

Continuamos creciendo

MISMA HISTORIA NUEVOS HORIZONTES



SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

Nationalmed

Una empresa del Grupo **Nationalbrokers**

VORAN

CALZADO DE SEGURIDAD



DEPORTIVAS.
CÓMODAS.
SEGURAS.

Infinergy®

Made With
Infinergy®
by BASF

ESCANEA EL QR
Y CONOCÉ MÁS



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
Tel: +54 9 341 340 8134
E.L. +0800.com.ar



Servicio Médico.

Centro de Operaciones Bz. As.
Tel: 011 5276 1461

Sede CABA
Tel: 011 5276 1461

Sede Campana
Tel: 0349 257868



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





Queridos colegas, socios y lectores.

Les acercamos un nuevo numero de nuestra preciada publicación. En el podrán encontrar muchas notas de gran interés e impacto en nuestra especialidad, tratadas con el rigor técnico, académico y científico que caracteriza a la revista.

Carga mental en el trabajo, los efectos de la hipoxia hipobárica en trabajos en altura geográfica, profesional in the loop (redescubrimiento de una vocación), cáncer laboral en su segunda parte, aspectos de interés en la medicina laboral vinculados al dengue, los desafíos del trabajo rural en mujeres, nota de Legales referida a los cambios en el marco regulatorio de las juntas médicas y una reseña a la participación que tuvo nuestra sociedad en las figuras de nuestro Presidente el Dr. Maximiliano Varone y el querido Dr. Gonzalo Rodriguez, son algunas de las interesantes notas que acompañan esta edición, junto a las referencias de siempre a las distintas actividades y amplio portafolio de ofertas académicas que tiene nuestra sociedad para ofrecerle a sus socios, como herramientas inestimables para la formación continua y capacitación profesional para todos aquellos que abrazamos nuestra noble especialidad.

Espacio destacado ocupa en este numero la nota que ilustra nuestra portada. La misma hace referencia a un importante encuentro societario que tuvo lugar días atrás en la Academia Nacional de Medicina. Durante dicho encuentro se anunciaron temas de gran relevancia tales como cuestiones vinculadas a nuestra sede administrativa, plan de gestión para el cierre de año y años venideros, rol de nuestra sociedad presidiendo la ALSO destacando lo realizado durante este primer año en el cargo y proyectos para el próximo. Pero sin duda el anuncio de mayor impacto fue el hito histórico del cambio de nombre, con el anuncio de la flamante nueva denominación, Sociedad de Medicina del Trabajo de la Republica Argentina, nombre que no reniega de su origen bonaerense, sino que hace justicia descriptiva a lo que ya de facto es y representa nuestra sociedad, la principal y mas importante referente para la especialidad a nivel nacional e incluso regional. En la nota podrán ver varias imágenes que ilustran en momento, un impecable resumen de nuestro Presidente el Dr. Maximiliano varone y cuenta además con el lujo de unas palabras emotivas y siempre necesarias de un auténtico prohombre de nuestra sociedad y referente histórico indiscutido de la especialidad en nuestro país, el Prof. Dr. Antonio Werner.

Sin más, los saludamos con renovada distinción, esperando que el numero sea de su agrado.

Dr. Franco Spazzali
Director Editorial



30° CONGRESO DE SALUD OCUPACIONAL



26|27|OCT|2026
HOTEL MARRIOTT | BUENOS AIRES

28|OCT|2026
CURSOS ASOCIADOS POSTCONGRESO



**SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA**

03

PALABRAS DEL DIRECTOR

10

ASAMBLEA SMTRA

Haciendo historia

12

ASAMBLEA SMTRA

Palabras del

Prof. Dr. Antonio Werner

14

ASAMBLEA SMTRA

De SMTBA a SMTRA:

Por qué propusimos el cambio
de nombre de nuestra sociedad

Dr. Maximiliano Varone

20

INTERNACIONAL

Carga mental en el trabajo:
compresión y prevención de
la fatiga ocupacional

Dr. Pablo Roberto Suasnavas Bermúdez

Dra. Alfonsina Isabel Rodríguez Vásconez

26

LATAM /ALSO

IX Congreso Paulista de Medicina
del Trabajo. Cuando propósito,
ciencia y transformación digital
convergen para redefinir el futuro
de la Salud Ocupacional

Dr. Gonzalo Rodríguez

32

CIENTÍFICO / UCA

Efectos de la hipoxia hipobárica
en el trabajo a gran altitud

Dr. Andrés Wong

Dr. Claudio Taboadela

48

SST

PROFESIONAL-IN-THE-LOOP
(o el redescubrimiento
de una vocación)

Dr. Leonardo Puchetag

Lic. María Elisa González Clavin

54

SRT

Cáncer laboral

Segunda parte

Dra. Sonia Gaviola

64

DENGUE

El niño y la próxima temporada de
dengue: una oportunidad para la
prevención en el ámbito laboral

Dra. Belén Goitia

Dra. María Cecilia Magneres

68

PERSPECTIVA DE GÉNERO

Desafíos en la salud de la mujer
rural en América Latina: carga
de enfermedad, determinantes
laborales y exposición química bajo
una perspectiva de género

PhD Judit Díaz Bazán

74

MARCO LEGAL

Licencia por enfermedad,
pluriempleo y buena fe:
la aptitud demostrada en
los hechos como límite a la
protección del certificado médico

Dra. Wanda Otero

90

**DIRECTORIO
DE SOCIOS PROTECTORES**

95

**PUBLICAR EN
SALUD OCUPACIONAL**

95

**PROGRAMA DE SOCIOS
PROTECTORES DE LA SMTRA**

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 nexa permanente entre las empresas de medicina laboral y el empleador, realizando un seguimiento exhaustivo de la evolución del paciente accidentado.



**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

SOFTWARE DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

SYSOWEB elegido por las principales empresas de Argentina



AVAIN
SOFTWARE LABORAL

www.avainsistemas.com.ar



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-mediar.com.ar

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 República 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 República Argentina

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

La revista de la Sociedad de Medicina del Trabajo de la República Argentina 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.



**SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA REPÚBLICA 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 Rosembli



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
Esposito**



**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

Continuamos creciendo

MISMA HISTORIA NUEVOS HORIZONTES



**SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA**

HACIENDO HISTORIA

En el reputado marco del Salón Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina, se llevó a cabo una más que trascendente reunión societaria el día 11 de septiembre del corriente año. Durante más de tres horas y con la presencia de más de 70 personas, donde se encontraban representados, Comisión Directiva, Tribunal de Honor, Equipo de Gestión, Departamento de Docencia e Investigación, Administración de la sociedad, socios protectores e individuales activos, entre otros se presentaron los logros pasados, la actividad presente y los proyectos futuros tanto de la sociedad como de su actual rol presidiendo la ALSO. Reservando como siempre un espacio de intercambio social.

Comenzamos la nota con las palabras del Prof Dr. Antonio Werner quien nos elogió con su presencia ese día y en una muestra de su gran generosidad compartió con la revista sus impresiones de aquella tan trascendente reunión.

Cerramos la nota con las palabras de nuestro presidente el Dr. Maximiliano Varone quien resume lo desarrollado y pone foco en el principal hito del encuentro, el histórico cambio de nombre de nuestra querida sociedad.





PALABRAS DEL PROF. DR. ANTONIO WERNER

PALABRAS DEL PROF. DR. ANTONIO WERNER

Hace nada menos que 44 años, cuando con un grupo de colegas decidimos fundar la Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, llenos de sueños, entusiasmo y esperanza, ninguno pudo imaginar el camino que recorrería aquella iniciativa. En lo personal, para mí, referirme a aquel evento trasciende lo meramente institucional para entrar en el territorio de lo afectivo y de los recuerdos entrañables. Por eso, me atrevo a asumir la representación de los 47 fundadores, y muy en especial de los ex presidentes que hoy ya no están, Guillermo D'Aragona, Eduardo Bondancia, Fico Marcó y Mario Zunino.

No pasaron muchos años para que el crecimiento acelerado de la institución hiciera que la misma excediera su dimensión territorial. Los congresos y las actividades científicas, la actividad docente ejercida en todo el país, la progresiva incorporación de socios de otras provincias, y especialmente la representación del país ante los más importantes niveles nacionales e internacionales, ampliaron el horizonte societario. En una palabra, la realidad se había adelantado al nombre.

Por eso, creo firmemente que el cambio de denominación es el resultado de nuestra propia historia, y que la actual Sociedad no olvidará sus raíces, al contrario, seguirá honrando su pasado, el que le ha permitido crecer sin variar su rumbo a través de estas cuatro décadas. El cambio de nombre es la consecuencia del exitoso camino recorrido y es a la vez el inicio de un nuevo camino.

Los fundadores podemos mirar con enorme satisfacción y orgullo como aquella lejana Sociedad que nació como provinciana, creció tanto que finalmente su propio nombre tuvo que crecer con ella.

Felicito a las actuales autoridades que decidieron afrontar el postergado cambio con visión moderna y respetando su historia.





SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

DE SMTBA A SMTRA:

*Por qué
propusimos
el cambio
de nombre
de nuestra
sociedad*

DE SMTBA A SMTRA: POR QUÉ PROPUSIMOS EL CAMBIO DE NOMBRE DE NUESTRA SOCIEDAD



Dr. Maximiliano Varone

Presidente de SMTRA

El 11 de septiembre vivimos uno de esos momentos que quedan marcados en la historia de una institución. En el histórico salón de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, reunidos en Asamblea Extraordinaria, propusimos formalmente algo que veníamos madurando desde hace tiempo: cambiar nuestra denominación de Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires (SMTBA) a Sociedad de Medicina del Trabajo de la República Argentina (SMTRA). Quiero compartir en estas páginas los argumentos que llevamos a esa asamblea, porque creo que merecen quedar registrados no solo como una decisión institucional, sino como una reflexión sobre lo que somos y hacia dónde vamos.

Antes de entrar en los argumentos, tengo que detenerme en algo que me atravesó especialmente ese día: entre los presentes estaba el doctor Antonio Werner, uno de los fundadores de nuestra sociedad en 1982 y maestro de muchos de nosotros. Que él estuviera ahí, acompañando con generosidad un cambio que toca directamente la identidad que él mis-

mo fundó, fue para mí el mejor recordatorio de que las instituciones que uno funda no son propiedad de uno: son un legado que hay que dejar crecer. Se lo agradecí en la asamblea y quiero agradecerérselo también aquí.

UNA DESCRIPCIÓN QUE YA NO ES EXACTA

Cuando los fundadores eligieron el nombre "de la Provincia de Buenos Aires", describían con precisión la realidad de ese momento. Pero hoy esa descripción ya no nos alcanza. Tenemos socios en Córdoba, Santa Fe, Mendoza, Tucumán, la Patagonia: médicos del trabajo que eligieron esta sociedad porque encontraron acá rigor científico y formación de excelencia.

No es un argumento teórico para mí. En mayo de este año estuvimos en Tucumán, reunido con el Ministro de Salud de la provincia y con la intendenta de San Miguel de Tucumán, la doctora Rosana Chalá, médica ella misma. Ambos, al presentarnos, nos dijeron lo mismo:





"Ah, de la Provincia de Buenos Aires." No de la República Argentina. Ese matiz, que a nosotros puede sonarnos administrativo, para ellos definió en un segundo qué éramos: una sociedad provincial, ajena a su realidad. Y esto me importa doblemente porque estamos en medio de un

proyecto federal, acercándonos a los ministerios de salud de distintas provincias para poner nuestro trabajo a disposición de la formación de los profesionales de la disciplina en cada territorio. No podemos golpear esa puerta presentándonos como una sociedad bonaerense.





NO ABANDONAMOS LA IDENTIDAD, LA EXPANDIMOS

Sé que para muchos este nombre tiene una carga afectiva enorme. Yo mismo me formé bajo esa identidad, y no proponemos borrar-

la: proponemos trascenderla. Buenos Aires no desaparece con el cambio. Seguimos siendo la misma sociedad, con los mismos estatutos —actualizados—, la misma conducción, la misma historia. Lo que cambia es el horizonte que declaramos hacia afuera.

Y quiero decirlo con claridad: esta idea no nació solo el 11 de septiembre. Vino madurando durante años en distintas voces de nuestra comunidad, en reuniones de planificación y en charlas informales entre colegas y amigos. La trajimos a la asamblea como algo que esta misma comunidad venía gestando desde adentro, no como una ocurrencia de la conducción.

COHERENCIA INSTITUCIONAL Y POSICIONAMIENTO

Hoy presidimos ALSO, la Asociación Latinoamericana de Salud Ocupacional. Somos referentes continentales. Me resulta paradójico —y a veces difícil de explicar hacia afuera— que la organización que lidera la salud ocupacional en América Latina lleve en su nombre la delimitación de una sola provincia. No es una





cuestión de orgullo: es coherencia institucional frente a organismos internacionales y ministerios nacionales.

Además, creo firmemente que Argentina necesita una sociedad científica de medicina del trabajo con alcance y ambición nacionales. Hoy no hay otra que ocupe ese lugar con la solidez que tenemos nosotros.

EL TRÁMITE Y EL MODELO FEDERATIVO

Sé que estas decisiones generan preguntas prácticas, así que quiero ser preciso: el cambio de denominación no implica una refundación. Nuestra personería jurídica continúa, nuestro patrimonio continúa, nuestros estatutos siguen vigentes con la sola actualización del nombre. El trámite es una reforma estatutaria

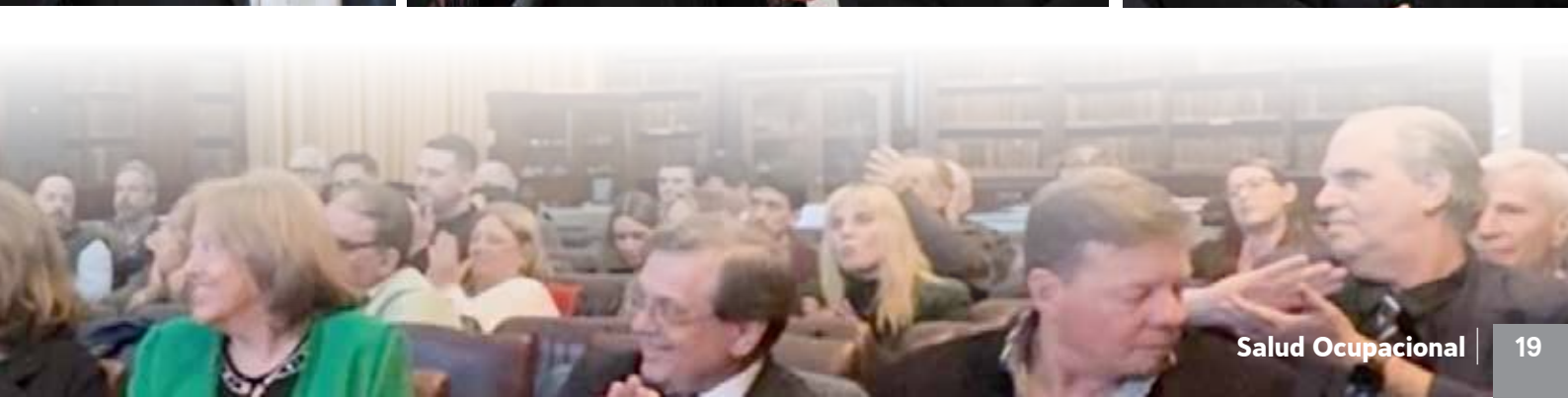




aprobada en asamblea y su posterior re-inscripción ante la Inspección General de Justicia. Y algo igual de importante: SMTRA no viene a reemplazar a las sociedades provinciales del interior, sino a nuclearlas en un modelo federativo, donde cada una conserva su identidad local dentro de una red nacional con mayor peso científico y gremial.

LO QUE SIGUE

La asamblea aprobó la propuesta por amplia mayoría, y días después comunicamos la novedad a toda la comunidad a través de nuestras redes. Con 43 años de historia bonaerense como punto de partida, damos inicio formal al camino hacia SMTRA. No dejamos atrás de dónde venimos: honramos ese origen haciéndolo crecer.



CARGA MENTAL EN EL TRABAJO:

COMPRESIÓN Y PREVENCIÓN DE LA FATIGA OCUPACIONAL



CARGA MENTAL EN EL TRABAJO:

compresión y prevención de la fatiga ocupacional

Estimados lectores:

Bienvenidos nuevamente a la Sección Internacional de la Revista de la SMTBA, un espacio pensado para interconectar a nuestros lectores con los temas de la agenda global de la Salud Ocupacional.

Se encuentran invitados a aportar sus miradas, a ser disparadores de nuevas conversaciones, a arribar a consensos y, por supuesto, a generar mejores prácticas que jerarquicen la disciplina.

En el entorno laboral actual, la carga mental se ha posicionado como un factor de riesgo crítico a nivel mundial debido al impacto que ejerce sobre las personas y las organizaciones. La OMS y una vasta normativa internacional, señalan que el agotamiento derivado de la alta carga mental se encuentra estrechamente vinculado a errores críticos, disminución del rendimiento y riesgos ergonómicos. Su prevención es una estrategia prioritaria en los entornos de trabajo.

Desde Ecuador, referentes en la temática -a quienes agradecemos su valiosa colaboración- compartirán su mirada en este artículo. El Dr. Pablo Suasnavas, Decano de la Facultad Ciencias del Trabajo y Comportamiento Humano y presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Psicosociología Laboral junto a la Lic. Alfonsina Isabel Rodríguez Váscquez, Coordinadora de la Maestría de Talento Humano de la Universidad Internacional SEK Ecuador, han investigado extensamente sobre la fatiga ocupacional asociada a la carga mental, aportándonos herramientas concretas para su abordaje interdisciplinario desde los ámbitos laborales.

¿Cómo gestionan la carga mental de trabajo en sus ámbitos laborales?

Invitamos a cada uno a sumarse a este espacio y hacernos llegar sus comentarios, inquietudes y sugerencias.

Dra. Samanta C. Kameniecki



Dr. Pablo Roberto Suasnavas Bermúdez

Decano de la Facultad Ciencias del Trabajo y Comportamiento Humano.
Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Psicosociología Laboral



Dra. Alfonsina Isabel Rodríguez Váscquez

Coordinadora de la Maestría de Talento Humano
de la Universidad Internacional SEK Ecuador

Los avances tecnológicos y las nuevas formas de organización laboral han desplazado progresivamente las exigencias físicas en el trabajo hacia requerimientos de carácter cognitivo e intelectual (Ceballos-Vásquez et al.,

2015). En la actualidad, la carga mental de trabajo (CMT) se ha consolidado como uno de los factores de riesgo psicosocial más críticos, con un aumento en la percepción de demandas cognitivas por parte de los trabajadores.

miento de información que incluye una secuencia de operaciones mentales: detección de información, decodificación, interpretación y toma de decisiones. Estas fases permiten explicar por qué tareas de alta intensidad informacional, multitarea o presión temporal incrementan la carga mental, especialmente en entornos tecnológicamente mediados (Wickens, C., 2021).

RELACIÓN ENTRE LA CARGA MENTAL Y LA FATIGA OCUPACIONAL

La fatiga mental aparece cuando las demandas cognitivas del trabajo exceden, durante un tiempo prolongado, la capacidad de respuesta del trabajador. Esta alteración de la eficiencia funcional progresiva, que se manifiesta a través de cansancio, somnolencia y una disminución gradual de los procesos cognitivos y psicomotores, afecta el rendimiento de las tareas y disminuye la velocidad de procesamiento (Menzies et al., 2019; Dallaway et al., 2022; Kunasegaran et al., 2023).

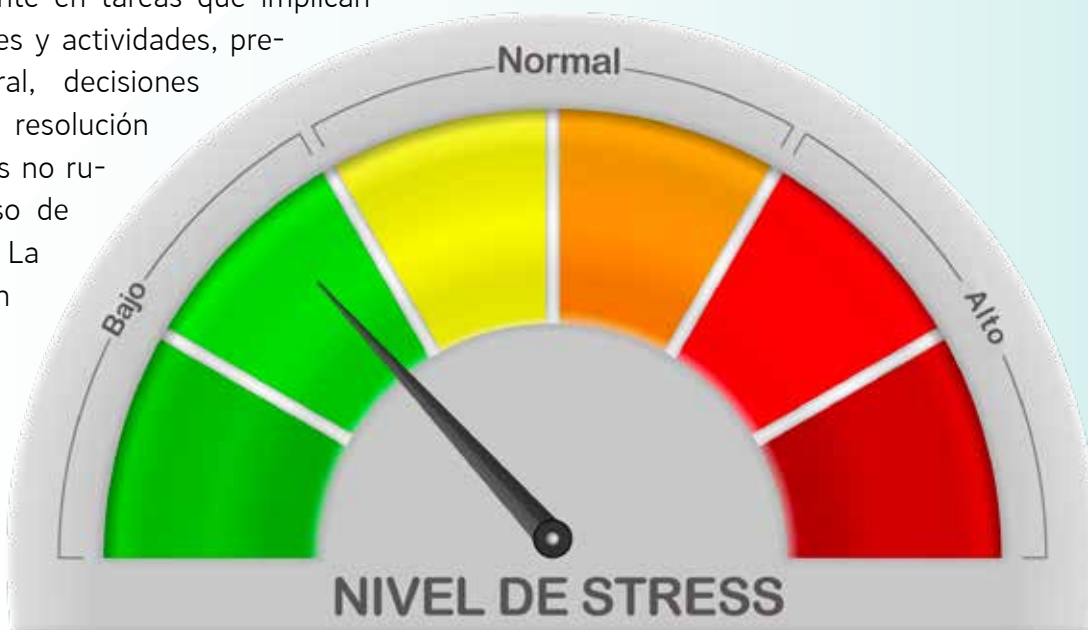
En estudios científicos que analizan la fatiga mental en relación con la carga mental de trabajo, destaca una asociación directa entre la exposición prolongada a demandas cognitivas y la disminución del rendimiento cognitivo. En especial en periodos sostenidos de actividades que exigen procesos cognitivos superiores, particularmente en tareas que implican múltiples roles y actividades, presión temporal, decisiones complejas, resolución de problemas no rutinarios y uso de tecnologías. La acumulación de estas exigencias puede conducir a un deterioro de la eficiencia

funcional, lo que explica la aparición y consolidación de la fatiga mental (Menzies et al., 2019; Dallaway et al., 2022; Kunasegaran et al., 2023).

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA FATIGA OCUPACIONAL ASOCIADA A LA CARGA MENTAL

La prevención de la fatiga ocupacional derivada de una elevada carga mental de trabajo requiere un abordaje integral que priorice el control del riesgo en su origen, mediante el diseño de las condiciones de trabajo, la organización de las tareas y la gestión de tiempo y ritmos laborales. La evidencia científica señala que los entornos con altas demandas cognitivas sostenidas, sin oportunidades suficientes de recuperación, incrementan significativamente el riesgo de fatiga mental, errores humanos y deterioro del rendimiento (Dallaway et al., 2022; Kunasegaran et al., 2023).

Desde el nivel organizacional, resulta fundamental ajustar la carga de trabajo a las capacidades reales del trabajador, evitando la duplicidad del rol, la presión temporal constante y la sobreexposición a información compleja de manera constante. Vilaret A. evidencia que una inadecuada organización temporal del trabajo y un ritmo laboral elevado incrementan la carga



mental percibida y se asocian a mayores niveles de agotamiento emocional lo que refuerza la importancia desde el nivel organizacional (2013).

La carga mental actúa como un factor de riesgo psicosocial cuando las exigencias cognitivas superan los recursos disponibles y su prevención debe iniciarse desde el diseño del puesto de trabajo y la organización de las tareas, incorporando pausas, descansos adecuados y una planificación realista de los objetivos laborales para favorecer la recuperación cognitiva y reducir el desgaste acumulado. Por lo tanto, la prevención debe centrarse en la organización del trabajo, el ritmo laboral y la adecuación de las exigencias cognitivas (INSST, 2024; Suasnavas Bermúdez et al. 2024).

Diseñar jornadas laborales que integren descansos efectivos y periodos suficientes de reposo contribuyen a mantener niveles óptimos de alerta y rendimiento, reduciendo errores y

eventos adversos en el trabajo, especialmente en actividades de alta demanda cognitiva (Wickens, 2021). Los horarios prolongados, la disponibilidad permanente, la interrupción constante y la hiperconectividad dificultan los procesos de recuperación cognitiva y aumentan la probabilidad de fatiga mental y errores humanos (INSST, 2022; Borghini et al. 2024).

Las estrategias de prevención individual deben centrarse en el fortalecimiento de recursos personales, tales como la autorregulación, las estrategias de afrontamiento y el reconocimiento temprano de los signos de fatiga mental. No obstante, estas intervenciones individuales deben concebirse como complementarias y no sustituir las acciones de las organizaciones, dado que la carga mental y la fatiga ocupacional tienen un origen predominantemente estructural y organizativo (INSST, 2024; Suasnavas Bermúdez et al. 2024).

La prevención eficaz de la fatiga ocupacional





asociada a la carga mental debe integrarse en los programas de vigilancia de la salud, mediante la evaluación periódica de las demandas cognitivas del trabajo y monitoreo sistemático de síntomas de fatiga mental y agotamiento emocional. Desde la Medicina del Trabajo, este enfoque preventivo contribuye no solo a la protección de la salud mental del trabajador, sino también a la reducción de la accidentabilidad, la mejora del desempeño y la sostenibilidad de los sistemas laborales en contextos de alta exigencia cognitiva (INSST, 2022; Borghini et al. 2024).

BIBLIOGRAFÍA

- Borghini, G., Aricò, P., Di Flumeri, G., Sciaraffa, N., & Babiloni, F. (2024). Mental workload and fatigue: Implications for occupational health and safety. *Scientific Reports*, 14, 68889. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-68889-4>
- Ceballos-Vásquez, P., Rolo-González, G., Hernández-Fernaudo, E., Díaz-Cabrera, D., Paravic-Klijn, T., & Burgos-Moreno, M. (2015). Factores psicosociales y carga mental de trabajo: Una realidad percibida por enfermeras/os en unidades críticas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 315–322.
- Dallaway, N., Lucas, S. J. E., & Ring, C. (2022). Cognitive tasks elicit mental fatigue and impair subsequent physical task endurance: Effects of task duration and type. *Psychophysiology*, 59(12), e14126. <https://doi.org/10.1111/psyp.14126>
- De Arquer, M. I., & Nogareda, C. (2000). NTP 544: Estimación de la carga mental de trabajo: El método NASA-TLX. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2022). Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales. INSST.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2024). Gestión preventiva de la carga mental y la fatiga en el trabajo. INSST.
- International Organization for Standardization. (2017). ISO 10075-1: Ergonomic principles related to mental workload — Part 1: General terms and definitions. ISO.
- International Organization for Standardization. (2021). ISO 45003: Occupational health and safety management — Psychological health and safety at work. ISO.
- Kunasegaran, K., Ismail, A. M. H., Ramasamy, S., Gnanou, J. V., Caszo, B. A., & Chen, P. L. (2023). Understanding mental fatigue and its detection: A comparative analysis of assessments and tools. *PeerJ*, 11, e15744. <https://doi.org/10.7717/peerj.15744>
- Menzies, V., Kelly, D. L., Yang, G. S., Starkweather, A., & Lyon, D. E. (2021). A systematic review of the association between fatigue and cognition in chronic noncommunicable diseases. *Chronic Illness*, 17(2), 129–150. <https://doi.org/10.1177/1742395319836472>
- Pereira, E., Sigcha, L., Silva, E., Sampaio, A., Costa, N., & Costa, N. (2025). Capturing mental workload through physiological sensors in human–robot collaboration: A systematic literature review. *Applied Sciences*, 15(6), 3317. <https://doi.org/10.3390/app15063317>
- Prasetyo, R., & Iridiastadi, H. (2025). Mental workload: Definition and measurement review. *International Journal of Technology*, 16(5), 1854–1876. <https://doi.org/10.14716/ijtech.v16i5.7072>
- Suasnavas Bermúdez, P. R., Rodríguez Váscquez, A. I., Varela Vielma, C. F., & Silva Guzmán, M. P. (2024). *Psicosociología laboral*. Universidad Internacional SEK.
- Vilaret Serpa, A. (2013). Carga mental y signos/síntomas del síndrome de burnout en docentes a tiempo completo de una universidad privada de Quito en el periodo octubre 2012–marzo 2013 [Tesis de maestría, Universidad Tecnológica Equinoccial]. Repositorio institucional UTE.
- Wickens, C. D. (2021a). Information processing. En *Handbook of Human Factors and Ergonomics* (5.ª ed.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119636113.ch5>

#EUFUI9CPMT



Congresso
Paulista de
Medicina do
Trabalho



CONGRESSO PAULISTA DE
MEDICINA DO TRABALHO

28 A 30 DE MAIO | 2026



IX CONGRESO PAULISTA DE MEDICINA DEL TRABAJO

*Cuando propósito, ciencia y transformación digital
convergen para redefinir el futuro de la Salud Ocupacional*



Dr. Gonzalo Rodríguez

Director del Observatorio de Transformación Digital e Inteligencia Artificial
Asociación Latinoamericana de Salud Ocupacional (ALSO)

Entre los días 28 y 30 de mayo de 2026, la ciudad de São Paulo se transformó en el principal punto de encuentro de la Medicina del Trabajo latinoamericana al albergar el IX Congreso Paulista de Medicina del Trabajo, organizado por la Asociación Paulista de Medicina del Trabajo (APMT), bajo el lema:

“El valor de la Medicina del Trabajo: cuidado, ciencia y propósito que transforman personas y organizaciones”.

Más que un evento científico, el Congreso representó una verdadera declaración de principios sobre el futuro de la especialidad. En un escenario marcado por la aceleración tecnológica, las transformaciones demográficas, el crecimiento de los trastornos relacionados con la salud mental y las nuevas exigencias de sostenibilidad organizacional, la Medicina del Trabajo fue convocada a reflexionar sobre su propósito y sobre su papel estratégico dentro de las organizaciones.

Bajo la presidencia del **Dr. Alexander Buarque** y con la destacada coordinación científica de la **Dra. Adriana Jardim Arias Pereira**, Secretaria de la International Commission on Occupational Health (ICOH), junto al **Dr. Octavio Augusto Camilo de Oliveira**, el Congreso logró integrar excelencia académica, innovación y

visión de futuro, consolidándose como uno de los encuentros científicos más relevantes de la especialidad en América Latina.

DEL CONTROL AL CUIDADO: UNA TRANSFORMACIÓN DE PARADIGMA

Uno de los mensajes más relevantes presentes a lo largo de toda la programación fue la necesidad de superar una visión tradicional de la Medicina del Trabajo centrada exclusivamente en el cumplimiento normativo y el control de los riesgos ocupacionales.

La especialidad atraviesa actualmente una profunda evolución: dejar de ser únicamente una herramienta de control para convertirse en un agente de transformación humana, social y organizacional.

Este cambio exige recuperar el valor del examen clínico, fortalecer la relación entre el médico y el trabajador y comprender que la salud ocupacional constituye un activo estratégico para la sostenibilidad de las organizaciones.

En este contexto, el concepto de valor trasciende los indicadores financieros tradicionales e incorpora dimensiones como la confianza, el bienestar, la productividad sostenible, la inclusión y el desarrollo humano.

Como señaló el Dr. Alexander Buarque:

“Fue un gran honor recibir a ALSO en nuestro Congreso Paulista de Medicina del Trabajo. La presencia de su presidente, Dr. Maximiliano Varone, y del Dr. Gonzalo Rodríguez enriqueció significativamente los debates y fortaleció los lazos de cooperación entre los profesionales e instituciones de América Latina.

En nombre de la APMT, agradezco la generosidad con la que compartieron experiencias, conocimientos y perspectivas que sin duda contribuyeron a hacer nuestro Congreso aún más relevante, plural y conectado con los desafíos contemporáneos de la Medicina del Trabajo.

Nuestro Congreso es una invitación abierta a los médicos del trabajo de todos los países latinoamericanos. Nos volveremos a encontrar en 2028.”

ALSO: DE LA VISIÓN ESTRATÉGICA A LA ACCIÓN CONCRETA

Uno de los aspectos más relevantes presentados durante el Congreso fue el avance del Plan Estratégico ALSO 2026–2027, impulsado por su presidente, el Dr. Maximiliano Varone.

La iniciativa busca consolidar una red latinoamericana de colaboración científica capaz de generar conocimiento, compartir experiencias y promover estándares comunes para el desarrollo de la Medicina del Trabajo en la región.

Dentro de esta estrategia, ALSO impulsó la creación de diversos observatorios temáticos orientados a transformar los principales desafíos de la especialidad en oportunidades de innovación, investigación y desarrollo.

Entre ellos, el Observatorio de Transformación Digital e Inteligencia Artificial constituye uno de los ejemplos más concretos del trabajo

que la organización viene desarrollando a nivel regional.

En palabras del Dr. Maximiliano Varone:

“América Latina posee una oportunidad única para construir una agenda común en Salud Ocupacional. La cooperación científica entre nuestras sociedades será fundamental para acelerar la transformación digital y fortalecer el desarrollo de la especialidad en toda la región.”

INTELIGENCIA ARTIFICIAL: LA GRAN OPORTUNIDAD PARA UNA MEDICINA VERDADERAMENTE PREVENTIVA

La transformación digital ocupó un lugar central en la agenda científica del Congreso.

Las discusiones evidenciaron cómo la Inteligencia Artificial, el análisis predictivo de datos, la interoperabilidad y las soluciones de salud digital están modificando la forma en que las organizaciones identifican riesgos, gestionan el ausentismo y desarrollan estrategias preventivas.

Sin embargo, la principal conclusión fue clara: la tecnología debe ampliar la capacidad de decisión clínica, jamás sustituir el juicio médico.

La Inteligencia Artificial es capaz de analizar millones de registros e identificar patrones invisibles para los métodos tradicionales. Aun así, continúa siendo el médico quien interpreta el contexto, comprende los determinantes humanos y construye relaciones de confianza con los trabajadores.

La transformación digital solo generará valor cuando mantenga a las personas en el centro de todas las decisiones.

Durante el Congreso fueron presentados los avances iniciales del Observatorio de Transformación Digital e Inteligencia Artificial de

ALSO, iniciativa regional orientada a comprender el grado de madurez digital de la Medicina del Trabajo latinoamericana y promover una adopción responsable, ética y centrada en las personas.

Los resultados preliminares de la encuesta regional impulsada por el Observatorio evidencian desafíos comunes en toda la región: brechas de formación profesional, limitaciones de infraestructura tecnológica, ausencia de marcos regulatorios específicos y necesidad de fortalecer competencias vinculadas con datos, inteligencia artificial e interoperabilidad.

SALUD MENTAL, LONGEVIDAD Y SOSTENIBILIDAD

Otro de los temas destacados fue la creciente relevancia de los nuevos desafíos del mundo laboral.

La salud mental ocupacional, los factores psicosociales, la gestión de la longevidad laboral, la diversidad, la inclusión y la sostenibilidad fueron abordadas como dimensiones inseparables de la gestión moderna de la salud.

Las organizaciones enfrentan hoy el desafío de construir entornos laborales capaces de conciliar productividad y bienestar, incorporando la salud a las agendas de gobernanza, ESG y responsabilidad corporativa.

En este escenario, el médico del trabajo deja de ser únicamente un especialista clíni-





co para asumir un papel estratégico capaz de influir en decisiones organizacionales de alto impacto.

La Dra. Adriana Jardim Arias Pereira resumió este espíritu de manera elocuente:

“Fue una gran satisfacción recibir a los representantes de ALSO durante el IX Congreso Paulista de Medicina del Trabajo. A lo largo de tres días de intensa actividad científica, discutimos temas fundamentales para el presente y el futuro de nuestra especialidad, como salud mental, factores psicosociales, transformación digital, inteligencia artificial, envejecimiento de la fuerza laboral, ESG, liderazgo, prevención de enfermedades y promoción de la salud de los trabajadores.

La presencia de ALSO enriqueció aún más estos debates, fortaleciendo la aproximación con la APMT y ampliando el intercambio de

experiencias entre profesionales de distintos países de América Latina.

Más que un Congreso, el IX CPMT fue un espacio de conexión, aprendizaje y construcción colectiva, reafirmando que los desafíos de la salud ocupacional trascienden fronteras y que avanzamos más cuando trabajamos juntos.

Que esta alianza continúe fortaleciéndose y que podamos seguir construyendo, con ciencia, amistad y propósito, una Salud Ocupacional cada vez más fuerte para toda América Latina.”

LA NECESIDAD DE CONSTRUIR EVIDENCIA LATINOAMERICANA

Uno de los debates más relevantes estuvo relacionado con la necesidad de fortalecer la

producción y comparabilidad de los datos epidemiológicos en la región.

El Dr. Francisco Cortés aportó una mirada especialmente valiosa al señalar:

“Los datos relacionados con las enfermedades ocupacionales en América Latina se encuentran muy dispersos y presentan importantes diferencias entre los distintos países. Algunos cuentan con sistemas más desarrollados de recolección de información, lo que dificulta realizar comparaciones regionales consistentes.

Durante el Congreso presentamos datos sobre enfermedades ocupacionales en Brasil y observamos que una de las principales dificultades para la comparación radica en la existencia de diferentes listados de enfermedades profesionales entre los países.

Es imprescindible desarrollar estudios comparativos que nos permitan generar mejoras en la asistencia médica y en las estrategias de salud ocupacional en América Latina.”

La consolidación de sistemas de información compatibles y la armonización de criterios diagnósticos aparecen como desafíos centrales para los próximos años.

CIENCIA, INNOVACIÓN Y COLABORACIÓN

El Congreso también propició espacios de intercambio entre sociedades científicas, organizaciones y actores del ecosistema de salud comprometidos con la innovación, la salud mental y la transformación digital.

Iniciativas impulsadas por Conexa y la participación de organizaciones como Itaú, Abbott,

Zenith Saúde Mental y SOC contribuyeron a enriquecer el diálogo interdisciplinario que caracterizó al encuentro, demostrando la importancia de construir puentes entre la ciencia, la tecnología y las organizaciones.

UNA MIRADA HACIA EL FUTURO

La participación conjunta de la APMT, ANAMT y ALSO reafirmó el compromiso de las organizaciones científicas de la región con una Medicina del Trabajo moderna, basada en evidencia, centrada en las personas y preparada para liderar los desafíos de la transformación digital, la sostenibilidad y el bienestar laboral.

Más que un encuentro científico, el IX Congreso Paulista de Medicina del Trabajo se consolidó como un espacio de construcción colectiva, cooperación internacional e integración regional.

Durante tres días, São Paulo fue el escenario donde esta visión comenzó a tomar forma.

Ahora corresponde a toda América Latina transformarla en realidad.

Como reflexión final, la Inteligencia Artificial no reemplazará al médico del trabajo; ampliará su capacidad para anticipar riesgos y tomar mejores decisiones. El verdadero desafío consiste en liderar la transformación tecnológica preservando la dimensión humana del cuidado, principio que continúa siendo el núcleo de nuestra profesión.

EFECTOS DE LA HIPOXIA HIPOBÁRICA EN EL TRABAJO A GRAN ALTITUD



EFECTOS DE LA HIPOXIA HIPOBÁRICA EN EL TRABAJO A GRAN ALTITUD



Dr. Andrés Wong

Especialista egresado del Posgrado de Medicina del Trabajo, Pontificia Universidad Católica Argentina (Buenos Aires)



Dr. Claudio Taboadela

Director del Posgrado de Medicina del Trabajo, Pontificia Universidad Católica Argentina (Buenos Aires)

RESUMEN

Introducción: La exposición laboral a gran altitud genera hipoxia hipobárica, condición que desencadena respuestas fisiológicas compensatorias respiratorias, cardiovasculares y hematológicas destinadas a preservar la oxigenación tisular. En trabajadores que residen habitualmente en el llano y ascienden por razones laborales, la falta de aclimatación o la susceptibilidad individual pueden favorecer la aparición de enfermedades agudas de altura potencialmente graves.

Objetivo: Revisar la evidencia científica actual sobre los efectos de la hipoxia hipobárica en trabajadores expuestos a gran altitud, con énfasis en las respuestas cardiovasculares y respiratorias, las principales complicaciones asociadas y los lineamientos aplicables a la evaluación médica, la determinación de la aptitud, la vigilancia de la salud y la prevención en el ámbito laboral. Asimismo, analizar la normativa argentina vigente y la posible incorporación de las enfermedades asociadas a la exposición laboral a gran altitud al listado de enfermedades profesionales.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión de la literatura científica en PubMed y SciELO, complementada con la revisión de la normativa argentina aplicable a la exposición laboral al agente de riesgo “Presión Inferior a la Presión Atmosférica Estándar”. Se utilizaron términos de búsqueda en inglés y español y se aplicaron filtros por año de publicación entre 2015 y 2025, incorporándose además referencias anteriores consideradas fundamentales para el tema. Se incluyeron artículos relacionados con fisiología de la altitud, hipoxia hipobárica, enfermedad de altura, complicaciones cardiorrespiratorias y salud ocupacional.

Resultados: La exposición aguda a la hipoxia hipobárica produce hiperventilación, alcalosis respiratoria, aumento de la frecuencia cardíaca y del gasto cardíaco, vasoconstricción pulmonar hipóxica y descenso de la saturación de oxígeno. La aclimatación progresiva induce ajustes ventilatorios, renales, hematológicos y hemodinámicos que aumentan la tolerancia a la altura. Las principales enfermedades agudas de altura son el Mal Agudo de Montaña, el Edema Pulmonar de Altura y el Edema Cerebral de Altura. Estas entidades deben dife-

renciarse del Mal Crónico de Montaña o Enfermedad de Monge, asociado principalmente a la residencia permanente en zonas de gran altitud. La exposición a gran altitud también puede asociarse con hipertensión pulmonar, arritmias y descompensación de enfermedades cardiovasculares preexistentes.

Conclusiones: El trabajo a gran altitud requiere una evaluación médica integral, vigilancia periódica, protocolos de aclimatación progresiva, educación sanitaria y estrategias de respuesta temprana. La normativa argentina requiere lineamientos más específicos para la vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a hipoxia hipobárica por gran altitud, incluyendo criterios de aptitud, periodicidad de controles, indicación de estudios complementarios y manejo de emergencias. Asimismo, debería contemplarse la incorporación explícita del Mal Agudo de Montaña, el Edema Pulmonar de Altura y el Edema Cerebral de Altura al listado de enfermedades profesionales cuando exista una relación causal demostrable con la exposición laboral.

PALABRAS CLAVE

hipoxia hipobárica - gran altitud
aclimatación - salud ocupacional
medicina del trabajo

INTRODUCCIÓN

El trabajo a gran altitud, especialmente por encima de los 2.500 metros sobre el nivel del mar, representa un desafío fisiológico relevante y adquiere particular importancia para la medicina del trabajo cuando trabajadores que residen habitualmente en el llano deben ascender a zonas de gran altitud para desarrollar sus actividades laborales.

A medida que aumenta la altitud, la presión barométrica disminuye progresivamente. Aunque la fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) permanece prácticamente constante, disminuye la presión parcial de oxígeno inspirado, con el consiguiente descenso de la presión alveolar y arterial de oxígeno y el desarrollo de hipoxemia



secundaria a la hipoxia hipobárica. Como resultado, se reduce la disponibilidad de oxígeno para los tejidos.

Esta menor disponibilidad de oxígeno puede afectar el rendimiento físico y cognitivo de los trabajadores, especialmente cuando las respuestas fisiológicas compensatorias resultan insuficientes. La exposición sostenida a la hipoxia hipobárica induce progresivamente ajustes ventilatorios, cardiovasculares, renales y hematológicos que conforman el proceso de aclimatación, aumentando la tolerancia a la altura y reduciendo parcialmente el impacto funcional de la hipoxia.

Desde la perspectiva de la medicina del trabajo, resulta fundamental distinguir entre adaptación y aclimatación a la gran altitud, ya que se trata de procesos diferentes que condicionan la respuesta fisiológica frente a la hipoxia hipobárica y la capacidad para desarrollar actividades laborales en altura.

La adaptación a la gran altitud corresponde a características biológicas de base genética desarrolladas a lo largo de generaciones en poblaciones que residen permanentemente en zonas de gran altitud, que les permiten vivir y trabajar en condiciones de hipoxia hipobárica con mayor tolerancia, como se observa, por ejemplo, en comunidades andinas.

No obstante, incluso en residentes permanentes de gran altitud pueden desarrollarse respuestas maladaptativas frente a la hipoxia crónica, dando lugar al Mal Crónico de Montaña o Enfermedad de Monge, caracterizado por eritrocitosis excesiva, hipoxemia, hiperviscosidad sanguínea y compromiso cardiorrespiratorio.

En contraste, la aclimatación es un proceso fisiológico individual, adquirido, temporal y reversible, fundamental para los trabajadores que residen habitualmente en el llano y ascienden a gran altitud.

A diferencia de la adaptación, la aclimatación se desarrolla como respuesta a la exposición a



la hipoxia hipobárica y requiere un tiempo suficiente para el establecimiento progresivo de mecanismos fisiológicos compensatorios.

Cuando la aclimatación es insuficiente, el ascenso rápido a gran altitud puede desencadenar Mal Agudo de Montaña (MAM) y, en casos más graves, Edema Pulmonar de Altura (EPA) o Edema Cerebral de Altura (ECA), cuadros potencialmente incapacitantes y que pueden comprometer la vida.

En trabajadores que residen habitualmente en el llano, la aclimatación progresiva constituye una medida preventiva esencial para reducir el riesgo de enfermedad de altura y favorecer un desempeño laboral seguro en ambientes hipobáricos.

La aclimatación progresiva se favorece principalmente mediante el ascenso gradual con incrementos controlados de la altitud de pernocte, la limitación de esfuerzos físicos intensos durante los primeros días de exposición y el mantenimiento de condiciones adecuadas de descanso, hidratación y alimentación.

La respuesta fisiológica a la hipoxia hipobárica no es uniforme. Aunque los mecanismos compensatorios generales son similares, existe una marcada variabilidad interindividual en la magnitud y eficacia de la respuesta ventilatoria, cardiovascular, hematológica y vascular pulmonar.

Esta variabilidad contribuye a explicar las diferencias de susceptibilidad observadas entre trabajadores sometidos a condiciones similares de exposición laboral a gran altitud.

Mientras algunos logran una aclimatación adecuada, otros pueden desarrollar Mal Agudo de Montaña (MAM), Edema Pulmonar de Altura (EPA) o Edema Cerebral de Altura (ECA).

Por ello, la susceptibilidad individual constituye un elemento central para la evaluación médica de los trabajadores expuestos a hipoxia hipobárica.

Por estas razones, la exposición laboral a gran altitud requiere un abordaje preventivo específico en los trabajadores que desarrollan actividades en condiciones de hipoxia hipobárica, como ocurre en la minería, las obras civiles en montaña, la investigación científica en altura, el montañismo, las actividades militares y de las fuerzas de seguridad y otras operaciones desarrolladas a gran altitud.

El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia científica actual sobre los efectos de la hipoxia hipobárica en trabajadores expuestos a gran altitud, con énfasis en las respuestas cardiovasculares y respiratorias, las principales complicaciones asociadas y los lineamientos aplicables a la evaluación médica, la determinación de la aptitud, la vigilancia de la salud y la prevención en el ámbito laboral. Asimismo, se propone analizar la normativa argentina vigente y la posible incorporación de las enfermedades asociadas a la exposición laboral a gran altitud al listado de enfermedades profesionales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión de la literatura científica sobre los efectos de la hipoxia hipobárica asociada a la exposición a gran altitud sobre los sistemas cardiovascular y respiratorio, con énfasis en trabajadores expuestos laboralmente. La búsqueda bibliográfica se efectuó en las bases de datos PubMed y SciELO.

Se utilizaron combinaciones de términos de búsqueda en inglés y español relacionados con gran altitud, hipoxia hipobárica, sistemas cardiovascular y respiratorio, medicina del trabajo, enfermedad de altura y salud ocupacional. Se aplicaron filtros por año de publicación entre 2015 y 2025.

Se identificaron 65 artículos y, tras la revisión de títulos y resúmenes, se seleccionaron 28 trabajos por su pertinencia temática. Los hallazgos se organizaron en las siguientes categorías: efectos cardiovasculares, efectos respiratorios, complicaciones y riesgos, factores de susceptibilidad, prevención y manejo, aspectos de salud ocupacional y lineamientos para la evaluación médica de los trabajadores expuestos.

Se incluyeron los trabajos que abordaban los efectos fisiológicos o clínicos de la hipoxia hipobárica, la exposición a gran altitud, las enfermedades de altura, los factores de susceptibilidad y las estrategias de prevención y vigilancia de la salud aplicables al ámbito laboral. También se incorporaron publicaciones anteriores al período establecido cuando fueron consideradas referencias fundamentales para el tema.

La normativa argentina aplicable fue consultada en fuentes oficiales. Se revisaron la Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo, la Ley 19.587 de Higiene y Seguridad en el Trabajo, la Resolución SRT 37/2010, el Decreto 658/1996 y sus normas modificatorias, la Resolución MTEySS 295/2003 y la Resolución SRT 81/2019.



RESULTADOS

EFFECTOS DE LA HIPOXIA HIPOBÁRICA POR GRAN ALTITUD

Los resultados de la revisión muestran que la exposición a gran altitud genera hipoxia hipobárica, condición que desencadena respuestas fisiológicas compensatorias respiratorias, cardiovasculares y hematológicas destinadas a preservar la oxigenación tisular.

En la fase aguda predominan la hiperventilación, el aumento de la frecuencia cardíaca y del gasto cardíaco, la activación simpática y la vasoconstricción pulmonar hipóxica. Estas respuestas contribuyen a compensar la disminución de la presión parcial de oxígeno inspirado y a preservar la oxigenación tisular. A medida que progresa la aclimatación, la respuesta inicial se modifica y se desarrollan ajustes ventilatorios, renales, hematológicos y hemodinámicos más sostenidos.

Entre las respuestas cardiovasculares más relevantes se incluyen el aumento de la frecuencia cardíaca, el incremento inicial del gas-

to cardíaco, la elevación variable de la presión arterial sistémica y el aumento de la presión arterial pulmonar secundario a la vasoconstricción pulmonar hipóxica.

A medida que progresa la aclimatación, la frecuencia cardíaca tiende a disminuir respecto de la respuesta inicial, aunque puede permanecer por encima de los valores observados a nivel del mar.

Durante la exposición prolongada a gran altitud, la capacidad máxima de ejercicio permanece reducida en comparación con el nivel del mar, lo que puede limitar el desempeño de tareas laborales que requieren esfuerzo físico sostenido.

Asimismo, la exposición prolongada a la hipoxia hipobárica puede asociarse con modificaciones de la función ventricular, del metabolismo miocárdico y de la circulación pulmonar.

La eritropoyetina (EPO) constituye una respuesta fisiológica temprana a la hipoxia hipobárica. Sus niveles comienzan a elevarse entre las 2 y 4 horas posteriores a la exposición, al-

canzan un pico entre las 24 y 48 horas y luego descienden gradualmente a partir de los 2 a 3 días, aun cuando la hipoxia persista.

Paralelamente, se desarrollan otros mecanismos involucrados en la aclimatación, como la hiperventilación, la compensación renal de la alcalosis respiratoria y los cambios en la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno.

La EPO estimula la eritropoyesis y, cuando la exposición se prolonga lo suficiente, contribuye al aumento de la masa eritrocitaria, el hematocrito y la concentración de hemoglobina, incrementando la capacidad de transporte de oxígeno. Sin embargo, una respuesta eritropoyética excesiva puede aumentar la viscosidad sanguínea y contribuir al desarrollo del Mal Crónico de Montaña o Enfermedad de Monge.

En el sistema respiratorio, la hipoxia hipobárica induce hiperventilación, con la consiguiente hipocapnia y alcalosis respiratoria, asociadas a un descenso progresivo de la saturación de oxígeno a medida que aumenta la altitud.

La vasoconstricción pulmonar hipóxica constituye una respuesta fisiológica a la disminución de la presión alveolar de oxígeno. Cuando esta respuesta es intensa, aumenta la presión arterial pulmonar y puede contribuir al desarrollo del Edema Pulmonar de Altura (EPA).

Con la aclimatación, se producen ajustes ventilatorios y hematológicos que mejoran parcialmente la tolerancia a la hipoxia, mientras que el aumento de la masa eritrocitaria contribuye a incrementar la capacidad de transporte de oxígeno. No obstante, incluso con una aclimatación adecuada, la capacidad aeróbica máxima permanece reducida en comparación con el nivel del mar, lo que puede limitar el desempeño de tareas laborales que requieren esfuerzo físico sostenido.

El riesgo de desarrollar enfermedad de altura depende tanto de las características de la ex-

posición como de la susceptibilidad individual. Entre las primeras se incluyen la altitud alcanzada, la velocidad de ascenso, la duración de la exposición y el grado de aclimatación. Entre los factores individuales considerados en la literatura revisada se encuentran la respuesta ventilatoria a la hipoxia, la respuesta vascular pulmonar, la condición física, la edad, el sexo, la obesidad, el síndrome metabólico, el tabaquismo, los antecedentes cardiovasculares o respiratorios y la presencia de foramen oval permeable.

Las principales enfermedades agudas asociadas a la exposición a gran altitud son el Mal Agudo de Montaña (MAM), el Edema Pulmonar de Altura (EPA) y el Edema Cerebral de Altura (ECA). Estas entidades deben diferenciarse del Mal Crónico de Montaña (MCM) o Enfermedad de Monge, asociado principalmente con la residencia permanente en zonas de gran altitud.

ENFERMEDADES AGUDAS ASOCIADAS A LA EXPOSICIÓN A GRAN ALTITUD

El **Mal Agudo de Montaña (MAM)** es un cuadro clínico frecuente en personas que residen habitualmente en el llano y ascienden a gran altitud sin una aclimatación adecuada. También se lo denomina enfermedad aguda de montaña, enfermedad de altura, soroche, puna o apunamiento.

El MAM se caracteriza habitualmente por cefalea asociada a uno o más síntomas, como náuseas, vómitos, anorexia, fatiga, mareos o trastornos del sueño. Los síntomas suelen aparecer dentro de las primeras 6 a 12 horas posteriores al ascenso y se relacionan con una respuesta fisiológica insuficiente frente a la exposición aguda a la hipoxia hipobárica.

Aunque habitualmente es leve y autolimitado, el MAM no debe subestimarse en el ámbito laboral, ya que puede afectar el rendimiento físico y cognitivo, aumentar el riesgo de accidentes y, si la exposición continúa sin adoptar



medidas correctivas, progresar hacia formas graves de enfermedad de altura, particularmente el Edema Cerebral de Altura (ECA). Por ello, la aparición de síntomas debe considerarse una señal de alarma que requiere interrumpir el ascenso y reevaluar la continuidad de la exposición a la altura.

La conducta recomendada consiste en interrumpir el ascenso, indicar reposo y tratamiento sintomático, mantener una hidratación adecuada y considerar la administración de oxígeno suplementario si los síntomas persisten.

En casos moderados o persistentes puede utilizarse acetazolamida por vía oral, en dosis de 125–250 mg cada 12 horas. Si los síntomas progresan o no responden a las medidas iniciales, se indica el descenso a menor altitud.

La prevención del MAM se basa fundamentalmente en el ascenso gradual y una adecuada aclimatación. Se recomienda no superar incrementos de 300 a 500 metros por día en la altitud de pernocte por encima de los 3.000 metros y programar días de descanso cada 3 a 4 días de ascenso o cuando aparezcan síntomas compatibles con enfermedad de altura.

Durante las primeras 24 a 48 horas en altura, se recomienda evitar esfuerzos físicos intensos, mantener una hidratación adecuada, asegurar una ingesta calórica suficiente y evitar el consumo de alcohol y sedantes, debido a que estos últimos pueden deprimir la ventilación y agravar los efectos de la hipoxia.

En personas con antecedentes de MAM o en situaciones en las que no sea posible realizar un ascenso progresivo, puede considerarse la profilaxis farmacológica con acetazolamida en dosis de 125 mg cada 12 horas, bajo indicación y supervisión médica, iniciándola 24 horas antes del ascenso y manteniéndola durante los primeros días de permanencia en altura.

La educación de los trabajadores sobre el reconocimiento de los síntomas tempranos y la disponibilidad de oxígeno suplementario en los lugares de trabajo en altura constituyen medidas complementarias importantes para facilitar la detección y el manejo precoz de la enfermedad de altura.

Es importante destacar que el mate de coca o el coqueo no deben considerarse sustitutos de la aclimatación progresiva ni de las medidas

preventivas establecidas para la exposición a gran altitud.

El **Edema Pulmonar de Altura (EPA)** es una forma grave de enfermedad de altura que puede presentarse luego de un ascenso rápido a gran altitud sin una aclimatación adecuada.

Se produce por una respuesta vasoconstrictora pulmonar hipóxica exagerada, que provoca un aumento de la presión arterial pulmonar y de la presión capilar pulmonar, asociado a un incremento de la permeabilidad capilar y al desarrollo de edema pulmonar no cardiogénico.

Clínicamente se manifiesta con disnea progresiva, tos, disminución de la tolerancia al esfuerzo, taquicardia, estertores crepitantes y, en casos avanzados, cianosis o alteración del sensorio.

El EPA es un cuadro potencialmente fatal que requiere tratamiento inmediato. El descenso a menor altitud y la administración de oxígeno suplementario constituyen las medidas terapéuticas prioritarias.

En cuanto al tratamiento farmacológico, puede utilizarse nifedipina de liberación prolongada (30 mg cada 12 horas), con el objetivo de reducir la presión arterial pulmonar y mejorar la oxigenación.

En situaciones seleccionadas puede considerarse la utilización de inhibidores de la fosfodiesterasa-5, como sildenafil o tadalafilo, especialmente cuando la nifedipina está contraindicada o no se dispone de ella.

En casos graves o cuando el descenso no sea posible de inmediato, puede emplearse una cámara hiperbárica portátil como medida transitoria hasta que pueda realizarse el descenso o la evacuación.

La prevención del EPA se basa fundamentalmente en el ascenso gradual y una adecuada aclimatación. Se recomienda limitar el incremento diario de la altitud de pernocte a 300–500 metros por día por encima de los 3.000

metros, incorporar días de descanso y evitar esfuerzos físicos intensos durante los primeros días en altura.

Asimismo, se recomienda mantener una hidratación adecuada y una adecuada protección frente al frío, dado que este puede intensificar la vasoconstricción pulmonar.

La profilaxis farmacológica con nifedipina de liberación prolongada debe reservarse para personas con antecedentes documentados de EPA cuando las medidas de ascenso gradual y aclimatación no resulten factibles o suficientes, siempre bajo indicación y supervisión médica.

En situaciones especiales también pueden considerarse inhibidores de la fosfodiesterasa-5, como sildenafil o tadalafilo, aunque no se recomienda su utilización como profilaxis rutinaria.

La educación de los trabajadores sobre el reconocimiento de los síntomas tempranos, la disponibilidad de oxígeno suplementario, la capacitación del personal para su administración y la implementación de protocolos de vigilancia médica, descenso y evacuación en los lugares de trabajo en altura constituyen medidas esenciales para facilitar una respuesta precoz y reducir la morbimortalidad asociada al EPA.

El **Edema Cerebral de Altura (ECA)** es una de las formas más graves de enfermedad aguda de altura y constituye una emergencia médica. Se presenta principalmente en personas que residen habitualmente en el llano y ascienden rápidamente a gran altitud sin una aclimatación adecuada.

Su fisiopatología se caracteriza por el desarrollo de edema vasogénico cerebral secundario a la hipoxia hipobárica y generalmente se presenta como progresión de un Mal Agudo de Montaña (MAM) no reconocido o inadecuadamente tratado.

Clínicamente se manifiesta con ataxia, alteración del sensorio, confusión, cambios con-

ductuales, letargia y, en casos avanzados, coma. La evolución puede ser rápida y potencialmente fatal, por lo que la aparición de signos neurológicos requiere descenso inmediato a menor altitud, administración de oxígeno suplementario y tratamiento farmacológico.

Como tratamiento farmacológico se utiliza dexametasona, con una dosis inicial de 8 mg seguida de 4 mg cada 6 horas, que puede administrarse por vía oral, intramuscular o intravenosa según la disponibilidad y el estado clínico de la persona afectada.

Cuando el descenso inmediato no sea posible, puede utilizarse una cámara hiperbárica portátil como medida transitoria destinada a mejorar la oxigenación y estabilizar al paciente hasta que pueda realizarse el descenso o la evacuación.

La prevención del ECA se basa en evitar ascensos rápidos, favorecer una aclimatación progresiva y reconocer precozmente la aparición de síntomas de MAM o su progresión hacia manifestaciones neurológicas graves. Se recomienda realizar un ascenso gradual, incorporar períodos de descanso, evitar esfuerzos físicos intensos durante los primeros días en altura y mantener una hidratación adecuada, una ingesta calórica suficiente y un descanso nocturno adecuado.

La profilaxis farmacológica con dexametasona no reemplaza la aclimatación progresiva ni debe utilizarse como sustituto de una adecuada planificación del ascenso. No se recomienda su uso rutinario en trabajadores sin antecedentes.

La educación de los trabajadores sobre el reconocimiento de síntomas tempranos, la disponibilidad de oxígeno suplementario, la existencia de protocolos de vigilancia médica, descenso y evacuación, así como la capacitación de supervisores y brigadistas para el reconocimiento precoz de signos neurológicos, constituyen medidas esenciales para facilitar una respuesta temprana y reducir la morbimortali-

dad asociada al ECA en entornos laborales de gran altitud.

ENFERMEDAD CRÓNICA ASOCIADA A LA EXPOSICIÓN A GRAN ALTITUD

El **Mal Crónico de Montaña (MCM)** o Enfermedad de Monge es un síndrome de mala adaptación a la exposición crónica a la hipoxia hipobárica, característico de personas que residen de manera permanente en zonas de gran altitud, generalmente por encima de los 3.000–3.500 metros.

A diferencia de las enfermedades agudas de altura, su desarrollo se relaciona con una exposición crónica y sostenida a la hipoxia hipobárica.

El MCM se caracteriza por eritrocitosis excesiva asociada a hipoxemia crónica, que puede acompañarse de hiperviscosidad sanguínea, hipertensión pulmonar y manifestaciones neurológicas, respiratorias y cardiovasculares. Se trata de un cuadro progresivo que puede comprometer la capacidad funcional y la función cardiorrespiratoria.

El tratamiento del MCM se orienta a reducir la hipoxemia crónica y controlar la eritrocitosis excesiva y sus consecuencias hemodinámicas. La medida terapéutica principal es el descenso a menor altitud. La oxigenoterapia nocturna puede mejorar la saturación de oxígeno y contribuir a disminuir la eritrocitosis excesiva, mientras que la acetazolamida puede aumentar la ventilación y contribuir a mejorar la hipoxemia. En casos de eritrocitosis excesiva grave acompañada de síntomas de hiperviscosidad, puede considerarse excepcionalmente la realización de flebotomías terapéuticas bajo estricto control médico.

También resulta fundamental identificar y tratar las comorbilidades respiratorias, evitar el consumo de alcohol y sedantes y optimizar las condiciones que puedan influir sobre la ventilación durante el sueño.

En las personas que residen permanentemente en zonas de gran altitud, las medidas preventivas se orientan principalmente a reducir los factores que pueden agravar la hipoxemia crónica.

Estas incluyen evitar contaminantes y sustancias que puedan deprimir la ventilación, como el alcohol y los sedantes, así como identificar y tratar las comorbilidades respiratorias, entre ellas EPOC, asma y apnea del sueño.

En casos seleccionados, puede utilizarse oxigenoterapia nocturna para reducir la hipoxemia.

La vigilancia médica periódica, con control del hematocrito y de la saturación periférica de oxígeno (SpO₂), junto con la educación para el reconocimiento de síntomas de mala adaptación, contribuye a la detección precoz y al seguimiento de las personas afectadas.

PREVENCIÓN DE LOS EFECTOS DE LA HIPOXIA HIPOBÁRICA EN TRABAJADORES A GRAN ALTITUD

La **prevención primaria** de los efectos de la hipoxia hipobárica se implementa antes de la aparición de manifestaciones clínicas de enfermedad de altura y comprende acciones de promoción de la salud y medidas de protección específica de los trabajadores.

La promoción de la salud incluye medidas generales destinadas a favorecer hábitos saludables, fortalecer la educación sanitaria y capacitar a los trabajadores antes de la exposición a gran altitud.

Estas acciones incluyen la educación sanitaria sobre los riesgos asociados a la exposición a gran altitud, el reconocimiento precoz de síntomas como cefalea, náuseas, fatiga, mareos, disnea o alteraciones neurológicas, y la capacitación de los trabajadores para comunicar oportunamente su aparición y solicitar asistencia médica.

También comprende la promoción de hábitos saludables, como mantener una adecuada

condición cardiorrespiratoria, evitar el tabaquismo, controlar el peso corporal, mantener adecuadamente controladas las enfermedades cardiovasculares y respiratorias preexistentes, asegurar una alimentación suficiente y una hidratación adecuada, y evitar el consumo de alcohol o sedantes antes y durante la exposición a gran altitud.

En el ámbito laboral, la promoción de la salud implica además la capacitación de supervisores y brigadistas y el desarrollo de una cultura preventiva que favorezca la comunicación precoz de los síntomas de enfermedad de altura y evite su minimización.

La **protección específica** comprende las medidas dirigidas a reducir el riesgo derivado de la exposición laboral a la hipoxia hipobárica.

La aclimatación progresiva constituye una de las principales medidas preventivas, ya que favorece el desarrollo de respuestas fisiológicas compensatorias frente a la disminución de la disponibilidad de oxígeno.

Entre las medidas de prevención primaria se incluyen el ascenso gradual, la planificación de jornadas con exigencia física progresiva, la evaluación médica previa a la exposición, la identificación de trabajadores con mayor susceptibilidad y la definición de criterios de aptitud.

La vigilancia de la saturación de oxígeno, la disponibilidad de oxígeno suplementario y los protocolos de descenso y evacuación forman parte de una estrategia preventiva integral y adquieren especial importancia para la detección y respuesta tempranas ante la aparición de enfermedad de altura.

La profilaxis farmacológica debe reservarse para casos seleccionados y realizarse bajo indicación y supervisión médica.

La **prevención secundaria** está orientada a la vigilancia médica y a la detección precoz de alteraciones fisiológicas y manifestaciones clínicas relacionadas con la exposición laboral a

hipoxia hipobárica, con el objetivo de intervenir oportunamente y evitar su progresión hacia formas graves de enfermedad de altura.

Durante la exposición laboral a gran altitud, la vigilancia debe incluir el reconocimiento de síntomas compatibles con MAM, EPA o ECA, el control de la saturación periférica de oxígeno y la valoración de cambios en el rendimiento físico o cognitivo. La aparición de síntomas persistentes o progresivos, deterioro funcional o un descenso significativo de la SpO_2 debe motivar la evaluación médica inmediata y la adopción de medidas destinadas a interrumpir la exposición y, cuando corresponda, efectuar el descenso a menor altitud.

El examen periódico de salud tiene como objetivo detectar en etapa precoz enfermedades relacionadas con la exposición a la hipoxia hipobárica. Debe constar de una historia ocupacional dirigida con especial atención a relevar antecedentes personales y laborales, episodios previos de enfermedad de altura y tolerancia en exposiciones anteriores, patologías respira-

torias, cardiovasculares o neurológicas, medicación habitual con especial atención a beta-bloqueantes, diuréticos e hipnóticos, consumo de alcohol y tabaco, calidad del sueño y síntomas neurocognitivos como mínimo.

Se recomienda efectuar un examen médico completo con evaluación cardiorrespiratoria detallada, frecuencia cardíaca y presión arterial en reposo, saturación de oxígeno (SpO_2) en reposo y post-esfuerzo, evaluación neurológica y cognitiva básica, peso, índice de masa corporal (IMC) y composición corporal.

Los estudios complementarios recomendados incluyen espirometría, electrocardiograma, laboratorio con hemograma, hematocrito, hemoglobina y glucemia, prueba de marcha de 6 minutos con control de SpO_2 y evaluación neurocognitiva cuando corresponda.

En trabajadores con factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de arritmias, cardiopatía estructural, hipertensión arterial no controlada o síntomas durante la exposición, puede estar indicada una evaluación cardio-



lógica complementaria, incluyendo, según el caso, prueba de esfuerzo y ecocardiograma.

En personas con antecedentes respiratorios, por ejemplo neumoconiosis, además de evaluarse la función pulmonar, deben considerarse estudios adicionales como la TAC de tórax.

La **prevención terciaria** se orienta a reducir secuelas, evitar recurrencias y favorecer la recuperación funcional y laboral de los trabajadores que han presentado enfermedad de altura o complicaciones relacionadas con la exposición laboral a hipoxia hipobárica. En este nivel de prevención, resulta fundamental definir si el trabajador puede retornar a realizar tareas en gran altitud o si debe ser reubicado en actividades a menor altitud.

En los trabajadores que hayan presentado cuadros graves o recurrentes de enfermedad de altura debe reevaluarse la aptitud antes de una nueva exposición a gran altitud. La persistencia de secuelas, hipertensión pulmonar, enfermedad cardiovascular o respiratoria significativa no controlada, o cualquier condición que disminuya de manera importante la capacidad de compensar la hipoxia hipobárica puede determinar restricciones temporales o permanentes para el retorno a tareas en altura.

Cuando persistan secuelas que limiten la capacidad para desempeñar las tareas habituales, o exista un riesgo elevado de recurrencia asociado a nuevas exposiciones, puede ser necesaria la reubicación laboral en tareas sin exposición a hipoxia hipobárica y, cuando corresponda, la recalificación profesional.

LEGISLACIÓN Y NORMATIVA EN ARGENTINA

El análisis de la legislación argentina demuestra que las enfermedades relacionadas con la exposición a hipobaría por gran altitud geográfica no se encuentran listadas como enfermedades profesionales en el Decreto 658/96 y sus modificatorias.

El agente de riesgo “Presión Inferior a la Presión Atmosférica Estándar” se refiere únicamente a actividades aeronáuticas —“pilotos y tripulantes de servicio de transporte aéreo de pasajeros y carga”— y a enfermedades profesionales del oído, como otitis media subaguda, otitis media crónica y lesiones del oído interno.

Este agente de riesgo se encuentra incluido en el Anexo III de la Resolución SRT 81/19, dentro del Listado de Agentes de Riesgo, como agente termohigrométrico con el Código ESOP 80003.

En el Anexo II de la Resolución SRT 37/10, relacionado con exámenes periódicos, no se encuentra específicamente detallado este agente de riesgo, por lo que debe ser considerado dentro de “otros agentes físicos incluidos en el Decreto 658/96”.

La Resolución MTEySS 295/2003 no establece criterios para la hipoxia hipobárica, aunque menciona la presión y la altitud entre los factores físicos capaces de modificar la respuesta del organismo frente a determinadas exposiciones.

DISCUSIÓN

La exposición laboral a hipoxia hipobárica por gran altitud debe analizarse como un riesgo ocupacional complejo, ya que combina una condición ambiental específica con respuestas biológicas variables entre trabajadores.

Por ello, los exámenes preocupacionales y periódicos no deberían limitarse a identificar enfermedades o condiciones clínicas que puedan interferir con la aptitud para la exposición, sino orientarse a una evaluación integral de los factores de susceptibilidad individual.

Esta evaluación debe considerar la edad, el índice de masa corporal, el tabaquismo, los antecedentes cardiovasculares y respiratorios, los antecedentes de exposición y tolerancia previa a la altura, la respuesta al esfuerzo, la saturación periférica de oxígeno y la presencia de

síntomas compatibles con enfermedad de altura. La valoración conjunta de estos elementos puede contribuir a identificar trabajadores con mayor susceptibilidad y a establecer criterios de aptitud individualizados, considerando además las características de la exposición y las exigencias de las tareas a desarrollar.

La prevención debe organizarse en una secuencia integrada de medidas organizacionales y clínicas. En primer lugar, el ascenso gradual y los períodos de aclimatación contribuyen a reducir el riesgo asociado a la exposición aguda a la hipoxia hipobárica.

En segundo lugar, la vigilancia de síntomas mediante protocolos estandarizados y el control de la saturación periférica de oxígeno contribuyen a la detección precoz de la enfermedad de altura. La educación del trabajador, la disponibilidad de oxígeno suplementario, el entrenamiento del personal y la implementación de protocolos de descenso y evacuación permiten una respuesta oportuna ante eventos agudos. En este contexto, los protocolos de aclimatación deben considerarse medidas preventivas esenciales dentro de los programas de prevención destinados a trabajadores expuestos a gran altitud.

La aclimatación constituye una de las medidas preventivas fundamentales frente a la hipoxia hipobárica, porque comprende un conjunto de ajustes fisiológicos progresivos que mejoran la tolerancia del organismo a la disminución de la presión parcial de oxígeno en altura.

A través del aumento de la ventilación, la compensación renal de la alcalosis respiratoria, la estimulación de la eritropoyesis mediada por eritropoyetina y, con exposiciones suficientemente prolongadas, el aumento de la masa eritrocitaria y de la concentración de hemoglobina, así como otros ajustes que favorecen el transporte y la utilización tisular del oxígeno, la aclimatación contribuye a mantener la oxigenación tisular y a disminuir el riesgo de MAM,

EPA y ECA. Sin embargo, no elimina completamente dicho riesgo, debido a la variabilidad interindividual de la respuesta y a la influencia de las características de la exposición.

Ninguna intervención complementaria —incluidas la hidratación, los analgésicos, el mate de coca o los fármacos indicados en situaciones específicas— sustituye el proceso fisiológico de aclimatación progresiva. Por esta razón, la planificación de la exposición, el ascenso gradual y la permanencia escalonada en altura deben ocupar un lugar central en los programas preventivos destinados a trabajadores expuestos a hipoxia hipobárica por gran altitud.

La normativa argentina vigente reconoce el agente de riesgo asociado a “Presión Inferior a la Presión Atmosférica Estándar”, pero no ofrece herramientas suficientes para traducir ese reconocimiento en criterios específicos de vigilancia de la salud para trabajadores expuestos a hipoxia hipobárica por gran altitud.

Esta brecha dificulta definir estudios mínimos, periodicidad de los controles, criterios de aptitud, criterios para la interrupción de la exposición y el descenso, manejo de emergencias, indicaciones de oxigenoterapia y criterios de reubicación o recalificación laboral. Por ello, sería conveniente desarrollar lineamientos técnicos específicos que unifiquen estos criterios y faciliten su aplicación en el ámbito laboral.

El Mal Agudo de Montaña (MAM), el Edema Pulmonar de Altura (EPA) y el Edema Cerebral de Altura (ECA) podrían ser considerados enfermedades profesionales cuando exista una relación causal demostrable entre su aparición y la exposición a hipoxia hipobárica por razones laborales. En estos casos, la exposición a gran altitud puede constituir una exigencia propia de la actividad laboral y actuar como agente causal de la enfermedad.

En este sentido, podría considerarse la revisión y actualización del Listado de Enfermedades Profesionales de Argentina con el objeto de incorporar explícitamente las enfermeda-

des agudas de altura vinculadas causalmente con la exposición laboral a hipoxia hipobárica, especialmente aquellas que se presentan en trabajadores que residen habitualmente en el llano y deben trasladarse a ambientes de gran altitud por requerimientos de su actividad.

Por otra parte, la Enfermedad de Monge o Mal Crónico de Montaña no debe considerarse enfermedad profesional cuando su desarrollo se relaciona con la residencia permanente en zonas de gran altitud y no existe una exposición diferencial atribuible al trabajo. Su origen se relaciona con una condición ambiental y geográfica sostenida que puede afectar a personas que residen crónicamente en altitudes elevadas, aun en ausencia de una exposición diferencial atribuible a su actividad laboral. En estos casos, el proceso corresponde a una respuesta maladaptativa frente a la exposición crónica a la hipoxia hipobárica y, cuando la exposición causal deriva de la residencia habitual y no del trabajo, no se configura el nexo causal laboral necesario para atribuirle carácter profesional.

CONCLUSIONES

El trabajo a gran altitud expone a los trabajadores a hipoxia hipobárica, que desencadena respuestas respiratorias, cardiovasculares y hematológicas destinadas a preservar la oxigenación tisular. La aclimatación progresiva mejora la tolerancia a la altura, pero no elimina completamente el riesgo de enfermedad aguda, especialmente en trabajadores susceptibles o no aclimatados.

El Mal Agudo de Montaña, el Edema Pulmonar de Altura y el Edema Cerebral de Altura constituyen las principales enfermedades agudas asociadas a esta exposición y pueden comprometer la capacidad funcional y la seguridad laboral.

La Medicina del Trabajo cumple un papel central mediante la evaluación de aptitud, la identificación de factores de susceptibilidad, la vigilancia de la salud, la educación sanitaria y

la implementación de protocolos de aclimatación, descenso y evacuación.

La normativa argentina requiere lineamientos más específicos para la vigilancia de los trabajadores expuestos a hipoxia hipobárica por gran altitud, incluyendo criterios de aptitud, periodicidad de controles, indicación de estudios complementarios y manejo de emergencias.

El MAM, el EPA y el ECA podrían ser considerados enfermedades profesionales cuando exista una relación causal demostrable con la exposición laboral. El Mal Crónico de Montaña o Enfermedad de Monge debe diferenciarse de estas formas agudas cuando se relaciona con la residencia permanente en altura y no con una exposición laboral diferencial.

DECLARACIONES

Tipo de artículo: revisión de literatura.

Financiamiento: el presente trabajo no recibió financiamiento externo. Los costos asociados a su elaboración fueron asumidos por los autores.

Conflictos de interés: los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Consideraciones éticas: Por tratarse de una revisión bibliográfica, no se requirió consentimiento informado ni aprobación por comité de ética, ya que no se incluyeron participantes humanos ni datos personales identificables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Penalzoza D. Effects of High-Altitude Exposure on the Pulmonary Circulation. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(12):1075-1078. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2012.06.027>
2. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Exámenes médicos preocupacionales para el sistema cardiorrespiratorio - trabajos a gran altitud con exposición al agente "presión inferior a la presión barométrica estándar", 2013. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ficha_tecnica_-_exámenes_médicos_preocupacionales_para_el_sistema_cardiorrespiratorio.pdf
3. Luks A, Swenson E, Bärtsch P. Acute high-altitude sickness. *European Respiratory Review*. 2017;26(143):160096. <https://doi.org/10.1183/16000617.0096-2016>

4. You J, Chen X, Zhou M, et al. Hyperbaric oxygen preconditioning for prevention of acute high-altitude diseases: Fact or fiction? *Front Physiol.* 2023;14:1019103. <https://doi.org/10.3389/fphys.2023.1019103>
5. Mikołajczak K, Czerwinska K, Pilecki W, et al. The Impact of Temporary Stay at High Altitude on the Circulatory System. *J Clin Med.* 2021;10:1622. <https://doi.org/10.3390/jcm10081622>
6. Tang XG, Wen J, Yang YJ. Decreased Work Capability Related to High-Altitude Exposure. *Risk Manag Healthc Policy.* 2024;17:2839-2849. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S478383>
7. Taino G, Giardini G, Delogu A, et al. Il lavoro in un cantiere in alta quota: generalità fisiopatologiche e analisi di una casistica occupazionale [Work on a building site at high altitude: physiopathological features and entailments for the occupational medicine]. *G Ital Med Lav Ergon.* 2019;41(3):242-252.
8. Wang Y, Zhang Q, Wang K, et al. Supine Bicycle Stress Echocardiography at Low Altitude for Identification of Susceptibility to Acute Mountain Sickness. *J Am Soc Echocardiogr.* 2025;38(3):262-272. <https://doi.org/10.1016/j.echo.2024.12.007>
9. Richalet JP, Hermand E, Lhuissier FJ. Cardiovascular physiology and pathophysiology at high altitude. *Nat Rev Cardiol.* 2024;21(2):75-88. <https://doi.org/10.1038/s41569-023-00924-9>
10. Vinnikov D, Krasotski V. Healthy worker survival effect at a high-altitude mine: prospective cohort observation. *Sci Rep.* 2022;12(1):13903. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-18331-4>
11. White AJ, Boulet LM, Shafer BM, et al. The coronary vascular response to the metaboreflex at low altitude and during acute and prolonged high altitude in males. *J Appl Physiol* (1985). 2022;132(6):1327-1337. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00018.2022>
12. Zarndt R, Piloto S, Powell FL, et al. Cardiac responses to hypoxia and reoxygenation in *Drosophila*. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2015;309:R1347-R1357. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00164.2015>
13. Yu J, Zeng Y, Chen, G, et al. Analysis of High-altitude Syndrome and the Underlying Gene Polymorphisms Associated with Acute Mountain Sickness after a Rapid Ascent to High-altitude. *Sci Rep.* 2016;6:38323. <https://doi.org/10.1038/srep38323>
14. Maufrais C, Rupp T, Bouzat P, et al. Medex 2015: The key role of cardiac mechanics to maintain biventricular function at high altitude. *Exp Physiol.* 2019;104(5):667-676. <https://doi.org/10.1113/EP087350>
15. Stembridge M, Ainslie PN, Donnelly J, et al. Cardiac structure and function in adolescent Sherpa; effect of habitual altitude and developmental stage. *Am J Physiol Heart Circ Physiol.* 2016;310:H740-H746. <https://doi.org/10.1152/ajpheart.00938.2015>
16. Yang Y, Liu C, Tian J, et al. Preliminary Study of Right Ventricular Dyssynchrony Under High-Altitude Exposure: Determinants and Impacts. *Front Physiol.* 2020;11:703. <https://doi.org/10.3389/fphys.2020.00703>
17. Yang J, Tan H, Sun M, et al. Prediction of High-Altitude Cardiorespiratory Fitness Impairment Using a Combination of Physiological Parameters During Exercise at Sea Level and Genetic Information in an Integrated Risk Model. *Front Cardiovasc Med.* 2022;8:719776. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.719776>
18. Lackermair K, Schüttler D, Kellnar A, et al. Combined effect of acute altitude exposure and vigorous exercise on platelet activation. *Physiol Res.* 2022;71(1):171-175. <https://doi.org/10.33549/physiolres.934768>
19. Hilty MP, Zügel S, Schoeb M, Auinger K, Dehnert C, Maggiorini M. Soluble Urokinase-Type Plasminogen Activator Receptor Plasma Concentration May Predict Susceptibility to High Altitude Pulmonary Edema. *Mediators Inflamm.* 2016;2016:1942460. <https://doi.org/10.1155/2016/1942460>
20. Rytz CL, Pun M, Mawhinney JA, et al. Differential effects of high-altitude exposure on markers of oxidative stress, antioxidant capacity, and iron profiles. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2022;323(4):R445-R456. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00321.2021>
21. Vinnikov D, Saktapov A, Romanova Z, Ualiyeva A, Krasotski V. Work at high altitude and non-fatal cardiovascular disease associated with unfit to work: Prospective cohort observation. *PLoS One.* 2024;19(7):e0306046. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306046>
22. Faeh D, Moser A, Panczak R, et al. Independent at heart: persistent association of altitude with ischaemic heart disease mortality after consideration of climate, topography and built environment. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70:798-806. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206210>
23. Muñoz S, Nazzari C, Jimenez D, et al. Health Effects of Chronic Intermittent Hypoxia at a High Altitude among Chilean Miners: Rationale, Design, and Baseline Results of a Longitudinal Study. *Ann Work Expo Health.* 2021;65(8):908-918. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxab029>
24. Bacaloni A, Zamora Saà MC, Sinibaldi F, et al. Respiratory parameters at varied altitudes in intermittent mining work. *Int J Occup Med Environ Health.* 2018;31(2):129-138. <https://doi.org/10.13075/ijom.1896.01082>
25. Furian M, Tannheimer M, Burtscher M. Effects of Acute Exposure and Acclimatization to High-Altitude on Oxygen Saturation and Related Cardiorespiratory Fitness in Health and Disease. *J Clin Med.* 2022;11:6699. <https://doi.org/10.3390/jcm11226699>
26. Berger MM, Sareban M, Schiefer LM, et al. Effects of acetazolamide on pulmonary artery pressure and prevention of high-altitude pulmonary edema after rapid active ascent to 4,559 m. *J Appl Physiol* (1985). 2022;132(6):1361-1369. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00806.2021>
27. Mulchrone A, Moulton H, Eldridge MW, Chesler NC. Susceptibility to high-altitude pulmonary edema is associated with increased pulmonary arterial stiffness during exercise. *J Appl Physiol* (1985). 2020;128(3):514-522. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00153.2019>
28. Zhang Y, Wang J, He M, et al. Hypobaric hypoxia-driven energy metabolism disturbance facilitates vascular endothelial dysfunction. *Redox Biol.* 2025;84:103675. <https://doi.org/10.1016/j.redox.2025.103675>
29. Pedreros-Lobos A, Calderón-Jofré R, Moraga D, Moraga FA. Cardiovascular Risk Is Increased in Miner's Chronic Intermittent Hypobaric Hypoxia Exposure From 0 to 2,500 m? *Front Physiol.* 2021;12:647976. <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.647976>
30. Lovering AT, Elliott JE, Davis JT. Physiological impact of patent foramen ovale on pulmonary gas exchange, ventilatory acclimatization, and thermoregulation. *J Appl Physiol* (1985). 2016;121(2):512-517. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00192.2015>
31. Hou J, Wen X, Long P, et al. The role of post-translational modifications in driving abnormal cardiovascular complications at high altitude. *Front Cardiovasc Med.* 2022;9:886300. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.886300>
32. Akunov AC, Sartmyrzaeva MA, Maripov AM, et al. High Altitude Pulmonary Edema in a Mining Worker with an Abnormal Rise in Pulmonary Artery Pressure in Response to Acute Hypoxia Without Prior History of High Altitude Pulmonary Edema. *Wilderness Environ Med.* 2017;28(3):234-238. <https://doi.org/10.1016/j.wem.2017.04.003>

ISS

PROFESIONAL-IN-THE-LOOP

(O EL REDESCUBRIMIENTO DE UNA VOCACIÓN)

PROFESIONAL-IN-THE-LOOP

PROFESIONAL-IN-THE-LOOP

(o el redescubrimiento de una vocación)



Dr. Leonardo Pucheta

Abogado, Magíster en Ética Biomédica, Doctorando en Ciencias Jurídicas, Subgerente de Innovación Tecnológica aplicada a la Prevención en la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT). Miembro de la Pontificia Academia Pro Vita (PAV).



Lic. María Elisa González Clavin

Licenciada en Seguridad e Higiene. Especialista en prevención de enfermedades profesionales derivadas de riesgos físicos y gestión en prevención 4.0 (UNTREF). Integrante del Programa Nacional de Prevención por Rama de Actividad (PRONAPRE) en la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT)

EL PROFESIONAL ANTE LAS TECNOLOGÍAS EMERGENTES

La irrupción de la denominada Industria 4.0 obliga a repensar las bases mismas de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Frente al avance vertiginoso de la automatización y la proliferación de la lógica algorítmica aplicada a la prevención de contingencias laborales, surge la necesidad de redescubrir el rol del especialista en salud y seguridad ocupacional. Este corre el riesgo de convertirse en un mero espectador sin impacto en las condiciones materiales de producción o, por el contrario, consolidarse como un actor protagónico en la nueva realidad laboral. En definitiva, estas líneas proponen una decidida apología del juicio crítico, responsable y prudencial del ser humano frente a la tentación de la delegación tecnológica absoluta.

DE LA PREVENCIÓN REACTIVA A LA PREVENCIÓN PREDICTIVA E INTEGRADA

El paradigma tradicional de la SST ha sido históricamente reactivo, caracterizado por actuar de forma aislada y sobre la base del análisis de siniestralidad ex post. El ecosistema 4.0

permite trazar un puente hacia un modelo superador: la prevención predictiva, integrada y con gestión del riesgo en tiempo real. Sin embargo, esta transición no prosperará con autosuficiencia, pues demanda diseño y supervisión humana.

Las dinámicas de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales mediante soluciones 4.0 se apoyan en un robusto entramado tecnológico que debe ordenarse a la amplificación del cuidado del operario. A modo de ejemplo, considérense las herramientas basadas en Inteligencia Artificial (IA) para el procesamiento de grandes volúmenes de datos orientadas a identificar actos inseguros y confeccionar mapas de riesgo dinámicos, el aprovechamiento del Internet de las Cosas (IoT) y el uso de *wearables* —dispositivos, cascos y chalecos inteligentes equipados con sensores que monitorean variables fisiológicas y alertan tempranamente sobre atmósferas peligrosas—, entornos de realidad virtual y aumentada para simular escenarios de alta fidelidad eliminando la exposición real al riesgo durante el aprendizaje, así como la implementación de *blockchain* para favorecer la trazabilidad y la custodia digital en la acreditación de entrega de Equipos de Protección Personal (EPP) o la realización de capacitaciones, por ejemplo.

LOS PILARES ÉTICOS DE LA TECNOLOGÍA EN SST

Para que la implementación de estas tecnologías sea éticamente equilibrada, debe procurarse el acatamiento de estándares técnicos y jurídicos, subsumibles —al menos inicialmente— en torno a tres ejes fundamentales:

- **Respeto de derechos personalísimos:** El empleo de dispositivos tecnológicos emergentes debe subordinarse rigurosamente a la dignidad de la persona humana¹. En ese sentido, la imagen, identidad e integridad, entre otros bienes jurídicamente tutelados por nuestro ordenamiento, constituyen condiciones infranqueables. Se trata, en síntesis, de una toma de posición concreta ante el paradigma tecnocrático que amenaza con desbordar dichos límites en detrimento de los derechos individuales.
- **Transparencia:** Los sistemas automatizados de gestión y evaluación de datos deben

ser transparentes y auditables para garantizar la equidad. En lo relativo al uso de IA en el ámbito de la salud, debe superarse el esquema de las llamadas "cajas negras", que tornan opaco el funcionamiento informático y dificultan el ejercicio de la autonomía personal. Asimismo, deben mitigarse los sesgos algorítmicos que atentan contra la adopción de medidas razonables y justas.

- **Supervisión humana:** A pesar de la tentación de automatizar procesos completos debido al ahorro de tiempo y su evidente impacto en costos y eficiencia, la intervención humana es indispensable tanto en el desarrollo como en la conclusión de los procedimientos. Este apartado, eje central de las presentes reflexiones, posee ribetes técnicos, deontológicos y legales. No se trata de incorporar validaciones meramente operativas, sino de garantizar que dicha fiscalización refleje un discernimiento y dominio de la materia en cuestión.





INTERVENCIÓN EN EL BUCLE DE LA AUTOMATIZACIÓN

El avance de la automatización aumenta pronunciadamente el riesgo de excluir intervenciones humanas necesarias. Si bien en procedimientos de menor complejidad o alcance la actuación humana podría verse reducida en principio, no puede suprimirse totalmente cuando las soluciones automáticas implementadas sean susceptibles de producir efectos nocivos o contradictorios con los fines preventivos que las motivaron.

Tal es así que ante el denominado “bucle infinito” (*Infinite Loop*), en cuyo contexto la IA y la automatización pueden replicar errores, sesgos o alucinaciones, la supervisión humana opera como pauta de razonabilidad y seguridad. Considérese, por ejemplo, el uso de un dispositivo de diagnóstico potenciado por IA: el algoritmo genera un resultado preliminar (v.gr., identificando valores normales, anormales o patológicos) y el médico interviene revisando, ratificando o rectificando el diagnóstico provisorio aportado como *input* por el sistema. Esta corrección, a su vez, se introduce nuevamente al entorno digital para la retroalimentación del

sistema, evitando la reiteración del error.

En definitiva, el juicio crítico y prudencial humano opera como validación final en tres momentos clave:

- 1. Diseño y entrenamiento:** Implica el filtrado de sesgos algorítmicos ab initio. El flujo se inicia con la recolección de datos del trabajador y de su entorno, de modo que el diseño ético exige que los profesionales de SST definan qué información es lícito recolectar, asegurando datos estructurados y de calidad.
- 2. Análisis técnico/clínico:** Una oportunidad posterior de supervisión se presenta ante un estímulo automatizado (la detección de un valor fisiológico anormal, por ejemplo), a partir del cual el especialista perfecciona el análisis integrando variables conforme a su leal saber y entender.
- 3. Balance final:** Si se identifica un error, sesgo o inadecuación técnica del sistema automatizado, tanto el operario (en virtud de dinámicas de autocontrol^{2, 3}) como el profesional de SST deben apartarse del resultado y activar los mecanismos de interrupción y corrección (*override*) del algoritmo.

SESGO DE AUTOMATIZACIÓN

Uno de los riesgos vinculados al uso de IA en la práctica profesional es el llamado “sesgo de automatización”, fenómeno caracterizado por una confianza desmedida en la información proveniente de entornos automatizados⁴. Esta actitud refleja una tecno-dependencia que reduce el juicio profesional, el pensamiento crítico, la atención y los mecanismos conscientes de revisión.

En el ámbito de la salud y la seguridad laboral, dicho vicio se expresa en la atrofia de la intuición profesional, de la agudeza del análisis y del sentido común “clínico”, los cuales quedan relegados ante la celeridad de los sistemas. La supervisión humana constituye la reacción necesaria ante semejante escenario, un espacio donde se expresa la experiencia, el criterio y la responsabilidad del profesional como valor agregado indiscutible.

Considérese un ejemplo concreto: El uso de un sistema inteligente de evaluación automática de los resultados de exámenes médicos periódicos (EMP) tendiente a realizar un seguimiento de cada agente y a establecer perfiles de riesgo para recomendar la adaptación de puestos de trabajo, la modificación de los procesos productivos, las condiciones de exposición y/o la reubicación de los trabajadores.

A priori, la gestión de los recursos humanos y de la salud y seguridad laboral mediando el aprovechamiento de algoritmos favorece la identificación de patrones y correlaciones que habilitan, a su turno, la predicción de contingencias⁵.

Sin embargo, de operar como una “caja negra” y sin la debida supervisión humana, el sistema podría recomendar el apartamiento de ciertos trabajadores de determinados puestos de trabajo basándose en correlaciones espurias o sesgos históricos de datos (v.gr., asociar erróneamente ciertos rasgos de edad o género con una mayor tasa de siniestralidad).



En ese escenario, la ausencia de valoración por parte del médico laboral, reducido a un mero receptor de una decisión automatizada, podría conducir la adopción de medidas técnicamente inapropiadas e, incluso, a la vulneración de derechos de la fuerza de trabajo. En sentido contrario, la supervisión humana habría de identificar y corregir sesgos.

ARMONIZAR EL ECOSISTEMA

En la llamada “prevención *human-driven*” — esquema preventivo caracterizado por el uso de tecnologías convergentes dispuestas como medio para la consecución del bien del ser humano y no como un fin en sí mismo— conviven dos facetas: una intrínseca y otra extrínseca.

La faceta intrínseca guarda relación con el trabajador, epicentro de la regulación en materia de salud y seguridad laboral. La extrínseca, por su parte, se asocia a los profesionales que, con su labor, contribuyen al cuidado de la vida y la salud de aquellos. Los especialistas en SST tienen un rol fundamental, por lo que resulta indispensable que posean dominio operativo de las herramientas preventivas utilizadas, tanto las clásicas como las de vanguardia. La comprensión del modo de empleo de estas tecnologías habilita su uso responsable y la supervisión eficiente de los procesos.

Estas breves reflexiones han intentado poner de relieve la importancia de la supervisión humana sobre las soluciones basadas en IA,

no solo por su utilidad práctica, sino por configurar un nuevo desafío deontológico para los profesionales del sector.

La tecnología puede elevar la capacidad del profesional para proteger vidas, pero no debe reemplazarlo. Esta tensión nos invita a explorar el punto medio entre la necesaria adaptación técnica y la reivindicación de la profesión como una vocación inequívocamente ordenada al bien común.

REFERENCIAS

1. En el plano del derecho privado nacional considérense las previsiones del Código Civil y Comercial de la Nación, específicamente con el artículo 51, del cual se deduce el principio de inviolabilidad de la persona humana como prescripción y como pauta hermenéutica.

2. Leonardo L. Pucheta y Leonardo Bordón. El "autocontrol preventivo" a la luz de la Resolución SRT N° 48/2025. El Dial DC37D5. Abril 2026.

3. Se ha destacado que "(...) la pérdida de autonomía en el trabajo, la falta de participación y de la autogestión puede dañar la salud de los trabajadores provocando falta de motivación, desánimo, baja autoestima y depresión". Ver: Adrian Todolí-Signes, Op. Cit.

4. Por el foco dispuesto en la toma de decisiones críticas "bajo presión de tiempo", problemática cercana al ámbito de la SST, se sugiere ver: M.L. Cummings, *Automation Bias in Intelligent Time Critical Decision Support Systems*, Massachusetts Institute of Technology (MIT), Cambridge. Disponible en línea en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://maritimesafetyinnovationlab.org/wp-content/uploads/2023/02/Automation-Bias-in-Intelligent-Time-Critical-Decision-Support-Systems.pdf](https://maritimesafetyinnovationlab.org/wp-content/uploads/2023/02/Automation-Bias-in-Intelligent-Time-Critical-Decision-Support-Systems.pdf) [Último acceso el 7/7/2026].

5. Adrian Todolí-Signes, En cumplimiento de la primera Ley de la robótica: Análisis de los riesgos laborales asociados a un algoritmo/inteligencia artificial dirigiendo el trabajo (*Complying With the First Law of Robotics: An Analysis of the Occupational Risks Associated With Work Directed by an Algorithm/Artificial Intelligence*) (Diciembre 2019). *Labour & Law Issues*, 5 (2), 2019, Disponible en línea en: <https://ssrn.com/abstract=3506584> [Último acceso el 7/7/2026].



26/27 OCT 2026
HOTEL MARRIOTT
BUENOS AIRES

28 OCT 2026
CURSOS ASOCIADOS POSTCONGRESO

BAJÁ LA APP OFICIAL

Y TENÉ TODA LA INFO DEL CONGRESO, EN TU BOLSILLO

- Programa científico
- Inscripción y acreditación
- Disertantes y autoridades
- Notificaciones en vivo



ESCANEA Y DESCARGÁ



Buscá:
30CSO

Download on the
App Store

GET IT ON
Google Play

INSCRIBITE AHORA

Descargá la App e inscribite



CÁNCER LABORAL

SEGUNDA PARTE

CÁNCER LABORAL

Segunda parte



Dra. Sonia Gaviola

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

9. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE CÁNCER Y CÁNCER OCUPACIONAL EN ARGENTINA Y EL MUNDO

En cuanto a su localización anatómica, para el año 2022 a nivel mundial, la distribución de los 10 tumores malignos de mayor incidencia fue: pulmón, mama, colorrectal, próstata, estómago, hígado, tiroides, cuello uterino, vejiga y linfoma no Hodking. El pulmón y el colorrectal ocupan los primeros puestos de mortalidad. El cáncer de hígado, aunque de menor incidencia que otros, ocupa el tercer puesto en el ranking de mortalidad⁷.

CÁNCER EN EUROPA

En la Unión Europea⁸, en 2022 las principales causas de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio (32,7 %) y el cáncer (22,3 %). Entre otros motivos, debido al envejecimiento de la población, se espera que los casos de cáncer aumenten un 18,3 % entre 2022 y 2040 en la Unión Europea, y las muertes por cáncer un 26,3 % durante el mismo período.

CÁNCER EN EL MUNDO

A nivel mundial en los últimos 60 años, un mejor saneamiento y el desarrollo de vacunas y antibióticos han provocado una disminución en la mortalidad por enfermedades infecciosas

(IARC, 2020). Esto dio lugar a que aumenten las enfermedades no transmisibles (ENT), tales como cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas, entre otras (Bennet J et al 2025) (Vos, et al, 2019).

El proceso por el cual las enfermedades no transmisibles pasan a primer lugar se denomina **transición epidemiológica**. La pandemia de COVID-19 fue una excepción a esto por ser una enfermedad infectocontagiosa y, al mismo tiempo, porque impactó en la detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles, retrasando la aparición de casos de éstas y generando cuadros más graves. (Wells, 2022). No obstante, con el paso del tiempo se fue recuperando la tendencia anterior.

Según la OPS, las enfermedades no transmisibles generan 41 millones de muertes cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. **Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), a nivel mundial⁶.**

El cáncer es uno de los principales contribuyentes a la carga mundial de morbilidad, con un número creciente de casos y muertes pronosticados hasta 2050. En 2023, causó 18,5

millones de nuevos casos, número que viene aumentando significativamente desde 1990. (Force et al, 2025).

CÁNCER EN AMÉRICA

Al igual que en Europa, el cáncer representa una importante carga de enfermedad en América, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares (OPS9.). En 2022, hubo más de 4,2 millones de nuevos casos de cáncer en la región, y se prevé que aumente un 60%

para 2045 a 6,7 millones de casos. El cáncer es una de las principales causas de muerte en las Américas. En 2022, el cáncer representó 1,4 millones de muertes, el 45% de las cuales ocurrieron en personas de 69 años o menos.

Las distintas localizaciones anatómicas afectan en diversa forma a hombres y a mujeres. El siguiente cuadro muestra las 10 principales causas de mortalidad por sexo en América para el año 2021.

MASCULINO				FEMENINO			
ORDEN	TIPO DE CÁNCER	TASAS POR 100.000 HAB.	% del total	ORDEN	TIPO DE CÁNCER	TASAS POR 100.000 HAB.	% del total
1	Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	25,2 (22,5-27,9)	18,9%	1	Cáncer de mama	21,6 (18,1-24,9)	18%
2	Cáncer de próstata	0,3 (16,9-23,7)	15,1%	2	Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	20,4 (17,4-23)	17%
3	Cáncer de colon y recto	14,4 (12,5-16,4)	10,8%	3	Cáncer de colon y recto	13 (10,7-15,1)	10,8%
4	Cáncer de páncreas	9 (7,9-10,1)	6,7%	4	Cáncer de páncreas	8,5 (7,1-9,7)	7,1%
5	Linfomas, mieloma múltiple	8,3 (7,1-9,5)	6,2%	5	Cáncer de cuello uterino	7,5 (6-9,1)	6,2%
6	Cáncer de estómago	8 (6,7-9,6)	6,0%	6	Linfomas, mieloma múltiple	6,4 (5,2-7,5)	5,3%
7	Cáncer de hígado	7,9 (5,6-10,9)	5,9%	7	Cáncer de ovario	5,6 (4,7-6,5)	4,7%
8	Leucemia	6,2 (5,2-7,2)	4,6%	8	Cáncer de hígado	5,3 (3,6-7,6)	4,4%
9	Cáncer de esófago	5,9 (5,2-6,6)	4,4%	9	Cáncer de estómago	5,3 (4,2-6,5)	4,4%
10	Cáncer de cerebro y sistema nervioso	5 (4,4-5,7)	3,7%	10	Leucemia	4,6 (3,8-5,5)	3,9%

Fuente: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/67703/Español%3b%2053%20páginas?sequence=6&isAllowed>

CÁNCER LABORAL EN EL MUNDO

Para 2014¹⁰ la OMS estimaba que el cáncer atribuible a exposiciones ocupacionales causaba cerca de 200.000 muertes al año en el mundo. Asimismo, resaltaba que la exposición ocupacional al **asbesto, a la sílice y a los hu-**

mos metálicos son responsables de 9% del cáncer de pulmón, tráquea y bronquios.

Hacia 2015, la OIT estimaba que cada año se producían 666.000 muertes a nivel mundial por cáncer ocupacional, el doble que por accidentes laborales. **En ese año, en la Unión Eu-**

ropea, el cáncer representó alrededor del 53% de todas las muertes relacionadas con el trabajo. Según estimaciones de 2016, cada año se producen en la UE alrededor de 120.000 casos de cáncer como resultado de la exposición a carcinógenos en el trabajo, que dan lugar a unos 80.000 fallecimientos al año. En 2019 causaron 8,9 muertes por cada 100.000 personas en la Unión Europea¹².

En 2023, se publicó el informe de “Factores de riesgo de cáncer en el ámbito laboral en Europa – primeras conclusiones de la encuesta sobre la exposición de las personas trabajadoras¹³”, basado en la encuesta Workers’ Exposure Survey on cancer risk factors in Europe (WES).

Este estudio calcula la probabilidad de exposición de las personas trabajadoras durante la última semana de trabajo a veinticuatro factores de riesgo de cáncer conocidos, incluidos los productos químicos industriales, las sustancias y mezclas generadas por procesos y los factores de riesgo físicos. Las exposiciones profesionales más frecuentes, de riesgo de cáncer considerados en la encuesta, fueron: la radiación ultravioleta (UV) solar, las emisiones de motores diésel, el benceno, la sílice cristalina respirable y el formaldehído, seguidos del cromo hexavalente, el plomo y sus compuestos inorgánicos, y el polvo de madera. **La sílice cristalina respirable, las emisiones de motores diésel y el polvo de madera** destacan por las mayores proporciones de personas trabajadoras probablemente expuestas a estos factores de riesgo en niveles elevados.

En Estados Unidos, la tasa de casos nuevos de cáncer (incidencia de cáncer) es de 445,8 por 100.000 personas por año (según los casos de 2018 a 2022). La tasa de mortalidad por cáncer es de 145,4 por 100.000 personas por año entre 2019 y 2023. Se han proporcionado estimaciones de 2 a 8 % del cáncer total atribuible a exposiciones ocupacionales¹⁴.

En América Latina, las exposiciones ocupacionales varían entre las regiones y los países:

según la composición económica/industrial, tasas de participación de la fuerza laboral, entre otros factores. Por ejemplo, las regiones cuya industria principal tiene que ver con la explotación minera podrían implicar exposición ocupacional a la **sílice cristalina, al asbesto, al radón y a la descarga de los motores diésel**. Por su parte, los países con actividad agrícola podrían estar más relacionados con exposición a **plaguicidas, a la radiación solar ultravioleta, a la descarga del motor Diesel y al arsénico¹⁵**. Sin embargo, las exposiciones a los plaguicidas pueden ser diferentes entre los países debido a la legislación heterogénea, los tipos de cultivos y los enfoques para el manejo de las plagas.

CÁNCER EN ARGENTINA

El país se incorporó paulatinamente a la **transición epidemiológica** hacia 1940 y a partir de 1960 la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas se redujo significativamente. (Acosta, L D, 2021) (Carbonetti, A.; Celton, D (2007).

Al igual que en el resto del mundo, el corrimiento del patrón de morbilidad hacia enfermedades no transmisibles se vio interrumpido por la pandemia de 2020. Según el Ministerio de Salud, “la enfermedad por COVID-19 representó en 2022 el 6% de las defunciones ocurridas, desplazándose del segundo lugar en 2021 al cuarto entre las causas principales de muerte a nivel país al considerar todas las edades”. (Ministerio de Salud de la Nación, 2024)

En 2022, la causa principal de defunción fueron las enfermedades del corazón (22,3%) y, en segundo lugar, los tumores malignos (16,0%), mientras que la neumonía y la influenza ocuparon el tercer lugar (10,7%). (Ministerio de Salud de la Nación, 2024)

Según el último informe de Natalidad y Mortalidad 2022 del Ministerio de Salud de la Nación, los tumores malignos representaron el 16% de todas las defunciones del país, cons-

tituyendo la segunda causa de muerte, solo por detrás de las enfermedades del corazón (22,3%). (MSAL, 2024)

LOS TUMORES CON MAYOR MORTALIDAD FUERON:

Mortalidad por cáncer en hombres y mujeres según principales localizaciones tumorales. Tasas ajustadas por edad por 100.000 habitantes. Argentina, 2022.

Cuadro 9

SITIO TUMORAL	TAE POR 100.000 HOMBRES	SITIO TUMORAL	TAE POR 100.000 MUJERES
Pulmón	17,2	Mama	15,8
Colon-Recto	12,7	Pulmón	8,6
Próstata	9,6	Colon-Recto	8
Páncreas	6,9	CCU	7,5
Estómago	5,7	Páncreas	5,4
Riñón y otros urinarios	5,1	Ovario	3,4
Hígado	3,7	Estómago	2,6
Esófago	3,4	Leucemias	2,2
Leucemias	3,3	Cuerpo uterino	2,1
Encéfalo y otros SNC	2,9	Encéfalo y otros SNC	2
Vejiga	2,7	Vesícula, v. extrahepático	1,9
Linfoma no Hogdkin	2,2	Hígado	1,7
Vesícula, v. extrahepático	1,9	Riñón y otros urinarios	1,7
Laringe	1,7	Linfoma no Hogdkin	1,3
Mieloma	1,1	Esófago	1,2

Fuente: (Última visita: 12/2025)

CÁNCER LABORAL EN ARGENTINA

En el ámbito laboral en Argentina se registraron 42 neoplasias malignas entre 2015 y 2024. Las leucemias asociadas a benceno¹⁶ y tumores malignos de piel asociados a la radiación ultravioleta¹⁷ ocupan los primeros puestos. A su vez, 4 de estos 42 casos (9,5%) fueron mortales.

La Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) mantiene el registro de Enfermedades Profesionales (EP).

Entre 2015 y 2024 se notificaron 42 casos de neoplasias malignas de origen laboral, 9,5% de ellos con desenlace fatal.

Los agentes más frecuentes fueron:

- **Benceno (34%):** leucemias no linfocíticas y síndromes mielodisplásicos;
- **Radiación UV solar (23%):** carcinomas cutáneos en trabajadores rurales, construcción y transporte;
- **Asbesto (17%):** mesotelioma pleural y cáncer de pulmón;
- **Radiación ionizante (12%) y Aminas aromáticas (7%):** tumores de vejiga.

Las cifras coinciden con las tendencias globales, donde los cánceres ocupacionales hematológicos, de piel y de pulmón son los predominantes.

AGENTES CAUSANTES Y NEOPLASIAS MALIGNAS DENTRO DEL REGISTRO DE EP DE ARGENTINA 2015/2024

En el período de 2015 a 2024 se denunciaron 42 neoplasias malignas. Como se observa en la siguiente tabla, los agentes causantes asociados a ellas forman parte del listado de agentes cancerígenos de Argentina (Resolución SRT 81/19, Anexo I).

En el **62% de casos** el agente causante fue:

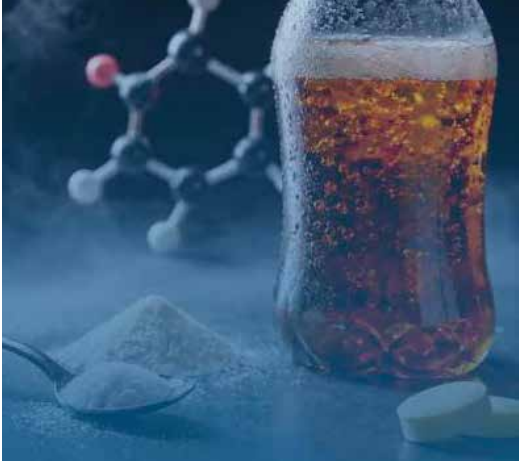
Benceno

Radiación Ultravioleta

Amianto (Asbesto)

Radiación Ionizante

Aminas Aromáticas



BENCENO



RADIACIÓN UV SOLAR



ASBESTO



RADIACIÓN INONIZANTE



AMINAS AROMÁTICAS

DETALLE POR AGENTE CAUSANTE

BENCENO	8 (19,05%)
RADIACIÓN ULTRAVIOLETA	8 (19,05%)
AMIANTO (ASBESTO)	4 (9,52%)
RADIACIONES IONIZANTES	4 (9,52%)
AMINAS AROMÁTICAS Y DERIVA.	2 (4,76%)
OTROS AGENTES BIOLÓGICOS (n..	2 (4,76%)
OTROS AGENTES ERGONÓMICOS..	2 (4,76%)
OTROS AGENTES FÍSICOS (no incl..	2 (4,76%)
SUSTANCIAS SENSIBILIZANTES D..	2 (4,76%)
ALCOHOL ISOPROPÍLICO	1 (2,38%)
ARSÉNICO Y SUS COMPUESTOS (..	1 (2,38%)
AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRA..	1 (2,38%)
CROMO Y SUS COMP.	1 (2,38%)
NIQUEL Y SUS COMPUESTOS (Re..	1 (2,38%)
OTROS AGENTES QUÍMICOS (no i..	1 (2,38%)
OTROS AGENTES QUÍMICOS FAR..	1 (2,38%)
SUSTANCIAS SENSIBILIZANTES D..	1 (2,38%)

Fuente: SRT

BENCENO Y NEOPLASIAS

BENCENO (Res. 310/03)	8 (19,05%)
Detalle por CIE10	
Leucemia mieloide aguda	5 (62,50%)
Leucemia linfocítica crónica	1 (12,50%)
Leucemia mieloide crónica	1 (12,50%)
Policitemia vera Tipos morfológico..	1 (12,50%)

Fuente: SRT

RADIACIÓN ULTRAVIOLETA Y NEOPLASIAS

RADIACIÓN ULTRAVIOLETA

8 (19,05%)

Detalle por CIE10

Tumor maligno de la piel del labio ..	3 (37,50%)
Tumor maligno de la piel de otras ..	2 (25,00%)
Otros tumores malignos de la piel	1 (12,50%)
Tumor maligno de la glándula tiroi..	1 (12,50%)
Tumor maligno de la piel de la orej..	1 (12,50%)

Fuente: SRT

AMIANTO Y NEOPLASIAS

AMIANTO (ASBESTO) - Res. 310/03

4 (9,52%)

Detalle por CIE10

Mesotelioma de la pleura	3 (75,00%)
Tumor maligno del lóbulo inferior, ...	1 (25,00%)

Fuente: SRT

RADIACIONES IONIZANTES Y NEOPLASIAS

RADIACIONES IONIZANTES

4 (9,52%)

Detalle por CIE10

Leucemia linfocítica crónica	1 (25,00%)
Tumor maligno de la glándula tiroi..	1 (25,00%)
Tumor maligno de la piel de otras ..	1 (25,00%)
Tumor maligno de la piel del cuero..	1 (25,00%)

Fuente: SRT

AMINAS AROMÁTICAS Y DERIVA.

2 (4,76%)

Detalle por CIE10

Tumor maligno del trigono vesical

2 (100,00%)

Fuente: SRT

10. BIBLIOGRAFÍA:

Acosta, L D (2021) Análisis regional del proceso de compresión de la mortalidad en Argentina R. bras. Est. Pop., v.38, 1-14, e0157, 2021

Bennett, James E et al. (2025) Benchmarking progress in non-communicable diseases: a global analysis of cause- specific mortality from 2001 to 2019 The Lancet, Volume 406, Issue 10509, 1255 - 1282

Carbonetti, A.; Celton, D. La transición epidemiológica In: TORRA-DO, S. (comp.). Población y bienestar en Argentina del primero al segundo Centenario. Buenos Aires: Edhasa, 2007. p. 369-98. Disponible en: <https://www.gbv.de/dms/zbw/556472918.pdf>

Civetta, M.T.M. & Civetta, D. J. 2011. Carcinogénesis. Salud Pública Mexico 53:405-414. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53n5/a08v53n5.pdf>

COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT Review of Europe's Beating Cancer Plan 2025 /health.ec.europa.eu/document/download/5acc6fb9-2078-4b61-92a2-b45ce5002225_en?filename=ncd_2025-39_swd_en.pdf&prefLang=es

Echarte, J M (2023). "Dioxinas, furanos y compuestos relacionados. Orígenes y riesgos asociados a la producción de alimentos" Senasa (Argentina) SNS N.º 11, junio 2023

Force, Lisa M et al.(2023) The global, regional, and national burden of cancer, 1990–2023, with forecasts to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023 Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(2025\)2901635-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(2025)2901635-6/abstract) Último acceso octubre de 2025

Granados García, M. & Herrera Gómez, A. 2010. Manual de Oncología Procedimientos Médico Quirúrgicos. Instituto Nacional de Cancerología. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES. ISBN: 978-970-10-6872-4

Hanahan D. Hallmarks of Cancer: New Dimensions. Cancer Discov. 2022 Jan;12(1):31-46. doi: 10.1158/2159-8290.CD-21-1059. PMID: 35022204.

MSAL (2024) Natalidad y Mortalidad 2022 – Síntesis estadística Ministerio de Salud Secretaría de Acceso a la Salud Subsecretaría de Vigilancia Epidemiológica,

Información y Estadísticas de Salud Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica Dirección de Estadísticas e Información en Salud Síntesis Número 9 Buenos Aires, mayo de 2024

OMS, (2020) World cancer report 2020 Disponible en: <https://publications.iarc.who.int/586>

OIT (1974) Prevención y control de los riesgos causados por las sustancias y agentes cancerígenos» Informe V —2— presentado a la Conferencia Internacional del Trabajo, 59.a reunión, Ginebra, 1974.

OPS (2025) Las ENT de un vistazo 2025. Vigilancia y monitoreo de las ENT: Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas Disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/4ba15082-6415-4bd5-98d3-7e8973682c61/content>

Ouchen, F. S. (2008). Tema 14: Neoplasias. Definiciones. Nomenclatura. Características. Eusalud.

Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P (2005) "Global cancer statistics". CA Cancer J Clin. 2005;55(2):74-108.

Rosen, D R. & A. Sapra. 2023. Clasificación TNM. National Center for Biotechnology Information. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553187/>. Última visita: 10/2025

SRT (2019) Guía de Actuación y Diagnóstico de Enfermedades Profesionales. Cáncer cutáneo ocupacional. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_actuacion_y_diagnostico_-_cancer_cutaneo_0.pdf. Último acceso diciembre 2025

SRT (2021) Guía de Actuación y Diagnóstico de Enfermedades Profesionales. Cáncer de pulmón. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/18_cancer_de_pulmon.pdf. Último acceso diciembre 2025

Takala J. Eliminating occupational cancer. Ind Health. 2015;53(4):307-9. doi: 10.2486/indhealth.53-307. PMID: 26377441; PMCID: PMC4551060.

Valdespino-Gómez, V. M. & Valdespino-Castillo, V. E. 2011. Iniciación y progresión del cáncer: un sistema biológico. Gaceta Mexicana de Oncología 10:358-365. <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-iniciacion-progresion-del-cancer-un-X1665920111969256>

Vos, Theo et al.(2019) Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 The Lancet, Volume 396, Issue 10258, 1204 – 1222.

Wells, Chad R et al (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on cancer incidence and mortality The Lancet Public Health, Volume 7, Issue 6, e490 - e491

Werner, Antonio; Scarlato, Eduardo et al (2021) Cáncer Ocupacional y ambiental, Erga Omnes Ediciones, Buenos Aires.



EL NIÑO Y LA PRÓXIMA TEMPORADA DE DENGUE: UNA OPORTUNIDAD PARA LA PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

EL NIÑO Y LA PRÓXIMA TEMPORADA DE DENGUE:

una oportunidad para la prevención en el ámbito laboral



Dra. Belén Goitia

Área de Asuntos Médicos, Takeda Argentina SA.



Dra. María Cecilia Magneres

Área de Asuntos Médicos, Takeda Argentina SA.

El dengue ha dejado de comportarse en la Argentina como una arbovirosis estacional y circunscrita a las regiones subtropicales del norte. La temporada 2023/2024 registró el mayor número de casos de la serie histórica nacional, con circulación viral sostenida a lo largo de todo el año y una expansión geográfica hacia jurisdicciones antes consideradas de bajo riesgo. Este cambio de patrón se acompaña de un dato entomológico relevante: se ha documentado el vector, *Aedes aegypti*, activo en todos sus estadios (huevo, larva, pupa y adulto) incluso durante el invierno en ciudades templadas como Córdoba¹. A su vez, los sistemas de vigilancia entomológica han registrado hallazgos del vector en Neuquén (incluida la detección de huevos durante varias semanas consecutivas en la ciudad capital)², mientras que Río Negro sostiene desde 2009 una vigilancia sistemática mediante ovitrampas orientada a detectar su eventual introducción y colonización³. En conjunto, estos hallazgos

anticipan temporadas de inicio más temprano, mayor intensidad y mayor duración.

En este contexto, las condiciones climáticas previstas para la próxima primavera-verano merecen particular atención. El fenómeno de El Niño– Oscilación del Sur (ENOS) incrementa las temperaturas medias y, con ello, acorta el ciclo gonotrófico del vector, reduce el período de incubación extrínseco del virus y aumenta la capacidad vectorial, ampliando la ventana de transmisión. Estimaciones recientes atribuyen al ENOS cerca del 63% de la variación en la incidencia de dengue a través del aumento de la temperatura, y proyectan incrementos de entre el 39% y el 82% ante eventos más frecuentes e intensos⁴. Estas asociaciones han sido descritas de forma consistente en análisis de la región⁵. Una fase cálida de El Niño en la próxima temporada favorecería la proliferación de *Aedes aegypti* y podría adelantar e intensificar la curva epidémica.

Frente a este pronóstico la prevención del dengue adquiere una importancia creciente en el contexto del cambio climático, que se espera amplíe la idoneidad geográfica y la ventana estacional para la transmisión por *Aedes* mediante el aumento de las temperaturas, la alteración de los patrones de precipitaciones y la mayor frecuencia de anomalías climáticas⁶. Por lo tanto, la prevención debería reforzarse de manera anticipada e integrarse mediante medidas complementarias. A las estrategias habituales (control de criaderos, uso de repelentes y protección personal) se suma hoy la inmunización activa. La vacuna tetravalente TAK-003 (Qdenga), aprobada por la ANMAT para personas de 4 años o más independientemente de una infección previa por dengue, es actualmente la única vacuna contra el dengue aprobada en Argentina⁷. TAK-003 ha demostrado eficacia en la prevención del dengue sintomático confirmado virológicamente y de las hospitalizaciones relacionadas con dengue en el ensayo pivotal de fase 3 TIDES, con seguimiento a largo plazo⁸; además, la evidencia

local de seguridad en vida real proveniente de Buenos Aires, Argentina, mostró que los eventos adversos posteriores a la inmunización fueron infrecuentes y predominantemente no graves en más de 112.000 personas vacunadas⁹. Esta vacuna se ofrece de forma gratuita en gran parte del país a través de estrategias nacionales y provinciales. La estrategia nacional focalizada prioriza a la población de 15 a 39 años en los departamentos de mayor incidencia¹⁰, mientras que diversas jurisdicciones han ampliado la cobertura gratuita hasta los 59 años¹¹. Se administra en un esquema de dos dosis separadas por tres meses, por lo que su inicio conviene anticiparse al período de mayor circulación viral.

El límite superior de esa franja, hasta los 59 años, coincide ampliamente con la población económicamente activa, precisamente el universo de interés de la medicina del trabajo. El dengue no es una enfermedad banal en la población en edad laboral: cursa con un síndrome febril incapacitante que, en promedio,





aparta al trabajador de sus actividades durante alrededor de una semana y puede prolongarse por astenia. Su impacto económico es considerable: se estima una carga global cercana a los 8.900 millones de dólares anuales¹², de la cual una proporción sustancial, en torno al 40%, corresponde a pérdidas de productividad asociadas al ausentismo¹³.

Por su ubicación en el sistema, los equipos de salud ocupacional están en condiciones de anticipar la temporada e integrar la prevención del dengue en sus programas: informar a los trabajadores sobre las medidas de protección, relevar la elegibilidad para la vacunación gratuita según la jurisdicción de residencia y promover el inicio temprano del esquema en quienes corresponda, siempre en el marco de la indicación aprobada y de la evaluación individual del riesgo-beneficio. En un año en el que las condiciones climáticas podrían adelantar y agravar el brote, actuar antes de la primavera puede traducirse en menos casos, menor ausentismo y una fuerza laboral mejor protegida.

Agradecemos el espacio para compartir esta reflexión, que esperamos contribuya al debate sobre el papel de la medicina del trabajo en la prevención del dengue en la población laboralmente activa.

REFERENCIAS

1. Increased risks of mosquito-borne disease emergence in temperate regions: *Aedes aegypti* activo durante el invierno en Córdoba, Argentina. The Lancet Regional Health – Americas. 2024. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00273-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00273-4/fulltext)
2. Ministerio de Salud del Neuquén. Dirección General de Salud Ambiental y Cambio Climático. Vigilancia de *Aedes aegypti* 2024. Informe temporada N.º 12, 13 de noviembre de 2023–13 de mayo de 2024. Provincia del Neuquén. 2024. Disponible en: <https://salud.neuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2024/09/Informe-vigilancia-Aedes-2024.pdf>
3. Ministerio de Salud de Río Negro. Informe vigilancia de *Aedes aegypti* 2021/2022. Provincia de Río Negro. 2022. Disponible en: <https://desarrollohumano.rionegro.gov.ar/download/archivos/00015700.pdf>
4. Rising dengue risk with increasing El Niño–Southern Oscillation. Nature Communications. 2025. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41467-025-63655-0>
5. The burden of El Niño–Southern Oscillation-related dengue. The Lancet Planetary Health. 2026. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(26\)00027-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(26)00027-6/fulltext)
6. Organización Mundial de la Salud: Dengue y dengue grave. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
7. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). La ANMAT aprobó el uso de la vacuna contra el dengue del laboratorio Takeda. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2023. Disponible en: La ANMAT aprobó el uso de la vacuna del laboratorio Takeda contra el dengue
8. Tricou V, Yu D, Reynales H, Biswal S, Sáez-Llorens X, Sirivichayakul C, et al. Long-term efficacy and safety of a tetravalent dengue vaccine (TAK- 003): 4.5-year results from a phase 3, randomised, double-blind, placebo- controlled trial. The Lancet Global Health. 2024;12:e257–e270.
9. Castellano VE, Menéndez SD, Ochoa J, Burgos F, Fernández F, Gigliotti R, et al. Retrospective analysis of one year of passive safety surveillance data following implementation of the dengue vaccine, Qdenga® (TAK- 003), at private vaccination centers in Buenos Aires, Argentina. Vaccine: X. 2025;27:100749.
10. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Estrategia nacional de vacunación focalizada contra el dengue. Recomendaciones de la CoNaiN, 2024. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/estrategia-nacional-de-vacunacion-focalizada>
11. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Vacunación contra el dengue (personas de 15 a 59 años). Disponible en: <https://dengue.gba.gob.ar/>
12. Shepard DS, Undurraga EA, Halasa YA, Stanaway JD. The global economic burden of dengue: a systematic analysis. The Lancet Infectious Diseases. 2016;16(8):935–941.
13. Productivity costs from a dengue episode in Asia: a systematic literature review. BMC Infectious Diseases. 2020. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12879-020-05109-0>

DESAFÍOS EN LA SALUD DE LA MUJER RURAL EN AMÉRICA LATINA

CARGA DE ENFERMEDAD,
DETERMINANTES LABORALES
Y EXPOSICIÓN QUÍMICA BAJO
UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO



DESAFÍOS EN LA SALUD DE LA MUJER RURAL EN AMÉRICA LATINA:

Carga de enfermedad, determinantes laborales y exposición química bajo una perspectiva de género



PhD Judit Díaz Bazán,

Digital Health, IA Aplicada a Salud.
Vice Pta. Women in Global Health Argentina.
Pta. Comité Transformación Digital AMA

ABSTRACT

La salud de la mujer rural en América Latina está condicionada por una compleja intersección de factores biológicos, socioeconómicos, geográficos y ambientales. Este ensayo académico analiza la transición epidemiológica en este colectivo, caracterizada por la coexistencia de patologías asociadas al subdesarrollo con enfermedades crónico-degenerativas y riesgos de la modernización agrícola. Mediante un análisis interdisciplinario, se abordan las barreras estructurales en el acceso a servicios sanitarios, las diferencias biológicas y toxicológicas específicas frente a contaminantes químicos, y el impacto del doble rol de cuidado y trabajo agrícola. Se concluye que es indispensable integrar la perspectiva de sexo y género en las políticas de salud laboral y agrarias como una condición fundamental de justicia social.

1 INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO SOCIO-TERRITORIAL

La mujer rural en América Latina y el Caribe constituye una categoría sociocultural y territorial viva, diversa y en constante expansión. Lejos de representar un grupo homogéneo, este colectivo integra a campesinas, indíge-

nas, afrodescendientes, pescadoras artesanales, recolectoras y jóvenes¹. Cada una de estas identidades se desarrolla en territorios con características culturales y geográficas particulares, pero que comparten una condición común: una profunda exclusión estructural de los centros de salud².

En el contexto rural de la región, los determinantes sociales de la salud tales como el nivel de escolarización, la pertenencia étnica, el género y la clase socioeconómica operan de manera sinérgica para perpetuar desigualdades³. Para muchas de estas mujeres, la salud se percibe como un derecho lejano, condicionado por el aislamiento geográfico y logístico, y por la imposibilidad de decidir de forma autónoma sobre sus propios cuerpos⁴. Los testimonios de mujeres rurales argentinas ilustran este escenario de postergación sistemática de la propia salud en pos de priorizar el cuidado familiar: Tiene que estar bien una para atender a los chicos. La propia salud a veces queda para lo último⁴. Esta autopercepción de salud resistente (con testimonios de visitas al hospital exclusivamente asociadas a eventos obstétricos) encubre un desgaste corporal silencioso y progresivo en un territorio donde todo queda lejos y a contramano⁴.

Asimismo, la exposición continuada al humo denso proveniente de la quema de biomasa (combustión ineciente de leña no curada, carbón vegetal, rastrojos o estiércol) expone a las mujeres a concentraciones extremas de material particulado en suspensión (PM 2.5 y menores), provocando neumoconiosis doméstica e infecciones respiratorias obstructivas crónicas en todos los grupos etarios.

2. SALUD REPRODUCTIVA Y TRANSICIÓN ONCOLÓGICA

La salud reproductiva en la ruralidad muestra retrocesos preocupantes. La Razón de Mortalidad Materna (RMM) aumentó un 17.3% en América Latina y el Caribe durante el período 2015-2020². En Argentina, el incremento de la RMM fue del 15% en el mismo lapso, con

indicadores más severos a menor edad de la gestante². La distancia geográfica actúa como un factor agravante letal: una complicación tratable clínicamente, como la preeclampsia, progresa hacia convulsiones eclámpicas o hemorragias puerperales catastróficas debido a la imposibilidad de traslado rápido hacia centros de alta complejidad².

En el ámbito oncológico, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en provincias periféricas de Argentina es hasta 8 veces superior en comparación con las grandes jurisdicciones³. Esto responde directamente a barreras logísticas, baja cobertura del cribado citológico y la autoexclusión de los controles ginecológicos preventivos por motivos socio-culturales y de disponibilidad de tiempo.





3 SALUD LABORAL Y TOXICOLOGÍA: DIFERENCIAS DE SEXO Y GÉNERO

El mercado de trabajo rural e industrial presenta una marcada segregación horizontal. Los hombres ocupan mayoritariamente puestos agrícolas de campo abierto (84%) o construcción (86%), mientras que las mujeres rurales se concentran en tareas de manufactura de alimentos, comercio, empaque y ocupaciones elementales (62%) [7]. Esta división del trabajo expone a ambos sexos a riesgos diferenciados que comúnmente son evaluados bajo un estándar androcéntrico.

3.1 EXPOSICIÓN QUÍMICA Y AGROQUÍMICOS

La manipulación directa de cultivos y el empaque exponen a las mujeres a herbicidas de amplio espectro, fungicidas e insecticidas. En ciertas regiones rurales de Argentina, el Índice de Exposición a Plaguicidas alcanza un valor de 11.56, duplicando el promedio nacional de 6.17³. La deriva de agroquímicos favorecida por condiciones geográficas y climáticas extiende la exposición ambiental al suelo y los acuíferos domésticos, derivando en intoxicaciones agu-

das (vómitos, dermatitis por contacto, broncoespasmos) y en impactos lentos de alteración endocrina sobre el sistema reproductivo femenino³.

A nivel sistémico, las diferencias de sexo en toxicocinética (resumidas en la Tabla 1) demuestran que las mujeres sufren mayor concentración interna ante la misma exposición que un hombre⁷. No obstante, la investigación médica presenta un sesgo histórico de exclusión femenina: las mujeres representaron únicamente el 25% de los participantes en los ensayos clínicos de insuficiencia cardíaca congestiva realizados entre 1987 y 2012⁷. Se argumenta que los ciclos hormonales complejos se perciben en el diseño científico como una complicación a evitar mediante la simplificación metodológica, lo que retrasa los diagnósticos específicos en mujeres un promedio de cuatro años en comparación con los hombres⁷.

4 DIMENSIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y EL USO DEL TIEMPO

La vulnerabilidad epidemiológica de la mujer rural está indisolublemente vinculada a la precariedad de sus condiciones de vida y a la falta de autonomía económica.



TABLA 1: DIFERENCIAS BIOLÓGICAS Y TOXICOLÓGICAS CLAVE ENTRE SEXOS.⁷

Parámetro Fisiológico	Diferencia Intersexo	Impacto Toxicológico
Epidermis	La piel masculina es un 15% más gruesa de media.	Mayor susceptibilidad femenina a la absorción dérmica de agroquímicos por contacto.
Actividad Hepática	Hígado femenino es un 5% menor en peso relativo.	Menor tasa de metabolización de contaminantes; anticonceptivos orales reducen eliminación de etanol en 20%.
Antropometría y Volemia	Menor volumen de sangre y diferente tasa ventilatoria.	A igual exposición aérea de no lipofílicos, la concentración en sangre es un 16% mayor en mujeres.

4.1 PATRIMONIO Y FORMALIDAD LABORAL

Según datos del Censo Nacional Agropecuario 2018 de Argentina¹:

- Solo el 20% de las mujeres rurales son propietarias de las tierras que habitan y producen.
- En las explotaciones agrarias con dirección femenina, el 22% gestiona superficies menores a 5 hectáreas (minifundios de subsistencia), mientras que apenas el 0.5% administra propiedades de más de 10,000 hectáreas.
- Sólo el 14% de la mano de obra registrada asalariada rural corresponde a mujeres,

ocupando puestos principalmente como personal general (29.6%) y escasamente en el manejo de maquinaria agrícola (1%).

A esto se suma que solo el 26% de las políticas públicas agrarias analizadas en la región incorpora explícitamente una perspectiva de género, manteniendo barreras infranqueables para el acceso a nanciamiento, agua, tecnologías y servicios de asistencia técnica⁶.

4.2 LA CARGA GLOBAL DE TRABAJO Y EL "BURNOUT RURAL"

El uso del tiempo es la variable donde se maniesta con mayor crudeza la inequidad de género. La jornada de la mujer campesina se extiende por un promedio total de 13 horas con 26 minutos diarios⁷. Este tiempo se distribuye en:

- 3 horas 00 minutos en actividades remuneradas agrícolas.
- 2 horas 00 minutos en la producción de autoconsumo para el sostenimiento del hogar.
- 8 horas 15 minutos dedicadas enteramente al trabajo doméstico y al cuidado no remunerado de la familia.

Esta superposición de tareas productivas y reproductivas genera una fatiga crónica extrema conocida como el Burnout rural³. La supresión circadiana derivada de estas jornadas extenuantes se asocia clínicamente a trastornos digestivos, ansiedad generalizada y desgaste osteoarticular, agravados por factores de ergonomía agrícola inadecuada (trastornos musculoesqueléticos en muñecas y hombros) y condiciones de hostigamiento o violencia ocupacional (mobbing rural)³.



5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

La salud de las mujeres rurales en América Latina exige una intervención inmediata del Estado y las organizaciones internacionales. El empoderamiento de las mujeres rurales no solo constituye un acto de estricta justicia social, sino que es el eje dinámico que garantiza la seguridad alimentaria, mitiga la pobreza comunitaria y promueve el desarrollo rural sostenible⁶.

Para avanzar hacia una salud rural equitativa, se formulan las siguientes recomendaciones:

- 1. Descentralización de la Salud Reproductiva y Oncológica:** Implementar unidades de diagnóstico móvil específicas en zonas rurales dispersas para la realización sistemática de Papanicolaou y mamografías, eliminando las barreras logísticas.
- 2. Monitoreo Epidemiológico y Ambiental Integrado:** Establecer controles de bioacumulación de plaguicidas en suelo, agua y uidos biológicos en poblaciones expuestas a fumigación, considerando la toxicocinética de género diferenciada.
- 3. Políticas de Redistribución del Cuidado:** Fomentar centros comunitarios de cuidado infantil en entornos agrícolas que alivien la carga horaria no remunerada de las mujeres rurales.

- 4. Reformas en Salud Laboral:** Modificar los estándares ergonómicos y de equipos de protección personal (EPP) industriales y agrícolas para adaptarlos a la antropometría femenina, superando el estándar de diseño androcéntrico.

REFERENCIAS

1. FAO (2017). Atlas de las mujeres rurales de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: FAO.
2. Epidemiología y Carga de Enfermedad en Mujeres Rurales. Documento técnico de diagnóstico sobre morbi-mortalidad, salud reproductiva y determinantes sociales en la región de América Latina y Caribe.
3. Carga de Enfermedad Socioambiental y Laboral de la Mujer Agraria. Estudio epidemiológico de zoonosis, exposición a plaguicidas, neumoconiosis por biomasa y trastornos musculoesqueléticos.
4. Observatorio de los Derechos de los Pueblos Indígenas y Campesinos (2024, agosto). La salud, un derecho lejano para las mujeres campesinas. Agencia Tierra Viva.
5. Grobocopatel, A. (2017). Salud y mujer. Ponencia en el Seminario Internacional sobre Salud y Mujer Rural. Instituto Plan Agropecuario, Revista 162.
6. FAO (2023). La situación de las mujeres en los sistemas agroalimentarios: Un enfoque regional para América Latina y el Caribe. Informe técnico regional, editado por Maya Takayi.
7. Olmos, M. (2026, abril). Perspectiva de género en la exposición laboral a contaminantes químicos. Webinar de la International Commission on Occupational Health (ICOH).
8. Gontero, S., & Ravest, J. (2025). Desigualdad salarial de género en América Latina: ¿Cuál es la brecha relevante por cerrar?. Santiago de Chile: Oficina Regional de la OIT Cono Sur.

LICENCIA POR ENFERMEDAD, PLURIEMPLEO Y BUENA FE:

La aptitud demostrada
en los hechos como límite a
la protección del certificado médico

LICENCIA POR ENFERMEDAD, PLURIEMPLEO Y BUENA FE: *la aptitud demostrada en los hechos como límite a la protección del certificado médico*



Dra. Wanda Otero

Abogada Laboralista.
Asesora legal SMTRA

**A propósito del fallo “S. E. A. c/ Alpi Asociación Civil s/ despido”,
CNAT, Sala II, 7 de agosto de 2026**

INTRODUCCIÓN

El régimen de licencias por enfermedad inculparable descansa sobre un presupuesto que rara vez se explicita: la confianza en que el certificado médico describe una realidad. Cuando un trabajador presenta una constancia de reposo, el empleador suspende su expectativa de recibir la prestación y asume la obligación de seguir pagando el salario durante los plazos de los artículos 208 y siguientes de la Ley de Contrato de Trabajo (LCT). A cambio, el trabajador asume un deber correlativo, que la ley no enuncia con esas palabras pero que surge del principio general de buena fe: que la imposibilidad de trabajar que invoca sea real.

Ese equilibrio es especialmente sensible en el sector salud por dos razones. La primera es que el pluriempleo es allí una práctica estructural: enfermeros, técnicos y médicos suelen repartir su jornada entre dos o más instituciones. La segunda es el crecimiento de las licencias por causas de salud mental, cuyo diagnóstico

y seguimiento resultan más difíciles de objetivar que los de la patología orgánica, y cuya relación con el ambiente de trabajo es muchas veces el núcleo mismo del cuadro. Cuando ambos fenómenos se superponen, surge una pregunta que la Medicina del Trabajo no puede eludir: ¿puede una persona estar incapacitada para trabajar en un lugar y apta para hacerlo en otro?

La sentencia dictada el 7 de agosto de 2026 por la Sala II de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo ofrece una respuesta clara para un supuesto concreto. El tribunal confirmó el despido con justa causa, por pérdida de confianza, de una enfermera que durante una licencia psiquiátrica por “estrés laboral” continuaba prestando tareas equivalentes en otro sanatorio. El objetivo de este comentario es analizar el razonamiento del fallo, delimitar su alcance y extraer sus implicancias para la práctica profesional de quienes certifican, controlan y evalúan la aptitud laboral.

EL CERTIFICADO COMO AFIRMACIÓN SOBRE LA PROPIA APTITUD

El primer aporte conceptual del fallo consiste en tratar el certificado médico no como un documento neutro, sino como una afirmación que el trabajador hace sobre sí mismo. En el caso, la actora comunicó a su empleadora, a comienzos de enero de 2018, que se encontraba de licencia médica y que había sido derivada a un psiquiatra luego de que una licenciada en psicología le diagnosticara un cuadro de estrés laboral. La institución, por su parte, tomó conocimiento de que la trabajadora se desempeñaba como enfermera en el Sanatorio San José, solicitó un informe y obtuvo la

confirmación de que trabajaba allí desde febrero de 2017 y seguía prestando servicios con normalidad. La trabajadora no discutió esos hechos: reconoció la licencia y el otro empleo, y sostuvo que las tareas en el sanatorio no le generaban impedimento alguno.

Sobre esa base, la jueza García Vior, con la adhesión del juez Sudera, razonó que quien presenta un certificado de reposo por estrés laboral está afirmando que su salud le impide realizar tareas de enfermería. Probado y reconocido que esas mismas tareas se cumplían para otro empleador, el certificado pierde toda fuerza de convicción. El tribunal agregó un argumento decisivo: que la trabajadora no experimentara estrés en el segundo empleo no



atenúa la gravedad de su conducta, porque lo relevante es la aptitud laboral que demostró en los hechos, en contradicción con la causa médica que invocó para justificar sus ausencias.

La idea tiene consecuencias importantes. La licencia por enfermedad no protege un estado subjetivo de malestar frente a un empleador determinado, sino una imposibilidad de prestar servicios, y esa imposibilidad es una condición de la persona antes que del vínculo contractual. Por eso, la conducta del trabajador posterior al certificado funciona como prueba sobre la veracidad de lo certificado. Cuando esa conducta revela aptitud para la misma tarea, no es necesario discutir

el diagnóstico: la contradicción se impone por sí misma.

DEL CONFLICTO MÉDICO AL CONFLICTO CONTRACTUAL

El segundo aporte del fallo es de orden metodológico. Los litigios sobre licencias suelen plantearse como controversias médicas: un certificado frente a un control patronal, un diagnóstico frente a otro, y la consiguiente necesidad de una junta médica o de una pericia que dirima la discrepancia. La Cámara advierte que, en este caso, esa discusión resulta innecesaria. En palabras de la sentencia, el conflicto dejó de ser meramente médico y pasó a



ser contractual, porque el eje se desplazó a la confianza.

Ese desplazamiento permite encuadrar la conducta en los artículos 62 y 63 de la LCT, que imponen a ambas partes obrar con lealtad, colaboración y honestidad, y calificarla como injuria de gravedad suficiente en los términos del artículo 242. Conviene recordar que la jurisprudencia laboral ha sostenido de manera reiterada que la pérdida de confianza no es una causal autónoma de despido: requiere un hecho objetivo, imputable al trabajador, que torne irrazonable seguir esperando de él una conducta leal. El valor del caso reside en que ese hecho objetivo estaba acreditado por prueba informativa y, además, reconocido por la propia actora. No había espacio para la conjetura ni para la mera sospecha, que es precisamente lo que la jurisprudencia suele reprochar a los despidos fundados en pérdida de confianza.

PLURIEMPLEO E INCAPACIDAD SITUACIONAL

Sería un error leer el fallo como un reproche al pluriempleo. La actora trabajaba en el sanatorio desde casi un año antes de la licencia, y nada en la sentencia sugiere que esa situación fuera ilícita. Lo que el tribunal sanciona es la incompatibilidad entre lo certificado y lo hecho durante el período de licencia. El pluriempleo es solo el escenario en el que esa incompatibilidad se vuelve visible.

La cuestión más delicada es si existe, desde el punto de vista médico, una incapacidad situacional, es decir, ligada a un ambiente laboral concreto. La clínica no descarta esa posibilidad. Un trastorno adaptativo puede tener un desencadenante bien identificado, y el alejamiento del contexto que lo originó puede ser, precisamente, la indicación terapéutica. La propia Cámara resolvió en otra época un caso con ese perfil: la Sala VIII consideró injustificado el despido de una trabajadora con licencia por un trastorno adaptativo que se-

guía trabajando en otro hospital, porque esas otras tareas no la exponían al contacto directo y permanente con pacientes psiquiátricos que afectaba su salud.

La comparación entre ambos precedentes permite identificar los elementos que inclinan la balanza. En el caso ALPI las tareas eran idénticas o similares, el certificado aludía genéricamente al estrés laboral sin describir una limitación funcional ni fijar un plazo, y no constaba ninguna indicación médica que avalara seguir trabajando en otra institución. En esas condiciones, el juez carece de elementos para distinguir entre una incapacidad situacional legítima y una licencia utilizada para fines ajenos a su razón de ser. La conclusión es relevante para la medicina del trabajo: la incapacidad situacional puede ser clínicamente defendible, pero solo será jurídicamente reconocible si está explicitada y fundada en la documentación médica.

EL CERTIFICADO COMO DOCUMENTO TÉCNICO

Aunque la Cámara centró su análisis en la buena fe, los hechos exponen debilidades frecuentes de la documentación que sostiene las licencias. El diagnóstico inicial provenía de una profesional de la psicología con derivación a psiquiatría, los originales no fueron entregados al empleador y no existía indicación de la duración del reposo. A ello se suma un problema conceptual: el estrés laboral no constituye una entidad nosológica. Incluso el síndrome de desgaste profesional figura en la CIE-11 como un fenómeno ocupacional, dentro de los factores que influyen en el estado de salud, y no como una enfermedad.

Un certificado que se limita a un rótulo de ese tipo no permite al médico laboral ejercer el control del artículo 210 de la LCT, ni al juez valorar su alcance. Por el contrario, un certificado que consigna el diagnóstico o, al menos, la limitación funcional, que distingue entre reposo

absoluto y restricción de tareas, y que fija una fecha de finalización o de nuevo control, protege mejor al propio trabajador. En los casos en que el profesional tratante entiende que su paciente debe apartarse de un ambiente específico pero puede desarrollar actividad laboral en otro contexto, lo técnicamente correcto es decirlo de manera expresa y fundamentarlo. Esa sola precisión podría haber cambiado la lectura jurídica del caso.

IMPLICANCIAS PARA LA PRÁCTICA ODE LA MEDICINA DEL TRABAJO

Del fallo se desprenden varias consecuencias para los servicios de medicina laboral. La primera es la importancia de ejercer el control previsto en el artículo 210 de la LCT en forma oportuna y documentada y, en la patología psiquiátrica, a través de un especialista. La segunda es que la existencia de una contradicción objetiva no sustituye la necesidad de prudencia en los casos en que lo que se discute es el diagnóstico. Cuando la controversia es genuinamente médica, la jurisprudencia viene exigiendo que el empleador procure una junta médica antes de desconocer una licencia, y el Decreto 407/2026, reglamentario de la reforma laboral, prevé para las discrepancias insalvables la intervención de una junta médica oficial o el dictamen de un instituto de reconocida trayectoria. El caso analizado es justamente la excepción: no se discutía el diagnóstico, sino la conducta.

La tercera consecuencia se refiere a la anamnesis ocupacional. Incorporar el pluriempleo a la historia clínica laboral, sin juicio de valor, es relevante no solo para interpretar las licencias, sino también para evaluar la fatiga, las exposiciones acumuladas y los riesgos propios de jornadas extendidas. La cuarta es que, cuando el problema es el ambiente y no la tarea, el servicio médico puede anticiparse al conflicto proponiendo alternativas a la licencia, como la asignación de tareas adecuadas o la reubica-

ción, que resultan más compatibles con la continuidad del vínculo y con la recuperación del trabajador.

Para el médico tratante, las enseñanzas son igualmente concretas. Preguntar al paciente si tiene otro empleo forma parte de una buena historia clínica, y conviene recordar que, salvo aclaración expresa, el reposo indicado se entiende referido a toda actividad laboral. Certificar limitaciones funcionales en lugar de rótulos diagnósticos genéricos no es una formalidad, sino la condición para que el certificado cumpla su función.

CONCLUSIONES

El fallo de la Sala II no inaugura una doctrina, pero la formula con una claridad útil. La licencia por enfermedad protege una imposibilidad, no una preferencia, y quien certifica que no puede trabajar no puede, al mismo tiempo, cumplir tareas equivalentes para otro empleador sin comprometer la buena fe que sostiene el contrato. La aptitud se juzga en los hechos, y cuando los hechos contradicen el certificado, la discusión deja de ser médica para convertirse en una cuestión de confianza.

Para la medicina del trabajo, el caso deja una enseñanza que excede sus circunstancias. La calidad de la documentación médica y la seriedad del control no son meros requisitos formales, sino los instrumentos que permiten distinguir entre una incapacidad situacional legítima, que merece protección, y el uso de la licencia para fines ajenos a su razón de ser. Esa distinción, que el derecho necesita, solo puede construirla una práctica médica rigurosa.

Fuente: CNAT, Sala II, "S. E. A. c/ Alpi Asoc. Civil s/ despido", 07/08/2026, MJ-JU-M-160836-AR, publicado en Microjuris Argentina Al Día el 24/09/2026. El antecedente de la Sala VIII fue comentado en Diario Judicial.

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**

4000-2202/2203 / 011 6025 - 4369 | empresas@apreslaboral.com.ar | www.apreslaboral.com.ar

 Cemla.com.ar

 4363-7600

 Bernardo de Irigoyen 1302

 Baragana 2324





2026

Propuestas académico formativas

CON EL RESPALDO DE LA



SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

PROPUESTAS ACADÉMICO FORMATIVAS

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

CURSO DE ACTUALIZACIÓN 2026

Traumatología Laboral para Médicos del Trabajo



INICIO
LUNES 2 DE MARZO

5 ENCUENTROS
VIRTUAL Y SINCRÓNICO

HORARIO:
19.00 a 21.00

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

CURSO DE ACTUALIZACIÓN 2026

Prevención de Consumos Problemáticos en el ámbito laboral



INICIO
MIÉRCOLES 31 DE MARZO

5 ENCUENTROS
VIRTUAL Y SINCRÓNICO

HORARIO:
18.00 a 20.00 hs.

UNTREF
UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRES DE FEBRERO

por convenio con la
SOCIEDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES - ARGENTINA

DIPLOMATURA EN ENFERMEDADES PROFESIONALES



2026

INICIO
VIÉRCOLES 1º DE ABRIL

7 MESES
DE DURACIÓN

240 HORAS

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

PROGRAMA DE FORMACIÓN ACADÉMICA 2026

Dirección estratégica y operativa de un servicio médico laboral

Herramientas y soluciones innovadoras



3
TERCERA ETAPA

INICIO
LUNES 24 DE AGOSTO

HORARIO:
19.00 a 20.30 hs.

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

CURSO DE ACTUALIZACIÓN 2026

Gestión Médico Laboral de Licencias Psiquiátricas Inculpables

CON LAS ACTUALIZACIONES DE LA LEY 27.882 DE MODERNIZACIÓN LABORAL



INICIO
LUNES 11 DE MAYO

6 ENCUENTROS
VIRTUAL Y SINCRÓNICO

HORARIO:
19.00 a 21.00 hs.



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

C A P A C I T A C I Ó N



CURSO DE ACTUALIZACIÓN 2026

Traumatología Laboral para Médicos del Trabajo

CON EL AUSPICIO DEL DEPTO. DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA DE LA SMTBA

DIRECTOR

PROF. DR. CLAUDIO TABOADELA

Director de la Carrera de Especialización de Medicina del Trabajo de UCA.
Presidente del Departamento de Docencia e Investigación de la SMTBA



CO-DIRECTOR

PROF. DR. FERNANDO G. MORALES

Coordinador Académico de la Carrera de Especialización de Medicina del Trabajo de UCA.



- Las clases quedarán grabadas para poder ser vistas en cualquier momento mientras dure el curso.
- Entrega de material de las clases.
- Luego de cada clase los alumnos deberán responder un cuestionario en forma asincrónica

DIRIGIDO A
MÉDICOS DEL TRABAJO

VACANTES LIMITADAS
Costo diferencial para socios SMTBA y alumnos UCA

INICIO



LUNES
2 DE MARZO

5

5 ENCUENTROS
LUNES 2, 9, 16, Y 30 DE MARZO
Y LUNES 6 DE ABRIL 2026

HORARIO



LUNES
19.00 a 21.00 hs.

PLATAFORMA

ZOOM DE
LA SMTBA

MODALIDAD



VIRTUAL Y
SINCRÓNICA

22

22 HORAS TOTALES
DEL CURSO CON EVALUACIÓN FINAL

PUNTAJE

OTORGA PUNTAJE
PARA CERTIFICACIÓN Y
REVALIDACIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO ESPECIALISTA
EN MEDICINA DEL TRABAJO

Informes e inscripción: secretaria@smtba.org.ar

NOS ACOMPAÑAN
NUESTROS SOCIOS
PROTECTORES

apresLABORAL
MEDICINA PARA EMPRESAS

CEMLA
CENTRO DE ESTUDIOS MEDICINA LABORAL

VORAN

dienst
CENTRO DE INVESTIGACIONES

Salud Ocupacional
Sur

Provincia
ART

JORNAL
SALUD

IRT
MEDICINA PARA EMPRESAS

Belgrano 964
Medicina Laboral S.A.

+VIDA

Nationalmed
NUTRACIÓNS

MEGAH
MEDICINA LABORAL

AVAIN
SOFTWARE LABORAL

nexup
Soluciones de Medición y Control

PalCare
MEDICINA LABORAL

ELSHOCK RIGHTS
EASER

Fitz Roy
Fuerza Médica Integral

SANATORIO
DEL OESTE

MONTEBIO

ISL
Medicina Empresarial

la segunda
escuela

IDY
INSTITUTO DE TRABAJO Y SALUD

Pro-Mediar


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

C A P A C I T A C I Ó N



CURSO DE ACTUALIZACIÓN 2026

Prevención de Consumos Problemáticos en el ámbito laboral

DIRECTORES


DRA. SAMANTA C. KAMENIECKI
Vicepresidenta de la SMTBA


DR. ERNESTO GONZÁLEZ
Director de CAPLA

DOCENTES INVITADOS


DR. MARIO KAMENIECKI
Psiquiatra. Referente en Consumos Problemáticos


DR. CARLOS DAMIN
Toxicólogo. Director del Hospital Fernández


DR. LEONARDO GHIOLDI
Consultor en Psiquiatría de la AAARBA y FAAAAAR


DRA. SANDRA MILENA GUTIÉRREZ RIAÑO
Técnicas diagnósticas para identificación temprana del consumo de sustancias


ING. CARMEN ALARCÓN
Especialista en programas de prevención de consumos problemáticos en ámb. laborales


DR. MARCELO MORANTE
Experto en Endocannabinología y terapéutica cannábica


LIC. DÉBORA BLANCA
Psicóloga especializada en ludopatía y tecnoadicciones

INICIO
MARTES 31 DE MARZO

5 ENCUNTROS
31 de marzo, 7, 14, 21 y 28 de abril de 2026

HORARIO:
18.00 a 20.00 hs.

PLATAFORMA ZOOM DE LA SMTBA

MODALIDAD VIRTUAL Y SINCRÓNICA

20 HORAS TOTALES
del Curso con Evaluación final

OTORGA PUNTAJE
para certificación y revalidación del título de Médico Especialista en Medicina del Trabajo

VACANTES LIMITADAS
Costo diferencial para socios SMTBA y alumnos UCA

DIRIGIDO A
INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE SALUD OCUPACIONAL

CON EL AUSPICIO DEL DEPTO. DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA DE LA SMTBA

Informes e inscripción: secretaria@smtba.org.ar **Consultas:** samikameniecki@hotmail.com

NOS ACOMPAÑAN NUESTROS SOCIOS PROTECTORES



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



PROGRAMA DE FORMACIÓN ACADÉMICA 2026

**Dirección
estratégica y operativa de
un servicio médico laboral**
Herramientas y soluciones innovadoras

3
TERCERA
ETAPA



DIRECTOR
Dr. Maximiliano Varone
Médico especialista en Medicina del Trabajo.
Presidente SMTBA.



DOCENTE HONORARIO
Dr. Antonio Werner
Médico especialista en Medicina del Trabajo.
Presidente del Tribunal de Honor de la SMTBA.

COORDINADORES



Dr. Fabrizio Moschella Guajardo
Médico especialista en Medicina del Trabajo.
Secretario General SMTBA.



Dra. Wanda Otero
Abogada especialista en Derecho Empresarial y
Magister en Derecho del Trabajo. Asesora legal
SMTBA.



Dr. Germán Lozano
Médico especialista en Medicina del Trabajo.
Consultor médico en EDENOR S.A.



Dra. Laura Buenaventura
Médica especialista en Medicina del Trabajo, Medicina
Legal y Traumatología. Jefa Médico Administrativa de
Enfermedades Profesionales y Gobierno de la Pcia. de
Bs. As. en Provincia ART.

CUERPO DOCENTE



Dr. Franco Spazzali
Médico especialista en Medicina del Trabajo.
Editorial revista Salud Ocupacional de la SMTBA.



Dr. Julian Cukier
Médico especialista en Medicina del Trabajo,
Legal, Ortopedia y Traumatología.
Jefe Servicio Salud Ocupacional de TGS.



Dra. Cinthia Rosembli
Médica especialista en Medicina del Trabajo.
Responsable Segmento Salud Grupo Gaman.
Directora Médica CEMLA



Lic. Mariana Patrón Farías
Licenciada en Nutrición (UBA).
Directora de Nutrim Bienestar.



Dra. Marta Prado
Médica especialista en Medicina del Trabajo.
Jefa de Salud Ocupacional en Laboratorio Elea.



Dr. Guillermo Lombardo
Médico especialista en Medicina del Trabajo y
Médico Toxicólogo. Docente universitario.



Dr. Lucas Ayail
Médico especialista en Medicina del Trabajo, Ergono-
mía y en Seguridad e Higiene ocupacional.
Gerente de Salud y Bienestar Integral para BASF.



Dr. Ariel Sasía
Médico especialista en Medicina del Trabajo.
Médico Legista. Máster en Gestión de Empresas
Saludables (España). Autor de libro Héroe y Villano.

INFORMES E INSCRIPCIONES

cursodirección@smtba.org.ar

cursodirecciónSMTBA@gmail.com

secretaria@smtba.org.ar

DIPLOMATURA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES



De la identificación del riesgo higiénico a la valoración del daño en la salud laboral

ACTUALIZACIÓN CIENTÍFICA

ENFOQUE PRÁCTICO

ORIENTADO A LA GESTIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

Identificación
y evaluación de
riesgos higiénicos



Efectos en la salud.
Diagnóstico
y seguimiento



Valoración
del daño y sus
implicancias



DIRECCIÓN
DRA. SONIA GAVIOLA



COORDINACIÓN
DRA. ANABELLA D'ALBO GALASSI



SECRETARÍA
DR. SANTIAGO JIMÉNEZ COCO

INICIA ■ **ABRIL 2026**

DURACIÓN ■ **7 MESES**

HORAS ■ **240 HS.**

MODALIDAD ■ **VIRTUAL Y SINCRÓNICA**

PLATAFORMA ■ **UNTREF VIRTUAL**

■ **Dirigido a:** integrantes de profesionales de salud ocupacional. Médicos, ingenieros, licenciados y técnicos en H y S, ergónomos, psicólogos, estudiantes de la carrera de Medicina del Trabajo, enfermeras, nutricionistas.

■ **Otorga puntos para la certificación y recertificación** del Título de Especialista en Medicina del Trabajo.

UNTREF

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE TRES DE FEBRERO

por convenio con la



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

■ enfermedadesprofesionales@untref.edu.ar

■ secretaria@smtba.org.ar



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

C A P A C I T A C I Ó N



CURSO DE ACTUALIZACIÓN 2026

Gestión Médico Laboral de Licencias Psiquiátricas Inculpables

CON LAS ACTUALIZACIONES DE LA LEY 27.802
DE MODERNIZACIÓN LABORAL



DIRECTOR

Prof. Dr. Claudio Taboadela

Director de la Carrera de Especialización de Medicina del Trabajo de UCA. Presidente del Departamento de Docencia e Investigación de la SMTBA.



CO-DIRECTOR

Dr. Ariel Nicolás Raso

Médico Titular de Comisión Médica de la SRT. Médico Especialista en Medicina del Trabajo y Medicina Legal. Especialista Jerarquizado en Psiquiatría y Psicología Médica.



DOCENTES INVITADOS



Dra. Ester Norma Martín

Profesora Universitaria en Psiquiatría, U.B.A. Ex-Coordinadora de la Comisión Médica Central de la S.A.F.J.P y S.R.T. Ex-Jefa Dto. Medicina Legal de Gerencia Medicina Social, (ANSES). Miembro de la Comisión Honoraria Ley 24.241



Dr. Sebastián Ariel Del Río

Jefe de Medicina Laboral del Servicio de Salud Ocupacional de la Agencia de Recaudación y Control Aduanero (ARCA). Médico Especialista en Medicina del Trabajo y Psiquiatría



Dra. Wanda Otero

Abogada especialista en Derecho Empresarial y Magister en Derecho del Trabajo. Asesora legal SMTBA



INICIO

LUNES 11 DE MAYO

6

ENCUENTROS

11, 12, 18, 19 y 26 de mayo, 1° de junio y con evaluación final el 2 de junio.



HORARIO:

19.00 a 21.00 hs.

PLATAFORMA ZOOM
DE LA SMTBA



MODALIDAD

VIRTUAL Y SINCRÓNICA

24

HORAS TOTALES

del Curso con Evaluación final

OTORGA PUNTAJE

para certificación y revalidación del título de Médico Especialista en Medicina del Trabajo

VACANTES LIMITADAS

Costo diferencial para socios SMTBA y alumnos UCA

DIRIGIDO A PROFESIONALES DEL
EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL

CON EL AUSPICIO DEL DEPTO. DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA DE LA SMTBA

Informes e inscripción: secretaria@smtba.org.ar

NOS ACOMPAÑAN NUESTROS SOCIOS PROTECTORES





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

C A P A C I T A C I Ó N



CURSO DE ACTUALIZACIÓN 2026

Factores Psicosociales para Médicos del Trabajo y Profesionales del Equipo de Salud Ocupacional



DIRECTOR

Prof. Dr. Claudio Taboadela

Director de la Carrera de Especialización de Medicina del Trabajo de UCA.
Presidente del Departamento de Docencia e Investigación de la SMTBA.



CO-DIRECTORA

Lic. Mara Diz

Licencia en Psicología con la especialidad Laboral y Clínica. Prof. en la especialidad de Médico del Trabajo en UCA, Univ. del Comahue y en el Colegio de Médicos de la Prov. de Bs. As.

DOCENTES INVITADOS



Dra. María Cristina Pantano

Médica Especialista en Medicina del Trabajo, Auditoría Médica, Diplomada en Gestión de Calidad de Servicios de Salud. Jefe de Trabajos Prácticos de la Carrera de Especialista en Medicina del Trabajo de la UCA. Miembro del Tribunal de Honor de SMTBA



Lic. Walter Amado

Lic. en Seguridad e Higiene Laboral, Diplomado en Ergonomía, Profesor Universitario. Director del Posgrado de Ergonomía de la Universidad del COMAHUE. Director de la Consultora Holos Ergonomía Ocupacional.



Lic. María Migali

Psicóloga clínica UCA, con posgrado en Terapia Cognitivo Conductual en Fundación Favalaro y posgrado en Gestión Estratégica de Recursos Humanos en la Universidad de San Andrés. Directora de Grupo Wellness Latina.



INICIO
LUNES 27 DE JULIO

6

ENCUENTROS

27 y 28 de julio, 3, 4, 10 de agosto y
evaluación final el 11 de agosto.



HORARIO:
19.00 a 21.00 hs.

**PLATAFORMA ZOOM
DE LA SMTBA**



**MODALIDAD
VIRTUAL Y SINCRÓNICA**

24

HORAS TOTALES
del Curso con Evaluación final

OTORGA PUNTAJE

para certificación y revalidación del título de
Médico Especialista en Medicina del Trabajo

VACANTES LIMITADAS

Costo diferencial para socios
SMTBA y alumnos UCA

**DIRIGIDO A: MÉDICOS DEL
TRABAJO Y PROFESIONALES DEL
EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL**

CON EL AUSPICIO DEL DEPTO. DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA DE LA SMTBA

Informes e inscripción: secretaria@smtba.org.ar



**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@sanatoriodeloquilmes.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 4367-6700
 +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



<https://clinicamg.com.ar>
info@clinicamg.com.ar
 4367 - 6700
 clinicamontegrande
 clinicamontegrande
 clinicamontegrande



DIENST CONSULTING S.A.

Nos dedicamos a servicios médicos y laborales corporativos para empresas y organismos de gobierno. Con una cobertura total de la República Argentina 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
011 15 2662 0242
+54 9 11 2662-0242
dienstconsulting
dienst-consulting-tecnologia-en-salud



Centro Médico Integral Fitz Roy

Si es
Medicina
Laboral
es Fitz Roy

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
cmifitzroy
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/



**MEDICINA
PARA EMPRESAS**

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
/RTMedicinaLaboral
irt-medicina-para-empresas



ISL Medicina
Empresarial

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
ISL Medicina Empresarial



**JORNAL
SALUD**
Gestión de Servicios Médicos

JORNAL SALUD

Consultorios Médicos In Company y Servicios Médicos Integrales



www.jornalsalud.com
contacto@jornalsalud.com
1125567701
+54 9 1125567701
jornal-salud/



LA SEGUNDA
Seguros

www.lasegunda.com.ar
0341 15-420-1000
[lasegundaseguros/](https://www.instagram.com/lasegundaseguros/)
[lasegundaseguros](https://www.facebook.com/lasegundaseguros)



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)



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)



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/)



Una empresa con más de 17 años de trayectoria en salud, presencia internacional y una amplia red de prestadores en todo el país. Acompañamos a las empresas en la gestión integral de su personal, ofreciendo soluciones ágiles y de calidad. Bienestar organizacional que impacta en resultados reales.

<https://palcarehealth.com/>
jimena.ortega@palcare.com.ar
+ 54 9 11 5887 6293
+ 54 9 11 5887 6293
<https://www.linkedin.com/company/palcare/posts/?feedView=all>



Pro-Mediar

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



**Provincia
ART**

PROVINCIA ART

- www.provinciart.com.ar
- info@provinciart.com.ar
- 0800-333-1278
- PROVINCIA ART



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 lo estándares de calidad.

- sanatoriodeloeste.com
- +54 11 5068 9100
- +54 9 11 6180 4150
- sanatoriodeloeste
- Sanatoriodeloeste
- sanatorio-del-oeste



CLINICA SOLIS

Servicios Hospitalarios San Justo S.A

- cliso.com.ar
- clinasolis@cliso.com.ar
- 1144821226 - 1160777850
- calzadovoran
- clinica.solis.7
- @ClinicaSolis

VORAN

- voran.com.ar
- calzadovoran
- calzadovoran



ALFAMEDICA
Medicina para empresas

www.alfamedicasrl.com.ar
info@alfamedicasrl.com.ar
11 4382-0333
[alfamedica.salud](https://www.instagram.com/alfamedica.salud)
[alfamedicasalud](https://www.facebook.com/alfamedicasalud)



DIENST CONSULTING

LÍDERES EN MEDICINA LABORAL

Nuestra misión es brindar servicios médicos, jurídicos y tecnológicos en el ámbito de la Medicina del Trabajo con excelencia, innovación y eficiencia, integrando criterios de responsabilidad social y ambiental en cada acción, para mejorar la salud y el bienestar de las personas, fortalecer a nuestra comunidad y proteger los ecosistemas en los que operamos

www.dienst.com.ar
+54 9 11 2662-0242
[dienstconsulting](https://www.instagram.com/dienstconsulting)
[Dienst Consulting- Tecnología en Salud](https://www.linkedin.com/company/dienst-consulting-tecnologia-en-salud)



ERGONOVA

Integramos ergonomía, salud ocupacional y tecnología para transformar la prevención en una herramienta de gestión..

www.ergonova.com.ar
info@ergonova.com.ar
[ergonova](https://www.instagram.com/ergonova)



INLEXA
MEDICINA DEL SEGURO

Somos especialistas en la determinación de incapacidades psicofísicas en el marco de la Ley de Riesgos de Trabajo, Baremo 659/96 y toda la normativa vigente del mercado asegurador en nuestra materia.

www.inlexsa.com.ar
info@inlexsa.com.ar
11 4682 0261
+54 9 11 6236-1547
[nationalmedarg](https://www.linkedin.com/company/nationalmedarg)



SCPL
Sociedad Cooperativa Popular
Limitada de Comodoro Rivadavia

www.scpl.coop
contacto@nexuphealth.com
(0297) 4062020
+54 9 2975260760
[scplcoop](https://www.instagram.com/scplcoop)
[scplcoop](https://www.facebook.com/scplcoop)



PALCARE

Una empresa con más de 17 años de trayectoria en salud, presencia internacional y una amplia red de prestadores en todo el país. Acompañamos a las empresas en la gestión integral de su personal, ofreciendo soluciones ágiles y de calidad. Bienestar organizacional que impacta en resultados reales.

www.swissmedical.com.ar/
jimena.ortega@palcare.com.ar
0810-333-2244
+ 54 9 11 5887 6293
[swissmedical](https://www.instagram.com/swissmedical)
[swiss_medical](https://www.linkedin.com/company/swiss_medical)



PUBLICAR EN SALUD OCUPACIONAL

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

¿Tiene interés de publicar sobre Salud Ocupacional?

Detallamos los requisitos para que puedan hacerlo:

- Ser socio de la SMTRA 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

Una propuesta para acercar
empresas y organizaciones a la SMTRA

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 SMTRA. 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 realizamos al servicio de la comunidad científica, en la revista, en nuestra web y en nuestras redes sociales.



Programa de Socios Protectores de la SMTBA

Sumate a la Comunidad de Medicina del Trabajo en Argentina



Programa de Socios Protectores de la SMTRA

- *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 REPÚBLICA ARGENTINA**



**JORNAL
SALUD**
Gestión de Servicios Médicos



M O N T E B I O



MEGAH

MEDICINA LABORAL



ISL

Medicina Empresarial



Centro Médico Integral
Fitz Roy

Si es
Medicina
Laboral
es Fitz Roy

PalCare 
MEDICINA LABORAL



Provincia
ART



Belgrano 964
Medicina Laboral S.A.

