que incluyen la capacitación y el entrenamiento en técnica vocal, higiene vocal, respiración costo-diafragmática, impostación y uso eficiente de la voz. Las pausas vocales programadas con incorporación de descansos breves entre clases para la recuperación fonatoria son fundamentales, así como la rotación de tareas con alternancia entre actividades vocales intensas y tareas administrativas o de menor exigencia comunicacional. Además es muy importante la concientización institucional a través de campañas preventivas sobre el uso saludable de la voz, hábitos personales saludables como hidratación adecuada, alimentación adecuada, evitar el tabaco y el alcohol, la promoción del descanso vocal fuera de la horas de trabajo, el autocuidado y el uso responsable de la voz a través de talleres presenciales, cursos virtuales, entrenamiento individual, sobre todo en forma de estrategia de educación continua con la participación activa de las autoridades de la institución, los trabajadores docentes y las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo. Es de

destacar que la mayoría de los docentes no recibe formación específica en técnica vocal durante su formación ni a lo largo de su carrera profesional, por este motivo es muy importante incluir contenidos sobre salud vocal en la currícula de las carreras docentes. También es importante establecer un programa de chequeos médicos anuales a fin de prevenir la aparición de disfonías funcionales u orgánicas en docentes por la acción de agentes de riesgo no ocupacionales.

- e) Utilización de elementos de protección personal (EPP) como amplificadores de voz, uso de micrófonos personales o parlantes portátiles para evitar el esfuerzo vocal, tener botellas de agua accesibles para promover la hidratación continua como medida preventiva, en algunas ocasiones la utilización de mascarillas con filtro en ambientes polvorientos para la protección frente a partículas en suspensión que irritan la mucosa vocal, y la utilización de humidificadores personales.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

El objetivo de la Prevención Secundaria es detectar precozmente alteraciones vocales en los docentes y evitar su progresión hacia



cuadros crónicos. La prevención secundaria se efectúa a través de la vigilancia de salud de los trabajadores y de los exámenes médicos periódicos de salud.

En la actualidad, en los países desarrollados la utilización de análisis de datos (data analytics) e inteligencia artificial (IA) para predecir disfonías está revolucionando el diagnóstico precoz de las alteraciones vocales, especialmente en contextos laborales.

Con relación a la vigilancia de la salud de los trabajadores en Argentina, la Resol. SRT 905/15, la define como una función esencial de los Servicios de Medicina del Trabajo de las empresas, y sus objetivos son promover y mantener el más alto nivel de salud de los trabajadores, detectar precozmente alteraciones relacionadas con el trabajo, evaluar la aptitud psicofísica para tareas específicas, y registrar y analizar datos epidemiológicos laborales. Es función fundamental de los Servicios de Medicina del Trabajo detectar enfermedades preexistentes en el examen preocupacional obligatorio.

En cuanto a los exámenes periódicos de salud de los trabajadores, se encuentran contemplados en la Resol. SRT 37/10, son obligatorios y están a cargo de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo. Estos exámenes están orientados al riesgo, es decir, son exámenes dirigidos a prevenir la aparición de enfermedades profesionales en trabajadores expuestos. El agente de riesgo "Sobrecarga del uso de la voz" se encuentra codificado con el Código ESOP (Exámenes en Salud Ocupacional Periódicos) 80006 en la Resol. SRT 81/19. Este código se utiliza para declarar la exposición en la planilla RAR (Relevamiento de Agentes de Riesgo) que es un documento obligatorio que las empresas en Argentina deben presentar ante su Aseguradora de Riesgos del Trabajo. Su propósito es identificar y declarar los agentes de riesgo presentes en el ambiente laboral y especificar qué trabajadores están expuestos a ellos. La Aseguradora de Riesgos del Trabajo



únicamente efectuará el examen periódico de salud a los trabajadores declarados expuestos en esta planilla.

De acuerdo con la Resol. SRT 37/10, en el caso de trabajadores declarados expuestos al agente sobrecarga del uso de la voz, para el examen periódico corresponde efectuar anualmente un examen físico con orientación otorrinolaringológica donde se deberá hacer hincapié en los antecedentes ocupacionales y no ocupacionales relacionados con las posibles causas de disfonía. Se debe tener en cuenta que este examen no incluye la realización de laringoscopia directa o indirecta ni estroboscopia. Además, deberá efectuarse un cuestionario direccionado orientado a docentes cuya

actividad frente al curso tenga una cantidad de horas igual o mayor al nivel de acción DIE-CIOCHO (18) horas cátedra o TRECE horas y media (13.5) reloj por semana. En el caso de docentes que se desempeñen en diferentes establecimientos (Público/Público; Público/Privado; Privado/Privado) a los fines del cómputo de horas cátedra se deberá contabilizar la suma total que trabajen en distintos establecimientos. En estos casos, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo que corresponda al empleador donde el docente registre la mayor cantidad de horas, será la obligada a efectuar el cuestionario direccionado. También deberá especificarse el nivel educativo en donde se desempeñen las tareas (pre-primario, primario, secundario, terciario, universitario), la antigüedad en la actividad/establecimiento, y los aspectos técnicos del ambiente de trabajo (condiciones acústicas del aula, tamaño del aula, material de su construcción, presencia de ruido externo, etc.). En el caso de que, en el interrogatorio, el examen médico y el cuestionario direccionado se detecten alteraciones, deberá solicitarse una evaluación por un especialista en ORL para que defina los estudios complementarios a efectuar para confirmar o descartar el origen ocupacional de la disfonía. De confirmarse el origen ocupacional de la disfonía, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo deberá abrir un siniestro y brindar las prestaciones con un enfoque multidisciplinario, de acuerdo con el protocolo para disfonías de la Resol. SRT 389/13.

CONCLUSIONES

La disfonía constituye una enfermedad profesional listada en la República Argentina, con

alta prevalencia entre el personal docente, especialmente en niveles educativos con elevada demanda vocal. Su aparición está vinculada a factores de riesgo múltiples y complejos, tanto ocupacionales como no ocupacionales. La prevención representa la herramienta más eficaz para reducir su incidencia, y requiere un abordaje multidisciplinario con la activa participación de los trabajadores declarados expuestos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ficha Técnica de Prevención SRT ("Sobrecarga en el uso de la voz en la actividad docente"). Año 2023.
2. Informe provisorio de Enfermedades Profesionales SRT. Año 2025.
3. Resolución 389/2013. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Protocolo sobre Disfonías- Aprobación. Año 2013.
4. Acordada de CMC para disfonías. Año 2013.
5. Serra M, Serra SV, Lucini MB, Brizuela M, García MG, Curtó B. Cuidado de la salud vocal del docente. Año 2012.
6. Agostini-Zampieron M, Barlatey-Frontera C, Barlatey-Frontera MF, Arca-Fabre A. Prevalencia de disfonías funcionales en docentes argentinos. Año 2013.
7. Ré MG, Filippín C, Blasco Lucas I. Niveles de confort térmico en aulas de dos edificios escolares del área metropolitana de San Juan. Año 2017.
8. CNEA: Comisión Nacional de Energía Atómica. Buenos Aires: Instituto de Energía y Desarrollo Sustentable. Una mirada al confort y la eficiencia energética. Año 2018.
9. Ballester PJ, Bassetti G, Bonini V, Bustos Contreras M, Chaud A, Sterlaccio A. Disfonía, enfermedad profesional en docentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2013.
10. García López I, Cabrera Morín P, Casado Morente JC, Uz-canga Lacabe M. Evaluación del paciente con disfonía. Madrid. SEORL. Año 2018.
11. Herrera Ariza JLA, Castro Rojas JA. Disfonía ocupacional en docentes. Revisión de la literatura. ACORL. Año 2018.
12. FISO: Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional. La mejor forma de cuidar la voz. Año 2013.



29CSO

29° CONGRESO DE SALUD OCUPACIONAL

29CSO

20 | 21
OCTUBRE
2025

HOTEL MARRIOTT
CIUDAD DE BUENOS AIRES
ARGENTINA



SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
ARGENTINA



Dr. Gonzalo Rodriguez

Presidente 29 Congreso de Salud Ocupacional
Comisión Directiva SMTBA.

Quiero compartir con ustedes lo que fue la planificación del 29° Congreso de Salud Ocupacional de la Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires.

Comenzamos inmediatamente después de la finalización del 28° Congreso, y desde ese mismo momento nos propusimos trabajar con un enfoque doble: científico y comercial, con el objetivo de consolidar un evento de excelencia que responda tanto a las necesidades académicas como a las expectativas de sostenibilidad y proyección institucional.

Como paso principal, nos propusimos el cambio de sede, un salto de calidad en el lugar a llevarse a cabo el mismo, y para eso, como sociedad elegimos el Hotel Buenos Aires Marriott para los días 20 y 21 de octubre del corriente año.

Desde el marco científico, realizamos un análisis exhaustivo de los congresos anteriores, identificando los temas recurrentes, los emergentes y aquellos que consideramos estratégicos para el médico del trabajo y para todo el equipo de salud ocupacional. Esta revisión nos permitió diseñar ejes temáticos actualizados y de relevancia real, que reflejen los desafíos actuales del mundo del trabajo y potencien el valor del conocimiento aplicado, que será llevado a cabo por profesionales de excelencia en la salud ocupacional dentro del marco nacional como internacional.

De dicho trabajo hemos definido como ejes temáticos:

- Inteligencia Artificial (IA) en la Gestión de la Salud Ocupacional
- ICOH: Aspectos más destacados en Salud Ocupacional en la actualidad
- Salud, Seguridad y Medio Ambiente en Industrias Específicas. Experiencias en distintos sectores productivos
- Simposio de ausentismo. Actualización en Legislación y Normativas
- Presentación e-Posters Científicos
- Mesa Federal Medicina del Trabajo
- Aseguradoras de Riesgo de Trabajo
- Mesa Observatorio SMTBA

Paso a desarrollar cada eje temático:

INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA) EN LA GESTIÓN DE LA SALUD OCUPACIONAL

Dr. Angel Tomás Camacho (ORP) Algoritmos predictivos para identificar factores de riesgo. Sensores y wearables para monitoreo en tiempo real de trabajadores. Detección temprana de fatiga y estrés laboral.

Dra. Andrea Actis (AMA) La IA integrada a la salud laboral: automatización, gestión y ética

Dr. Alexander Buarque (Abbott/Asociación Paulista de Medicina del Trabajo) Aplicación de

la inteligencia artificial en los exámenes ocupacionales y en la Ergonomía.

Leonardo Pucheta (SRT) Ecosistema "Prevención 4.0." - Estándares y principios para la innovación tecnológica en el ámbito de los riesgos del trabajo.

ICOH: ASPECTOS MÁS DESTACADOS EN SALUD OCUPACIONAL EN LA ACTUALIDAD

“Simposio sobre aspectos más destacado en Salud Ocupacional en la actualidad”

Presentador: **Dr. Adolfo Hernández** (Secretario Nacional de ICOH por Argentina). Coordinador: **Dr. Claudio Taboadela** (Presidente del Comité de Visión y Trabajo – Ex miembro de la Junta Directiva de ICOH)

Presentación del Comité Científico Mujer Salud y Trabajo (ICOH). Tema: “Lo más destacado en Mujer, Salud y Trabajo”

Disertante (Presencial): **Dra. Marcela Henríquez** (Argentina) - Secretaria del Comité Científico. Comentarador (Streaming): **Dr. Igor Jesús Bello** (Venezuela) - Presidente del Comité Científico

Presentación del Comité Científico Salud Ocupacional para los Trabajadores de la Salud (ICOH). Tema: “Lo más destacado en Salud Ocupacional de los Trabajadores de la Salud”

Disertante (Presencial): **Dra. Claudia de Hoyos** (Argentina) - Secretaria del Comité Científico. Comentarios (Streaming): **Dr. Acran Salmen-Navarro** (EE. UU.) - Presidente del Comité Científico

SALUD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE EN INDUSTRIAS ESPECÍFICAS. EXPERIENCIAS EN DISTINTOS SECTORES PRODUCTIVOS

Presidente **Dr. Franco Spazzali**

Secretario **Lic. Carla Windeker**

Disertantes: **Ing. Eduardo Martínez**. Director de TI y miembro del Board de Raizen Argentina, **Sergio Oyhamburu**. SSHE Manager Bayer, **Dr. Hernan Farhat**. Andreani, **Dra. Mara Sininagagli** - Trivium Pto. Madryn

SIMPOSIO: PROBLEMÁTICAS LEGALES EN MEDICINA DEL TRABAJO

Coordinada por el **Dra. Wanda Otero**, referentes calificados en la temática, con diversos perfiles profesionales que permitirán una comprensión holística y multidisciplinaria de la problemática.

Dr. José Ignacio Ramonet, Juez Nacional de Trabajo. **Dr. Adolfo Taranto**, Director de la especialidad en U. Favaloro. **Dr. Marcelo Dalton**. Asesor legal de la Sociedad Sometra Comahue.

PRESENTACIÓN E-POSTERS CIENTÍFICOS

Presidente **Dra. Anabella D'Albo Galassi**
Secretaria **Dra. Mariela Franchini**

MESA FEDERAL MEDICINA DEL TRABAJO

Espacio fundamental que refleja el espíritu federal de nuestra Sociedad.

Contaremos con la valiosa participación de nuestras delegaciones regionales: NOA, NEA, Cuyo, Patagonia, Buenos Aires, CABA y Centro.

Cada una de ellas compartirá un caso de éxito, pero también visibilizará las problemáticas específicas que atraviesan en sus territorios. Este intercambio nos enriquece a todos, porque no hay salud ocupacional posible sin comprender las realidades locales, y no hay futuro sin construir redes sólidas entre regiones.

Presidente **Dra. Mariana Euti**

Disertantes:

Bs As: **Dr. Oscar Falcon**

NEA: **Dr. Jorge Munafó**

NOA: **Dr. Federico Montiveros**

Cuyo: **Dr. Julio Arijón**

Patagonia: **Dr. Javier Geller**

Centro: **Dr. Manuel Villarruel**



29CSO

29° CONGRESO DE SALUD OCUPACIONAL

MESA OBSERVATORIO SMTBA

Espacio de la STMBA en donde a través de profesionales de renombre en Argentina, se lleva a cabo investigaciones, evaluaciones y descripciones de los sectores productivos salud, laboratorios, petróleo, alimentación, minería y petróleo.

En esta edición participarán de la mesa los siguientes profesionales.

Presidente: **Dra., Soledad Muller** - Mondelez

Sector Petróleo: **Dr. Fernando Esquivel** - Gerente de Salud Ocupacional Latam Oeste Royal Dutch Shell.

Minería: **Dr. Rubén Rubio** - Médico Laboral, líder superintendente del área salud e higiene de Cerro Negro SA.

Laboratorios: **Dra. Marta Prado** - Jefa de Servicio Médico de Laboratorio Elea

ASEGURADORAS DE RIESGO DE TRABAJO

Mesa central de este Congreso, dedicada al análisis y debate sobre el sistema de Aseguradoras de Riesgo del Trabajo en nuestro país.

Contaremos con la participación de referentes claves del sector, quienes representan a las principales ART del país y aportarán su mirada experta sobre los desafíos actuales, los avances alcanzados y el camino hacia un sistema más eficiente, equitativo y preventivo.

Esta mesa es una invitación a repensar el rol de las aseguradoras no sólo como financiadoras, sino como aliadas estratégicas en la construcción de ambientes de trabajo más seguros y saludables. El diálogo entre actores técnicos, médicos y aseguradores es imprescindible si queremos avanzar en una salud ocupacional de excelencia.

En el plano comercial, asumimos el compromiso de escuchar activamente a los sponsors que históricamente nos han acompañado. Hicimos un esfuerzo como Sociedad para atender sus requerimientos y mejorar nuestra propuesta de valor, entendiendo que su presencia es fundamental para el desarrollo y sostenibilidad del Congreso. A la vez, buscamos abrir nuevas oportunidades, explorando alianzas con empresas que, desde una nueva mirada, nos brindan la posibilidad de ampliar nuestro alcance y proyección.

El éxito del Congreso dependerá, sin duda, del equilibrio entre rigurosidad científica e inteligencia comercial. Agradezco profundamente a cada uno de ustedes por el compromiso sostenido, y los invito a continuar trabajando con la misma pasión y profesionalismo que nos ha traído hasta aquí.

Los invito a participar de este evento científico único de relevancia nacional e internacional para nuestra especialidad.



DE SUS ORÍGENES EN 2007 A LA VANGUARDIA EN SALUD INTEGRAL

En junio de 2007, un grupo de profesionales de la salud dio forma a un proyecto nacido de la vocación de proteger la vida y brindar atención médica de calidad. Así surgió +VIDA, inicialmente como empresa de emergencias médicas prehospitalarias, que con el tiempo evolucionó hasta convertirse en un prestador integral de soluciones de salud. A casi dos décadas de aquel inicio, la organización mantiene firme su misión fundacional y gestiona hoy un gran equipo de trabajo con múltiples soluciones para sus clientes y afiliados, reflejo de la confianza ganada en la comunidad y en las instituciones con las que trabaja.

El desarrollo de +VIDA se estructuró en tres grandes áreas que se com-

plementan entre sí: emergencias médicas, cuidados domiciliarios y salud ocupacional.

En el campo de **emergencias médicas prehospitalarias**, la compañía consolidó un sistema de respuesta inmediata con ambulancias equipadas con tecnología de última generación, bases operativas ubicadas estratégicamente, y una red nacional de prestadores. Este modelo mixto le permite dar cobertura eficaz a pacientes críticos, tanto en traslados de alta complejidad como en derivaciones intermedias y leves, sumando también la modalidad aeroméica cuando la situación lo requiere. La incorporación de la telemedicina amplió este alcance, facilitando consultas médicas virtuales

en cualquier punto del país, reduciendo los tiempos de espera.

El segundo pilar de su crecimiento fue la creación de la **unidad de cuidados domiciliarios**, que acerca la atención médica al hogar de los pacientes. Este servicio abarca programas de internación domiciliaria, cuidados pediátricos y paliativos, con equipos interdisciplinarios que garantizan continuidad asistencial y sostén emocional a pacientes y familias. Se trata de un abordaje humano y flexible que complementa la atención hospitalaria, integrando a la familia en el proceso de cuidado.

Y en el campo de la **Salud Ocupacional**, +VIDA se posicionó como un aliado estratégico de las empresas, ofreciendo desde consultorios mé-



dicos en planta, exámenes preocupacionales y periódicos, campañas de vacunación hasta programas de promoción de hábitos saludables y capacitaciones. La compañía desarrolla además planes de vigilancia de la salud adaptados a cada organización, garantizando el cumplimiento normativo y acompañando a los departamentos de Recursos Humanos y Seguridad e Higiene en la toma de decisiones. Un aspecto innovador es la incorporación de herramientas tecnológicas para el control y seguimiento del ausentismo, que incluyen geolocalización y teleconsultas, agilizando la verificación de inasisten-

cias y aportando datos confiables para la gestión de la productividad. El valor diferencial de +VIDA en salud ocupacional reside en la **integración con los servicios prehospitalarios**, una sinergia que permite a las empresas contar no solo con medicina laboral preventiva, sino también con respuesta inmediata ante urgencias, traslados sanitarios y creación de Zonas Cardio Activas con capacitación en RCP y provisión de equipos DEA. Esta complementariedad constituye una ventaja concreta para las organizaciones que buscan entornos de trabajo más seguros y saludables.

A lo largo de 18 años, +VIDA construyó una trayectoria basada en la calidad, la innovación y la mejora continua. Su evolución muestra cómo un proyecto nacido en el ámbito de las emergencias médicas supo expandirse hacia la medicina laboral y los cuidados domiciliarios sin perder su esencia: el compromiso ético, la profesionalidad de sus equipos y la convicción de que la prevención, la capacitación y la asistencia inmediata son pilares inseparables para cuidar la salud de las personas y de la comunidad laboral.



DÍA MUNDIAL DE LA
**PREVENCIÓN
DEL SUICIDIO**
*UNA MIRADA DESDE
LA MEDICINA DEL TRABAJO*

10 de septiembre DÍA MUNDIAL DE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: *Una mirada desde la Medicina del Trabajo*



Dra. Anabella D'Albo Galassi

Médica especialista en Medicina del Trabajo.
Prosecretaria de la SMTBA.



Dra. María Noé Esposito

Médica especialista en medicina legal, laboral y dermatóloga. Médica Co titular de CMC e.n SRT



Dra. Mariela Franchini

Médica especialista en Medicina Laboral y Medicina Legal, Diplomada en Valoración del Daño Corporal. Médica co-titular CMC en SRT.

El 10 de septiembre se conmemora el Día Mundial de la Prevención del Suicidio, una fecha que interpela a quienes trabajamos en Medicina del Trabajo, donde prevenir riesgos psicosociales y promover la salud mental laboral son fundamentales.

MARCO LEGAL EN ARGENTINA

En Argentina, la Ley 27.130 o Ley Nacional de Prevención del Suicidio, fue sancionada el 11 de marzo de 2015 y promulgada el 6 de abril del mismo año. Tiene como objetivo la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, la asistencia y la posvención, que son las acciones destinadas a trabajar con el entorno de la persona que se quitó la vida para evitar nuevos eventos.

La autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud de la Nación quien debe elaborar protocolos de atención y emergencia, crear un regis-

tro con información estadística sobre suicidios cometidos e intentos, desarrollar programas de capacitación, campañas y recomendaciones a los medios de comunicación para el abordaje responsable de las noticias vinculadas a estos eventos.

EL SUICIDIO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD OCUPACIONAL

El suicidio es una tragedia evitable que representa la tercera causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pero más allá de las estadísticas, detrás de cada caso, hay una historia humana, y muchas veces, un entorno laboral que pudo haber contribuido o, por el contrario, haber actuado como factor protector.

Desde la perspectiva de la Medicina del Trabajo, es crucial, reconocer los signos tempranos

nos que pueden alertarnos sobre un empleado en riesgo. Entre ellos podemos mencionar:

- Desatender el trabajo, el aspecto o la higiene de manera visible.
- Aislamiento social, evitando el contacto con compañeros o supervisores.
- Cambios bruscos de humor, irritabilidad o llanto frecuente.
- Expresar sentimientos de desesperanza o impotencia, o hacer comentarios directos o indirectos acerca de quitarse la vida.
- Quejas somáticas recurrentes, como cefaleas, insomnio, dolores musculares.
- Conductas de riesgo, como consumo problemático de sustancias o alcohol.

Como médicos especializados en salud laboral, no solo evaluamos la aptitud física, sino que también estamos en una posición privilegiada para:

- 1. Detectar precozmente trastornos mentales a través de entrevistas clínicas y cuestionarios de tamizaje.**
- 2. Derivar oportunamente a profesionales de salud mental.**
- 3. Aconsejar a la empresa sobre adaptaciones del puesto o del entorno laboral.**
- 4. Capacitar a supervisores y RRHH para que sean multiplicadores de esta mirada preventiva.**

Los gerentes y supervisores también pueden desempeñar un papel importante en prevención a través de acciones concretas como:

- Programas de bienestar integral que incluyan apoyo psicológico gratuito y confidencial.
- Capacitación en salud mental para todos los niveles jerárquicos.
- Fomentar un entorno en el que las personas se sientan seguras para hablar sobre sus sentimientos, fomentando la cultura de buscar ayuda.

Algunos trabajos científicos publicados, muestran que ciertas profesiones tienen tasas más altas de suicidio, debido a factores como el acceso a medios letales, estrés elevado o aislamiento social. Algunas de las profesiones o trabajos que con mayor frecuencia se detectan suicidios son:

- Profesionales de la salud (médicos y enfermeros)
- Trabajadores agrícolas
- Policías y personal de seguridad
- Militares
- Trabajadores de la construcción
- Conductores de transporte
- Personal de servicios financieros

FACTORES DE RIESGO Y DETERMINANTES

La evidencia converge en que el riesgo no es sólo individual (depresión, consumo problemático, historial personal y/o familiar, ect.) sino fuertemente influido por el entorno laboral y social: burnout, estrés laboral crónico, exposición a eventos traumáticos, acoso laboral (bullying), precarización laboral, turnos largos y rotativos, y la propia cultura profesional que dificulta la búsqueda de ayuda son determinantes clave.

Estudios recientes muestran asociación entre estrés laboral y la ideación suicida, y relacionan el burnout con riesgo suicida independientemente de la depresión clínica. Además, los determinantes sociales de la salud, modulan la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación, por lo que cualquier programa de prevención debe considerar factores más amplios que la atención clínica individual.

Estudios científicos y artículos publicados en *Intramed*, recogen cifras y discusiones aplicadas al contexto médico, porcentajes de depresión en residentes, la frecuencia de conductas suicidas sin diagnóstico mental previo, y reco-



mendaciones prácticas para la detección y el manejo en la consulta y en el hospital. Estos textos enfatizan que muchos profesionales de la salud, no buscan ayuda por miedo a las repercusiones profesionales o laborales y proponen medidas de cambio cultural y accesibilidad a atención confidencial.

El suicidio en el personal de salud es un tema altamente delicado, preocupante y alarmante, con una incidencia significativa a nivel mundial. Los profesionales de la salud están expuestos a múltiples factores de riesgo psicosocial que los hacen más vulnerables al agotamiento emocional, depresión y pensamientos suicidas.

FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS QUE AFECTAN AL PERSONAL DE SALUD:

Alto nivel de estrés laboral, que se ve influenciado por turnos prolongados, trabajo nocturno, y largas jornadas laborales como

son las guardias, la sobrecarga asistencial, y el contacto frecuente con el sufrimiento, la muerte y el dolor.

Otro factor está asociado al acceso a medios letales, como es la familiaridad y acceso a medicamentos y procedimientos peligrosos.

La baja estigma profesional, vinculado al miedo a perder la licencia o ser juzgados si buscan ayuda por problemas de salud mental.

La cultura del sacrificio que no es más que la presión por "aguantar" y poner siempre al paciente primero, descuidando el autocuidado.

El Burnout, o síndrome de desgaste profesional o del quemado, muy común en áreas de alta demanda como urgencias, oncología, cuidados intensivos, psiquiatría, cirugía, etc.

No es poca cosa el aislamiento social, lo que se ve reflejado en poco tiempo para relaciones personales, hobbies o descanso.

Si bien los datos varían de acuerdo al país o la especialidad, podemos mencionar a grandes

rasgos, que los médicos en general, tienen entre 1.4 y 2.5 veces más riesgo de suicidio que la población general. Y a su vez, las médicas, tienen un riesgo aún más alto en comparación con otras mujeres no médicas.

Ahora si analizamos el riesgo por especialidad, también pueden variar en cada región, pero en líneas generales, podemos decir que especialidades más afectadas o con riesgo de suicidio son, medicina de urgencias, psiquiatría, anestesiología.

Un estudio llevado a cabo en EEUU sobre una población médica, en el año 2020, estableció cifras alarmantes en el grupo estudiado:

- Determinó un aumento de 35%, en la tasa de suicidios en EE. UU. entre 1999 a 2018.
- El riesgo relativo aumentado de suicidio en médicos vs. población general.
- El 50% de los fallecidos por suicidio no tenían una condición de salud mental conocida previa al evento.
- El 30% de los médicos residentes experimentan depresión o síntomas depresivos.

- El suicidio es la segunda causa más común de muerte entre los residentes.
- El 40,9% de los adultos de EE. UU. informan al menos una condición de salud mental / conductual adversa relacionada con el COVID-19.
- El 21,7% de los trabajadores esenciales ha considerado seriamente el suicidio en los últimos 30 días.

Otro artículo científico publicado en el 2023, enfatiza que una alta proporción de profesionales de la salud, descuidan su autocuidado, fenómeno que comúnmente conocemos con el viejo dicho, “el zapatero siempre lleva los peores zapatos” y, en consecuencia, les resulta difícil poder pedir ayuda cuando su angustia resulta en un trastorno de salud mental.

INTERVENCIONES EFICACES A NIVEL ORGANIZACIONAL Y POBLACIONAL:

La literatura sugiere que las intervenciones centradas sólo en el individuo como son la psicoterapia, la utilización de fármacos, etc., son



necesarias pero insuficientes si no se acompañan de medidas organizacionales.

Las medidas organizacionales deben ir en pos de, reducir la carga de trabajo, establecer políticas contra el acoso laboral, fomentar programas de formación de líderes para detectar riesgo, crear líneas de apoyo anónimas, implementar programas de retorno y reintegro laboral paulatino y bajo seguimiento, y conformar estrategias para reducir el estigma.

Las intervenciones en el lugar de trabajo deben promover paquetes combinados, en prevención primaria, con el fin de mejorar de condiciones laborales, prevención secundaria, basándose en la detección y apoyo, como medidas preventivas terciarias, orientadas al cuidado tras un intento.

Estudios recientes reflejan que entre el 10-13 % de los suicidios están influenciados por condiciones laborales. Estos hallazgos subrayan la necesidad de avanzar más allá del enfoque individual y abordar las condiciones estructurales del trabajo.

A su vez, muchos trabajadores con síntomas emocionales no consultan o lo hacen tardíamente, por lo que el primer contacto laboral es una oportunidad crítica.

A MODO DE SÍNTESIS

El médico laboral ocupa una posición clave, ya que no solo evalúa la aptitud física, sino que también puede detectar sobre el sufrimiento emocional a través de entrevistas y tamizajes, derivar a salud mental, asesorar en adaptaciones laborales y capacitar a mandos intermedios para promover una cultura preventiva son intervenciones básicas a implementar.

La empresa y sus líderes tienen un rol determinante. Promover programas de bienestar con apoyo psicológico confidencial, capacitación en salud mental, un entorno que facilite la expresión sin estigma, y políticas de conciliación laboral-personal son herramientas fundamentales.

La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), promueven el tema trienal para el Día Mundial para la Prevención del Suicidio entre 2024-2026 y es, "Cambiando la narrativa sobre el suicidio", busca transformar la forma en que abordamos este tema, superando la cultura del silencio para promover apertura, empatía y apoyo comunitario. Desde la Medicina del Trabajo, es un llamado a generar entornos laborales saludables, promoviendo bienestar, seguridad psicológica y sostenibilidad en el ambiente de trabajo.

El suicidio no es un acto repentino, y es prevenible, siempre que actuemos de manera integral, individual, organizacional y estructural, con el compromiso compartido de parte de los trabajadores, los empleadores y los profesionales de la salud.

REFERENCIAS

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44466/9789243500249_spa.pdf

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27130-245618/texto>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/suicidio>

<https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/suicidio.pdf>

[https://www.paho.org/es/eventos/dia-mundial-prevencion-suicidio-2024-cambiar-narrativa#:~:text=El%20D%C3%ADa%20Mundial%20para%20la,de%20la%20Salud%20\(OMS\)](https://www.paho.org/es/eventos/dia-mundial-prevencion-suicidio-2024-cambiar-narrativa#:~:text=El%20D%C3%ADa%20Mundial%20para%20la,de%20la%20Salud%20(OMS))

<https://myhealthfair.com/blog/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-2024>

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/21501319241273242>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/translate/goog/39168499/>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11337323/>

<https://www.intramed.net/content/105651>

<https://www.intramed.net/content/102899>

<https://www.intramed.net/content/67c66a6845a035e-158b6eec3>

<https://www.intramed.net/content/96770>

<https://www.intramed.net/content/90626>

EMPRESA LÍDER ARGENTINA EN SOFTWARE DE SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL

La Salud Ocupacional se define por datos confiables, procesos digitales integrados y evidencia trazable, donde la Medicina del Trabajo es el eje de la prevención, el diagnóstico y la compensación de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales. AVAIN se posiciona como el socio estratégico para profesionales y empresas que deben garantizar el cumplimiento de la Ley 24.557 y su marco regulatorio.

Nuestra plataforma **SYSOWEB** integra más de 15 años de experiencia clínica, visión preventiva y solidez jurídica, ofreciendo una herramienta única para transformar la gestión de la salud laboral en Argentina y Latinoamérica.

UN ECOSISTEMA DIGITAL

AVAIN cuenta con dos productos: uno específico para **centros de medicina laboral** y otro para **servicios internos de grandes empresas, SYSOWEB**. Así, todos los actores conviven en un ecosistema integrado: el centro médico puede operar su práctica con orden y trazabilidad desde la atención hasta la facturación; los profesionales encuentran herramientas clínicas y administrativas en un único lugar; y las compañías acceden a información clara para el **cumplimiento normativo** y la toma de decisiones.

¿QUÉ APORTA AVAIN?

- **Historia clínica laboral integral:** exámenes preocupacionales, periódicos, cambio de puesto y egreso; seguimiento clínico; historial de mediciones, gestión de alertas y detección de lesiones en áreas de

trabajo; asegurando trazabilidad y evidencia médico-legal.

- **Gestión del ausentismo e incapacidades:** registro detallado de li-

cencias, diagnósticos, días de baja, reportes y tableros para auditorías y decisiones de RR.HH.

- **Gestión de atenciones diarias:**

Reduce tiempos operativos para mejorar la eficiencia.

Mejora en el cumplimiento normativo y auditorías garantizando mayor transparencia y control.

Información unificada y segura en la nube para una gestión más ágil y protegida.

Informes estadísticos en tiempo real para tomar decisiones basadas en datos actuales.

Soluciones simples para una gestión más **eficiente**.



prácticas de enfermería, controles de ingreso y asistencias médicas; formularios adaptables para diferentes eventos como evaluación de salud mental, nutrición y tabaquismo;

- **Gestión de stock de medicamentos:** administración de medicamentos, lotes y vencimientos; consumos; farmacias internas; precios actualizados de medicamentos; informes de control; recordatorios de stock mínimo.
- **Prevención y Ergonomía:** módulos de ergonomía avanzada, evaluaciones de riesgo, gestión de planes preventivos y campañas de vacunación.

- **Módulos complementarios:** inspecciones de salud y seguridad; gestión de planes de capacitación; módulo de turnos; Receta Electrónica y Teleconsulta en un flujo integrado.

EL FUTURO DE LA MEDICINA DEL TRABAJO

AVAIN promueve un cambio cultural: pasar de documentos dispersos y prácticas manuales a una **gestión integral digital**, en constante actualización, como la integración de nuevas capacidades de inteligencia artificial. En la práctica, este cambio se traduce en equipos eficientes, ahorro en tiempos administrativos y mayor foco en la prevención.



NUESTRO COMPROMISO

En AVAIN creemos que la Salud y Seguridad Ocupacional es más que cumplir una norma: es cuidar la vida laboral de las personas, garantizar la seguridad jurídica de las empresas y generar un impacto positivo en la **productividad y el bienestar**. Por eso ofrecemos una plataforma que une innovación tecnológica, trazabilidad clínica y respaldo médico-legal.

Con **ISO 9001:2015** certificada y la implementación en curso de **ISO 27001**, AVAIN acompaña la adopción del software con un equipo de profesionales que brinda **atención personalizada** durante todo el proceso de implementación y ante cualquier consulta de usuario, aportando orientación funcional y mejores prácticas para que la tecnología **respalde el trabajo de las personas** sin complejidad innecesaria.

CONOZCA AVAIN

Si su prioridad es profesionalizar la Medicina del Trabajo, fortalecer el cumplimiento normativo, impulsar la **innovación, prevención y el cuidado de los trabajadores**, y simplificar las gestiones operativas, lo invitamos a conocernos.

www.avainsistemas.com.ar

Ing. Fernando Caffer,
CEO - AVAIN SISTEMAS



Solicita una demo gratuita y descubrí cómo mejorar tu gestión en menos de 30 días.



Escaneá el QR y conocé más!

LA EVOLUCIÓN
HISTÓRICA
DE LA SALUD
OCUPACIONAL
EN CUBA



LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD OCUPACIONAL EN CUBA



Dr. Waldo Jacobo Díaz Piñera

Especialista de I Grado en Medicina General Integral e Higiene y Epidemiología. Especialista de II Grado en Medicina del Trabajo. Master en Salud de los Trabajadores Subdirector del Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores INSAT .Cuba. Profesor e Investigador Auxiliar. Miembro del Programa Sectorial del Ministerio de Salud Pública de Determinantes Social , Riesgo y Prevención de Grupos Vulnerables Miembro del Comité Editorial de las Revistas Cubanas de Salud Pública y Salud y Trabajo.

INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) definen la Salud Ocupacional (SO) como una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y seguridad en el trabajo.

Además, la disciplina busca fomentar el bienestar físico, mental y social de los trabajadores, apoyar el desarrollo y mantenimiento de su capacidad laboral, así como permitirles tener una vida socioeconómica productiva y realizar un trabajo de forma digna.¹

La Salud Ocupacional es una preocupación creciente en el mundo laboral. Las condiciones laborales pueden tener un impacto profundo en la salud de los trabajadores, manifestándose en problemas físicos y psicológicos, afectando no solo su bienestar, sino también su productividad y calidad de vida.

La inquietud por las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores ha sido una constante a lo largo de la historia, transformándose significativamente con los cambios en los modos de producción y las estructuras laborales.

En Cuba, su evolución histórica, está indi-

solublemente ligada a las profundas modificaciones políticas, sociales y económicas vividos por el país, transitando desde una concepción asistencialista y fragmentaria hacia un modelo integral de promoción y prevención, con cobertura universal y gratuito, que se erige como una prioridad del Estado.

Este artículo tiene como objetivo analizar críticamente el desarrollo histórico de la Salud Ocupacional en Cuba, identificando sus principales hitos, etapas de desarrollo, logros y desafíos que enfrenta en la contemporaneidad, con el fin de aportar una visión comprehensiva de este componente esencial del sistema de salud cubano.

ANTECEDENTES COLONIALES Y NEOCOLONIALES (SIGLOS XVI - XIX)

Los primeros vestigios de preocupación por la salud del trabajador en Cuba se remontan a la época colonial, marcada por la explotación intensiva de esclavos en la industria azucarera y tabacalera.

Las condiciones laborales eran infrahumanas, con altísimos índices de accidentabilidad y enfermedades asociadas al trabajo forzado.

No es hasta finales del siglo XIX, con el surgimiento de un incipiente movimiento obrero, que comienzan a esbozarse las primeras de-

mandas por mejoras en las condiciones laborales.

Sin embargo, en la etapa neocolonial republicana (1902-1958), aunque existieron algunas leyes y decretos (como el Real Decreto español de 1889 que aún regía o la Ley de Accidentes del Trabajo de 1916), su aplicación fue débil, descoordinada y carente de un enfoque preventivo, primando los intereses económicos de las empresas, muchas de ellas propiedad de capital estadounidense.²⁻³

PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

Durante esta etapa, la situación de los trabajadores cubanos continuó siendo precaria. Las luchas sindicales fueron el motor principal para exigir derechos laborales básicos. Se fundó la Liga contra la Silicosis en 1934, evidenciando el reconocimiento de enfermedades profesionales graves.

A pesar de estos esfuerzos, al triunfo de la Revolución en 1959, la cobertura de salud para los trabajadores era prácticamente nula fuera de los sectores más privilegiados y no existía una política de estado unificada y coherente en materia de SO.⁴

El año 1959 marca un antes y un después. La salud se declara un derecho humano fundamental y un deber del Estado. Se inicia una profunda transformación del Sistema de Salud, que sentaría las bases para el desarrollo de la SO.

La nacionalización de las empresas y la centralización de la economía permitieron al Estado implementar políticas de protección laboral de manera homogénea.

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) creado en 1961 se convirtió en la institución rectora para materializar estas políticas⁵. Con su Sistema de Salud Universal y su enfoque en la promoción de la salud, ofreció un marco interesante, el cual marcó el inicio de una evolución positiva a partir de la década de 1960, la

cual fue fundamental en el desarrollo de esta disciplina en Cuba.

INSTITUCIONALIZACIÓN Y DESARROLLO (DÉCADAS DE 1960 - 1980)

Esta etapa se caracteriza por la creación de las estructuras y el marco legal que organizan la SO.

En el año 1961, se crea la Sección de Higiene y Seguridad del Trabajo en el MINSAP. En 1964 fueron aprobadas por el Consejo de Ministros las Bases Generales para la Protección e Higiene del Trabajo, las que sirvieron como referente legal para el control de las condiciones de trabajo.

La Inspección Sanitaria Estatal, formalmente organizada desde 1959, desempeñó un papel fundamental en el cumplimiento de las regulaciones higiénicas, lo que imprimió un incesante estímulo al desarrollo de esa actividad y a la capacitación de los inspectores.

Paralelamente, la Central de Trabajadores de Cuba creó un cuerpo de inspectores capacitados y legalmente habilitados para atender reclamaciones y sugerencias de los trabajadores. Aparte, cada organización sindical de base poseía un secretario encargado de la protección e higiene del trabajo.

En 1967 se promulga la Ley No. 1.231 de Accidentes del Trabajo, un instrumento legal avanzado para su época. En el año 1976 se crea el Instituto de Protección del Trabajo, perteneciente al entonces existente Comité Estatal del Trabajo y Seguridad Social. Ese mismo año se promulgó la Ley 13 de Protección e Higiene del Trabajo, que estableció funciones de inspección, normación, investigación, estadísticas, planificación, financiamiento, servicios de salud, divulgación, formación y capacitación en Cuba.⁶

Fue creada la especialidad médica de Medicina del Trabajo en el país.



En 1977 se establece el Decreto Ley No. 52, que consolida el Sistema Nacional de Salud e integra la SO como una de sus prioridades.

En 1978 se funda el Instituto de Medicina del Trabajo (actual Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, INSAT), adscrito al Ministerio de Salud Pública, institución científica de referencia para la investigación, docencia y asesoramiento en SO. Se crea la Red Nacional de Servicios de Medicina del Trabajo.⁷⁻⁸

Se iniciaron tareas de formación y actualización en Salud Ocupacional, destacando la capacitación de médicos mediante la especialidad médica en Medicina del Trabajo y la Maestría en Salud Ocupacional. Se buscaba así ampliar la cobertura de especialistas en todo el país y se fortalecieron los Servicios de Salud Laboral.⁹

Este período se distingue por un enfoque preventivo-profiláctico, con una activa participación de los sindicatos (CTC) en la vigilancia de las condiciones de trabajo.

Las tareas de formación y capacitación se iniciaron tempranamente. Basta mencionar tres de ellas en las que el Instituto de Salud

recién creado llevaría el mayor peso: la capacitación de los médicos que se desempeñarían en la Salud Ocupacional; la fundación de la especialidad médica en Medicina del Trabajo y la creación de la Maestría en Salud Ocupacional, en el curso académico 1982-1983.

Dado que se aspiraba a que la cobertura de especialistas alcanzara a todo el país, se fueron ampliando progresivamente los Servicios de Salud Laboral.

Muy significativas fueron las actividades de relaciones internacionales. La Salud Ocupacional cubana representó un punto de referencia para muchos especialistas latinoamericanos, varios de los cuales estudiaron en Cuba. Debe destacarse la integración de Cuba a los países que constituyeron el programa de investigaciones de la disciplina en el Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME).⁹

En 1982 estudiantes extranjeros se beneficiaron de la Maestría en Salud Ocupacional en sus primeras 8 ediciones. No sería hasta 1992 que abriría su matrícula a estudiantes cubanos bajo la denominación de Maestría en Salud de los Trabajadores.

La creación del Plan del Médico y la Enfermera de la Familia en enero de 1984 favoreció a la salud de los trabajadores, pues muchos de ellos fueron destinados a centros de trabajo. Recibieron una capacitación que les permitía ampliar sus conocimientos sobre Higiene y Medicina del Trabajo. La cifra de médicos en organizaciones laborales llegó a superar los dos millares.

Varios hechos confluyeron desde fines de los años 80 hasta el inicio de los 90 que afectaron profundamente a esta disciplina. La crisis económica que sufrió Cuba tuvo su repercusión en la Salud Ocupacional. El cese de las alianzas entre los países del desaparecido campo socialista privó a la Salud Ocupacional cubana de una importante línea de colaboración que se traducía en transferencias de tecnologías, recursos materiales y oportunidades de superación profesional.

En 1987 se interrumpió la residencia médica en Medicina del Trabajo.

PERÍODO ESPECIAL Y ADAPTACIÓN (DÉCADA DE 1990)

La caída del campo socialista y el recrudecimiento del bloqueo sumieron a Cuba en una profunda crisis económica conocida como "Período Especial". Esto impactó severamente en la SO: escasez de materiales de protección, deterioro de la infraestructura industrial y tecnológica y apagones que aumentaron los riesgos.

A pesar de esto, el sistema no se desmanteló. Se implementaron estrategias de "terapia intensiva" para priorizar la protección de los trabajadores en sectores críticos y se fortaleció la innovación para crear alternativas nacionales. La resiliencia del modelo de SO cubano se puso a prueba y logró mantenerse, aunque con notables dificultades.¹⁰

SIGLO XXI: ACTUALIZACIÓN, INTEGRACIÓN Y DESAFÍOS FUTUROS

En el nuevo milenio, la SO en Cuba continúa su proceso de actualización.

En el año 2007 la Resolución 39/2007 del MTSS actualiza el reglamento de Protección e Higiene del Trabajo, ampliando las responsabilidades empresariales.

En 2010 se amplía el sector no estatal, autónomo o privado de trabajo. Este hecho irrumpió masivamente en el escenario laboral del país y la cantidad de personas que practican esta modalidad de empleo experimentó un incremento sistemático.

En 2014 nuestro país estrena un nuevo Código de Trabajo que, además, deroga la Ley 13 de Protección e Higiene del trabajo. El Código respalda los derechos fundamentales de los trabajadores, entre ellos, los relativos a su salud y protección.

Enfoque integral: se promueve la integración de la SO con la Atención Primaria de Salud, acercando los servicios a los centros laborales.

Persisten desafíos como la actualización tecnológica, el empleo de la inteligencia artificial, el envejecimiento poblacional de la fuerza laboral, las enfermedades no transmisibles relacionadas con el trabajo y el persistente impacto del bloqueo económico, que dificulta la adquisición de equipos y tecnologías modernas de protección.¹²⁻¹³

La SO cubana se orienta hacia un modelo de gestión de riesgo, más dinámico y proactivo.

En resumen: la evolución de la SO en Cuba es un caso único. Su principal logro es haber construido un sistema universal, gratuito y con un fuerte componente preventivo, que prioriza la vida y la salud del trabajador sobre el lucro. Esto contrasta con los modelos de muchos países en desarrollo e, incluso, desarrollados.

Su principal fortaleza ha sido la Voluntad Política y la integración del sistema de salud con las políticas laborales y sociales.

Sin embargo, su principal debilidad ha sido la alta dependencia de factores económicos externos (bloqueo, crisis internacionales), que limitan su potencial de desarrollo, así como las migraciones externas.

La sostenibilidad del modelo requerirá continuar innovando y adaptándose a los nuevos riesgos laborales del siglo XXI.

En este escenario de limitaciones, no obstante, la Salud Ocupacional ha mantenido un nivel de actividad profesional en correspondencia con sus posibilidades reales, donde el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (INSAT) ha sido la unidad rectora de esta actividad en el país.

El INSAT es hoy:

- Centro de Referencia Nacional de la Especialidad de Salud Ocupacional

- Entidad de Ciencia e Innovación Tecnológica (ENCIT).
- Centro Colaborador para la Salud Ocupacional de las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud (OPS-OMS).
- Miembro de la Asociación Latinoamericana de Salud Ocupacional (ALSO).
- Miembro de la Federación Centroamericana y del Caribe de Salud Ocupacional (FECAC-SO).
- Miembro de la Asociación Observatorio Internacional de Neumoconiosis
- Mantener la vigilancia en Salud Ocupacional.
- Brindar asesoría y participar en la supervisión y control de la actividad nacional de Peritaje Médico Laboral según las indicaciones del MINSAP.
- Colaborar en la actividad científica técnica con las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo y otras organizaciones e instituciones relacionadas con la atención a la salud y la seguridad de los trabajadores.

Dentro de las funciones que realizan:

- Desarrollar investigaciones científicas en el campo de la especialidad de Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo que den respuesta a las principales necesidades de la salud de los trabajadores y la introducción de los resultados.
- Brindar actividades docentes de pre, post grado y académicas en las especialidades afines a nivel nacional e internacional.
- Realizar estudios higiénicos ambientales y otros servicios científicos técnicos especializados a entidades, personas naturales y jurídicas, nacionales y extranjeras, así como a empresas mixtas.
- Brindar atención médica especializada a trabajadores expuestos a riesgos laborales.
- Participar en la confección de normas nacionales y ramales o valores permisibles relacionados con la Salud Ocupacional

Ciertas actividades merecen ser mencionadas:

- La actividad docente mantiene la continuidad de la Maestría en Salud Ocupacional tanto a nivel nacional como internacional (Hondura Ecuador, Venezuela, Perú) y numerosos cursos de capacitación como diplomados, adiestramientos en servicios específicos y otros cursos de postgrado
- El desarrollo de investigaciones, donde las principales líneas de investigación están dadas por Envejecimiento, trabajo y salud, Cambio climático y salud de los trabajadores, Cáncer y Ocupación, Atención Primaria en Salud Ocupacional, Trabajo por Cuenta Propia, Teletrabajo, Salud mental y trabajo, Determinantes sociales de salud y repercusión en población trabajadora, Incapacidad laboral, aspectos metodológicos y médico legales, Sistemas y servicios de salud ocupacional. Eficacia, alcance y su repercusión





sobre el estado de salud de los trabajadores.

- La prestación de numerosos Servicios Científicos Técnicos a empresas está dada por consultorías, auditorías y asesorías especializadas en salud y trabajo. Estudios y evaluaciones higiénicas ambientales en empresas y centros laborales con riesgos de exposición a agentes nocivos y elaboración y puesta en funcionamiento de sistemas y programas de atención y de vigilancia en salud de los trabajadores y medio ambiente ocupacional.
- La realización de los exámenes médicos preventivos (pre empleo y periódicos desde el primer nivel la atención primaria. Además, se realiza el chequeo médico especializado en el INSAT a trabajadores de alto riesgo donde pasan por las diferentes especialidades según los factores de riesgos de exposición.
- Existen en todo el país las consultas de enfermedades profesionales a nivel municipal donde se realiza el diagnóstico presuntivo de la enfermedad según los 5 criterios diagnósticos (clínico, laboratorio, ocupacional, higiénico epidemiológico y médico legal) y a

nivel provincial se hace el diagnóstico definitivo o de certeza de enfermedad profesional y se notifica al MINSAP.

- La evaluación de la incapacidad laboral se realiza a través de los certificados médicos. Si la misma es irreversible o se extiende en el tiempo por seis meses se remiten a las Comisiones de Peritaje Médico Laboral, encargadas de dictaminar de forma colegiada la capacidad residual que tiene un trabajador para su puesto de trabajo. Existen 81 comisiones municipales y 15 provinciales una en cada provincia que es la encargada de dictaminar la invalidez total del trabajador.
- Creada en 1999, la Revista Cubana de Salud y Trabajo es editada por el INSAT y está certificada por el CITMA, tanto en formato impreso (ISSN 1608-6384) como en formato digital (ISSN 1991-9395). La publicación es de gran aceptación a nivel mundial y tiene un importante componente de artículos de autores extranjeros.

CONSIDERACIONES FINALES

La Salud Ocupacional en Cuba ha transitado un camino desde la casi total desprotección en

la etapa pre revolucionaria hasta la construcción de un sistema integral y preventivo, reconocido internacionalmente.

Persisten desafíos como la actualización tecnológica, el envejecimiento poblacional de la fuerza laboral, las enfermedades no transmisibles relacionadas con el trabajo, las migraciones externas y el persistente impacto del bloqueo económico, que dificulta la adquisición de equipos y tecnologías modernas.

Su evolución histórica demuestra que es posible priorizar la salud de los trabajadores cuando existe la voluntad política de un Estado que la considera un derecho fundamental.

Aun reconociendo las importantes actividades realizadas, estas no compensan las limitaciones.

Hay razones para considerar que la Salud Ocupacional cubana muestra palpables signos de estancamiento e involución que necesitan ser rápidamente superados ante las fundadas expectativas de nuevas y crecientes demandas sociales, mantener la salud ocupacional como un pilar de la justicia social y un ejemplo de resiliencia, enfrentando los retos actuales con el objetivo de preservar su esencia humanista y protectora.

Reafirmando las palabras del Dr. C. Román Hernández, eminente profesional de nuestra institución, que plantea “Es ineludible, de un modo u otro ha de enfrentar un cambio tal que permita satisfacer las necesidades de la economía nacional y de nuestra sociedad”.

Estos cambios requieren una proyección estratégica que parta de una concepción del contexto y los escenarios que esperan al mundo del trabajo en Cuba en los próximos años. Es una labor interdisciplinaria y no solo práctica, sino también teórica.

Es preciso concebir esos espacios que esperan a la Salud Ocupacional más adelante y

trabajar en favor de proyectar las acciones que ha de realizar por mandato de la realidad y de las necesidades de la sociedad. La salud de los trabajadores necesita una máxima prioridad.

Parafraseando a Marx (1955), cabe decir que los proletarios sí tienen algo más que perder que sus cadenas: pueden perder su salud y debemos impedirlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Plan de Acción Mundial sobre la Salud de los Trabajadores (207-2017)
2. de la Paz Gutiérrez M, Álvarez López JL. La salud ocupacional en Cuba: origen y desarrollo. Rev Cubana Salud Trabajo. 2010;11(1):47-54.
3. Delgado García G. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2013;39(Suppl 1):816-36.
4. Cantero Ronquillo JC. El movimiento obrero y la lucha por la salud en Cuba (1900-1958). Rev Cubana Salud Trabajo. 2015;16(2):62-9.
5. López Pardo CM, Gómez García AM, García Roche RG. Economía, salud y desarrollo en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2006;32(1).
6. Cuba. Asamblea Nacional del Poder Popular (1977). Ley 13 de Protección e Higiene del Trabajo. La Habana. 1977.
7. Amador García M, Alfonso Figueroa A. La salud de los trabajadores en el Sistema Nacional de Salud cubano. Rev Cubana Salud Pública. 2011;37(4):482-94.
8. Presno Labrador MC, Fajardo Ortiz G. El Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores: 40 años de labor ininterrumpida. Rev Cubana Salud Trabajo. 2018;19(3):65-72.
9. Román Hernández JJ. La salud ocupacional en Cuba. Pasado, presente y perspectivas futuras 2019
10. Toledo Curi G, Alfonso Figueroa A, Díaz Bernal Z. La salud ocupacional en Cuba durante el período especial. Rev Cubana Salud Trabajo. 2002;3(1):45-51.
11. Código de Trabajo (Cuba. Asamblea Nacional del Poder Popular, 2014)
12. Resolución 39/2007. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS). Cuba; 2007.
13. Alfonso Figueroa A, Presno Labrador MC. Los retos de la salud ocupacional en Cuba en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Trabajo. 2019;20(2):57-65.



LEISHMANIASIS



INFORME LEISHMANIASIS

Primera Parte



Dra. Sonia Gaviola

Vocal Titular SMTBA
Responsable del área de estudio e investigación
de la salud en el trabajo. CEISAT. SRT.

INTRODUCCION

La Superintendencia de Riesgos del trabajo (SRT), publicó una actualización sobre esta enfermedad producida por un agente biológico, considerándose una enfermedad zoonótica, de transmisión vectorial que tiene un ciclo complejo de transmisión, donde están involucrados reservorios, parásitos y vectores. Es por esto que se habla del “complejo parásito/vector/reservorio” como una unidad que debe ser estudiada en conjunto en cada sitio (MSAL, 2022).

La Leishmaniasis se ubica entre las “enfermedades tropicales desatendidas” definidas por la OMS (WHO, 2024). En el 2019 se asumieron nuevos compromisos, cuando en el 57° Consejo Directivo de la OPS se aprobó la Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas para el 2030, que incluye metas específicas para las leishmaniasis. Esta iniciativa está en consonancia con la publicación Poner fin a la desatención para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): hoja de ruta sobre enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OPS, 2023a). En este sentido, se han llevado adelante medidas para el fortalecimiento de la vigilancia en los países que permitieron realizar análisis

más refinados y un mejor desarrollo de los indicadores epidemiológicos de la leishmaniasis (OPS, 2023b).

Los cuadros clínicos asociados a las distintas conjunciones de parásitos, vectores y reservorio animal se agrupan en dos grandes grupos: **Leishmaniasis tegumentaria (LT) y visceral humana (LVH)**. La leishmaniasis tegumentaria (LT) incluye la forma clínica cutánea y la mucocutánea, son las dos formas con casos reportados en Argentina (MSAL, 2022).

En la introducción del documento se hace una revisión sobre el origen de la enfermedad a nivel mundial y sobre la presencia de casos en Argentina. Hace referencia a la presencia de leishmaniasis visceral humana (LVH), en el país desde 2006. El primero fue descrito en la provincia de Misiones y luego se observó una dispersión rápida hacia el sur y el oeste cubriendo las provincias de Corrientes, Santiago del Estero, Formosa, Tucumán, Salta, Jujuy y Entre Ríos (MSAL, 2022). Si bien pueden describirse zonas endémicas, las áreas donde interactúan el complejo “parásito/vector/reservorio” están sujetas a cambios constantes.

El documento realiza una descripción de la variedad de especies de parásitos, vectores y reservorios animales cuya interacción genera la transmisión de la leishmaniasis a nivel mundial. Luego se desarrolla el proceso de infección a

través de la descripción de su patogenia y los efectos en la salud. Se enumeran los casos registrados en Argentina, en el Ministerio de Salud y los reportados al sistema de riesgos del trabajo. Posteriormente, se abordan aspectos de vigilancia de la salud y medidas preventivas en ámbitos laborales. De manera complementaria, se describen los datos epidemiológicos de distintas regiones del mundo para dar cuenta de la heterogeneidad de esta problemática. Asimismo, se agregan dos anexos; uno referido a los flujogramas de diagnóstico y tratamiento de los distintos cuadros clínicos y el otro que hace referencia a la valoración del daño corporal

A continuación, se hace un resumen del documento:

2. DESCRIPCIÓN DEL PARÁSITO LEISHMANIA, VECTORES, RESERVORIOS, CICLO VITAL Y PATOGENIA

2.1 EL PARÁSITO: LEISHMANIA

La leishmania es un parásito, es decir, pertenece al conjunto de seres que viven dentro o

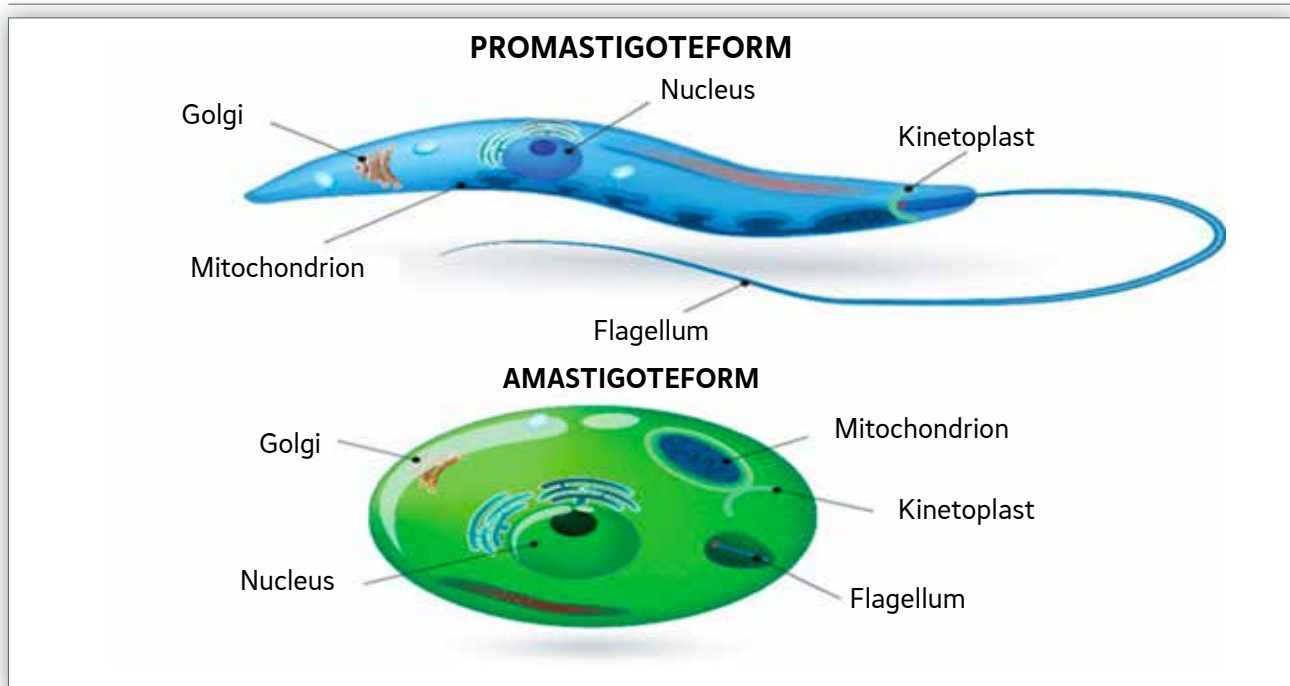
fuera de otro organismo aprovechándose del albergue y los nutrientes que le provee (SRT, 2023). Según donde se ubiquen los parásitos en el organismo parasitado, se separan en ectoparásitos y endoparásitos. (MSAL, 2010). La leishmania es un endoparásito, ya que vive en los tejidos de diversos órganos del huésped, en vías digestivas y anexos.

La leishmania es parásito dimórfico, es decir, adopta dos estadios morfológicos y evolutivos diferentes en su ciclo vital. Por un lado, la **forma amastigote**, que es intracelular y redondeada y se ubica en el sistema reticuloendotelial de mamíferos. Mide entre 2 μm y 5 μm , carece de flagelo y se multiplica en células del sistema mononuclear fagocítico, principalmente macrófagos (MSAL, 2010).

Por otro lado, la forma **promastigote**, que es extracelular y alargada y vive en el tracto intestinal del vector y en medios de cultivo. Mide entre 20 μm y 30 μm , y tiene un flagelo que le permite la movilidad en el intestino de los insectos vectores.

Dos formas de leishmania (promastigote y amastigote)

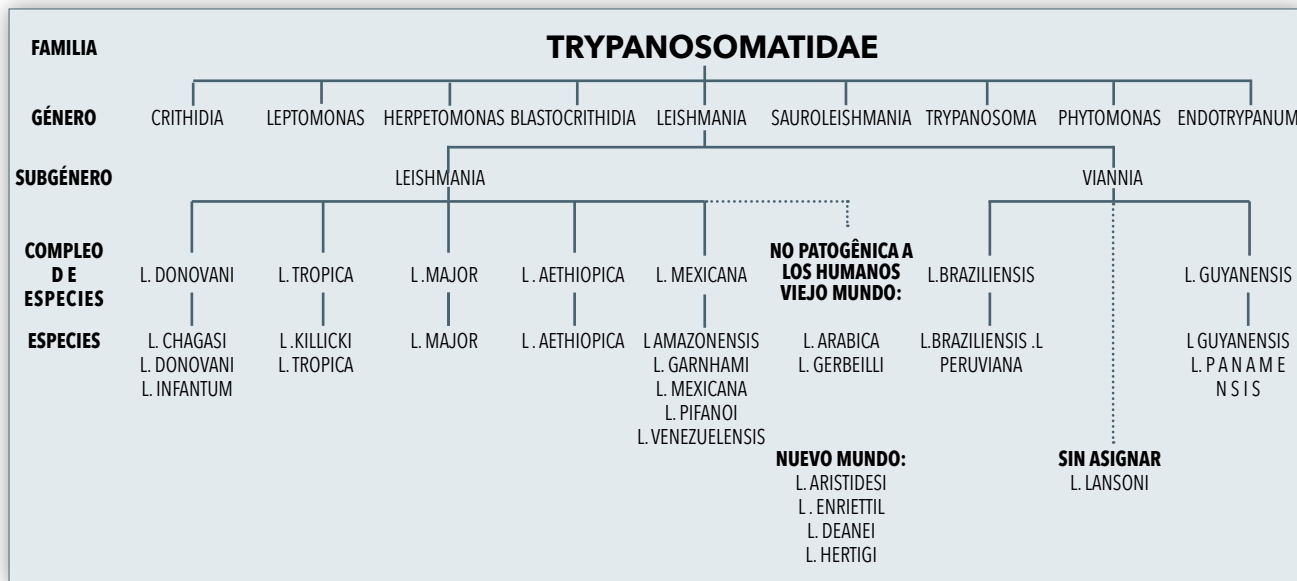
LEISHMANIA



El género *Leishmania* se ubica dentro de la familia Trypanosomatidae. A su vez, comprende alrededor de 22 especies patógenas para

las personas, las cuales se agrupan en los subgéneros *Leishmania* y *Viannia*.

Ubicación del género *Leishmania* en la taxonomía de los parásitos



Fuente: (OPS,2023 a)

En función de la distribución mundial de los parásitos *leishmania* que afectan al ser humano, se los agrupa como “del viejo mundo” (Europa, Asia, África) y del “nuevo mundo” (América). Las especies del subgénero “*Leishmania*”

pueden encontrarse tanto en el viejo como en el nuevo mundo, mientras que el subgénero “*Viannia*” sólo está presente en países americanos.

Leishmanias encontradas en el ser humano

SUBGÉNERO	L. (LEISHMANIA)	L. (LEISHMANIA)	L. (VIANNIA)	L. (VIANNIA)
VIEJO MUNDO	L. DONOVANI L. INFANTUM	L. MAYOR L. TROPICA L. KILLIKIA L. AETHIOPICA L. INFANTUM		
NUEVO MUNDO	L. INFANTUM	L. INFANTUM L. MEXICANA L. PIFANOIA L. VENEZUELENSIS L. GAMHAMIA L. AMAZONENSIS	L. BRAZILENSIS L. GUAYANENSIS L. PANAMENSIS L. SHAWI L. NAIFFI L. LAINSONI L. LINDERBENGI L. PERUVIANA L. COLOMBIENSIS ^b	L. BRAZILIENSIS L. PANAMENSIS
TROPISMO PRINCIPAL	VISCERAL	DÉRMICO	DÉRMICO	MUCOSO

Fuente: (OMS, 2010)

2.2 LOS VECTORES: FLEBÓTOMOS

Cada especie de leishmania es transmitida por una o pocas especies de flebótomos que son insectos hematófagos que funcionan como vectores. Estos insectos son pequeños dípteros de 2 a 3 mm pertenecientes a la familia *Psychodidae*, subfamilia *Phlebotominae*. De las 500 especies conocidas, 31 se identifican como especies patógenas y 43 como vectores probables. Las especies antropofílicas son las que transmiten los parásitos al humano, que es un huésped accidental de estas zoonosis y no se constituye como reservorio en ninguna parte del mundo, excepto en el caso de la región del sudeste asiático (WHO, 2021:1) (Ver lo desarrollado en el punto de Epidemiología).

En lo que se denomina “Viejo mundo” (Europa, Asia, Africa) los flebótomos pertenecen al género *Phlebotomus*. En el “Nuevo Mundo”, es decir en América, los flebótomos son del género *Lutzomyia* (Montalvo et al, 2012) (Steverding, D, 2017).

Sus alas son abiertas (formando una V) y se mantienen erectas aun cuando el insecto esta posado. Los adultos se caracterizan por tener venas en las alas y la presencia de densos pelos en las alas y el tórax. Su cuerpo es de color gris amarillento o amarillo claro. La cabeza forma un ángulo de 90° con el eje del tórax, semejante a una joroba. Sus sexos son diferenciados. El macho es fácilmente distinguible por presentar una genitalia externa, visible. Sólo las hembras son hematófagas.

Estos vectores de las leishmanias predominan en las regiones tropicales y subtropicales. (OPS 2023(a)). Es muy probable que, como consecuencia del calentamiento global, se dispersen con el tiempo hacia zonas actualmente templadas donde los incrementos de la temperatura puedan favorecer la extensión de las estaciones en las cuales se alimentan los vectores, o que la baja temperatura provoque una extensión de su período larvario (Montalvo et al, 2012).

Por lo general, se encuentran en ambientes urbanos y peri-urbanos y se crían en lugares cercanos a la fuente de alimentación compuestos por tierra húmeda, sombra y suelos ricos en materia orgánica como frutos, desechos de animales domésticos, gallineros, hojarasca o maleza. Los estadios adultos se alimentan de jugos vegetales y reposan durante el día en lugares oscuros y húmedos cubiertos de vegetación como huecos de árboles, paredes o rincones; y en horarios nocturnos las hembras vuelan en busca de alimento, generalmente no más de 200 metros de los sitios de reposo.

El ciclo de desarrollo del flebótomo se trata de una metamorfosis completa (huevo-larva-pupa-adulto); requiere de aproximadamente 11 semanas para completarse y puede variar según las características ambientales. Los huevos no resisten la desecación ni el anegamiento, y son muy difíciles de hallar en la naturaleza. Un flebótomo adulto vive aproximadamente 2 meses y es sensible a los repelentes de uso común.

Cada especie de Leishmania es transmitida por una o pocas especies de flebótomos, capaces de La filogenia de cada grupo de leishmania presenta asociación con el lugar donde se desarrolla, en el intestino del insecto en referencia a la válvula pilórica (*Leishmania*: suprapylaria, intestino medio; *Viannia*, prepylaria: intestino superior y medio) (Salomon, O, 2002) (Azari-Hamidian, S 2023).

En América los flebótomos presentes pertenecen al género *Lutzomyia*, que incluye el 90% de las especies patógenas. En Argentina se han descrito 26 especies de flebótomos. Para las leishmaniasis tegumentarias, cuatro de estas especies son vectores en diferentes regiones del país:

- *Lutzomyia neivai*
- *Lutzomyia cotelezzii*
- *Lutzomyia migonei*
- *Lutzomyia whitmani*

Para la leishmaniasis visceral en Argentina, hay solo una especie llamada:

- *Lutzomyia longipalpis*

Dependiendo de la zona geográfica, en Argentina se los conoce como carachai o caracha, torito, mbrigüi o mbaragüi y plumilla. Como se observa en el siguiente cuadro, son numerosas las formas de llamar a estos insectos en las distintas regiones de América.



**Flebotomo:
vector de Leishmaniasis**

Fuente: Ray Wilson, Liverpool School of Tropical Medicine - (2009) PLoS Pathogens Issue Image - Vol. 5(8) August 2009. PLoS Pathog 5(8): ev05.i08. doi: 10.1371/image.ppat.v05.i08

Resumen de especies de parásitos, vectores y reservorios de Argentina

PAÍS O TERRITORIO	LEISHMANIA SPP.	FORMA CLÍNICA	VECTORES (CONFIRMADOS O SUPUESTOS)	RESERVORIOS ANIMALES (CONFIRMADOS SUPUESTOS)
ARGENTINA		LC	DESCONOCIDO	DESCONOCIDO
		LC	DESCONOCIDO	DESCONOCIDO
	<i>L. GUAYANENSIS</i> <i>L. AMAZONENSIS</i> <i>L. BRAZILENSIS</i>	LC Y LM	<i>LUTZOMYIA WHITMANI</i> (NY. WHITMANI) <i>LU. NEIVAI</i> (NY. NEVAI) <i>LU. MIGONEI</i> (MG. (MG.) MIGONE)	<i>CANIS LUPUS FAMILIARIS</i>
	<i>L. INFANTUM</i>	LV	<i>LU. LONGIPALPIS</i> (LU. (LUT.) LONGIPALPIS)	<i>CANIS LUPUS FAMILIARIS</i>

Fuente: OPS, 2023 (a)

2.3 RESERVORIOS

Solo se consideran como reservorios de Leishmania a las especies de animales vertebrados, que garantizan a la vez la circulación y el mantenimiento de las diferentes especies de Leishmania en la naturaleza, tanto por características de los individuos como de sus poblaciones. El solo hallazgo de un animal infectado por Leishmania, no es prueba suficiente para considerarlo un reservorio (Chaves, et al, 2007).

En general, hay un reservorio principal para cada especie de Leishmania en cada foco determinado, pero otros mamíferos de la misma zona pueden resultar también infectados y convertirse en huéspedes secundarios o accidentales. Los mamíferos domésticos y selváticos (como por ejemplo: marsupiales, carnívoros, roedores y primates) infectados por Leishmania pueden o no mostrar signos evidentes de infección.

En América, los reservorios identificados incluyen a los marsupiales (especies de *Didelphis*), al oso perezoso (especies de *Choloepus* y de *Bradypus*), al oso hormiguero menor (*Tamandua tetradactyla*), al zorro (*Cerdocyon thous*) y a los roedores (especies de *Rattus*, *Proechimys*, *Nectomys* y *Oryzomys*, entre otros). El reservorio doméstico más importante de *L. infantum* es el perro, que puede o no enfermar por esta parasitosis (OPS, 2023 a).

En Argentina, para la leishmaniasis visceral humana, el reservorio doméstico de *Leishmania infantum* es el perro. Los reservorios para *Leishmania braziliensis* en el ciclo de la leishmaniasis tegumentaria en nuestro país podrían ser varias especies de roedores y comadrejas, se considera al hombre y al perro huéspedes accidentales (OPS, 2023 a).

2.4 CICLO VITAL

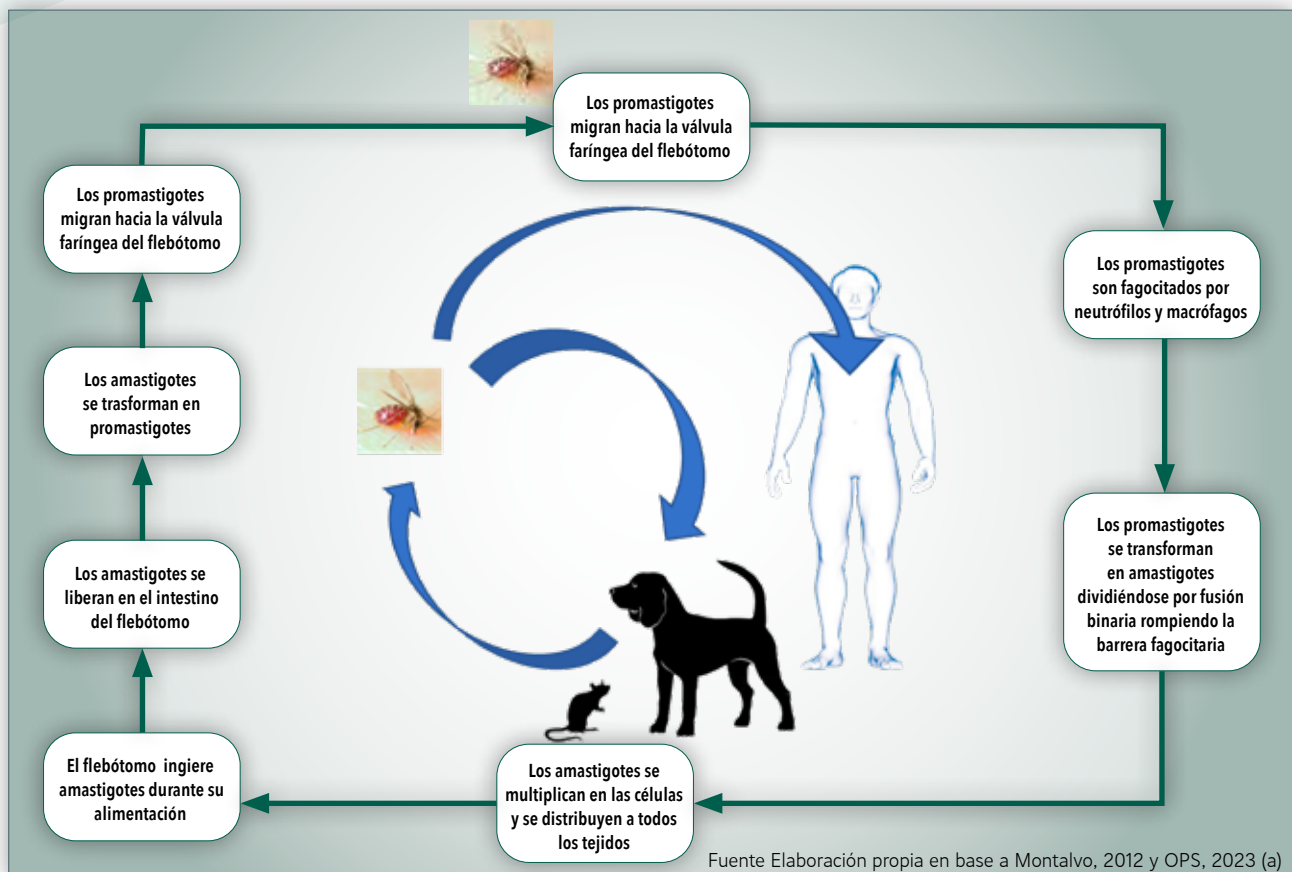
Como se dijo, la interacción entre los reservorios y los parásitos es compleja, multifactorial, circunstancial y dinámica; por ello, cons-

tituyen una unidad biológica que puede variar en función de los cambios del medio ambiente.

Cada especie de Leishmaniasis tiene una estrategia distinta de supervivencia según cuál sea el vector y el reservorio donde se ubique. En los mamíferos (reservorios), son parásitos intracelulares donde desarrollan diversas estrategias para sobrevivir en los fagocitos mononucleares. En los vectores, su modo de sobrevivir tendrá que ver con el sitio que parasiten del intestino del flebótomo (Salomon O. D., 2002).

El parásito se encuentra en forma de amastigote (sin flagelo libre) en el interior de los macrófagos de los mamíferos infectados (reservorio). Cuando el flebótomo ingurgita la sangre de un animal parasitado, el amastigote se transforma en promastigote (con flagelo) infeccioso en su interior. Posteriormente, cuando el insecto vuelve a alimentarse inculca el parásito en forma de promastigote, que penetra en los fagocitos del huésped donde pierde el flagelo libre y se multiplica, cerrando así su ciclo biológico (Alsina, M; Llambrich Mañes, A 2002)

Ciclo de vida e invasión de Leishmania



3. EFECTOS A LA SALUD

La presentación clínica de esta parasitosis es variada y depende de la interacción entre la especie involucrada y el tipo de huésped. Como

fue mencionado previamente, puede dividirse en 2 grandes grupos:

- Leishmaniasis tegumentaria (LT)
- Leishmaniasis visceral (LV)

Formas clínicas según tipo de Leishmaniasis

LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	- LEISHMANIASIS CUTÁNEA LOCALIZADA - LEISHMANIASIS CUTÁNEA DISEMINADA - LEISHMANIASIS CUTÁNEA DIFUSA O ANÉRGICA - LEISHMANIASIS CUTÁNEA RECIDIVANTE O RECIDIVANS
	LEISHMANIASIS MUCOSA/MUCOCUTÁNEA	- LEISHMANIASIS MUCOSA/MUCOCUTÁNEA
LEISHMANIASIS VISCERAL O SISTÉMICA	LEISHMANIASIS VISCERAL	
	LEISHMANIASIS DÉRMICA POST-KALA-AZAR	

3.1 LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA

3.1.1 Leishmaniasis cutánea localizada

Se trata de la forma de presentación tegumentaria más frecuente, generalmente en forma de una única úlcera, aunque en algunos casos pueden coexistir varias lesiones satélites en la misma región anatómica. El período de incubación varía entre 2 semanas y hasta 3 meses.

Luego de la picadura del flebótomo, la lesión se inicia con una pápula que evoluciona a nódulo. Este luego se ulcera y se cubre de una costra que, al desprenderse, deja lugar a la típica úlcera: indolora, redondeada u ovalada, de bordes indurados y regulares, fondo limpio y granulante, frecuentemente rodeada de un halo eritematoso sin signos de flogosis.



Forma clínica L. Tegumentaria (Cutánea)

Gentileza del Servicio de Dermatología del Hospital Angel.C. Padilla



Forma clínica L. Tegumentaria (Cutánea)

Fuente: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2017/mc172h.pdf>

En ciertas ocasiones, la lesión presenta sobreinfección bacteriana, por lo que en estos casos puede observarse un fondo con secreción. La mayoría de las lesiones se ubica en áreas expuestas accesibles a la picadura del vector, y son de características húmedas o exudativas.

Existen manifestaciones atípicas donde la lesión elemental no es una úlcera, sino que se trata de formas verrugosas, hiperqueratósicas, infiltrativas o ecematoideas. Otra presentación infrecuente es la esporotricoides a través de un síndrome linfagítico-nodular.

3.1.2 Leishmaniasis cutánea diseminada

Existen reportes de esta forma clínica en varios países de América sobre todo en Brasil, particularmente en la región del nordeste y también en el resto del mundo. Las lesiones son polimórficas, frecuentemente nódulos, úlceras y en ocasiones, acneiformes, en número de 10 o más y en dos regiones anatómicas no contiguas. Es frecuente la asociación con lesiones mucosas de bajo grado y -por lo general- no a tratamientos convencionales. La especie más frecuentemente involucrada en *L. braziliensis* y se cree que existe una alteración en la respuesta inmune celular.

3.1.3 Leishmaniasis cutánea difusa o anérgica

Es una forma de presentación grave, donde se observa un cuadro generalizado de lesiones, en la mayoría de los casos nodulares y sin compromiso mucoso. Las mismas pueden coalescer y formar grandes placas, dando el aspecto de "facies leonina", similar a la lepra

Leishmaniasis cutánea difusa o anérgica



Fuente: (OPS 2023 a)

lepromatosa. Se asocia a defectos del sistema inmune de tipo celular y está causada por las especies *L. amazonensis* en América y *L. aethiopica* en el viejo mundo. Las lesiones tienen gran cantidad de amastigotes sin formación de granulomas. No cura espontáneamente y reviste mala respuesta al tratamiento.

3.1.4. Leishmaniasis recidivante o recidivans

Esta forma clínica se hace crónica, luego de una lesión primaria cicatrizada en el rostro, en el transcurso de varios meses se van sucediendo nuevas lesiones periféricas a la lesión original. Se la denomina Leishmaniasis lupoides por su similitud con el lupus vulgaris. Es causada esencialmente por *L. tropica* en el viejo mundo, y ocasionalmente por *L. braziliensis* en América.

3.1.5. Leishmaniasis mucosa o mucocutánea

También conocida como "espundia", en la mayoría de los casos es causada por *L. braziliensis*, y en ocasiones por *L. panamensis* o *L. guyanensis*. Ocurre por diseminación linfática o hematológica luego de una lesión cutánea inicial, que generalmente precede al compromiso mucoso en meses o años. La enfermedad es una complicación de una metástasis por vía hemática o linfática de una lesión cutánea distante. En raras ocasiones, se da por la extensión de LC en la cara a mucosas contiguas o por picadura directa del vector en la mucosa. La mayoría se manifiesta dentro de los 2 años de la aparición de la lesión primaria, por eso siempre debe interrogarse por antecedentes de úlceras cutáneas curadas y realizar examen físico en busca de cicatrices típicas.

El primer sitio de afectación suele ser el cartílago nasal, que se manifiesta como secreción nasal mucosanguinolenta o epistaxis, obstrucción nasal, dolor y prurito. La lesión comienza como un nódulo y -a medida que el cuadro avanza- evoluciona a úlcera y posterior perforación del segmento cartilaginoso del tabique nasal, lo que se considera patognomónico de la leishmaniasis mucosa. La destrucción del tabique nasal y la infiltración dérmica deter-

minan la caída y engrosamiento de la nariz, lo que se denomina "nariz de tapir".

Puede comprometerse también la mucosa oral (paladar, labio superior) con la consecuente destrucción de los tejidos. Otras mucosas afectadas pueden ser la laríngea y faríngea con manifestaciones como disfonía, tos bitonal, trastornos deglutorios y riesgo de broncoaspiración. Las lesiones mucosas pueden evolucionar durante años y no curan espontáneamente.

L. Tegumentaria (Mucocutánea)



Gentileza del Servicio de Dermatología del Hospital Angel.C. Padilla

L. Tegumentaria (Mucosa) con alteración en maxilares, fosas nasales y compromiso de paladar duro



Fuente: <https://infectologia.info/abstracts/leishmaniasis-mucocutanea-con-presentacion-atipica/>

L. Tegumentaria (Mucosa) Perforación con erosión parcial del tabique nasal



Fuente: <https://www.scielo.cl/img/revistas/ijodontos/v14n3//0718-381X-ijodontos-14-03-342-gf2.png>

L. Tegumentaria (Mucosa) Lesión granulomatosa en paladar



Fuente: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2020000300342

3.2. LEISHMANIASIS VISCERAL O SISTÉMICA

3.2.1 Leishmaniasis visceral

La Leishmaniasis visceral o sistémica (L.V.), también llamada Kala-azar, es una enfermedad que afecta al sistema reticuloendotelial causada por la *L. donovani*. Parásita en general a las células de este sistema; allí los parásitos se multiplican, infectan a los macrófagos locales y de esta manera, alteran la función de órganos y tejidos. La participación es más se-

vera en aquellos órganos ricos en células reticuloendoteliales como hígado, bazo, ganglios linfáticos, pulmones y piel.

Asintomática: la mayoría de los individuos que viven en áreas de circulación del flebótomo, presentan evidencia de infección por *L. Chagasi*, sin haber cuadro clínico aparente. Esta forma se manifiesta por serología positiva o test intradérmico reactivo.

Oligosintomática o subclínica: es de frecuente presentación en áreas de circulación del flebótomo. Se caracteriza por presentar febrícula, astenia, tos seca. El examen clínico presenta discreta hepatomegalia y esplenomegalia.

Sintomática: La L.V es la forma más grave de la enfermedad, y puede resultar fatal sin tratamiento (WHO, 2023). El período de incubación varía en promedio de 2 a 6 meses luego de la picadura del vector, aunque se registran tiempos superiores y puede extenderse a varios años (MSAL, 2010 (b)).

La fiebre es generalmente la primera manifestación, es superior a los 40 grados durante el periodo inicial de la enfermedad y puede ser continua o intermitente.

Puede presentarse con diarreas importantes, tos, y se asemeja a un cuadro séptico. A la palpación puede presentar una discreta hepatoesplenomegalia. La evolución de la enfermedad rara vez supera los 2 meses. Presenta leves alteraciones hematológicas y se caracteriza por la hipergamaglobulinemia IgG e IgM en las pruebas de laboratorio.

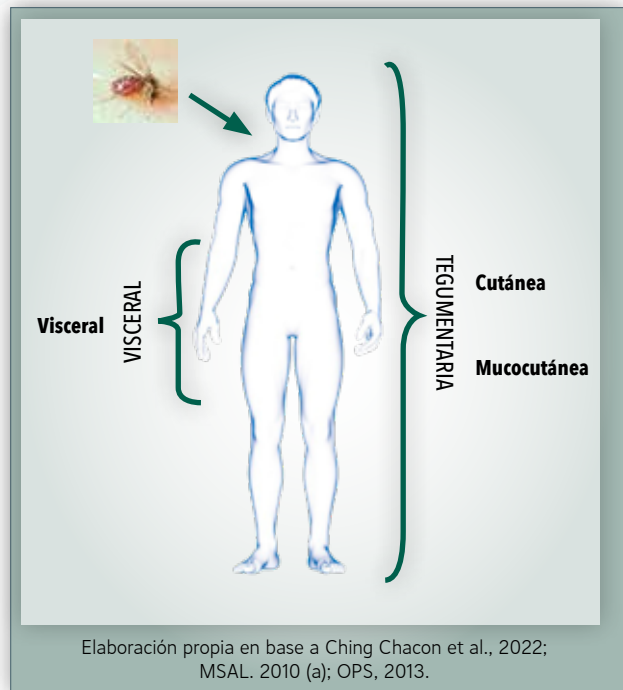
En esta forma clínica aparece un estado consecutivo con edemas por desnutrición proteico-calórica, abdomen prominente debido a hepatoesplenomegalia, alteraciones de piel, que incluyen coloración cutánea parda o como cera vieja en pómulos y alrededor de la boca con mayor frecuencia. A nivel de faneras presenta cabellos quebradizos y pestañas abigarradas. A medida que la enfermedad avanza se agrava el estado general, requiriendo inicio del tratamiento.

3.2.2 Leishmaniasis dérmica post Kala-azar (LDPKA)

La LPDKA está presente en todas las regiones donde la *L. donovani* es endémica, pero es en África oriental y Sudeste asiático, donde se manifiesta con mayor frecuencia. Los pacientes que hayan padecido previamente Kala-azar, entre los 6 meses y uno o más años, después de la cura aparente de la leishmaniasis visceral, pueden manifestar lesiones dérmicas.

Se manifiesta en la piel con máculas hipopigmentadas o eritematosas en todo el cuerpo, que pueden transformarse en un infiltrado papular o nodular especialmente en la cara, que puede confundirse con vitíligo o lepra.

Esquema de las formas clínicas de Leishmaniasis



4. METODOS DIAGNÓSTICOS

4.1 LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA

Es de gran importancia la anamnesis explorando antecedentes de exposición en ámbitos de circulación del flebótomo y un examen clínico dermatológico exhaustivo reconociendo las lesiones elementales de cada una de las formas clínicas, de acuerdo a la localización

anatómica, cantidad y distribución de lesiones en el cuerpo y su evolución en el tiempo. Además, que se tomen en cuenta los datos epidemiológicos relevantes que permiten sospechar de personas de la comunidad, el lugar de procedencia del paciente o viajes a zonas endémicas. Las herramientas diagnósticas varían según las diferentes formas clínicas de la enfermedad.

El diagnóstico de las leishmaniasis debe, hacerse mediante la visualización del parásito. Sin embargo, no siempre es posible verlo o aislarlo, por lo que, en las formas mucosa y visceral, el diagnóstico debe ser, además de clínico y parasitológico, complementado por pruebas inmunológicas específicas (métodos indirectos).

Método de diagnóstico directo

- **Frotis** consiste en el raspado con hoja de bisturí de los bordes de la lesión cutánea. Podemos encontrar al parásito en forma de amastigote. Es un método rápido y con una sensibilidad alta.
- **Estudio histopatológico** se realiza a través de una escisión a nivel del borde de la úlcera que involucre piel enferma y piel sana para la búsqueda de amastigotes.
- **Cultivo de promastigotes en medios específicos:** NNN (Novy, Nicolle y McNeal), Senekjje, etc. se obtiene por aspirado de la lesión o de la biopsia cutánea, permitiendo identificar la cepa del parásito en el curso de dos semanas.
- **PCR** estandarizada en muestras de tejido de la lesión.
- **Inoculación en hámster:** búsqueda y/o aislamiento parasitario, utilizado en investigación.

Métodos de diagnóstico indirectos

- **Inmunocromatografía con antígeno Rk39, es el estudio de elección;** y han demostrado tanto sensibilidad como especificidad.
- **PCR.**
- **Test de Aglutinación directa (DAT).**

- **Inmunofluorescencia y Elisa (IFI y ELISA):** demostraron tener una alta precisión diagnóstica en la mayoría de los estudios, sin embargo, su campo es limitado.

Intradermorreacción de Montenegro o leishmanina: es la prueba de hipersensibilidad retardada que evalúa la exposición del paciente a Leishmania. Se suele aplicar en el antebrazo izquierdo del paciente: se inyecta el antígeno en forma intradérmica y se hace la lectura a las 48-72 horas. Se utiliza principalmente como herramienta de apoyo en el diagnóstico de las formas mucosas de la enfermedad y en estudios epidemiológicos para evaluar si hubo contacto previo con el parásito. Aunque es una prueba muy sensible y específica, no permite diferenciar entre infección previa o actual. Se considera positiva si se presenta una pápula o una placa eritematosa mayor a 5 mm, y significa que el linfocito T del paciente reconoce el antígeno del parásito, por haber estado expuesto a este. Es negativo en la leishmaniasis cutánea difusa, en la leishmaniasis visceral activa y en la leishmaniasis post-kala-azar. No hay diferencia entre infección actual y pasada, su principal utilidad es epidemiológica.

4.2 LEISHMANIASIS VISCERAL O SISTÉMICA

Es de vital relevancia realizar una anamnesis que incluya antecedentes de exposición en ámbitos de circulación del flebótomo con un examen clínico dermatológico exhaustivo, examen clínico con orientación hepática para la palpación de la hepatomegalia y del bazo por la esplenomegalia.

Exámenes complementarios

El hematocrito y el recuento de plaquetas son los exámenes de laboratorio clínico indispensables y sus hallazgos incluyen anemia (normocítica normocrómica), neutropenia y trombocitopenia.

Otros exámenes complementarios que deben solicitarse son: coagulograma, proteínas

totales, albúmina, urea, creatinina y hepatograma.

Las infecciones son una de las complicaciones más frecuentes de la enfermedad por lo que, ante la sospecha clínica, deben realizarse cultivos de sangre, orina y radiografía de tórax para descartar la presencia de dichos cuadros.

- **Métodos de diagnóstico directo (parasitológicos), en material de lesión:**

- Frotis de medula ósea, bazo, hígado, ganglio linfático, teñido con Giemsa, May-Grunwald-Giemsa, etc. para la búsqueda de amastigotes.
- Cultivo de promastigotes en medio de NNN (Novy, Nicolle y McNeal), Senekjje, inoculación en hámster: búsqueda y/o aislamiento parasitario.

Sin embargo, a pesar de su alta especificidad, la sensibilidad en sus métodos es variable, siendo más elevados en los aspirados de bazo (93-99%), que en la medula ósea (53-86%) o ganglio linfático (53-65%). **Es importante aclarar que el aspirado del bazo representa un riesgo alto para el paciente por las posibles complicaciones; por ejemplo, rotura de bazo y sangrado descontrolado** (OPS, 2023).

5. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

5.1 LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA

5.1.1 Leishmaniasis cutánea localizada

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con cuadros de piodermatitis, esporotricosis, cromomicosis, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, tuberculosis cutánea, úlceras varicosas, úlceras traumáticas, psoriasis, infecciones cutáneas por micobacterias no tuberculosas, linfomas cutáneos, lobomycosis, granuloma por cuerpo extraño, lupus eritematoso discoideo, queratoacantoma y vasculitis, entre otras.

5.1.2 Leishmaniasis diseminada

Además de las referidas en 5.1.1, se recomienda realizar diagnóstico diferencial con sífilis secundaria.

5.1.3 Leishmaniasis cutánea difusa o anérgica

Además de las referidas en 5.1.1, se recomienda realizar diagnóstico diferencial con lepra lepromatosa.

5.1.4 Leishmaniasis recidivante o recidivans

Además de las referidas en 5.1.1, se recomienda realizar diagnóstico diferencial con lupus vulgaris.

5.1.5 Leishmaniasis mucosa o mucocutánea:

En nariz se realiza diagnóstico diferencial con traumatismos, infecciones bacterianas, sífilis, intoxicación por cromo, granuloma maligno mediofacial, paracoccidiodomicosis, histoplasmosis, pólipos nasales, rinosporidiosis, lepra y carcinoma espinocelular y basocelular, entre otras.

En paladar y laringe: carcinomas, paracoccidiodomicosis, histoplasmosis y tuberculosis.

5.2 LEISHMANIASIS VISCERAL O SISTÉMICA

En la LV debe considerarse, entre los diagnósticos diferenciales, todo síndrome febril prolongado con hepatomegalia o esplenomegalia. Las entidades que hay que considerar en el diagnóstico diferencial incluyen:

Síndrome de esplenomegalia tropical (esplenomegalia malarica hiperreactiva), tuberculosis con afectación del bazo, sífilis visceral con hepatoesplenomegalia, tripanosomiasis americana aguda o reagudizada (enfermedad de Chagas), brucelosis, salmonelosis, septicemia, endocarditis bacteriana, histoplasmosis sistémica, fiebre tifoidea, linfomas, leucemias y otras neoplasias, anemias hemolíticas, hemoglobinopatías, sarcoidosis y enfermedades de depósito, como la enfermedad de Gaucher, entre otros.

6. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DE LA SALUD LABORAL

LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA

Leishmaniasis cutánea

Caso sospechoso para leishmaniasis cutánea, a toda persona que presente lesiones cutáneas compatibles con leishmaniasis que haya residido o viajado durante el último año a una zona con transmisión activa de leishmaniasis, o con presencia del vector.

Leishmaniasis mucosa o mucocutánea

Caso sospechoso a toda persona que presente lesiones granulomatosas elevadas o ulcerosas de la mucocutánea nasal; bucofaríngea y/o laríngea que haya residido o viajado a área endémica; o con transmisión activa de leishmaniasis o con presencia de vector y, en el caso de que se presente tanto la leishmaniasis mucocutánea como la cutánea en el paciente, o no pueda discriminarse entre ambas, el caso deberá consignarse como un caso de leishmaniasis mucocutánea (MSAL, 2022).

Caso Confirmado:

Es todo aquel caso sospechoso con un resultado positivo para alguna de las técnicas parasitológicas (Tabla realizada con la información presentada en MSAL, 2022).

Caso descartado de LC, LM o LMC: todo caso sospechoso con al menos dos resultados negativos del análisis parasitológico.

Leishmaniasis Visceral

Caso sospechoso: a toda que presente fiebre de más de dos semanas de evolución con o sin hepatoesplenomegalia, que haya residido o viajado durante el último año a una zona con transmisión activa de leishmaniasis visceral o área vulnerable (MSAL, 2022).

Caso probable: caso sospechoso al que se suma una o más pruebas serológicas reactivas como las siguientes: tiras inmunocromatográficas RK39, ELISA, Inmunofluorescencia indirecta o Test de Aglutinación Directa (DAT).

Caso no conclusivo: Todo caso sospechoso de LV con diagnóstico serológico no reactivo.

El resultado negativo en una prueba serológica NO DESCARTA LA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN. Todo caso sospechoso de LV, independientemente del resultado de la prueba serológica, deberá estudiarse o ser derivado para su estudio por métodos parasitológicos directos.

Caso descartado de LV: Todo caso sospechoso con resultado serológico y parasitológico (por métodos convencionales o moleculares) negativo en función de las muestras evaluadas.

Diagnóstico de los diferentes tipos de leishmaniasis en Argentina para confirmación de casos

TÉCNICAS PARASITOLÓGICAS	L. CUTÁNEA	L. MUCOSA	L. VISCERAL
CULTIVO DE PROMASTIGOTES EN MEDIOS ESPECÍFICOS: NNN (NOVY, NICOLLE Y MCNEAL), SENEKJIE, ETC.	X	X	X
INOCULACIÓN EN HÁMSTER: BÚSQUEDA Y/O AISLAMIENTO PARASITARIO	X	X	X
PCR ESTANDARIZADA EN MUESTRAS DE TEJIDO DE LA LESIÓN	X	X	
FROTIS Y PREPARADOS HISTOLÓGICOS	X	X	
PCR EN MUESTRAS DE TEJIDOS			X
FROTIS DE PUNCIÓN ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA, BAZO, HÍGADO, GANGLIO LINFÁTICO TEÑIDO CON GIEMSA, MAY-GRUNWALD-GIEMSA, ETC. PARA LA BÚSQUEDA DE AMASTIGOTES			X
PREPARADOS HISTOLÓGICOS A PARTIR DE MÉDULA ÓSEA, HÍGADO, BAZO O GANGLIO LINFÁTICO PARA LA BÚSQUEDA DE AMASTIGOTES			X

Elaboración propia en base MSAL, 2022

En Argentina, la Ley 15.465 (sancionada en 1960 y promulgada ese mismo año) incluye desde entonces a las leishmaniasis dentro los eventos de notificación obligatoria. La Reso-

lución del Ministerio de Salud de la Nación N° 2827 /22 categoriza estos eventos de la siguiente manera:

Ubicación de las Leishmaniasis dentro de los eventos de notificación obligatoria

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	EVENTO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA
EVENTOS TRANSMISIBLES	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR VECTORES	LEISHMANIASIS CUTÁNEA (LC) LEISHMANIASIS MUCOSA (LM)
EVENTOS TRANSMISIBLES	ENFERMEDADES ZONÓTICAS ANIMALES	LEISHMANIASIS VISCERAL CANINA
EVENTOS TRANSMISIBLES	ENFERMEDADES ZONÓTICAS HUMANAS	LEISHMANIASIS VISCERAL HUMANA (LVH)

Fuente: Elaboración propia en base a MSAL, 2022

Notificación de Leishmaniasis Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS-C2).

La modalidad de notificación es individual y nominal a partir de un caso sospechoso, de carácter obligatorio mediante clínica y laboratorio. Esa información es luego cargada al Software del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, Módulo C2 (SNVS-C2).

Vigilancia mediante examen médico periódico en salud laboral

Se realizará vigilancia de la salud de las personas trabajadoras teniendo en cuenta la Resolución SRT N°37/10.

7.1 CASOS DE LEISHMANIASIS EN EL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD (SNVS 2.0)

El Boletín Epidemiológico N°680 de 2023 detalla los casos de cada una de las formas clínicas presentes en el país, como se observa a continuación.

Casos confirmados de leishmaniasis cutánea por año y jurisdicción de residencia.

SE 18/2018 a SE 44/2023 (n=1717). Argentina.

JURISDICCIÓN	2018**	2019	2020	2021	2022	2023**
BUENOS AIRES*	5	4	6	3	5	3
CABA*	5	1	2	0	1	1
SANTA FE*	0	1	0	0	1	0
ENTRE RÍOS*	0	0	0	0	0	1
CÓRDOBA*	4	1	0	1	0	0
REGIÓN CENTRO*	14	7	8	4	7	5
CHACO	9	15	10	17	4	16
MISIONES	9	31	34	37	18	5
CORRIENTES	5	4	9	6	3	0
FORMOSA	4	2	16	14	2	0
REGIÓN NEA	27	52	69	74	27	21
CATAMARCA	1	1	0	0	0	0
JUJUY	129	37	31	39	28	7
SALTA	170	49	87	119	56	30

JURISDICCIÓN	2018**	2019	2020	2021	2022	2023**
SANTIAGO DEL ESTERO	2	0	3	2	1	0
TUCUMÁN	23	8	1	4	2	4
REGIÓN NOA	325	95	122	164	87	41
SAN LUIS*	1	0	0	0	0	0
SAN JUAN*	1	0	0	0	0	0
REGIÓN CUYO*	2	0	0	0	0	0
CHUBUT*	1	0	0	0	0	0
NEUQUÉN*	1	0	0	0	0	0
SANTA CRUZ*	0	1	0	0	0	0
TIERRA DEL FUEGO*	4	0	0	0	0	0
RIO NEGRO*	0	0	1	2		2
REGIÓN SUR*	6	1	1	2	0	2
OTRO PAÍS DE RESIDENCIA	1	3	1		1	2
TOTAL PAÍS	375	158	201	244	122	71

*Nota: casos importados para la provincia. **Los años 2018 y 2023 cuentan con datos parciales (SE18 a SE52 de 2018 y SE43 de 2023)

Fuente: Elaboración propia en base a Boletín epidemiológico 47 N°680, 2023 (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben_680_se_47.pdf)

Casos confirmados de leishmaniasis mucosa por año y jurisdicción de residencia. Argentina, SE18/2018 a SE44/2023.

JURISDICCIÓN	2018**	2019	2020	2021	2022	2023**
BUENOS AIRES*	3	0	2	3	7	0
CABA*	1	1	2	2	0	1
CÓRDOBA*	0	0	0	0	1	0
REGIÓN CENTRO*	4	1	4	5	8	1
MENDOZA*	0	0	1	1	1	0
REGIÓN CUYO*	0	0	1	1	1	0
SANTIAGO DEL ESTERO	2	0	3	2	1	0
TUCUMÁN	23	8	1	4	2	4
REGIÓN NOA	325	95	122	164	87	41
CHACO	1	0	0	0	1	0
CORRIENTES	2	0	2	1	0	1
FORMOSA	0	0	1	3	0	0
REGIÓN NEA	3	0	3	4	1	1
CATAMARCA	1	0	0	0	0	1
JUJUY	12	0	1	1	0	1
SALTA	12	12	4	8	10	5
SANTIAGO DEL ESTERO	0	0	1	0	1	0
TUCUMÁN	1	2	0	1	0	0
REGIÓN NOA	26	14	6	10	11	7
RIO NEGRO*	0	0	0	1	0	0
REGIÓN SUR*	0	0	0	1	0	0
TOTAL PAÍS	33	15	14	21	21	9

*Nota: Casos importados para la provincia. **Los años 2018 y 2023 cuentan con datos parciales. Fuente: Elaboración propia en base a Boletín epidemiológico 47 N°680, 2023 (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben_680_se_47.pdf)

Casos Confirmados de Leishmaniasis Visceral humana por año y jurisdicción de residencia. Argentina, SE 18/2018 a SE 44/2023
Casos confirmados de leishmaniasis mucosa por año y jurisdicción de residencia. Argentina, SE18/2018 a SE44/2023.

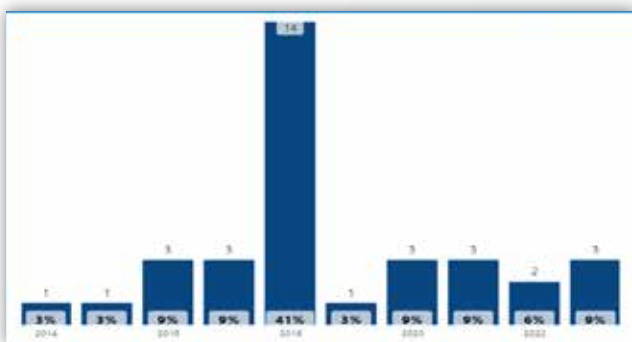
JURISDICCIÓN	2018**	2019	2020	2021	2022	2023**
BUENOS AIRES*	0	2	0	0	1	1
CABA*	0	0	0	0	2	0
CÓRDOBA*	0	0	0	0	1	0
ENTRE RÍOS	0	1	0	0	0	0
REGIÓN CENTRO	0	3	0	0	4	1
CHACO	0	0	0	0	0	1
CORRIENTES	0	2	2	0	1	3
MISIONES	3	0	4	3	3	3
REGIÓN NEA	3	2	6	3	4	7
JUJUY*	0	0	0	0	1	0
SALTA	1	6	6	10	10	14
SANTIAGO DEL ESTERO	0	0	0	0	1	0
SANTIAGO DEL ESTERO	0	0	1	0	1	0
REGIÓN NOA	1	6	6	10	12	14
TOTAL PAÍS	4	11	12	13	20	22

**Los años 2018 y 2023 cuentan con datos parciales. Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS)

7.2 CASOS DE LEISHMANIASIS COMO ENFERMEDADES PROFESIONALES EN ARGENTINA

Los casos de Leishmaniasis registrados como enfermedad profesional, según Decreto 658/96 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), entre 2014 y 2023, se detallan a continuación:

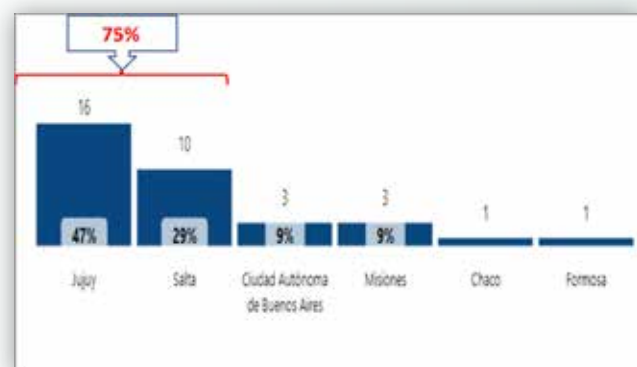
Total de casos de Leishmaniasis tegumentaria notificados en el periodo 2014-2023



Fuente: datos SRT

Distribución de casos de Leishmaniasis por provincia

La presente grafica muestra que el 75 % de los casos se dieron en las provincias de Jujuy y Salta



Fuente: datos SRT

MEDICINA LABORAL MEDICINA PARA EMPRESAS

El Servicio de ART de Clínica Monte Grande con sede en Arana 127 ofrece un espacio renovado y confortable pensado para que nuestros pacientes cuenten con el mejor ambiente para su pronta recuperación.



El Servicio de Medicina Laboral de Clínica Monte Grande ofrece a las empresas la posibilidad de contar con los servicios adecuados para poder cumplir con las exigencias que la ley les requiere.

Se brinda la más completa atención en un moderno edificio destinado a los pacientes con accidentes laborales. Cuentan con un equipo de médicos clínicos, traumatólogos y neurólogos con personal de enfermería propio.



El personal Administrativo funciona como nexo permanente entre las empresas de medicina laboral y el empleador, realizando un seguimiento exhaustivo de la evolución del paciente accidentado.



SOFTWARE DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

SYSOWEB elegido por las principales empresas de Argentina



AVAIN

SOFTWARE LABORAL

www.avainsistemas.com.ar



dienst
TECNOLOGIA EN SALUD

**SOMOS EXPERTOS
EN MEDICINA LABORAL**

OFRECEMOS SERVICIOS INTEGRALES



Asesoramiento médico integral a:
ART y Médico Legal



Exámenes Preocupacionales
y Psico-diagnóstico laboral



Control de Ausentismo Laboral



Atención Ambulatoria, Domiciliaria
y Juntas Médicas con Especialistas



**20 años
de Experiencia**

Más de 150
centros médicos
con avanzada
tecnología en
provincia de
Bs As, Capital Federal
y las principales
ciudades del país

www.dienst.com.ar

✉ contacto@dienst.com.ar
📱 @dienstconsulting



Pro Mediar

Medicina Legal · Salud Ocupacional · Medicina Previsional
Medicina Corporativa · Asesoramiento a ART

Directores Médicos:

Dr. Enrique E. Pereira
Dr. Juan Martín Motti

www.pro-mediator.com.ar



AVANCES DE LOS OBSERVATORIOS DE SALUD OCUPACIONAL

Observatorios de Salud

AVANCES DE LOS OBSERVATORIOS DE SALUD OCUPACIONAL



Dra. Soledad Müller

Médica especialista en Medicina del Trabajo. Especialista en Salud, Ergonomía y Bienestar. Especialista en Dirección y Gestión de Servicios de Salud. Medical Lead en Mondelez Internacional

PETRÓLEO Y GAS: UN CAMINO HACIA LA PREVENCIÓN INTELIGENTE

En el marco del Observatorio de Salud Ocupacional de la Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires (SMTBA), el Observatorio de Petróleo y Gas avanza en la construcción de evidencia sólida a partir de la práctica médica en el ámbito laboral.

La información recabada en forma sistemática constituye un insumo estratégico para la

elaboración de la Guía de Recomendaciones en Vigilancia Médica, cuyo propósito es estandarizar criterios, orientar a los profesionales y, sobre todo, fortalecer la prevención en una de las industrias más desafiantes y estratégicas del país.

Como parte de la estrategia de difusión, se lanzó el podcast SMTBA 360, un espacio innovador que abre el diálogo sobre los principales desafíos de la salud ocupacional. El primer episodio estuvo dedicado a Vaca Muerta,





marcando un hito en la manera de acercar el conocimiento y la experiencia de los especialistas a toda la comunidad profesional. En esta entrevista con el Dr. Fernando Esquivel, gerente médico de Shell, se analizan la historia de Vaca Muerta, sus desafíos y riesgos, el manejo de emergencias en zonas remotas, la vigilancia médica y las perspectivas futuras en términos de bienestar.

El Observatorio se sostiene gracias a la participación activa y comprometida de especialistas en Medicina del Trabajo de las distintas industrias, quienes, con su mirada clínica y preventiva, nutren el debate y el diseño de recomendaciones aplicables.

NUEVOS OBSERVATORIOS: MINERÍA E INDUSTRIA FARMACÉUTICA

La experiencia ganada en petróleo y gas se expande hacia nuevos horizontes. Con gran entusiasmo, se lanzaron los Observatorios de Minería e Industria Farmacéutica, dos sectores con realidades y riesgos muy diferentes, pero unidos por un mismo objetivo: cuidar la salud de sus trabajadores desde una perspectiva científica, colaborativa y preventiva.

La reunión de kick-off fue el puntapié inicial de un trabajo conjunto entre profesionales y organizaciones del sector, donde se definió una misión clara: identificar riesgos prioritarios, compartir experiencias y construir guías técnicas que acompañen el desarrollo productivo con responsabilidad sanitaria.

CIERRE Y REFLEXIÓN FINAL

De esta manera, la SMTBA reafirma su rol como referente en la generación de conocimiento aplicado, la articulación interdisciplinaria y la construcción de políticas de salud ocupacional basadas en evidencia real.

Los Observatorios de Petróleo y Gas, Minería e Industria Farmacéutica no funcionan como islas, sino como un ecosistema integrado de vigilancia y prevención, capaz de anticipar tendencias, identificar riesgos emergentes y promover acciones coordinadas que impacten positivamente en la vida de miles de trabajadores.

Con esta mirada conjunta, la SMTBA se consolida como un actor clave en la transformación de los entornos laborales, impulsando una cultura de salud y prevención que trasciende industrias y fronteras.

Seguimos avanzando. Seguimos cuidando.



OBSERVATORIOS
DE SALUD LABORAL



nexup

Software de **Medicina Laboral**



ESPECIALISTAS EN RIESGO LABORAL

Te acompañamos brindándote una **atención integral** en:

- Traumatología
- Rehabilitación kinesiológica
- Medicina del trabajo
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Cirugías
- Cuidados críticos (UTI y UCO)
- Diagnóstico por Imágenes



Sedes Riesgo Laboral

Avellaneda 540, Merlo.
Lavalle 342, Ituzaingó



sanatoriodeloeste.com



GRUPO GAMAN
25 años

Garantizá la salud y el bienestar de tu empresa



ALGUNOS DE NUESTROS SERVICIOS

- ◆ Evaluaciones psicofísicas
- ◆ Médicos en planta
- ◆ Gestión del ausentismo
- ◆ Programas de wellness
- ◆ Telemedicina
- ◆ Gestión de siniestros



apresLABORAL
MEDICINA PARA EMPRESAS

SANATORIO
MODELO QUILMES

4002-2202 / 2203 / 011 6025 - 4369 | empresas@apreslaboral.com.ar | www.apreslaboral.com.ar

Cemla.com.ar

4363-7600

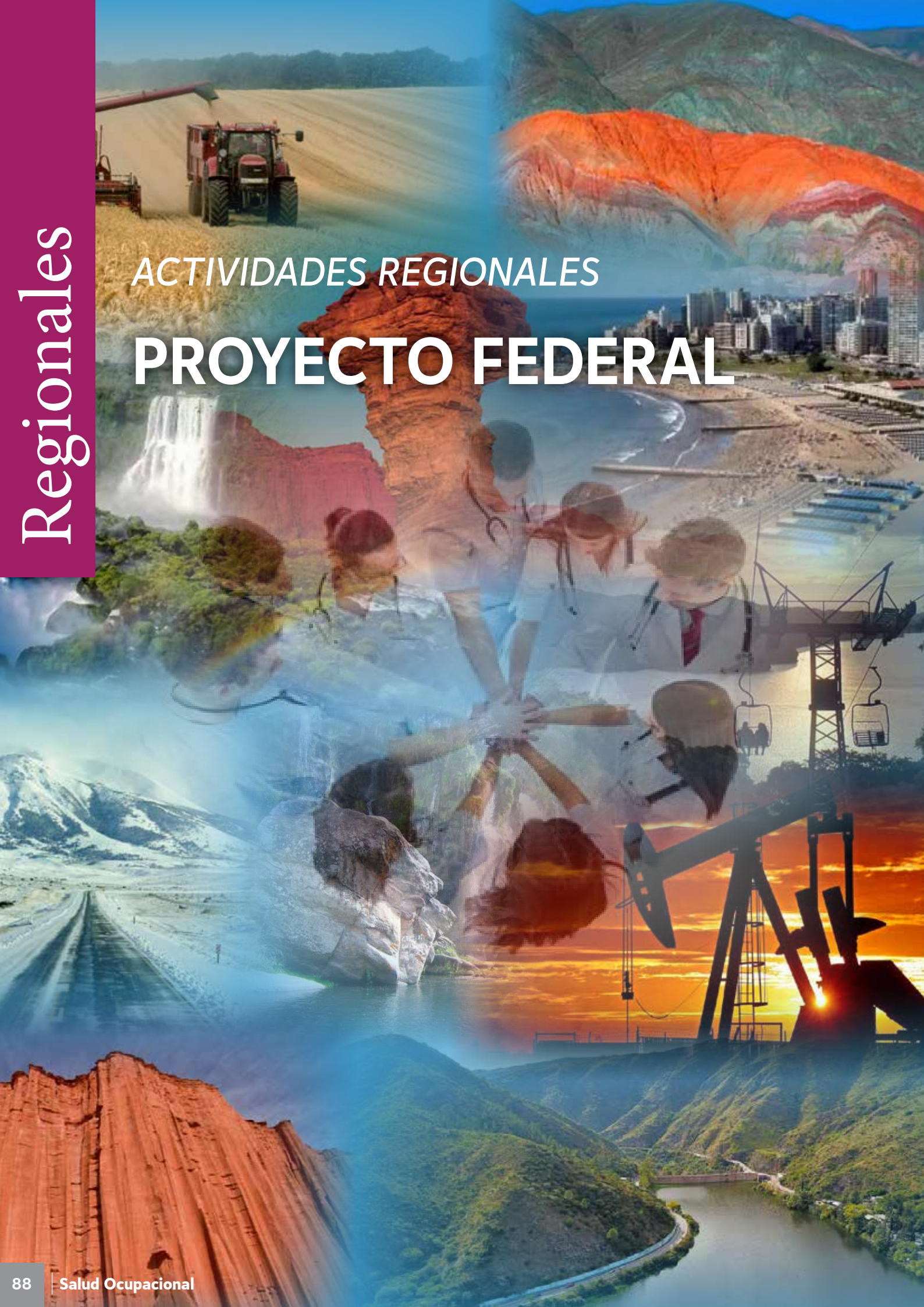
Bernardo de Irigoyen 1302

Baragaña 2324



ACTIVIDADES REGIONALES

PROYECTO FEDERAL



Actividades Regionales

PROYECTO FEDERAL



Dra. Mariana Euti

Líder Equipo
Actividades Regionales de la SMTBA

En esta oportunidad compartire avances de un proyecto, compartido por el Dr. Fabrizio Moschella Guajardo en una publicación anterior respecto al Proyecto Federal.

Un desafío que tengo el orgullo de liderar junto a Fabrizio, que tiene un gran objetivo que es integrar a nuestros colegas de los diferentes puntos del país, buscando adherencia, integración, estandarización y sumar esfuerzos para lograr que la Salud Ocupacional en todo el país tenga una mirada y plan de acción unificado, claramente respetando las particularidades y necesidades de cada una de las Regiones.

Venimos trabajando desde comienzos de año y establecimos un Documento central que describe nuestro propósito, nuestros principales lineamientos para formar parte de este proyecto y los beneficios que tendrán los profesionales que lo integran.

Estamos muy próximos al 29° Congreso de la SMTBA que se desarrollará los días 20 y 21 de Octubre en el Hotel Marriot de CABA, y tendremos la oportunidad de presentar este Proyecto en una mesa, de la que participarán cada uno de los Referentes Regionales, buscando abrir una puerta de integración y dar la posibilidad a los cientos de colegas que estarán en el Congreso a sumarse a este desafío.

Será una mesa de presentación, de conocimiento respecto a las características de cada Región, sus principales industrias, sus desafíos y los puntos donde pondrán el foco a trabajar.

Será la presentación oficial del equipo:

Líder: Dra. Mariana Euti

Coordinadores:

Dra. Cristina Rupel y Dr. Julian Cuckier

Representante Región Bs. As.:

Dr. Falcón Jorge

Representante Región NEA:

Dr. Jorge Munafo

Representante Región NOA:

Dr. Federico Montiveros

Representantes Región Cuyo:

Dres. Ricardo Zarzur y Julio Arijon

Representante Región Patagonia:

Dr. Javier Geller

Representante Región Centro:

Dr. Manuel Villarruel

Otro gran desafío que tendrá este Proyecto son las Jornadas de Otoño, que serán encuentros científicos de intercambio y que rotará por las diferentes Regiones. Será un encuentro anual, entre los meses de abril y junio, donde los profesionales referentes de la provincia elegida, nos recibirán y abrirán las puertas para contarnos como se desarrolla la Medicina del Trabajo y cuales son sus principales desafíos y debilidades, que serán los disparadores para armar un plan de trabajo y abordarlo de manera integral.

Estamos convencidos que es el comienzo de una modalidad de trabajar integrados, sumar a colegas de todo el país, e integrarnos con otras Sociedades ya conformadas.

Los invitamos a ser parte, aportando sus conocimientos y experiencias, logrando conformar este Proyecto Federal que dará un marco a la Medicina del Trabajo de la Argentina.

Alcance nacional a través de la SMTBA

CERTIFICACIÓN Y REVALIDACIÓN COMO MÉDICO DEL TRABAJO

Se ha conformado un comité presidido por la Dra. Sonia Gaviola, el cual está trabajando en la concreción de la Certificación y recertificación como Médico del Trabajo a nivel nacional.

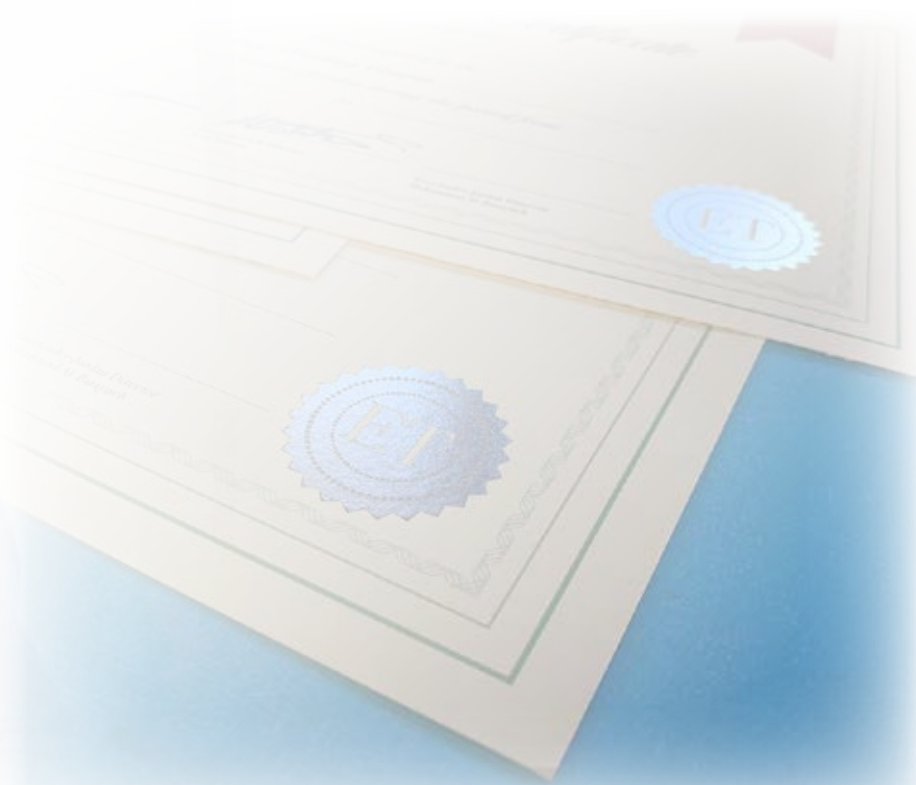
Como complemento a ello se haría también la revalidación como Médico del Trabajo en forma periódica en las diferentes provincias de la República Argentina.

Ya están adelantados los trámites para su implementación dentro del ámbito de la Sociedad.

CONVENIOS INSTITUCIONALES

Se están gestionando distintos convenios institucionales con Sociedades Científicas nacionales y extranjeras.

Para ello se ha constituyó una comisión permanente para tratar el tema con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.



Nationalmed

Una empresa del Grupo **Nationalbrokers**

IRT

— IN COMPANY —

Experimentá in-situ toda la calidad de nuestros servicios en el marco de un modelo de atención 100% a medida.

Contamos con **Unidades Médicas Móviles y Modulares propias** que nos permiten emplazar nuestras prestaciones dentro de los Parques Industriales o en las instalaciones de nuestros clientes.

Por qué elegimos

- ✓ Exámenes de Salud
- ✓ Control de Ausentismo
- ✓ Servicio Médico
- ✓ Capacitaciones

CONTACTANOS
Departamento Comercial
☎ +54 9 341 346 8134
✉ info@irt.com.ar



Centro de Operaciones Bt. As.
☎ 011 5274 1441
✉ busmodulares@irt.com.ar
📍 Hurlberg 4049 Piso 2, CABA

Sede CABA
☎ 011 5274 1441
✉ busmodulares@irt.com.ar
📍 Rivadavia 1125

Sede Campana
☎ 0349 297968
✉ campesina@irt.com.ar
📍 Rawson 61

VORAN

CALZADO DE SEGURIDAD



DEPORTIVAS.
CÓMODAS.
SEGURAS.

Infinergy®

Made With
Infinergy®
by BASF

ESCANEA EL QR
Y CONOCÉ MÁS



Servicios de salud para empresas e instituciones

- › Consultorio médico y enfermería en planta
- › Exámenes de salud
- › Interconsultas con especialistas
- › Campañas de vacunación
- › Cursos de Primeros Auxilios y RCP
- › Desfibriladores (DEA)
- › Zona Cardio Activa
- › y mucho más!

masvida.com.ar
0800 888 8432
contacto@masvida.com.ar

- [masvidaessalud](#)
- [Mas Vida es Salud](#)
- [Mas Vida](#)





**MAS VIDA SALUD
S.A.**

Somos una compañía de salud integral con fuerte presencia en el ámbito de la medicina laboral. Brindamos soluciones adaptadas a las necesidades de cada empresa, con servicios que abarcan desde consultorios médicos y de enfermería en planta, capacitaciones, campañas de vacunación, instalación de desfibriladores (DEA), zona cardioactiva, y charlas saludables, hasta reportes e información clave para la toma de decisiones en el área de RR.HH. Contamos además con el respaldo de una estructura médica de emergencias 24/7, traslados sanitarios y servicios de internación domiciliaria, lo que nos permite acompañar a las organizaciones de forma integral, tanto en la prevención como en la atención médica directa de sus colaboradores.



www.masvida.com.ar
contacto@masvida.com.ar
 0800 888 8432 (VIDA)
 +54 9 11 7613-6951
 @masvidaessalud
 Mas Vida Es Salud
 Más Vida



APRES S.A.

El Departamento de Medicina Laboral de APRES S.A., cuenta con 40 años de trayectoria manteniendo la misma vocación de brindar servicios de calidad a nuestros asociados al igual que lo venimos haciendo desde nuestros inicios. Estos últimos 20 años, bajo la dirección del Sr. Damián R. Eizner, hemos logrado alcanzar los más altos niveles de reconocimiento y prestigio en la especialidad atendiendo las necesidades de cientos de empresas asociadas, contando hoy con una nómina de más de 300 clientes y siendo también uno de los más importantes prestadores médicos de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo en todo el territorio nacional.



www.apreslaboral.com.ar
empresas@apreslaboral.com.ar
medicinalaboral@sanatoriomodelo-quilmes.com
 +54 11 4002 2204.
 +54 9 11 6025-4369
 apresalud



AVAIN SISTEMAS

Software de Salud Ocupacional, una solución tecnológica diseñada específicamente para fortalecer la gestión de Seguridad y Salud Ocupacional en su empresa. Optimiza tareas, centraliza la información crítica y brinda análisis precisos para una toma de decisiones estratégica.



www.avainsistemas.com.ar
info@avainsistemas.com.ar
 +54 0353 452 4958
 +54 0353 417 3938
 avainsistemas
 avainsistemas



**Belgrano 964
Medicina Laboral S.A.**

BELGRANO 964 MEDICINA LABORAL S.A.
 La empresa de medicina laboral más completa del país.



www.medicinalaboralsa.com.ar
info@medicinalaboralsa.com.ar
 +54 11 4280 9000
 +54 9 11 4365 0231
 medicinalaboral_
 BELGRANO 964 MEDICINA LABORAL S.A.
 BELGRANO 964 MEDICINA LABORAL S.A.



CEMLA

Centro especializado en evaluaciones psicofísicas y medicina laboral con 60 años de trayectoria.



<https://www.cemla.com.ar>
contacto@cemla.com.ar
 4363-7600
 cemla.ar
 cemla.ar
 CEMLA - evaluaciones psicofísicas



CLÍNICA MONTE GRANDE





DIENST CONSULTING S.A.

Nos dedicamos a servicios médicos y laborales corporativos para empresas y organismos de gobierno. Con una cobertura total de la Provincia de Buenos Aires y principales capitales del país. Utilizando innovaciones tecnológicas en la Gestión, Procesamiento y Organización de Datos. Nuestra misión es brindar el mejor Servicio Médico, Jurídico y Tecnológico en la prestación de Medicina del Trabajo a nivel nacional generando la mayor eficiencia de los recursos, con una trayectoria de 30 años en el rubro.

-  sitio.dienst.com.ar/
-  [contacto@ dienst.com.ar](mailto:contacto@dienst.com.ar)
-  011 15 2662 0242
-  +54 9 11 2662-0242
-  [dienstconsulting](https://www.instagram.com/dienstconsulting)
-  [dienst-consulting-tecnologia-en-salud](https://www.linkedin.com/company/dienst-consulting-tecnologia-en-salud)



CENTRO MÉDICO INTEGRAL FITZ ROY

Institución líder en salud ocupacional desde hace más de 50 años. Especializado en Accidentología y Medicina Laboral. Cuenta con un Centro Médico Integral de alta complejidad en CABA, una sede en Zona Norte y con un equipo multidisciplinario de profesionales. Realiza exámenes preocupacionales, gestiona el ausentismo laboral y ofrece el Servicio Integral de Medicina Laboral.

-  www.cmifitzroy.com.ar
-  cac@cmifitzroy.com.ar
-  11 4778 5500
-  + 54 9 11 5578 5500
-  [centromedico Fitzroy](https://www.instagram.com/centromedico Fitzroy)
-  [cmifitzroy](https://www.facebook.com/cmifitzroy)
-  [cmifr](https://www.linkedin.com/company/cmifr)



Instituto del Trabajador

SALUD OCUPACIONAL | ZARATE Y CAMPANA

INSTITUTO DEL TRABAJADOR, IDT SALUD OCUPACIONAL

Nos dedicamos a atender las necesidades de todos los trabajadores, brindando atención médica especializada a través de un equipo multidisciplinario de expertos enfocados en garantizar experiencias de usuario altamente satisfactorias. Con sede en Zárate y Campana, somos el prestador especializado en Medicina del Trabajo con mayor cobertura de la zona.

-  www.idtsalud.com.ar
-  prestaciones@idtsalud.com.ar
-  +54 9 3487 228833
-  [idt-salud-ocupacional-instituto-del-trabajador/](https://www.linkedin.com/company/idt-salud-ocupacional-instituto-del-trabajador/)



MEDICINA PARA EMPRESAS SA.

Con más de 45 años de experiencia en Argentina, somos líderes en Medicina Laboral, protegiendo el Capital Humano de nuestros clientes, su activo más valioso. Operamos en todo el país con 7 sucursales y tecnología de gestión avanzada. Ofrecemos servicios de medicina del trabajo respaldados por un equipo de aproximadamente 700 profesionales, y una estructura de gestión diseñada para satisfacer estratégicamente las necesidades de salud de nuestros clientes.

-  www.irt.com.ar
-  irt@irt.com.ar
-  0810-122-1221
-  +54 9 3413 46-0134
-  [@irtmedicinalaboral](https://www.instagram.com/@irtmedicinalaboral)
-  [/IRTMedicinaLaboral](https://www.facebook.com/IRTMedicinaLaboral)
-  [irt-medicina-para-empresas](https://www.linkedin.com/company/irt-medicina-para-empresas)



ISL MEDICINA EMPRESARIAL

Somos especialistas en brindar soluciones integrales de Medicina Laboral. Nuestra misión es mejorar la salud ocupacional, reducir el ausentismo y aumentar la productividad en las empresas, mientras promovemos entornos de trabajo seguros y motivadores.

-  www.isl.com.ar
-  info@islarg.com.ar
-  +54 11 2152-5444/45
-  +54 9 11 4969 4848
-  [@islsalud](https://www.instagram.com/@islsalud)
-  [ISL Medicina Empresarial](https://www.linkedin.com/company/ISL-Medicina-Empresarial)



JORNAL SALUD

Consultorios Médicos In Company y Servicios Médicos Integrales

-  www.jornalsalud.com
-  contacto@jornalsalud.com
-  1125567701
-  +54 9 1125567701
-  [jornal-salud/](https://www.linkedin.com/company/jornal-salud/)



LA SEGUNDA
Seguros



MEGAH SRL.

Agregamos valor al vínculo entre las empresas y sus colaboradores, brindando soluciones integrales para el cuidado de la salud, abarcando todas las especialidades médicas y servicios de salud ocupacional. El profesionalismo, experiencia y compromiso de nuestro equipo nos permite brindar un servicio diferencial y de calidad a nuestros clientes. Contamos con cobertura nacional, estudios, 100% digitalizados y un centro médico con modernas instalaciones y equipamiento de última generación. Trabajamos para mejorar la salud de su empresa.



www.megah.com.ar/
presupuestos@megah.com.ar
 011 4371-5764/7446
 +54 9 11 2288-7089
[megah.centromedico](https://www.instagram.com/megah.centromedico)
[megahsrl](https://www.facebook.com/megahsrl)
[megahml](https://www.linkedin.com/company/megahml)



MONTEBIO S.R.L.



www.montebio.com.ar/
info@montebio.com.ar
 +54 11 5263 7700
 +54 9 11 6508-1559
[montebio](https://www.linkedin.com/company/montebio)



Una empresa del Grupo Nationalbrokers

NATIONAL MED

La empresa de Medicina Laboral del Grupo National Brokers, con 35 años de experiencia y cobertura nacional. Un equipo de profesionales apasionados por la mejora continua y la gestión eficiente. Nuestro compromiso es ir siempre un paso adelante. Asistimos y gestionamos las necesidades vinculadas a la salud ocupacional, analizando las contingencias del ausentismo laboral y proponiendo acciones correctivas y preventivas.



nationalmed.com.ar
info@nationalmed.com.ar
 0810 345 6633
 +54 9 11 6236-1547
[nationalmedarg](https://www.linkedin.com/company/nationalmedarg)



Software de Medicina Laboral

NEXUP HEALTHTECH SAS

Nexup es la plataforma todo en uno en la nube para salud ocupacional que reúne en un mismo lugar historia clínica electrónica y emisión de recetas digitales.



<https://nexuphealth.com/soluciones-salud-ocupacional/>
contacto@nexuphealth.com
 11 2254-8397
 +54 9 11 2254-8397
[nexup.latam/](https://www.instagram.com/nexup.latam/)
[Nexup.latam](https://www.facebook.com/Nexup.latam)
[nexuplatam/](https://www.linkedin.com/company/nexuplatam/)



PRO-MEDIAR

Brinda servicios, en todo el país, de: Medicina Legal, Gestión de Siniestros, Auditoría Médica, Prevención, Medicina del Seguro.



www.pro-mediar.com.ar
info@pro-mediar.com.ar
 +54 9 11-2354-1899
 +54 9 11-2354-1899
[Pro-Mediar](https://www.linkedin.com/company/Pro-Mediar)



SALUD OCUPACIONAL SUR

Especialistas en Medicina laboral

Somos una organización con más de 35 años de experiencia en prevención, protección y atención sanitaria del trabajador

-  www.saludocupacionalsur.com.ar/
-  ventas@saludocupacionalsur.com.ar
-  4259-9616
-  +54 9 11 2522 2233
-  Salud Ocupacional Sur
-  Salud Ocupacional Sur
-  Salud Ocupacional Sur







SANATORIO DEL OESTE

Somos un sanatorio de alta complejidad comprometido en brindar un servicio de atención médica efectiva y de calidad. Buscamos satisfacer las necesidades de nuestra comunidad promoviendo, de manera permanente, la mejora en la atención, la seguridad del paciente y los estándares de calidad.

-  sanatoriodeloeste.com
-  +54 11 5068 9100
-  +54 9 11 6180 4150
-  sanatoriodeloeste
-  Sanatoriodeloeste
-  Salud Ocupacional Sur

VORAN

VORAN - Calzado de Seguridad

-  voran.com.ar
-  calzadovorán
-  calzadovorán
-  @VoránTv



PUBLICAR EN SALUD OCUPACIONAL

¿Le gustaría participar de la revista digital de la SMTBA?

¿Tiene interés de publicar sobre Salud Ocupacional?

Detallamos los requisitos para que puedan hacerlo:

- *Ser socio de la SMTBA con cuota al día.*
- *Ser profesional del área de la Salud Ocupacional.*
- *Contar con el expertise necesario que avale y respalde la publicación.*
- *Generar publicaciones originales, ideadas y desarrolladas por el/los profesional/es que envíe/n la propuesta.*
- *La extensión de la propuesta no debe superar las 4 carillas, en fuente 14, con ilustraciones, gráficos, etc., incluidos.*
- *Completar el formulario detallado en el siguiente hipervínculo:*
<https://smtba.org.ar/wp-content/uploads/2024/01/autorizacion-Revista-digital.pdf>
- *Enviar el formulario firmado conjuntamente con la propuesta de publicación a revistaso@smtba.org.ar*
- *En caso de ser seleccionada su propuesta, lo contactaremos, vía correo electrónico, al mismo que utilizo para enviarla, a fin de confirmar la publicación en nuestra revista.*

Esperamos sus aportes!

Equipo Revista Salud Ocupacional



**JORNAL
SALUD**
Gestión de Servicios Médicos

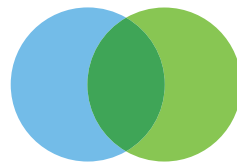


M O N T E B I O



MEGAH

MEDICINA LABORAL



ISL

Medicina Empresarial

Sumate a la Comunidad de Medicina del Trabajo en Argentina



Programa de Socios Protectores de la SMTBA

- *Presencia de Marca*
- *Búsquedas Laborales*
- *Tu staff de profesionales de la Salud, siempre actualizado*
- *En cada edición de la Revista, tu empresa*
 - *Tu marca estará en todas nuestras actividades*



SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES - **ARGENTINA**

Una propuesta para acercar
empresas y organizaciones a la SMTBA

LOS BENEFICIOS DE SER SOCIO PROTECTOR

BÚSQUEDAS LABORALES

Tus Búsquedas Laborales en el lugar indicado. Difundimos tus necesidades entre nuestros socios especialistas, para que tu empresa se vea beneficiada.



REVISTA SALUD OCUPACIONAL

Tu marca en nuestra revista digital **Salud Ocupacional**. Publicación científica de referencia para nuestra especialidad.

Una nota anual de tu empresa, presencia de tu marca en todas las ediciones + info en sección específica llegando a nuestro público especializado.



TU STAFF DE PROFESIONALES DE LA SALUD, SIEMPRE ACTUALIZADO

Con la membresía de Socio Protector, sumá hasta 10 profesionales de tu staff a nuestra Sociedad, para que participen de nuestros programas de formación continua. Obtené una beca para cada curso dictado por la SMTBA. Descubrí los beneficios de sumar a los integrantes de tu plantel como Socios Físicos de la Sociedad.



TU MARCA ESTARÁ PRESENTE EN TODO

Tu empresa nos acompañará donde vayamos. Como Socio Protector, accedés a difundir tu marca en cada evento que realicemos al servicio de la comunidad científica, en la revista, en nuestra web y en nuestras redes sociales.



Programa de Socios Protectores de la SMTBA

Ser Socio



Formá parte de la comunidad argentina de Medicina del Trabajo

LAS VENTAJAS DE SER SOCIO ACTIVO DE LA SMTBA

DESCUENTOS



En Cursos, Jornadas y Congresos que dicta la Sociedad. Estamos preparando nuevos para que sigan beneficiándose.

AMPLIACIÓN DE TU NETWORKING

Posibilidad de realizar visitas a Centros Médicos Especializados en Salud Ocupacional dentro y fuera del país.



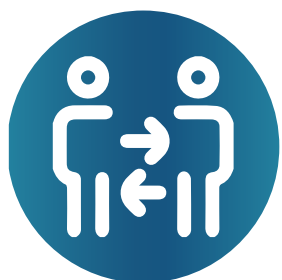
ACCESO A ACTIVIDADES CIENTÍFICAS INTERNACIONALES



BECAS DE INVESTIGACIÓN



Posibilidad de concursar por Becas para Investigación en Salud Ocupacional.



INTERACCIÓN CIENTÍFICA

Entre socios de la SMTBA y con entidades asociadas.

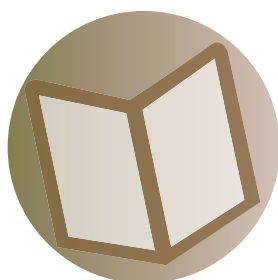
MEMBRESÍAS ICOH

Asistencia en la gestión de membresías a la **International Commission on Occupational Health (ICOH)**.



REVISTA DIGITAL

Acceso a nuestra Revista Digital **Salud Ocupacional**



FORMACIÓN SMTBA

PROPUESTAS DE FORMACIÓN Y DESARROLLO ACADÉMICO

PROPUESTAS DE FORMACIÓN Y DESARROLLO ACADÉMICO

• ESPECIALIDAD

Medicina del Trabajo - UCA

• DIPLOMATURA

Diplomatura Universitaria de Valoración del Daño Corporal en el Marco de la LRT

• CURSOS

- **Adicciones**
- **Marco legal**
- **Género**
- **Ergonomía**
- **Gestión Médico Laboral de Licencias Psiquiátricas Inculpables**
- **Urgencias y emergencias en el ámbito laboral**
- **Patologías ambulatorias**
- **Enfermedades profesionales**
- **Pericias**

- Docentes Universitarios
- Cuerpo docente de más de 15 años de experiencia en la capacitación sobre la Salud Ocupacional.
- Cursos Presenciales
- Cursos a Distancia
- Clases Magistrales
- Reuniones Científicas
- Cursos de actualización
- Cursos Científicos de postgrado
- Instalaciones aptas y de fácil acceso, para el dictado de nuestros cursos.
- Certificaciones Universitarias
- Nuestros cursos a distancia son permanentes (todo el año), lo cual le da la facilidad de comenzar en el momento que desee y desarrollarlo acorde a su tiempo disponible.

SOFTWARE DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

SYSOWEB elegido por las principales empresas de Argentina



AVAIN

SOFTWARE LABORAL

www.avainsistemas.com.ar



Belgrano 964
Medicina Laboral S.A.

nexup

Software de **Medicina Laboral**



apresLABORAL
MEDICINA PARA EMPRESAS

 **SANATORIO
MODELO QUILMES**

4002-2202 / 2203 / (01) 8025-4369 • empresas@apredlaboral.com.ar • www.apredlaboral.com.ar

Registros de Sanatorio de Labor - Organismo de Control de Salud Pública y Laboratorio de Biología Molecular - 4002-2202 - 2203 - 2204 - 2205 - 2206 - 2207 - 2208 - 2209 - 2210 - 2211 - 2212

29° CONGRESO DE SALUD OCUPACIONAL

INNOVACIÓN

CIENCIA

VALOR
HUMANO

HACIA UNA
NUEVA ERA
EN LA SALUD
OCUPACIONAL



20 | 21 OCTUBRE 2025

HOTEL MARRIOTT | CIUDAD DE BUENOS AIRES
REPÚBLICA ARGENTINA



SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
ARGENTINA