

Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires

Volumen 46 | Número 2 | Año 2026

Diálogos inclusivos: aprendizajes para una universidad más accesible [del Valle M.P](#)

Accesibilidad en la Universidad: diálogos inclusivos como dispositivo institucional [Figari C.A., et al.](#)

Desenredando un desafío ético en los proyectos de salud: ¿se trata de Gestión/Calidad o Investigación? [Soli S., et al.](#)

Curso virtual de investigación cualitativa dirigido a profesionales de Atención Primaria Grande [Ratti M.F., et al.](#)

Educación virtual en el abordaje del adulto mayor frágil en internación domiciliaria [Saimovici J.M., et al.](#)

Camino al PhD: Diez consejos para sobrevivir y triunfar en el doctorado [Fortunato G.A., et al.](#)

Estudios multicéntricos en investigación clínica: beneficios, desafíos y recomendaciones para una gestión eficaz [Piccinino A.L., et al.](#)

Chequeos preventivos: entre la promesa de certeza y la incertidumbre del devenir [Granero M., et al.](#)

Cuando la autonomía entra en tensión con la prevención del daño [Mazza O.M.](#)

Autonomía y capacidad de decisión en pacientes mayores con deterioro cognitivo leve [Giber F.](#)

ISSN 2314-3312
<https://ojs.hospitalitaliano.org.ar>



25%
DE DESCUENTO

DURANTE
MESES **3**
EN TU CUOTA

Afiliate al Italiano.
Hay equipo.

Hoy es muy importante tener tranquilidad, respaldo
y la mejor calidad médica.



PLAN
Vita

CONOCÉ MÁS



PLAN
Magna

CONOCÉ MÁS

PLAN DE SALUD



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

TODO EL ITALIANO DETRÁS DE TU PLAN

**TRATAMIENTOS
DE ALTA PRECISIÓN
ADAPTADOS A
CADA PACIENTE**



3D Radioterapia Tridimensional Conformada

IMRT-VMAT Radioterapia de Intensidad Modulada

IGRT Radioterapia Guiada por Imágenes

SBRT Radioterapia Estereotáxica Extracraneal

SRS Radiocirugía Estereotáxica Craneal

TBI Irradiación Corporal Total 3D Conformada

BQT 3D HDR Braquiterapia Tridimensional de Alta Tasa de Dosis

TSEI/RTSEI Baño de Electrones

IORT Radioterapia Intraoperatoria
(Primer Equipo INTRABEAM móvil en Argentina)



innovación

Brindamos atención médica de excelencia a través de un reconocido staff de profesionales y soporte tecnológico en permanente innovación.

Acompañamos a nuestros pacientes y sus familiares, centrándonos en su bienestar físico y emocional, desde una mirada integral de la Salud.



Central de Turnos: (011) 2150-0000 .  +54 9 11 4166-5537

info@mevaterapia.com.ar . www.mevaterapia.com.ar

Casa Central: Tte. Gral. J. D. Perón 3931/3937 (C1198AAW) . C.A.B.A. Argentina

Centros de Atención: Barrio Norte . Recoleta . Almagro . San Justo .

Avellaneda . Lomas de Zamora . Quilmes

 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

Servicio de Radioterapia

Cursos de Posgrado



**Más de 100
propuestas de
actualización
¡Encontrá la tuya!**

La medicina del futuro.



Universidad
Hospital Italiano

posgrado.hospitalitaliano.edu.ar



REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Editor jefe

Dr. Daniel Matusevich (Hospital Italiano, Argentina)

Editor asociado

Dr. Alfredo Eymann (Universidad Hospital Italiano, Argentina)

Comité Editorial

Lic. Griselda Almada (Hospital Italiano, Argentina), Lic. Ignacio Barbagallo (Hospital Italiano, Argentina), Dr. Luis A. Boccalatte (Hospital Universitario Sagrat Cor, Barcelona, España), Dr. Alberto Bonetto (Profesional independiente, Argentina), Dr. Horacio Castro (Hospital Italiano, Argentina), Dra. María Soledad Dawson (Hospital Italiano, Argentina), Dr. Rodrigo A. Gasque (Clínica Universitaria Reina Fabiola, Argentina), Dr. Carlos Lazzarino (Hospital Municipal de Oncología "Marie Curie", Argentina), Dra. María Florencia Martínez (Hospital Italiano, Argentina), Dra. Vanina Pagotto (Hospital Italiano, Argentina), Dra. Rosa Pace (Hospital Italiano, Argentina), Dra. María Paula Russo (Hospital Italiano, Argentina), Dr. Julián Sánchez Viamonte (Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina), Dr. Fernando J. Vázquez (Hospital Italiano, Argentina), Dr. Carlos Wahren (Hospital Italiano, Argentina), Dr. Joaquín Álvarez Gregori (Universidad de Salamanca, España), Dr. Juan Dartiguelongue (Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Argentina), Dra. Isabel del Cura (Universidad Rey Juan Carlos Campus Móstoles, España), Dr. Marcelo García Dieguez (Centro de Estudios en Educación de Profesionales de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Argentina), Dr. Fernando Goldenberg (University of Chicago, EE. UU.), Prof. Dr. Jorge Manrique (Hospital Interzonal General de Agudos "Eva Perón", Argentina), Dr. Hernán Rowensztein (Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Argentina), Dra. Romina Rubin (Fundación Nuevo Hogar Ledorvador, Argentina), Dra. Dalia Szulik (Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe, Argentina), Dra. Carla Venturi (Hospital Clinic, España).

Comité asesor

Dr. Diego Faingold (Universidad Hospital Italiano, Argentina), Lic. Virginia Garrote (Universidad Hospital Italiano, Argentina), Dr. Pablo Knoblovits (Hospital Italiano, Argentina), Dr. Luis J. Catoggio (Hospital Italiano, Argentina), Dr. Marcelo Figari (Hospital Italiano, Argentina), Dr. Mario Perman (Hospital Italiano, Argentina), Dr. Enrique Soriano (Hospital Italiano, Argentina)

Coordinadora editorial y página Web

Mariana Rapoport (Universidad Hospital Italiano, Argentina)

Corrección de textos

Prof. María Isabel Siracusa (Buenos Aires, Argentina)

Indización colaborativa para base de datos Lilacs

Bib. Aldana Ljeschak (Universidad Hospital Italiano, Argentina)

Gestión bibliográfica

Lic. Virginia Garrote (Universidad Hospital Italiano, Argentina)

Editor responsable

Publicación de la Universidad Hospital Italiano

Tte. Juan D. Perón 4190 | 1° piso | Escalera J | C1199ABB | C.A.B.A. | Argentina

URL: <http://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/> | E-mail: revista@hospitalitaliano.org.ar

Tel. 54-11-4959-0200 int. 9293 | Fax. 54-11-4959-0383

Instagram: /revistadelhiba

Facebook: /RevistadelHIBA

LinkedIn: /revista-del-hiba

Sociedad Italiana de Beneficiencia

en Buenos Aires

Consejo Directivo Ejercicio 2025/2026

Presidente: Arq. Aldo Brunetta

Vicepresidente 1°: Sr. Eduardo Tarditi

Vicepresidente 2°: Sr. Dr. Marcelo Marchetti

Consejeros: Lic. Daniel Artana, Roberto Baccanelli,

Roberto Bonatti, Guillermo Jaim Etcheverry,

Atilio Migues, Renato Montefiore, Elio Squillari

Hospital Italiano

Director Médico: Dr. Esteban Langlois

Director de Gestión: Dr. Matías Antonini

Vice-Director Médico de Gestión Operativa: Dr.

Guillermo Arbues

Vice-Director Médico de Planeamiento Estratégico:

Dr. Leonardo Garfi

Vice-Director Médico de Plan de Salud:

Dra. Lucila Hornstein

Vice-Director Médico Hospital Italiano de

San Justo Agustín Rocca: Dr. Santiago Bongiovanni

Directores Honorarios: Dres. Jorge Sívori,

Héctor Marchitelli, Atilio Migues

Consejo de Administración Fundación Instituto Universitario

Presidente: Arq. Aldo Brunetta

Vicepresidente: Ing. Franco Livini

Vocales: Giorgio Allia di Montereale, Daniel Artana,

Renato Montefiore, Diego Faingold

Universidad Hospital Italiano

Consejo Superior

Rector: Diego Faingold

Vicerrector: Mariano Falconi

Secretaría Académica: María Laura Eder

Secretaría Administrativa y de Gestión Financiera:

Alberto Llebara

Directores de Deptos./Carreras: Nicolas Cacchiarelli,

Roberta Ladenheim, Gisela Schwartzman, María

Rezzónico, Matteo Baccanelli, Virginia Garrote, Karín

Kopitowski, Eduardo Durante, Ana Mosca, Susana

Llesuy, Patricia Chavarría, Marcelo Risk

Perfil de la Revista

La Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires (E-ISSN 2314-3312) es una publicación científica de publicación continua, en idioma castellano e inglés, de la Universidad Hospital Italiano (UHI) que se edita desde 1981. Su contenido es revisado por pares bajo la modalidad doble ciego, mientras que su difusión se realiza en línea. Es de acceso abierto bajo la licencia CC BY-NC-SA y el proceso de publicación para los autores es no arancelado. Publica trabajos originales relevantes para las ciencias de la salud y las áreas relacionadas. Se aceptan contribuciones de autores tanto pertenecientes a la Institución como externos a ella, en idioma castellano e inglés.

Scope

The Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires (E-ISSN 2314-3312) is a scientific journal published continuously in Spanish and English by the Universidad Hospital Italiano (UHI) and has been published since 1981. Its double-blind peer-reviewed content is available online. It is open access under the license CC BY-NC-SA, and the publishing process for authors is fee-free. It offers original papers relevant to the health sciences and related areas. It accepts contributions by authors from within and outside the Institution, in Spanish and English.

DOI: <https://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2>

Instrucciones para autores, ver: <http://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/instrucciones>

Indexada en DOAJ (Directory of Open Access Journals), Latindex catálogo 2.0, Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas, LILACS

(Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud).

ISSN 2314-3312 (en línea)



INDICE

EDITORIAL

71 Diálogos inclusivos: aprendizajes para una universidad más accesible

Marta P. del Valle

A partir de la experiencia de los Espacios de Diálogos Inclusivos, este editorial reflexiona sobre la inclusión como un desafío que trasciende los apoyos individuales. Propone pensar la accesibilidad como una oportunidad de aprendizaje institucional y destaca la necesidad de fortalecer las competencias docentes para construir universidades más inclusivas.
DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1354>

COMUNICACIONES BREVES

73 Accesibilidad en la Universidad: diálogos inclusivos como dispositivo institucional

Cecilia A. Figari, Erica N. Delorenzi, Rocío Deza, Silvia M. Carrió, Miguel A. De Cristóforo, María P. Rufino, Fabiana I. Reboiras

En 2023, la Universidad crea los Espacios de Diálogos Inclusivos, un dispositivo de accesibilidad académica para garantizar el derecho a la educación superior de personas con discapacidad. Este análisis preliminar de su implementación identifica avances y desafíos para fortalecer las competencias inclusivas de la comunidad institucional.
DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1302>

REVISIÓN BREVE

77 Desenredando un desafío ético en los proyectos de salud: ¿se trata de Gestión/Calidad o Investigación?

Silvana Soli, Jennifer S. Appeceix, Mónica Senillosa, Gastón Perman, María F. Grande Ratti

En salud, distinguir entre enfoque de Gestión, Calidad o Investigación puede resultar complejo. Aunque comparten métodos, difieren en propósito y requisitos éticos. Identificar la intención del proyecto es clave para definir su naturaleza y asegurar su adecuada evaluación, especialmente si se busca publicar o comunicar más allá del contexto local.
DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1297>

EDUCACIÓN MÉDICA

85 Curso virtual de investigación cualitativa dirigido a profesionales de Atención Primaria

María F. Grande Ratti, Gabriela Di Croce, Clara A. Pratola, Ana C. Godoy, Karin S. Kopitowski, Camila Juana

Compartimos una experiencia de mentoría en investigación cualitativa para profesionales de Atención Primaria de Salud. Se trató de un curso virtual, participativo, interactivo y gratuito, que impulsó el intercambio y el debate entre colegas. Conocé nuestros desafíos pedagógicos-docentes, las lecciones aprendidas y las propuestas de mejora para futuras ediciones.
DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1281>

93 Educación virtual en el abordaje del adulto mayor frágil en internación domiciliaria

Javier M. Saimovici, María F. Grande Ratti, Silvana M. Scozzafava, Gastón Perman, Cinthya D. Álvarez, Laura E. Magallán, Cristian M. Gallo Acosta, María F. Cunha Ferré, Valeria P. Colombo, Mónica B. Senillosa

Este estudio evaluó resultados de un curso virtual gratuito sobre internación domiciliaria para personas mayores frágiles. Fue altamente valorado por los estudiantes por su calidad y usabilidad. Esta experiencia muestra que la educación virtual es una estrategia clave para jerarquizar la internación domiciliaria y facilitar el acceso al conocimiento.
DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1315>

NOTAS SOBRE ESTADÍSTICA E INVESTIGACIÓN

101 Camino al PhD: Diez consejos para sobrevivir y triunfar en el doctorado

Germán A. Fortunato

Este artículo ofrece una guía con diez recomendaciones esenciales para quienes desean iniciarse en un doctorado, abordando la importancia de la experiencia previa en investigación, la planificación y organización, la elección del momento oportuno, la conformación de un equipo fiable y la gestión de recursos financieros.

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1276>

104 Estudios multicéntricos en investigación clínica: beneficios, desafíos y recomendaciones para una gestión eficaz

Agustina L. Piccinino, Martina C. Ricasoli, Mariana Vaena, Ana Braslavsky, María F. Grande Ratti

Los estudios multicéntricos fortalecen la investigación clínica al incluir poblaciones diversas y mejorar la validez de los resultados. Este artículo analiza sus ventajas, desafíos éticos y metodológicos, e incluye ejemplos reales y recomendaciones prácticas para una gestión eficaz, destacando el rol del liderazgo y la coordinación entre centros.

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1293>

HUMANIDADES

109 Chequeos preventivos: entre la promesa de certeza y la incertidumbre del devenir

Mariano Granero, Alberto Velázquez

¿Qué ayuda más: la certeza o el vínculo? Este texto propone mirar la práctica médica desde la incertidumbre, no como debilidad, sino como oportunidad para un cuidado más humano, honesto y compartido.

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1298>

CONTROVERSIA

114 Cuando la autonomía entra en tensión con la prevención del daño

Oscar M. Mazza

¿Qué ocurre cuando la capacidad de decisión de un paciente es incierta? A partir de un caso clínico, el Dr. Oscar Mazza analiza cómo equilibrar autonomía, beneficencia y protección en personas con deterioro cognitivo leve, y reflexiona sobre el papel de la familia, el equipo de salud y las directivas anticipadas.

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1351>

116 Autonomía y capacidad de decisión en pacientes mayores con deterioro cognitivo leve

Fabiana Giber

¿Puede una persona con deterioro cognitivo leve decidir sobre su propia atención médica? A partir de un caso clínico, la Dra. Fabiana Giber reflexiona sobre los límites de la autonomía, el rol de la familia y la importancia de evaluar la capacidad decisional de manera individualizada antes de tomar decisiones por el paciente.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v46i2.1353>

118 Reglamento general de presentación de artículos



INDEX

EDITORIAL

71 Inclusive Dialogues: Lessons for a More Accessible University

Marta P. del Valle

Drawing on the experience of the Inclusive Dialogue Spaces, this editorial reflects on inclusion as a challenge that goes beyond individual support measures. It proposes viewing accessibility as an opportunity for institutional learning and highlights the need to strengthen faculty competencies in order to build more inclusive universities.

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1354>

BRIEF COMMUNICATIONS

73 Accessibility at University: Inclusive Dialogues as an Institutional Program

Cecilia A. Figari, Erica N. Delorenzi, Rocío Deza, Silvia M. Carrió, Miguel A. De Cristófano, María P. Rufino, Fabiana I. Reboiras

In 2023, the University established the Inclusive Dialogue Spaces, an academic accessibility initiative aimed at guaranteeing the right to higher education for people with disabilities. This preliminary analysis of its implementation identifies both achievements and challenges in strengthening the inclusive competencies of the institutional community.

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1302>

BRIEF REVIEW

77 Unraveling a Dilemma in Healthcare Projects: Is It About Quality Improvement or Research?

Silvana Soli, Jennifer S. Appeceix, Mónica Senillosa, Gastón Perman, María F. Grande Ratti

In healthcare, distinguishing between Management, Quality Improvement, and Research can be challenging. Although these approaches share methodological features, they differ in their purpose and ethical requirements. Identifying the project's primary intent is essential to determine its nature and ensure appropriate review, particularly when the findings are intended for publication or dissemination beyond the local context.

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1297>

MEDICAL EDUCATION

85 Virtual Course on Qualitative Research for Primary Care Professionals

María F. Grande Ratti, Gabriela Di Croce, Clara A. Pratola, Ana C. Godoy, Karin S. Kopitowski, Camila Juana

We share an experience of mentoring in qualitative research for Primary Health Care professionals. It was a free, virtual, participatory, and interactive course that fostered exchange and discussion among colleagues. Learn about our teaching and pedagogical challenges, the lessons learned, and proposals for improvement for future editions.

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1281>

93 Virtual Learning in the Management of Frail Older Adults in Home Care

Javier M. Saimovici, María F. Grande Ratti, Silvana M. Scozzafava, Gastón Perman, Cinthya D. Álvarez, Laura E. Magallán, Cristian M. Gallo Acosta, María F. Cunha Ferré, Valeria P. Colombo, Mónica B. Senillosa

This study evaluated the outcomes of a free virtual course on home hospitalization for frail older adults. The course was highly rated by students for its quality and usability. This experience demonstrates that virtual education is a key strategy for strengthening home hospitalization and facilitating access to knowledge.

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1315>

NOTES ON STATISTICS AND RESEARCH

101 The Path to a PhD: Ten Advices to Survive and Succeed in Doctoral Studies

Germán A. Fortunato

This article offers a guide with ten essential recommendations for those who wish to begin a doctoral program, addressing the importance of prior research experience, planning and organization, choosing the appropriate timing, forming a reliable team, and managing financial resources.

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1297>

104 Multicenter studies in clinical research: benefits, challenges, and recommendations for effective management

Agustina L. Piccinino, Martina C. Ricasoli, Mariana Vaena, Ana Braslavsky, María F. Grande Ratti

Multicenter studies strengthen clinical research by including diverse populations and improving the validity of results. This article analyzes their advantages, ethical and methodological challenges, and includes real-world examples and practical recommendations for effective management, highlighting the role of leadership and coordination among centers.

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1293>

HUMANITIES

109 Preventive Check-Ups: Between the Promise of Certainty and the Uncertainty

Mariano Granero, Alberto Velázquez

What helps more: certainty or connection? This text proposes looking at medical practice through the lens of uncertainty—not as a weakness, but as an opportunity for more humane, honest, and shared care.

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1298>

CONTROVERSY

114 When Autonomy Conflicts with Harm Prevention

Oscar M. Mazza

What happens when a patient's decision-making capacity is uncertain? Through a clinical case, Dr. Oscar Mazza examines how to balance autonomy, beneficence, and protection in individuals with mild cognitive impairment, and reflects on the role of family members, the healthcare team, and advance directives.

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1351>

116 Autonomy and Decision-Making in Mild Cognitive Impairment

Fabiana Giber

Can a person with mild cognitive impairment make decisions about their own medical care? Through a clinical case, Dr. Fabiana Giber reflects on the limits of autonomy, the role of family members, and the importance of assessing decision-making capacity on an individual basis before others make decisions on the patient's behalf.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v46i2.1353>

118 General guidelines for article submission

Diálogos inclusivos: aprendizajes para una universidad más accesible

Marta P. del Valle

Universidad Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

Las universidades han avanzado significativamente en el reconocimiento de la inclusión educativa como un componente central de su misión. La incorporación de marcos normativos, el desarrollo de políticas institucionales y la creación de dispositivos orientados a garantizar la accesibilidad constituyen expresiones concretas de un cambio de paradigma que reconoce el derecho de todas las personas a participar plenamente de la vida universitaria. Sin embargo, cuando observamos con detenimiento los desafíos que enfrenta la educación superior contemporánea, emerge una pregunta que merece ocupar un lugar cada vez más relevante en la agenda académica: ¿Estamos formando docentes preparados para enseñar y acompañar el aprendizaje en contextos crecientemente diversos?

El trabajo de Figari y cols., publicado en este número, ofrece una valiosa oportunidad para reflexionar sobre dicha cuestión. A través de la experiencia de los Espacios de Diálogos Inclusivos, los autores describen un dispositivo institucional orientado a gestionar apoyos y ajustes razonables mediante la construcción colectiva de acuerdos entre estudiantes, docentes y autoridades. Los resultados muestran avances concretos en el fortalecimiento de trayectorias educativas, en la producción de materiales de orientación y en la incorporación progresiva de la accesibilidad en distintos espacios formativos².

Durante mucho tiempo, la inclusión fue pensada como una cuestión vinculada a determinados estudiantes. Desde esa perspectiva, la atención se centraba principalmente en identificar necesidades particulares y diseñar respuestas específicas. Hoy sabemos que esa mirada resulta insuficiente. La inclusión interpela a las instituciones en su conjunto, porque obliga a examinar las condiciones que favorecen o dificultan la participación de las personas en los entornos educativos. Las barreras no residen únicamente en los individuos; con frecuencia se encuentran

en las prácticas, en las culturas organizacionales y en los modos en que concebimos la educación³.

En este sentido, el artículo pone de relieve la potencia del diálogo como herramienta de transformación institucional. Los Espacios de Diálogos Inclusivos no aparecen únicamente como un mecanismo para resolver situaciones puntuales. Constituyen, fundamentalmente, una oportunidad para que la comunidad educativa reflexione sobre sus propias representaciones, interroge sus certezas y construya nuevas formas de comprender la diversidad.

Quizá por ello uno de los hallazgos más interesantes del trabajo sea la identificación de tensiones que emergen cuando las instituciones intentan avanzar hacia modelos más inclusivos. Expresiones como “ventajas académicas”, dudas acerca del sostenimiento de los estándares o interrogantes sobre el alcance de los ajustes razonables reflejan preocupaciones genuinas presentes en numerosos contextos universitarios. Lejos de interpretarlas exclusivamente como resistencias, considero que pueden leerse también como indicadores de una necesidad formativa aún insuficientemente atendida.

Esta necesidad adquiere especial relevancia en un momento en que las universidades reciben poblaciones estudiantiles crecientemente heterogéneas. Trayectorias educativas discontinuas, contextos socioculturales diversos, responsabilidades laborales o de cuidado, distintas formas de aprender y múltiples condiciones de participación forman parte de la realidad cotidiana de la educación superior. Sin embargo, muchas de nuestras prácticas continúan organizadas sobre modelos contruidos para estudiantes ideales más que para comunidades reales.

En los últimos años hemos dedicado importantes esfuerzos a fortalecer la formación de los docentes universitarios. Hemos avanzado en el desarrollo de competencias relacionadas con la planificación curricular, la evaluación,

Autora para correspondencia: mdelvalle01@yahoo.com.ar, del Valle MP.

Recibido: 9/06/2026 | Aceptado: 15/06/2026 | Publicado: 23/06/2026

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1354>

Cómo citar: del Valle MP. Diálogos inclusivos: aprendizajes para una universidad más accesible. Rev Hosp Ital B. Aires. 2026;46(2):e0001354.

el uso de tecnologías educativas, la simulación clínica, la investigación educativa y la innovación pedagógica. Sin embargo, la accesibilidad y la inclusión continúan ocupando un espacio relativamente marginal en muchos programas de desarrollo docente.

La experiencia presentada por los autores nos recuerda que enseñar y acompañar el aprendizaje en contextos diversos requiere conocimientos, habilidades y disposiciones específicas. Implica reconocer barreras para el aprendizaje, comprender el alcance de los ajustes razonables, diseñar propuestas accesibles, gestionar la heterogeneidad de trayectorias y sostener una noción de equidad que no confunda igualdad con homogeneidad. Estas capacidades no surgen de forma espontánea ni dependen exclusivamente de la sensibilidad individual de los docentes. Como cualquier otra competencia profesional, deben ser desarrolladas, acompañadas y fortalecidas institucionalmente. Diversos autores han destacado la necesidad de ampliar la formación docente en accesibilidad, inclusión y evaluación inclusiva como componentes esenciales de la educación superior actual⁴⁻⁶.

Este desafío adquiere una relevancia particular en las ciencias de la salud donde las instituciones responsables de formar profesionales sanitarios tienen una responsabilidad doble. Por un lado, deben garantizar experiencias educativas inclusivas para sus estudiantes y, por otro, deben formar graduados capaces de brindar una atención respetuosa de la diversidad humana y comprometida con la equidad. La manera en que una universidad aborda la inclusión constituye, en sí misma, una poderosa experiencia formativa. Los estudiantes aprenden no solo de los contenidos curriculares, sino también de los valores que las instituciones expresan a través de sus prácticas cotidianas⁷.

Desde esta perspectiva, la inclusión deja de ser exclusivamente una cuestión de accesibilidad para convertirse en un componente de la calidad educativa. No se trata de elegir entre excelencia académica e inclusión, como si fueran objetivos contrapuestos. Por el contrario, las instituciones de mayor calidad son precisamente aquellas capaces de ofrecer oportunidades significativas de aprendizaje a poblaciones diversas sin renunciar a sus estándares formativos. La verdadera tensión no se encuentra entre calidad e inclusión, sino entre modelos educativos pensados para estudiantes ideales y la realidad compleja de las comunidades que hoy habitan nuestras universidades⁸.

Uno de los aportes más valiosos del trabajo de Figari y cols. es mostrar que la accesibilidad no puede reducirse a la implementación de apoyos específicos. Cuando se construye desde el diálogo, se convierte en una oportunidad para que las instituciones aprendan sobre sí mismas. La inclusión no solo transforma las trayectorias de los estudiantes; también transforma a las instituciones que se comprometen con ella. La inclusión no es un destino al que se llega ni una tarea que pueda delegarse en áreas especializadas: es un proceso continuo de construcción colectiva que exige liderazgo, diálogo, formación y disposición para revisar aquello que damos por supuesto.

Tal vez el valor más profundo de experiencias como la presentada en este número no resida solamente en las respuestas que ofrecen, sino en las preguntas que ayudan a reformular. Porque cuando las universidades se animan a escuchar la diversidad, no solo generan mejores condiciones para sus estudiantes, sino también aprenden a transformarse a sí mismas.

Conflictos de intereses: la autora declara no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Financiamiento: la autora declara que este trabajo no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

REFERENCIAS

1. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations; 2006.
2. Figari CA, Delorenzi EN, Deza R, et al. Accesibilidad en la universidad: diálogos inclusivos como dispositivo institucional. *Rev Hosp Ital B. Aires.* 2026;46(2):e0001302. <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1302>
3. Booth T, Ainscow M. Index for inclusion: developing learning and participation in schools. 3rd ed. Bristol: Centre for Studies on Inclusive Education; 2011.
4. García-Barrera A. Cambiando el paradigma inclusivo: las necesidades educativas personales. *Rev Bras Educ Espec.* 2023;29:e0115. <https://doi.org/10.1590/1980-54702023v29e0115>.
5. Nieminen JH. Inclusive assessment, exclusive academy. En: Ajjawi R, Tai J, Boud D, et al., editors. *Assessment for inclusion in higher education*. London: Routledge; 2023. p. 63-73.
6. Freitas MCD. Educação inclusiva: diferenças entre acesso, acessibilidade e inclusão. *Cad Pesqui.* 2023;53:e10084. <https://doi.org/10.1590/1980531410084>.
7. Figari CA, Deza R, Ratto FE, et al. Discapacidad, accesibilidad e inclusión en las profesiones de salud. *Rev Hosp Ital B. Aires.* 2024;44(4):e0000421. <https://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v44i4.421>.
8. Ainscow M. Promoting inclusion and equity in education: lessons from international experiences. *Nordic J Stud Educ Policy.* 2020;6(1):7-16. <https://doi.org/10.1080/20020317.2020.1729587.rna>.

Accesibilidad en la Universidad: diálogos inclusivos como dispositivo institucional

Cecilia A. Figari¹, Erica N. Delorenzi², Rocío Deza¹, Silvia M. Carrió³, Miguel A. De Cristóforo⁴,
María P. Rufino¹ y Fabiana I. Reboiras¹

1. Observatorio Social Universitario, Universidad Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

2. Departamento de Educación, Universidad Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

3. Departamento Bienestar Estudiantil, Universidad Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

4. Carrera Farmacia y Bioquímica, Universidad Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Introducción: en 2023, la Universidad identificó oportunidades de mejora en inclusión educativa de personas con discapacidad, en línea con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En este marco se diseñaron los Espacios de Diálogos Inclusivos (EDI), un dispositivo institucional para gestionar apoyos y ajustes razonables mediante acuerdos entre estudiantes, equipos docentes y autoridades. El objetivo del artículo es presentar resultados preliminares de su implementación.

Métodos: se adoptó un diseño de investigación-acción-participativa con enfoque cualitativo, centrado en el análisis de las dinámicas y resultados del dispositivo durante 18 meses.

Resultados: los resultados se organizan en tres dimensiones: fortalecimiento de trayectorias, producción de materiales y formación docente y promoción de una cultura inclusiva. Se abordaron 12 situaciones mediante instancias dialógicas, generando 14 acuerdos de apoyos y ajustes razonables. La mayoría de las personas fortalecieron su trayectoria y una egresó. Asimismo, se elaboraron materiales de comunicación inclusiva y orientaciones pedagógicas, y se incorporaron progresivamente estas temáticas en propuestas de formación docente.

Discusión: la modalidad dialógica de los EDI promueve la revisión de supuestos y prácticas, así como la transformación progresiva de la cultura institucional. En este marco, la inclusión educativa se concibe como un proceso colectivo, que involucra a toda la comunidad educativa y fomenta la corresponsabilidad.

Conclusiones: este análisis preliminar de resultados de la implementación del dispositivo identifica oportunidades para fortalecer competencias profesionales inclusivas en materia de discapacidad y accesibilidad en la universidad, favoreciendo la transversalización de estas perspectivas en políticas, prácticas y cultura institucional.

Palabras clave: accesibilidad académica, inclusión, educación superior, personas con discapacidad.

Autora para correspondencia: maria.rufino@hospitalitaliano.org.ar, Rufino MP.

Recibido: 15/10/2025 | Aceptado: 28/05/2026 | Publicado: 23/06/2026

DOL: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1302>

Cómo citar: Figari CA, Delorenzi EN, Deza R, Carrió SM, De Cristóforo MA, Rufino MP, Reboiras FI. Accesibilidad en la universidad: diálogos inclusivos como dispositivo institucional. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2026;46(2):e0001302.

Accessibility at university: inclusive dialogues as an institutional program

ABSTRACT

Introduction: in 2023, University identified opportunities to improve the educational inclusion of people with disabilities, aligning with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Within this framework, we designed Inclusive Dialogue Instances (EDIs) as an institutional mechanism that enables students, teaching teams, and university authorities to manage supports and reasonable accommodations through agreements. This article presents preliminary results from the EDI implementation.

Methods: we used participatory action research with a qualitative approach to study the mechanisms' dynamics and outcomes over 18 months.

Results: we organized the results into three main areas: (1) strengthening educational trajectories—most participants made progress, and one graduated; (2) the production of inclusive communication materials and pedagogical guidelines; and (3) teacher training on inclusion. Through dialogic exchanges, we addressed 12 situations, resulting in 14 agreements on supports and reasonable accommodations. These efforts contributed to strengthening participants' educational trajectories, while also fostering the development of inclusive materials and their gradual integration into teacher training initiatives.

Discussion: the dialogic approach of the EDIs encourages the community to review its assumptions and practices, and to gradually transform institutional culture. In this framework, the entire educational community collectively engages in educational inclusion and shares responsibility.

Conclusions: this analysis finds ways to strengthen inclusive skills in disability and accessibility at the university and supports adding these perspectives to policies, practices, and culture.

Key words: academic accessibility, inclusion, higher education, people with disabilities.

INTRODUCCIÓN

En un diagnóstico realizado en 2023, la universidad identificó oportunidades de mejora en materia de inclusión educativa de personas con discapacidad¹. En este marco se inició un trabajo articulado entre áreas de gestión educativa para el desarrollo de políticas y proyectos orientados a la accesibilidad, en consonancia con los principios establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad²⁻⁴.

Promover la accesibilidad en la universidad implica la identificación, eliminación y/o minimización de barreras (físicas, académicas, comunicacionales y actitudinales), así como la gestión de apoyos y de ajustes razonables. Se considera apoyo a toda actividad que fortalezca la respuesta del centro educativo a la diversidad del estudiantado; y ajuste razonable a las modificaciones acordadas que promuevan igualdad de condiciones para el aprendizaje y participación, sin significar una carga desproporcionada o indebida.

Los Espacios de Diálogos Inclusivos (EDI) se configuran como un dispositivo institucional de accesibilidad destinado a la gestión de apoyos y ajustes razonables para favorecer el aprendizaje y la participación de estudiantes²⁻⁴. Se implementan mediante compromisos mutuos entre la persona solicitante, los equipos docentes y las autoridades de la carrera.

Si bien la institución cuenta con herramientas de registro voluntario de discapacidad (solapa de SIU), el

dispositivo se activa a partir de demandas concretas, a fin de resguardar la protección de datos y la autonomía del estudiantado.

En línea con la misión de la Universidad, el dispositivo busca fortalecer las acciones inclusivas vigentes en la institución^{1,5} y transversalizar la perspectiva de discapacidad y accesibilidad en las políticas, prácticas y cultura universitaria^{6,7}. La presente comunicación tiene como objetivo presentar resultados preliminares de la implementación de los EDI durante 18 meses.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se adoptó un diseño de investigación-acción-participativa (IAP) con enfoque cualitativo, estructurado en ciclos de retroalimentación permanente. El proceso se inició con un diagnóstico institucional con tomadores de decisiones, cuyos hallazgos permitieron el codiseño de un dispositivo dialógico integrado por estudiantes, docentes y autoridades. A partir de ello se establecieron acuerdos y estrategias inclusivas mediante una metodología colaborativa. Durante la implementación se fomentó la implicación de áreas estratégicas, lo que facilitó instancias de reflexión crítica para revisar y consolidar el dispositivo. Esta dinámica iterativa asegura que la producción de conocimiento y la acción se retroalimenten.

El análisis de los datos, realizado mediante categorización temática, permitió identificar –desde una perspectiva de accesibilidad– núcleos de sentido centrados en:

las necesidades de apoyo del estudiantado que requiere esta orientación; la implicación de los equipos docentes y/o autoridades, y el desarrollo de ajustes razonables, contruidos de manera colaborativa y en diálogo entre los integrantes de la comunidad educativa.

El estudio se llevó a cabo siguiendo los principios establecidos en la última versión de la Declaración de Helsinki. Se garantizó la protección de datos personales y la confidencialidad. Por motivos éticos, se decidió no describir el origen ni los motivos específicos de cada consulta.

RESULTADOS

Los resultados del período de implementación analizado se agrupan en 3 grandes dimensiones referidas a: el fortalecimiento de las trayectorias educativas de estudiantes, la producción de materiales de divulgación y la formación docente y, como consecuencia, la promoción progresiva de una cultura institucional inclusiva.

En los últimos 18 meses se recibieron 12 consultas de estudiantes que enfrentan diversas barreras para el aprendizaje y la participación. Cada situación se abordó de forma dialógica, con reuniones individuales y/o grupales entre equipos docentes, autoridades y estudiantes, orientadas a identificar demandas específicas de apoyo y construir estrategias conjuntas. Como resultado, se establecieron 14 acuerdos de apoyos y ajustes razonables, con cronogramas de seguimiento que permitieron realizar readecuaciones. Once (11) de las doce (12) personas sostuvieron y fortalecieron su trayectoria en la universidad y una (1) de ellas se graduó durante ese período.

Además, a partir del trabajo articulado entre áreas, se incorporó al SIU un campo informativo sobre la existencia del dispositivo y su contacto de solicitud, lo que amplió la visibilidad institucional de la propuesta.

Asimismo, se elaboraron dos tipos de materiales destinados a la comunidad educativa: la “II Guía de buenas prácticas para una comunicación inclusiva: accesibilidad y discapacidad” y una serie de “Recomendaciones para favorecer el aprendizaje y la participación de estudiantes”, que al día de hoy abordan: autismo, discapacidades auditivas, dislexia y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Ambas están basadas en investigaciones nacionales e internacionales actualizadas y son ajustables a demandas concretas.

Las temáticas de inclusión educativa también se incorporan progresivamente a la formación docente, mediante el curso institucional sobre Diversidad y Género y contenidos específicos en otras instancias. Además, la Universidad cuenta con una carrera de posgrado orientada al abordaje de personas con discapacidad y la inclusión de estos contenidos en otras propuestas de grado y posgrado. Estas iniciativas evidencian avances y señalan oportunidades para fortalecer competencias inclusivas en materia de discapacidad y accesibilidad.

Finalmente, en los EDI se ponen en juego diversas representaciones y modelos conceptuales de la discapacidad que afectan las prácticas. Se identifican dos posturas no excluyentes entre docentes, autoridades de carreras y estudiantes: por un lado, una apertura a la revisión de

supuestos e incorporación de estrategias inclusivas, de la que dan cuenta expresiones reiteradas como “nunca lo había pensado”; por otro, concepciones que asocian los apoyos con exenciones de exigencias (reflejadas en expresiones como “ventajas académicas”) o interrogantes sobre las posibilidades del estudiantado y el sostenimiento de estándares frente a los ajustes razonables. En este marco, como señala un responsable de área, el dispositivo “habilita la pregunta” al presentarse como un espacio de escucha que problematiza los supuestos sobre la accesibilidad en la universidad.

DISCUSIÓN

Los EDI comprenden la inclusión como un proceso que implica a toda la comunidad educativa, donde cada persona asume responsabilidades. El dispositivo se alinea con propuestas centradas en las necesidades educativas personales⁸, en el diálogo como motor de transformación institucional⁹ y en las perspectivas críticas hacia los modelos que reproducen exclusiones en el ámbito universitario^{10,11}.

Las políticas de inclusión en educación superior requieren resguardar la autonomía y la protección de datos, evitando enfoques tutelares. Los resultados muestran que la modalidad dialógica constituye una alternativa a los protocolos estandarizados, al identificar demandas concretas y atender la diversidad de trayectorias y barreras que enfrenta el estudiantado.

En línea con Paz-Maldonado¹², la implementación del dispositivo y el involucramiento de diversos actores reflejan la importancia de construir colectivamente condiciones de permanencia y participación. A su vez, el trabajo acumulado por caso genera aprendizajes que exceden lo particular y favorecen la transformación gradual y participativa de los modos de abordar la diversidad en la institución.

Las representaciones sociales que circulan en los EDI muestran la coexistencia de dos modelos de la discapacidad¹³. Por un lado, persiste un modelo médico con sesgo asistencialista, donde las posibilidades de aprendizaje se consideran reducidas y la provisión de apoyos se interpreta como flexibilización de exigencias. Orientada por criterios de normalización y diagnóstico, responde en mayor medida al paradigma de la integración que al de la inclusión. A la vez, se identifica la presencia del modelo social y de derechos, expresada en la apertura y disposición de equipos docentes y autoridades para implementar apoyos que favorezcan el aprendizaje y la participación de estudiantes que lo requieran.

La experiencia evidencia la necesidad de promover el desarrollo de competencias inclusivas en toda la comunidad educativa, así como de fortalecer una noción de equidad entendida como la adecuación de condiciones a fin de alcanzar los objetivos formativos, sin reducir estándares ni generar sobrecarga institucional.

La incorporación progresiva de estas temáticas en la formación docente constituye un avance en esa dirección. Como advierte Freitas¹⁴, la inclusión no se garantiza con su sola mención, sino que requiere compromiso

institucional y prácticas sostenidas. En este marco, el diseño universal¹¹ se plantea como un horizonte que amplía las estrategias de participación.

La implementación y revisión continua del dispositivo sigue la propuesta del Índice de Inclusión⁷ al articular tres dimensiones interrelacionadas: políticas, prácticas y cultura institucional. En el campo de la inclusión educativa, estas dimensiones se constituyen y transforman mutuamente.

CONCLUSIÓN

Los resultados de la implementación del dispositivo institucional de accesibilidad indican avances en las oportunidades de fortalecimiento de la inclusión educativa documentadas en un estudio diagnóstico. El abordaje de situaciones individuales mediante los EDI dio lugar a acuerdos de apoyo y fortalecimiento de trayectorias, como también impulsó la producción de materiales y la incorporación progresiva de estas temáticas en espacios de formación docente.

Al tratarse de un espacio dialógico que involucra a diversos actores de la comunidad institucional, el dispositivo EDI promueve la transversalización, de forma progresiva, de la perspectiva de accesibilidad, además de fortalecer las iniciativas ya vigentes. Su dinámica dialógica detecta tensiones, representaciones y oportunidades en torno a la accesibilidad. En ese marco se identifica la posibilidad de fortalecer la transversalización de competencias profesionales inclusivas en discapacidad y accesibilidad en la comunidad educativa.

El presente trabajo anticipa una futura publicación centrada en el punto de vista de estudiantes que participaron de los EDI. Recuperar esas voces permite complejizar los sentidos de la inclusión.

Contribuciones de los autores: Conceptualización, Validación (CIF, END, RD, FIR). Curación de datos (CIF). Análisis formal, Investigación, Redacción - revisión y edición (CIF, FIR, END, RD, SMC, MADC, MPR). Metodología (CIF, END, RD). Administración del proyecto (CIF, MPR, FIR). Recursos, Redacción - borrador original (CIF, RD, MPR). Supervisión (FIR). Visualización (CIF, RD).

Conflictos de intereses: los autores declaran no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Financiamiento: los autores declaran que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

REFERENCIAS

- Figari C, Deza R, Carrete P, et al. Diversidades en la universidad: perspectivas y recorridos sobre discapacidad desde las personas tomadoras de decisiones. *Rev RAES*. 2025;17(31):96-111. <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s18528171/rckk0hq3u>.
- Naciones Unidas. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo [Internet]. 2006 [citado 2026 may 17]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf> (<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>).
- Argentina. Congreso de la Nación. Ley N° 26.378. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. *Bol Oficial Rep Argent*. 2008 jun 6;(31422):1.
- Argentina. Congreso de la Nación. Ley N° 27.044. Jearquía constitucional. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Bol Oficial Rep Argent*. 2014 dic 23;(3305):3.
- Figari CA, Deza R, Ratto FE, et al. Discapacidad, accesibilidad e inclusión en las profesiones de salud. *Rev Hosp Ital B Aires*. 2024;44(4):e0000421. <https://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v44i4.421>.
- Ainscow M. Promoting inclusion and equity in education: lessons from international experiences. *Nord J Stud Educ Policy*. 2020;6(1):7-16. <https://doi.org/10.1080/20020317.2020.1729587>.
- Booth T, Ainscow M, Black-Hawkins K, et al. Índice de inclusión: desarrollando el aprendizaje y la participación en los centros educativos. Bristol: CSIE; 2000.
- García-Barrera A. Cambiando el paradigma inclusivo: las necesidades educativas personales. *Rev Bras Educ Espec*. 2023;29:e0115. <https://doi.org/10.1590/1980-54702023v29e0115>.
- Vitorino T, Santos J. Pesquisa inclusiva: diálogo alunos-professores como fator de promoção da educação inclusiva. *Rev Port Investig Educ*. 2021;(20):56-73. <https://doi.org/10.34632/investigacaoeducacional.2020.9684>.
- Vain PD, Schewe LC. ¿Universidades inclusivas? Del modelo dominante en la enseñanza universitaria a la inclusión como posibilidad, discursos y prácticas. *Pensam Univ*. 2021;20(20):44-55. <https://n2t.net/ark:/13683/pFQd/Ocp>.
- Nieminen JH. Inclusive assessment, exclusive academy. En: Ajjawi R, Tai J, Boud D, et al, editors. *Assessment for inclusion in higher education*. London: Routledge; 2023. p. 63-73. <https://doi.org/10.4324/9781003293101-8>.
- Paz-Maldonado E. Inclusión educativa del alumnado en situación de discapacidad en la educación superior: una revisión sistemática. *Teor Educ Rev Interuniv*. 2020;32(1):123-146. <https://doi.org/10.14201/teri.20266>.
- Figari CA, Fernández Unsain RA. Re-presentaciones sociales de la discapacidad: entre modelos y personas. *Debates y perspectivas en la dinámica de las interacciones sociales. Rev Esp Discapac*. 2023;11(2):7-28. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.11.02.01>.
- Freitas MCD. Educação inclusiva: diferenças entre acesso, acessibilidade e inclusão. *Cad Pesqui*. 2023;53:e10084. <https://doi.org/10.1590/1980531410084>.

Desenredando un desafío ético en los proyectos de salud: ¿se trata de gestión/calidad o investigación?

Silvana Soli¹, Jennifer S. Appeceix², Mónica Senillosa², Gastón Perman³ y María F. Grande Ratti¹

1. Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano. Buenos Aires. Argentina

2. Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca. Buenos Aires. Argentina

3. Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano. Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

Introducción: en ciencias de la salud, la distinción entre proyectos de investigación y proyectos de gestión o mejora de la calidad constituye un desafío frecuente. Ambos enfoques pueden compartir herramientas metodológicas similares, como la recolección sistemática de datos, el análisis estadístico y la comunicación de resultados. Esta superposición genera confusión conceptual y práctica, especialmente cuando los proyectos de mejora adoptan diseños propios de la investigación clínica o buscan difusión académica. Clarificar estas diferencias resulta fundamental para garantizar el cumplimiento ético y normativo.

Estado del arte: la investigación en salud se define por su objetivo de generar conocimiento nuevo y generalizable, requiriendo evaluación y aprobación por un comité de ética. En contraste, los proyectos de gestión o mejora de la calidad se orientan a optimizar procesos, resultados o eficiencia dentro de una institución específica, sin intención de extrapolar los hallazgos. La literatura señala que la confusión surge cuando iniciativas de mejora utilizan metodologías rigurosas propias de la investigación, y/o cuando sus resultados se presentan para publicación, lo que difumina los límites entre ambos enfoques.

Conclusión: el elemento central para diferenciar ambos tipos de proyectos es el propósito. Cuando el objetivo principal es responder una pregunta científica con impacto más allá del entorno local, se trata de investigación. Si la finalidad es resolver un problema operativo específico, corresponde a mejora de la calidad. Ante escenarios ambiguos, la consulta al comité de ética se reconoce como una práctica recomendada que contribuye a resguardar la integridad ética y regulatoria de los proyectos.

Palabras clave: investigación biomédica, mejoramiento de la calidad, comités de ética en investigación, investigación, calidad de la atención de salud, Argentina

Unraveling a Dilemma in Healthcare Projects: Is It About Quality Improvement or Research?

ABSTRACT

Introduction: in health sciences, distinguishing between research projects and quality management or improvement projects is a frequent challenge. Both approaches can share similar methodological tools, such as systematic data collection, statistical analysis, and results communication. This overlap

Autora para correspondencia: maria.grande@hospitalitaliano.org.ar, Grande Ratti MF.

Recibido: 25/09/2025 Aceptado: 19/06/2026 | Publicado: 26/06/2026

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1297>

Cómo citar: Soli S, Appeceix JS, Senillosa M, Perman G, Grande Ratti MF. Desenredando un desafío ético en los proyectos de salud: ¿se trata de Gestión/Calidad o Investigación? *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2026;46(2):e0001297.

generates conceptual and practical confusion, especially when improvement projects adopt designs typical of clinical research or seek academic dissemination. Clarifying these differences is fundamental to ensuring ethical and regulatory compliance.

State of the art: health research is defined by its objective of generating new and generalizable knowledge, requiring evaluation and approval by an ethics committee. In contrast, quality management or improvement projects are oriented toward optimizing processes, results, or efficiency within a specific institution, without the intention of extrapolating the findings. The literature indicates that confusion arises when improvement initiatives use rigorous research methodologies or when their results are presented for publication, blurring the boundaries between the two approaches.

Conclusion: the central element for differentiating between these two types of projects is their purpose. When the primary objective is to answer a scientific question with an impact beyond the local context, it is considered research. If the aim is to solve a specific operational problem, it falls under quality improvement. In ambiguous scenarios, consulting the ethics committee is recognized as a recommended practice that helps safeguard the ethical and regulatory integrity of projects.

Keywords: biomedical research, quality improvement, ethics committees, research, quality of health care, research, Argentina

INTRODUCCIÓN

La diferencia entre un proyecto de investigación clínica y la evaluación de un proyecto de gestión sanitaria o de mejora de la calidad en salud puede parecer sutil, pero es importante saber diferenciarlo, tanto desde el aspecto ético como regulatorio¹. El presente artículo se propone reflexionar sobre sus particularidades y brindar herramientas para clasificarlos correctamente; analizándolo y contextualizándolo dentro del marco regulatorio, ético e institucional argentino, donde existen aún desafíos prácticos para su diferenciación operativa e implementación.

ESTADO DEL ARTE

Un dilema frecuente en la práctica

Hace ya 20 años, Lynn abordaba la tensión entre lo que se considera mejora de la calidad (del inglés *Quality Improvement*) y lo que se define como investigación con sujetos humanos, centrando la atención en cómo entran en juego las regulaciones éticas para cada contexto². El autor sugirió entonces varios factores clave que funcionan como criterios orientadores: finalidad del proyecto, retroalimentación rápida al sistema, participantes y riesgos, diseño del proyecto, intención de publicación o comunicación, origen del financiamiento, definiciones operativas de “investigación con sujetos humanos” (p. ej., las intervenciones forman parte de la práctica habitual o no; las acciones propuestas se realizarán temporalmente o para siempre, entre otras), y aspectos regulatorios. Ya planteaba que el objetivo principal de esta diferenciación se basa en proteger a los *participantes* (p. ej., pacientes, familiares, cuidadores, profesionales, docentes, alumnos) y al sistema, sin obstaculizar la implementación de mejoras necesarias². Por ejemplo, un programa sanitario se considera una actividad de gestión (en el que se usan datos para monitorizar cobertura, desempeño, eficiencia

o impacto local), aunque podría incluir componentes de investigación (p. ej., si se desea publicar).

Si hay duda sobre su correcta clasificación, debería existir algún nivel de revisión ética, aunque sea en forma simplificada. Sobre este punto particular, en 2013 Patel y cols. analizaron cómo varía la revisión por parte de los comités de ética (en inglés, *Institutional Review Boards*) en múltiples sitios cuando se implementa un proyecto de mejora asistencial³. Estos autores midieron tiempos hasta la presentación, aprobación y comienzo del estudio, evidenciando que el mayor retraso se dio en la presentación del proyecto (45 ± 32 días), mientras que la aprobación tardó en promedio 14 ± 6 días, con el 80 % aprobados mediante revisión acelerada (del inglés *expedited review*)³.

No es un dato menor que la mayoría exigió consentimiento informado documentado por parte de los participantes³, un aspecto en el que hubo mucha variabilidad de criterios, por tratarse de una situación de “bajo riesgo”. Basados en el Informe Belmont⁴, en la normativa de Estados Unidos (p. ej. 45-CFR-46)⁵, y en las directrices éticas internacionales del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas para la investigación relacionada con la salud en los seres humanos⁶, el *riesgo es mínimo cuando la probabilidad y magnitud del daño o incomodidad anticipados no es mayor que los que se encuentran en la vida diaria o durante exámenes físicos o psicológicos rutinarios*. Algunos ejemplos prácticos de actividades consideradas de mínimo/bajo riesgo son: observación de prácticas clínicas habituales (sin modificar el seguimiento o tratamiento con fines académicos), revisión retrospectiva de historias clínicas (donde se garantiza la confidencialidad de los datos personales), encuestas o entrevistas (anonimizadas y sin preguntas sensibles)⁷, e intervenciones organizativas (p. ej., cambios estructurales de protocolos asistenciales, políticas o ciertos programas)⁸.

Categorización de riesgo de investigaciones de salud en la argentina

El marco normativo de la Provincia de Buenos Aires (que puede variar ligeramente entre jurisdicciones) define:

- Investigaciones “sin riesgo” a: a) aquellas que utilizan datos ya disponibles y de dominio público, b) aquellas que se realizan con datos o muestras biológicas almacenados en servicios de salud de manera tal que no se pueda determinar la identidad de los titulares y c) investigaciones que metodológicamente respondan a estudios descriptivos, registros, epidemiológicos u observacionales transversales y longitudinales, siempre y cuando no sea posible identificar a los participantes⁹. Estos proyectos no implican recomendaciones ni requisitos especiales de protección. De acuerdo con la Resolución 1480 del Ministerio de Salud de la Nación, no representan ningún riesgo y no requieren ningún mecanismo de control⁹.

- Investigaciones de “mínimo riesgo” a aquellas denominadas como tales por la Comisión Conjunta de Investigación en Salud, según el art. 6. Inc. b de la Ley 11044⁹. Entre ellas: a) estudios transversales y longitudinales, siempre y cuando trabajen sobre datos identificados, muestras biológicas identificadas y vinculadas a población vulnerable (clasificada como tal por motivos de edad, estado de salud, situación socioeconómica), considerado el riesgo desde el punto de vista físico, psíquico o emocional y socioeconómico; b) analíticos que utilicen expedientes e información referidos a experiencias previas de los sujetos de estudio, con datos identificados y vinculados a ellos; c) observacionales que incluyen encuestas o entrevistas: el riesgo se identifica en el posible manejo de datos, las normas vinculadas a confidencialidad y el manejo de información sensible vinculada a personas (Ley 25326); d) estudios de intervención que incluyan procedimientos diagnósticos o tratamientos de rutina: si bien son procedimientos cuyo riesgo se identifica con la práctica habitual, estos se realizan con motivo de la investigación; e) observacionales en los que sea posible identificar los datos de las personas, entre otros.

El marco normativo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires establece que *las investigaciones para la salud conllevan diferentes niveles de riesgo para los participantes, dependiendo de las características específicas*, con la necesidad de establecer control y seguimiento por parte de los Comités de Ética en Investigación (CEI)¹⁰. Definen¹⁰:

- Sin riesgo: aquellos estudios en los que no se realiza ninguna modificación o intervención intencionada sobre variables biológicas, psicológicas o sociales de los sujetos participantes, y en los cuales no sea posible identificar a estos. Ejemplos: investigaciones que no se realizan sobre seres humanos, que se realizan con datos o muestras biológicas almacenados en servicios de salud de manera tal que no se pueda determinar la identidad de los titulares (revisión de historias clínicas cuyos datos fueron de identificados, análisis de muestras biológicas anonimizadas), que emplean cuestionarios o entrevistas donde no se registren datos que permitan la identificación de los participantes (datos personales), ni se traten aspectos sensibles.

- Con riesgo mínimo: aquellas investigaciones en donde el riesgo es similar o equivalente a los riesgos de la práctica médica de rutina. Los riesgos pueden estar relacionados con aspectos vinculados con la exposición de los participantes a mediciones o procedimientos que, aun siendo de práctica habitual, se repiten con mayor frecuencia, o que se realizan exclusivamente como parte de la investigación propuesta. La privacidad, confidencialidad y seguridad también deberán ser garantizadas durante la obtención de datos, la transmisión a otros centros, y la construcción de bases de datos compartidas, particularmente cuando se transmitan por medios electrónicos.

En el ámbito nacional, según la Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud de la Nación¹¹, existen excepciones que no requieren revisión por CEI:

- a. Cuando en la investigación no participan seres humanos o cuando se utiliza información pública, siempre que no se identifique a los individuos de ningún modo.

- b. Cuando la intervención se limita al estudio de los sistemas de salud, programas oficiales de salud pública o la vigilancia epidemiológica, siempre que no exista ninguna posibilidad de identificar a los individuos.

Análisis comparativo

Si bien los marcos regulatorios anteriormente descriptos comparten criterios generales para la clasificación del riesgo en investigación, se observan diferencias en el nivel de detalle de las definiciones, en los mecanismos de supervisión requeridos, y en las excepciones contempladas para la revisión ética. Estas discrepancias pueden generar variabilidad en la interpretación y categorización de proyectos similares entre jurisdicciones, con potencial impacto sobre los tiempos de evaluación y la carga administrativa para investigadores e instituciones (particularmente para los proyectos multicéntricos). Desde una perspectiva operativa y logística, la existencia de criterios armonizados y claramente definidos favorecería una aplicación más uniforme de las normativas, optimizando los procesos de revisión ética sin comprometer la protección de los participantes de investigación.

Hoy en día sigue existiendo una amplia convergencia conceptual respecto de qué estudios pueden considerarse exentos de revisión, cuáles se clasifican como de riesgo mínimo y qué mecanismos de control resultan exigibles en cada jurisdicción, generando heterogeneidad en los procesos de evaluación ética. La armonización de criterios entre jurisdicciones constituye, por lo tanto, un desafío pendiente para mejorar la eficiencia regulatoria y la previsibilidad de los procesos de revisión. En línea con este pendiente, el *Decreto 893/2025* crea la Comisión Nacional de Bioética en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación y fortalece la articulación federal en materia de ética en investigación y acreditación de los CEI. Consideramos que esta normativa aporta contexto relevante para comprender la evolución reciente del marco regulatorio nacional aplicable a la evaluación ética de proyectos de salud y permitirá centralizar la gestión de los procesos de evaluación ética (p. ej., evitará antinomias y solapamientos, fortalecerá la coordinación, reducirá cargas y tiempos

administrativos, además de optimizar la asignación de recursos y dotar de mayor coherencia, previsibilidad, seguridad jurídica y efectividad en la aplicación de los estándares éticos).

¿Es investigación o calidad/gestión?: Ejemplos reales y nota de no objeción ética

El ejemplo A (Tabla 1) muestra cómo la frontera (zona gris, de incertidumbre) entre mejora de la calidad e investigación puede volverse difusa en la práctica. Aunque el proyecto surgió como una intervención orientada a optimizar procesos asistenciales, la recolección sistemática de datos y la intención de difundir los resultados más allá del ámbito institucional introducen elementos característicos de la investigación en salud. Este cambio de alcance tiene implicancias éticas y regulatorias, particularmente en relación con la revisión por un Comité

de Ética en Investigación, la protección de datos personales y, eventualmente, la exención de consentimiento o de aprobación ética formal¹². Ya que habitualmente las normas editoriales de las revistas científicas exigen aprobación ética basada en las normas internacionales (Fig. 1), podría solicitarse un “dictamen de no requerimiento de aprobación ética” (en inglés, *waiver of ethical approval*). Incluso, en algunos entornos de investigación de bajo riesgo, la exención del consentimiento puede resultar apropiada para estos casos.

El ejemplo B (véase Tabla 1) ilustra otra situación frecuente en la que un proyecto inicialmente concebido como relato de gestión o mejora de la calidad incorpora objetivos de generación y difusión de conocimiento que exceden el ámbito institucional¹³. Estos casos ponen de manifiesto la necesidad de mecanismos de evaluación proporcionales al riesgo, como revisiones aceleradas o

Tabla 1. De la teoría a la práctica: ejemplos reales que presentaron incertidumbre

Caso A	En una reunión, un jefe de Servicio propone un nuevo modelo de atención que denominará Unidad de Práctica Integrada para la atención de personas con cáncer de pulmón, alineado con el marco estratégico institucional y la medicina basada en el valor. “Nuestro objetivo será optimizar la atención mediante un abordaje multidisciplinario que mejore la accesibilidad, estandarice el manejo clínico y garantice una atención de calidad con uso eficiente de los recursos”, dice entusiasmado. Una becaria de perfeccionamiento pregunta si deben presentar el proyecto al Comité de Ética. “No, esto es solo una mejora interna”, responde. Meses más tarde, el equipo decide redactar un artículo para publicar los resultados preliminares del piloto. Pero al someterlo a revisión de pares en una revista científica, les solicitan la aprobación ética, ya que el trabajo “parece una investigación”.
Caso B	Un lunes por la mañana, en un Espacio Académico del Área de Investigación en Medicina Interna, se compartió el informe de evaluación recibido por el CEI, en el que el/la evaluador/a preguntaba: “¿En qué contexto se desarrolla este estudio? Aclarar si se trata de una medición de procesos de calidad institucionales. Si lo es, deberán agregar en el protocolo una descripción sobre qué medidas se tomarán si los resultados de la intervención resultaran insatisfactorios”. El protocolo CEPI#7596 se titula “Unidad de valoración geriátrica integral rápida en Guardia, destinada a pacientes mayores (≥ 80 años) afiliados a plan de salud”. Se explicó en el plan de trabajo que se trata de un cambio organizativo ya implementado (en pasado), que por ende la recolección de datos utilizará datos secundarios retrospectivos, y podría bien considerarse un “relato de experiencia en gestión” ¹³ . Sin embargo, luego de un conversatorio entre investigadores/as, concluimos que no solo busca objetivar resultados y compartir aprendizajes y reflexiones, sino que consideramos que se encuadra en un trabajo de investigación porque: a) El propósito trasciende la mejora interna y busca generar conocimiento generalizable (es decir, apuntamos a comunicar los resultados fuera de nuestra institución). b) No se limita a describir la experiencia profesional desde la perspectiva del equipo gestor, sino que recopila datos clínicos de los pacientes. c) Aunque se utilice el tablero de gestión como fuente de datos primaria, también será necesario un pedido de datos al Departamento de Gestión de la Información para la Investigación para solicitar otros datos adicionales (p. ej., desenlaces relacionados con el seguimiento postconsulta). Adicionalmente, optamos por agregar al protocolo esta frase: “Está contemplado el rediseño o ajuste de la intervención sobre la base de los hallazgos”. Esta incorporación garantizará un enfoque ético y responsable, alineado con los principios de mejora continua y gestión de calidad de la institución.

Protocolo Versión 1 - Fecha 25/07/2022

Consideraciones éticas

Este proyecto está diseñado como un estudio solo observacional de la práctica habitual del cuidado de los pacientes, sin ninguna intervención particular a los fines de este protocolo. Los coordinadores de la UPI de pulmón serán los custodios del servidor y de la base, y serán los responsables de su mantenimiento, soporte técnico, actualización y renovación del registro en caso de que surjan nuevas variables y proyectos a incorporar.

Según la resolución 1480/2011 del Ministerio de La Nación, podría tratarse de un caso que no requiera de revisión por un Comité de Ética Institucional, por ser la evaluación de un programa sanitario o de un servicio de salud una excepción:

"A veces puede ser difícil distinguir si un proyecto específico es para una investigación o para la evaluación de un programa sanitario o de un servicio de salud. La característica que define a la investigación es que su finalidad es producir conocimientos nuevos y generalizables; en cambio, en una evaluación solo se busca conocer y describir una característica o diagnóstico pertinente solo a una persona, un grupo de ellas o un programa específico. La evaluación de un programa sanitario oficial o servicio de salud, realizada por los propios operadores del programa o por el personal de la institución, debería considerarse una acción necesaria para garantizar la eficacia y seguridad de una instalación o procedimiento, siempre bajo la perspectiva de beneficiar a las personas".

Este caso puntual (o programa específico: UPI) recolecta información clínica relacionada con la asistencia sanitaria sobre la base de una nueva modalidad de atención. Sin embargo, ante la duda sobre el alcance, decidimos someter al CEI para su correcta definición, y/o eventual aprobación.

Figura 1. Párrafo de consideraciones éticas correspondiente al protocolo CEPI#6486 y PRIISA#7753.

procedimientos simplificados por parte de los CEI, particularmente cuando no se prevén riesgos mayores que los mínimos¹⁴. Asimismo, algunas instituciones contemplan circuitos alternativos para la evaluación de proyectos de mejora de la calidad y la emisión de dictámenes de no requerimiento de aprobación ética. Como ejemplo real, el Comité de Ética y Protocolos de Investigación (CEPI) del Hospital Italiano aceptar que "aquellas publicaciones que refieren exclusivamente a intervenciones ya realizadas, cuyo objetivo sea comunicar los resultados de un proceso de mejora y que no impliquen la recolección de nueva información" puedan ser presentadas por correo electrónico bajo formato de resumen y, en caso de corresponder, emitirá una *nota de no objeción*.

Por último, en la mayoría de las convocatorias para solicitar financiamiento externo (p. ej., becas/subsidios) de un proyecto en salud se exige la aprobación ética previa o, al menos, la constancia de haber iniciado el trámite ante un CEI. Esto aplica tanto para fondos públicos como privados, nacionales o internacionales, y es especialmente estricto cuando el proyecto involucra personas, usa datos personales o clínicos, realiza intervenciones o pruebas, o simplemente se postula como investigación científico-académica.

Cabe destacar que el requisito de revisión por un Comité de Ética y el requerimiento de consentimiento informado a menudo se confunden, cuando son entidades relacionadas, pero independientes¹⁵. Se podría aplicar a una exención de consentimiento cuando un

estudio solo implica registrar datos del historial médico o administrar un cuestionario que plantea un riesgo bajo o una encuesta anónima¹⁵.

Cuando los métodos se parecen, pero los fines no

La investigación en gestión sanitaria (del inglés *Health Services Research*) es un campo que estudia cómo se organizan, gestionan, financian y proveen los servicios de salud, y cómo estos factores afectan los resultados en salud, el acceso, la eficiencia, la equidad y la calidad del cuidado¹⁶. Estas evaluaciones resultan fundamentales para comprender y optimizar el funcionamiento de las prestaciones de servicios, abordando la organización de los procesos, la utilización de los recursos y el efecto/impacto de las decisiones administrativas sobre la calidad asistencial.

Se trata de un enfoque integral, estructurado y medible para la gestión organizacional, que implica la aplicación de métodos cualitativos y cuantitativos para mejorar la eficacia, la eficiencia y la flexibilidad de todos los procesos dentro de una organización¹⁷. Suele enfatizar la importancia de un enfoque centrado en la persona, donde la satisfacción del paciente es el objetivo principal¹⁷. Su propósito es generar conocimiento aplicable que favorezca una atención más segura y eficiente¹, y puede utilizar diversas fuentes de datos, como historiales médicos, encuestas de pacientes y datos administrativos. Su finalidad radica principalmente en proporcionar evidencia que permita sustentar decisiones administrativas,

fortalecer las políticas internas y consolidar prácticas de mejora continua.

A pesar de compartir características similares relacionadas con las metodologías como la recolección de datos y el análisis sistemático de resultados, presentan diferencias con respecto a la investigación clínica. La tabla 2 y la figura 2 exponen las características que definen ambos enfoques, facilitando la discriminación crítica entre la naturaleza de los proyectos. Diferenciar entre estas iniciativas resulta esencial para definir el alcance de la revisión ética y las responsabilidades de los investigadores.

CONCLUSIONES

Las fronteras entre investigación en salud y mejora de la calidad no siempre son nítidas, especialmente cuando los proyectos utilizan metodologías similares, involucran la recolección sistemática de datos o prevén la difusión de sus resultados. Si bien el propósito del proyecto

constituye un criterio central para su clasificación, la determinación debe considerar además el contexto, los riesgos involucrados, el alcance esperado de los hallazgos y los marcos regulatorios aplicables.

La responsabilidad principal recae en las organizaciones involucradas, y no en los CEI¹⁸. Sin embargo, desde una perspectiva regulatoria, la responsabilidad es compartida y complementaria porque: a) la institución es responsable de promover buenas prácticas, gobernanza de datos, capacitación y mecanismos de supervisión, b) los investigadores son responsables del diseño y la conducción del proyecto y c) los CEI son responsables de la evaluación ética independiente cuando corresponda y de determinar si un proyecto requiere revisión, revisión simplificada o exención.

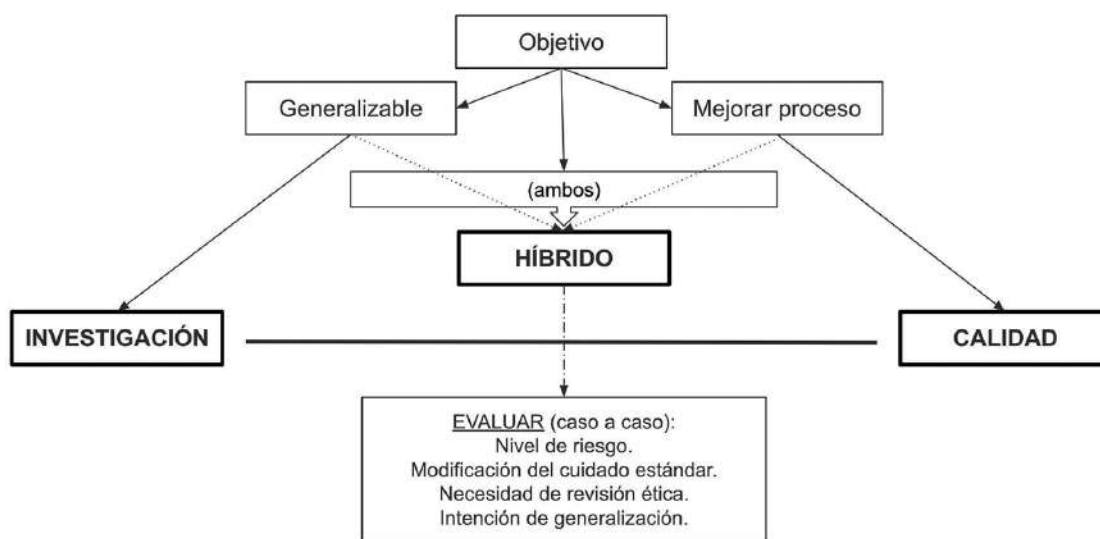
Tanto en investigación como en iniciativas de mejora de la calidad, el respeto por la autonomía, la privacidad y la confidencialidad de la información constituyen principios

Tabla 2. Características diferenciales entre investigación en salud y proyectos de gestión sanitaria (o calidad asistencial)

Proyecto de Investigación en salud		Proyecto de mejora de la Calidad Asistencial (o de Gestión Sanitaria)
Objetivo principal	Generar conocimiento que contribuya a responder preguntas científicas o profesionales y que potencialmente pueda ser aplicable a otros contextos	Mejorar procesos, resultados o desempeño dentro de una institución o sistema específico
Alcance esperado de los hallazgos	Frecuentemente orientado a producir conocimiento transferible o generalizable	Principalmente orientado a resolver problemas locales, aunque los hallazgos pueden resultar de interés para otras instituciones
Hipótesis o Pregunta	Habitualmente presente (de forma explícita)	No siempre necesaria; suele centrarse en objetivos de mejora
Riesgos para participantes	Variable, según el diseño y los procedimientos involucrados	Habitualmente mínimo o equivalente a la práctica habitual (se basa en utilización de datos rutinarios del sistema de salud o en la introducción de mejoras basadas en la evidencia que ya mostraron seguridad y eficacia), aunque debe evaluarse caso por caso
Revisión ética	Casi obligatoria, aunque determinada por el nivel de riesgo y la normativa aplicable	Condicional (p. ej., cuando/si se desea publicar)
Modificación del cuidado estándar o Relación con la práctica habitual	Puede incluir observación de la práctica habitual o intervenciones adicionales definidas por el protocolo (con frecuencia).	Raramente, ya que habitualmente introduce cambios destinados a optimizar procesos asistenciales o de gestión dentro de la práctica habitual

La validez interna no es exclusiva de los proyectos de mejora.
La validez externa no es exclusiva de la investigación.
Ambos tipos de proyectos pueden perseguir ambas formas de validez en diferente grado.
Fuente: elaboración propia.

Fuente: elaboración propia.



Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Red conceptual que orienta y facilita la categorización crítica entre la naturaleza de los proyectos

esenciales. La principal consideración ética en investigación en gestión radica en el manejo de la información sanitaria. La confidencialidad y la protección de los datos personales constituyen los pilares fundamentales, por lo que se debe asegurar el anonimato de los registros y limitar el acceso únicamente a quienes estén autorizados.

Los proyectos de gestión y mejora de la calidad deben desarrollarse considerando las características del contexto institucional y regulatorio en el que se implementan (p. ej., el comité de ética podría ser incluso un requisito obligatorio). Y aun así, el responsable del proyecto está obligado deontológicamente a actuar con integridad, haya o no pasado por un Comité de Ética.

Pueden existir situaciones ambiguas que generan dudas, o incluso casos híbridos (combinados, donde se trate de ambas en simultáneo). Por eso, nuestras recomendaciones finales para tener en cuenta son:

- Si se quiere publicar y generalizar los resultados, probablemente se necesite tratarlos como investigación (muchas revistas exigen aprobación ética dentro de normas editoriales).

- Si se intenta buscar financiamiento, probablemente el proyecto necesite evaluación y/o aprobación ética (independientemente de investigación, calidad o gestión). Los organismos financiadores exigen evidencia de revisión ética cuando el proyecto involucra personas, datos clínicos, historias clínicas o muestras biológicas. Este requisito busca garantizar la adecuada protección de los participantes, el manejo responsable de la información y el cumplimiento de las normativas vigentes.

- Si se tienen dudas, es buena práctica consultar al Comité de Ética para asegurarse de cumplir con los requisitos normativos y éticos. La necesidad de una dis-

pensa de consentimiento no es justificación de ausencia de evaluación ética, y viceversa.

Contribuciones de los autores: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, *Software*; Metodología, Administración del proyecto; Supervisión, Validación, Visualización, Redacción borrador original, Redacción-revisión y edición: SS, JSA, MS, GP, MFGR.

Conflictos de intereses: los autores declaran no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Financiamiento: los autores declaran que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

REFERENCIAS

1. Bass PF 3rd, Maloy JW. How to determine if a project is human subjects research, a quality improvement project, or both. *Ochsner J.* 2020;20(1):56-61. <https://doi.org/10.31486/toj.19.0087>.
2. Lynn J. When does quality improvement count as research? Human subject protection and theories of knowledge. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(1):67-70. <https://doi.org/10.1136/qshc.2002.002436>.
3. Patel DI, Stevens KR, Puga F. Variations in institutional review board approval in the implementation of an improvement research study. *Nurs Res Pract.* 2013;2013:548591. <https://doi.org/10.1155/2013/548591>.
4. Department of Health, Education, and Welfare; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. *J Am Coll Dent.* 2014;81(3):4-13.
5. U.S. Department of Health and Human Services. Office for Human Research Protections (OHRP). 45 CFR 46: the HHS regulations for the protection of human subjects in research [Internet]. Washington, DC: HHS; 2025 Feb 11 [citado 2025 sept 16]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/regulations/45-cfr-46/index.html>
6. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), World Health Organization (WHO). International ethical guidelines for

- health-related research involving humans [Internet]. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences; 2016 [citado 2025 sept 16]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK614410/>.
7. Grande Ratti MF, Murature D, Sánchez Del Roscio A, et al. Ética en la investigación cualitativa. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2024;44(1):e0000295. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v44i1.295>.
 8. Grande Ratti MF, Martínez B. Reestructuración de la Central de Emergencias durante la pandemia. *Rev Hosp Ital B.Aires* 2022;42(1):46-8. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v42i1.147>.
 9. Argentina. Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Gestión y Contralor del Conocimiento, Redes y Tecnología Sanitarias; Comisión Conjunta de Investigaciones en Salud. Tipo de Investigaciones e Identificación de los riesgos [Internet]. La Plata: el Ministerio; 2016 [citado 2025 sept 16]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/investigacion/DocTecnico/TipoInvestigaciones-Identificacionriesgos.pdf>.
 10. Argentina. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Guía para la categorización de riesgo en investigaciones en salud [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud, GCBA; 2019 [citado 2025 sept 16]. Disponible en: <https://static.buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2019/07/05/c47badfec486e91b95939e06715f5246ac6665e8.pdf>.
 11. Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 1480/2011: Guía para investigaciones con seres humanos. *Bol Oficial Rep Argent*. 2011 sept 9;(32239):14.
 12. Siriwardana A, Smyth B, Jardine M, et al. Waiver of informed consent in clinical research: a summary of contemporary guidelines and a resource for researchers. *BMJ Open*. 2025;15(3):e091896. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091896>.
 13. Soli S, Braslavsky A, Peroni ML, et al. ¿Qué es y para qué sirve un relato de experiencia profesional? *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2025;45(3):e0000845. <https://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.vi.845>.
 14. Wolzt M, Druml C, Leitner D, et al. Protocols in expedited review: tackling the workload of ethics committees. *Intensive Care Med*. 2009;35(4):613-615. <https://doi.org/10.1007/s00134-008-1343-x>.
 15. Eccles MP, Weijer C, Mittman B. Requirements for ethics committee review for studies submitted to Implementation Science. *Implement Sci*. 2011;6:32. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-32>.
 16. Steinwachs DM, Hughes RG. Health services research: scope and significance. En: Hughes RG, editor. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. Chapter 8.
 17. Hu Z, Wang RS, Qin X, et al. The global research landscape and future trends in healthcare Total Quality Management. *Arch Public Health*. 2024;82(1):193. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01420-3>. Errata en: *Arch Public Health*. 2024;82(1):215. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01448-5>.
 18. Wade D. Ethics of collecting and using healthcare data. *BMJ*. 2007;334(7608):1330-1331. <https://doi.org/10.1136/bmj.39247.679329.80>.

Curso virtual de investigación cualitativa dirigido a profesionales de Atención Primaria

María F. Grande Ratti¹, Gabriela Di Croce², Clara A. Pratola³, Ana C. Godoy⁴, Karin S. Kopitowski⁵ y Camila Juana⁶

1. Área de Investigación en Medicina Interna. Hospital Italiano, Buenos Aires. Argentina.
2. Obra Social del Personal de la Construcción (OsPeCon). Argentina.
3. Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano. Buenos Aires. Argentina.
4. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.
5. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano. Buenos Aires. Argentina.
6. Universidad Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Introducción: la formación en investigación cualitativa es un componente clave de la educación continua para profesionales de Atención Primaria de la Salud (APS), ya que fortalece competencias metodológicas y contribuye al desarrollo profesional. El objetivo fue describir la implementación y sistematización de un curso de investigación cualitativa, destacando desafíos, decisiones y aprendizajes, así como la retroalimentación de los participantes.

Material y métodos: curso virtual de 2 encuentros sincrónicos, llevados a cabo en el año 2023, durante horario vespertino, con metodología participativa y mediante ejemplos reales. Fue apoyado económicamente por la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, de la Argentina. Se contemplaron honorarios docentes, pero el curso se dictó de manera gratuita para miembros de la sociedad científica. Se registró asistencia, se administró una encuesta anónima posterior a los encuentros, y se entregaron certificados que otorgan créditos para recertificación de especialidad.

Resultados: a pesar de los 39 preinscriptos, solo el 41% participó efectivamente, con 18 presentes en el primer encuentro sincrónico y 10 en el segundo. Se constató procedencia mayoritaria de las provincias de Córdoba, Buenos Aires y Misiones. Casi la totalidad manifestó que probablemente aplicaría lo aprendido y recomendaría la actividad a otros colegas. Se destacó satisfacción general con la parte práctica y la dinámica-interactiva-participativa, aunque sugirieron mejoras en la legibilidad de algunas diapositivas y en el ritmo de la presentación. Se entregaron 3 certificados de aprobación (a quienes entregaron en tiempo y forma una consigna individual y asincrónica), y 16 de participación (sin evaluación).

Conclusión: la propuesta académica fue bien recibida; valoraron la metodología teórico-práctica y el enfoque interactivo, que favorecieron el intercambio y la participación. A pesar del interés inicial reflejado en las preinscripciones, la efectiva participación indica la necesidad de explorar barreras para estas actividades formativas gratuitas. La virtualidad facilitó la inclusión de profesionales de diversas provincias, y el número reducido favoreció la participación activa. La retroalimentación sugirió áreas de mejora que podrían optimizarse en futuras ediciones.

Palabras clave: médicos de Atención Primaria, investigación biomédica, educación continua, Argentina.

Autora para correspondencia: maria.grande@hospitalitaliano.org.ar, Grande Ratti MF.

Recibido: 20/06/2025 | Aceptado: 1/04/2026 | Publicado: 18/06/2026

DOL: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1281>

Cómo citar: Grande Ratti MF, Di Croce G, Pratola CA, Godoy AC, Kopitowski KS, Juana C. Curso virtual de investigación cualitativa dirigido a profesionales de Atención Primaria. *Rev Hosp Ital B. Aires.*2026;46(2):e0001281

Virtual Course on Qualitative Research for Primary Care Professionals

ABSTRACT

Introduction: training in qualitative research is a key component of continuing education for Primary Health Care (PHC) professionals, as it strengthens methodological competencies and contributes to professional development. The aim was to describe the implementation and systematization of a qualitative research course, highlighting challenges, decisions, and lessons learned, as well as participants' feedback.

Materials and methods: a virtual course consisting of two synchronous sessions, held in 2023 during evening hours, with a participatory methodology based on real-life examples. It was financially supported by the Argentine Federation of Family and General Medicine. Teaching fees were covered, but the course was offered free of charge to members of the scientific society. Attendance was recorded, an anonymous post-session survey was administered, and certificates granting credits for specialty recertification were issued.

Results: despite 39 pre-registered participants, only 41% attended, with 18 participants in the first synchronous session and 10 in the second. Most participants were from the provinces of Córdoba, Buenos Aires, and Misiones. Almost all respondents indicated they would likely apply what they had learned and would recommend the activity to colleagues. Overall satisfaction with the practical component and the interactive, participatory format was highlighted, although suggestions included improving the readability of some slides and adjusting the pace of the presentation. Three certificates of completion were issued (to those who submitted an individual asynchronous assignment on time), and 16 certificates of participation (without assessment).

Conclusion: the academic proposal was well received; participants valued the theoretical-practical methodology and the interactive approach, which fostered exchange and participation. Despite the initial interest reflected in pre-registrations, actual attendance suggests the need to explore barriers to participation in free training activities. The virtual format facilitated the inclusion of professionals from different provinces, and the small group size encouraged active participation. Feedback identified areas for improvement that could be optimized in future editions.

Keywords: primary care physicians, biomedical research, education, continuing, Argentina.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito académico de las ciencias de la salud, la formación en investigación constituye un componente fundamental de la educación médica continua, especialmente en el nivel de Atención Primaria de la Salud (APS)¹. Sin embargo, existen múltiples barreras para la realización de proyectos, incluyendo la falta de instancias formativas, tiempo protegido y recursos específicos de investigación cualitativa²⁻⁵. Los cursos de educación profesional continua, particularmente los ofrecidos en modalidad virtual o mixta, han demostrado ser herramientas efectivas para fortalecer competencias en investigación clínica, facilitando el desarrollo de habilidades metodológicas, analíticas y de comunicación científica⁶⁻⁹. Este enfoque permite que los profesionales adapten la formación a sus necesidades y disponibilidad, promoviendo el aprendizaje activo y basado en competencias¹⁰.

En Latinoamérica y la Argentina se han desarrollado experiencias formativas destinadas a profesionales de APS, orientadas a fortalecer capacidades en investigación cualitativa y evidencia científica, contribuyendo

al desarrollo profesional y a la mejora de la práctica asistencial.

El presente trabajo describe la implementación y la sistematización de un curso de investigación cualitativa dirigido a profesionales de APS, detallando los desafíos enfrentados, las decisiones adoptadas, las lecciones aprendidas desde la perspectiva docente, y la retroalimentación de los participantes. Esta experiencia busca aportar insumos para la planificación y mejora de futuras propuestas de educación continua en investigación.

MÉTODOS/DESARROLLO

Diseño

El presente trabajo se inscribe como un relato descriptivo de una experiencia educativa, centrado en la implementación de un módulo de investigación cualitativa en profesionales de APS. La sistematización se basó en el análisis retrospectivo de los registros generados durante el desarrollo del curso, incluyendo listas de asistencia, resultados de encuestas de satisfacción y retroalimentación cualitativa de los participantes.

Este enfoque permite documentar, analizar y comunicar la experiencia formativa, considerando tanto la perspectiva de los docentes como la de los participantes, y facilita la identificación de aprendizajes, desafíos y oportunidades para la mejora de futuras propuestas¹¹.

Contexto

La Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG) es una sociedad médica científica, cuya misión es contribuir en el ámbito nacional con el sistema de salud y las diversas organizaciones e instituciones sanitarias que lo componen en sus diferentes subsectores, para construir un modelo de atención médica centrado en Equipos de Salud, con médicos de familia y/o generalistas con una sólida formación y compromiso por la APS.

Durante el año 2023, la Comisión Directiva aprobó una propuesta educativa que incluyó el desarrollo, la difusión y la implementación de 4 módulos para los profesionales de la especialidad, que fueran socios activos. Cada módulo fue diseñado de forma independiente, permitiendo que los interesados pudieran cursar uno o varios, de acuerdo con sus necesidades y posibilidades. Cabe señalar que esta propuesta formativa ya ha sido parcialmente analizada en una publicación previa, en la cual se describe y evalúa el módulo 1¹². En dicho trabajo, al igual que en el presente, se utilizaron las mismas encuestas y criterios de evaluación, lo que puede dar lugar a similitudes entre ambos artículos. En este sentido, el presente estudio se centra específicamente en el análisis del módulo 3 del curso, como parte de una propuesta integral compuesta por cuatro módulos. Estratégicamente, fueron difundidos antes del congreso nacional, para motivar el envío de resúmenes y/o facilitar elaboraciones de mejor calidad.

Descripción de la intervención educativa

La propuesta académica consistió en proporcionar contenidos teóricos y prácticos sobre la investigación cualitativa en APS. Se llevó a cabo en 2 encuentros sincrónicos (27/07/2023 y 03/08/2023, respectivamente), de 2 horas cada uno.

La metodología fue tipo taller teórico-práctico (que favoreció el intercambio de opiniones y de experiencias entre colegas), a través de plataforma Zoom (que fomentó la presencialidad a distancia), y de participación grupal (que facilitó la interacción individual, tratándose de pequeños grupos de sujetos participantes). La modalidad virtual fue adrede, con la intención de favorecer la inclusión de profesionales de las diferentes provincias del país (Anexo 1).

Los temas incluidos estuvieron relacionados con todas las etapas de este tipo de investigación, desde el diseño del estudio hasta la publicación de los resultados:

a) Fundamentos teóricos y metodológicos (p. ej., paradigma constructivista, fenomenológico, teoría fundamentada, etc.).

b) Diseños (p. ej., investigación acción participativa, estudio de caso, etnografía, etc.).

c) Instrumentos de recolección de datos (p. ej., entrevistas en profundidad, observación participante, análisis de documentos, entre otros).

d) Análisis de datos y uso de *softwares* (p. ej., análisis temático, análisis de contenido, teoría fundamentada, etc.).

e) Aspectos éticos (consideraciones sobre el consentimiento informado, la confidencialidad y cómo manejar la subjetividad del investigador)¹³. f) Escritura y comunicación científica de resultados, de manera clara y coherente, respetando las normas científicas.

El horario vespertino del dictado (de 19 a 21 horas) fue elegido adrede para intentar garantizar la accesibilidad y la participación desde los hogares, fuera del horario laboral; y las fechas, seleccionadas estratégicamente dado que antecedieron al cierre de las presentaciones de trabajos de investigación y propuestas para el congreso científico nacional (XXI Congreso Nacional de la FAMFyG, XXI Jornada Nacional de Residentes de Medicina Familiar y General y VIII Congreso Nacional de Profesores, desarrollado del 4 al 7 de octubre de 2023 en Posadas, Misiones).

Cada encuentro fue dictado por 2 docentes, uno cumplió el papel de docente principal y expositor; y el otro actuaba como codocente y moderador (p. ej., facilitando las interrupciones ante manos levantadas y/o comentarios en el chat), y registrando el presentismo en los listados internos (necesario para la entrega de certificados).

Se facilitó la entrega de certificados con carácter de "participación" para aquellos inscriptos que solamente asistieron (por 2 o 4 horas), y de "aprobación" para quienes entregaran en tiempo y forma una consigna individual, asincrónica y complementaria a la cursada. Se garantizó que todos los certificados otorgaran los créditos educativos necesarios y requeridos para la formación profesional continua, siendo válidos para la recertificación como especialistas.

Evaluación de la experiencia

Se realizó una encuesta anónima posterior al encuentro para los estudiantes, a través de un formulario electrónico de Google (Anexo 2), que incluyó ítems sobre la satisfacción, el nivel de comprensión de los contenidos y la utilidad percibida de la metodología aplicada. Asimismo, se realizó un análisis cualitativo de las reflexiones escritas por los estudiantes al finalizar el módulo.

Análisis

Las variables cuantitativas (p. ej., edad, sexo y provincia del participante) se analizaron utilizando estadísticas descriptivas. Los datos cualitativos (p. ej., respuestas de texto libre) se analizaron mediante análisis temático, identificando patrones recurrentes.

RESULTADOS

Hubo un total de 39 preinscriptos, mayoritariamente mujeres (84,6%) y profesionales especialistas no residentes (64,1%), con interesados provenientes de la Asociación Cordobesa de Medicina Familiar y Comunitaria (20,5%), la Asociación Metropolitana de Medicina Familiar (12,8%),

la Asociación Misionera de Medicina General/Familiar y del Equipo de Salud (10,2%), y otras minorías.

Participaron efectivamente 16 personas (41,0%), según los registros internos. Los encuentros sincrónicos se realizaron los días 27/07 y 03/08, con 18 participantes en el primer encuentro y 10 en el segundo.

La tabla 1 presenta las características de los participantes según el tipo de certificación obtenida (participación o aprobación). En relación con el *feedback* sobre las actividades académicas (Tabla 2), la totalidad de los participantes indicó que sería muy probable que pudiera aplicar lo aprendido y que recomendaría la actividad a otras personas.

La tabla 3 resume los aspectos académicos positivos (para mantener) y negativos (para mejorar) señalados por los participantes, incluyendo verbatim. Entre los aspectos positivos se destacaron: la utilidad de las actividades prácticas, el uso de ejemplos, la dinámica de los encuentros sincrónicos, y los espacios de intercambio. Entre los aspectos para mejorar se mencionaron: la legibilidad de las diapositivas, la necesidad de mayor cantidad de ejemplos (especialmente para el marco teórico), la profundización en técnicas de recolección de datos (como entrevistas y grupos focales), la velocidad de exposición y la claridad de algunos esquemas.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta experiencia educativa ponen de manifiesto los desafíos enfrentados, las decisiones tomadas y las lecciones aprendidas, aportando información valiosa para que otros puedan replicarlos o adaptarlos (con enfoques similares, en sus propios contextos).

La inscripción inicial mostró un alto interés (39 preinscriptos), aunque la participación efectiva fue del 41%, con 18 asistentes en el primer encuentro y 10 en el segundo. La modalidad virtual permitió la participación de profesionales de distintas provincias, eliminando barreras geográficas y favoreciendo la inclusión¹⁴. Con los avances en la tecnología y las redes sociales, la educación a distancia se ha convertido en un enfoque novedoso y en rápido auge para la formación de proveedores de atención sanitaria, tanto en niveles de pregrado como de posgrado¹⁵. Sin embargo, la brecha entre inscripción y asistencia refleja limitaciones relacionadas con la

planificación temporal, la multitarea profesional y las obligaciones precongreso, sugiriendo que mayor anticipación en la difusión y recordatorios podrían mejorar la participación.

El apoyo político, económico y logístico de la sociedad científica fue fundamental para garantizar la accesibilidad del curso, cubrir honorarios docentes y ofrecer la actividad gratuita a los participantes. La formación de profesionales de ciencias de la salud exige una reflexión permanente para dar respuesta a una sociedad en continua transición, pero aún más en contextos sociales y económicos tan delicados como el actual, que influyen directa o indirectamente en el sistema sanitario¹⁶.

Alineado con esta experiencia, otras publicaciones locales hicieron hincapié en que el enfoque educativo basado en competencias no se centra únicamente en la acumulación de información, sino que se orienta hacia la aplicación práctica de habilidades¹⁷. Este abordaje pedagógico basado en situaciones del mundo real resulta clave para formar a los futuros profesionales de la salud^{16,18}. Si bien la baja tasa de respuesta de las encuestas (39% y 20%) representa una limitación metodológica y un posible sesgo de información y de respuesta, los datos obtenidos reflejan una oportunidad para reflexionar como antecedente que puede orientar futuras propuestas formativas en este campo, y sin duda para considerar en la planificación del siguiente ciclo lectivo. Por otro lado, si bien el instrumento permitió capturar información clave sobre la participación, satisfacción y percepción de los participantes, reconocemos que podría haberse diseñado para explorar otras dimensiones del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Dado que los profesionales y los residentes cuentan con poca experiencia y habitualmente carecen de instancias formativas para enfrentar los desafíos que impone la investigación y la redacción científica⁶, este curso resultó extremadamente valioso y necesario. Sin embargo, dos encuentros de dos horas constituyen una instancia muy breve que no permite desarrollar de manera exhaustiva todos los ítems de investigación científica o procesos de acompañamiento personalizados como en una mentoría. Por eso, las sociedades, asociaciones, fundaciones y agrupaciones médicas deben transformarse en núcleos de convivencia intergeneracional¹⁹, favoreciendo la

Tabla 1. Características de participantes del módulo 3 del curso de investigación FAMFYG 2023

	n: 16	
	Participaron (n: 13)	Aprobaron (n: 3)
Sexo		
Femenino	76,9% (10)	100% (3)
Masculino	23,1% (3)	-
Entregaron consigna en tiempo y forma	-	100% (3)
Aprobaron tarea asincrónica	-	100% (3)

Tabla 2. Respuestas sobre *feedback* de cada encuentro sincrónico

	Encuentro 1	Encuentro 2
Número de presentes en el taller sincrónico	18	10
Tasa de respuesta	38,8% (7)	20,0% (2)
¿Por qué motivos decidiste inscribirte y participar de este Taller?		
Para aprender más sobre el tema	71,4% (5)	50% (1)
Para conocer formas de aplicar conocimientos	42,9% (3)	50% (1)
Porque una persona me lo recomendó	-	-
Por curiosidad	14,3% (1)	-
Otra	14,3% (1)	-
¿Cuán probable es que puedas poner en práctica lo aprendido?		
Muy probable	85,7% (6)	100% (2)
Probable	14,3% (1)	-
Algo probable	-	-
Improbable	-	-
No sé/Prefiero no responder	-	-
¿Cuán probable es que recomiendes esta actividad a otras personas?		
Muy probable	100% (7)	100% (2)
Probable	-	-
Algo probable	-	-
Improbable	-	-
No sé/Prefiero no responder	-	-

inclusión de nuevas generaciones y promoviendo a los jóvenes a posiciones de liderazgo, y el acompañamiento longitudinal a largo plazo.

De manera similar a esta propuesta educativa, la Sociedad Torácica Estadounidense lanzó un Programa de Métodos en Investigación Epidemiológica, Clínica y Operativa (MECOR) que data de 1994, que se propuso proporcionar un medio sostenible para aumentar la capacidad de investigación local y nacional destinada a abordar esta necesidad. Para el año 2013, un total de 1015 estudiantes habían completado al menos un nivel, el 64% de los participantes publicó un artículo médico, el 79% lo presentó en una reunión científica o académica, el 51% presentó un protocolo de investigación para obtener financiación y el 42% obtuvo financiamiento²⁰. De igual manera, nuestro curso contribuyó a fortalecer

competencias en investigación cualitativa y escritura científica, facilitando la preparación de resúmenes claros e informativos, esenciales para la difusión de resultados en congresos.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio contribuyen a la construcción de conocimiento situado en torno a la enseñanza de la investigación cualitativa en el campo de la formación continua, y constituyen un antecedente que puede orientar tanto el rediseño de la propuesta como el desarrollo de nuevas iniciativas formativas.

Contribuciones de las autoras: Conceptualización (MFGR, GDC, ACG, KK). Redacción-borrador original (MFGR, CAP, CJ). Redacción- revisión y edición, Aprobación de la versión final (MFGR, GDC, ACG, KK, CAP, CJ).

Tabla 3. Feedback para el equipo docente sobre espacio académico (incluye verbatims)

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Inclusión de ejemplos reales "Me gustó mucho sobre todo la parte práctica con los textos de ejemplos y lo remarcado de los textos" "La ejemplificación por medio de un trabajo" "La forma práctica del dictado de las clases"	Más ejemplos "Ejemplos de marco teórico, marco metodológico, referencia teórica, redacción del problema"
Intercambio y ambiente propicio "Muy bueno, muy cálido y participativo el encuentro" "El intercambio ha sido riquísimo y permitió profundizar en temas de actualidad" "La dinámica que usaba la ponente de poner a dialogar y leer a los participantes" "Es dinámico, favorece el intercambio"	Otros contenidos adicionales "Voto por el módulo de producción" "Podrían extenderse en las técnicas de recolección de datos (p. ej., cómo hacer entrevistas, grupos focales, etc.)"
Pausas y participación activa "El uso de las pausas con ejercicios mantiene la atención"	Problemas de visualización "Las diapositivas con letras más grande, para ver mejor" "Algunas tenían las letras muy pequeñas" "Revisar algunos esquemas que no se alcanzan a leer"
Contenido interesante (sobre ética) "Lo del anonimato y la confidencialidad". "Cómo guardar grabaciones y cuándo hay que destruirlas" "Interesante la ética en investigación cualitativa"	Exposición más pausada "Ir más lento en la oralidad"

Conflictos de intereses: las autoras declaran no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Financiamiento: las autoras declaran que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

REFERENCIAS

1. Lacalle Zalduendo C, Pujol Ozonas C. Mentoría e integración social en la universidad: el aprendizaje por servicio en un proyecto del grado de periodismo. Educ XX1. 2019;22(2):289-308. <https://doi.org/10.5944/educXX1.22694>.

2. Busby KR, Draucker CB. Mentoring in academic nursing from the perspectives of faculty mentors. Nurs Educ Perspect. 2024;45(4):213-218. <https://doi.org/10.1097/O1.NEP.0000000000001220>.

3. Busby KR, Draucker CB, Reising DL. Exploring mentoring and nurse faculty: an integrative review. J Prof Nurs. 2022 ;38:26-39. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.11.006>.

4. Haas DM, Hadaie B, Ramirez M, et al. Resident research mentoring teams: a support program to increase resident research productivity. J Grad Med Educ. 2023;15(3):365-372. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00499.1>.

5. Elizondo CM, Giunta DH, Bernaldo de Quirós FG, et al. La investigación clínica en residencias de medicina interna de la Argentina. Facilitadores y barreras. Medicina (B Aires). 2012;72(6):455-60.

6. Ferreira JC, Godoy I, Pizichinni M, et al. Building research capacity in Latin America and in Brazil: the MECOR program. J Bras Pneumol. 2022;47(6):e20210501. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210501>.

7. Ferreira JC, Pizzichini MMM. The MECOR program: almost three decades inspiring and improving respiratory clinical research in Brazil and across the globe. J Bras Pneumol. 2023;49(3):e20230213. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20230213>.

8. Terrasa S, Roni C, Rosli N, et al. Introducción a la mentoría en investigación y principales marcos teóricos para comprender y explicar sus procesos. Evid Actual Pract Ambul. 2019;22(1):1-4. <https://doi.org/10.51987/evidenciav22i1.4213>.

9. Carter AE, Anderson TS, Rodriguez KL, et al. A program to support scholarship during internal medicine residency training: impact on academic productivity and resident experiences. Teach Learn Med. 2019;31(5):552-565. <https://doi.org/10.1080/10401334.2019.1604355>.

10. Terrasa S, Durante E. Perfiles de mentoría en investigación y evidencia de sus beneficios. Evid Actual Pract Ambul. 2020;22(4):e002007. <https://doi.org/10.51987/evidenciav22i4.4254>.

11. Suárez DH. Relatos de experiencia, saber pedagógico y reconstrucción de la memoria escolar. Educ Rev. 2011;27(1):387-416. <https://doi.org/10.1590/S0102-46982011000100018>.

12. Grande Ratti MF, Herrera AG, Juana C, et al. Curso de investigación en Atención Primaria de la Salud: experiencia sobre módulo de búsqueda bibliográfica y gestores de citas. Arch Med Fam Gen. 2023;20(3):37-47.

13. Grande Ratti MF, Murature D, Del Roscio AS, et al. Ética en la investigación cualitativa. *Rev Hosp Ital B.Aires* 2024;44(1):e0000295. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v44i1.295>.
14. del Jesús Aguilar Ponce L, Zambrano LC. Uso didáctico de las aulas virtuales en la enseñanza-aprendizaje. *TE&ET*. 2022;(32):e12. <https://doi.org/10.24215/18509959.32.e12>.
15. Al-Balas M, Al-Balas HI, Jaber HM, et al. Correction to: Distance learning in clinical medical education amid COVID-19 pandemic in Jordan: current situation, challenges, and perspectives. *BMC Med Educ*. 2020;20(1):513. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02428-3>. Errata en: *BMC Med Educ*. 2020;20(1):341. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02257-4>.
16. Morán-Barrios J. New professionals for a new society. Responses from a medical education perspective: competency-based medical education. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2013;33(118):385-405. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000200013>.
17. Grande Ratti MF, Kiblsky Elizalde V, Burgos MA, et al. Aprendizaje en investigación clínica: experiencia de enseñanza virtual con estudiantes de medicina. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2023;43(4):191-199. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v43i4.277>.
18. Morcke AM, Dornan T, Eika B. Outcome (competency) based education: an exploration of its origins, theoretical basis, and empirical evidence. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2013;18(4):851-863. <https://doi.org/10.1007/s10459-012-9405-9>.
19. Baranchuk A, Bayés-de Luna A, Farina JM. Equidad intergeneracional en ciencia y educación médica. *Rev Interam Cardiol*. 2024;1(1):3-5. <https://doi.org/10.24875/RIAC.M23000001>.
20. Buist AS, Parry V. The American Thoracic Society methods in epidemiologic, clinical, and operations research program. A research capacity-building program in low- and middle-income countries. *Ann Am Thorac Soc*. 2013;10(4):281-289. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201304-081OT>.

ANEXO 1



famfyg y archivosmfyg
 🎵 Balang_3go · Positive Nanana

...

#FAMFYGdifunde

CURSO DE INVESTIGACIÓN


Módulo 3 - Método Cualitativo

Jueves 6 y 13 de Agosto de 19 a 21 hs
 Docente: Florencia Grande


Módulo 4 - Relato de Experiencia

Jueves 29 de agosto y 5 de Septiembre de 19 a 21 hs
 Docente: Ana Godoy

www.famfyg.com.ar

@famfyg
 



 76
  6
  40
 

ANEXO 2


 Modulo 3 - Clase 1: Tu opinión sobre este encuentro



 Se guardaron todos los cambios en Drive

Preguntas Respuestas Configuración

Tu opinión sobre Clase 1 (Modulo 3)

Por favor, déjanos tu punto de vista sobre el encuentro al que acabas de asistir.

Los datos se manejarán en forma confidencial y sólo podrán ser publicados de forma anonimizada.

¡Muchas gracias!

Correo electrónico *

Correo electrónico válido

Este formulario recopila correos electrónicos. [Cambiar la configuración](#)








Educación virtual en el abordaje del adulto mayor frágil en internación domiciliaria

Javier M. Saimovici¹, María F. Grande Ratti², Silvana M. Scozzafava¹, Gastón Perman³, Cinthya D. Álvarez⁴, Laura E. Magallán⁴, Cristian M. Gallo Acosta¹, María F. Cunha Ferré¹, Valeria P. Colombo⁵ y Mónica B. Senillosa¹

1. Sección Medicina Domiciliaria, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

2. Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

3. Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

4. Universidad Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

5. Sección Medicina Paliativa, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: el auge de la internación domiciliaria (ID), impulsado por las ventajas de estos sistemas, el envejecimiento poblacional y las preferencias de los pacientes, exige una formación específica. Se diseñó un curso universitario de posgrado: "Introducción al abordaje del adulto mayor frágil en ID". Este trabajo analizó el desempeño, la demografía y la retroalimentación de los estudiantes.

Material y métodos: el curso fue virtual, asincrónico, autoadministrado, de acceso gratuito y para profesionales de la salud. Se usó la plataforma Moodle®. Se estructuró en 4 unidades: Introducción a los sistemas de ID, Admisión a ID, Evaluación en domicilio y Finalización de la ID; mediante clases que incluyeron recursos audiovisuales, lecturas complementarias y actividades de autoevaluación. El curso otorgó certificados por 30 horas tras la aprobación de las 4 actividades autoevaluatorias incluidas durante la formación. Se realizó un estudio de corte transversal que incluyó matriculados entre enero y agosto de 2025. Se utilizaron datos provenientes de la plataforma educativa y de encuestas voluntarias de retroalimentación de quienes completaron el curso.

Resultados: se matricularon 1250 estudiantes y 218 completaron y aprobaron el curso (17,44%), con un puntaje promedio final de 90,76/100. El 73% fueron mujeres, 82% de la Argentina; las principales profesiones, medicina y enfermería. No hubo diferencias significativas entre los que finalizaron o no el curso en cuanto a género, edad o profesión. Se recibió retroalimentación de 120 aprobados (tasa de respuesta 55%). El 99,17% consideró que los materiales facilitaron el aprendizaje, 100% encontró el campus virtual fácil de usar y 98,31% respondió que el curso colaboró mucho en su desarrollo profesional. Los aspectos seleccionados como los mejores fueron la modalidad *online* (64,60%), la calidad de las clases (59,29%) y los contenidos (49,56%). Hubo sugerencias de integrar más temas de rehabilitación.

Conclusión: esta experiencia fue muy valorada por los estudiantes que completaron el curso y facilitó la accesibilidad educativa. La tasa de finalización fue baja por falta de inicio o alto abandono inicial. Se plantea el desafío de aumentar la retención en las modalidades autogestionadas, probablemente mediante mayor soporte docente si los recursos lo permiten.

Palabras clave: internación domiciliaria, adulto mayor frágil, educación médica de posgrado, educación virtual, retención de instituciones de enseñanza.

Autor para correspondencia: javier.saimovici@hospitalitaliano.org.ar, Saimovici JM.

Recibido: 29/01/2026 | Aceptado: 28/05/2026 | Publicado: 23/06/2026

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1315>

Cómo citar: Saimovici JM, Grande Ratti MF, Scozzafava SM, Perman G, Álvarez CD, Magallán LE, Gallo Acosta CM, Cunha Ferré MF, Colombo VP, Senillosa MB. Educación virtual en el abordaje del adulto mayor frágil en internación domiciliaria. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2026;46(2):e0001315.

Virtual Learning in the Management of Frail Older Adults in Home Care

ABSTRACT

Introduction: the rise of home health care (HHC), driven by system advantages, an aging population, and patient preferences, demands specialized training. A university postgraduate course titled "Introduction to the Management of the Frail Elderly in HHC" was designed. This study analyzed student performance, demographics, and feedback.

Materials and methods: the course was virtual, asynchronous, self-paced, free of charge, aimed at healthcare professionals and hosted on the Moodle platform. It was structured into four units: Introduction to HHC systems, HHC Admission, Home assessment, and Discharge from HHC. Teaching methods included audiovisual resources, supplemental readings, and self-assessment activities. The course awarded certificates for 30 hours after the approval of the 4 self-assessment activities included throughout the training. A cross-sectional study was conducted, including students enrolled between January and August 2025. Data were gathered from educational platform analytics and voluntary feedback surveys from those who completed the course.

Results: a total of 1,250 students enrolled, and 218 completed and passed the course (17.44%), with a mean final score of 90.76/100. Participants were 73% female and 82% from Argentina, with medicine and nursing as the primary professions. There were no significant differences between those who completed the course and those who did not, in terms of gender, age, or profession. Feedback was received from 120 graduates (55% response rate). Regarding satisfaction, 99.17% felt the materials facilitated learning, 100% found the virtual campus easy to use, and 98.31% stated the course significantly aided their professional development. The highest-rated aspects were the online modality (64.60%), lecture quality (59.29%), and content (49.56%). Suggestions were received to integrate more rehabilitation topics.

Conclusion: this experience was highly valued by the students who completed the course and facilitated educational accessibility. The completion rate was low due to lack of enrollment or high initial dropout rates. The challenge lies in increasing retention in self-directed learning modalities, probably requiring enhanced faculty support if resources permit.

Keywords: home care services, frail elderly, education, medical, graduate, student dropouts.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional sostenido a nivel global y, en particular, en la región Latinoamericana y del Caribe, en la cual se proyecta que se duplique la proporción de personas mayores de 65 años en los próximos 30 años¹, ha conllevado un aumento exponencial en la prevalencia de enfermedades crónicas y condiciones asociadas a la fragilidad en el adulto mayor². Esta tendencia impone desafíos significativos a los sistemas de salud, que buscan modelos de atención que equilibren la calidad asistencial, la humanización del cuidado y la eficiencia de costos. En este contexto, la Internación Domiciliaria (ID) se ha posicionado como una alternativa costo-efectiva a la hospitalización tradicional, especialmente para el manejo de personas con patologías crónicas y adultos mayores frágiles^{3,4}. Además de sustituir a la hospitalización en situaciones agudas, la ID en su modalidad de cuidados crónicos a largo plazo, o "Home-based primary care", permite mantener al paciente en su entorno habitual, reduciendo las hospitalizaciones, visitas a guardias y promoviendo la autonomía y satisfacción de pacientes y familiares⁵. Los

modelos exitosos de ID para adultos mayores frágiles son los centrados en las personas y con integración de cuidados⁶. Sin embargo, para capitalizar estos beneficios, es imprescindible que los equipos de salud que trabajan en este ámbito (médicos, enfermeros, kinesiólogos, fonoaudiólogos y otros) posean una formación específica y actualizada en los procesos de atención domiciliaria y en el abordaje integral del adulto mayor frágil dependiente. Esta formación es escasa o inexistente en las carreras de grado y posgrado en Latinoamérica⁷. Reconociendo esta brecha formativa y ante las barreras geográficas, horarias y económicas que a menudo limitan el acceso a la educación continua en Latinoamérica⁸, se diseñó un curso universitario en modalidad virtual, asincrónico y autoadministrado con el fin de facilitar el acceso de los profesionales de la salud a la formación en cualquier momento desde el inicio del curso y hasta su finalización, desde cualquier lugar y mediante múltiples dispositivos con conexión a Internet. El curso plantea un itinerario formativo que permite a los participantes avanzar a su propio ritmo, fomentando la autonomía y la autodirección del aprendizaje^{9,10}, a la vez

que contribuir a su alfabetización digital¹¹. Este curso, de acceso gratuito, formó parte de un proyecto subsidiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID Lab) destinado a construir distintas capacidades en Latinoamérica para la asistencia de adultos mayores frágiles. El curso, titulado “Introducción al abordaje del adulto mayor frágil en internación domiciliaria”, se orientó a profesionales de la salud de habla hispana involucrados en la asistencia domiciliaria. El objetivo de este trabajo fue presentar y analizar la experiencia de implementación de esta iniciativa educativa, detallando el desempeño académico, las características demográficas de los participantes y su retroalimentación sobre la calidad y utilidad del curso y presentar nuestras reflexiones sobre este tipo de estrategias de educación y oportunidades para mejorarlas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal para evaluar resultados del curso, desde el 1 enero hasta el 31 de agosto de 2025. Se utilizaron datos provenientes de los solicitados al momento de la inscripción, la plataforma del curso y de encuestas voluntarias de retroalimentación de quienes completaron el curso.

Descripción del curso

El curso fue concebido como un curso universitario de posgrado, virtual, asincrónico y totalmente autoadministrado al ritmo del estudiante, sin posibilidad de interacción con el equipo docente y con soporte técnico asincrónico. La carga horaria total del curso fue 30 horas cátedra, con un plazo de hasta 6 meses para finalizarlo. Se utilizó la plataforma universitaria Moodle® (*Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*), que es un sistema de gestión del aprendizaje en línea (LMS: *Learning Management System*) de código abierto que permite crear, gestionar y distribuir oportunidades formativas en formato digital¹². El contenido y el formato del curso

fueron creados y diseñados por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud de la Sección de Medicina Domiciliaria del Servicio de Clínica Médica y de educadoras y tecnólogos de la Universidad de nuestra organización de salud, un hospital universitario de alta complejidad, experimentados en docencia de posgrado. La inscripción al curso y su realización fueron de acceso gratuito y abiertos a profesionales de la salud hispano-parlantes (médicos/as, enfermeros/as y otras disciplinas), mediante el acceso al Campus Virtual de la Universidad. Los objetivos del curso se presentan en la tabla 1. Los contenidos se estructuraron en cuatro unidades temáticas principales, con un total de ocho clases. Los contenidos principales por unidad temática y clase se presentan en la tabla 2. Se utilizó un programa secuencial, que –después de la unidad temática inicial de introducción sobre la ID– acompañó el recorrido potencial de un adulto mayor frágil desde que es admitido hasta que es egresado del sistema de ID. Cada clase estuvo a cargo de un docente y se realizó mediante un video de 20 a 30 minutos, acompañado de diapositivas que incluyeron la presentación de viñetas clínicas y ejercicios mediante preguntas y respuestas sobre ellas. El material de estudio incluyó lecturas complementarias confeccionadas por el equipo docente o mediante referencias bibliográficas con acceso al texto completo de los materiales, priorizando el idioma español. Luego de cada unidad temática se presentaron preguntas de evaluación del tipo selección múltiple, privilegiando el uso de viñetas y los estándares de calidad recomendados para este tipo de exámenes¹³ y con retroalimentación posterior acerca de por qué cada opción era correcta o incorrecta. La aprobación y obtención del certificado requirió la aprobación de un examen final por cada unidad, con un puntaje mínimo de 70%. El curso se difundió masivamente a través de los canales de la Universidad, los contactos de los directores y el equipo docente y en congresos y sociedades científicas.

Tabla 1. Objetivos generales y específicos del curso virtual de formación en abordaje del adulto mayor frágil en internación domiciliaria para profesionales de la salud

Objetivos generales Curso autoadministrado diseñado para promover la formación de profesionales de la salud de Latinoamérica en los fundamentos del abordaje del adulto mayor frágil en internación domiciliaria, con la intención de que los apliquen en su contexto local. Objetivos de aprendizaje específicos Al finalizar el curso los participantes podrán: • Conocer los sistemas de Internación Domiciliaria, sus principales ventajas y formas de implementarlos en un contexto interprofesional. • Comprender el proceso de admisión, planificación y alta del cuidado domiciliario en patologías agudas y crónicas. • Conocer los componentes del proceso de evaluación integral del adulto mayor frágil en domicilio y del desarrollo de un plan de cuidado centrado en el paciente y su entorno. • Comprender el proceso de planificación anticipada para los cuidados del adulto mayor frágil con necesidades paliativas. • Conocer los aspectos básicos de la asistencia del adulto mayor frágil en los últimos días de vida

Tabla 2. Unidades temáticas, clases y contenidos del curso virtual de formación en abordaje del adulto mayor frágil en internación domiciliaria para profesionales de la salud

Unidad temática	Clase	Contenidos principales
Introducción a los Sistemas de Internación Domiciliaria: ¿Por qué son tan importantes en la actualidad?	Introducción a los Sistemas de Internación Domiciliaria	Generalidades y definiciones de estos sistemas. Procesos para implementarlos. Ventajas y limitaciones. La estandarización y la integración de los cuidados
Admisión a Internación Domiciliaria: ¿Quién y cómo ingresa? ¿Cuándo y cómo egresa?	Proceso de evaluación y admisión de pacientes en internación domiciliaria	Criterios de admisión y exclusión a Internación domiciliaria. Transición del cuidado desde distintos ámbitos
Evaluación del paciente crónico: ¿Qué evaluar y para qué?	Estratificación inicial de pacientes que ingresan en un sistema de internación domiciliaria	Estratificación de pacientes según complejidad. Ejemplos de planes de atención más frecuentes.
	Evaluación Multidimensional del adulto mayor frágil en domicilio	Componentes y utilidad de la evaluación multidimensional. Herramientas. Detección de problemas. Desarrollo de un plan de cuidados centrado en el paciente.
	Planificación anticipada y compartida de cuidados en adultos mayores frágiles en internación domiciliaria	Herramientas para identificar pacientes con necesidades paliativas. Proceso de toma de decisiones anticipadas. Importancia y tipos de registro de estas decisiones en un sistema de salud.
	Desarrollo de un plan de cuidados compartido para el adulto mayor frágil en domicilio ¿Cómo hacer del plan de cuidados centrado en la persona una realidad?	Importancia y utilidad de un plan centrado en el paciente. Proceso de realización e implementación en un sistema de salud.
Finalización del cuidado domiciliario. ¿Cuándo, cómo y por qué?	Finalización del cuidado domiciliario por retorno al ámbito ambulatorio. Proceso de alta del paciente	Planificación del alta desde la admisión. Componentes del proceso de alta y continuidad del cuidado.
	Finalización del cuidado domiciliario en el final de la vida	Detección de la situación de fin de vida. Intervenciones que mejoran la calidad de atención. Comunicación y funciones entre los participantes del cuidado.

Población y recolección de datos

El análisis incluyó a todos los profesionales matriculados en la plataforma Moodle del curso entre enero y agosto de 2025. Se recopilaron datos de desempeño y matrícula: número total de matriculados y tasa de finalización (porcentaje de alumnos que completaron y aprobaron el examen de todas las unidades), extraídos de la plataforma Moodle en formato Excel y datos demográficos y de perfil como sexo, país de origen y profesión: obtenidos de los formularios electrónicos de inscripción al curso

en el Campus. Para la comparación de variables dicotómicas y categóricas entre los inscriptos que finalizaron y no finalizaron el curso se usó la prueba de chi-cuadrado y para las variables continuas el *t test*.

Instrumento de recolección de la retroalimentación

Se obtuvo mediante una encuesta de retroalimentación voluntaria y anónima ofrecida en el mismo Campus al momento de la finalización y aprobación del curso. Su diseño se realizó *ad hoc* para este estudio en particular y estuvo a cargo del Área de autoevaluación y desarrollo

del Departamento de educación de la Universidad. La encuesta incluyó preguntas cerradas con escala Likert y dicotómicas, así como preguntas abiertas para la recolección de sugerencias y opiniones. Se enfocó en evaluar la calidad de los materiales educativos, la usabilidad de la plataforma, la contribución al desarrollo profesional y la probabilidad de recomendación del curso a otros profesionales. En la tabla 3 se presenta la encuesta realizada.

RESULTADOS

De los 1250 estudiantes matriculados durante el período de enero a agosto de 2025, 73% fueron mujeres, 82% de la Argentina y el resto de otros países de Sudamérica; la edad promedio fue 41,2 años. En la tabla 4 se muestran los resultados principales del curso. Al momento del corte transversal, 218 estudiantes habían completado y aprobado el curso y 120 de los aprobados completaron el cuestionario voluntario y anónimo de retroalimentación. Entre los estudiantes que no aprobaron el curso, 6,81% aprobó solamente el primer examen de los 4, 5,6% aprobó 2, 1,68% 3 exámenes y ninguno rindió el cuarto. El 91,76% de los estudiantes que completaron la primera unidad temática aprobó el curso. En la figura 1 se muestra el diagrama de flujo de los inscriptos. Se muestra en la tabla 5 que no hubo diferencias significativas entre los que finalizaron o no el curso en cuanto a género, edad o profesión. Entre los aprobados se observó un desempeño

académico alto en el examen final. La experiencia educativa fue altamente valorada en términos de calidad de los recursos y acceso tecnológico. La gran mayoría de los encuestados afirmó que los materiales educativos (clases, bibliografía y documentos sobre modelos de atención) facilitaron su aprendizaje, que el curso colaboró mucho con su desarrollo profesional, que los exámenes le ayudaron a aprender y que el campus virtual les resultó fácil de usar. La probabilidad de recomendar el curso a colegas fue muy elevada. Los aspectos mejor valorados del curso fueron la modalidad en línea (*online*), las clases, los temas y contenidos abordados y los cuestionarios. En cuanto a las respuestas a preguntas abiertas y los comentarios, se destacaron como más frecuentes la importancia de poder acceder a herramientas prácticas y actualizadas sobre ID, la relevancia del curso por el crecimiento de la ID y el valor del curso por la transversalidad de la ID entre diferentes profesiones de la salud. Las sugerencias para mejorar el curso se enfocaron en incorporar más ejemplos prácticos y casos clínicos, realizar un segundo curso de un nivel intermedio o avanzado de formación y en la necesidad de una mayor integración de objetivos sobre otras profesiones de la salud no médicas como la fonoaudiología. El 5% de los encuestados sugirió mejorar la claridad y precisión en la formulación de los enunciados de algunas preguntas y opciones de respuesta de los exámenes.

Tabla 3. Cuestionario anónimo para estudiantes del curso virtual de formación en abordaje del adulto mayor frágil en internación domiciliaria para profesionales de la salud

1	¿Los materiales educativos tales como clases descargables, bibliografía y documentos sobre modelos de atención facilitaron su aprendizaje?	La mayoría sí. <i>Dirige a P*. 3</i> Algunos sí y otros no. <i>Sigue P. 2</i> La mayoría no. <i>Sigue P. 2</i>
2	¿Por qué algunos o la mayoría de los materiales no le facilitaron el aprendizaje?	(respuesta abierta)
3	¿Los cuestionarios al final de cada unidad temática lo ayudaron a aprender?	La mayoría sí. <i>Pasa a P. 5</i> Algunos sí y otros no. <i>Sigue P. 4</i> La mayoría no. <i>Sigue P. 4</i>
4	¿Por qué algunas o la mayoría de los cuestionarios no lo ayudaron a aprender?	(respuesta abierta)
5	¿El Campus Virtual le resultó fácil de usar?	Sí. <i>Dirige a P. 7</i> No. <i>Sigue a P. 6</i>
6	¿Por qué el Campus Virtual no le resultó fácil de usar?	(respuesta abierta)
7	¿En qué medida este curso colaboró en su desarrollo profesional?	Mucho. <i>Pasa a P. 8</i> Poco. <i>Pasa a P. 9</i> Nada. <i>Pasa a P. 9</i>
8	¿Por qué este curso colaboró mucho en su desarrollo profesional?	(respuesta abierta)
9	¿Por qué este curso colaboró poco/nada en su desarrollo profesional?	(respuesta abierta)
10	¿Cuán probable es que recomiende este curso/formación a colegas?	1 a 10 (1 = nada probable. 10 = altamente probable)

*P: pregunta

Tabla 4. Resultados principales del curso virtual de formación en abordaje del adulto mayor frágil en internación domiciliaria para profesionales de la salud

Estudiantes matriculados enero-agosto 2025 (n)	1250
Tasa de finalización/aprobación	17,44% (n = 218)
Puntaje promedio en examen final (sobre 100)	90,76
Tasa de respuesta al cuestionario de retroalimentación entre los aprobados	55% (n = 120))
Respuestas al cuestionario anónimo de retroalimentación entre los que aprobaron el curso (n =120)	
La mayoría de los materiales educativos facilitaron el aprendizaje	99,17%
El Campus Virtual fue fácil de usar	100%
Los cuestionarios ayudaron a aprender	94,96%
El curso colaboró mucho en el desarrollo profesional	98,31%
Probabilidad de recomendar el curso a colegas (escala 0-10)	9,6
Lo mejor del curso fue (elegir 3 opciones):	
La modalidad <i>online</i>	64,60%
La calidad de las clases	59,29%
Los temas y contenidos abordados	49,56%
Las actividades propuestas (cuestionarios)	36,28%

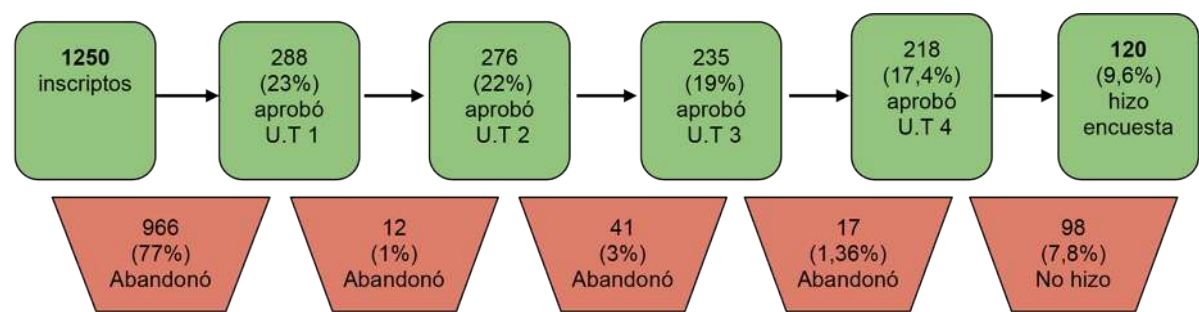


Figura 1. Diagrama de flujo de los inscriptos en el curso virtual de abordaje del adulto mayor frágil en internación domiciliaria. U.T.: unidad temática

Tabla 5. Resultados entre los que aprobaron o no aprobaron el curso virtual de formación en abordaje del adulto mayor frágil en internación domiciliaria para profesionales de la salud (%)

Variable	Aprobó	No aprobó	Valor de p
Género	M = 19,5% F = 17%	M = 80,5% F = 83%	0,314
Edad (años), media y DS	41,6 (10,79)	41,1 (10,46)	0,5
Profesión (%)	Medicina = 19,26 Enfermería = 17,13 Otras = 16,77	Medicina = 80,74 Enfermería = 82,87 Otras = 83,23	0,494

M: masculino, F: femenino. DS: desvío estándar

DISCUSIÓN

Durante el período analizado de 8 meses, aprobaron el curso más de 200 profesionales de la salud. De los estudiantes que contestaron el cuestionario de retroalimentación, un muy alto porcentaje percibió que contribuyó mucho a su desarrollo profesional, lo que valida la necesidad de este tipo de formación especializada en el abordaje integral del paciente frágil en domicilio. La modalidad "online" fue el aspecto más valorado, lo que muestra la importancia estratégica de este modelo para democratizar el acceso al conocimiento de posgrado, superando las limitaciones geográficas y económicas que impactan en la formación profesional en la región, tal como se mencionó en comentarios individuales de la encuesta.

El 100% de valoración positiva sobre la facilidad de uso del Campus Virtual es un indicador alentador para programas masivos y autogestionados que deben intentar minimizar las barreras tecnológicas. Las principales oportunidades de mejora identificadas en la retroalimentación de los estudiantes aprobados se relacionaron con la ampliación de la oferta a más especialidades no médicas, sobre todo de rehabilitación.

La tasa de finalización del curso fue baja. Esto es habitual en la enseñanza virtual autoadministrada. En una revisión sistemática de Muljana y cols. se informó una tasa de finalización de 56%, 20% inferior a la de enseñanzas presenciales¹⁴ y Friðriksdóttir¹⁵ publicó resultados aún más bajos si el curso era totalmente autoadministrado como el nuestro. En un curso virtual sobre liderazgo para enfermería en Latinoamérica, Ortega y cols.⁸ informaron una tasa de finalización mucho mayor (75%), pero en una población seleccionada e invitada a participar del curso por sus antecedentes curriculares previos, a diferencia de nuestro curso que se difundió en forma masiva y admitía cualquier formación en salud de grado previa.

Entre los factores de deserción habituales en la formación de posgrado se encuentran el exceso de ocupaciones, la excesiva dificultad de las propuestas respecto de las expectativas, los perfiles y antecedentes educacionales de los participantes, la dificultad para sostener la motivación, entre otros. En el caso de las formaciones virtuales autoadministradas, la deserción suele aumentar por la falta de acompañamiento docente¹⁶, la falta de soporte docente y técnico durante el curso y el acceso gratuito^{14,17}. Casi todos los estudiantes que completaron la primera unidad temática de nuestro curso lo finalizaron y tuvieron una valoración muy positiva del curso y lo recomendarían con una muy alta probabilidad. Esto muestra que la no finalización fue en su gran mayoría por no iniciar el curso o por abandonarlo en la primera unidad. Esto podría deberse a uno o más de los factores citados: encontrar dificultoso el examen (como una minoría de los aprobados expresó), un nivel de formación bajo, falta de motivación o la falta de soporte docente/técnico.

La gratuidad de la inscripción también pudo asociarse a una tasa de abandono mayor¹⁷. La decisión, debido a los recursos disponibles, de realizar un diseño instruccional sin soporte docente durante el curso y con soporte

técnico solamente asincrónico (lo que puede haber diferido la resolución de consultas técnicas en algunos casos) puede tener relación con la baja tasa de retención observada. La falta de presencia de los instructores y la ausencia de facilitación proactiva del compromiso del alumno son causas primarias de abandono del aprendizaje en línea¹⁴. Se presenta un potencial balance entre la masividad y gratuidad de las formaciones en línea ofrecidas y la tasa de retención obtenida, con el grado de soporte docente para ofrecer, como variable relevante para aumentar la retención.

Este es un factor importante para considerar por los equipos docentes que diseñan formaciones en línea. Que la mayoría de las inscripciones haya sido de mujeres puede relacionarse con el creciente predominio de ese género entre los profesionales de la salud en la Argentina. Un estudio reciente en la provincia más poblada de la Argentina mostró una prevalencia de mujeres de 52,8% en la profesión médica y de 81,8% en enfermería¹⁸. El predominio de inscriptos de origen argentino podría reflejar una red de difusión más eficaz a nivel local.

Nuestro trabajo presenta muchas limitaciones: no informamos resultados del aprendizaje basados en una pre-prueba y pos-prueba, ya que no se quiso agregar al curso una potencial barrera a la persistencia exigiendo una prueba inicial, ni realizamos una encuesta a los no aprobados por limitaciones en el tiempo y los recursos disponibles. El estudio es descriptivo y no evalúa impacto educativo, cambio de competencias o retención de conocimiento. Un curso puede generar alta satisfacción, como en este caso, pero generar poco cambio en conocimientos, habilidades o práctica clínica.

A su vez, si bien la tasa de respuesta fue alta (55%) para una encuesta voluntaria de retroalimentación, no se pueden descartar sesgos de selección: en este estudio la encuesta fue respondida por quienes completaron el curso, no por quienes abandonaron. Esto introduce un sesgo importante: los participantes menos satisfechos suelen abandonar antes o no responder encuestas, por lo que el resultado refleja principalmente la opinión de un grupo autoseleccionado y favorable. También puede haber un sesgo de deseabilidad social: los participantes suelen responder de manera positiva cuando evalúan cursos, especialmente si el cuestionario se realiza dentro de la misma plataforma del curso o lo aprueban.

Creemos que los resultados de este estudio mostraron que una estrategia educativa centrada en una modalidad totalmente autoadministrada, virtual y de acceso gratuito, es una alternativa válida para el acceso a oportunidades formativas, en un contexto de baja capacitación en internación domiciliaria y recursos escasos en países en vías de desarrollo, y que esta estrategia podría replicarse para otros cursos similares. Una medida que podría aumentar la tasa de persistencia de este tipo de cursos masivos, orientados a profesionales con formación de posgrado o sin ella, es ofrecer un mayor soporte docente/técnico si los recursos lo permiten^{14,16}.

CONCLUSIONES

Esta experiencia fue muy valorada por los estudiantes que completaron el curso y facilitó la accesibilidad educativa. La tasa de finalización fue baja por falta de inicio o alto abandono inicial. Se plantea el desafío de aumentar la retención en las modalidades autogestionadas.

Contribuciones de los autores: Conceptualización, Validación, Redacción-revisión y edición (JMS, MFGR, SMS, GP, CDA, LEM, CMGA, MFCF, VPC, MBS). Curación de datos, Investigación, Metodología, Recursos, Software, Redacción-borrador original (JMS, MFGR, GP, MBS). Análisis formal (JMS, MFGR, MBS). Administración del proyecto (JMS, MBS, SMS). Supervisión (JMS, MBS). Visualización (JMS).

Agradecimientos: agradecemos a los Dres. Jorge Copani, Esteban Gilszlak y Mariangeles Bobillo por su contribución al desarrollo del Curso como parte del equipo docente.

Conflictos de intereses: los autores declaran no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Financiamiento: los autores declaran que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

REFERENCIAS

- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World population prospects 2022: summary of results [Internet]. New York: United Nations; 2022 [citado 2026 may 17]. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf.
- Ogaz-González R, Corpeleijn E, García-Chanes RE, et al. Assessing the relationship between multimorbidity, NCD configurations, frailty phenotypes, and mortality risk in older adults. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):355. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04948-9>.
- Edgar K, Iliffe S, Doll HA, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;3(3):CD007491. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub3>.
- Curioni C, Silva AC, Damião J, et al. The cost-effectiveness of homecare services for adults and older adults: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4):3373. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043373>.
- Zimbroff RM, Ornstein KA, Sheehan OC. Home-based primary care: A systematic review of the literature, 2010-2020. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(10):2963-2972. <https://doi.org/10.1111/jgs.17365>.
- Kim CO, Jang SN. Home-based primary care for homebound older adults: literature review. *Ann Geriatr Med Res*. 2018;22(2):62-72. <https://doi.org/10.4235/agmr.2018.22.2.62>.
- Peres F, Blanco Centurión MP, Monteiro Bastos da Silva J, et al. Mapeo de la formación en salud pública en América Latina: perspectivas para las instituciones formadoras. *Rev Panam Salud Pública*. 2023;47:e25. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.25>.
- Ortega J, Hooshmand M, Foronda C, et al. Developing nurse leaders across the Americas: evaluation of an online nursing leadership course. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e152. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.152>.
- Filipe HP, Silva ED, Stulting AA, et al. Continuing professional development: best practices. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2014;21(2):134-141. <https://doi.org/10.4103/0974-9233.129760>.
- Dieser M, Sanz C, Zangara M. Metodologías para la evaluación de la autorregulación del aprendizaje en contextos educativos mediados por tecnología digital: una revisión sistemática. En: 17º Congreso de Tecnología en Educación & Educación en Tecnología (TE&ET 2022); 2022, jun 15-16; Entre Ríos, Argentina. La Plata: Red de Universidades con Carreras en Informática; 2022 [citado 2026 may 17]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/139902>.
- Reyna Martínez LA, Campos Rivera M, Alpuche Miam EF, et al. Alfabetización digital en la formación médica con enfoque de atención primaria: contribución de la práctica en comunidad. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2026;6(6):3071-3080. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i6.5118>.
- Gamez SH, Ayres JR, Behrend MB. A systematic review on trends in using Moodle for teaching and learning. *IJ STEM Ed*. 2022; 9:9. <https://doi.org/10.1186/s40594-021-00323-x>.
- Galofré A, Wright AC. Índice de calidad para evaluar preguntas de opción múltiple. *Rev Educ Cienc Salud*. 2010;7(2):141-145.
- Muljana PS, Luo T. Factors contributing to student retention in online learning and recommended strategies for improvement: a systematic literature review. *J Inf Technol Educ Res*. 2019;18:19-57. <https://doi.org/10.28945/4182>.
- Friðriksdóttir, K. The impact of different modalities on student retention and overall engagement patterns in open online courses. *Comput Assist Lang Learn*. 2018;31(1-2):53-71. <https://doi.org/10.1080/09588221.2017.1381129>.
- Shaikh UU, Asif Z. Persistence and dropout in higher online education: review and categorization of factors. *Front Psychol*. 2022;13:902070. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.902070>.
- Xavier M, Meneses J. Dropout in online higher education: a scoping review from 2014 to 2018 [Internet]. Barcelona: ELearn Center, Universitat Oberta de Catalunya; 2020 jun [citado 2026 may 17]. Disponible en: <http://doi.org/10.7238/uoc.dropout.factors.2020>.
- Martínez CK, Pereyra Duré JL, Chaz Sardi MC, et al. Caracterización de profesionales de medicina y enfermería de la provincia de Buenos Aires a partir del cruce de registros administrativos de la fuerza de trabajo. *Rev Argent Salud Pública*. 2024;16:e131.

Camino al PhD: Diez consejos para sobrevivir y triunfar en el doctorado

Germán A. Fortunato 

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Iniciar un doctorado representa una experiencia transformadora tanto personal como profesional. Este artículo ofrece una guía práctica con diez consejos clave para quienes desean embarcarse en este desafío académico. A través de una mirada realista y accesible se abordan aspectos fundamentales como la importancia de adquirir experiencia previa en investigación, la necesidad de planificación y organización, la elección del momento adecuado, la construcción de un equipo de trabajo sólido y la búsqueda de financiamiento.

Palabras clave: doctorado, PhD, investigación, universidad.

The Path to a PhD: Ten Advices to Survive and Succeed in Doctoral Studies

ABSTRACT

Starting a PhD is a transformative experience both personally and professionally. This article provides a practical guide with ten key tips for those who wish to embark on this academic challenge. Through a realistic and accessible approach, it addresses essential aspects such as the importance of gaining prior research experience, the need for planning and organization, choosing the right time to start, building a strong research team, and seeking funding.

Keywords: doctorate, PhD, research, university.

INTRODUCCIÓN

Iniciar la aventura de realizar un doctorado (comúnmente conocido como PhD), sin importar la disciplina elegida –ya sea Salud, Biología, Educación, entre otras– representa un desafío único y apasionante. Sin embargo, esta experiencia exige una cuidadosa planificación, esfuerzo constante, perseverancia, inversión económica, dedicación de tiempo y, sobre todo, una profunda pasión por la investigación.

Antes de comenzar son muchas las preguntas que todo candidato suele plantearse: ¿seré capaz de lograrlo?, ¿cuál es el momento adecuado para iniciar?, ¿quiénes me acompañarán en este camino?, ¿qué directores o tutores podría conseguir?

En este artículo se ofrecerán algunos consejos clave para quienes deseen embarcarse en esta etapa transformadora, capaz de marcar un antes y un después en su trayectoria profesional. Cabe destacar que muchos de los ganadores argentinos de los Premios Nobel alcanzaron ese reconocimiento luego de haber presentado y defendido su tesis doctoral¹⁻³.

He aquí, los diez consejos para iniciar un doctorado guiado por fases⁴⁻⁶.

Fase 1: Preparación

Primer consejo: evaluar disponibilidad personal

Elegir el momento adecuado para iniciar un doctorado es fundamental. La disponibilidad familiar y

Autor para correspondencia: german.fortunato@hospitalitaliano.org.ar, Fortunato GA.

Recibido: 26/05/2025 | Aceptado: 5/01/2026 | Publicado: 18/06/2026

DOL: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1276>

Cómo citar: Fortunato GA. Camino al PhD: Diez consejos para sobrevivir y triunfar en el doctorado. Rev Hosp Ital B. Aires. 2026;46(2):e0001276

laboral es clave, ya que la falta de apoyo puede convertir el proceso en una experiencia sumamente frustrante. Empezar simultáneamente un doctorado junto con un *clinical fellowship*, una residencia médica, la crianza de hijos o múltiples trabajos podría dispersar la energía y comprometer la continuidad del proyecto.

Segundo consejo: buscar financiamiento

Aunque muchas veces no se hable de ello, la investigación puede ser costosa. En caso de ser posible, buscar apoyo financiero, sin comprometer la ética del trabajo, puede resultar de gran ayuda para facilitar el proceso.

Tercer consejo: elaborar un plan de tesis claro

Una vez tomadas las decisiones previas relacionadas con la viabilidad personal y el financiamiento, es fundamental elegir un tema de interés y redactar un plan de tesis. Este documento constituye una presentación concisa y estructurada del proyecto de investigación que se pretende desarrollar. Su propósito es delimitar la problemática de estudio, justificar su relevancia, establecer objetivos claros y proponer una metodología adecuada, lo que servirá como hoja de ruta para las etapas posteriores del trabajo doctoral.

Cuarto consejo: proponer un trabajo factible

Es esencial ser realistas en cuanto a nuestras capacidades y limitaciones. Un doctorado tiene plazos concretos, además de cursos, seminarios y exámenes, que deben cumplirse. Elegir un tema viable, realizable en el tiempo estipulado, constituye una de las claves del éxito⁷.

Fase 2: Desarrollo

Quinto consejo: comenzar con trabajos sencillos

Antes de embarcarse en un doctorado es fundamental familiarizarse con la investigación científica⁸. Una excelente manera de iniciarse es la elaboración de un *case report*⁹⁻¹¹. Pretender realizar directamente un doctorado sin experiencia previa es como intentar correr antes de aprender a caminar. Trabajos breves permiten adquirir habilidades esenciales: organización, redacción científica, estructuración de resúmenes, publicación, selección de revistas, búsqueda de referencias, respuesta a revisores, entre otras.

Sexto consejo: armar un equipo de trabajo

La investigación no es un camino solitario. Resulta indispensable formar un equipo de colaboradores para la recolección de datos, asistencia estadística y asesoramiento metodológico. Asimismo, contar con un director y un tutor de tesis comprometidos permite recibir retroalimentación constante¹².

Séptimo consejo: construir habilidades de manera progresiva

El doctorado demanda la integración de múltiples *skills* (habilidades, competencias) adquiridas de forma gradual. Iniciar un doctorado sin esta base puede generar frustración, prolongar innecesariamente los plazos y, en última instancia, poner en riesgo el éxito del proyecto. Optimizar el tiempo es crucial, especialmente considerando que, en la mayoría de los países, la investigación suele realizarse en paralelo a actividades laborales.

Fase 3: Sostenimiento y cierre

Octavo consejo: perseverancia y paciencia

El error es parte inevitable del proceso de aprendizaje. Saber que la tesis de doctorado demandará un esfuerzo mucho mayor del que se imagina al principio ayuda a mantener expectativas realistas. Avanzar con pasos pequeños pero constantes es más eficaz que intentar grandes saltos.

Noveno consejo: avanzar hacia un artículo original

Superada la etapa inicial, el siguiente desafío consiste en desarrollar un artículo original. Este tipo de trabajos demanda mayor comprensión de la metodología de investigación, manejo de bases de datos, análisis estadístico y trabajo en equipo. Es un proceso más largo y exigente, pero fundamental. También es importante naturalizar el rechazo editorial del manuscrito, ya que representa un hecho frecuente. Tomar las sugerencias de los revisores de manera positiva para que, una vez corregido, pueda ser aceptado o sea de utilidad para enviar a otra revista o *journal*¹³⁻¹⁵.

Décimo consejo: disfrutar el proceso

Finalmente, más allá de la obtención de un nuevo título, realizar un doctorado transforma profundamente. Se adquieren habilidades de liderazgo, se forjan nuevas amistades, se desarrolla la resiliencia y se obtiene la satisfacción de alcanzar un objetivo que, en su inicio, parecía inalcanzable.

CONCLUSIONES

Iniciar un doctorado es, sin dudas, una de las experiencias personales y académicas más enriquecedoras que se pueden vivir. Sin embargo, requiere práctica previa, organización, planificación, dedicación de tiempo y perseverancia constante para lograr una vivencia satisfactoria y transformadora.

Conflicto de intereses: el autor declara no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Financiamiento: el autor declara que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

REFERENCIAS

1. Conn VS, Zerwic J, Jefferson U, et al. Normalizing rejection. *West J Nurs Res*. 2016;38(2):137-154. <https://doi.org/10.1177/0193945915589538>.
2. Golde CM. The role of the department and discipline in doctoral student attrition: Lessons from four departments. *J Higher Educ*. 2005;76(6):669-700. <https://doi.org/10.1080/00221546.2005.11772304>
3. Gracia G, Grande Ratti MF. Cómo lidiar con el rechazo de un manuscrito científico. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2023;43(1): 41-42. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v43i1.177>.
4. Grande Ratti MF, Vallone MG. La hoja de ruta del trabajo en la investigación clínica. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2023;43(2):102-103. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v43i2.176>
5. Grande Ratti MF, Burgos MA. La investigación clínica en tiempos de pandemia. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2022; 42(1): 53-55. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v42i1.151>.
6. Houssay BA. Estudios sobre el efecto fisiológico de la hipófisis anterior [tesis doctoral]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Médicas; 1911.
7. Leloir LF. Sobre el mecanismo de la acción de la ureasa [tesis doctoral]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Médicas; 1934.
8. Lovitts BE. Leaving the ivory tower: the causes and consequences of departure from doctoral study. Lanham, MD: Rowman & Littlefield; 2001.
9. Milstein C. Estudio de una enzima fosforilante de hexosas [tesis doctoral]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales; 1957.
10. Nerad M, Evans B, eds. Toward a global PhD? Forces and forms in doctoral education worldwide. Seattle: University of Washington Press; 2008.
11. Nishizawa T, Ishizuka K, Otsuka Y, et al. Writing case reports can improve seven components in clinical reasoning. *Int Med Case Rep J*. 2024;17:195-200. <https://doi.org/10.2147/IMCRJ.S449310>.
12. Peroni ML, Gozzing Vidal CF, Pollán JA, et al. El camino del caso clínico a la publicación científica: pasos esenciales. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2025; 45(2): e0000446. <https://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v45i2.446>.
13. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2018.
14. Sun Z. Tips for writing a case report for the novice author. *J Med Radiat Sci*. 2013;60(3):108-113. <https://doi.org/10.1002/jmrs.18>.
15. Tulandi T. "The Journal Rejected my Manuscript ...". *J Obstet Gynaecol Can*. 2021;43(8):931-932. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.11.006>

Estudios multicéntricos en investigación clínica: beneficios, desafíos y recomendaciones para una gestión eficaz

Agustina L. Piccinino¹, Martina C. Ricasoli¹, Mariana Vaena², Ana Braslavsky² y María F. Grande Ratti²

1. Carrera de Medicina, Universidad Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

2. Área de Investigación en Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

En la investigación clínica, los estudios multicéntricos representan una herramienta clave para recolectar datos de centros múltiples, aumentando así la validez externa y la generalización de los resultados. El hecho de que se lleven a cabo simultáneamente en varias instituciones, localidades, provincias o incluso países permite conformar una muestra más amplia y diversa, lo que favorece la representatividad, haciendo que la información resulte aplicable a diferentes poblaciones y escenarios.

Esta revisión narrativa destaca ventajas y desventajas, y explora en profundidad los principales retos que conllevan (éticos, metodológicos, logísticos y operativos para considerar). Asimismo, se analizan ejemplos reales y relevantes que ilustran su impacto en la generación de evidencia clínica robusta. Finalmente, se presentan conclusiones y recomendaciones prácticas para una gestión eficaz de estos proyectos, con énfasis en la importancia del liderazgo, la coordinación entre centros, el compromiso del equipo investigador y el cumplimiento riguroso de estándares éticos y metodológicos.

Palabras clave: Estudios epidemiológicos, investigación biomédica, estudios multicéntricos como asunto, gestión de datos, reproducibilidad de los resultados, Argentina.

Multicenter studies in clinical research: benefits, challenges, and recommendations for effective management

ABSTRACT

In clinical research, multicenter studies represent a key tool for collecting data from multiple centers, thus increasing the external validity and generalizability of results. The fact that they are conducted simultaneously in several institutions, localities, provinces, or even countries allows for a larger and more diverse sample, which favors representativeness and makes the information applicable to different populations and settings.

This narrative review highlights their advantages and disadvantages and explores in depth the main challenges they entail (ethical, methodological, logistical, and operational). It also analyzes real and relevant examples that illustrate their impact on the generation of robust clinical evidence. Finally, conclusions and practical recommendations for the effective management of these projects are presented, emphasizing the importance of leadership, coordination between centers, the commitment of the research team, and rigorous adherence to ethical and methodological standards.

Keywords: epidemiologic studies, biomedical research, multicenter studies as topic, data management, reproducibility of results, Argentina.

Autora para correspondencia: maria.grande@hospitalitaliano.org.ar, Grande Ratti MF.

Recibido: 10/09/2025 | Aceptado: 27/04/2026 | Publicado: 22/06/2026

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1293>

Cómo citar: Piccinino AL, Ricasoli MC, Vaena M, Braslavsky A, Grande Ratti MF. Estudios multicéntricos en investigación clínica: beneficios, desafíos y recomendaciones para una gestión eficaz. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2026;46(2):e0001293.

INTRODUCCIÓN

Los estudios multicéntricos son investigaciones que se llevan a cabo simultáneamente en varios centros o instituciones, generalmente de diferentes localidades, provincias o incluso países¹. Su objetivo principal es recolectar datos de una muestra más amplia y diversa, que incremente la representatividad y la validez externa de los resultados².

Aunque los términos “multicéntrico” y “multisitio” se suelen usar como sinónimos, en realidad no lo son, y existen matices importantes que los diferencian, que se detallan a continuación (Tabla 1).

VENTAJAS

Los estudios multicéntricos ofrecen múltiples beneficios metodológicos y operativos que los convierten en una estrategia altamente eficaz en investigación clínica y epidemiológica. En primer lugar, permiten optimizar los tiempos de reclutamiento al incorporar un mayor número de participantes en períodos más breves. Asimismo, favorecen la representatividad de la muestra al incluir poblaciones más amplias y diversas, lo que se traduce en una mayor validez externa y en la posibilidad de generalizar los resultados a distintos contextos asistenciales.

Por otra parte, el incremento del tamaño muestral contribuye a un mayor poder estadístico, facilitando la detección de efectos más pequeños y mejorando la precisión de las estimaciones. Además, la implementación de protocolos estandarizados entre múltiples centros puede mejorar la calidad de los datos. En contrapartida, se convierte en desventaja, por tratarse de una tarea laboriosa de logística operativa (p. ej., variabilidad en las variables recolectadas, más allá de las definiciones operativas con intención de ser únicas, cada centro podría usar diferentes kits o instrumento de medición, o contar con diferentes recursos, etc.).

Finalmente, los estudios multicéntricos suelen resultar más atractivos para organismos financiadores (aumentando las oportunidades de subsidios/becas) y favorecen el desarrollo de redes de colaboración académica, fortaleciendo la producción científica⁴.

EJEMPLOS REALES

A continuación, se enumerarán 3 escenarios relevantes y locales, que ilustran su impacto en la generación de evidencia clínica robusta.

1. La Sociedad Interamericana de Cardiología impulsó un Registro Interamericano de Vacunación contra la Influenza y el Neumococo (Estudio CorVacc)⁵. Se trató de un estudio de corte transversal que incluyó pacientes ambulatorios mayores de 18 años que otorgaron su consentimiento informado para participar en una encuesta en línea (mediante Formularios de Google) de 34 preguntas. Un total de 19 países latinoamericanos estuvieron representados por cardiólogos que se inscribieron para participar.

2. La Sociedad de Imágenes Cardiovasculares llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, que incluyó 1435 pacientes hospitalizados con COVID-19, provenientes de 12 centros de alta complejidad de 9 países de Latinoamérica⁶.

3. La Sociedad Argentina de Medicina lideró un registro prospectivo y multicéntrico de adultos hospitalizados por COVID-19, incluyendo información de 4776 pacientes entre marzo y octubre de 2020, provenientes de 37 centros de salud de la Argentina⁷.

Como puede observarse, la estructura organizativa de una sociedad científica facilita la coordinación de los estudios multicéntricos, ya que tiende a poseer redes de profesionales ya establecidas, identifica fácilmente potenciales centros participantes y motiva a los investigadores a sumarse. Indudablemente, este respaldo garantiza no solo mayor alcance geográfico y representatividad, sino también mayor credibilidad académica, y, en consecuencia, suele tener mayor impacto en la difusión y publicación.

Aunque parezcan más fáciles en muchos aspectos, esto no implica necesariamente “sin desafíos”. Estos estudios siguen siendo complejos, pero:

- a) la carga de coordinación disminuye al centralizarse en una sociedad con experiencia;
- b) se optimiza la logística gracias a estructuras preexistentes (p. ej., comités científicos, acceso a plataformas, dinero para costos de publicación) y

Tabla 1. Diferencias entre estudios multicéntricos y multisitios

Tipo de estudio	MULTICÉNTRICO	MULTISITIO
Definición	Varios centros de distintas instituciones (incluso de diferentes países) coordinados por un centro líder	Múltiples sedes de una misma institución con estructura organizativa común
Organización	Centro coordinador diseña protocolo, supervisa implementación y centraliza análisis	Organización única con procedimientos estandarizados e integración de datos
Investigador Principal (IP)	Un IP por centro, responsable del cumplimiento local	Un IP central que coordina todas las sedes
Ejemplo	Ensayo clínico internacional con centros en distintos países (Argentina y Uruguay), coordinados por una institución líder	Estudio en múltiples sedes de una misma red asistencial (p. ej., distintas sedes de la Mayo Clinic: Rochester, Minnesota; Scottsdale/Phoenix, Arizona; y Jacksonville, Florida) dentro de una ventana temporal determinada ³

c) se mantienen estándares metodológicos (p. ej., revisión ética, calidad de datos), garantizando la armonización del proceso de recolección de datos y logrando visibilidad regional o internacional.

DESVENTAJAS

Como ya señalaba Charles L. Meinert en 1980, los ensayos clínicos multicéntricos “son difíciles de organizar y costosos de llevar a cabo”⁸. A pesar de su valor en la generación de evidencia robusta, estos estudios presentan limitaciones relevantes que deben ser cuidadosamente consideradas durante su planificación y ejecución⁹. Incluso cuando involucran un número reducido de centros, implican desafíos logísticos, metodológicos y operativos significativamente mayores que los estudios de centro único.

En primer lugar, la complejidad organizativa suele ser elevada, ya que requiere estructuras de gobernanza más amplias, múltiples comités y una coordinación central efectiva. En relación con el diseño y desarrollo del protocolo, la participación de numerosos investigadores con intereses y contextos diversos puede dificultar la construcción de consensos, lo que a menudo se traduce en demoras en la aprobación ética. Estas dificultades pueden verse acentuadas por diferencias en los criterios de evaluación, la necesidad de múltiples versiones del protocolo y la heterogeneidad en normativas institucionales o jurisdiccionales.

Por otra parte, el reclutamiento de pacientes puede verse afectado cuando los protocolos son excesivamente complejos o ambiciosos, generando sobrecarga en la recolección de datos y potencialmente aumentando el riesgo de abandono. Finalmente, el control de calidad y el seguimiento representan un desafío adicional, dado que pueden existir variaciones entre centros en cuanto a procedimientos, tecnologías disponibles y capacitación

de los equipos, lo que incrementa el riesgo de sesgos y dificulta comparar y reproducir los resultados.

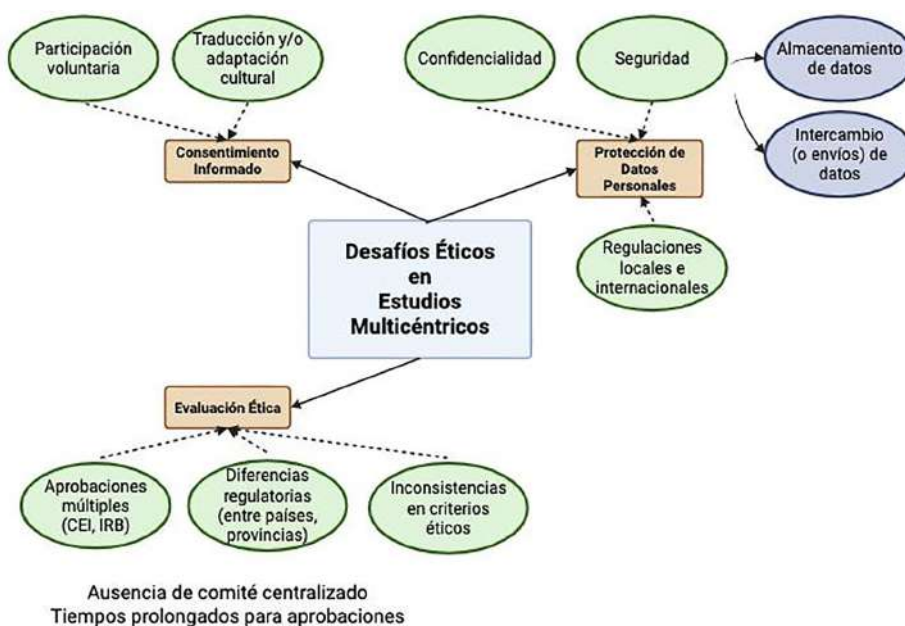
RETOS ÉTICOS

La participación de múltiples centros en un estudio requiere revisión y aprobación por parte de diversos comités de ética institucionales¹, lo que puede generar demoras significativas en la puesta en marcha del proyecto. A veces, un comité puede exigir modificaciones que no son requeridas por otros, complicando la implementación de un protocolo común. El tiempo necesario para las aprobaciones puede variar ampliamente: existen informes de hasta 18-24 meses en la bibliografía¹⁰.

Cada centro participante debe preparar documentos para presentación al comité correspondiente, y este proceso de revisión múltiple, junto con la necesidad de cumplir con distintos requerimientos regulatorios y administrativos (las normativas locales pueden variar entre países o entre provincias), suele prolongar los tiempos, en comparación con los estudios unicéntricos.

Es crucial asegurar que todos los participantes tengan el mismo nivel de protección, independientemente del país o centro en el que se encuentren. Si hubiera consentimientos informados, estos deberían adaptarse a las particularidades culturales y lingüísticas de las poblaciones estudiadas en cada centro (p. ej., el idioma), asegurando que la información llegue de forma clara y comprensible a los participantes¹¹.

Al compartir información entre múltiples centros, aumenta el riesgo de brechas en la confidencialidad. Se deben implementar sistemas robustos para proteger los datos personales y clínicos de salud, cumpliendo con las normativas locales e internacionales¹². La figura 1 sintetiza los principales retos éticos en los estudios multicéntricos de investigación clínica.



Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Desafíos éticos asociados a la investigación clínica de estudios multicéntricos

RECOMENDACIONES

A continuación se presentan algunos consejos clave para una gestión eficaz de estudios multicéntricos, propuestas para orientar la planificación, ejecución y supervisión^{13,14}.

1. Equipo colaborativo conformado por investigadores de cada centro, coordinadores locales, el Centro de Coordinación de Datos (DCC, por sus siglas en inglés –*Data Coordinating Center*–; que no siempre existe en la Argentina –muchas veces recae en una sola persona: Investigador/a Principal (IP), que funcionan como tal, pero también como coordinador de sitio, de auditores, de capacitadores, de analistas–) y mentores (cuando hay más gente involucrada en el cargado de datos). Es esencial designar un coordinador responsable en cada sitio (IP de cada centro), accesible y con formación adecuada, encargado de las tareas diarias del estudio.

2. Estructura clara de comunicación y de los procesos de toma de decisiones. El comité directivo, compuesto por el investigador principal y subinvestigadores de cada sitio, supervisa el progreso general. El comité de operaciones –integrado por el investigador principal, miembros del DCC y coordinadores locales– gestiona la operatividad del estudio. Las definiciones sobre políticas de autorías, que mayoritariamente se establecen previamente (p. ej., en función del número de pacientes enrolados por centro la cantidad de autores que podrá obtener para la publicación científica).

3. Cumplimiento estricto del protocolo, que resulta imprescindible para garantizar la calidad de los datos. Asimismo, deben completarse todos los trámites regulatorios, incluyendo aprobaciones éticas, presupuestarias y acuerdos de intercambio de datos.

4. Personal entrenado, con capacitación e instrucciones claras para cumplir el protocolo estandarizado. La importancia radica no solo en tener el personal entrenado, sino particularmente a quienes cumplirán dicho rol (p. ej., la capacitación deber estar dirigida a IP y a *data entrys*). Se recomienda fuertemente hacer tests con la base de datos, empezando el cargado con “paciente prueba” (ficticio).

5. Reunión inicial con el equipo, que fortalece la comunicación y el cumplimiento normativo.

6. La monitorización de desempeño de cada centro es crucial. El comité directivo debe supervisar el reclutamiento mediante registros y emitir informes periódicos sobre la recolección de datos de calidad (p. ej., errores, datos faltantes, inconsistencias).

7. Mantener una comunicación periódica con los centros (p. ej., mediante teleconferencias, correo electrónico o boletines informativos). Fomentar activamente el compromiso del personal involucrado, cuya participación es clave para alcanzar los objetivos del estudio.

8. Seguir estrictamente el plan de análisis tal como fue diseñado y aprobado. El DCC es la entidad responsable de centralizar la base de datos y llevar a cabo el análisis estadístico.

CONCLUSIONES

Los estudios multicéntricos constituyen una estrategia de investigación fundamental para generar evidencia sólida, representativa y aplicable a diversos contextos clínicos. Sin embargo, su implementación exitosa depende de una gestión rigurosa que anticipe y aborde los múltiples desafíos metodológicos, logísticos y éticos que estos proyectos conllevan. La complejidad inherente a la coordinación de múltiples sitios, equipos de trabajo y procesos metodológicos requiere la adopción de estrategias específicas de gestión de proyectos para garantizar la calidad, la integridad y el éxito del estudio.

Contribuciones de las autoras: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, *Software*; Metodología, Administración del proyecto; Supervisión, Validación, Visualización, Redacción –borrador original, Redacción– revisión y edición (ALP, MCR, MV, AB, MFG).

Conflictos de intereses: las autoras declaran no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Financiamiento: las autoras declaran que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

REFERENCIAS

1. Das MK. Multicenter Studies: Relevance, Design and Implementation. *Indian Pediatr* 2022 Jul 15;59(7):571–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34992183>
2. Ramgopal S, Benedetti J, Cotter JM. Performing a Multicenter Retrospective Study. *Hosp Pediatr* 2025 Feb 1;15(2):e77–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/hpeds.2024-008020>
3. Mahmoud AK, Farina JM, Awad K, Ali NB, Pereyra M, Scalia IG, et al. Lipoprotein(a) and long-term in-stent restenosis after percutaneous coronary intervention. *Eur J Prev Cardiol* 2024 Nov 11;31(15):1878–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurjpc/zwae212>
4. Posadas-Martínez ML, Grande Ratti MF, Burgos MA, Herrera V. Financiamiento en investigación: ¿qué necesito antes de comenzar a buscar una fuente de financiamiento? Parte 1. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*. 2022;42(2):100-104. <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v42i2.174>
5. Wyss F, Lopez-Santi R, Piskorz D, Gupta S, Munera-Echeverri A, Lopez-Santi P, et al. Immunization and cardiovascular disease in Latin America. The CorVacc study: rationale and design. *Arch Cardiol Mex* 2025;95(3):144–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/ACM.24000239>
6. Spina SV, Campos Vieira ML, Herrera CJ, Munera Echeverri AG, Rojo P, Arrijoa Salazar AS, et al. Cardiopulmonary Imaging Utilization and Findings among Hospitalized COVID-19 Patients in Latin America: (From “RIMAC: Registry IMAGING Cardiopulmonary among Hospitalized COVID-19 Patients in LATAM”). *Global Heart* 2022 Aug 1;17(1):49. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9354558/>
7. Boietti BR, Mirofsky M, Valentini R, Peuchot VA, Cámara LA, Pollán JA, et al. [Descriptive analysis of 4776 patients admitted to medical clinic services for COVID-19. Results of the Argentine Multi-Center Registry -REMA-COVID-19]. *Medicina (B Aires)* 2021;81(5):703–14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34633942>
8. Meinert CL. Toward more definitive clinical trials. *Control Clin Trials* 1980 Dec;1(3):249–61. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0197-2456\(80\)90005-7](http://dx.doi.org/10.1016/0197-2456(80)90005-7)
9. Institute of Medicine (US) Council on Health Care Technology, Sox H, Stern S, Owens D, Abrams HL. Problems of Multi-Institutional Studies. In: *Assessment of Diagnostic Technology in Health Care: Rationale, Methods, Problems, and Directions: Monograph of the Council on Health*

- Care Technology. National Academies Press (US); 1989. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235189/>
10. Greene SM, Geiger AM. A review finds that multicenter studies face substantial challenges but strategies exist to achieve Institutional Review Board approval. *J Clin Epidemiol* 2006 Aug;59(8):784–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.11.018>
 11. Kaur N, Kandelman D. "Ethical Considerations For A Multicenter Research". *EC Dental Science* 3.2 (2015):501-505. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/286232127_Ethical_Considerations_For_A_Multicenter_Research
 12. DeRenzo E, Singer EA, Moss J. Ethical Considerations When Preparing a Clinical Research Protocol. Academic Press; 2020. 370 p. Disponible en: <https://play.google.com/store/books/details?id=oR0tBAAAQBAJ>
 13. Stiell IG, Perry JJ, Brehaut J, Brown E, Curran JA, Emond M, et al. How to conduct implementation trials and multicentre studies in the emergency department. *CJEM* 2018 May;20(3):448–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/cem.2017.433>
 14. Irving SY, Curley MAQ. Challenges to conducting multicenter clinical research: ten points to consider. *AACN Adv Crit Care* 2008 Apr-Jun;19(2):164–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.AACN.0000318119.67061.0f>

Chequeos preventivos: entre la promesa de certeza y la incertidumbre del devenir

Mariano Granero[✉] y Alberto Velazquez[✉]

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

La incertidumbre atraviesa la práctica médica, aunque muchas veces se la oculta bajo promesas de certeza y control. Este artículo propone reflexionar sobre cómo médicos y pacientes se relacionan con lo incierto, y cómo el vínculo y la comunicación pueden transformarse en herramientas centrales de cuidado cuando no hay respuestas claras. Escrito desde y para el primer nivel de atención, parte de una viñeta clínica para plantear interrogantes que enriquezcan la práctica cotidiana.

Palabras clave: incertidumbre, primer nivel de atención, creencias culturales, cuidados centrados en el paciente, comunicación en salud, relación médico-paciente.

Preventive Check-Ups: Between the Promise of Certainty and the Uncertainty of Future Outcomes

ABSTRACT

Uncertainty permeates medical practice, yet it is often concealed beneath promises of certainty and control. This article invites reflection on how physicians and patients relate to uncertainty, and how communication and the therapeutic relationship can become central tools of care when no clear answers are available. Written from and for primary care, it uses a clinical vignette to raise questions that may enrich everyday practice.

Keywords: uncertainty, primary health care, cultural beliefs, patient-centered care, health communication, physician-patient relations.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como objetivo reflexionar sobre el lugar que ocupa la incertidumbre en la práctica médica contemporánea y sobre cómo la forma en que médicos y pacientes nos relacionamos con ella influye sobre las decisiones clínicas, la comunicación y la experiencia del cuidado. A partir de una viñeta clínica y de aportes provenientes de la literatura sobre incertidumbre en medicina se plantearán interrogantes que tienen como objetivo enriquecer las reflexiones del lector.

Buscamos además problematizar sobre la búsqueda de certezas que atraviesa en la actualidad la práctica cotidiana de muchos de nosotros y sobre cómo esto influye en las expectativas de nuestros pacientes; al mismo tiempo pretende explorar alternativas que permitan habitar la incertidumbre de un modo más honesto, humano y compartido.

Es importante resaltar que este texto está escrito por dos médicos de familia *desde y para* el ámbito del primer nivel de atención, donde muchas de las consultas que

Autor para correspondencia: mariano.granero@hospitalitaliano.org.ar, Granero M.

Recibido: 27/09/2025 | Aceptado: 1/06/2026 | Publicado: 19/06/2026

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1298>

Cómo citar: Granero M, Velazquez A. Chequeos preventivos: entre la promesa de certeza y la incertidumbre del devenir. Rev Hosp Ital B. Aires. 2026;46(2):e0001298.

realizamos giran en torno al cuidado de la salud y los chequeos preventivos. Es posible, por tanto, que lo que aquí se comunica no aplique homogénea y universalmente a otros ámbitos de la Medicina donde el nivel de urgencia y la necesidad de certezas sea otra.

EXPECTATIVAS EN TORNO A LA SALUD

Todos tenemos expectativas, y esas expectativas moldean nuestras experiencias, las decisiones que tomamos y cómo nos sentimos frente a los resultados de tales decisiones.

Los pacientes, cuando se trata de chequeos preventivos, con frecuencia piensan que *cuanto más cosas se hagan, mejor*. Esperan que un mayor número de pruebas y tratamientos se traduzca en mejores resultados en salud¹. Sin embargo, la evidencia muestra que esto no necesariamente es así. En los últimos años fue surgiendo evidencia de que los chequeos periódicos de salud no parecen tener el beneficio neto que solíamos atribuirles². Por otra parte, en ocasiones, los daños derivados de las intervenciones superan a los beneficios esperados. Los mecanismos a través de los cuales pueden generarse esos daños son múltiples e incluyen sobrediagnóstico, sobretratamiento, falsos positivos, cascadas diagnósticas, ansiedad, pérdida de dinero y tiempo, y efecto rótulo, entre otros³.

Los médicos también solemos tener expectativas poco realistas sobre los beneficios y riesgos de los estudios y tratamientos que indicamos, lo que puede favorecer un uso excesivo de intervenciones. Una revisión sistemática mostró que, con frecuencia, sobreestimamos los beneficios y subestimamos los daños, siendo poco comunes las estimaciones acertadas⁴. Esto se exagera aún más en los casos en los que las decisiones que se toman están más atravesadas por una lógica de mercado y/o intereses económicos que por la evidencia científica disponible⁵.

Médicos y pacientes formamos parte de una misma cultura de salud que promete una (posiblemente falsa) seguridad a quienes cumplan con sus indicaciones⁶. El mensaje implícito suele ser: “si hace los chequeos que recomendamos, va a tener salud”. Este mensaje, de tinte más extorsivo que compasivo, se aleja del consejo genuino de alguien que acompaña el recorrido de un paciente. Y le agrega una contracara peligrosa: “si no hace lo que le decimos y se enferma, entonces la culpa es suya”. Así, la enfermedad deja de ser entendida como un fenómeno complejo y se transforma en castigo por no haber seguido las reglas.

Independientemente de que los pacientes tengan sus expectativas y los médicos las suyas acerca de lo que significa “cuidar bien la salud”, ambos suelen tener como punto de encuentro una misma expectativa común: ambos quieren que al paciente “le vaya bien”. La pregunta que se abre, y que organiza el resto de este artículo, es qué hacemos cuando algo sale mal.

UNA VIÑETA CLÍNICA: CUANDO EL AZAR INTERRUPE LA RUTINA

Martín era un paciente de esos que podría describirse como “muy sano”. A sus 65 años, hacía actividad física

con regularidad, no fumaba, no tenía antecedentes de relevancia. Todos los años, en la misma época, acudía prolijamente a su control de salud. Sin embargo, en su última consulta llegó pálido y con astenia. El laboratorio reveló una hemoglobina de 9 g%, y, tras estudiarlo, se le diagnosticó leucemia.

Ante el diagnóstico, Martín comenzó a hacer preguntas: *¿Por qué me pasa esto a mí? Si siempre hice todo bien... ¿Qué hice mal? ¿Habría sido por la irradiación de las antenas? ¿El agua contaminada con pesticidas? ¿O fue que mi médico no me controló adecuadamente?*

Los médicos también solemos hacernos preguntas ante este tipo de situaciones: *Si le hubiera pedido un laboratorio antes, ¿la habría detectado a tiempo? ¿Habría cambiado el pronóstico? ¿Debería empezar a pedir estudios con más frecuencia, aunque la evidencia disponible no lo recomiende?*

Ambos conjuntos de preguntas comparten una misma raíz: la incomodidad frente a lo que no podemos controlar.

LA INCERTIDUMBRE EN MEDICINA: DISTINTOS NIVELES, DISTINTOS ABORDAJES

A nuestro entender, existen distintos tipos de incertidumbre relacionados con la práctica médica (Fig. 1). Una se relaciona con la falta de conocimientos sobre aspectos diagnósticos y/o terapéuticos, y puede abordarse mediante el acceso y la lectura de la evidencia científica y la experiencia clínica acumulada. Otra surge al intentar adaptar ese conocimiento general a un paciente particular, con su historia, sus valores y su contexto. Y hay una tercera (y es a la que hace referencia principalmente este trabajo) que es de otra naturaleza: aquella vinculada al devenir de cada paciente, a la imposibilidad de anticipar con certeza cómo evolucionará la salud/enfermedad de una persona, o qué curso tomará una vida.

Esta incertidumbre es la piedra en el zapato de una cultura que se ha acostumbrado a que le ofrezcan certezas. A pesar de que vivimos en un mundo donde la tecnología, la inteligencia artificial y los tratamientos de última generación prometen exactitud y control, casos como el de Martín nos recuerdan que el azar y lo impredecible siguen marcando el devenir de la vida. La incertidumbre sigue siendo inherente tanto a la existencia humana como a nuestra la práctica de la Medicina.

Frente al malestar que nos provocan situaciones como la de esta viñeta clínica, solemos buscar culpables. Buscamos *causalidad* donde apenas hay *correlación*, intentando simplificar la complejidad de un sistema humano (biológico, psíquico y social) atravesado por un sinnúmero de variables.

Nos preguntamos por qué algunas personas, en condiciones similares, desarrollan enfermedades mientras que muchas otras no. Y en ese intento de encontrar un sentido, se desvanece la promesa de que “todo se puede (y, por lo tanto, se debe) prevenir”. El golpe de realidad nos arrebató la confortable sensación de control, y nos deja solos y expuestos frente a la incomodidad de la duda.

La paradoja de estos tiempos caracterizados por un aumento del conocimiento es ineludible: mien-

LA INCERTIDUMBRE EN MEDICINA



Figura 1. Tipos de incertidumbre que puede experimentar un médico durante su práctica.

tras más profundizamos en el saber, más visibles se vuelven los límites de lo que ignoramos. De esta manera, la investigación y el conocimiento no solo no eliminan la incertidumbre en medicina, sino que, muchas veces, la hacen más evidente⁵.

¿QUÉ PODEMOS APRENDER DE EXPERIENCIAS COMO ESTA?

Proponemos a continuación distintas alternativas para enriquecer nuestra relación con la incertidumbre en nuestra práctica cotidiana:

1) Evitar errores cognitivos frente a casos excepcionales

Una de las primeras reacciones frente a situaciones inesperadas como la descrita suele ser la tendencia a generalizar a partir de un caso particular. Un médico que enfrenta el diagnóstico de una enfermedad grave puede sentirse tentado a modificar su práctica, por ejemplo solicitando más estudios o con mayor frecuencia a todos sus pacientes. Sin embargo, este tipo de respuestas puede reflejar más una reacción emocional frente al evento que una decisión basada en evidencia.

En términos estadísticos, la existencia de casos infrecuentes persiste a pesar de su baja probabilidad: *improbable* no es lo mismo que *imposible*. La aparición de un único caso excepcional no debería modificar necesariamente la conducta médica general. Adoptar un cambio de enfoque basado en eventos raros podría conducir a una medicina más intervencionista, aumentando el riesgo de sobrediagnóstico, falsos positivos y sobretratamientos.

Algunas herramientas como la medicina basada en evidencia y la comprensión de la salud y la enfermedad

en términos de probabilidades permiten contextualizar estos eventos y evitar decisiones guiadas exclusivamente por la experiencia reciente y las emociones que estas hayan generado en nosotros⁷.

2) Habitar la incertidumbre sin pasividad ni exceso

La incertidumbre representa una parte central e inevitable de la práctica médica. William Osler, uno de los padres de la medicina moderna, decía que “la medicina es una ciencia de la incertidumbre y un arte de la probabilidad”, reconociendo los límites intrínsecos de nuestro conocimiento⁸. Negar esa realidad solo nos genera frustración, desgaste y, muchas veces, una medicina más defensiva que centrada en las personas.

Cuando aprendemos a convivir con la incertidumbre, también aprendemos a ofrecer algo valioso a quienes cuidamos: calma. Nuestro papel no debería ser replicar la angustia del paciente ante lo desconocido, por lo que, en cambio, puede ser, justamente, el de ofrecer una presencia serena que ayude a resignificar lo que ocurre⁹.

Algunos autores han planteado que desarrollar la capacidad de tolerar la incertidumbre constituye una de las competencias centrales de la medicina contemporánea¹⁰. Existen estudios que muestran que la manera en que los profesionales nos relacionamos con la incertidumbre influye en nuestra capacidad diagnóstica¹¹. Por ello, aprender a manejar la incertidumbre implica un mejor desempeño no solo desde un aspecto vincular, sino también desde lo técnico.

En este punto nos vemos obligados a retomar la pregunta: ¿qué significa entonces “manejar bien la incertidumbre”? En el apartado anterior vimos que, ante

la ausencia de certezas, podemos tender a hacer cosas de más. Como contracara, también puede aparecer la idea de que aceptar la incertidumbre implique adoptar una actitud pasiva o renunciar a intervenir para esperar y ver cuál es el devenir de la situación en cuestión¹². El adecuado manejo de la incertidumbre no implica inacción ni excesos médicos, sino la capacidad de reconocer sus distintos niveles y actuar de manera proporcional a la información disponible.

En lo que bien podría denominarse incertidumbre “académica” (aquella vinculada al conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento) existen estrategias estructuradas que ayudan a abordarla. Por ejemplo, el marco RAPS (*Recognize, Acknowledge, Partner, Seek Support*) propone reconocer la incertidumbre, explicitarla, trabajar junto al paciente y buscar apoyo cuando sea necesario¹³. Este tipo de aproximaciones no paraliza la acción clínica; por el contrario, permite sostener la toma de decisiones mientras se fortalece la alianza terapéutica.

Existe, sin embargo, otra forma de incertidumbre que ningún avance científico logra eliminar por completo: la imposibilidad de anticipar con certeza el devenir de cada paciente. La medicina puede estimar probabilidades, pero no puede garantizar resultados individuales. En este contexto, resulta útil revisar tanto nuestras expectativas como las de nuestros pacientes sobre qué es lo que se espera de los chequeos preventivos, para poder luego orientar nuestros esfuerzos conjuntos a la construcción de la salud en lugar de intentar controlar todas las variables para evitar que nuestros pacientes enfermen. Esto resulta fundamental si se quiere dejar atrás (en los hechos) la idea de salud como la mera ausencia de enfermedad, y comenzar a trabajarla como un estado de bienestar físico, mental y social tal como propone la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁴.

3) El vínculo como herramienta de cuidado

En un escenario atravesado por probabilidades, decisiones y límites del conocimiento, el vínculo médico-paciente adquiere un papel central como regulador de la ansiedad que genera lo incierto. Algunos estudios han mostrado que la calidad de la relación terapéutica influye no solo en la satisfacción de los pacientes, sino también en su adherencia a los tratamientos y en los resultados de salud¹⁵. En contextos donde no existen respuestas definitivas, la presencia de un profesional dispuesto a acompañar, escuchar y sostener el proceso puede convertirse en una fuente importante de contención emocional⁹.

Otra manera concreta de fortalecer el vínculo médico-paciente consiste en promover el empoderamiento de los pacientes en el proceso de cuidado. Ciertas estrategias como la *toma de decisiones compartidas* permiten que las personas participen activamente en la elección de alternativas diagnósticas o terapéuticas, integrando la mejor evidencia disponible con sus propios valores, preferencias y circunstancias de vida¹⁶. En este enfoque, el médico deja de ser un mero prescriptor y pasa a convertirse en un facilitador de decisiones informadas, transformando la incertidumbre en un espacio de colaboración y cuidado compartido.

Para que este tipo de relación pueda desarrollarse plenamente, resulta fundamental que la comunidad médica fortalezca sus habilidades de comunicación. La formación tradicional ha puesto un gran énfasis en el diagnóstico y el tratamiento, pero con frecuencia ha relegado la enseñanza sistemática de competencias comunicacionales. La capacidad de explicar probabilidades, explorar valores y acompañar procesos de decisión en contextos de incertidumbre constituye hoy una habilidad clínica central¹⁷.

Es recomendable que los médicos logremos pasar de una comunicación basada en la *certeza* a una comunicación que se apoye en *lo real: la vida entendida como un abanico de posibilidades*. Existen recursos de acceso gratuito, como el libro *Know Your Chances*, que enseñan a comunicar el *riesgo* como una noción de *posibilidad* en lugar de *peligro*¹⁸. En este enfoque, lo que cambia no es solo la forma de dar información, sino la posición que se le ofrece al paciente, ya que deja de ser culpable u obediente, y pasa a ser protagonista de una toma compartida de decisiones desde un lugar más libre e informado.

También puede resultarnos de utilidad revisar nuestras propias expectativas con respecto a nuestro papel con nuestros pacientes: si lo que esperamos es que nuestros pacientes estén bien, quizá podamos también reflexionar sobre qué significa ese “estar bien”: *¿que nunca se enfermen?, ¿que nunca sufran ni, mucho menos, mueran?, ¿o que puedan estar acompañados de forma ética y comprometida, incluso cuando no hay respuestas claras sobre su devenir?*¹⁹

Finalmente, resaltamos la importancia de revisar qué lugar ocupamos cada uno de nosotros en la cultura médica actual, ya que cuando prometemos salud a cambio de obediencia (“si hace lo que decimos, va a estar bien”) reforzamos una lógica de control y prometemos resultados que no podemos asegurar.

UNA ACLARACIÓN SOBRE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Vale la pena volver sobre algo mencionado en la Introducción. El primer nivel de atención es el espacio privilegiado para trabajar esta incertidumbre no solo porque allí se concentra el cuidado preventivo, sino porque es el único ámbito donde existen el tiempo y la continuidad necesarios para construir los vínculos que este artículo propone como herramienta central. La longitudinalidad de la relación médico-paciente en medicina familiar permite conocer a la persona antes de que aparezca la enfermedad, y acompañarla cuando el diagnóstico llega sin que nadie lo espere. Es en ese tejido de consultas repetidas donde la calma, la honestidad y la toma de decisiones compartidas pueden hacer una gran contribución a la calidad de los cuidados provistos.

CONSIDERACIONES FINALES

Creemos profundamente que, en los tiempos actuales, lo verdaderamente revolucionario en medicina ya no es ofrecer nuevas tecnologías ni prometer resultados, sino *animarse a decir lo que el paciente necesita escuchar, aunque*

no sea lo que desee oír. Aceptar que no todo es prevenible, que no todo se puede controlar, es un acto de honestidad que va en contra de la cultura actual, pero puede ser el brote de una cultura mejor. Significa dejar de sostener promesas imposibles para empezar a construir vínculos basados en la verdad, el respeto y el cuidado compartido.

Aceptar la incertidumbre no es sinónimo de rendición. Es, en todo caso, una forma de madurez profesional. Aceptar lo incierto reemplaza la ilusión de una certeza inalcanzable, apoyándose sobre algo más real y más valioso: el vínculo. Un “lo acompaño, sea lo que sea que toque vivir” que, en definitiva, constituye el corazón del cuidado que ofrecemos.

Abrazar la incertidumbre no nos hace menos médicos. Al contrario: nos hace más conscientes, más honestos y, quizás, más sabios. Porque al final, lo que verdaderamente ayuda no es la certeza, sino un vínculo que se sostiene incluso cuando ya no hay respuestas.

Contribuciones de los autores: Conceptualización (AV). Curación de datos, Administración del proyecto, Redacción - borrador original (MG). Análisis formal, Investigación, Metodología, Redacción - revisión y edición (AV, MG).

Declaración de uso de IA: Los autores declaran haber utilizado herramientas de inteligencia artificial (IA) durante la elaboración de este artículo. Gemini[®] fue empleado para la generación de la figura incluida en el texto. ChatGPT[®] y Claude[®] fueron utilizados para el pulido y la revisión estilística de algunos pasajes.

Conflictos de intereses: los autores declaran no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Financiamiento: los autores declaran que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

REFERENCIAS

- Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med.* 2015;175(2):274-286. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.6016>.
- Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;1(1):CD009009. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009009.pub3>.
- Granero M, Velazquez A. Medicalización de la vida y daño poblacional: revisión bibliográfica no sistematizada. *Rev Hosp Ital B Aires.* 2020;40(4):208-218. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v40i4.35>.
- Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med.* 2017;177(3):407-419. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.8254>.
- Pokorny AMJ, Fabbri A, Bero LA, et al. Interactions with the pharmaceutical industry and the practice, knowledge and beliefs of medical oncologists and clinical haematologists: a systematic review. *Br J Cancer.* 2022;126(1):144-161. <https://doi.org/10.1038/s41416-021-01552-1>.
- Lohse S. Mapping uncertainty in precision medicine: a systematic scoping review. *J Eval Clin Pract.* 2023;29(3):554-564. <https://doi.org/10.1111/jep.13789>.
- Daker-White G, Hays R, McSharry J, et al. Blame the patient, blame the doctor or blame the system? A meta-synthesis of qualitative studies of patient safety in primary care. *PLoS One.* 2015;10(8):e0128329. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128329>.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996;312(7023):71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>.
- Young P, Finn BC, Bruetman JE, et al. William Osler (1849-1919): el hombre y sus descripciones. *Rev Med Chil.* 2012;140(9):1218-1227. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000900018>.
- Castañes M. El retorno a lo esencial: la medicina familiar como antídoto en la era de la algoritmización. *Arch Med Fam Gen.* 2026;23(1):6-7.
- Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty - the next medical revolution? *N Engl J Med.* 2016;375(18):1713-1715. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1606402>.
- Schneider A, Löwe B, Barie S, et al. How do primary care doctors deal with uncertainty in making diagnostic decisions? The development of the 'Dealing with Uncertainty Questionnaire' (DUQ). *J Eval Clin Pract.* 2010;16(3):431-437. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01464.x>.
- Reach G. Clinical inertia, uncertainty and individualized guidelines. *Diabetes Metab.* 2014;40(4):241-245. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2013.12.009>.
- Patel B, Gheihman G, Katz JT, et al. Navigating uncertainty in clinical practice: a structured approach. *J Gen Intern Med.* 2024;39(5):829-836. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08596-4>.
- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 1946 [citado 2026 mayo 17]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796-804.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>.
- Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(3):164-177. <https://doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164>.
- Woloshin S, Schwartz LM, Welch HG. Know your chances: understanding health statistics [Internet]. California, CA: University of California Press; 2008 [citado 2026 may 17]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK115435/>.
- Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med.* 1982;306(11):639-645. <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>.

Los editores de la *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires* les queremos proponer a nuestros lectores la oportunidad de reflexionar sobre temas que se encuentran en debate en la comunidad científica. Para ello hemos invitado a exponer sus posiciones sobre situaciones de capacidad decisional fluctuante en una revista académica a dos prestigiosos referentes del tema con miradas contrapuestas a partir de una situación clínica. A continuación, les compartimos las reflexiones del Dr. Oscar Mazza y de la Dra. Fabiana Giber* sobre la base del siguiente escenario hipotético:

Un hombre de 78 años, con diagnóstico reciente de deterioro cognitivo leve, vive con su hija en Buenos Aires. Tras varios episodios de dolor abdominal, se le indica una colecistectomía laparoscópica electiva. Aunque comprende la explicación médica, repite las mismas preguntas, por momentos se muestra confundido y expresa temor a la cirugía. Su hija considera que ya no puede decidir por sí mismo y solicita avanzar con la operación. El equipo tratante se enfrenta así a un problema complejo vinculado con los límites de la autonomía del paciente, la posición de los familiares y la recomendación médica.

Cuando la autonomía entra en tensión con la prevención del daño

Oscar M. Mazza[✉]

Servicio de Cirugía General, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

Este es un escenario de complejidad clínica y ética, que nos obliga a balancear el principio de beneficencia (la necesidad de resolver una patología biliar que, para un paciente a los 78 años operado en un hospital con profesionales expertos en esa cirugía, no conlleva un riesgo elevado de complicaciones graves) con el respeto por la autonomía de un paciente cuya capacidad de decisión se encuentra en una zona gris.

Desde la óptica quirúrgica, la indicación de una colecistectomía en este paciente no responde tanto a prevención sino como tratamiento de una patología inflamatoria que se está tornando recurrente, y que además de alterar la calidad de vida puede incluso presagiar un evento mayor que determine una internación y un procedimiento de urgencia. O sea, es prevención, pero de daños mayores.

Por otra parte, una colecistectomía laparoscópica en manos de cirujanos con experiencia tiene una tasa muy alta de eficacia con complicaciones mayores de menos del 2 por mil de casos operados. La recuperación en pacientes mayores sin fragilidad física es buena, y el alta hospitalaria se logra en casi todos los casos a las 24 horas.

En un paciente de 78 años, una colecistitis aguda, una colangitis o una pancreatitis biliar tienen una morbimortalidad significativamente mayor que una cirugía electiva. La cirugía programada permite optimizar al paciente, realizar una evaluación preanestésica a conciencia y asegurar un posoperatorio sin mayores incidentes. Intervenir de forma electiva es la mejor manera de proteger la reserva cognitiva que aún conserva. La internación es programada y breve, lo que disminuye también todos los cuadros de desorientación intrahospitalaria en esta población.

El manejo del consentimiento informado en pacientes con deterioro cognitivo es uno de los desafíos más delicados de la bioética. Requiere un delicado equilibrio entre el respeto a la autonomía residual del paciente y el deber de protección del equipo de salud. Es en estos casos donde asume un papel crítico el cuidador o representante.

El cuidador debe intentar decidir lo que el paciente decidiría si recuperara la lucidez por un momento. Si el paciente manifiesta una oposición persistente, el equipo médico y el cuidador deben reevaluar la proporcionalidad del tratamiento, a menos que se trate de una urgencia con riesgo inminente.

*Comentario de la Dra. Fabiana Giber "Autonomía y capacidad de decisión en pacientes mayores con deterioro cognitivo leve" [link]

Autor para correspondencia: oscar.mazza@hospitalitaliano.org.ar, Mazza OM.

Recibido: 12/03/2026 | Aceptado: 25/03/2026 | Publicado: 23/06/2026

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v46i2.1351>

Cómo citar: Mazza OM. Cuando la autonomía entra en tensión con la prevención del daño. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2026;46(2):e0001351

En este escenario, el equipo de salud trasciende su función técnica para actuar como un mediador ético y clínico. Su papel consiste en liderar la toma de decisiones compartida que proteja al paciente del ensañamiento terapéutico, al mismo tiempo que atenúa la carga emocional del cuidador para evitar que la decisión sea un foco de culpa o conflicto. Finalmente, el equipo debe garantizar la seguridad jurídica y ética del acto médico mediante una documentación rigurosa en la historia clínica.

El imperativo ético aquí es la protección. Si el paciente no puede garantizar su propia seguridad a largo plazo debido a su incapacidad para comprender el riesgo de la progresión de la enfermedad biliar, el equipo médico y la familia deben actuar de manera coordinada.

El diagnóstico de “deterioro cognitivo leve” no invalida automáticamente la autonomía, pero en este caso el paciente tiene dificultades para procesar y retener la información necesaria para un consentimiento informado válido. Para que un consentimiento sea válido, el paciente debe demostrar cuatro habilidades:

- **Comprensión:** entender los hechos relevantes del diagnóstico y tratamiento.
- **Apreciación:** reconocer cómo esa información se aplica a su propia situación.
- **Razonamiento:** poder comparar opciones y prever consecuencias.
- **Expresión de una elección:** mantener una decisión consistente en el tiempo.

Cuando se determina que el paciente no tiene capacidad suficiente para consentir, se activa el consentimiento por representación o sustitución. El orden de prelación suele estar definido por la legislación local (en la Argentina, por la Ley 26529 y el Código Civil y Comercial):

1. **Directivas Anticipadas:** si existen, son la prioridad absoluta.
2. **Representante Legal/Apoderado:** persona designada previamente por el paciente.
3. **Cónyuge o conviviente.**
4. **Familiares directos** (hijos, padres, hermanos).

Las Directivas Anticipadas (DDAA) son herramientas muy útiles para evitar situaciones como esta, ya que constituyen una herramienta fundamental para garantizar la autonomía extendida del paciente, permitiendo que sus valores y decisiones sobre el cuidado de su salud trasciendan en el tiempo, incluso ante la pérdida de capacidad. Su principal ventaja radica en la eliminación de la incertidumbre para el equipo médico, al transformar la interpretación subjetiva en una ejecución de voluntad fehaciente, y en el significativo alivio de la carga emocional y moral para la familia. Por ende, previenen conflictos éticos y culpas posteriores en los familiares.

Resumen del dilema ético en la toma de decisiones quirúrgicas en un paciente con deterioro cognitivo leve:

Conflictos de intereses: el autor declara no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Dilema en la Colecistectomía: Ética y Clínica en el Paciente Mayor

El manejo de patologías biliares en adultos mayores con deterioro cognitivo presenta un conflicto entre la beneficencia médica y la autonomía del paciente. Se busca evitar complicaciones de urgencia mediante una cirugía programada, activando mecanismos éticos y legales cuando la capacidad de decisión del paciente está comprometida.

El Beneficio Clínico de la Intervención Programada



Cirugía Electiva



La cirugía programada tiene menor morbilidad que la colecistitis aguda o pancreatitis en mayores.



Alta Efectividad y Seguridad

Las complicaciones mayores son inferiores al 2 por mil en manos expertas.



Protección de la Reserva Cognitiva

La internación breve (24 hs) disminuye la desorientación y protege la salud mental del paciente.

El Marco Ético y Legal del Consentimiento



Las 4 Habilidades del Consentimiento Válido

El paciente debe demostrar comprensión, apreciación, razonamiento y expresión de una elección consistente.

Orden de Representación (Ley 26.529)

1. Directivas Anticipadas
2. Representante
3. Cónyuge
4. Familiares directos



El Rol del Equipo como Mediador

El médico debe proteger al paciente y aliviar la carga emocional/culpa del cuidador.

BIBLIOGRAFÍA

- ACS/NSQIP/AGS Best Practices Guidelines. Optimal preoperative assessment of the geriatric patient. [Chicago, IL: ACS; 2016].
- Argentina. Código civil y comercial de la Nación. 8° ed. act. Buenos Aires: Ministerio de Justicia. Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica; 2024.
- Argentina. Honorable Congreso de la Nación. Ley Nacional N° 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Bol Nac Rep Argent. 2009 oct 21;(31785):1.
- Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357(18):1834-1840. <https://doi.org/10.1056/NEJMc074045>.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.

Autonomía y capacidad de decisión en pacientes mayores con deterioro cognitivo leve

Fabiana Giber 

Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

En geriatría es fundamental distinguir entre competencia (un concepto clínico y dinámico) y capacidad de decisión (un término legal). El diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) no anula la capacidad del paciente para consentir. El hecho de que el paciente repita preguntas o presente confusión sugiere vulnerabilidad en la memoria de trabajo, pero no necesariamente una incapacidad para comprender los riesgos y el beneficio. La capacidad debe evaluarse para esta decisión específica.

Desde la bioética, el principio de autonomía debe prevalecer mientras existan muestras de lucidez. Éticamente, la mejor intención de un familiar no puede anular el derecho del paciente a decir “no” o “todavía no”, especialmente en una cirugía electiva (no urgente).

Para priorizar la voz del paciente, el equipo tratante debería aplicar los cuatro criterios funcionales de la capacidad:

Comprensión: ¿Entiende que tiene piedras en la vesícula y que la cirugía es para quitarlas?

Apresiasión: ¿Reconoce que, si no se opera, podría tener una complicación en el futuro?

Razonamiento: ¿Puede comparar los riesgos de la cirugía frente a los riesgos de la espera?

Expresión de una elección: ¿Mantiene una postura consistente (aunque sea el rechazo por miedo)?

El miedo a la cirugía es una respuesta humana racional, no un síntoma de demencia. Si el paciente expresa temor, la respuesta ética no es quitarle el poder de decisión, sino gestionar el miedo mediante la información y el acompañamiento.

Dado que, en la Argentina, el Código Civil y Comercial protege la autonomía y la capacidad de las personas mayores, el equipo médico debe, en el caso que se presenta:

Implementar ajustes de comunicación: realizar entrevistas breves, en momentos del día durante los cuales el paciente esté más lúcido (evitando el síndrome de puesta de sol), y quizá con el apoyo de herramientas visuales.

Explicar a la hija que el DCL no otorga automáticamente la representación legal. La función de la familia es acompañar la voluntad del padre, no reemplazarla, a menos que exista un riesgo inminente de vida que aquí no se presenta.

*Comentario del Dr. Oscar M. Mazza. “Cuando la autonomía entra en tensión con la prevención del daño” [link].

Autor para correspondencia: fabiana.giber@hospitalitaliano.org.ar, Giber FN.

Recibido: 02/03/2026 | Aceptado: 25/03/2026 | Publicado: 23/06/2026

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1353>

Cómo citar: Giber FN. Autonomía y capacidad de decisión en pacientes mayores con deterioro cognitivo leve. Rev Hosp Ital B.Aires. 2026;46(2):e0001353

Consentimiento por etapas: si el paciente no puede decidir hoy, y la cirugía no es urgente, se puede posponer la decisión una semana para reevaluar la consistencia de su discurso.

Con el fin de discernir o colaborar con la toma de una decisión se puede derivar al paciente a una Valoración Geriátrica Integral (VGI) que permitiría desglosar si la confusión del paciente es un rasgo estable del DCL o si existen factores reversibles que puedan estar influyendo en ella. En la VGI se evalúan 4 esferas:

1. Esfera clínica y cognitiva

Detección de *delirium* superpuesto: es vital descartar que el dolor abdominal crónico o una infección urinaria silente estén causando fluctuaciones en su estado mental. Un paciente con un cuadro confusional agudo no tiene capacidad decisional transitoria, mientras que un paciente con DCL, sí puede tenerla.

2. Esfera funcional

Determinar si el paciente mantiene sus Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Si el hombre aún maneja su propio dinero o medicación en Buenos Aires, invalidar su decisión quirúrgica basándose solo en que repite preguntas sería una inconsistencia clínica y una vulneración de sus derechos.

3. Esfera afectiva y social

Screening de depresión: el temor a la cirugía podría ser una manifestación de un cuadro depresivo reactivo al diagnóstico de DCL. La depresión altera la apreciación del beneficio, lo cual afecta directamente la calidad de su consentimiento.

4. Dinámica familiar: la VGI permite evaluar la sobrecarga de la hija. Muchas veces, el deseo de avanzar con

la operación responde más a la ansiedad del cuidador por evitar una emergencia futura que a una necesidad clínica inmediata.

Impacto en el límite de la autonomía

Una vez realizada la VGI, el equipo médico tendrá un panorama claro:

- Si la VGI muestra fragilidad leve y funciones ejecutivas conservadas: se debe respetar la voluntad del paciente (incluso su rechazo), trabajando en sesiones de información repetidas.

- Si la VGI revela un deterioro moderado con pérdida de juicio crítico: la autonomía se ve limitada y la figura de la hija cobra relevancia, pero siempre bajo el criterio del "mayor beneficio para el paciente" y no por mera conveniencia.

Conclusión del abordaje: la VGI transforma una discusión de opiniones entre la hija y el médico en una estrategia basada en la evidencia. Le devuelve al paciente su derecho a ser evaluado como un sujeto complejo y no solo como un anciano confundido. La autonomía del paciente con un DCL es una autonomía vulnerable, pero real. Priorizar su voz implica aceptar que tiene derecho a dudar y a sentir temor. Mientras el paciente pueda comunicar una preferencia que no sea manifestamente irracional o suicida, su negativa o su pedido de tiempo debe ser respetado por sobre el deseo de eficacia de la familia o del sistema médico.

Conflictos de intereses: la autora declara no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Reglamento general de presentación de artículos

Los trabajos deben ser presentados a través de la [plataforma OJS](#) de la revista, donde el/la autor/a responsable debe contar con usuario de acceso y proceder a realizar un “nuevo envío”.

No se aceptarán trabajos que hayan sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos debiéndose aclarar dónde fue presentado o prepublicaciones) ni que estén en consideración para su publicación en otra revista.

Los artículos publicados se ofrecen en Acceso Abierto donde las contribuciones deben pasar por una revisión por pares (peer-review) y cuyos contenidos aprobados están accesibles sin necesidad de compra o suscripción, bajo licencia [CC BY-NC-SA 4.0](#). Al enviar una contribución el autor está de acuerdo con la política de publicación señalada y acepta las respectivas condiciones para que el editor pueda dar curso al flujo de trabajo editorial dentro de la plataforma OJS.

Consideraciones éticas: Todos los trabajos de investigación que incluyan seres humanos tienen que cumplir con la normativa legal en cuestiones éticas con el fin de proteger la dignidad, identidad, integridad y bienestar de las/los sujetos y el respeto de sus derechos humanos y libertades fundamentales, en todo el proceso de investigación (aprobación por Comité de ética y consentimiento de). Todos los trabajos de investigación que incluya animales tienen que cumplir con la normativa legal en cuestiones éticas para el bienestar de animales de laboratorios usados en procedimientos experimentales

Se aceptan trabajos para las siguientes secciones: carta al editor, artículos originales, comunicaciones breves, artículos de revisión, revisiones breves, educación médica, casos clínicos, imágenes en medicina, preguntas al experto, videos en medicina, notas sobre estadística e investigación, actualización y avances en investigación, humanidades [ver [Características de cada sección](#)]

Recomendamos consultar las [políticas de publicación](#) de la Revista del HIBA.

Archivos para el envío

1 - Carta de solicitud [subir]

Dirigida al Director de la Revista: Dr. Daniel Matusevich

- Incluir **sección** a la que se presenta e importancia del tipo de artículo. [[descargue el modelo de carta](#)]

Datos completos de todos los autores en orden:

- Nombre completo (nombre, inicial de segundo nombre, apellido: Marcela J. Pérez),
- Cargo académico (Dr/a., Lic., etc)
- Afiliación con la correcta denominación (servicio e institución a la que pertenecen o pertenecieron y en el cual se generó el trabajo). Si un autor no tiene afiliación, colocar “Profesional independiente”.
- E-mail institucional
- URL del número de [ORCID](#).

- Indicar la contribución de cada autor en la realización del artículo según la taxonomía [CrEdit](#) ([criterios de autoría](#))
- Autor para correspondencia: consignar el autor responsable del artículo. El mismo se consignará en la publicación y será el referente para la Coordinación Editorial en cualquiera de las etapas del proceso de publicación.
- **Agradecimientos:** Para cuidar el proceso de referato doble ciego coloque los agradecimientos en la carta dirigida al editor. Ver también [autoría](#).
- **Conflictos de intereses:** de no existir conflictos relevantes al trabajo presentado, deberá decir “El/la/los autor/a/es declaran no poseer conflictos de intereses relacionados al contenido del presente trabajo”.
- **Financiamiento:** de no existir deberá decir: “El/la/los autor/a/e declaran que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa
- **Párrafo de difusión:** incluir un párrafo de hasta 50 palabras en el que se describa y explique el contenido del trabajo. Se utilizará para la difusión del trabajo en las distintas redes sociales de la Revista del HIBA y de la Universidad Hospital Italiano. Instamos a los autores a formar parte de nuestras redes sociales ([Instagram](#), [Facebook](#), [Linkedin](#)).

[La Revista del HIBA se basa en los criterios para la autoría de la [ICMJE](#) (*International Committee of Medical Journal Editors*)]

2 - Consentimiento de publicación, originalidad y conflicto de intereses

Los autores darán el consentimiento para la publicación del trabajo, asegurarán su originalidad y revelarán cualquier conflicto de intereses mediante una [carta tipo](#).

3 - Archivo del artículo

Características generales: formato .doc o .docx, a una sola columna, tipografía arial 12, interlineado 1.5, cantidad de palabras: según la [sección](#). El nombre del archivo debe evitar referencias a la identidad de los autores o su filiación. [[descargue el modelo](#)]

- Primera página:
 - o **Indicar sección a la que se presenta el artículo**
 - o **Título del trabajo:** en castellano e inglés
 - o **Título abreviado:** en caso de que el título posea más de cuatro (4) palabras, un título abreviado en castellano e inglés de no más de cuatro (4) palabras para las cabeceras de las páginas.
- Segunda página:
 - **Resúmenes:** los trabajos presentados a las secciones: artículos originales, comunicaciones breves, revisión, revisión breve, educación médica, casos clínicos, ateneos, notas sobre estadística e investigación, actualización y avances en investigación y humanidades deberán incluir un resumen, en castellano e inglés. Ver estructura y extensión en las características de cada sección.

• **Palabras clave:** deben representar el contenido de su manuscrito y ser específicas de su campo o subcampo de actividad científica. Puede utilizar palabras tomadas del texto o términos **MeSH**. Enviar al menos 4 y no más de 10 palabras clave en castellano e inglés.

Tercera y siguientes páginas: texto del artículo, **referencias** y **leyendas de tablas y figuras**.

Referencias*

Las referencias adoptarán el estilo **Vancouver**. Deberán contener únicamente las citas del texto e irán numeradas correlativamente de acuerdo con su orden de aparición en aquel. Las referencias a comunicaciones personales y otros datos no publicados deben colocarse entre paréntesis () en el texto (no en las Referencias). Figurarán los apellidos y las iniciales de los nombres de todos los autores (si son hasta tres), sin puntos, separados unos de otros por comas. Si son más de tres, indicar los tres primeros y agregar “et al.”; la lista de autores finalizará con punto (.). A continuación se escribirá el título completo del trabajo, separado por un punto (.) del nombre abreviado normalizado según el Index Medicus de la Revista en el que se encuentra publicado el trabajo seguida de un punto y el año de aparición en aquélla, seguido por punto y coma (;). Volumen en números arábigos seguido por dos puntos (:) y números de la página inicial y final, separados por un guión (-).

Tratándose de libros la secuencia será: Apellido e inicial(es) de los nombres de los autores (no utilizar puntos en las abreviaturas y separar uno del otro por coma), punto (.). Título del libro, punto (.). Número de la edición, si no es la primera, y ciudad en la que fue publicado (si se menciona más de una colocar la primera) dos puntos (:). Nombre de la editorial, punto y coma (;). Año de publicación, dos puntos (:). Número del volumen (si hay más de uno) precedido de la abreviatura “vol.”, punto y coma (;). Número de las páginas inicial y final separadas por un guión, si la cita se refiere en forma particular a una sección o capítulo del libro. Tomar como referencia el manual de la National Library of Medicine (NLM) **Citing Medicine** de consulta libre.

* El Comité Editorial evaluará aceptar un número mayor de referencias que el estipulado por cada sección en casos especiales que sean referidos y justificados por los autores.

Material gráfico

- No se aceptarán imágenes de pacientes que permitan identificarlo sin su autorización
- No se aceptarán imágenes tomadas de otras publicaciones sin el permiso o consentimiento correspondiente.
- Los gráficos, tablas, fotografías y figuras irán numerados consecutivamente por orden de aparición en el texto (revisar la cantidad aceptada para cada sección).
- Se deberán enviar los editables de las tablas, gráficos y figuras.
- Las fotografías de observaciones microscópicas llevarán el número de ampliación efectuada. Para aquellas que hayan sido modificadas de alguna manera con respecto al original deberá incluirse la imagen original.
- Las imágenes deberán tener una resolución igual o mayor a 300 dpi.
- Todas las tablas y figuras deberán llevar un título y leyenda (las abreviaturas utilizadas deberán aclararse en la leyenda).

• IMPORTANTE | Accesibilidad de figuras e imágenes

Con el fin de garantizar el acceso equitativo a la información, solicitamos que cada figura incluida en el artículo esté acompañada por un epígrafe claro y una breve descripción alternativa (texto alternativo) que resuma su contenido. **Esta descripción será utilizada por tecnologías de asistencia para personas con discapacidad visual.** El equipo editorial se reserva el derecho de ajustar o completar estos textos durante el proceso de producción.

Estructura general requerida para la presentación de respuesta a revisores

La evaluación por pares es un proceso fundamental para mejorar la calidad de los artículos científicos. Revista del HIBA se compromete a proporcionar a los autores un dictamen de evaluación cuidadoso y respetuoso. A continuación, ofrecemos algunas recomendaciones para abordar las sugerencias de los evaluadores de manera efectiva.

1. Revisión crítica de las sugerencias

Los autores tienen la libertad de decidir si incorporan o no las referencias y modificaciones sugeridas por los evaluadores. Es recomendable examinar detenidamente cada sugerencia y valorar su relevancia para la investigación. Se deben incorporar aquellas que mejoren el trabajo y rechazar justificadamente las que no sean pertinentes.

1. Cómo responder a los comentarios de los evaluadores

Para facilitar el proceso de revisión de las correcciones, la respuesta a los evaluadores debe incluir:

- Una respuesta detallada, punto por punto, a todos los comentarios recibidos, explicando claramente los cambios realizados en el manuscrito.
- Un archivo con las correcciones marcadas para facilitar su identificación.
- Una versión actualizada del manuscrito que refleje las modificaciones realizadas.

3. Mantenimiento del nivel científico y ético

Es importante mantener un tono profesional y constructivo en la respuesta a los revisores, incluso si no se está de acuerdo con algunas sugerencias. Se debe argumentar con base científica y de manera respetuosa cualquier decisión de no implementar ciertos cambios.

4. Responsabilidad de los Editores de Revista del HIBA

Los editores de la revista tienen el deber de garantizar que los dictámenes de evaluación sean justos y respetuosos. En caso de que un autor considere que una evaluación es inadecuada, tiene el derecho de solicitar una revisión por parte del equipo editorial. La revista se compromete a atender estas solicitudes con la debida diligencia.

Estas recomendaciones buscan optimizar el proceso de revisión y contribuir a la mejora de la calidad de los artículos publicados en nuestra revista.

Links de interés

- Cursos para autores | Clarivate /Web of Science)
- Cómo responder a la evaluación (peer review) de un manuscrito: consejos para los autores de un artículo científico. <https://www.lluiscodina.com/evaluacion-articulo-cientifico/>

Características particulares de trabajos considerados según sección

Editoriales

Los editoriales son solicitados por el Comité Editorial de la Revista en referencia a un artículo publicado en el mismo número de la revista. También puede ser un comentario de interés editorial. El tipo de texto debe ser expositivo-argumentativo. Se aceptan hasta 1200 palabras, una tabla o figura y 10 referencias. Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Sección Carta al editor

La sección Carta al editor incluye observaciones y comentarios sobre trabajos publicados con anterioridad por la Revista, o comunicaciones breves sobre temas científicos o de otras áreas de interés humanístico, ético, educativo, etc. En el caso de referirse a artículos publicados, el autor tendrá la oportunidad de responder en esta misma Sección. Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas

- No deberá superar las 750 palabras.
- Máximo de una figura o tabla.
- Máximo de 5 referencias.
- Palabras clave, 3
- El Comité de Revista se reserva el derecho de publicación.
- Debe incluir número de aprobación por comité de ética local correspondiente (si se trata de investigación original en humanos, animales o educativas).

Sección Artículo original

La sección Artículo original está compuesta por trabajos originales relativos a la medicina y áreas relacionadas. No deben haber sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos debiéndose aclarar donde fue presentado o prepublicaciones/preprints) ni estar considerados para su publicación en otra revista. Esta sección se somete a revisión por pares. Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas

- Esta sección incluye artículos de cohorte, corte transversal, casos y controles y estudios clínicos aleatorizados.
- El artículo original debe estar presentado acorde a las guías de publicación según el tipo de estudio de investigación: <http://www.equator-network.org>.
- El artículo debe estar dividido en las siguientes secciones: Introducción, Materiales y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusión.
- La extensión no será superior a 3500 palabras (excluida la bibliografía, tablas y figuras).
- Máximo de 5 tablas y/o figuras.
- Máximo de 30 referencias bibliográficas citadas en el texto

(preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).

- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Materiales y métodos, Resultados, Discusión y Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 350 palabras.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave utilizando, de ser posible, términos MESH.
- Todo estudio original debe incluir una frase explicando aspectos éticos, al finalizar la sección de métodos, por ejemplo: "El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de ética institucional de.... (número de protocolo XXXX) y fue conducido de acuerdo con los lineamientos asentados por la declaración modificada de Helsinki".

Sección Comunicaciones breves

La sección Comunicaciones breves se compone de trabajos originales relativos a la medicina y áreas relacionadas. No deben haber sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos debiéndose aclarar donde fue presentado) ni estar considerados para su publicación en otra revista. Esta sección se somete a revisión por pares. Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas

- Esta sección incluye artículos de cohorte, corte transversal, casos y controles, serie de casos.
- La extensión no será superior a 1500 palabras (excluyendo bibliografía, tablas y figuras)
- Máximo 1 tabla y 1 figura.
- Máximo de 15 referencias bibliográficas citadas en el texto.
- El artículo debe estar dividido en las siguientes secciones: Introducción, Materiales y métodos, Resultados, Discusión y Conclusión.
- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Materiales y métodos, Resultados, Discusión y Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 250 palabras.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave.
- Todo estudio original debe incluir una frase explicando aspectos éticos, al finalizar la sección de métodos, por ejemplo: "El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de ética institucional de.... (número de protocolo XXXX) y fue conducido de acuerdo con los lineamientos asentados por la declaración modificada de Helsinki".

Sección Artículos de revisión

La sección Artículos de revisión comprende artículos de actualización, estados de avance o del arte, puestas al día en temas clínicos, fisiopatológicos, farmacológicos, metaanálisis, epidemiológicos o de otras categorías, que sean considerados relevantes para la práctica médica. Pueden asimismo abarcar integralmente un tema en particular o focalizarse en la revisión de aspectos específicos de un tema (aspectos históricos, epidemiológicos, etiología, diagnóstico, tratamiento, etc.). Se incluyen en esta sección las revisiones sistemáticas, las narrativas y/o los metaanálisis. Esta sección se somete a revisión por pares. Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas de una revisión sistemática

- La extensión no será superior a 3500 palabras (excluida la bibliografía, tablas y figuras).
- Máximo de 5 tablas y/o figuras.
- Máximo de 30 referencias bibliográficas citadas en el texto (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).
- La estructura de la revisión sistemática / metaanálisis deberá incluir:
 - Introducción: debe enfatizar la importancia del tema para la práctica médica;
 - Material y Métodos: se consignarán los métodos utilizados para la elaboración del artículo, incluyendo las estrategias de búsqueda y los mecanismos de selección de datos, aspectos estadísticos en los metaanálisis, etc.;
 - Resultados y desarrollo: la organización de esta sección queda a criterio de cada autor, pero se sugiere la utilización de subtítulos que permitan una mejor presentación didáctica;
 - Discusión / Conclusión: donde usualmente el autor contrasta diferentes tipos de artículos disponibles y/o presenta un resumen de los principales puntos clave que se pueden concluir del artículo.
- Toda revisión sistemática debe incluir número de registro en PROSPERO.
- Se sugiere utilizar guías PRISMA para mejor interpretación de la selección de estudios de revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Incluir de 4 a 10 palabras clave.
- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Material y métodos, Resultados y Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 350 palabras.

Características específicas de una revisión narrativa, estado del arte o puesta al día

- La extensión no será superior a 3500 palabras (excluida la bibliografía, tablas y figuras).
- Máximo de 5 tablas y/o figuras.
- Máximo de 30 referencias bibliográficas citadas en el texto (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).
- La estructura de la revisión narrativa / estado del arte / puesta al día deberá incluir:
 - Introducción: debe enfatizar la importancia del tema para la práctica médica, los objetivos y/o preguntas de investigación que se van a tratar.
 - Estado del arte: desarrollo narrativo de los objetivos planteados con una mirada reflexiva. Puede incluir subtítulos para una mejor organización del contenido.
 - Discusión/conclusión: donde usualmente el autor contrasta diferentes tipos de artículos disponibles y los principales puntos clave que se pueden concluir del artículo.
- Proporcionar de 4 a 10 palabras clave.
- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Estado del Arte y Discusión/Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 350 palabras.

Sección Revisiones breves

La sección Artículos de revisión comprende artículos de actualización, estados de avance o del arte, puestas al día en temas

clínicos, fisiopatológicos, farmacológicos, metaanálisis, epidemiológicos o de otras categorías, que sean considerados relevantes para la práctica médica. Pueden asimismo abarcar integralmente un tema en particular o focalizarse en la revisión de aspectos específicos de un tema (aspectos históricos, epidemiológicos, etiología, diagnóstico, tratamiento, etc.). Se incluyen en esta sección las revisiones sistemáticas, las narrativas y/o los metaanálisis. Esta sección se somete a revisión por pares. Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas de una revisión sistemática

- La extensión no será superior a 2000 palabras (excluida la bibliografía, tablas y figuras).
- Máximo de 3 tablas y/o figuras.
- Máximo de 20 referencias bibliográficas citadas en el texto (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).
- La estructura de la revisión sistemática / metaanálisis deberá incluir:
 - Introducción: debe enfatizar la importancia del tema para la práctica médica;
 - Material y Métodos: se consignarán los métodos utilizados para la elaboración del artículo, incluyendo las estrategias de búsqueda y los mecanismos de selección de datos, aspectos estadísticos en los metaanálisis, etc.;
 - Resultados y desarrollo: la organización de esta sección queda a criterio de cada autor, pero se sugiere la utilización de subtítulos que permitan una mejor presentación didáctica;
 - Discusión / Conclusión: donde usualmente el autor contrasta diferentes tipos de artículos disponibles y/o presenta un resumen de los principales puntos clave que se pueden concluir del artículo.
- Toda revisión sistemática debe incluir número de registro en PROSPERO.
- Se sugiere utilizar guías PRISMA para mejor interpretación de la selección de estudios de revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Incluir de 4 a 10 palabras clave.
- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Material y métodos, Resultados y Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 250 palabras.

Características específicas de una revisión narrativa, estado del arte o puesta al día

- La extensión no será superior a 2000 palabras (excluida la bibliografía, tablas y figuras).
- Máximo de 3 tablas y/o figuras.
- Máximo de 20 referencias bibliográficas citadas en el texto (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).
- La estructura de la revisión narrativa / estado del arte / puesta al día deberá incluir:
 - Introducción: debe enfatizar la importancia del tema para la práctica médica, los objetivos y/o preguntas de investigación que se van a tratar.
 - Estado del arte: desarrollo narrativo de los objetivos planteados con una mirada reflexiva. Puede incluir subtítulos para una mejor organización del contenido.

- Discusión/conclusión: donde usualmente el autor contrasta diferentes tipos de artículos disponibles y los principales puntos clave que se pueden concluir del artículo.
- Proporcionar de 4 a 10 palabras clave.
- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Estado del Arte y Discusión/Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 250 palabras.

Sección Educación médica

La sección de educación médica comprende una propuesta educativa puntual, realizada de forma individual o colectiva, que se problematiza y/o justifica desde los marcos teóricos de la pedagogía y/o educación médica (estrategias de enseñanza, contenidos, diseño, programación curricular, etc). También comprenden artículos de investigación cuanti o cualitativa en el marco educativo. Su análisis pretende ser un aporte e inspirar a otros profesores o especialistas en docencia universitaria en ciencias de la salud. Esta sección se somete a revisión por pares. Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas

El manuscrito debe incluir las siguientes secciones:

- Introducción: antecedentes, contexto, problema que motivó el artículo.
- Material y métodos o Desarrollo: relato de la experiencia implementada (secuencia de actividad, tareas realizadas, etc.), lugar y tiempo de las actividades realizadas (por docentes y/o estudiantes) incluyendo datos del contexto institucional y/o curricular, materiales utilizados. En caso de ser estudios cuantitativos deben seguir las guías de la sección: artículos originales
- Resultados/análisis de la experiencia: interpretación de la experiencia, problematización de "lo habitual", justificación de lo realizado, alcances, desafíos, limitaciones, logros.
- Conclusiones: recapitulación de lo analizado, señalamiento de sus aportes a otros docentes universitarios, interrogantes que quedan planteados, recomendaciones para próximas experiencias y propuestas.
- La extensión no será superior a 3500 palabras (excluida la bibliografía, figuras y tablas).
- Máximo de 5 tablas y/o figuras.
- Máximo de 30 referencias bibliográficas citadas en el texto (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).
- Debe incluir un resumen estructurado, con las siguientes secciones: Introducción, Material y métodos/Desarrollo, Resultados, Conclusión. El resumen tendrá un máximo de 350 palabras.
- Incluir de 4 a 10 palabras clave.
- Todo estudio que involucre seres humanos debe incluir una frase explicando aspectos éticos, al finalizar la sección de métodos, por ejemplo: "El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de ética institucional de.... (número de protocolo XXXX) y fue conducido de acuerdo con los lineamientos asentados por la declaración modificada de Helsinki".

Sección Casos clínicos

Esta sección comprende:

- Comunicaciones breves de casos médicos clínicos o de áreas relacionadas que describan de uno hasta tres pacientes o una familia. No deben haber sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos debiendo aclarar donde fue presentado) ni estar considerados para su publicación en otra revista.
- Resolución de desafíos o problemas clínicos: manuscritos que consideren un proceso de toma de decisiones paso a paso. La información del paciente será presentada por un experto en el área clínica o por distintos médicos clínicos sucesivamente (indicando las intervenciones en negrita) para simular el modo en que la información se presenta en la práctica diaria. El clínico responderá en la medida en que nueva información sea presentada, compartiendo o no su razonamiento con el lector. Es deseable la utilización de material ilustrativo, por ejemplo fotografías o imágenes.

Esta sección se somete a revisión por pares.

Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas

- El texto estará limitado a 1500 palabras (excluyendo figuras, tablas y referencias).
- El texto comenzará con un breve resumen del caso, de no más de 100 palabras.
- Máximo de 3 tablas y/o figuras y hasta 25 referencias.
- Debe incluir un resumen no estructurado con un máximo de 150 palabras.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave.
- Toda comunicación dentro de la sección casos clínicos deberá contar con el consentimiento escrito del paciente, la familia o sustituto responsable de la toma de decisiones cuando las imágenes utilizadas permitieran identificar su identidad.
- Todo estudio que involucre seres humanos debe incluir una frase explicando aspectos éticos, al finalizar la sección de métodos, por ejemplo: "El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de ética institucional de.... (número de protocolo XXXX) y fue conducido de acuerdo con los lineamientos asentados por la declaración modificada de Helsinki".
- Recomendamos chequear la guía de publicación de reportes de caso para cumplir con los requerimientos de esta sección:

Sección Ateneos

Esta sección está destinada a la presentación en formato de ateneo y discusión de un caso clínico novedoso o que haya presentado un desafío diagnóstico o terapéutico. La presentación y discusión del caso clínico debe incluir una revisión actualizada de la estrategia de diagnóstico o tratamiento, con una discusión basada en la evidencia y la experiencia, enfatizando el razonamiento clínico y fisiopatológico. El formato puede ser: a) el diagnóstico se conoce de antemano, generalmente en el título, b) el diagnóstico se revela en la conclusión.

Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas

Estructura del texto propuesta:

- Presentación del caso
- Fundamentación de la sospecha diagnóstica
- Discusión de métodos diagnósticos (por ejemplo, estudios por imagen, histopatología)
- Diagnóstico clínico (histopatológico si disponible)
- Discusión de los tratamientos instaurados en el paciente
- Discusión de tratamientos disponibles basados en evidencia actual
- Preguntas por responder (clínicas o de investigación)
 - El texto estará limitado a 2000 palabras (excluyendo figuras, tablas y referencias)
 - Máximo de 3 tablas y/o figuras y hasta 25 referencias.
 - Debe incluir un resumen no estructurado con un máximo de 150 palabras.
 - Incluir entre 4 y 10 palabras clave.

En caso de utilizar imágenes que permitieran identificar la identidad del paciente se deberá contar con el consentimiento escrito del paciente, la familia o sustituto responsable de la toma de decisiones .

Sección Imágenes en Medicina

En esta sección se aceptan imágenes interesantes, inusuales o educativas en medicina interna y cirugía. Esta sección también incluye Iconografía dermatológica. Pueden ser radiografías, fotografías quirúrgicas o clínicas, microscopías, electrocardiogramas, etc. Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas

- El texto no debe superar las 1000 palabras (excluyendo figuras, tablas y referencias).
- Debe incluir el relato del caso y el comentario de la imagen.
- La imagen debe enviarse en formato jpg con una resolución igual o mayor a los 300 dpi.
- Máximo de 5 referencias.
- Comenzará con un breve resumen del caso, de no más de 100 palabras.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave.
- Toda comunicación dentro de la sección casos clínicos deberá contar con el consentimiento del paciente, la familia o sustituto responsable de la toma de decisiones cuando las imágenes utilizadas permitieran identificar su identidad..
- Recomendamos chequear la guía de publicación de reportes de caso para cumplir con los requerimientos de esta sección: <http://www.care-statement.org/resources/checklist>.

Preguntas al experto

En esta sección se publican las respuestas a una pregunta relevante por parte de un experto. El Comité Editorial de la

Revista formula una pregunta a un experto. La respuesta debe estar dirigida a profesionales de la salud.

Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas

- Acompañar con un mini CV (listado de cargos actuales), foto profesional del autor tipo 4x4 en formato.jpg, número de ORCID
- hasta 1200 palabras.
- Máximo de 5 referencias actuales.
- Máximo de una tabla o figura.
- 4 palabras clave
- Se aceptan hasta dos autores
- [modelo para armar el artículo]

Sección Notas sobre estadística e investigación

Esta sección publica artículos sobre estadística dirigido a médicos asistenciales o que desarrollan actividades de investigación clínica.

Esta sección se somete a revisión por pares.

Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas

- El artículo no deberá exceder las 1500 palabras (excluyendo tablas, figuras, referencias).
- Máximo de 15 referencias.
- Máximo 1 a 3 tablas o figuras con sus respectivos epígrafes.
- Debe incluir un resumen de no más de 150 palabras, no estructurado.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave

Videos en medicina

En esta sección se aceptan videos que muestran procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Se publicarán en la versión online de la revista.

Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas

- El archivo de video debe ser de 2 a 3 minutos de duración y no superar los 10 MB.
- Puede ser presentado en los siguientes formatos: QuickTime, AVI o MPEG. Puede incluir una voz en off de audio.
- Deben ir acompañados de un texto explicativo de alrededor de 1000 palabras (excluyendo referencias). No identificar estudios o fotografías con el nombre, apellido u otros datos afiliatorios.
- Toda comunicación dentro de la sección deberá contar con el consentimiento escrito del paciente, la familia o sustituto responsable de la toma de decisiones.
- Máximo de 5 referencias.
- En un archivo aparte incluir los datos de los autores, filiación, mail de contacto, título del video.
- Resumen de no más de 150 palabras, no estructurado.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave.

Sección Actualización y avances en investigación

Esta sección publica fundamentalmente artículos sobre temas biomédicos que se encuentren en etapa de experimentación básica o aplicada, con potencial clínico inminente, o que, encontrándose ya en etapa clínica, su práctica está poco difundida o resulte novedosa. Esta sección se somete a revisión por pares.

Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas

- El trabajo no requiere una estructuración de artículo científico (introducción, material y métodos, etc.), sino que puede presentarse en un formato libre, del tipo de un artículo de revisión narrativa.
- Asimismo, no requiere referencias bibliográficas enumeradas en el texto, sino que bastará con proveer lecturas recomendadas, en un número no mayor de 15 (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).
- La extensión podrá variar entre 2500 y 3000 palabras.
- Se sugiere incluir hasta 3 tablas y figuras para facilitar la comprensión de los conceptos vertidos en el artículo. Las tablas, figuras y fotografías no pueden ser tomadas de otras publicaciones salvo que cuenten con el permiso correspondiente.
- Debe incluir un resumen no estructurado, con un máximo de 250 palabras.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave.

Sección Humanidades

Esta sección comprende:

- Artículos originales acerca de temas históricos, filosóficos, éticos sobre las ciencias médicas o afines, cuya extensión máxima será de 5000 palabras incluida la bibliografía. Podrán incluirse imágenes (con los debidos permisos de publicación cuando corresponda o de identificación de las mismas). La estructura del artículo respetará el esquema de introducción, desarrollo y conclusiones.
- Artículos originales sobre temas de bioética que desarrollen los problemas que los profesionales de la salud enfrentan hoy referidos a cuestiones éticas complejas en relación al cuidado y tratamiento de las enfermedades, los pacientes, las nuevas tecnologías y sus implicancias morales, legales, religiosas, etc. Tendrán una extensión máxima de 5000 palabras incluida la bibliografía.

- Reseñas: comentarios o revisiones bibliográficas críticas sobre publicaciones o temas relacionados con la historia de la medicina o de las ciencias. Tendrá un máximo de 4000 palabras incluida la bibliografía, además de los datos de la publicación o trabajo reseñado.
 - Entrevistas con personas cuyas historias de vida o trayectoria sean relevantes para el conocimiento de la historia de las ciencias o de la salud. Hasta 5000 palabras.
 - Imágenes: ensayos elaborados en torno a imágenes, fotografías, grabados, dibujos, etc., en blanco y negro o en color, acompañadas, si es necesario, de leyendas y texto de introducción. Máximo de 5000 palabras incluida la bibliografía.
- Esta sección se somete a revisión por pares.

Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas

- Máximo de 30 referencias bibliográficas citadas en el texto (preferentemente limitadas a los últimos 10 años, salvo que se trate de citas históricas relevantes).
- Debe incluir un resumen no estructurado, con un máximo de 250 palabras.
- Incluir entre 4 y 10 palabras clave.

Sección Reseñas de libros

Comentario a pedido de los editores sobre libros del área de las ciencias de la salud.

Recuerde revisar las **características generales** de la presentación en el sistema.

Características específicas

- Título del libro y autor, cantidad de páginas, ISBN, datos de edición
- Título del comentario en castellano e inglés.
- Hasta un autor por reseña: nombre y apellido, filiación, orcid, mail.
- Comentario de no más de 1000 palabras. Pautas recomendadas: incluir una breve mención sobre el autor, una revisión analítica o crítica de los contenidos del libro (evitar comentarios que publiciten o se limiten a elogiar la obra) y, como conclusión, mencionar el aporte más relevante.
- Bibliografía: hasta 3 citas.