



 **REVISTA DEL
HOSPITAL ITALIANO
DE BUENOS AIRES**

Año 2025 Volumen 45 Número 1

Coordenadas teóricas para relevar y analizar el camino oncológico desde la perspectiva del paciente
Pierini C., et al.

Paniculitis granulomatosa sarcoidal asociada a inhibidores de puntos de control inmunológico: un evento adverso cutáneo inmunomediado poco frecuente
Di Prinzio A., et al.

Pancreatitis aguda severa necrotizante: ¿el drenaje percutáneo salva vidas?
Cristian A. Guzmán C.A., et al.

A propósito de un caso: encefalitis equina del Oeste, una nueva amenaza
Belingueres P., et al.

Study-A-Thon: maratones académicas para acelerar la investigación y la colaboración multicéntrica
María F. Grande Ratti M.F., et al.

Apoyo al sistema de salud en época de crisis: De lo macro a lo micro
Jordá-Vargas L., et al.

“Día Internacional de las Mujeres y las Niñas en la Ciencia”: Reflexión crítica sobre el rol de la Mujer en la Investigación Científica
Silvana Figar S., et al.



Lisandro Eymann
Italia: tan lejos y tan cerca. 2024



 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

ISSN (en línea) 2314-3312
<http://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

Carreras de Grado

Estudiá en la Universidad *del Italiano* ¡Inscripciones abiertas!

La medicina del futuro.



Universidad
Hospital Italiano

carreras.hospitalitaliano.edu.ar



REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Editor jefe

Dr. Daniel Matushevich (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)

Editor asociado

Dr. Alfredo Eymann (Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)

Comité Editorial

Lic. Griselda Almada (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Federico Angriman (Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, EE.UU.), Lic. Ignacio Barbagallo (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Luis A. Boccalatte (Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España), Dr. Alberto Bonetto (Profesional independiente, Argentina), Dr. Horacio Castro (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. María Soledad Dawson (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Carlos Lazzarino (Hospital Municipal de Oncología "Marie Curie", Argentina), Dra. María Florencia Martínez (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. Vanina Pagotto (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. Rosa Pace (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. María Lourdes Posadas Martínez (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. María Paula Russo (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Julián Sánchez Viamonte (Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina), Dr. Fernando J. Vázquez (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Carlos Wahren (Hospital Italiano de Buenos Aires, 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 de Buenos Aires, Argentina), Lic. Virginia Garrote (Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Pablo Knoblovits (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Luis J. Catoggio (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Marcelo Figari (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Mario Perman (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Enrique Soriano (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)

Coordinadora editorial y página Web

Mariana Rapoport (Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)

Corrección de textos

Prof. María Isabel Siracusa (Buenos Aires, Argentina)

Indización colaborativa para base de datos Lilacs

Bib. Aldana Ljeschak (Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)

Gestión bibliográfica

Lic. Virginia Garrote (Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)

Community manager

Lic. Emilia Matushevich (Buenos Aires, Argentina)

Editor responsable

Publicación trimestral de la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires.
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 |
Facebook: [RevistadelHIBA](https://www.facebook.com/RevistadelHIBA) | Tel. 54-11-4959-0200 int. 9293 | Fax. 54-11-4959-0383

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 de Buenos Aires (UHIBA) 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 de Buenos Aires (UHIBA) 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/revhospitalbaires.v45i1>

Sociedad Italiana de Beneficiencia en Buenos Aires

Consejo Directivo Ejercicio 2024/2025

Presidente: Arq. Aldo Brunetta
Vicepresidente 1°: Ing. Franco Livini
Vicepresidente 2°: Sr. Giorgio Allia di Montereale
Consejeros: Lic. Daniel Artana, Roberto Baccanelli, Roberto Bonatti, Guillermo Jaim Etcheverry, Atilio Mígues, Renato Montefiore, Elio Squillari

Hospital Italiano de Buenos Aires

Director Médico: Dr. Marcelo Marchetti
Director de Gestión: Ing. Horacio Guevara
Vice-Director Médico de Gestión Operativa: Dr. Juan Carlos Tejerizo
Vice-Director Médico de Planeamiento Estratégico: Dr. Esteban R. Langlois
Vice-Director Médico de Plan de Salud: Dr. Leonardo Garfi
Vice-Director Médico Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca: Dr. Guillermo E. Arbues
Directores Honorarios: Dres. Jorge Sivori, Héctor Marchitelli, Atilio Mígues

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 de Buenos Aires - Consejo Superior

Rector: Diego Faingold
Vicerrector: Roberta Ladenheim
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

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

Indexada en DOAJ (Directory of Open Access Journals), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) y Latindex

ISSN 2314-3312 (en línea)



INDICE

REVISIÓN

6 Coordinadas teóricas para relevar y analizar el camino oncológico desde la perspectiva del paciente

Clara Pierini y Clara Mariano y Jelich

El artículo expone algunos conceptos para el análisis del camino de las personas con cáncer, durante el diagnóstico y el tratamiento. Atiende a los obstáculos vinculados con el acceso al sistema de salud, desde la perspectiva de los pacientes.

DOI: <https://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.388>

CASOS CLÍNICOS

12 Paniculitis granulomatosa sarcoidal asociada a inhibidores de puntos de control inmunológico: un evento adverso cutáneo inmunomediado poco frecuente

Anamá Di Prinzio, Julia Riganti, Ana C. Torre, Luis D. Mazzuocollo

Los medicamentos inhibidores de puntos de control inmunológico (IPI) se han asociado a efectos adversos inflamatorios y autoinmunes, llamados eventos adversos inmunomediados (irAE). Entre ellos, las toxicidades dermatológicas son las más prevalentes, siendo las más frecuentes el exantema maculopapular, el prurito y las erupciones liquenoides y psoriasiformes.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.354>

16 Pancreatitis aguda severa necrotizante: ¿el drenaje percutáneo salva vidas?

Cristian A. Guzmán, Marco J. Quintero, Johan S. Prada y Mara J. García

Informe de caso que describe a un hombre con pancreatitis aguda severa necrotizante, tratado con el "Step-Up Approach", quien presentó complicaciones durante el manejo conservador, que derivó en manejo intervencionista con drenaje percutáneo guiado por tomografía, logrando resolución casi total de colecciones infectadas, con buena calidad de vida tras 1 año de seguimiento.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.364>

21 A propósito de un caso: encefalitis equina del Oeste, una nueva amenaza

Pía Belingueres, Sofía Magallanes y Romina Jourdane

Presentamos el caso clínico de un paciente con encefalitis equina del Oeste, una enfermedad viral emergente en la Argentina. El informe destaca las complicaciones neurológicas graves y la falta de medidas preventivas efectivas, subrayando la necesidad de estrategias robustas y mayor concientización en entornos rurales.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.425>

NOTAS SOBRE ESTADÍSTICA E INVESTIGACIÓN

25 Study-A-Thon: maratones académicas para acelerar la investigación y la colaboración multicéntrica

María F. Grande Ratti, Agustín Sánchez del Roscio, Javier A. Pollán, María Diehl y Betiana M. Pérez

Un "Study-A-Thon" es un evento científico intensivo (2-5 días) donde los participantes resuelven problemas específicos o planifican proyectos académicos o protocolos de investigación multicéntricos. Este enfoque rápido y colaborativo acelera el aprendizaje y asegura resultados fiables, combinando experiencias y datos del mundo real para resolver problemas clínicos de manera eficiente.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.379>

HUMANIDADES | HUMANITIES

30 Apoyo al sistema de salud en época de crisis: De lo macro a lo micro

Liliana Jordá-Vargas, Silvia Vouillat y Ricardo A. Parra

Este artículo reflexivo constituye una revisión de las acciones institucionales que pudieran contribuir a mejoras en políticas de salud pública en época de crisis sanitarias, considerando la atención centrada en el paciente y la vulnerabilidad de las poblaciones.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.349>

36 “Día Internacional de las Mujeres y las Niñas en la Ciencia”: Reflexión crítica sobre el rol de la Mujer en la Investigación Científica

Silvana Figar, Jimena Vicens y Adriana Dawidowski

Este trabajo analiza el rol de las mujeres en la ciencia, destacando sus aportes y desafíos. Examina barreras como sesgos de género, desigualdad en financiamiento y doble carga laboral. Propone promover equidad y reflexionar sobre cómo las mujeres transforman la investigación hacia enfoques más inclusivos, sostenibles y alineados con la Agenda 2030.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.455>

41 Evaluadores 2024



INDEX

REVIEW

6 Framework for Surveying and Analyzing the Oncological Pathway from the Patient's Perspective

Clara Pierini y Clara Mariano y Jelichich

The article presents some concepts for analyzing the journey of people with cancer, during diagnosis and treatment. It addresses the obstacles related to access to the healthcare system, from the perspective of the patients.

DOI: <https://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.388>

CLINICAL CASE

12 Sarcoidal Granulomatous Panniculitis Associated with Immune Checkpoint Inhibitors: A Rare Immune-Mediated Cutaneous Adverse Event

Anamá Di Prinzio, Julia Riganti, Ana C. Torre, Luis D. Mazzuocolo

Immune checkpoint inhibitors (ICIs) have been associated with inflammatory and autoimmune adverse effects, known as immune-related adverse events (irAEs). Among them, dermatologic toxicities are the most common, with maculopapular rash, pruritus, and lichenoid or psoriasiform eruptions being the most frequent.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.354>

16 Severe Necrotizing Acute Pancreatitis: Does Percutaneous Drainage Save Lives?

Cristian A. Guzmán, Marco J. Quintero, Johan S. Prada y Mara J. García

Case report describing a man with severe necrotizing acute pancreatitis, managed with the "Step-Up Approach," who developed complications during conservative management, leading to an escalation to interventional management with CT-guided percutaneous drainage, achieving near-total resolution of infected collections and a good quality of life after one year of follow-up.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.364>

21 A Case Report: Western Equine Encephalitis, a New Threat

Pía Belingueres, Sofía Magallanes y Romina Jourdane

We present the clinical case of a patient with Western equine encephalitis, an emerging viral disease in Argentina. The report highlights severe neurological complications and the lack of effective preventive measures, emphasizing the need for robust strategies and increased awareness in rural areas.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.425>

NOTES ON STATISTIC AND RESEARCH

25 Study-A-Thon: Academic Marathons to Accelerate Research and Multicenter Collaboration

María F. Grande Ratti, Agustín Sánchez del Roscio, Javier A. Pollán, María Diehl y Betiana M. Pérez

A "Study-A-Thon" is an intensive scientific event (2-5 days) where participants solve specific problems or plan academic projects or multicenter research protocols. This fast and collaborative approach accelerates learning and ensures reliable results by combining experiences and real-world data to address clinical problems efficiently.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.379>

HUMANITIES

30 **Support for the Health System in Times of Crisis: From Macro to Micro**

Liliana Jordá-Vargas, Silvia Vouillat y Ricardo A. Parra

This reflective article provides a review of institutional actions that could contribute to improvements in public health policies during health crises, considering patient-centered care and the vulnerability of populations.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.349>

36 **International Day of Women and Girls in Science: A Critical Reflection on the Role of Women in Scientific Research**

Silvana Figar, Jimena Vicens y Adriana Dawidowski

This work analyzes the role of women in science, highlighting their contributions and challenges. It examines barriers such as gender bias, funding inequality, and the double workload. It proposes promoting equity and reflecting on how women transform research towards more inclusive, sustainable approaches aligned with the 2030 Agenda.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i1.455>

41 **Reviewers 2024**

Coordenadas teóricas para relevar y analizar el camino oncológico desde la perspectiva del paciente

Clara Pierini[®] y Clara Mariano y Jelichich[®]

Fundación Dónde Quiero Estar. Argentina

RESUMEN

El artículo expone un marco teórico relativo al camino de las personas con cáncer a través de los servicios, con énfasis en su acceso a la salud y las barreras que enfrentan. Este esfuerzo forma parte de un estudio más amplio, cuyo objetivo es relevar y analizar el proceso de diagnóstico y tratamiento oncológico desde la perspectiva del paciente en la Argentina durante el año 2024. El artículo, en particular, busca presentar parte de la literatura revisada en su marco y sentar las bases conceptuales necesarias para el desarrollo de una estrategia metodológica en etapas posteriores.

El marco conceptual propuesto se destaca por su carácter innovador al integrar aportes provenientes de diversas corrientes teóricas. Se establece un diálogo entre los enfoques vinculados al diseño y la gestión del sistema sanitario y sus instituciones (modelo de atención), los estudios sobre acceso a la salud, y las perspectivas que exploran los recorridos y las experiencias de los pacientes. El interés por comprender la perspectiva de los sujetos investigados y las dificultades que enfrentan requirió adoptar enfoques atentos a los territorios y sus barreras, la integralidad y la participación. Además, conceptos como redes, coordinación, continuidad, etapas y episodios de cuidado adquieren un papel central en este esfuerzo, dado el objetivo del estudio que enmarca esta revisión bibliográfica.

Palabras clave: accesibilidad a los servicios de salud, atención al paciente, barreras de acceso a servicios de salud, perspectiva del paciente, diagnóstico y tratamiento oncológico.

Framework for surveying and analyzing the oncological pathway from the patient's perspective

ABSTRACT

The article presents a theoretical framework addressing the pathways of individuals with cancer through healthcare services, with an emphasis on their access to care and the barriers they face. This effort forms part of a broader study aimed at documenting and analyzing the process of cancer diagnosis and treatment from the patient's perspective in Argentina during 2024. Specifically, the article seeks to present a portion of the reviewed literature and establish the conceptual foundations necessary for the development of a methodological strategy in subsequent stages.

The proposed conceptual framework stands out for its innovative approach, integrating contributions from various theoretical currents. It establishes a dialogue between perspectives related to the design and management of the healthcare system and its institutions (care model), studies on healthcare access, and approaches that explore patients' pathways and experiences. The effort to understand the

Autor para correspondencia: clara.pierini@gmail.com, Pierini C.

Recibido: 10/09/2024 | Aceptado: 13/01/2025

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v45i1.388>

Cómo citar: Pierini C, Mariano y Jelichich C. Coordenadas teóricas para relevar y analizar el camino oncológico desde la perspectiva del paciente. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2025;45(1):e0000388

<https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/>

 BY-NC-SA 4.0

ISSN (en línea) 2314-3312

perspective of the individuals studied and the barriers they face necessitated the adoption of approaches sensitive to territorial particularities, barriers, comprehensiveness, and participation. Furthermore, concepts such as networks, coordination, continuity, stages, and episodes of care play a central role in this framework, aligning with the objectives of the study underpinning this literature review.

Keywords: health services accessibility, patient care, barriers to access of health services, patient's perspective, oncological diagnosis and treatment.

INTRODUCCIÓN

El artículo presenta el estado del arte y el marco conceptual de un estudio cuyo objetivo es relevar y analizar el proceso de diagnóstico y tratamiento oncológico desde la perspectiva del paciente en la Argentina durante el año 2024; específicamente, pone foco en caracterizar el acceso a la salud de las personas con cáncer y distinguir las barreras principales que se les presentan. El estudio es llevado adelante por una organización de la sociedad civil dedicada a acompañar, mediante distintas propuestas, a personas que atraviesan cualquier tipo de cáncer. El presente artículo tiene como finalidad proporcionar una base sólida para el desarrollo (en una etapa posterior) de una estrategia metodológica que permita relevar de modo sistemático las experiencias de las personas con cáncer.

La propuesta teórica que se despliega resulta novedosa, ya que enlaza aportes de distintas corrientes: los modelos teóricos vinculados al diseño y la gestión de la salud y sus instituciones, la literatura sobre acceso y, por último, las propuestas que atienden los recorridos singulares de los pacientes. La intención de conocer la mirada de los sujetos estudiados y las barreras que se les presentan obligó a atender perspectivas que ponen el foco en los territorios, la integralidad y la participación.

Con el fin de que el lector acceda a las principales nociones que sostienen la investigación, la revisión teórica se organiza en tres ejes. El primero remite a los modelos de atención en salud. Menciona la diversidad de modelos de atención, desde el clásico modelo biomédico hasta enfoques más integrales. Presenta diversas miradas sobre estos modelos: aquellas enfocadas en la observación del sistema sanitario y las perspectivas centradas en el paciente. Destaca la importancia de considerar las necesidades y experiencias de las personas usuarias en la planificación y prestación de servicios, especialmente en la atención del cáncer. El segundo eje hace hincapié en el acceso al sistema de salud y considera aspectos que pueden aparecer como barreras. Define la noción de acceso desde dos perspectivas: la primera parte desde la oferta de servicios, y la otra perspectiva está centrada en las personas y considera características tanto materiales como simbólicas. Se presentan dificultades que aparecen con frecuencia entre las personas con cáncer. El último eje presenta la noción de “camino del paciente”. Considera este camino en el sistema de atención y desde la perspectiva del usuario. Refiere las interacciones del paciente con diversos entornos de atención, focaliza las etapas y episodios de cuidado, y reconoce la complejidad de los

establecimientos y la influencia del contexto socioorganizativo en su funcionamiento. Presenta las nociones de continuidad y coordinación en la atención, y se exploran los desafíos y puntos críticos del camino del paciente, con énfasis en el recorrido de las personas con cáncer.

La propuesta presentada permite externalizar conocimientos e ideas sobre la experiencia del paciente. Cada punto del recorrido de los usuarios ofrece datos sobre resultados de salud y resultados de experiencia que pueden usarse como retroalimentación para diseñar los sistemas de atención. De acuerdo con la literatura, la experiencia y la satisfacción del paciente son aspectos considerables a la hora de evaluar la calidad de la atención y que incluso mejoran las tasas de supervivencia.

¿Qué es un modelo de atención en salud? Aportes para situar el camino oncológico

Entendemos por modelos de salud las formas de organizar instituciones e incentivos, establecer normas y reglas, crear y sostener relaciones; que favorecen ciertas respuestas sociales y definen elecciones individuales y colectivas. Estos modelos están vinculados a constituciones políticas y se relacionan con el modo de vivir, enfermar y morir de las poblaciones. Suponen una definición de salud y enfermedad, como también modalidades de vínculos entre diferentes actores, configuración de los servicios, formas de intervención, etc. Los modelos de salud cambian a lo largo del tiempo, de las sociedades e, incluso, pueden coexistir distintos de ellos en forma simultánea^{1,4}.

Tobar⁴ propone que todo sistema sanitario se organiza alrededor de tres componentes: modelo de gestión, modelo de atención y modelo de financiamiento. El modelo de gestión refiere a los principios y los valores que guían el sistema, y a las decisiones sobre su conducción. El modelo de financiación atiende a cuestiones como la magnitud del gasto en salud, las modalidades de asignación de recursos y el origen de los fondos. El modelo de atención obliga a pensar las acciones, prestaciones o servicios que se deben brindar, a quién y la distribución de la oferta.

Aquí ponemos foco en los modelos de atención en salud. Menéndez¹, quien parte de la mirada de los pacientes, indica que estos remiten a todas las actividades intencionales asociadas a la atención de los padecimientos. El modelo de atención más clásico es el modelo biomédico. El autor lo define como un conjunto de saberes, teorías y prácticas forjados por el avance de la medicina científica, que asigna un lugar central a los médicos y al hospital y

coloca en un lugar subalterno a otras prácticas, saberes y teorías. Considera solo las dimensiones biológicas en la generación de la enfermedad y excluye otras dimensiones (sociales, culturales, económicas, etc.).

A fines del siglo XX, las limitaciones del modelo biomédico, la crítica a las instituciones médicas y los cambios en el perfil epidemiológico de la población promovieron que los Estados buscaran alternativas a la hora de pensar sus modelos sanitarios. Estas situaciones, manifestadas en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) de Alma Ata de 1978, propiciaron que los sistemas de salud latinoamericanos buscaran nuevas modalidades de atención, especialmente luego del siglo XXI. En consecuencia, en el subsector público, se comenzó a trabajar en modelos de atención centrados en la APS³. Cabe aclarar que, según la literatura revisada^{1,2,5}, algunos de los principales condicionantes del enfoque biomédico y curativo incluyen: su mirada centrada en la enfermedad y en el individuo (que deja de lado determinantes sociales, culturales y ambientales de la salud), los altos costos asociados, la ausencia de un enfoque preventivo, la desatención de las desigualdades, entre otros aspectos.

Tobar⁴ presenta una definición del modelo de atención que parte de observar el sistema sanitario, mientras que Menéndez^{1,2} lo hace desde una perspectiva centrada en el paciente. Ambas conceptualizaciones resultan relevantes para nuestro estudio, que se propone identificar cómo reconstruyen y qué sentidos le dan las personas con cáncer a su camino por los establecimientos sanitarios. Procuraremos observar la atención que se planifica y ofrece desde el sistema de salud y lo que efectivamente sucede en la práctica.

Respecto de los modelos de atención en general y del cáncer en particular, la literatura indica la mayor eficacia de los modelos de atención integrados, organizados en niveles de complejidad creciente, centrados en los usuarios y que impulsan la atención multidisciplinaria⁶. Particularmente, en Latinoamérica, diversos autores proponen que la fragmentación es causa de un bajo desempeño de los sistemas de salud y que las redes de servicios son una estrategia para garantizar el acceso a todos los niveles de atención en países con amplias brechas de desigualdad^{7,8}. Estos modelos se alejan de las propuestas más verticalistas, centradas en la atención médica aislada y desarticulada, al ampliar el espectro y dibujar estructuras matriciales que permiten mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las personas a través de distintas combinaciones terapéuticas⁹. En este marco, para la estrategia metodológica del estudio en curso, se diseñarán herramientas orientadas a relevar la existencia y el funcionamiento de las redes de atención en salud.

En busca de atención: obstáculos y barreras en el acceso

Este apartado refiere al acceso a la salud, noción central para el estudio en curso. Antes de avanzar en su definición, merece la pena aclarar que (en línea con los modelos de atención integrales) entendemos la salud desde una mirada amplia, dinámica e histórica. Su aten-

ción excede el tratamiento de la enfermedad, en su lugar incluye la prevención, el alivio de los padecimientos y la realización de acciones positivas^{10,11}. Focalizamos la atención que brinda el sistema sanitario. Tomamos la perspectiva de los pacientes, para poder analizar sus estrategias y trayectorias en el proceso de diagnóstico y tratamiento oncológico¹⁰.

Si bien en la Argentina el derecho a la salud es constitucional y el subsistema de salud público es gratuito y universal, el acceso a la salud no siempre es fácil y aparecen problemas en el recorrido de las personas. La segmentación del sistema en tres subsistemas (obras sociales, prepagas y sistema público) no asegura ni ofrece un paquete homogéneo de servicios a toda la población. Se genera una tensión en torno a la posibilidad de los individuos de aportar a los servicios de salud y la capacidad del subsistema de financiar y gestionar esos fondos por un lado y, por otro lado, a que los sistemas públicos generen mecanismos para brindar atención a quienes no cuenten con sistemas de aseguramiento¹². Aparecen limitaciones económicas y también de cobertura. En consecuencia, son diferentes variables las que entran en juego al pensar el acceso al sistema de salud.

El acceso puede abordarse desde dos perspectivas diferentes. La más clásica se enfoca en la oferta de servicios, considerando sus características y los factores que facilitan o dificultan su utilización por parte de los usuarios. Si bien estos aspectos son determinantes para el uso de los servicios, no siempre son los únicos. Por ello, resulta esencial adoptar una noción de acceso centrada en las personas. El acceso al sistema de salud puede variar incluso entre quienes comparten una misma área geográfica y condiciones socioeconómicas y culturales similares. Este concepto abarca no solo las distancias físicas y los medios de transporte, sino también factores personales y familiares, la naturaleza del servicio buscado y el contexto sociohistórico, entre otras cuestiones¹³⁻¹⁵.

La tabla 1 presenta algunas barreras en el acceso a la atención desde una mirada centrada en los usuarios.

En el caso de los pacientes oncológicos, la literatura indica que aparecen barreras específicas para el tratamiento y el diagnóstico: insuficiente preparación de profesionales para diagnosticar, demoras en los diagnósticos, falta de infraestructura en los servicios para realizar estudios, gran cantidad de exámenes solicitados, falta de recursos económicos, distancia entre los hogares y los centros de atención de mayor complejidad, tiempos de traslado, retrasos en la atención, entre otras. El estigma que lleva aparejado la palabra cáncer hace que, a veces, en la comunicación del diagnóstico aparezcan dificultades tanto de profesionales para transmitirlo, como de pacientes para asimilarlo¹⁶.

El camino oncológico desde la perspectiva del paciente

Aquí se procura construir una definición del camino del paciente oncológico. Interesa especificar qué proceso se relevará posteriormente en el estudio y, en especial, identificar las etapas donde se centrará la atención.

Tabla 1. Tipos de barreras en el acceso a la atención

Barreras geográficas	Afectan a quienes residen a grandes distancias de los establecimientos sanitarios. También refiere a accidentes geográficos, falta de infraestructura o de transportes, que dificulten la llegada a un servicio de salud
Barreras culturales o simbólicas	Ocasiones donde el modelo biomédico entra en colisión con la cultura popular prevalente, o los profesionales utilizan lenguas o costumbres diferentes de aquellas de los pacientes. Representaciones, discursos y prácticas de la población que interfieren en la utilización de los servicios. Desconocimiento de los usuarios sobre sus derechos. Dificultades de los sujetos para reconocer síntomas o negación del dolor
Barreras administrativas	Dificultades en relación con la obtención de turnos, horarios y autorizaciones de prácticas médicas. Estos problemas se producen por causas diversas: personal insuficiente o con poca capacitación, ausencia de redes, o servicios ineficientes
Barreras de cobertura	A veces los servicios de salud no disponen de los servicios o prestaciones necesarias para satisfacer las demandas de la población cubierta
Barreras económicas	Dificultades para costear el transporte al centro de atención u otros costos totales o parciales del tratamiento

Fuente: elaboración propia¹²⁻¹⁴

Dada la voluntad de atender a la perspectiva de las personas usuarias y de acercarnos a lo que sucede en la práctica¹⁷, recuperamos una definición de camino del paciente novedosa, que no refiere a un sendero definido y estructurado “desde arriba”. El camino del paciente se entiende como la distribución espacio-temporal de encuentros de las personas con múltiples entornos de atención en la búsqueda de tratamiento o cuidados por un padecimiento. Estos entornos refieren a: establecimientos de salud, centros de atención primaria, especialistas y trabajadores del equipo de salud, etc. En cada contacto con un servicio de atención médica, la persona interactúa con varios elementos del sistema; se vincula con herramientas y tecnologías, con organizaciones, equipos y otras personas. En el camino del paciente hay estadios, que incluyen episodios de cuidado e interacciones de profesionales de la salud y usuarios¹⁸⁻²⁰. Interesa conocer en cada una de estas etapas, especialmente, las barreras que se presentan o se construyen.

Los establecimientos sanitarios y sus servicios son entidades complejas y cada sistema de trabajo local está influenciado por un contexto socioorganizativo más amplio. Cuentan con empleados que trabajan en grupos profesionales que tienen una estructura interna, normalmente jerárquica, que orienta la labor y la perspectiva del servicio según las opiniones de la profesión dominante. Estos grupos solo ven la parte del camino del paciente de la cual son responsables. Así, al referir al “camino del paciente”, resulta central considerar su punto de vista. Las

personas usuarias se mueven horizontalmente a través de los establecimientos de salud y, también, visitan distintos establecimientos. Sus recorridos los llevan de unidad en unidad, por lo que reciben cuidados de diferentes equipos. El usuario es la única persona que ve el camino completo y posee la información que caracteriza toda la experiencia asistencial y la eficiencia de los servicios y decisiones²⁰⁻²².

Un enfoque que se ha difundido es el mapeo del camino del paciente, que permite representar la atención desde su perspectiva. Estos mapas se alejan de las visiones estáticas, al ilustrar la relación entre la persona y la organización de servicios como dinámica y ubicua dentro del sistema²³. La herramienta incorpora el recorrido físico y emocional con el objetivo de capturar el comportamiento, los sentimientos, las motivaciones y las actitudes del paciente a lo largo de los episodios de atención.

Cada etapa del recorrido ofrece datos sobre resultados de salud y experiencia del paciente que pueden usarse como retroalimentación para rediseñar los sistemas de trabajo de atención médica con vistas a promover su adaptación, aprendizaje y mejora²⁰. La literatura revisada indica que la experiencia y la satisfacción del paciente son aspectos considerables a la hora de evaluar la calidad de la atención sanitaria. Incluso su consideración mejora las tasas de supervivencia. La participación de las personas usuarias en el diseño, evaluación y gestión de los servicios sanitarios optimiza los procesos de atención, la calidad de los servicios y su capacidad de satisfacer las

necesidades del paciente¹⁹. Vale mencionar que, debido a la complejidad y el gran número de interdependencias que existen dentro de muchos servicios de salud, puede ser un desafío diseñar mapas de camino del paciente que sean completos y accesibles²².

Para describir y analizar las dinámicas del camino del paciente, es preciso ahondar sobre algunas nociones mencionadas. Los conceptos de continuidad y coordinación se encuentran vinculados al de acceso, ya que pueden influir positiva o negativamente en este. La continuidad de la atención implica una relación estable y prolongada entre los usuarios y el equipo de salud o establecimiento, que fomenta vínculos basados en la confianza y el conocimiento cercano. Esto asegura una atención longitudinal centrada en la persona y no en la enfermedad. Por su parte, la coordinación refiere al enlace entre los servicios o establecimientos con vistas a que las personas usuarias reciban atención y seguimientos adecuados. Es esencial para lograr la integración y continuidad en la atención entre los distintos niveles de atención e incluye aspectos como la referencia, el acompañamiento y la contrarreferencia. También implica que los profesionales conozcan los problemas o eventos que con anterioridad hayan afectado al paciente, como los servicios por él utilizados²⁴⁻²⁶.

Las vías de atención de las personas con cáncer son heterogéneas y, también, sus caminos, incluso entre quienes padecen un mismo tipo de cáncer^{27,28}. De todos modos, procuraremos identificar algunas cuestiones en común. La literatura señala algunos puntos para que el recorrido de estos pacientes, desde su perspectiva, sea positivo: la presencia de un equipo interdisciplinario; la información; la comunicación certera; la empatía y el apoyo entre pacientes, cuidadores y el equipo de salud; la elección del tratamiento; el acceso a la innovación; la flexibilidad en el camino; el fácil acceso a la clínica des-

pués de la cirugía; la coordinación y la continuidad de la atención. En muchos países latinoamericanos, por las características de sus sistemas sanitarios, estos puntos no se alcanzan y las personas con cáncer enfrentan dificultades que pueden ir desde problemas en la comunicación o deshumanización de entornos asistenciales, hasta fragmentación entre niveles de atención o dificultades en el acceso a medicación, exámenes o atención^{16,27,28}.

El camino del paciente con cáncer tiene distintas etapas. Aquí reconocemos cinco: diagnóstico, tratamiento, seguimiento, alta y cuidados paliativos. Estas etapas no necesariamente son consecutivas, no todos los pacientes recorren todas las etapas y algunas personas pueden transitar más de una vez la misma etapa^{16,19,20}.

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

El artículo presenta una breve revisión de literatura y el marco conceptual de un estudio cuyo objetivo es relevar y analizar el proceso de diagnóstico y tratamiento oncológico desde la perspectiva del paciente en la Argentina durante el año 2024. El énfasis del estudio está en caracterizar el acceso a la atención de esta población y distinguir las barreras que enfrenta. Conocer el camino de las personas con cáncer y sus características le permitirá a la organización civil que lo impulsa a producir información de calidad, actualizada y accesible que pueda ser utilizada por otras organizaciones privadas, estatales y de la sociedad civil. Este artículo, específicamente, tiene como finalidad proporcionar una base sólida para el desarrollo posterior de una metodología que permita conocer de modo sistemático las experiencias de las personas con cáncer.

El marco conceptual presentado es innovador, ya que integra contribuciones de diversas corrientes. Como da cuenta la figura 1, a continuación, se ponen en diálogo

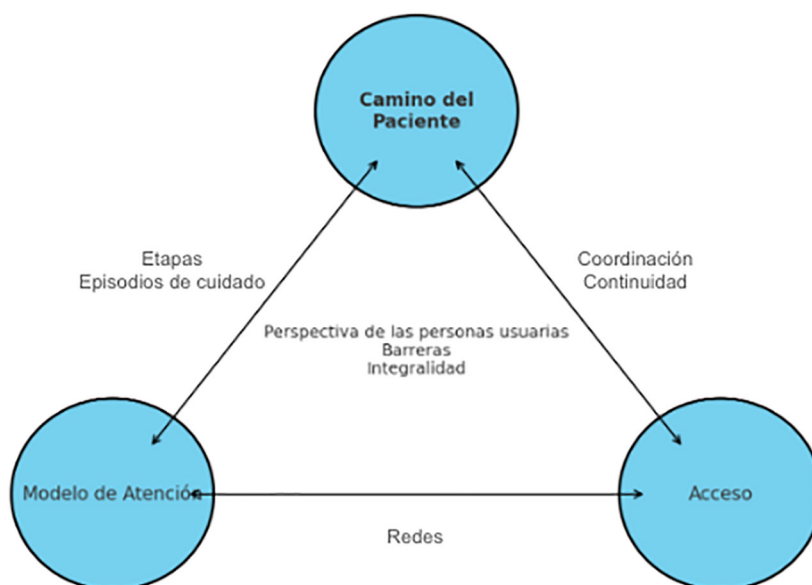


Figura 1. Síntesis de la propuesta conceptual desarrollada.

Fuente: elaboración propia.

los enfoques teóricos relacionados con el diseño y la gestión del sistema de salud y sus instituciones (modelo de atención), los estudios sobre acceso y, finalmente, las perspectivas que analizan los trayectos y experiencias de las personas usuarias (camino del paciente). El interés por comprender la perspectiva de los sujetos investigados y las dificultades que enfrentan requirió adoptar enfoques atentos a los territorios y sus barreras, la integralidad y la participación. Asimismo, nociones como redes, coordinación, continuidad, etapas y episodios de cuidados se tornan centrales para considerar y definir, dado el objetivo del estudio que enmarca esta revisión bibliográfica.

Por último, interesa destacar algunas limitaciones enfrentadas durante el desarrollo del artículo. La falta de literatura específica sobre los recorridos de las personas con cáncer a través de las instituciones sanitarias y las barreras que enfrentan para acceder a la atención representó un desafío para la construcción de la propuesta teórica. Además, dado que el estudio fue financiado por una organización de la sociedad civil, los recursos disponibles, tanto económicos como humanos, fueron limitados, lo que condicionó algunos aspectos de su desarrollo.

Contribuciones de las autoras: Conceptualización, Metodología, Validación, Investigación, Recursos, Escritura, Visualización (CP, CMJ).

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

- Menéndez EL. Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuad Méd Soc (Ros)*. 1985;(33):55-63.
- Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(1):185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.
- Franco Giraldo AJ. Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la atención primaria en Latinoamérica, siglo XXI: una revisión narrativa. *Rev Gerencia Políticas Salud*. 2020;19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>.
- Tobar F. Modelos de organización de los sistemas de salud. En: Chiara M, ed. *Gestión territorial integrada para el sector salud*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento; 2015. p. 23-31.
- Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización [Internet]. Washington, DC: OPS/OMS; 2007 [citado 2024 sept 1]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf.
- Kuschner R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2307-2316. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.
- Vilaça Mendes E. Las redes de atención de salud [Internet]. Brasília: Organización Panamericana de la Salud & Representación Brasil; 2013 [citado 2024 sept 1]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>.
- Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015;5(7):e007037. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007037>.
- Borrás Andrés JM, Prades J. El desarrollo de la atención multidisciplinar en la atención al cáncer: de cuando Europa se presentó en el comité de tumores. *Encuentros Multidisciplinares*. 2017;19:(55).
- Tejada de Rivero D. Alma Ata: 25 años después. *Rev Perspectivas de Salud*. 2003;8(1):2.
- Ariovich A. El abordaje integral de la atención: una aproximación a la estrategia de la atención primaria de la salud (APS). En: Chiara M, ed. *Gestión territorial integrada para el sector salud*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento; 2015. p. 15-23.
- Maceira D. Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina. *Cuadernos del CLAEH*. 2009;32(99):7-17.
- Ballesteros M. Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Investigación Gino Germani; 2014. (Documentos de jóvenes investigadores; 41).
- Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública Méx*. 1985;27(5):438-453.
- Gutiérrez A. Insumos para una gestión intersectorial de políticas públicas: movilidad y acceso. *Territorios*. 2011;2(25):151-172.
- Turano Mota R, Ferreira Martins É, Vieira MA, et al. Recorrido asistencial de pacientes que conviven con cáncer de pulmón. *Rev Bioét*. 2021;29(2):363-373. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021292474>.
- Burgos LM, Benzadón M, Cabral MH, et al. Camino crítico en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda. *Medicina (B Aires)*. 2022;82(5):810-812.
- Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais*. 2015;(42):29-43.
- Bolz-Johnson M, Meek J, Hoogerbrugge N. "Patient Journeys": improving care by patient involvement. *Eur J Hum Genet*. 2020;28(2):141-143. <https://doi.org/10.1038/s41431-019-0555-6>.
- Beleffi E, Mosconi P, Sheridan S. The patient journey. En: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, et al. eds. *Textbook of patient safety and clinical risk management*. Cham: Springer; 2021. p. 117-127. https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_10.
- Ben-Tovim DI, Dougherty ML, O'Connell TJ, et al. Patient journeys: the process of clinical redesign. *Med J Aust*. 2008;188(S6):S14-S17. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01668.x>.
- McCarthy S, O'Raghallaigh P, Woodworth S, et al. An integrated patient journey mapping tool for embedding quality in healthcare service reform. *J Decis Syst* 2016;25(1):354-368. <https://doi.org/10.1080/12460125.2016.1187394>.
- Davies EL, Bulto LN, Walsh A, et al. Reporting and conducting patient journey mapping research in healthcare: a scoping review. *J Adv Nurs*. 2023;79(1):83-100. <https://doi.org/10.1111/jan.15479>.
- Ariovich A, Jiménez C. Las políticas sanitarias en el nivel local: los desempeños de la estrategia APS en tres casos del conurbano bonaerense. Presentado en: 5as Jornadas de Jóvenes Investigadores del Instituto de Investigaciones Gino Germani. 2009; UBA. Facultad de Ciencias Sociales; Buenos Aires, Argentina. <https://n2t.net/ark:/13683/ezpV/3Ep>.
- Berra S, Audisio Y, Mántaras J, et al. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud. *Rev Argent Salud Pública*. 2011;2(8):6-14.
- Ariovich A, Jiménez C. Accesibilidad a la atención de la salud en el Municipio de Malvinas Argentinas. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento; 2014.
- Baffert S, Hoang HL, Brédart A, et al. The patient-breast cancer care pathway: how could it be optimized? *BMC Cancer*. 2015;15:394. <http://doi.org/10.1186/s12885-015-1417-4>.
- Feijó AM, de León Linck C, da Costa Viegas A, et al. Los caminos del cuidado de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. *Av Enferm*. 2016; 34(1):58-68. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37390>.

Paniculitis granulomatosa sarcoidal asociada a inhibidores de puntos de control inmunológico: un evento adverso cutáneo inmunomediado poco frecuente

Anamá Di Prinzio[✉], Julia Riganti[✉], Ana C. Torre[✉] y Luis D. Mazzuoccolo[✉]

Servicio de Dermatología. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

Los medicamentos inhibidores de puntos de control inmunológico (IPI), o inhibidores del *checkpoint*, se han asociado a diversos efectos adversos inflamatorios y autoinmunes, denominados eventos adversos inmunomediados (irAE). Entre los irAE, las toxicidades dermatológicas son las más prevalentes; los más frecuentes son el exantema maculopapular, el prurito y las erupciones de tipo liquenoide y psoriasiforme.

Palabras clave: sarcoidosis, cáncer, inmunoterapia, punto de control inmunitario.

Sarcoidal Granulomatous Panniculitis Associated with Immune Checkpoint Inhibitors: A Rare Immune-Mediated Cutaneous Adverse Event

ABSTRACT

Immune checkpoint inhibitors (ICIs), or checkpoint inhibitors, have been associated with various inflammatory and autoimmune adverse effects, known as immune-related adverse events (irAEs). Among irAEs, dermatological toxicities are the most prevalent, with maculopapular rash, pruritus, and lichenoid and psoriasiform eruptions being the most common.

Keywords: Sarcoidosis, cancer, immunotherapy, immune checkpoint.

INTRODUCCIÓN

El CTLA-4 y el PD-1 son puntos de control del sistema inmunológico que regulan su funcionamiento para proteger al organismo de su activación anómala y sus consecuencias. En las neoplasias malignas, su función puede estar alterada por el microambiente tumoral, el cual favorece la evasión de las células del cáncer al control inmunitario. Los fármacos inhibidores de los puntos de control inmunitario (IPI) o inhibidores del *checkpoint*, como el ipilimumab, el pembrolizumab, el nivolumab y el avelumab, entre otros, constituyen un importante avance en el tratamiento oncológico. Sin embargo, debido a su mecanismo de acción único, su uso se ha vinculado

con un conjunto de efectos adversos denominados inmunomediados (irAE). Los IrAE cutáneos aparecen en un porcentaje variable de los pacientes (0,65-22%).¹⁻⁷ Los más frecuentes son el exantema maculopapular y el prurito, seguidos por las erupciones liquenoides, psoriasiformes y el penfigoide ampollar.⁴⁻⁷ Se comunica el caso de un paciente que presentó sarcoidosis cutánea durante el tratamiento con pembrolizumab, el cual es un IrAE infrecuente.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 58 años, con cáncer de pulmón estadio IV en tratamiento con pemetrexed,

Autora para correspondencia: anama.diprinzio@hospitalitaliano.org.ar, Di Prinzio A.

Recibido: 16/05/2024 Aceptado: 04/12/2024

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.baires.v45i1.354>

Cómo citar: Di Prinzio A, Riganti J, Torre AC, Mazzuoccolo LD. Paniculitis granulomatosa sarcoidal asociada a inhibidores de puntos de control inmunológico: un evento adverso cutáneo inmunomediado poco frecuente. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2025;45(1):e0000354

pembrolizumab y carboplatino. Consultó por lesiones cutáneas de 30 días de evolución, que comenzaron 2 meses después del inicio de la medicación. Al examen físico se observaban placas eritematoamarronadas, ovoides, de 5 a 10 cm de diámetro, de límites difusos, sobre las cuales asentaban nódulos de 1 a 2 cm de diámetro, asintomáticos, localizadas en la cara anterior y externa de ambas piernas (Fig. 1). Los estudios de laboratorio evidenciaron resultados dentro de los parámetros normales. Los cultivos de piel para bacterias, micobacterias y hongos fueron negativos y descartaron infección. La histopatología de las lesiones cutáneas reveló una paniculitis granulomatosa de tipo sarcoidal (Fig. 2). La tomografía computarizada de tórax evidenció un nodulillo de 3 mm en lóbulo superior izquierdo que no se había observado en estudios previos. Si bien esto podía corresponder a progresión de la enfermedad oncológica, no era posible descartar que fuera sarcoidosis, dada la elevada asociación del compromiso cutáneo y pulmonar en esta patología. El cuadro se interpretó como enfermedad granulomatosa sarcoidal asociada a pembrolizumab sobre la base de los informes recientes y de que, hasta la fecha, no se encontraron comunicaciones de asociación de este tipo de enfermedades con el carboplatino o el pemetrexed. Una manera de realizar esta distinción podría haber sido mediante una prueba terapéutica con corticoides sistémicos. Sin



Figura 1. Placas eritematosas sobre las que asientan nódulos de 1 a 2 cm de diámetro, asintomáticos, en la cara anterior de la pierna derecha.

embargo, ante la posibilidad de que esta interfiriera con el tratamiento oncológico, se decidió no realizarla. Se indicó clobetasol 0,05% en crema una vez al día durante 1 mes y luego tacrolimus 0,1% en ungüento. Evolucionó con resolución parcial de las lesiones cutáneas en 2 meses, pero también con progresión de su enfermedad oncológica, con deterioro del estado general, aumento del número de metástasis a distancia, y falleció un año después.

DISCUSIÓN

La sarcoidosis cutánea es un IrAE infrecuente de los IPI.⁴⁻⁶ Se propone que su aparición podría estar relacionada con un incremento de linfocitos Th1 y Th17 debido al bloqueo del CTLA-4 o a una reacción paradójica a los anti-PD-1, debido a que se ha observado que los pacientes con sarcoidosis tienen una expresión aumentada de PD-1 en las células T.^{3,8}

La sarcoidosis asociada a ICI afecta a ambos sexos por igual y la edad media de diagnóstico es 54 años en los hombres y 57 en las mujeres. Las neoplasias subyacentes incluyeron principalmente el melanoma (75%), seguido de otros cánceres. A su vez, se destaca que ha sido comunicada con mayor frecuencia con anti-PD-1 en monoterapia y en esquemas combinados, que con anti-CTLA-4 ipilimumab como monoterapia.⁸ La mediana de tiempo transcurrida entre el inicio de tratamiento y el desarrollo de la sarcoidosis observada es de 2 a 3 meses (rango 2-29 meses).^{4-6,9}

La enfermedad se suele presentar con afectación de los ganglios linfáticos mediastinales y pulmonar. La incidencia de compromiso cutáneo es desconocida y la afectación exclusiva de la piel parece ser excepcional.^{8,10} Este suele manifestarse con nódulos eritematosos (similar a una paniculitis o eritema nodoso), como en el caso comunicado, o con una erupción maculopapular inespecífica. Con menor frecuencia, su presentación es atípica, con afectación del rostro, de piel tatuada o cicatrices.^{8,9}

El diagnóstico de la sarcoidosis cutánea y su asociación con enfermedad sistémica se realiza sobre la base del cuadro clínico, los estudios complementarios y los hallazgos de la histología de las lesiones cutáneas (Tabla 1). El estudio histopatológico de la piel afectada revela granulomas epitelioides no caseificantes.⁹ Es fundamental la exclusión de otros diagnósticos diferenciales.

El tratamiento recomendado en los casos con afectación cutánea localizada son los corticoides tópicos de alta potencia, mientras que en los casos con lesiones cutáneas extensas, compromiso pulmonar sintomático o afectación de otros órganos se sugieren los corticoides sistémicos (CS) y suspender los IPI. Su reintroducción se debe considerar luego del control del cuadro y la reducción de la dosis de CS ≤ 10 mg/kg/día de meprednisona o equivalentes.²⁻⁴ El pronóstico de este irAE es variable y depende del estado clínico del paciente y la gravedad del cuadro.¹⁰ Si bien se ha observado que el desarrollo de determinados IrAE podría estar relacionado con una mejor respuesta tumoral, se desconoce si esto sucede en los pacientes con sarcoidosis asociada a IPI dado lo infrecuente de su presentación.²⁻⁴ En un estudio reciente, Chanson y cols.

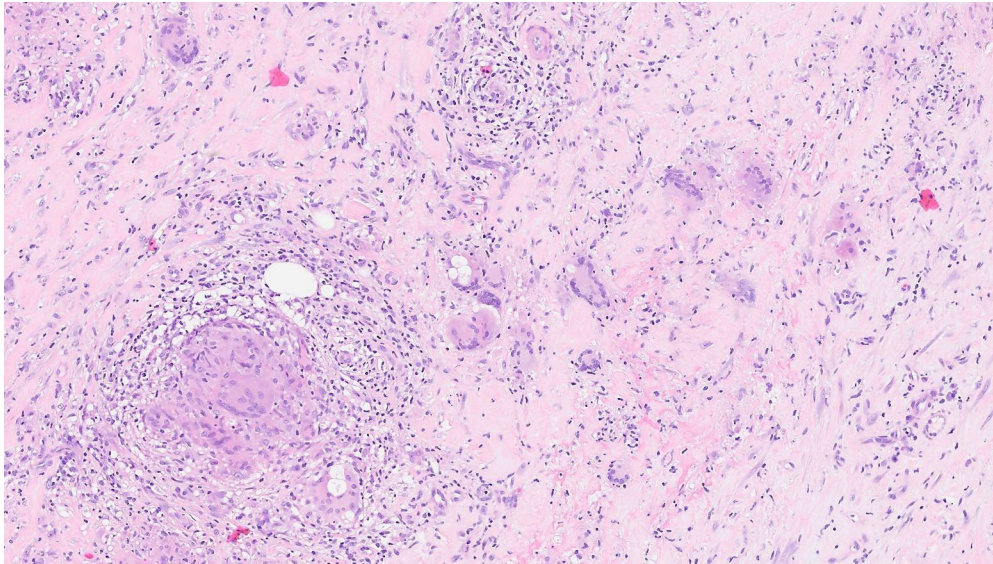


Figura 2. Paniculitis granulomatosa de tipo sarcoidal (Hematoxilina y eosina, ×400)

Tabla 1. Evaluación de pacientes con diagnóstico de sarcoidosis cutánea para valorar afectación sistémica. Tomada y modificada de Abdelghaffar M y cols.¹¹

-
- Historia clínica detallada
 - Examen físico completo
 - Estudios de laboratorio
 - Hemograma completo
 - Pruebas de función hepática y renal
 - Glucemia basal, ionograma sérico, calcemia, fosfatemia y magnesemia
 - QuantiFERON o PPD 2 UT de ser posible
 - TSH
 - 25-hidroxivitamina D
 - Dosaje sérico de enzima convertidora de angiotensina o del biomarcador IL-2R soluble [CD25]
 - Evaluación pulmonar
 - Radiografía de tórax de frente y perfil
 - Pruebas de función pulmonar
 - Considerar la derivación a Neumología
 - Evaluación cardíaca
 - Electrocardiograma
 - Si el paciente presenta antecedentes de presíncope, síncope, mareos o palpitaciones, se recomienda derivar a Cardiología
 - Evaluación oftalmológica
 - Considerar la derivación a Oftalmología
 - Considere la derivación a otros especialistas, según lo recuperado a través del interrogatorio, la anamnesis y los estudios de laboratorio
 - Seguimiento de los pacientes para detectar progresión a afectación sistémica
 - Anamnesis y examen físico completo anual
 - Laboratorio anual con hemograma y estudio metabólico completo
 - Dosaje de enzima convertidora de angiotensina o del biomarcador de la enfermedad si cambian los síntomas
 - Considerar la derivación a un especialista si cambian los síntomas
-

incluyeron 32 pacientes con sarcoidosis asociada a IPI. Observaron que este cuadro parece tener un comportamiento más benigno que el de la sarcoidosis idiopática, ya que se presenta con compromiso pulmonar más leve, suele ser asintomática, evoluciona con resolución espontánea y se asocia con una menor necesidad de terapia sistémica. Su aparición no implicaría necesariamente la suspensión de la inmunoterapia. El motivo de esta presentación benigna podría estar relacionado con el estrecho seguimiento con estudios de imágenes que se realiza en estos pacientes, lo que facilitaría un diagnóstico temprano de la enfermedad.⁸

Son necesarios un mayor informe de casos y nuevos trabajos de investigación para caracterizar a la población que padece este evento adverso y conocer sus implicaciones en el pronóstico de los pacientes.¹⁻⁴

Contribuciones de las autoras: Estudio del caso clínico, diseño y redacción del trabajo (ADP), Estudio del caso clínico. Participación en el tratamiento del paciente y toma de decisiones del caso (JR), Estudio del caso clínico, participación en la terapéutica del paciente, redacción de información del manuscrito y revisión (ACT), Revisión final del trabajo y aportes sobre el manuscrito (LDM).

Conflictos de intereses: Los autores declaran no poseer conflictos de intereses relacionados al contenido del presente trabajo.

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

REFERENCIAS

1. Trilleras-Gómez AP, Hull KJ, Drew DZ. Case report and review of 7 similar cases in the literature: cutaneous sarcoidosis as side effect of pembrolizumab plus chemotherapy in stage IV squamous cell carcinoma of lung. *J Immunother*. 2021;44(2):90-94. <https://doi.org/10.1097/CJI.0000000000000351>.
2. Torres-Jiménez J, Esteban-Villarrubia J, García-Abellás P, et al. Sarcoidosis-like reactions in cancer patients treated with immune checkpoint inhibitors: experience in a Spanish hospital. *Clin Transl Oncol*. 2021;23(7):1474-1480. <https://doi.org/10.1007/s12094-020-02546-w>.
3. Chorti E, Kanaki T, Zimmer L, et al. Drug-induced sarcoidosis-like reaction in adjuvant immunotherapy: Increased rate and mimicker of metastasis. *Eur J Cancer*. 2020;131:18-26. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.02.024>.
4. Juan-Carpena J, Palazón-Cabanes JC, Blanes-Martínez M. Revisión sistemática de los efectos adversos cutáneos causados por fármacos inhibidores de los puntos de control inmunitario: características, manejo y pronóstico. *Actas Dermosifilogr*. 2022;113(4):376-387. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.09.005>.
5. Suozzi KC, Stahl M, Ko CJ, et al. Immune-related sarcoidosis observed in combination ipilimumab and nivolumab therapy. *JAAD Case Rep*. 2016;2(3):264-268. <https://doi.org/10.1016/j.jidcr.2016.05.002>.
6. Martínez Leboráns L, Esteve Martínez A, Victoria Martínez AM, et al. Cutaneous sarcoidosis in a melanoma patient under Ipilimumab therapy. *Dermatol Ther*. 2016;29(5):306-308. <https://doi.org/10.1111/dth.12380>.
7. Birnbaum MR, Ma MW, Fleisig S, et al. Nivolumab-related cutaneous sarcoidosis in a patient with lung adenocarcinoma. *JAAD Case Rep*. 2017;3(3):208-211. <https://doi.org/10.1016/j.jidcr.2017.02.015>.
8. Chanson N, Ramos-Casals M, Pundole X, et al. Immune checkpoint inhibitor-associated sarcoidosis: a usually benign disease that does not require immunotherapy discontinuation. *Eur J Cancer*. 2021;158:208-216. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2021.05.041>.
9. Sibaud V. Dermatologic reactions to immune checkpoint inhibitors : skin toxicities and immunotherapy. *Am J Clin Dermatol*. 2018;19(3):345-361. <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0336-3>.
10. Haanen JBAG, Carbone F, Robert C, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2017;28(suppl_4):iv119-iv142. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx225>. Errata en: *Ann Oncol*. 2018;29(Suppl 4):iv264-iv266. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy162>.
11. Abdelghaffar M, Hwang E, Damsky W. Cutaneous sarcoidosis. *Clin Chest Med*. 2024;45(1):71-89. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2023.08.004>.

Pancreatitis aguda severa necrotizante: ¿el drenaje percutáneo salva vidas?

Cristian A. Guzmán¹, Marco J. Quintero², Johan S. Prada³ y Mara J. García⁴

1. Departamento de Radiología Intervencionista, Clínica IMAT Oncomédica AUNA. Colombia

2. Departamento de Cirugía Hepatobiliar, Clínica IMAT Oncomédica AUNA. Colombia

3. Departamento de Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica IMAT Oncomédica AUNA. Colombia

4. Departamento de Infectología, Clínica IMAT Oncomédica AUNA. Colombia

RESUMEN

La pancreatitis aguda es una inflamación del páncreas que destruye las células acinares. Su incidencia ha aumentado globalmente, sobre todo debido a litiasis biliar y alcoholismo. Este informe describe a un hombre de 58 años con antecedentes de alcoholismo que desarrolló pancreatitis aguda tras consumir alimentos grasos y alcohol. Inicialmente manejado de forma conservadora, presentó complicaciones que requirieron ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La tomografía computarizada (TC) reveló múltiples colecciones necróticas, manejadas mediante drenaje percutáneo guiado por TC. Tras cinco semanas, el paciente mostró mejoría significativa, lo que permitió retirar los catéteres y decidir su alta médica con seguimiento ambulatorio. Este caso destaca el "Step-Up Approach", que favorece técnicas mínimamente invasivas, como el drenaje percutáneo en lugar de la necrosectomía abierta en pancreatitis grave necrotizante, mejorando la supervivencia y reduciendo complicaciones. El manejo multidisciplinario es esencial para optimizar los resultados clínicos.

Palabras clave: pancreatitis, colecciones, drenaje percutáneo, necrosectomía, infección.

Severe Necrotizing Acute Pancreatitis: Does Percutaneous Drainage Save Lives?

ABSTRACT

Acute pancreatitis is an inflammation of the pancreas that destroys acinar cells. Its incidence has increased globally, primarily due to biliary lithiasis and alcoholism. This report describes a 58-year-old man with a history of alcoholism who developed acute pancreatitis after consuming fatty foods and alcohol. Initially managed conservatively, he developed complications requiring admission to the ICU. Computed tomography (CT) revealed multiple necrotic collections, managed by CT-guided percutaneous drainage. After five weeks, the patient showed significant improvement, allowing removal of the catheters and discharge with outpatient follow-up. This case highlights the "Step-Up Approach," favoring minimally invasive techniques like percutaneous drainage over open necrosectomy in severe necrotizing pancreatitis, improving survival and reducing complications. Multidisciplinary management is essential to optimize clinical outcomes.

Keywords: Pancreatitis, Collections, Percutaneous drainage, Necrosectomy, Infection.

Autor para correspondencia: johanprada96@gmail.com, Prada JS.

Recibido: 8/06/24 Aceptado: 17/02/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v45i1.364>

Cómo citar: Guzmán CA, Quintero MJ, Prada JS, García MJ. Pancreatitis aguda severa necrotizante: ¿el drenaje percutáneo salva vidas? Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2025;45(1):e0000364

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una inflamación del páncreas que destruye las células acinares. En Colombia, su principal causa es la litiasis biliar, seguida del consumo excesivo de alcohol¹. La incidencia global ha aumentado a unos 34 casos por 100 000 personas anualmente². Se clasifica en intersticial edematosa o necrotizante, y –según los criterios de Atlanta revisados en 2013– se define su gravedad en leve, moderada y severa, basándose en la afectación local y/o sistémica. Entre las complicaciones se encuentran el fallo orgánico, complicaciones locales; colecciones peripancreáticas y pseudoquistes en el tipo intersticial edematosa, y colecciones necrotizantes agudas o necrosis tabicada (amurallada) en la pancreatitis aguda necrotizante, respectivamente³, así como complicaciones sistémicas por creación de un tercer espacio, afectación pulmonar con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), hemorragias gastrointestinales, lesión renal aguda con necrosis tubular aguda, entre otras. El 80-85% de los pacientes tienen un curso leve con una mortalidad inferior al 3%, que se maneja con líquidos, analgesia y restricción de la vía oral, restaurando la dieta tempranamente incluso con colecciones estériles o pseudoquistes, que suelen resolverse sin intervenciones⁴. Sin embargo, el 20% de los casos de pancreatitis intersticial progresa a necrotizante con un riesgo de mortalidad de hasta el 30%⁵. Este grupo de pacientes requiere intervención en un 40-63%, tradicionalmente con desbridamiento quirúrgico, que, aunque eficaz, tiene alta incidencia de complicaciones y

mortalidad. Por ello, las técnicas mínimamente invasivas como el drenaje percutáneo o endoscópico han cambiado la tendencia inicial⁶, por lo cual se evalúa posteriormente la necesidad de abordajes quirúrgicos, en un enfoque conocido como *Step-Up Approach*.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años con antecedente de alcoholismo, que consulta en diciembre de 2021 por dolor abdominal generalizado, distensión abdominal, vómitos y ausencia de deposiciones tras ingesta abundante de comida grasa y alcohol. En los exámenes de ingreso se encontró hiperbilirrubinemia (bilirrubina total: 2,3 mg/dL, indirecta: 1,89 mg/dL, directa: 0,41 mg/dL), amilasa sérica elevada (1169 U/dL) y PCR aumentada (212 mg/L). Se diagnosticó pancreatitis aguda. Se inició tratamiento con cristaloides y reposo gástrico. A los 3 días de estancia hospitalaria, desarrolló distensión abdominal, edemas y oliguria, y requirió atención en UCI, nutrición parenteral y antibioticoterapia con ampicilina/sulbactam. Se solicitó tomografía abdominal (Fig. 1) que mostró múltiples colecciones, la de mayor tamaño de 86 × 180 × 110 mm en la transcavidad de los epiplones con amplio contacto con cuerpo gástrico y duodeno, múltiples burbujas y nivel hidroaéreo.

Evolucionó con inestabilidad hemodinámica, por lo que se le cambió la antibioticoterapia a meropenem más vancomicina y se definió tratar las colecciones por el Servicio de Radiología Intervencionista con colocación de

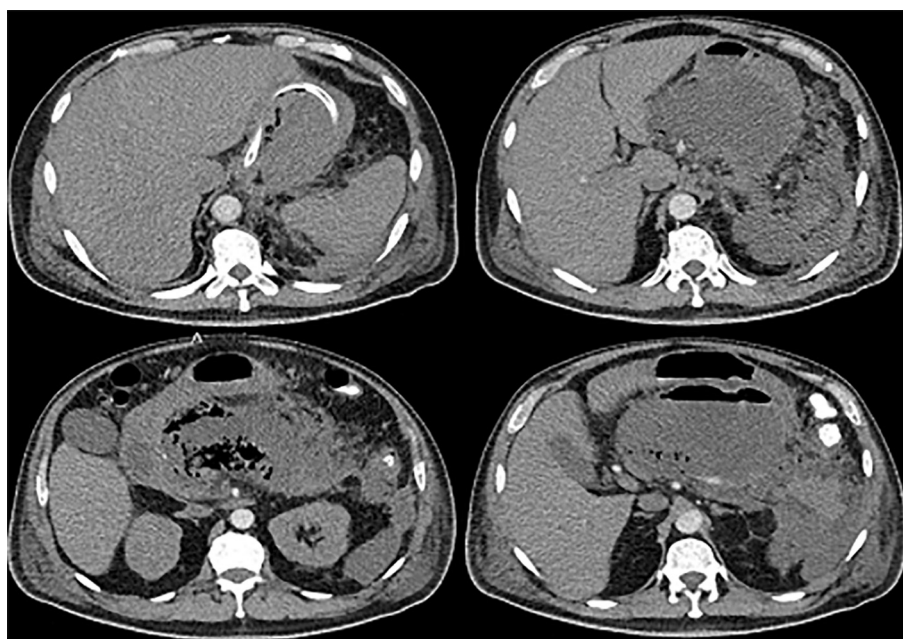


Figura 1. TC de abdomen simple y contrastado Ingreso en UCI: colecciones evidentes a nivel de cuerpo gástrico y duodeno, con múltiples burbujas, nivel hidroaéreo; la de mayor tamaño es de 86×180 × 110 mm; otras, localizadas posteriormente a parénquima esplénico, a nivel pararenal izquierdo, en corredera parietocólica homolateral, y a nivel del mesenterio, con marcada alteración tomodensitométrica de los planos adyacentes y ganglios locorregionales.

catéteres percutáneos guiados por TC a nivel transabdominal, transgástrico y axilar (Fig. 2), realizándose lavados diarios con solución salina.

El cultivo de las colecciones informó *Escherichia coli* multisensible, por lo cual se ajustó el tratamiento a piperacilina- tazobactam. Tras 5 semanas desde la colocación de los catéteres evolucionó satisfactoriamente, con escasa secreción, por lo que se realizó otra TC (Fig. 3) que describe catéteres dirigidos a colecciones en la transcavidad de los epiplones, retrogástrico y pararrenal anterior, con aisladas imágenes de densidad aérea en menor cuantía en relación con el estudio previo, una disminución de más del 80% de las colecciones. Entonces se decidió el retiro de los catéteres, se mantuvo únicamente el transgástrico, se ordenó alta médica con ciprofloxacina durante 7 días más y control ambulatorio para retiro de catéter, lo cual se cumplió tras completar 45 días desde su colocación.

El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética Institucional de Investigación y estudios clínicos Oncomédica S.A (CEI-CEI-0761-2024) y fue conducido de acuerdo con los lineamientos asentados por la declaración modificada de Helsinki.

DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda severa se asocia con insuficiencia orgánica y complicaciones locales como necrosis o abscesos, desarrollándose en dos fases: las primeras dos

semanas con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y necrosis pancreática, y entre la segunda y tercera semana con deterioro orgánico, usualmente por infección secundaria.

Durante décadas se ha debatido el tratamiento de la pancreatitis aguda, entre un enfoque conservador y otro quirúrgico. En 2010, el ensayo PANTER⁵ demostró que un enfoque gradual mínimamente invasivo (*Step-Up Approach*) es superior a la necrosectomía abierta, al reducir significativamente la insuficiencia orgánica múltiple, hernias incisionales y diabetes de nueva aparición. Aproximadamente el 35% de los pacientes con pancreatitis necrotizante infectada se recuperan completamente solo con drenaje percutáneo.

Las estrategias recientes incluyen tratamiento conservador con antibióticos, drenaje transmural percutáneo o endoscópico, necrosectomía mínimamente invasiva y, finalmente, necrosectomía abierta⁷. Las técnicas de intervención han ganado relevancia con la disponibilidad de TC y ecografía. En 1996, Baron y cols.⁸ informaron sobre el drenaje endoscópico exitoso de necrosis pancreática, y en 1998, Freeny y cols.⁹ introdujeron el drenaje percutáneo guiado por TC. En 2011, Van Baal y cols.¹⁰ revisaron el drenaje percutáneo como tratamiento primario, encontrando que el 55,7% de los pacientes no requirieron necrosectomía quirúrgica adicional y que solo el 21,2% tuvo complicaciones; finalmente, Navalho

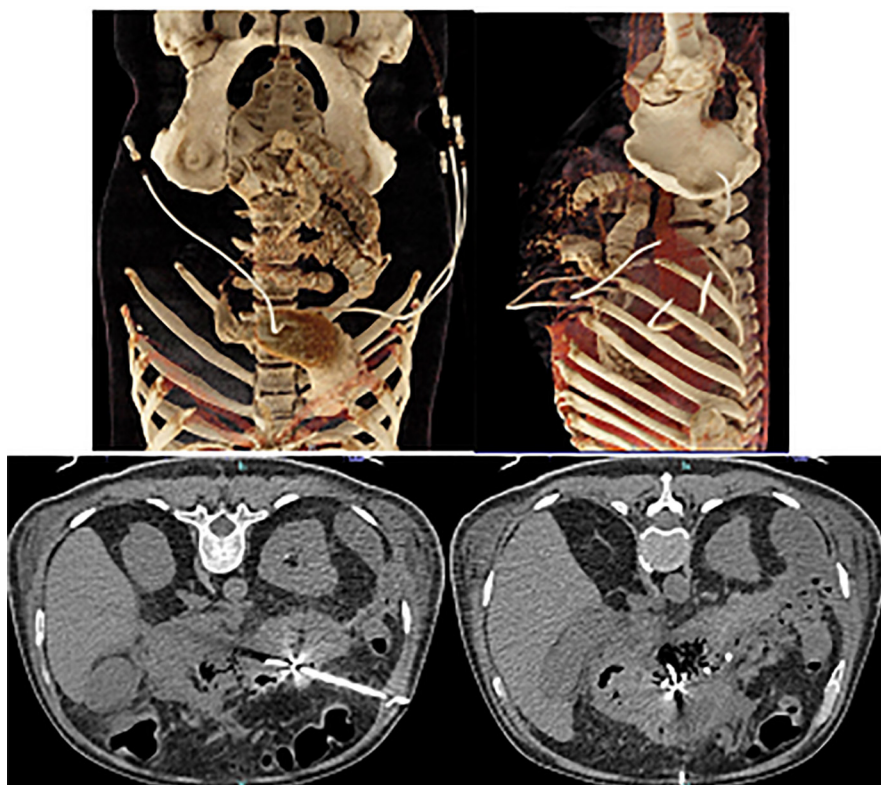


Figura 2. A y B. TC de abdomen simple; colocación de catéteres percutáneos. C y D: reconstrucción 3D donde se evidencia la posición de los catéteres implantados.



Figura 3. TC de abdomen simple y contrastado control: catéteres dirigidos a colecciones en la transcavidad de los epiplones, retrogástrico y pararenal anterior, con aisladas imágenes de densidad aérea en menor cuantía en relación con el estudio previo.

y cols.¹¹ refirieron tasas de curación del 63,3%, similares a otros estudios^{12, 13}.

El abordaje endoscópico debe considerarse como un método mínimamente invasivo con buenos resultados clínicos. En el ensayo clínico MISER¹⁴, que incluyó a 66 pacientes y comparó el manejo quirúrgico por laparoscopia con el drenaje endoscópico transluminal, el resultado primario compuesto (insuficiencia orgánica de nueva aparición, fistula enteral o pancreático-cutánea, sangrado, perforación de un órgano visceral o muerte durante un seguimiento de 6 meses) fue significativamente menos frecuente en el grupo de endoscopia en comparación con el grupo de cirugía mínimamente invasiva (11,8% frente a 40,6%; riesgo relativo, 0,29; $P = 0,007$).

La guía de práctica clínica de la Asociación Estadounidense de Gastroenterología de 2020¹⁵ recomienda el drenaje percutáneo de necrosis pancreática en pacientes con colecciones infectadas o sintomáticas, complementando el drenaje endoscópico o como terapia de rescate posdesbridamiento.

En este caso clínico se abordó al paciente bajo una atención multidisciplinaria, resaltando la importancia del enfoque “Step-Up Approach” en el cual la pancreatitis aguda severa necrotizante pasa de ser una patología netamente quirúrgica a requerir un abordaje complejo donde se debe esperar el manejo intervencionista o quirúrgico hasta no lograr la compactación de las colecciones, las cuales en algunos casos llega a requerir solo el drenaje y manejo antibiótico, con resultados favorables para el paciente. De ese modo se consigue modificar su pronóstico, aumentando la supervivencia y logrando la resolución definitiva de la enfermedad sin la necesidad de un tratamiento invasivo mayor. A inicios del presente año (2024), el paciente fue evaluado en la consulta externa donde refirió una buena calidad de vida, tolerancia de dieta guiada por nutricionista y en continua rehabilitación física, sin síntomas ni nuevos ingresos hospitalarios hasta la fecha.

Contribuciones de los autores: Conceptualización (CAG), Escritura-revisión y edición (MJQ, MJG), Investigación, Escritura-Borrador original (JSP).

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

- Muñoz D, Medina R, Botache WF, et al. Pancreatitis aguda: puntos clave. Revisión argumentativa de la literatura. *Rev Colomb Cir.* 2023;38(2):339-351. <https://doi.org/10.30944/20117582.2206>.
- Zheng Z, Ding YX, Qu YX, et al. A narrative review of acute pancreatitis and its diagnosis, pathogenetic mechanism, and management. *Ann Transl Med.* 2021;9(1):69. <https://doi.org/10.21037/atm-20-4802>.
- Bhakta D, de Latour R, Khanna L. Management of pancreatic fluid collections. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2022;7:17. <https://doi.org/10.21037/tgh-2020-06>.
- Yang Y, Zhang Y, Wen S, et al. The optimal timing and intervention to reduce mortality for necrotizing pancreatitis: a systematic review and network meta-analysis. *World J Emerg Surg.* 2023;18(1):9. <https://doi.org/10.1186/s13017-023-00479-7>.
- van Santvoort HC, Bakker OJ, Bollen TL, et al. A conservative and minimally invasive approach to necrotizing pancreatitis improves outcome. *Gastroenterology.* 2011;141(4):1254-1263. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2011.06.073>.
- Khizar H, Zhicheng H, Chenyu L, et al. Efficacy and safety of endoscopic drainage versus percutaneous drainage for pancreatic fluid collection: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med.* 2023;55(1):2213898. <https://doi.org/10.1080/07853890.2023.2213898>.
- Song Y, Lee SH. Recent treatment strategies for acute pancreatitis. *J Clin Med.* 2024;13(4):978. <https://doi.org/10.3390/jcm13040978>.
- Baron TH, Thaggard WG, Morgan DE, et al. Endoscopic therapy for organized pancreatic necrosis. *Gastroenterology.* 1996;111(3):755-764. <https://doi.org/10.1053/gast.1996.v111.pm8780582>.
- Freney PC, Hauptmann E, Althaus SJ, et al. Percutaneous CT-guided catheter drainage of infected acute necrotizing pancreatitis: techniques and results. *AJR Am J Roentgenol.* 1998;170(4):969-975. <https://doi.org/10.2214/ajr.170.4.9530046>.
- van Baal MC, van Santvoort HC, Bollen TL, et al. Systematic review of percutaneous catheter drainage as primary treatment for necrotizing

- pancreatitis. *Br J Surg.* 2011;98(1):18-27. <https://doi.org/10.1002/bjs.7304>.
11. Navalho M, Pires F, Duarte A, et al. Percutaneous drainage of infected pancreatic fluid collections in critically ill patients: correlation with C-reactive protein values. *Clin Imaging.* 2006;30(2):114-119. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2005.09.026>.
 12. Bala M, Almog G, Klimov A, et al. Percutaneous "stepped" drainage technique for infected pancreatic necrosis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2009;19(4):e113-118. <https://doi.org/10.1097/SLE.0b013e3181a9d37d>.
 13. Baudin G, Chassang M, Gelsi E, et al. CT-guided percutaneous catheter drainage of acute infectious necrotizing pancreatitis: assessment of effectiveness and safety. *AJR Am J Roentgenol.* 2012 ;199(1):192-199. <https://doi.org/10.2214/AJR.11.6984>.
 14. Bang JY, Arnoletti JP, Holt BA, et al. An endoscopic transluminal approach, compared with minimally invasive surgery, reduces complications and costs for patients with necrotizing pancreatitis. *Gastroenterology.* 2019;156(4):1027-1040.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.11.031>.
 15. Baron TH, DiMaio CJ, Wang AY, et al. American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: management of pancreatic necrosis. *Gastroenterology.* 2020;158(1):67-75.e1. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.064>.

A propósito de un caso: encefalitis equina del Oeste, una nueva amenaza*

Pía Belingueres[✉], Sofía Magallanes[✉] y Romina Jourdane[✉]

Servicio de Emergencia. Hospital Interzonal General de Agudos Dr. A. Piñeyro. Argentina

RESUMEN

Este caso clínico presenta a un hombre de 47 años, trabajador rural con diabetes tipo 2, que desarrolló encefalitis equina del Oeste (EEO). Ingresó en el hospital con fiebre, delirio y deterioro neurológico progresivo, requiriendo ventilación mecánica. A pesar del tratamiento de sostén, su condición empeoró, mostrando secuelas neurológicas graves y falleció tras una prolongada hospitalización en terapia intensiva. El caso resalta la gravedad de la EEO, la falta de tratamientos específicos y la necesidad urgente de medidas preventivas y concientización en áreas rurales donde la exposición al virus es más probable.

Palabras clave: encefalitis equina del Oeste, secuelas graves, prevención, complicaciones.

A Case Report: Western Equine Encephalitis, a New Threat

ABSTRACT

This clinical case presents a 47-year-old man, a rural worker with type 2 diabetes, who developed Western equine encephalitis (WEE). He was admitted to the hospital with fever, delirium, and progressive neurological deterioration, requiring mechanical ventilation. Despite supportive treatment, his condition worsened, resulting in severe neurological sequelae, and he died after a prolonged hospitalization in intensive care. The case highlights the severity of WEE, the lack of specific treatments, and the urgent need for preventive measures and awareness in rural areas where exposure to the virus is more likely.

Keywords: Western equine encephalitis, severe sequelae, prevention, complications

INTRODUCCIÓN

En la semana epidemiológica (SE) 48 del año 2023 se constató en la Argentina la presencia de encefalitis equina del Oeste (EEO) en equinos en varias provincias del país, enfermedad viral que también puede afectar al ser humano. La EEO es una infección causada por un virus ARN del género *Alphavirus*, familia *Togaviridae*, de transmisión vectorial por mosquitos pertenecientes a distintos géneros. Los huéspedes reservorios son principalmente aves y roedores, mientras que los equinos y los seres humanos son huéspedes incidentales^{1,2}.

En la Argentina se han identificado brotes en equinos, asociados a casos humanos, en 1972/73 y 1982/1983³. En la SE 51 del año 2023, el Ministerio de Salud de la Nación notificó el primer caso de encefalitis equina del Oeste en seres humanos. Desde esa fecha y hasta el 23/3/2024 (SE 13) se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 465 casos sospechosos en 17 provincias y 121 fueron positivos; todos requirieron hospitalización y se registraron 10 fallecidos. Gran porcentaje de los afectados presentaron relación con ambientes rurales (residencia, actividades laborales o recreativas), así como también

*Caso clínico presentado en el 1.º Congreso Latinoamericano de Medicina de Emergencias SAE- 2024

Autora de correspondencia: sofi.magallanes@hotmail.com, Magallanes S.

Recibido: 4/09/2024 | Aceptado: 26/12/2024

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v45i1.425>

Cómo citar: Belingueres P, Magallanes S, Jourdane R. A propósito de un caso: encefalitis equina del Oeste, una nueva amenaza. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2025;45(1):e0000425

contaban con comorbilidad previa (diabetes, enfermedad oncológica, hipertensión arterial, entre otras). Los casos fallecidos se dieron en personas de entre 36 y 74 años y el 92% corresponden a sexo masculino. En cuanto a la Provincia de Buenos Aires desde la SE 48/2023 hasta SE 13/2024 se notificaron 274 casos sospechosos de EEO, de los cuales se confirmaron 58 casos y 20 probables. De los casos positivos, 3 fallecieron; todos vivían en zona rural y dos de ellos tenían comorbididades. En la ciudad de Junín (Buenos Aires) nos enfrentamos a la sospecha de 4 casos, con confirmación de 3 de ellos, 1 fallecido, 1 dado de alta y 1 que permanece en Unidad de Terapia Intensiva desde el 26/12/2023. El período de incubación de la enfermedad es de 2 a 10 días. La mayoría de los casos son asintomáticos o cuadros leves inespecíficos (fiebre, astenia, mialgias, malestar general), que se resuelven espontáneamente en 7 a 10 días. Las infecciones sintomáticas son poco comunes, pero pueden ser graves caracterizándose por síntomas neurológicos que pueden ir desde cefalea, vómitos, temblores generalizados (manos, labios y lengua), debilidad, hasta rigidez de nuca, deterioro del sensorio, convulsiones, espasticidad y coma, dejando secuelas neurológicas permanentes (convulsiones, deterioro cognitivo, espasticidad) que alcanzan hasta a un 30% de los pacientes, principalmente niños. La mortalidad en humanos es de un 3 o 4%⁴.

La detección del ARN viral se realiza en muestras de suero y líquido cefalorraquídeo (LCR) por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), donde un resultado positivo confirma la infección. Sin embargo, la viremia en las infecciones por el virus de la EEO es baja y de corta duración. Además, si el caso se detecta en la fase neurológica es probable que el virus ya no esté presente en la sangre. Por lo tanto, un resultado negativo no descarta la infección y, ante la sospecha clínica y epidemiológica, se deben usar métodos serológicos, como la detección de anticuerpos IgM por ELISA usando metodologías caseras (*in house*)^{2,3}. Las neuroimágenes arrojan características específicas en relación con otras encefalitis como cambios inflamatorios en tálamo o ganglios basales. No hay vacuna para los seres humanos ni tratamiento antiviral específico. El manejo de los casos incluye reposo, hidratación adecuada y terapia sintomática. Su notificación debe ser inmediata y obligatoria^{3,5}.

Con este informe de caso se pretende explorar un caso específico de EEO del Hospital Dr. A. Piñeyro de Junín y comprender su complejidad clínica y limitaciones en el tratamiento en presentaciones graves, identificando barreras terapéuticas y consecuencias a largo plazo.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado de los cuidadores del paciente para la publicación de este caso, asegurando la confidencialidad de la información y el cumplimiento de los principios éticos en la divulgación de datos clínicos.

Presentación del caso

Se presenta el caso de paciente masculino de 47 años con antecedentes de diabetes tipo 2 en tratamiento con hipoglucemiantes orales, de profesión trabajador rural. Ingresa en el Servicio de Emergencias el 26 de diciembre de 2023 por cuadro de delirio asociado a fiebre de 72 horas de evolución (cabe destacar que consultó 48 horas antes por síndrome febril sin foco, el cual fue tratado sintomáticamente con dexametasona y dipirona). Al examen físico se encuentra febril, vigil, desorientado en tiempo, espacio y persona, con trastorno conductual con hiperactividad psicomotriz, discurso desorganizado, temblor esencial en manos y facie, pupilas isocóricas reactivas y simétricas, difícil evaluación de signos meníngeos por el estado del paciente. Ante este cuadro se procede a la realización de pruebas diagnósticas incluyendo laboratorio (pedido de LCR con microbiológico, físicoquímico y pruebas serológicas para detección del virus de EEO), tomografía de cerebro (que no evidencia lesiones hemorrágicas agudas ni edema cerebral), radiografía de tórax (sin alteraciones parenquimatosas). La punción lumbar informa un líquido cefalorraquídeo incoloro, límpido, con proteinorraquia (1,15 /dL), leucocitosis (60/mm³) con neutrofilia (70%) y lactato aumentado (46,2 mg/dL). La tomografía de ingreso no evidencia signos de sangrado ni desplazamiento de las estructuras medias, con cavidades ventriculares de topografía normal, sin lesiones focales, sin colecciones (Fig. 1). Se solicita electroencefalograma a la espera de los resultados de laboratorio. El electroencefalograma evidenció ritmo alfa occipital, sin asimetrías, tampoco evidencia actividad epileptiforme (Fig. 2). El paciente evoluciona con deterioro del sensorio, requiriendo in-

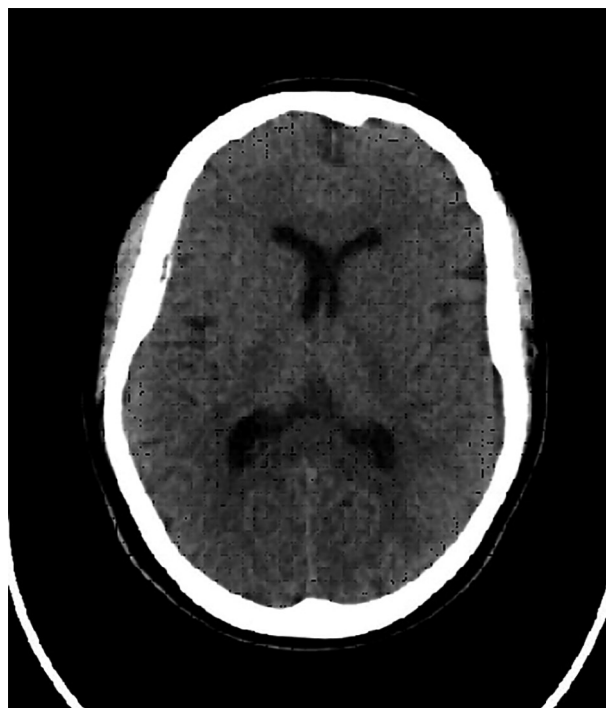


Figura 1. Tomografía realizada el día de ingreso del paciente en Sala de Emergencias.

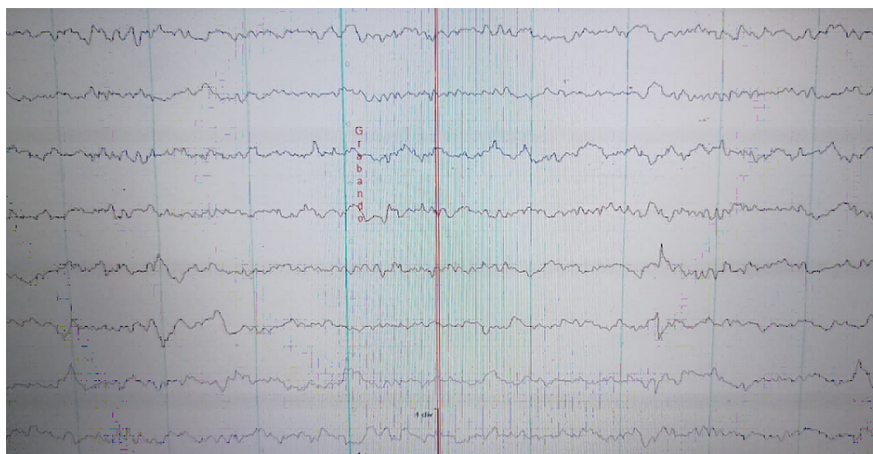


Figura 2. Electroencefalograma al ingreso del paciente en Sala de Emergencias.

tubación orotraqueal con posterior traslado a Unidad de Terapia Intensiva. Se inicia tratamiento empírico con aciclovir, ceftriaxona y corticoides sistémicos.

A pesar del tratamiento de sostén, el paciente presenta una evolución tórpida, febril persistente, manteniéndose en asistencia respiratoria mecánica en presión soporte, traqueostomizado, vigil, sin respuesta a órdenes simples, a pesar de encontrarse sin sedación. Se solicita evaluación por Servicio de Neurología, el que sugiere diagnósticos diferenciales de EEO vs. síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) vs. secuelas de encefalitis vs. síndrome de enclaustramiento, sugiriendo realización de resonancia magnética nuclear (RMN), la cual no es posible de realizar por el estado clínico del paciente que impide su traslado para ese complejo estudio.

El 4 de enero del año 2024 se confirma el diagnóstico de EEO mediante la detección de anticuerpos IgM anti-EEOV (virus de encefalitis equina del Oeste) y genoma viral EEOV en LCR. El 16 de enero de 2024 se realiza traqueotomía y se da inicio al *weaning* respiratorio.

Hacia el 2 de febrero de 2024, el paciente sigue sin mejoría del cuadro clínico, vigil, sin conexión con el entorno, polineuropático. Se repite la tomografía de cerebro (por encontrarse en desperfecto el resonador). Esta informa hipodensidad difusa de la sustancia blanca supratentorial y en focos más acentuados en la sustancia blanca córtico-subcortical a nivel de la convexidad cerebral, con hipodensidad difusa bilateral y simétrica de los núcleos grises de la base (Fig. 3). El paciente continúa traqueostomizado, con dificultad para el destete, ventilado con presión soporte/CPAP, sin requerimiento de inotrópicos, diuresis conservada por sonda, hemodinámicamente estable, vigil, apertura ocular espontánea, reflejo de succión como único reflejo arcaico, sin conexión con el medio que lo rodea, con estado de conciencia mínimo.

El día 10 de abril del año 2024 el paciente fallece por complicaciones de internación prolongada en Unidad de Terapia Intensiva.

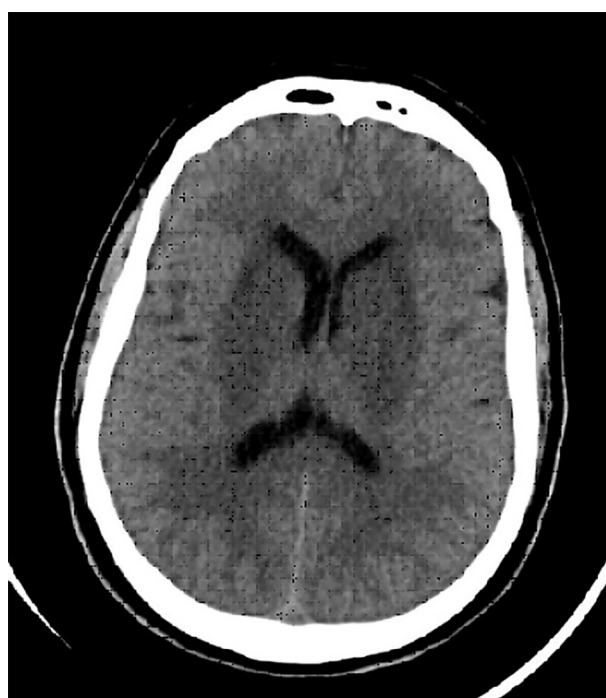


Figura 3. Tomografía del paciente luego de un mes y 7 días de evolución.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este informe de caso destaca tanto la gravedad como la complejidad de la encefalitis equina del Oeste, particularmente en áreas rurales donde el acceso a medidas preventivas y la atención médica especializada son limitados. Entre las fortalezas del manejo se incluye la identificación oportuna de los síntomas y su vínculo con la EEO, permitiendo un tratamiento sintomático adecuado. Sin embargo, las limitaciones incluyen la ausencia de trata-

mientos antivirales efectivos, lo que subraya la necesidad de avances en investigación y desarrollo terapéutico.

El diagnóstico en este caso se basó en criterios clínicos y epidemiológicos apoyados por pruebas serológicas compatibles con infección por el virus de la EEO. El equipo clínico realizó un enfoque integral, descartando otras causas posibles de encefalitis. Este proceso resalta la necesidad de mejorar el acceso a herramientas diagnósticas avanzadas, fundamentales para diferenciar la EEO de otras encefalitis virales y optimizar el manejo clínico.

La rareza del caso presentado y sus complicaciones neurológicas irreversibles enfatizan la gravedad de la enfermedad y resaltan la importancia de una evaluación cuidadosa en entornos con alta exposición al vector. Este informe no solo ilustra la complejidad de la EEO, sino que también subraya su potencial valor en la investigación de enfermedades infecciosas emergentes. Profundizar en estos casos puede contribuir al desarrollo de tratamientos específicos y enfoques más efectivos en su manejo.

A pesar de los esfuerzos realizados, las secuelas neurológicas graves observadas en este caso reflejan la falta de tratamientos específicos y de estrategias preventivas adecuadas. Entre las acciones concretas recomendadas se destacan la vacunación en equinos como medida clave para interrumpir la transmisión del virus, la implementación de campañas educativas dirigidas a trabajadores rurales sobre el uso de barreras físicas para prevenir picaduras de mosquitos, y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica para detectar casos tempranos en áreas endémicas. Estas estrategias son esenciales para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a la EEO y minimizar su impacto en la salud pública. Pero, la escasa concientización comunitaria y la insuficiente vacunación en animales dificultan la atención integral de los pacientes y aumentan el riesgo de complicaciones graves, que pueden culminar en el fallecimiento.

La literatura médica indica que la EEO es una enfermedad emergente con un impacto significativo en la salud pública. Este caso contribuye a la discusión global sobre las enfermedades transmitidas por vectores, resaltando la importancia de estrategias preventivas como la vacunación en equinos y campañas educativas para trabajadores rurales. Además, la rareza del caso presentado enfatiza la necesidad de una mayor vigilancia epidemiológica en regiones endémicas.

En conclusión, este caso clínico no solo ilustra las complicaciones neurológicas irreversibles asociadas a la EEO, sino que también sirve como un llamado a mejorar las medidas preventivas, promover la concientización comunitaria y fortalecer la preparación ante enfermedades infecciosas emergentes. Las lecciones clave de este informe son la importancia de una evaluación temprana en pacientes expuestos, la mejora en las medidas preventivas y la necesidad de avanzar en la investigación clínica para abordar enfermedades emergentes con alta mortalidad y morbilidad.

Contribuciones de las autoras: recopilación de datos clínicos, redacción del caso clínico, revisión de la literatura (PB, SM), Redacción

del caso clínico, redacción de la sección de discusión y lectura crítica del informe final (RJ).

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. Troglio F, Biscayart C, Angeletti V, et al. Encefalitis equina del oeste: actualización [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Infectología; 2024 [citado 2024 feb 26]. Disponible en: <https://www.sadi.org.ar/publicaciones/item/1729-encefalitis-equina-documento>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: encefalitis equina del oeste en la Región de las Américas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2024 ene 10 [citado 2024 feb 26]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-encefalitis-equina-oeste-region-americas-10-enero-2024>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección humana por el virus de la encefalitis equina del oeste [Internet]. Washington, DC: OPS; actual. 2024 feb 5 [citado 2024 feb 26]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/directrices-laboratorio-para-deteccion-diagnostico-infeccion-humana-por-virus>.
4. Argentina. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico [Internet]. 2024;(7) [citado 2024 feb 27]. Disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2024/02/Bolet%C3%ADn-epidemiol%C3%B3gico_7.pdf.
5. Cobos Marín L, Rodríguez Monterde A, Valdés Vázquez LM. Encefalitis equina del oeste. Vet México OA. 2019;6(3). <https://doi.org/10.22201/fmvz.24486760e.2019.3.785>.

Study-A-Thon: maratones académicas para acelerar la investigación y la colaboración multicéntrica

María F. Grande Ratti¹, Agustín Sánchez del Roscio², Javier A. Pollán³, María Diehl⁴ y Betiana M. Pérez¹

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

2. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

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

4. Servicio de Endocrinología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

RESUMEN

Un Study-A-Thon es un evento académico, organizado por instituciones educativas, sociedades científicas o grupos, que se extiende durante 2 a 5 días, y jornadas de 8-10 horas/día de trabajo. Es una “maratón” y “catalizador” de la ciencia, porque concentra lo que normalmente habría sido un período más largo en un *sprint* más corto. Su objetivo principal es unir a los actores clave para proyectos académicos. En investigación se utiliza para planificar estudios multicéntricos y multinacionales, acelerando el proceso de aprendizaje y la resolución de problemas, incluyendo debates y lecturas bibliográficas para toma de decisiones consensuadas (p. ej., criterios de inclusión, definición de desenlaces, operacionalización de variables de un protocolo epidemiológico). La aceleración de este proceso permite la colaboración en red, utilizando datos observacionales del mundo real (recopilados de diversas fuentes, como registros médicos electrónicos y bases de datos), logrando conservar la calidad y la fiabilidad de los resultados.

Palabras clave: protocolos clínicos, ciencia de los datos, bases de datos como asunto, intercambio de información en salud, registros de enfermedades, epidemiología, estudios observacionales como asunto, Argentina.

Study-A-Thon: Academic Marathons to Accelerate Research and Multicenter Collaboration

ABSTRACT

A Study-A-Thon is an academic event organized by educational institutions, scientific societies, or groups that lasts 2 to 5 days and 8-10 hours/day of work. It is a “marathon” and “catalyst” of science because it concentrates what would typically have been a much lengthy period into a shorter sprint. Its main objective is to unite key actors for academic projects. In research, they are used to plan multicenter and multinational studies, accelerating the learning process and problem-solving, including debates and bibliographic readings for making consensual decisions (e.g., inclusion criteria, the definition of outcomes, operationalization of variables of an epidemiological protocol). The acceleration of this process allows network collaboration, using real-world observational data (collected from various sources such as electronic medical records and databases), managing to preserve the quality and reliability of the results.

Keywords: clinical protocols, data science, databases as topic, health information exchange, registries, epidemiology, observational studies as a topic, Argentina.

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

Recibido: 7/08/2024 | Aceptado: 17/02/2025

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v45i1.379>

Cómo citar: Grande Ratti MF, Sánchez del Roscio A, Pollán JA, Diehl M, Pérez BM. Study-A-Thon: maratones académicas para acelerar la investigación y la colaboración multicéntrica. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2025;45(1):e0000379

INTRODUCCIÓN

En el 11.º Congreso de *Fragility Fracture Network* (FFN, de red mundial de fracturas por fragilidad) que se llevó a cabo en octubre de 2023 en Noruega)*, varios integrantes del Área de Investigación en Medicina Interna del Servicio de Clínica Médica y del Servicio de Endocrinología tuvieron la oportunidad de vivenciar una nueva experiencia académica conocida como Study-a-Thon, sobre el protocolo HIPSTAR.

Este congreso cubrió cuatro pilares temáticos:

A. Enfoque de atención multidisciplinaria de pacientes con fracturas

B. Rápida y temprana rehabilitación

C. Prevención secundaria de nuevas fracturas

D. Formación de alianzas nacionales/internacionales para promover en el ámbito político-sanitario las mejores prácticas clínicas.

Por ende, el programa incluyó talleres educativos que reunieron a expertos de diferentes profesiones y disciplinas (p. ej., Cirugía Ortopédica, Medicina Geriátrica, Fisioterapia, Enfermería, Nutrición, Endocrinología y Reumatología, entre otras) para encontrar las mejores soluciones colaborativas a fin de mejorar la “calidad de atención” de fracturas por fragilidad.

Se podría decir que el contenido temático estuvo alineado con la Medicina Basada en el Valor (MBV), un modelo de atención sanitaria cuyo objetivo es promover atención eficiente y equitativa². A pesar de la falta de consenso sobre el significado de “valor” (por las diferentes perspectivas de pacientes, médicos, responsables de las decisiones), este concepto conlleva innovaciones en la práctica médico-asistencial, y pone el foco en la importancia de la “atención centrada en la persona”².

En el contexto de la MBV, los profesionales necesitan tener conocimiento sobre los avances científicos y los mejores enfoques para brindar atención de calidad. Un Study-A-Thon, puede ser, entonces, una herramienta eficaz para fomentar la formación/educación continua y el aprendizaje acelerado, convirtiéndose en un medio para crear innovaciones que mejoren los resultados en salud y la eficiencia de los servicios. En ambos enfoques, el trabajo en equipo y la colaboración son esenciales para lograr una atención más integrada y centrada en el paciente.

¿Qué son OHDSI y CDM?

El Study-a-Thon se realizó usando datos de fractura de cadera que fueron operacionalizados según el modelo de datos comunes (CDM del inglés *Common Data Model*) de la comunidad OHDSI (del inglés *Observational Health Data Sciences and Informatics*, cuya abreviatura se pronuncia “Odyssey” por odisea, haciendo alusión a una experiencia repleta de desafíos y aventuras), para permitir la integración de los datos.

El Programa Ciencias de Datos e Informática de la Salud Observacional (OHDSI) se trata de un proyecto

colaborativo e interdisciplinario con múltiples partes interesadas cuyo objetivo es sacar a la luz el valor de los datos de salud a través de análisis a gran escala, utilizando estandarización, para obtener conclusiones más robustas y generalizables³.

Se trata de una plataforma que utiliza grandes bases de datos observacionales de salud almacenados de manera colaborativa, que permite avanzar en la investigación médica y mejorar los resultados de salud a través de la participación de diferentes grupos de investigación y organizaciones en todo el mundo, con lo que garantizan proporcionar un modelo de seguridad granular para controlar el acceso a las funciones o fuentes de datos, cuidando la protección de datos personales.

La iniciativa promueve la Ciencia Abierta, poniendo a disposición de la comunidad científica todos sus desarrollos, metodologías y resultados de manera transparente y accesible. Ha establecido una red internacional de investigadores y bases de datos de salud observacionales con un centro de coordinación central ubicado en la Universidad de Columbia, con soluciones de código abierto. Promueven el CDM, un modelo de datos común que permite estandarizar y armonizar datos de salud de diferentes fuentes y formatos⁴. Estos modelos son útiles porque permiten la interoperabilidad entre diferentes sistemas y facilitan la integración de datos, lo que reduce la complejidad en el intercambio de información entre organizaciones y aplicaciones. Además, al seguir estándares comunes se mejora la consistencia, calidad y eficiencia en el manejo de datos. Todo lo anterior, indudablemente facilita el análisis y la comparación entre diferentes bases de datos, ya que la gestión de datos es un motor esencial de la investigación y de la práctica clínica⁵.

La comunidad OHDSI desarrolla y comparte metodologías, algoritmos y herramientas de software para analizar datos de salud de manera intuitiva, permitiendo llevar a cabo estudios epidemiológicos multicéntricos y multinacionales. Entre estas, existe el “ATLAS”, disponible públicamente de manera gratuita, basada en la web y desarrollada por la comunidad para facilitar el diseño y la ejecución de análisis en el formato CDM, simplificando el proceso de investigación y análisis al proporcionar un entorno estandarizado y colaborativo⁶.

¿Qué es un Study-A-Thon?

Se trata de jornadas de trabajo de muchas horas y períodos prolongados de concentración, dedicados específicamente al estudio intensivo. Pueden ser eventos organizados por instituciones educativas, sociedades científicas y/o grupos de estudio. Generalmente, el objetivo es prepararse para un examen importante, adquirir un conocimiento específico en un área determinada, y/o completar un proyecto académico.

La literatura lo define como una “maratón” de estudio y “catalizador” de la ciencia, porque concentra lo que normalmente habría sido un período más largo en un “sprint” más corto⁷. Para la investigación clínica se implementan en 2 a 5 días de arduo trabajo, en los que se busca llegar a la resolución de un problema clínico relevante a través

* Disponible en: https://github.com/BartsBoneJointHealth/HipFractureStudyathon/blob/main/documentation/Studyathon%20Protocol_v1.2.pdf

del análisis de estudios, debate y lectura bibliográfica. Habitualmente, el ciclo de vida de un proyecto de investigación implica una serie de pasos que conllevan tiempo, cuidado (ética, responsabilidad y adecuada gobernanza), para que se cumplan los atributos FINER (acrónimo de Factible, Interesante, Novedoso, Ética y Relevante)⁸. El Study-A-Thon facilita una aceleración de este proceso, pero garantizando mantener la calidad y la confianza en los resultados en simultáneo.

Durante el evento se fusionan las experiencias, las herramientas, los métodos, las habilidades, los datos y los conocimientos para realizar estudios observacionales y colaborativos en red con datos del mundo real, definido como “aquellos relacionados con el estado de salud del paciente y/o la prestación de atención médica recopilados rutinariamente de una variedad de fuentes”⁹. Existen varias experiencias publicadas^{10,11}, que utilizan red de bases de datos que incluye registros poblacionales, o información extraída desde historias clínicas electrónicas sobre una población objetivo y subgrupos predefinidos por ciertas características únicas¹².

¿Qué consideraciones se deben tener en cuenta para organizar un Study-A-Thon?

Se deben considerar los siguientes aspectos operativos:

- **Objetivos y alcance.** Establecer con claridad qué se espera lograr y los indicadores clave de rendimiento del proyecto. Contemplar también un período posterior con hitos y cronogramas para concluir el proceso de investigación y publicación (en diferido y complementario del trabajo presencial).
- **Participantes y colaboradores.** Se deben coordinar muchos actores para poder llevarlo a cabo. Resulta clave la interdisciplinariedad, por lo que se requiere invitar a expertos en el área de estudio, metodólogos, científicos de datos y profesionales de la salud. Asignar roles y responsabilidades claros a los participantes, como líderes de análisis, gestores de datos y coordinadores de comunicación.
- **Recursos y herramientas.** Asegurarse de que todos los participantes tengan acceso a la infraestructura técnica necesaria (p. ej., bases de datos, servidores y software de

análisis). Compartir toda esta información con antelación, con tiempos razonables. Utilizar plataformas y herramientas que faciliten la colaboración y el trabajo en equipo, como Google Docs®, Slack®, GitHub®.

- **Preparación y logística.** Establecer una agenda de trabajo, definir lugar y formato (presencial, virtual o híbrido), reflexionar sobre una eventual capacitación previa para familiarizar a los participantes con las herramientas y metodologías que se van a utilizar. Se recomienda que estos eventos contemplen descansos programados para maximizar la productividad y el rendimiento mental, y que los bloques de trabajo no superen las 3 horas consecutivas (Tabla 1).

- **Comunicación y coordinación.** Establecer canales de comunicación claros y eficaces, compartir avances y resultados finales.

- **Documentación y reproducibilidad.** Mantener un registro detallado de todas las actividades, decisiones y análisis realizados.

- **Resultados y seguimiento.** Planificar una sesión de cierre para presentar los resultados obtenidos y discutir sus implicaciones. Establecer un plan de acción para dar continuidad, asegurando que los hallazgos se traduzcan en acciones concretas y futuras investigaciones.

La posibilidad de incorporar a todos los actores clave, así como los datos armonizados de una colaboración internacional, al mismo tiempo que se utiliza un enfoque lógico (Tabla 2), puede derivar en una experiencia muy enriquecedora y productiva para todos. Educar mientras se investiga y proveer herramientas analíticas estandarizadas en un marco temporal específico ha demostrado tener claros beneficios.

Reflexiones y conclusiones

El Registro Institucional de Fractura de Cadera en el Adulto (RIAFC) sigue proporcionando datos sobre esta patología en nuestro medio¹³. Debido a la vulnerabilidad de esta población añosa, los hallazgos nos han permitido reflexionar sobre una vía clínica en el proceso de atención de pacientes¹⁴, para tener “la gente correcta, haciendo las cosas correctas, en el orden correcto, en el momento correcto, en el

Tabla 1. Modelo de programa estimativo de un Study-A-Thon

DÍA 1	DÍA 2
10:00 a 10:45 a.m. - Introducción (<i>Kick-Off</i>)	10:00 a.m. a 1:00 p.m. - Trabajo
10:45 a 1:00 p.m. - Trabajo	
1:00 a 2:00 p.m. - Pausa 1 h (Almuerzo)	1:00 a 2:00 p.m. - Pausa 1 h (Almuerzo)
2:00 a 5:00 p.m. - Trabajo	2:00 a 5:00 p.m. - Trabajo
5:00 a 5:30 p.m. - Pausa 30 min (Café)	5:00 a 5:30 p.m. - Pausa 30 min (Café)
5:30 a 7:30 p.m. - Trabajo	5:30 a 7:30 p.m. - Trabajo
7:30 a 8:00 p.m. - Informe de avance sobre progresos y pendientes	7:30 a 8:00 p.m. - Informe final, con conclusiones y cierre del estudio

Elaboración propia, sobre la base de 2 días de trabajo con jornadas de 10 horas, contemplando 1,5 horas de pausas con comidas.

Adaptada de un ejemplo real de *Observational Health Data Sciences and Informatics* (OHDSI). Disponible en: <https://www.ohdsi.org/ohdsi2020-symposium-study-a-thon/>

Tabla 2. Esquema de trabajo para un Study-A-Thon

Antes del evento	Durante el evento	Luego del evento
Preparación	Evento	Posevento
Definir objetivos	Revisión teórica y definiciones	Definición de socios del registro multicéntrico
Revisar literatura	Cohortes	Lista de verificación:
Identificar interesados (<i>stakeholders</i> o <i>data partners</i>)	Subgrupos	• ¿Sus datos contienen el conjunto de datos básicos mínimo? • ¿Tiene un analista de datos (o equivalente) que lo ayude a crear CDM con un servidor SQL? • ¿Puede ejecutar un paquete R (requiere Java®) en su base de datos? • ¿Cree que puede proporcionar resultados antes de dd/mm/aaaa?
Definir el Protocolo de investigación y Manual de Operacionalización de variables	Definición de conjunto de datos básicos mínimos	Envío de datos
Distribuir en equipos de trabajo		Procesamiento de datos
Considerar trabajo a largo plazo		Comunicación y/o publicación de trabajo realizado
Difusión del evento entre potenciales asistentes		

lugar correcto”¹⁵. Las Unidades de Prestación/Práctica Integrales (UPI), alineadas con el mapa estratégico institucional, formalizan el trabajo multidisciplinario y permiten a los profesionales examinar y abordar la articulación de sus respectivos roles, responsabilidades y actividades.

Aunque los registros poblacionales representan el paso inicial para la realización de estudios epidemiológicos o colaborativos con datos del mundo real, la implementación de CDM es un proceso laborioso, que requiere entrenamiento y una curva de aprendizaje. A pesar de que el RIAFC lleva unos 10 años de vigencia (desde 2014) con datos hospitalarios almacenados en plataforma REDCap®, no pudimos participar como socios de datos a los fines de este proyecto, debido a que: a) no teníamos capacitación previa o experiencias similares con anterioridad; b) nuestra incorporación fue demasiado tardía para establecer el CDM dentro del plazo establecido; c) tenemos un conjunto completo de datos básicos mínimo requerido operacionalizados adecuadamente y con robustas medidas de seguridad, pero requería tiempo y recursos para transformaciones e interoperabilidad.

Para concluir, consideramos que divulgar esta modalidad de trabajo y nuestras lecciones aprendidas podría motivar y facilitar a otros equipos en la detección rápida de oportunidades y permitirles la preparación necesaria para poder involucrarse activamente en estudios colaborativos.

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: MFGR, ASDR, JAP, MD y BMP.

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. Fragility Fracture Network [Internet]. Global Fragility Fracture Network; 2024- [citado 2024 jun 13]. Disponible en: <https://fragilityfracturenetwork.org/>.
2. Marzorati C, Pravettoni G. Value as the key concept in the health care system: how it has influenced medical practice and clinical decision-making processes. J Multidiscip Healthc. 2017;10:101-106. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S122383>.
3. Observational Health Data Sciences and Informatics. Mission, vision & values [Internet]. OHDSI; 2024 [citado 2024 jun 13]. Disponible en: <https://www.ohdsi.org/who-we-are/mission-vision-values/>.
4. Ahmadi N, Zoch M, Kelbert P, et al. Methods used in the development of common data models for health data: scoping review. JMIR Med Inform. 2023;11:e45116. <https://doi.org/10.2196/45116>.
5. Inau ET, Sack J, Waltemath D, et al. Initiatives, concepts, and implementation practices of FAIR (findable, accessible, interoperable, and reusable) data principles in health data stewardship practice: protocol for a scoping review. JMIR Res Protoc. 2021;10(2):e22505. <https://doi.org/10.2196/22505>.
6. Observational Health Data Sciences and Informatics. The book of OHDSI. Chapter 8: OHDSI analytics tolos. OHDSI; 2021 nov 1 [citado 2024 jun 13]. Disponible en: <https://ohdsi.github.io/TheBookOfOhdsi/>.
7. Hughes N, Rijnbeek PR, van Bochove K, et al. Evaluating a novel approach to stimulate open science collaborations: a case series of “study-a-thon”

- events within the OHDSI and European IMI communities. *JAMIA Open*. 2022;5(4):ooac100. <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooac100>.
8. Grande Ratti MF, Vallone MG. La hoja de ruta del trabajo en la investigación clínica. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2023;43(2):176. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v43i2.176>.
 9. Rahman M, Dal Pan G, Stein P, et al. When can real-world data generate real-world evidence? *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2024;33(1):e5715. <https://doi.org/10.1002/pds.5715>.
 10. Gauffin O, Brand JS, Vidlin SH, et al. Supporting pharmacovigilance signal validation and prioritization with analyses of routinely collected health data: lessons learned from an EHDEN Network Study. *Drug Saf*. 2023;46(12):1335-1352. <https://doi.org/10.1007/s40264-023-01353-w>.
 11. Gandaglia G, Pellegrino F, Golozar A, et al. Clinical characterization of patients diagnosed with prostate cancer and undergoing conservative management: a PIONEER analysis based on big data. *Eur Urol*. 2024;85(5):457-465. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2023.06.012>.
 12. Rajwa P, Borkowetz A, Abbott T, et al. Research protocol for an observational health data analysis on the adverse events of systemic treatment in patients with metastatic hormone-sensitive prostate cancer: big data analytics using the PIONEER platform. *Eur Urol Open Sci*. 2024;63:81-88. <https://doi.org/10.1016/j.jeuros.2024.02.019>.
 13. Benchimol J, Fiorentini F, Elizondo CM, et al. Institutional registry of elderly patients with hip fracture in a community-based tertiary care hospital in Argentina (RI AFC). *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2016;7(3):121-125. <https://doi.org/10.1177/2151458516651309>.
 14. Benchimol JA, Elizondo CM, Giunta DH, et al. Survival and functionality in the elderly over 85 years of age with hip fracture. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol (Engl Ed)*. 2020;64(4):265-271. <https://doi.org/10.1016/j.recot.2020.02.001>.
 15. Allen D, Gillen E, Rixson L. The effectiveness of integrated care pathways for adults and children in health care settings: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev*. 2009;7(3):80-129. <https://doi.org/10.11124/01938924-200907030-00001>.

Apoyo al sistema de salud en época de crisis: De lo macro a lo micro

Liliana Jordá-Vargas¹, Silvia Vouillat² y Ricardo A. Parra²

1. Laboratorio de Análisis Clínicos, Hospital Gral. Dr. A. Zubizarreta. Buenos Aires, Argentina

2. Doctorado en Salud Pública, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (U.C.E.S). Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

El sistema de salud en épocas de crisis, desde lo macro hacia lo micro, necesita la inserción y compromiso de las instituciones. En época de pospandemia, las políticas de salud conviven y fluctúan, por lo que debemos tener claro qué determinantes sociales cambian y no alejarnos de las funciones esenciales de la salud pública que nos marcan el camino hacia una resiliencia organizacional. El “concepto del derecho a la salud y protección a poblaciones vulnerables” nunca podrá ser erradicado del individuo dentro de la sociedad, y se hace más fuerte en épocas de crisis. Se debe encontrar el espacio para la gestión institucional, el análisis interno, el planeamiento estratégico y la aplicación del cuidado centrado en el paciente para descomprimir el sistema de salud y optimizar recursos. Es responsabilidad de la población, los profesionales de la salud y las instituciones otorgar el apoyo a las acciones personales y políticas institucionales hacia el sistema de salud macro en época de crisis sanitaria.

Palabras clave: salud pública, resiliencia organizacional, gestión institucional, crisis sanitarias.

Support for the Health System in Times of Crisis: From Macro to Micro

ABSTRACT

The health system in a sanitary crisis, from the macro to the micro, requires the insertion and commitment of the institutions. In the post-pandemic period, health policies coexist and fluctuate. By the way, we must be clear about the changing social determinants and not deprive us of essential public health functions. Those mark us along the way towards organizational resilience.

The right to health and the protection of vulnerable populations will always remain intrinsic to individuals within society. It is more powerful in times of crisis.

We must find the space for institutional management to ease the burden on the health system and enhance resource efficiency. It requires internal analysis, strategic planning, and application of patient-centered care. The population, health professionals, and institutions are responsible for supporting personal actions and institutional policies within the macro health system during a health crisis.

Keywords: public health, organizational resilience, institutional management, health crises.

Autora para correspondencia: lijorda@gmail.com, Jordá-Vargas L.

Recibido: 14/04/24 Aceptado: 10/12/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v451.349>

Cómo citar: Jordá-Vargas L, Vouillat S, Parra RA. Apoyo al sistema de salud en época de crisis: De lo macro a lo micro. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.* 2025;45(1):e0000349

INTRODUCCIÓN

Los efectores de un sistema de salud en época de crisis tienen la responsabilidad de optimizar recursos, insumos y fortalecer las políticas de salud macro en la medida en que lo microinstitucional responda a las necesidades de la población usuaria.

Por otro lado, el conocimiento del contexto y el análisis interno institucional facilitan un planeamiento estratégico de políticas sanitarias que permitan la inserción del hospital en el sistema de salud y el aprovechamiento de los recursos otorgados por el Estado. Más aún, el análisis de la crisis pospandemia y nuevas realidades en políticas públicas plantean necesidades emergentes para dar respuesta desde lo macroinstitucional y microinstitucional.

En este trabajo se realiza una reflexión sobre la situación de la salud pública en la actualidad y se proponen alternativas o acciones de apoyo, explorando el modo de inserción y compromiso de las instituciones en el sistema de salud en época de crisis.

SISTEMAS DE SALUD EN CRISIS

Un sistema de salud está constituido por el conjunto de organizaciones que, en una determinada sociedad, tienen por misión proveer los servicios de cuidado de la salud que las personas de dicha sociedad necesitan para mejorar su calidad de vida¹. Los sistemas de salud representan la organización que se dan las sociedades para cuidar la salud de su población y constituye la articulación entre 3 componentes: político (modelo de gestión), económico (modelo de financiamiento) y técnico (modelo de atención)².

De hecho, el sistema de salud argentino obedece a un sistema mixto que está compuesto esencialmente por tres subsectores que, de algún modo, expresan los tres modelos de sistemas de salud que fueron desarrollándose en el mundo: subsector público (modelo universalista), subsector de obras sociales (modelo de seguro social) y subsector de prepagos (modelo de seguros privados)³. El sector de salud argentino, de este modo, fue conformándose no como un verdadero sistema donde cada una de las partes constituyentes concurren de forma armónica para el logro de los objetivos, sino como una sucesiva incorporación de subsectores que determinaron un sector altamente fragmentado, desarticulado, intrincado e ineficiente³.

Históricamente, la crisis sanitaria se ha manifestado en el mundo en diferentes aspectos fundamentales: financiero, de racionalización y de legitimación del sector salud; en ellos están involucrados todos los niveles de gestión del sistema de salud¹.

Para la gestión de estos sistemas se conocen diferentes niveles con referencia al sustrato donde se debe actuar: 1) Macrogestión o nivel de propiedad desarrollado por el Estado (realiza la planificación evaluación y control global del sistema o sector salud); 2) Mesogestión o nivel de las conducciones o gerencias (responsable de que se cumpla la misión establecida por la macrogestión); 3) Microgestión: nivel operativo conformado por los trabajadores (cuya responsabilidad es producir los servicios definidos

en la misión) y 4) Nanogestión: nivel emergente de la microgestión (donde se evidencia la interacción clínica y se debe trabajar la motivación pues es el nodo de la complejidad del sistema)⁴.

La articulación entre los operadores (trabajadores de la salud) a nivel de la microgestión y la nanogestión, y las políticas institucionales y de salud pública (mesogestión y macrogestión) es necesaria para lograr el resultado esperado del cuidado de la salud dentro de los sistemas complejos con un nuevo enfoque gerencial de los sistemas sanitarios⁵.

Este nuevo enfoque gerencial podría ser útil en el período pospandemia donde el desafío es aún el restablecimiento de la provisión de servicios y tratamiento de patologías distintas del COVID-19, que se vio afectada por un aumento de la pobreza⁶.

Esto es así porque, una vez controlada la emergencia epidemiológica causada por el COVID-19, los sistemas de salud enfrentaron el desafío de resolver los problemas estructurales de su diseño dual (contributivo y no contributivo), con agudización de las inequidades perpetuando un sistema sanitario deficitario en época de crisis⁶.

Y es que, en este juego del mercado, el Estado como regente, las instituciones y los trabajadores son los que terminan siendo los actores finales del ejercicio del derecho a la salud de la población con la optimización de recursos en época de crisis.

Por ello son necesarios el conocimiento y la sensibilización del concepto de salud pública como un derecho, para desarrollar capacidades de gestión en todos los servicios de una institución de salud.

CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA

Aunque el concepto de salud pública es muy dinámico e incluye concepciones y críticas a la definición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁷, una de las definiciones más completas de Salud Pública es:

La salud pública es el resultado del esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de naturaleza pública, para mejorar la salud de las poblaciones por todos los medios idóneos⁸.

Los preceptos de derecho y enfoque del legado de Ramón Carrillo en cuanto al concepto de salud pública y la función de los tipos de medicina en la sociedad siguen aún vigentes⁹. Un análisis de Flores en relación con su legado plantea la medicina como una medicina social en la salud pública, con aspectos preventivos en atención primaria para la salud (APS), pero principalmente en la medicina sanitarista que se relaciona con la pobreza⁹. Actualmente, el derecho del paciente sigue siendo agenda social y política permanente a pesar del tiempo transcurrido.

Según el Dr. Ramón Carrillo: *...debemos cuidar nuestra salud, ya que no es totalmente nuestra, sino que pertenece a la familia que formamos y al Estado...* La concepción social de salud incluye la responsabilidad individual hacia otros. *...Mi salud no es sólo para mí mismo. Es también un bien para quienes me rodean* Esto coloca el debate sobre las concepciones de salud en otra clave, en otro nivel. Y aporta a la discusión sobre si esta es medio o fin, o ambos⁹.

La sociedad cuida a la salud pública como un preciado valor exigiendo la respuesta del Estado para mantener ese derecho vigente desde lo individual. El concepto del derecho a la salud no podrá ser nunca erradicado del individuo dentro de la sociedad y se hace más fuerte en épocas de crisis.

Más aún, el concepto de salud constituye un perfil multidisciplinario donde se incluyen ciencia de la administración, medicina, epidemiología y metodología de la investigación¹⁰. La ciencia de la administración ha tomado relevancia en salud, porque para mejorar la salud de las poblaciones se debe contar con recursos bien administrados. De esta manera, la institución vuelve a formar una parte importante del rompecabezas del concepto de salud pública con referencia a la gestión y utilización de “todos los medios idóneos” para mejorar la salud de las poblaciones.

Como actores dentro de un campo de la salud, los profesionales deben conocer los determinantes sociales y mapas de vulnerabilidad de los sujetos del cuidado (pacientes) para contribuir a la equidad y accesibilidad y a fortalecerla en época de crisis.

EL CAMPO DE LA SALUD

La salud de la población es una cuestión política porque los propios determinantes sociales son sensibles a las intervenciones políticas en salud^{11,12}.

Existe una tendencia a liberar al Estado de esa responsabilidad con políticas neoliberales. Esto podría tener impacto en las políticas de salud pública y generar un campo diferente en la problemática y respuesta que debe dar el sistema de salud a nuevos determinantes sociales.

En particular, Crojethovic plantea una equiparación de dos extremos de tendencia en políticas de salud (por un lado basada en los derechos y, por otro lado, en la política neoliberal) y ambos sistemas extremos conducen a problemas que se deben abordar en cada realidad y momento determinado¹².

El derecho de las poblaciones vulnerables a la salud desde la política social se infiltra en las instituciones de manera cotidiana a través del análisis de los determinantes sociales en salud pública. La calidad de atención tiene un eje en la accesibilidad y equidad que implica la socialización y no estigmatización de poblaciones vulnerables (entre ellos: adultos mayores, personas con problemas de consumo y violencia, personas con diversidad de género, etc.).

El rechazo del sistema de salud a las personas con problemas de violencia y consumo problemático produce falta de accesibilidad a los servicios de salud en época de crisis, vulnerando muchos derechos¹³. Incluso el alcohol y la violencia de género requieren un trabajo mucho más específico, con foco en grupos de ayuda y profesionales altamente preparados para abordar esta problemática¹⁴. Más aún, a pesar de todos los esfuerzos y avances legales que se hicieron en estos tiempos, todavía existen barreras organizacionales y simbólicas, hasta en consultorios inclusivos que funcionan en la provincia de Buenos Aires¹⁵.

El respeto por la autonomía, los derechos y las atenciones con referencia a la salud física y mental de los adultos mayores debería ser un tema transversal cotidiano que apremie a las políticas institucionales en cuanto a la implementación de los recursos y necesidades de esta población.

La hipervulnerabilidad de los adultos mayores a entornos virtuales probablemente debería ser analizada en profundidad, cuando se implementan políticas de innovación que utilicen la tecnología para asignación de turnos, envío de resultados, etc.¹⁶. Por otro lado, es una población vulnerable a colonizaciones por patógenos multirresistentes, requerimiento de dispositivos médicos, intervenciones quirúrgicas e internaciones prolongadas. Así, la alta circulación de este grupo etario podría alterar la flora hospitalaria, las tasas de multirresistencia y de infecciones de manera considerable¹⁷. La acción del comité de control de infecciones, programa de lavado de manos, vigilancia de la multirresistencia, higiene hospitalaria y políticas como el programa de control de antimicrobianos ha demostrado que produce ahorros significativos institucionales al disminuir las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) de manera significativa y mejorar la calidad de atención sanitaria¹⁷.

Todas las acciones anteriormente mencionadas requieren un reconocimiento de la vulnerabilidad implicada y un ordenamiento con un espacio para la gestión que pueda facilitar el desarrollo de políticas e intervenciones para sostener un sistema de salud en crisis.

EL ESPACIO PARA LA GESTIÓN

Se necesita un espacio de gestión entre los niveles macro y lo micro que permita transformar las políticas en acciones y viceversa. Estas políticas intervienen en los grupos sociales y generan una demanda que queda así modelada desde “arriba”, o sea desde la oferta de los servicios, pero a la vez desafía a la política macro desde territorios desiguales según cada institución que representa a distintos micromundos¹².

Acá es donde es importante, sobre todo en épocas de crisis, definir esos micromundos para adoptar las acciones institucionales necesarias que se ajusten a la realidad poblacional. Algunos ejemplos de esas acciones o decisiones institucionales pueden ser: decisión de contar con medicamentos para realizar quimioprevención de parasitosis intestinales en niños escolarizados, aumentar la dotación de elementos para la limpieza y el lavado de manos a fin de evitar las IACS, la decisión de protocolos de tratamiento y estudios de vigilancia de portación de bacterias multirresistentes, programas de políticas de calidad institucional, aumentar la dotación de turnos, mejorar la accesibilidad a personas vulnerables, solicitar concursos en función de tareas abocadas a la APS (atención primaria de la salud), realizar capacitaciones en metodología de la investigación y eventos científicos para comunicación científica, redistribuir el presupuesto y adquirir nuevas metodologías para las nuevas demandas en salud, entre otras.

Todas las acciones mencionadas, para ser llevadas a cabo de manera eficiente, requieren la aplicación de un modelo de gestión por procesos. Con ella se crea un escenario donde se produce la interacción de los actores e involucrados en determinado marco institucional^{12,18}. Se identifican los responsables de cada proceso relevante para el cuidado de la salud, se realizan mejoras y esto orienta hacia la gestión por indicadores y gestión de resultados basados en la gestión hacia el valor para el paciente¹⁸. Para ello se requiere un proceso de cambio en los procesos de comunicación, liderazgo y el trabajo en equipo¹⁹. El conjunto de estas medidas genera una gestión hacia la mejora continua de la calidad asistencial dentro de un sistema complejo, dinámico, donde los procesos, guías y protocolos también son actores de las praxis hacia el cuidado de la salud.

La incorporación de la gestión de riesgos, la coproducción, los modelos de atención centralizada en las personas y humanización del cuidado de la salud se pueden articular en la gestión por procesos para enriquecer el servicio y brindar desafíos y alternativas de resiliencia ante la crisis sanitaria²⁰.

Por otro lado, se deben establecer objetivos con metas cuantificables y disponibles para el personal del hospital, así como un análisis interno y de contexto con la comunicación eficiente, preferiblemente utilizando rigor científico, metodología de la investigación y herramientas de gestión de la calidad. Así se podría lograr la gestión participativa y controlar el planeamiento operativo de cada servicio de la institución que forma parte de la microgestión.

En la medida en que algunas de estas acciones y procesos estén alineados hacia objetivos, análisis internos e indicadores de gestión, se estará realizando un importante apoyo al sistema de salud en épocas de crisis. La gestión institucional necesita la realización del planeamiento estratégico, preferiblemente adquiriendo el modelo adaptativo, para lograr la adecuación entre contexto y recursos¹⁸.

Es necesario el esfuerzo sistemático de cada organización, una gestión del cambio hacia la resiliencia organizacional para poder cumplir con los procesos, el planeamiento y encontrar esos espacios necesarios para la gestión en cada contexto y escenario individual.

RESILIENCIA ORGANIZACIONAL

Las organizaciones resilientes son aquellas que no solo resisten la adversidad, sino que pueden aprender de ellas y salir fortalecidas²¹. Estas características presentes en un sistema de salud les permite afrontar diversas crisis como desastres ambientales, pandemias o epidemias y crisis presupuestarias, entre otras.

El modelo heurístico de las organizaciones saludables define a estas organizaciones como aquellas con capacidad para hacer esfuerzos sistemáticos, realizar planificaciones y procesos proactivos de la interacción de los empleados con la organización. Estos esfuerzos se deben realizar en el plano individual (tarea asignada, liderazgo y buen ambiente laboral) y organizacional (estrategias de

mejora continua y acciones colectivas institucionalizadas, evaluación de clima organizacional)²¹.

Algunos autores manifiestan que el sistema de salud ha salido más favorecido luego de la pandemia, mientras que otros plantean una nueva crisis de un sistema empobrecido y con nuevas necesidades de enfermedades asociadas a la pobreza y una nueva pandemia de multirresistencia antimicrobiana y problemas de salud mental^{22,23}.

En la búsqueda de la resiliencia organizacional, el clima laboral y el bienestar del personal de salud son un elemento clave, junto con el liderazgo, la sensibilización y motivación vocacional (elementos clave de la nanogestión)^{4,21}. El riesgo y cuidado de los trabajadores de la salud se ha estudiado en el período pospandemia, donde la exposición laboral se ha tomado en cuenta. El cuidado hacia el personal de salud como efector directo de esa salud pública está siendo hoy tomado en cuenta considerando el pluriempleo, el estrés laboral y el *burnout* en épocas de crisis^{24,26}. Sin embargo, aún no se brindan soluciones inmediatas o políticas desde lo micro y mucho menos desde lo macro. Se presenta una visualización de la problemática como acción directa para poder mejorar un sistema de salud pública en crisis, que cuenta como recurso de mayor valor el recurso humano, el cual está sediento de una adecuada gestión de riesgo desde lo microinstitucional.

Desde la base del cuidado de la salud es indispensable cuidar a los cuidadores, que constituyen la herramienta indispensable de la relación cuidador-persona, para el desarrollo de la empatía y la ciencia de la compasión²⁷. Así, la nueva política de humanización del cuidado de la salud tiene como una de las bases el cuidado centrado en la persona, que también aumenta la calidad de atención y optimiza recursos en situaciones de crisis²⁸.

HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD

Si bien uno de los deberes del Estado es ser garante de la salud y de la recuperación de esta para toda la ciudadanía, puede no ofrecer siempre y en todo lugar, principalmente por razones presupuestarias, los mecanismos ni los fondos que permitan hacer efectivo este derecho para todos los habitantes. Cada individuo tiene derecho a un servicio específico, a un sistema que respete la equidad y la igualdad de oportunidades para todos.

En el proceso de estructura, proceso y resultado, ejes básicos de la calidad en un servicio de salud, algunos autores plantean que el paciente debe ser escuchado a través de todos los canales de comunicación, más allá de las encuestas de satisfacción, el buzón de sugerencias, quejas y reclamos con un solo espectador. Díaz de León y cols. proponen un centro de escucha coordinado por un tutor no jefe de área con funciones estrictamente humanitarias y de calidad de atención, a fin de poder lograr que la atención adquiriera un sentido holístico para quienes aspiran a satisfacer sus necesidades en la atención²⁹.

Se propone mejorar el proceso en cada evento relacionado con la salud, mecanismo que es necesario cuando se implementa un sistema de gestión de la calidad y que

puede llegar a mejorar la humanización y defensa de los derechos del paciente. En ese proceso se debería respetar la singularidad del paciente, favorecer la relación interpersonal, convertir el trabajo en una experiencia de conocimiento mutuo, orientar el cuidado hacia sus necesidades individuales, aprender a escucharlo, mantener un buen clima laboral y organizacional y evitar acciones deshumanizantes cultivando la empatía y la ciencia de la compasión²⁸.

La autogestión de la salud en pacientes con enfermedades crónicas debe ser algo considerado por todos los servicios de una institución hospitalaria y no solo en el área concerniente a la atención primaria de la salud. Si no se lleva a cabo, la sobreutilización de los recursos de salud por las personas ancianas que concurren al hospital puede impactar en las esferas macro a largo plazo. Como ejemplo se ha demostrado que los programas de autogestión en enfermedades crónicas en adultos mayores han logrado durante la pospandemia un mejor manejo de su enfermedad y cuidado de los recursos de salud pública³⁰.

Sin embargo, no se debe olvidar que en la mínima expresión de vulnerabilidad (el individuo) se debe centrar la gestión de política en salud pública para poder preservar los recursos y las políticas de salud macro. La sociedad, la institución y las necesidades del paciente marcan la brújula hacia la resiliencia en los sistemas de salud.

CONCLUSIÓN

El apoyo al sistema de salud en épocas de crisis requiere la responsabilidad, capacidad y compromiso de todas las áreas que involucran a la salud. A partir de la sensibilización del personal sobre el concepto de salud pública pueden surgir acciones desde los niveles de microgestión y nanogestión que optimicen los recursos y puedan contribuir a la resiliencia organizacional.

La definición de salud pública incluye a la sociedad, y el papel de la institución es fundamental en la construcción de ella. Las instituciones deben permitir que la sociedad (tanto la población como los profesionales de la salud) puedan definir la agenda social en época de crisis sanitarias (que muchas veces es distinta de la agenda política impuesta por el Estado y/o mercado).

Entre estas alternativas o desafíos podemos mencionar la gestión por procesos, coproducción, gestión del cambio, gestión por resultados e indicadores, cuidado centrado en la persona, humanización del cuidado y resiliencia organizacional, entre otros.

Esto se debe abordar desde la perspectiva de los derechos de los pacientes (involucrando a la comunidad) y con el compromiso de los profesionales de salud y la institución. Así, el legado de Ramón Carrillo y la realidad más liberal (tendencias políticas actuales) pueden moldear la responsabilidad del Estado sobre el cuidado de la salud y lo más valioso que tiene la humanidad: la dignidad humana.

Contribuciones de los autores: los autores declaran que cumplen con los criterios de autoría del ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors).

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

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

REFERENCIAS

- Román A. Modelos de gestión en las organizaciones de salud. Medwave. 2012 Mar/Abr;12(3) doi: 10.5867/medwave.2012.03.5329
- Tobar, F. Modelos de Gestión en Salud. 2002. Disponible en: http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/Modelos.pdf
- Marin GH. El sistema de salud argentino: un análisis a partir del acceso a los medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 11 [Accedido 3 Diciembre 2024], pp. 5453-5462.
- Repullo Labrador JR. Introducción a la Gestión y su aplicación en la Sanidad. *Revista de Gobierno, Administración y Políticas de Salud*. GAPS.2022; 1:2
- Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science The challenge of complexity in health care. 2001. *BMJ*: 323
- Alves G, Berniell L, de la Mata D. Retos de los sistemas de protección social y salud en el marco de la crisis del COVID-19 y a futuro OPS Documentos de políticas para el desarrollo No 12 Serie: Iniciativas para la recuperación en la pospandemia. 2021.OPS/OMS.
- Alcántara Moreno G La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Rev Univ Inv*. 2008; 9(1):93-107
- Guerra de Macedo C. La salud pública en las Américas: documento conceptual y operacional. En *Educación en salud pública: nuevas perspectivas para las Américas*. Washington D.C.: OPS/OMS. 2002; 3-16
- Flores ME. Una política de salud basada en derechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Ramón Carrillo. Argentina. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2007
- Paganini JM. Hacia la definición de un nuevo paradigma para la equidad en salud: una propuesta para el análisis para las bases filosóficas de la salud colectiva. *Rev Fac Cs Med*. 2006; 1(3):16-29.
- Cuadrado C. The challenge for healthcare systems in the XXI century: how to incorporate the focus of social determinants in healthcare? *Medwave* 2015; 15(9).
- Crojetovic, M. Mirando el campo de la salud: problemas, actores, instituciones y territorio- 1a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento. ISBN 978-987-630-504-4. 2020; 122
- Vázquez AE. Procesos de estigmatización social y accesibilidad al sistema de salud de personas con consumos problemáticos. *Rev Argent Salud Pública*. 2023; 15:96-8
- Strambach C, Gargiulo V, García L, Pavlovsky F. Intervenciones facilitadoras para las mujeres en el tratamiento por consumos problemáticos desde un enfoque de género *Rev Argent Salud Pública* 2023; 15(100).
- Vissicchio F, Radusky PD, Zalazar V, Cardozo N, Santa Cruz L, Pecheny M, Aristegui I. Obstáculos identificados por las personas trans en la accesibilidad a los consultorios inclusivos en la provincia de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública*. 2023;15:e87
- Parra RA, Testa MA. El paciente como consumidor hipervulnerable de los servicios de salud en entornos digitales. Una aproximación a la telemedicina desde el derecho del consumidor. *Temas de Derecho Civil Persona y Patrimonio*. 1ra edición CABA, Erreus 2020. 1200 p. Errepar.
- Pierce J, Apisarnthanarak A, Schellack N, Cornistein W, Maani AA, Adnan S, Stevens MP. Global Antimicrobial Stewardship with a Focus on Low- and Middle-Income Countries. *Int J Infect Dis*. 2020; 96:621-29.
- Sandoval Luque, J. Los procesos de cambio organizacional y la generación de valor. *Estudios Gerenciales*. 2014 30. págs 162-171.
- Vítolo, F. El método CUSP: Cambio de cultura a nivel de unidades 2019 Módulo 5: Implementar el trabajo en equipo y la comunicación. Biblioteca Virtual Noble Seguros. Disponible en: [//efaidnbmnnnibpccjpcglclefndmkaj/http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/October2019/JgnWXqwPF3ubXelpvolP.pdf](http://efaidnbmnnnibpccjpcglclefndmkaj/http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/October2019/JgnWXqwPF3ubXelpvolP.pdf)

20. Vítolo, F. La coproducción de salud. Hacia un nuevo modelo de atención. Bs. As.: ISalud. 2018. Disponible en chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/July2020/xceyo8EO3O2jxYHWSQgt.pdf
21. Páez Cala, ML. La salud desde la perspectiva de la resiliencia Arch Med (Col). 2020; 20(1)
22. Legido-Quigley H. et al. "Are high-performing health systems resilient against the covid-19 epidemic?" The Lancet. 2020; 395 (10227): 848-50.
23. Vaz A, Roldão Santos M, Gwaza L, Mezquita González E, Pajewska Lewandowska M, Azatyan S, Saint-Raymond A. "WHO collaborative registration procedure using stringent regulatory authorities' medicine evaluation: reliance in action?", Expert Review of Clinical Pharmacology-2022; 15(1):11-7.
24. Chaz-Sardi MC, Martínez CK, Mirofsky MA, López FJ, Garzaniti R, Gubilei ES, González V, Duré MI, García Diéguez M. Multiempleo en salud en provincia de Buenos Aires: estudio transversal de profesiones afectadas al cuidado de pacientes con COVID-19. Rev Argent Salud Pública. 2023; 15(89).e16.
25. Montes-Berges B, Fernández-García E. El efecto de la pandemia en la salud y Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de UCI. Enferm.glob.2022; 21(66): 1-27.
26. Matus-López M, "La pandemia de COVID-19 como oportunidad de cambio: avanzar hacia la salud universal en América Latina", Documentos de Proyectos (LC/TS.2023/22). Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023.Disponible en: //efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c755e9a7-b9e6-4112-ad89-afcf4967b2c2/content
27. Vítolo F La ciencia de la Compasión. Parte 1. DNCSSyRS. 2019. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/March2020/nUKWQONijrXzdHo6sC0n.pdf
28. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Rev.Med. Clin. Condes. 2019; 30(2) 120-125
29. Díaz de León-Castañeda, C. Salud electrónica (e-Salud): un marco conceptual de implementación en servicios de salud. Gaceta médica de México. 2019.; 155(2): 176-83.
30. Santos, C, Fernandes S, Bastos C, Cruz MA, Costa S, Lima L. Experiencia de adultos mayores «PT4Ageing» Un programa de autogestión de enfermedades crónicas Enfermería clínica. 2023;33(5):346-52

“Día Internacional de las Mujeres y las Niñas en la Ciencia”: Reflexión crítica sobre el rol de la Mujer en la Investigación Científica

Silvana Figar , Jimena Vicens y Adriana Dawidowski

Área de Investigación en Salud Poblacional, Secretaría de Investigación. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

En nuestra institución, las mujeres representan el 58% de quienes se dedican a la ciencia, una cifra significativa pero aún inferior a su participación en áreas asistenciales (64-81%). Las contribuciones de las científicas, alineadas con cualidades descritas en la literatura, han transformado dinámicas de trabajo y liderazgo hacia enfoques más inclusivos y menos jerárquicos. Este cambio se evidencia en la coexistencia de la forma clásica de investigación en enfermedades, y una más humanista, sistémica y transversal, enfocada en la construcción de salud. Este último enfoque, predominantemente biocéntrico y alineado con los objetivos de la Agenda 2030, se destaca por integrar la perspectiva de cuidado y otras cualidades culturalmente asociadas a las mujeres. A pesar de los avances, las científicas enfrentan barreras significativas: sesgos de género explícitos e implícitos que limitan su acceso a financiación y visibilidad, una doble carga de responsabilidades profesionales y domésticas, y la falta de redes de apoyo y mentoras. Estas limitaciones subrayan la necesidad de políticas institucionales que promuevan equidad, no solo en recursos, sino en roles jerárquicos. Para ello, es fundamental que los hombres reflexionen sobre sus privilegios de género como condicionantes culturales. En este contexto, el Día Internacional de las Mujeres y las Niñas en la Ciencia es una oportunidad para celebrar sus logros, reflexionar sobre las barreras persistentes y avanzar hacia una heterarquía que permita construir una ciencia comprometida con la sostenibilidad de la vida en un mundo crecientemente definido por lo “artificial”.

Palabras clave: equidad científica, liderazgo inclusivo, perspectiva de cuidado, mujer en ciencia.

International Day of Women and Girls in Science: A Critical Reflection on the Role of Women in Scientific Research

ABSTRACT

In our institution, women represent 58% of those engaged in science—a significant figure but still lower than their participation in healthcare roles (64%-81%). The contributions of women scientists, aligned with qualities described in the literature, have transformed work and leadership dynamics toward more inclusive and less hierarchical approaches. This shift is evident in the coexistence of traditional disease-focused research and a more humanistic, systemic, and transversal approach centered on health construction. The latter, predominantly biocentric and aligned with the Agenda 2030 goals, stands out for integrating a care perspective and other qualities culturally associated with women. Despite progress, women scientists face significant barriers: explicit and implicit gender biases that limit their access to funding and visibility, a dual burden of professional and domestic responsibilities, and a lack

Autor para correspondencia: silvana.figar@hospitalitaliano.org.ar, Figar S.

Recibido: 20/01/2025 | Aceptado: 7/03/2025

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v45i1.455>

Cómo citar: Figar S, Vicens J, Dawidoski A. “Día Internacional de las Mujeres y las Niñas en la Ciencia”: Reflexión crítica sobre el rol de la Mujer en la Investigación Científica. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2025;45(1):e0000455

of support networks and mentors. These challenges underscore the need for institutional policies that promote equity, not only in resources but also in hierarchical roles. To this end, men must reflect on their gender privileges as cultural determinants. In this context, the International Day of Women and Girls in Science serves as an opportunity to celebrate their achievements, reflect on persistent barriers, and move toward a heterarchy that enables the development of science committed to the sustainability of life in a world increasingly shaped by the “artificial.”

Keywords: Scientific equity; Inclusive leadership; Care perspective; Women in science

INTRODUCCIÓN

La subrepresentación de las mujeres en la ciencia es un fenómeno que tiene raíces profundas en factores históricos, culturales, sociales y políticos. Según datos de la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), las mujeres constituyen solo el 12% de los miembros de las academias científicas nacionales, a pesar de representar el 33,3% de todos los investigadores en el mundo. Las mujeres científicas suelen recibir becas de investigación más modestas que sus colegas masculinos y, a menudo, enfrentan barreras tanto explícitas como implícitas para acceder a cargos de liderazgo y visibilidad en la producción científica. Esta disparidad refleja una tendencia histórica de exclusión y subvaloración del trabajo de las mujeres en la ciencia¹.

En los cambios culturales hacia la igualdad y justicia, un primer paso es la representación de lo reprimido para que pueda expresarse, proceso que lleva tiempo y requiere primero reconocerse en la diferencia para luego aportar ese valor diferencial al conjunto. Es por eso que la UNESCO, en el año 2015, instituyó el *Día Internacional de las Mujeres y las Niñas en la Ciencia*, celebrado cada 11 de febrero, “para reflexionar sobre el rol de las mujeres en la ciencia”. Ese día busca visibilizar las contribuciones de las mujeres en el campo científico y tecnológico, reconociendo el importante papel que desempeñan en la sociedad.

DESARROLLO

Reflexiones sobre el poder de las mujeres en la ciencia

La efeméride del *Día Internacional de las Mujeres y las Niñas en la Ciencia*, si bien parece (y debe ser) bien intencionada, no deja de llamar la atención que incluya en su enunciado simultáneamente a las “mujeres” (adultas) y a las (mujeres) “niñas”. Ese mismo día se conmemora también el “Día Mundial de la Mujer Médica”, el 23 de junio se celebra el “Día Internacional de la Mujer en la Ingeniería”, el 15 de octubre el “Día Internacional de las Mujeres Rurales” y así para muchas otras actividades en donde no vemos mención a la “niña”. Cabe preguntarse entonces, por qué la inclusión de ambas categorías de mujer en la efeméride relativa al campo de la ciencia. ¿Reviste algún otro significado más allá de la intención explicitada de “promover las perspectivas de carrera de las mujeres en la ciencia” (UNESCO, 2015)? En una primera aproximación, es posible proponer que el efecto de sentido de esta coexistencia es la emergencia de una única categoría tácita, donde a mujeres y niñas se las posiciona en el mismo nivel. Es decir, el enunciado además

de invitar a promover la inclusión del género femenino en la ciencia, lo hace como si las diferencias de edades no merecieran consideraciones específicas, lo cual no deja de ser llamativo teniendo en cuenta los años de formación que cualquier persona requiere, independientemente de su género, para participar de la actividad científica. Y si no es posible nivelarlas en tanto experiencia, ¿cuál sería la condición que habilita que se las esté igualando? Mientras que, en su gran mayoría las relaciones entre adultos, adultas, niños y niñas se encuentran atravesadas por asimetrías de posición, es en el ámbito de lo informal, de las emociones, del juego y del disfrute donde se encuentran en posiciones simétricas, justamente en un espacio social alternativo (por no decir opuesto) al mundo del trabajo. Es decir, un enunciado que denota que mujeres y niñas estarían al mismo nivel, en términos de participación y poder, en lugares alternativos y secundarios en la ciencia.

Siguiendo la conceptualización del sociólogo Mauro Porto, proponemos que esta efeméride sea analizada como un “espejo de los patrones de representación que emergen desde la mirada tradicional”², donde la no diferencia entre mujer adulta y niña permitiría reflejar que hay otro grupo con “privilegios establecidos”, que es el grupo que domina el campo de la ciencia. Bourdieu, analiza el mundo académico como un campo social donde se reflejan y reproducen las jerarquías y dinámicas de poder^{3,4}. Desde una práctica sociológica desnaturalizadora, es decir, que discuta el sentido común meritocrático preestablecido del orden social, es necesario reflexionar en qué medida esta efeméride puede ser interpretada como una representación simbólica que establece el poder en el campo de la ciencia. El ingreso de la mujer en el campo de la ciencia es habilitado en una posición bourdiana de actor de juego que no modifique el orden social establecido en el campo, una posición en la que las mujeres *jugarán*, de una determinada forma, una forma infantilizada. De esta manera, la mujer quedaría situada en un rol subordinado, con poca capacidad decisional. Porto incluso va más allá y sugiere que tales “espejos” expresan el miedo a que el nuevo actor social desplace a quien domina el campo². Este miedo, a la pérdida del lugar dominante en el campo, podría explicar los recientes retrocesos, en términos de derechos adquiridos de las mujeres que se expresan en discursos y acciones políticas, de diversos mandatarios mundiales que desacreditan el valor de la UNESCO y de otros organismos supraestatales.

Simone de Beauvoir, en su obra seminal *El segundo sexo*, plantea la necesidad de un “nuevo pacto social de

la mujer con la sociedad contemporánea”, en el que se redefinan los roles de las mujeres en los ámbitos públicos, incluido el campo de la ciencia⁵. Este nuevo pacto requiere reconocer la capacidad de las mujeres para ser líderes, creadoras de conocimiento y agentes de cambio en la ciencia, sin la limitación de los roles tradicionales que les han sido históricamente asignados.

La limitación del potencial de las mujeres en el campo de la ciencia de acuerdo con los aportes de Galtung, debe considerarse como una de las tantas expresiones de la violencia sistémica. Se considera que la violencia está presente cuando el potencial, tanto de un individuo como de una comunidad, se encuentra limitado⁶. Cuando la violencia es estructural no se la percibe fácilmente, actúa desde las interacciones sociales que la reproducen “instrumentaliza al individuo y burocratiza instituciones”. Sin embargo, la violencia es desplazable si en dichas interacciones sociales se habilita la participación⁷ y para esto son las instituciones quienes deben generar las condiciones de aprendizaje colectivo y reflexivo, de modo tal que el sujeto pueda subjetivarse y ser consciente de su rol social transformador en lugar de reproducir una polaridad antinómica con pretensión de dominar lo que se contrapone⁸.

Es decir, la participación en paridad de las mujeres en espacios decisionales requiere utilizar el poder en su concepción de potencia y no de dominación de las relaciones⁹. Este poder es referido de cooperación y “autopoietico” por Perlo¹⁰. Esa concepción de potencia sin dominación del poder encuentra su rumbo al buscar un antónimo de violencia en los diccionarios: afabilidad, respeto, ternura, mesura, amabilidad, moderación, comedimiento, contención, cordialidad, freno, naturalidad, convivencia y suavidad; muchas características que comienzan a expresarse si se habilita la participación heterárquica de las personas.

Nuevo enfoque de investigación y liderazgo femenino

En la bibliografía se menciona que las mujeres traen nuevas cualidades para enriquecer el campo de la ciencia¹¹. Dentro de las analizadas se destaca su capacidad para integrar la diversidad de enfoques, es decir la facilidad de abordar los problemas científicos desde ángulos distintos, lo cual es esencial para el desarrollo de teorías y tecnologías más inclusivas y efectivas. Además, las investigadoras suelen mostrar un mayor compromiso con temas de equidad y justicia social, lo que puede influir en la selección de las áreas de investigación y en la aplicación de los resultados. Este enfoque es particularmente relevante en campos como la salud pública, donde las desigualdades sociales y las inequidades en salud, cada vez más naturalizadas, se perpetúan en los discursos de los líderes globales. La perspectiva crítica de las mujeres en la ciencia cuestiona y desafía estas narrativas, abriendo nuevas posibilidades para abordar las problemáticas sociales en salud desde una visión más inclusiva y transformadora. Otro aspecto positivo es la tendencia de las mujeres a favorecer un estilo de liderazgo colaborativo, que fomenta el trabajo en equipo y la integración de diversas disciplinas. Este

enfoque es esencial en la investigación científica actual, que demanda equipos multidisciplinarios para abordar los desafíos más complejos.

La realidad en nuestro ámbito hospitalario y universitario

En el contexto del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) se observa una evolución favorable en la participación de las mujeres en la investigación científica. Actualmente las investigadoras principales conforman el 58% del total del registro de investigadores de la Secretaría de Investigación. Este porcentaje, si bien es alto, resulta inferior al 66% de mujeres que posee la institución, al 64% si solo comparamos con mujeres médicas y al 81% si comparamos con enfermería (Fuente de datos propia: Registro Institucional de Investigadores HIBA).

En el trabajo “Enfoque de género en las residencias médicas de un hospital universitario” realizado en nuestro hospital durante 2015-2017, su autora, Vanina Pagotto, refiere que –si bien se observa un proceso de feminización de la profesión médica– el acceso masivo de las mujeres se asocia a nuevas desigualdades de género, denominadas segregación horizontal y vertical. La segregación horizontal se manifiesta en la desigual distribución de hombres y mujeres en ciertas especialidades médicas, y la segregación vertical, en la escasa representación de las mujeres en los altos cargos profesionales. Ambos indicadores estuvieron presentes en el proceso de ingreso en las residencias médicas del HIBA durante el período analizado¹².

En nuestra institución actualmente podemos observar que las mujeres participan en todos los campos de la investigación: en básica, clínica, poblacional, traslacional, en humanidades y educación. Al analizar si en ella están presentes las cualidades que en la bibliografía se le atribuyen con mayor expresión a las mujeres, vemos que estas se encuentran impulsadas en áreas lideradas por mujeres (Áreas de la Secretaría de Investigación de la Universidad, de varias de las Áreas de investigación del Hospital y de grupos de investigación del Instituto de Medicina Traslacional e Ingeniería Biomédica [IMTIB]):

- Abordar la investigación en salud ambiental y en sostenibilidad¹³, en perspectiva de género y de diversidad¹⁴, sobre poblaciones vulnerables^{15,16}, entre otras líneas de expresión de cuidado de la salud.

- Acompañar el desarrollo de nuevas metodologías de investigación¹⁷.

- Generar transversalidad entre servicios¹⁸.

- Facilitar grupos multidisciplinarios¹⁹.

- Mejorar entornos de aprendizaje en la conformación de identidades profesionales²⁰.

Es por lo tanto esperable que la institución se enriquezca con investigaciones que incluyen la visión integral de la mujer, que contempla a los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales no sólo para comprender la enfermedad y cómo gestionar un sistema de salud, sino también en cómo innovar oportunidades que la sociedad valore por generar salud.

MUJERES PIONERAS EN LA INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL: UNA VISIÓN CON SESGOS

Entrevista con el Dr. Luis J. Catoggio

Pero el *Día Internacional de las Mujeres y las Niñas en la Ciencia* debe ser una ocasión para celebrar los logros de las mujeres en este campo y, para eso, quien lo hace es el Dr. Luis J. Catoggio, a través de su entrevista subtítuloada por él mismo como “una visión con sesgos”.

Catoggio comenzó su residencia en Clínica Médica en el Hospital Italiano de Buenos Aires en 1975 y, ni bien comienza la entrevista, menciona su asombro por la cantidad de mujeres en roles clave dentro de la institución, particularmente en los servicios clínicos en aquella época. Su relato pone énfasis en cómo, a lo largo de los años, las mujeres han influido de manera decisiva en la estructura de la investigación médica y el desarrollo de diversas áreas de nuestra institución.

Desde sus primeros años recuerda a varias mujeres que desempeñaron un papel fundamental en la investigación y en la creación de nuevas secciones dentro del hospital. La Dra. Victoria Goldberg, jefa de Endocrinología, fue una de las primeras en destacarse, liderando un equipo con figuras influyentes como Günther Fromm y Raúl Gutman. Además, menciona a la Dra. Gerda Meier, jefa de Hemoterapia, y Elsa Nucifora, quien sucedió al Dr. Alfredo Precerutti en Hematología, como figuras clave que ayudaron a crear los cimientos de una investigación y educación más estructurada en la institución.

Otras mujeres notables fueron Liliana Clara, de quien recuerda que, tras su formación en el Mount Sinai de Nueva York, fundó la Sección de Infectología “y logró, con mucho esfuerzo, centralizar de alguna manera el manejo de infecciones hospitalarias, con no poca oposición, especialmente por los departamentos quirúrgicos de aquellos tiempos”. Guadalupe Pallotta, otra figura importante, desarrolló la Sección de Oncología, que alcanzó reconocimiento nacional e internacional por las investigaciones con ensayos clínicos. La Dra. Alicia de la Canal también desempeñó un papel decisivo en Neumonología, introduciendo técnicas invasivas que transformaron la especialidad.

El Dr. Catoggio también menciona cómo la investigación comenzó a cobrar mayor importancia dentro del hospital, sobre todo a partir de la creación del Comité de Investigación en 1981, bajo la dirección de Raúl Gutman y destaca la figura de Norma Hernández, quien fue la primera mujer en formar parte del Comité. También recuerda a Titania Pasqualini, a Karin Kopitowski, y a otras mujeres que fundaron el comité, contribuyendo a la implementación de normativas internacionales en investigación.

A medida que el hospital fue evolucionando, la creación del Instituto Universitario, que luego se transformó en Universidad, y el crecimiento del IMTIB (Instituto de Medicina Traslacional y Biotecnología), marcaron el avance de la institución con la inclusión de gran cantidad de mujeres científicas.

La importancia de recordar y construir memoria histórica

A lo largo de su relato, Catoggio subraya la importancia de reconocer las contribuciones de estas mujeres que, a pesar de sus significativas influencias, a menudo son invisibilizadas en la memoria institucional, y reflexiona sobre la importancia de recordar la historia del hospital, resaltando que los avances no ocurrieron por azar, sino gracias al esfuerzo y dedicación de quienes abrieron los caminos para las generaciones posteriores. Reconocer y aprender de estas figuras femeninas es esencial para evitar la repetición de errores y para valorar los logros conseguidos en las actuales áreas de investigación de nuestra institución.

CONCLUSIONES

En nuestra institución la proporción de mujeres involucradas en el campo de la ciencia es alta (58%), aunque aún no alcanza la proporcionalidad de género existente en áreas asistenciales (64 a 81%). Las cualidades de las mujeres científicas referidas en la bibliografía se encuentran expresadas en las diferentes áreas de Investigación tanto del Hospital como de la Universidad. La experiencia acumulada en instituciones como la nuestra evidencia cómo las mujeres vienen logrando cambiar la dinámica de trabajo y liderazgo, adoptando enfoques más inclusivos y menos jerárquicos y generando una coexistencia entre el paradigma clásico de investigación en enfermedades (principalmente impulsado y financiado por el mercado) y el que se centraliza en la construcción de salud, con enfoque humanístico, sistémico y transversal (que es impulsado por otras motivaciones, como la valoración de lo común). Este último enfoque, menos antropocéntrico y más biocéntrico, empieza a posicionarse para dar respuesta a los acuerdos de salud internacional refrendados en la Agenda 2030 y parece requerir una perspectiva de cuidado, que culturalmente se expresa mayoritariamente en la mujer.

Sin embargo, a pesar de estos avances, las mujeres en la ciencia aún enfrentan varias barreras que limitan su desarrollo profesional. Los sesgos de género, tanto explícitos como implícitos, siguen siendo un obstáculo significativo, ya que las mujeres a menudo tienen menos oportunidades de financiación y visibilidad en publicaciones científicas. La doble carga de responsabilidades, especialmente en lo que respecta a las tareas de cuidado, es otro desafío importante, ya que muchas mujeres deben equilibrar su trabajo profesional con las responsabilidades domésticas, lo que limita el tiempo y la energía disponibles para dedicarse a la investigación. Además, la falta de redes de apoyo y mentoras es un factor clave que dificulta el progreso de las mujeres en la ciencia.

Es esencial que se promuevan políticas institucionales que fomenten una mayor equidad en la investigación científica, donde las mujeres no solo tengan acceso a los mismos recursos y oportunidades que los hombres, sino que fomenten espacios reflexivos para construir un

“nuevo pacto social” en paz. No se trata de alcanzar la paridad en números sino en jerarquía de roles, y para esto se necesitan hombres capaces de deponer sus propios privilegios de género al observarlos espejados como condicionantes de la cultura. Solo así las mujeres podrán ocupar el lugar que les corresponde en la esfera pública y científica, no como participantes pasivas, sino como líderes y creadoras de conocimiento.

En conclusión, como sociedad debemos continuar cuestionando y desafiando los patrones tradicionales de representación y asegurar que las mujeres no solo sean invitadas a participar, sino también que tengan voz en la construcción del futuro científico global. El *Día Internacional de las Mujeres y las Niñas en la Ciencia*, por lo tanto, debe ser una ocasión para celebrar los logros de las mujeres en este campo y también para que ese día las instituciones instauren espacios de reflexión sobre las barreras que persisten, para que un sistema social evolucione gracias a los aportes de las cualidades de la mujer. Tal vez, gracias a lograr heterarquía, lleguemos a construir una ciencia que contribuya a la sostenibilidad de la vida en un mundo cada vez más definido por “lo artificial”.

Agradecimientos: Al Dr. Luis J. Catoggio por su predisposición en participar con su memoria a la construcción de la historia de las mujeres que participaron en la investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires. A la Dra. Marcela Martínez, del Área de Gestión de la Información de la Secretaría de Investigación de la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires por contribuir al análisis descriptivo sobre la distribución por sexo de quienes investigan en nuestras instituciones.

Contribuciones de las autoras: Conceptualización, Metodología, Análisis formal, Investigación, Redacción - Borrador original, Redacción - Revisión y edición, Supervisión (SF, JV, AD)

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. Sarthou NF. Instrumentos para la promoción de la participación de la mujer en la ciencia: los premios L'Oréal-UNESCO en Argentina. *Desafíos*. 2019; 31(1):83-120.
2. Porto MP. *Mirrors of whiteness: media, middle-class resentment, and the rise of the far right in Brazil*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press; 2023.
3. Bourdieu P. *Homo academicus*. Madrid: Siglo XXI; 2008.
4. Sirinelli J-F, Bourdieu P, Aron J-P. *Homo academicus*. Vingtième Siècle 1985; 175.
5. Beauvoir D. *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo Veinte; 1949.
6. Galtung J. Violence, peace, and peace research. *J Peace Res*. 1969;6(3):167-191.
7. Figar BS. Condicionantes en el proceso de institucionalización de la participación ciudadana en un programa de salud del área metropolitana de Buenos Aires: “Red Pública de Salud AMBA” 2018-2019 [tesis de doctorado]. Buenos Aires: FLACSO; 2023 [citado 2025 ene 10]. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/20724>.
8. Perlo CL, López Romorini MV. Aprendizaje colectivo y concepciones del poder: entre la opresión y la potencia para producir cambios organizativos. *Hallazgos*. 2011;8(16):133-151. <http://hdl.handle.net/2133/3837>.
9. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. México: Siglo XXI; 1975.
10. Perlo CL. Diálogo entre la cultura patriarcal-antropocéntrica y cultura matricial-biocéntrica en los contextos organizativos. *Rev Esc Cienc Educ*. 2020;2(15):10-22. <https://doi.org/10.35305/rece.v2i15.542>.
11. Vargas CM. El género como determinante social de la salud y su impacto en el desarrollo sostenible. *UNIVERSITAS Rev Filosofía Derecho Pol*. 2023;(41):33-47. <https://doi.org/10.20318/universitas.2023.7412>.
12. Pagotto VL, Giunta DH, Dawidowski AR. Enfoque de género en las residencias médicas de un hospital universitario. *Medicina (B Aires)*. 2020;80(3):219-228.
13. Ferloni A, Varela MMP, Acosta GA, et al. Consultorio de salud ambiental en un hospital privado de comunidad de la ciudad de Buenos Aires. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2022;42(3):152-157. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v42i3.213>.
14. Roni C, Fernández Cedro MI, Nuñez Lodwick L, et al. Género en carreras de medicina: la mirada de las autoridades universitarias. *Educ Humanismo*. 2024;27(48):1-20. <https://doi.org/10.17081/eduhum.27.48.7003>.
15. Discacciati VR, Epstein DS, Iñurrategui MC, et al. Reflexión del trabajo médico asistencial en una comunidad WICHI con metodología fotovoz. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2024;44(3):e0000311. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i3.311>.
16. Güelman M, Ramírez R, Azparren AL, et al. Accesibilidad a la salud en personas en situación de calle de la Ciudad de Buenos Aires en contexto de pandemia por COVID-19: el rol de los dispositivos comunitarios y de los/as acompañantes pares. *Cuestión Urbana*. 2023;7(13):125-138.
17. Figar SB, Ferloni A, Hough GE, et al. Condicionantes de la presencia de glifosato en orina en poblaciones de zonas agroindustriales de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2024;44(2):e0000338. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i2.338>.
18. Kopitowski K. “Desimplementar” las prácticas de bajo valor: un imperativo ético. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2022;42(4):196-197. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v42i4.228>.
19. Posadas-Martínez ML, Vicens J, Dawidowski AR, et al. The role of registries in improving health and bridging healthcare, research, education, innovation and development: a research department perspective. *J Int Med Res*. 2024;52(3):3000605241233140. <https://doi.org/10.1177/03000605241233140>.
20. Reboiras FI, Mur JA, Deza R, et al. Maltrato en las residencias médicas: un estudio cualitativo sobre la configuración de las identidades profesionales. *Investig Educ Méd*. 2024;13(50):17-25. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2024.50.23552>.

El siguiente listado incluye a los profesionales que realizaron la revisión de trabajos enviados a la *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires* durante el año 2024.

La tarea realizada en forma altruista por los pares evaluadores es determinante para que nuestra publicación pueda cumplir su compromiso de difundir el conocimiento científico con elevados estándares de calidad.

Por tal motivo, la Dirección Editorial les agradece profundamente a todos ellos, su dedicación, responsabilidad y honestidad intelectual

Dr. Aburdaham Tomás	Dra. Edelman Solange	Dr. Parreño Santiago
Dr. Alonso Lucas	Dr. Sorkin Eduardo	Dr. Pimienta Samuel
Dra. Angles María Valeria	Dra. Fabregas Silvina	Dra. Politi María Teresa
Dr. Araujo Cuauro Juan Carlos	Dr. Fernández Acevedo Gustavo	Dra. Pombo Virginia
Dra. Avila García María Paula	Dra. Figar Silvana	Dr. Portillo José Luis
Dra. Baleani Silvia	Dra. Gorosito Silvia	Dr. Raimundo Martín
Dra. Bang Claudia	Dra. Grande Ratti María Florencia	Dr. Rendo Juan Pablo
Dra. Barcán Laura	Dr. Güelman Martín	Dr. Romano Horacio
Dr. Barreiro Ignacio	Dra. Hanine Sonia	Dr. Saal Aaron
Ing. Berrino Eugenia	Dr. Iglicki Matías	Dra. Sabelli María José
Dr. Bertolani Fernando	Dra. Kramer Marcia	Dra. Salutto Valeria
Dra. Bertuzzi Fiorella	Dra. Kreimer Jennifer	Dr. Sanabria Vanegas José
Dra. Blugerman Gabriela	Dra. Lanteri Ana Delia	Dr. Sánchez Thomas Diego
Lic. Bonaventura Claudio	Lic. Leyton Andrea	Dra. Sánchez Marisa del Luján
Dr. Cacchiarelli Nicolás	Dra. Lezama Carol	Dra. Santa María Victoria
Lic. Campos Rosa Valentina	Dra. Lorenzo Carolina	Dra. Santillán María Valeria
Dra. Capellato Noelia	Dr. Maurizi Diego	Dr. Sauka Diego
Dr. Caruso Diego	Lic. Midley Alejandro	Dr. Scapini Michael
Dra. Casetta Brunilda	Dra. Moreno Belén	Lic. Sorin Pablo
Dra. Cervini Andrea	Dra. Hamamura Moriyama Cristina	Dra. Streitenberger Gisela
Dr. Cherjovsky Roberto	Dr. Motuca Mariano	Dra. Taboada María Beatriz del Valle
Lic. Ciarmatori Andrés	Dr. Núñez Tomás	Dr. Terrasa Sergio
Dr. Croattini Sebastián	Dr. Oggero Aldo	Lic. Villalba Federico
Dra. D'Alessandre Vanesa	Dr. Otegui Gustavo	Dra. Weisbrot Victoria
Dr. Diez De Medina Juan Carlos	Dra. Palma Ileana	