

Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires

Volumen 45 | Número 3 | Año 2025

El sistema de residencias médicas en Argentina: historia, desafíos actuales y orientaciones para el futuro [Dieguez M.G](#)

Empatía en tiempos de mecanización [Eymann A., et al.](#)

Experiencia del Comité de Evaluación de Medicamentos en un Hospital Universitario [Gómez A.P., et al.](#)

DHEA intravaginal, una nueva alternativa para el síndrome genitourinario de la menopausia [Belardo M.A., et al.](#)

Formación en salud ambiental en carreras de Medicina de la Argentina. Una vacancia de gran impacto en la salud pública [Reboiras F.I., et al.](#)

Programa de formación en investigación en una residencia de medicina familiar y comunitaria de Argentina [Sguiglia S., et al.](#)

Amnesia global transitoria como Mimic de estado epiléptico: informe de caso [Saldarriaga N.H., et al.](#)

¿Qué es y para qué sirve un relato de experiencia profesional? [Soli S., et al.](#)

Anatomía topográfica de la pelvis: Espacios avasculares. [Vietri G., et al.](#)

Empatía en el ámbito administrativo de salud: Capacitación en habilidades blandas y su impacto en la experiencia del paciente [Baraglia A.O.](#)

¿Cesárea a pedido? Autonomía vs. indicación médica [Beruti E.](#)

Las mujeres que eligen una operación cesárea electiva probablemente estén en el lado correcto [Sebastiani M.](#)

La caída de la natalidad y su implicancia en las personas de la tercera y cuarta edad [Discacciati V., et al.](#)



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

25%
DE DESCUENTO

DURANTE
MESES **3**
EN TU CUOTA

Afiliate al Italiano.
Hay equipo.

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



PLAN
Vita

CONOCÉ MÁS



PLAN
Magna

CONOCÉ MÁS

PLAN DE SALUD



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

TODO EL ITALIANO DETRÁS DE TU PLAN

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



3D Radioterapia Tridimensional Conformada

IMRT-VMAT Radioterapia de Intensidad Modulada

IGRT Radioterapia Guiada por Imágenes

SBRT Radioterapia Estereotáxica Extracraneal

SRS Radiocirugía Estereotáxica Craneal

TBI Irradiación Corporal Total 3D Conformada

BQT 3D HDR Braquiterapia Tridimensional de Alta Tasa de Dosis

TSEI/RTSEI Baño de Electrones

IORT Radioterapia Intraoperatoria
(Primer Equipo INTRABEAM móvil en Argentina)



innovación

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

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



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

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

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

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

Avellaneda . Lomas de Zamora . Quilmes

 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

Servicio de Radioterapia

Cursos de Posgrado



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

La medicina del futuro.

 **Universidad
Hospital Italiano**

posgrado.hospitalitaliano.edu.ar



REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Editor jefe

Dr. Daniel Matusevich (Hospital Italiano, Argentina)

Editor asociado

Dr. Alfredo Eymann (Universidad Hospital Italiano, Argentina)

Comité Editorial

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

Comité asesor

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

Coordinadora editorial y página Web

Mariana Rapoport (Universidad Hospital Italiano, Argentina)

Corrección de textos

Prof. María Isabel Siracusa (Buenos Aires, Argentina)

Indización colaborativa para base de datos Lilacs

Bib. Aldana Ljeschak (Universidad Hospital Italiano, Argentina)

Gestión bibliográfica

Lic. Virginia Garrote (Universidad Hospital Italiano, Argentina)

Editor responsable

Publicación trimestral de la Universidad Hospital Italiano.

Tte. Juan D. Perón 4190 | 1° piso | Escalera J | C.1199ABB | 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

Sociedad Italiana de Beneficiencia

en Buenos Aires

Consejo Directivo Ejercicio 2025/2026

Presidente: Arq. Aldo Brunetta

Vicepresidente 1°: Sr. Eduardo Tarditi

Vicepresidente 2°: Sr. Dr. Marcelo Marchetti

Consejeros: Lic. Daniel Artana, Roberto Baccanelli,

Roberto Bonatti, Guillermo Jaim Etcheverry,

Atilio Migues, Renato Montefiore, Elio Squillari

Hospital Italiano

Director Médico: Dr. Esteban Langlois

Director de Gestión: Dr. Matías Antonini

Vice-Director Médico de Gestión Operativa: Dr. Juan

Carlos Tejerizo

Vice-Director Médico de Planeamiento Estratégico:

Dr. Leonardo Garfi

Vice-Director Médico de Plan de Salud:

Dra. Lucila Hornstein

Vice-Director Médico Hospital Italiano de

San Justo Agustín Rocca: Dr. Guillermo E. Arbues

Directores Honorarios: Dres. Jorge Sívori,

Héctor Marchitelli, Atilio Migues

Consejo de Administración Fundación Instituto

Universitario

Presidente: Arq. Aldo Brunetta

Vicepresidente: Ing. Franco Livini

Vocales: Giorgio Allia di Montereale, Daniel Artana,

Renato Montefiore, Diego Faingold

Universidad Hospital Italiano

Consejo Superior

Rector: Diego Faingold

Vicerrector: Mariano Falconi

Secretaría Académica: María Laura Eder

Secretaría Administrativa y de Gestión Financiera:

Alberto Llebara

Directores de Deptos./Carreras: Nicolas Cacchiarelli,

Roberta Ladenheim, Gisela Schwartzman, María

Rezzónico, Matteo Baccanelli, Virginia Garrote, Karín

Kopitowski, Eduardo Durante, Ana Mosca, Susana

Llesuy, Patricia Chavarría, Marcelo Risk

Perfil de la Revista

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

Scope

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

DOI: <https://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3>

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

EDITORIAL

112 El sistema de residencias médicas en Argentina: historia, desafíos actuales y orientaciones para el futuro

Marcelo Garcia Dieguez

La residencia médica argentina, fundada en 1944, enfrenta hoy desigualdades territoriales, precarización laboral y tensiones en torno al examen único. Este editorial propone políticas de equidad, regulación, innovación educativa y mejores condiciones laborales para recuperar su rol central en la formación de especialistas y en el fortalecimiento del sistema sanitario.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v45i3.1300>

114 Empatía en tiempos de mecanización

Alfredo Eymann, Daniel Matusevich

La empatía es clave en la salud, no solo en el vínculo clínico sino también en la labor administrativa. El trabajo de Alex Baraglia de este número propone verla como un recurso estructural que protege la calidad, seguridad y equidad, y que debe integrarse en la organización sanitaria como estrategia central.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.1296>

ARTÍCULO ORIGINAL

115 Experiencia del Comité de Evaluación de Medicamentos en un Hospital Universitario

Ana P. Gómez, María F. Filloy, Roxana M. Beragua, Nicolás A. Chiarante, Mariana A. Burgos, Karina E. Alvarez, Gabriela Buela, Luis A. Di Giuseppe

Este trabajo describe el funcionamiento y la experiencia de un Comité de Evaluación de Medicamentos (CEM) en un Hospital Universitario, en la selección, evaluación e incorporación de medicamentos al vademécum de la institución.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.431>

REVISIÓN

124 DHEA intravaginal, una nueva alternativa para el síndrome genitourinario de la menopausia

María A. Belardo, Magali Galarza Taborda, Marina Canepa, Agustina P. Starvaggi, Roshel Silva Naranjo

La DHEA intravaginal es un tratamiento eficaz para el síndrome genitourinario de la menopausia, pues mejora síntomas como la sequedad vaginal, la dispareunia y la función sexual. Su conversión local en estrógenos y andrógenos minimiza efectos sistémicos, ofreciendo una opción novedosa, segura y bien tolerada para mujeres posmenopáusicas.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.708>

EDUCACIÓN MÉDICA

129 Formación en salud ambiental en carreras de Medicina de la Argentina. Una vacancia de gran impacto en la salud pública

Fabiana I. Reboiras, Ignacio López Leavy, Rocío Deza, María I. Fernández Cedro, Fabio E. Ratto, Carolina Roni

Este trabajo analiza la formación en salud ambiental en las carreras de Medicina en la Argentina, evidenciando una vacancia curricular crítica. Se destacan los desafíos de integrar la sustentabilidad en la formación médica, enfatizando la necesidad de preparar profesionales capaces de abordar problemáticas de salud vinculadas al ambiente y el cambio climático.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.681>

137 Programa de formación en investigación en una residencia de medicina familiar y comunitaria de Argentina

Sebastián Sguiglia, Carolina Carrara, Valeria Vietto, Francisco Peper, Camila Volij, Sergio Terrasa

La formación en investigación es un aspecto clave del programa educativo de las residencias médicas. En este estudio, los autores presentan el Programa de Formación en Investigación de la Residencia de Medicina Familiar en un Hospital Universitario de la ciudad de Buenos Aires.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.426>

CASOS CLÍNICOS

149 Amnesia global transitoria como Mimic de estado epiléptico: informe decaso

Nicolás Herrera Saldarriaga, Alejandro Cardozo Ocampo, Manuel A. García Pareja

Se describe el caso de una mujer de 71 años con episodios de amnesia global transitoria, inicialmente confundidos con otras causas, que culminaron en el diagnóstico de epilepsia de novo tras evidenciarse un estado epiléptico en un estudio electroneurofisiológico. Se analiza la evolución y se revisa la literatura.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.370>

NOTAS SOBRE ESTADÍSTICA E INVESTIGACIÓN

152 ¿Qué es y para qué sirve un relato de experiencia profesional?

Silvana Soli, Ana Braslavsky, María L. Peroni, María F. Grande Ratti

Un relato de experiencia en salud comunica una vivencia relevante con enfoque científico, desde lo clínico hasta lo educativo. Requiere claridad, estructura académica y reflexión sobre logros y desafíos. Este artículo ofrece bases conceptuales y metodológicas para su elaboración y difusión en revistas o congresos.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.845>

VIDEOS EN MEDICINA

158 Anatomía topográfica de la pelvis: Espacios avasculares.

Guido Vietri, José M. Saadi

Este video describe la anatomía pelviana y sus espacios avasculares, destacando sus límites y contenidos. Estos conocimientos permiten un abordaje quirúrgico seguro y eficiente del retroperitoneo, clave en procedimientos como histerectomías radicales, linfadenectomías pélvicas y tratamiento de la endometriosis.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.1269>

HUMANIDADES

160 Empatía en el ámbito administrativo de salud: Capacitación en habilidades blandas y su impacto en la experiencia del paciente

Alex O. Baraglia

El artículo analiza la empatía como factor evolutivo y estructural clave en la gestión hospitalaria, destacando su impacto en el personal administrativo y proponiendo formación en habilidades blandas para mejorar la calidad del servicio y el clima laboral.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.393>

CONTROVERSIA

166 ¿Cesárea a pedido? Autonomía vs. indicación médica

Ernesto Beruti

La cesárea sin indicación médica plantea un dilema ético entre autonomía y responsabilidad profesional. El parto vaginal, en embarazos de bajo riesgo, ofrece mayores beneficios y menor riesgo. El rol médico es acompañar, informar y cuidar, priorizando siempre la salud materna y neonatal por sobre la simple demanda.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.45i3.1294>

167 Las mujeres que eligen una operación cesárea electiva probablemente estén en el lado correcto

Mario Sebastiani

Optar por una cesárea electiva abre un dilema entre el derecho a decidir y la responsabilidad profesional. Evidencias recientes muestran beneficios neonatales y maternos en contextos específicos, especialmente cuando se planea tener pocos hijos. El debate exige equilibrar derechos, riesgos y responsabilidad profesional en la toma de decisiones informadas.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.1295>

CARTA AL EDITOR

169 La caída de la natalidad y su implicancia en las personas de la tercera y cuarta edad

Vilda Discacciati, Mario Sebastiani

Argentina atraviesa una transición demográfica marcada por baja natalidad y envejecimiento poblacional. Esto exige políticas públicas innovadoras, equitativas y sostenibles, sin retrocesos en derechos reproductivos. Celebrar la longevidad, repensar roles familiares y promover la justicia intergeneracional son claves ante desafíos sociales, económicos y ambientales.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v45i3.1280>



INDEX

EDITORIAL

112 The Medical Residency System in Argentina: History, Current Challenges, and Future Directions

Marcelo Garcia Dieguez

The Argentine medical residency system, established in 1944, currently faces territorial inequalities, job insecurity, and tensions surrounding the unified exam. This editorial calls for policies that promote equity, regulation, educational innovation, and improved working conditions to restore its central role in specialist training and in strengthening the health system.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v45i3.1300>

114 Empathy in Times of Mechanization

Alfredo Eymann, Daniel Matusevich

Empathy is key in healthcare, not only in the clinical relationship but also in administrative work. Baraglia's paper proposes viewing it as a structural resource that safeguards quality, safety, and equity, and that must be integrated into healthcare organizations as a central strategy

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.1296>

ORIGINAL ARTICLE

115 The Experience of a Drug Evaluation Committee at a University Hospital

Ana P. Gómez, María F. Filloy, Roxana M. Beragua, Nicolás A. Chiarante, Mariana A. Burgos, Karina E. Alvarez, Gabriela Buella, Luis A. Di Giuseppe

This work describes the operation and experience of a Drug Evaluation Committee (CEM) in a University Hospital in the selection, evaluation, and incorporation of drugs into the institution's vademecum.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.431>

REVIEW

124 Español Intravaginal DHEA: A New Alternative for Genitourinary Syndrome of Menopause

María A. Belardo, Magali Galarza Taborda, Marina Canepa, Agustina P. Starvaggi, Roshel Silva Naranjo

Intravaginal DHEA is an effective treatment for the genitourinary syndrome of menopause, improving symptoms such as vaginal dryness, dyspareunia, and sexual function. Its local conversion into estrogens and androgens minimizes systemic effects, offering a novel, safe, and well-tolerated option for postmenopausal women.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.708>

MEDICAL EDUCATION

129 Environmental Health Education in Medical Degree Programs in Argentina: A Critical Gap with Major Public Health Implications

Fabiana I. Reboiras, Ignacio López Leavy, Rocío Deza, María I. Fernández Cedro, Fabio E. Ratto, Carolina Roni

This study analyzes environmental health education in medical programs in Argentina, revealing a critical curricular gap. It highlights the challenges of integrating sustainability into medical training and the need to prepare professionals capable of addressing health issues related to the environment and climate change.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.681>

137 Research Training Program in a Family Medicine Residency of Argentina

Sebastián Sguiglia, Carolina Carrara, Valeria Vietto, Francisco Peper, Camila Volij, Sergio Terrasa

Research training is a key aspect of the educational program in medical residencies. In this study, the authors present the research training program of the Family Medicine Residency at a University Hospital in the city of Buenos Aires.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.426>

CLINICAL CASE

149 Transient Global Amnesia as a Mimic of Status Epilepticus: A Case Report

Nicolás Herrera Saldarriaga, Alejandro Cardozo Ocampo, Manuel A. García Pareja

We describe the case of a 71-year-old woman with episodes of transient global amnesia. Initially misattributed to other causes, the episodes ultimately led to a diagnosis of de novo epilepsy after an electro-neurophysiological study revealed status epilepticus. We analyze the evolution and review the literature.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.370>

NOTES ON STATISTICS AND RESEARCH

152 What Is a Professional Experience Narrative and What Is It For?

Silvana Soli, Ana Braslavsky, María L. Peroni, María F. Grande Ratti

A health experience narrative conveys a meaningful experience from a scientific perspective, spanning clinical to educational settings. It requires clarity, academic structure, and reflection on both achievements and challenges. This article provides conceptual and methodological foundations for its development and dissemination in journals or conferences.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.845>

MEDICAL VIDEOS

158 Topographic Anatomy of the Pelvis: Avascular Spaces

Guido Vietri, José M. Saadi

This video describes pelvic anatomy and its avascular spaces, highlighting their boundaries and contents. This knowledge enables a safe and efficient surgical approach to the retroperitoneum, which is key in procedures such as radical hysterectomies, pelvic lymphadenectomies, and the treatment of endometriosis.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.1269>

HUMANITIES

160 Empathy in the Administrative Field of Healthcare: Soft Skills Training and Its Impact on the Patient Experience

Alex O. Baraglia

The article examines empathy as a key evolutionary and structural factor in hospital management, highlighting its impact on administrative staff and proposing training in soft skills to improve service quality and the work environment.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.393>

CONTROVERSY

166 Cesarean on Demand? Autonomy vs. Medical Indication

Ernesto Beruti

Cesarean delivery without medical indication raises an ethical dilemma between autonomy and professional responsibility. In low-risk pregnancies, vaginal birth offers greater benefits and lower risks. The physician's role is to support, inform, and care, always prioritizing maternal and neonatal health over mere demand.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.1294>

167 Pregnant women who choose an elective c-section are probably on the right side

Mario Sebastiani

Choosing an elective cesarean opens a dilemma between the right to decide and professional responsibility. Recent evidence shows neonatal and maternal benefits in specific contexts, particularly when planning for few children. The debate requires balancing rights, risks, and professional responsibility in making informed decisions.

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.1295>

LETTERS TO THE EDITORS

169 The Decline in Birth Rates and Its Implications for Older Adults and the Elderly and senior population

Vilda Discacciati, Mario Sebastiani

Argentina is undergoing a demographic transition marked by low birth rates and an aging population. This calls for innovative, equitable, and sustainable public policies, without setbacks in reproductive rights. Embracing longevity, rethinking family roles, and promoting intergenerational justice are key to addressing social, economic, and environmental challenges.

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v45i3.1280>

El sistema de residencias médicas en la Argentina: historia, desafíos actuales y orientaciones para el futuro

Marcelo García Dieguez 

Centro de Estudio de Educación de Profesionales de la Salud (CEEProS). Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur. Argentina

Desde su creación formal en 1944, con la iniciación de la primera residencia médica bajo la Cátedra de Semiología del Hospital de Clínicas de Buenos Aires, el sistema de residencias médicas ha sido un pilar en la formación de especialistas en la Argentina¹. A lo largo de más de siete décadas, este modelo ha evolucionado bajo el influjo de dinámicas asistenciales y políticas de salud que consolidaron su legitimidad como mecanismo de especialización de posgrado, pero a la vez perdiendo la influencia universitaria y, por ende, la transición entre el grado y la práctica profesional especializada².

HISTORIA Y CONSOLIDACIÓN

A lo largo de los años, diferentes actores institucionales promovieron criterios de regulación, supervisión y estándares de funcionamiento. Sin embargo, con el paso del tiempo, la expansión se caracterizó por una fuerte concentración en el sector público de la sanidad tanto nacional como provincial, con menor participación del sector universitario, privado y municipal. Esta expansión, fundamentalmente en los últimos 15 años, estuvo caracterizada por heterogeneidades en la calidad formativa, en la integración docencia-asistencia y en las condiciones laborales³.

Un componente relevante en la política de residencias fue la generación de un sistema de aseguramiento de la calidad, y el modelo de ingreso a través del Examen Único Nacional, concebido como instrumento de evaluación homogénea para seleccionar postulantes. Aunque no todas las jurisdicciones lo aplican de igual modo en sus inicios, en 2011 se convirtió en una herramienta clave para garantizar equidad y estandarización³. No obstante, persisten tensiones: algunos candidatos critican que privilegia conocimientos teóricos frente a competencias clínicas, mientras que otros cuestionan su peso excesivo

frente a trayectorias previas. La reciente crisis en torno a sospechas de filtraciones y fraudes puso de relieve la vulnerabilidad del sistema de selección y la necesidad de mecanismos más robustos⁴. A la fecha se ha tomado la decisión de desarticular el examen único y volver a exámenes provinciales; esta decisión resigna el papel del Estado nacional en la armonización entre distritos en un país federal y la búsqueda de una planificación del capital humano en salud, lo que puede profundizar las diferencias ya existentes.

Si comparamos nuestro sistema con los de otros lugares del mundo encontramos coincidencias y diferencias. En cuanto al ingreso, algunos países como México y España tienen exámenes únicos similares al nacional⁵. En Estados Unidos y Europa, la residencia constituye parte de un continuo regulado de formación posgrado, con currículos estructurados, supervisión constante y acreditación institucional rigurosa, asegurando estándares de calidad más homogéneos⁶. Este concepto de posgrado vinculado a las universidades, aunque no de forma obligatoria se extiende a casi todos los países, incluso nuestros vecinos, lo que hace que nuestro sistema basado en el sistema de salud sea una rareza. Esto explica por qué, pese a existir un sistema de aseguramiento de la calidad regulado por el Ministerio de Salud, su sostén es complejo por falta de fondos específicos y su articulación con el sistema de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) también compleja, pese a diversos esfuerzos por vincular ambos mundos.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO ACTUAL DE LAS RESIDENCIAS

Más allá de estas particularidades normativas, las motivaciones de los graduados para elegir o no una residencia son múltiples, tanto en la elección de la

Autor para correspondencia: gdieguezm@gmail.com, García Dieguez M.

Recibido: 16/09/25 Aceptado: 25/09/2025

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.1296>

Cómo citar: García Dieguez M. El sistema de residencias médicas en la Argentina: historia, desafíos actuales y orientaciones para el futuro. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2025;45(3):e0001296

especialidad como en el lugar que eligen para formarse. Diversas dimensiones contribuyen a una percepción de riesgo en el proceso de elección del lugar de residencia: remuneración, historia institucional, estructura del programa, satisfacción, localización geográfica y oportunidades formativas⁷. Entre las barreras más destacadas se encuentran la baja remuneración, la sobrecarga laboral, la ausencia de derechos laborales plenos y la localización desigual de programas⁸. A ello se suma el atractivo de opciones laborales inmediatas fuera del sistema formal de residencias, particularmente en un contexto de crisis económica. Un aspecto cada vez más relevante es el papel de los profesionales migrantes. Varios estudios recientes muestran que cerca del 23% de los postulantes al examen nacional provienen de otros países (número en crecimiento⁹). Aunque este fenómeno ayuda a sostener la oferta en áreas deficitarias, también plantea interrogantes sobre la permanencia de estos profesionales tras la formación y sobre las políticas necesarias para retener talento en el país.

La pandemia de COVID-19 visibilizó aún más la precariedad del sistema. Un estudio multicéntrico en la Argentina mostró que el 42% de los residentes asumió tareas fuera de su especialidad y que la mayoría vio reducidas sus oportunidades formativas, especialmente en especialidades quirúrgicas¹⁰. Al mismo tiempo, se observaron efectos negativos en la salud mental y en la calidad de vida de los residentes, junto con un debilitamiento del clima educativo. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la supervisión, los entornos de aprendizaje y las políticas de bienestar.

HACIA DÓNDE DEBERÍAN ORIENTARSE LAS RESIDENCIAS

Para que el sistema de residencias siga siendo estratégico en la formación de recursos humanos en salud, es necesario avanzar en varias líneas:

1. Equidad territorial y especialidades críticas: diseñar incentivos para residencias en regiones desfavorecidas y en áreas con déficit de especialistas.

2. Integración universidad-sistema de salud: promover un papel activo de las universidades en la formación y supervisión.

3. Regulación y estandarización: establecer currículos básicos nacionales por especialidad, con participación universitaria, y acreditaciones integrando salud y educación.

4. Innovación pedagógica: ampliar el uso de metodologías centradas en competencias, simulación, tutorías y aprendizaje basado en problemas.

5. Examen único fortalecido: asegurar transparencia y blindaje tecnológico, complementándolo con criterios

de evaluación acorde con el perfil de graduado consagrado en los estándares de grado como forma de planificar el capital humano para el futuro

6. Condiciones laborales: mejorar salarios, garantizar descansos y reconocer derechos laborales plenos.

CONCLUSIÓN

El sistema de residencias para profesionales de la salud en la Argentina cuenta con una larga tradición que lo legitima como columna vertebral de la formación de especialistas. Sin embargo, atraviesa una crisis de legitimidad y sostenibilidad. Repensar su futuro implica integrar políticas de equidad, regulación, innovación educativa y condiciones laborales dignas. Solo así las residencias podrán cumplir su doble rol: garantizar especialistas de calidad y fortalecer el sistema sanitario argentino.

REFERENCIAS

1. Glorio R, Carbia S. Análisis histórico-legal de las residencias médicas y el residente. *Dermatol Argent*. 2014;20(1):67-71.
2. Borrell Bentz RM. La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa [Internet]. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2005 [citado 2025 sept 20]. Disponible en: <https://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/pub61.pdf>.
3. Duré I. Residencias médicas en Argentina 2015. *Rev Argent Med*. 2015;3(5):2-4.
4. Nardi MA, Arceo MD, Ladenheim RI. Análisis del sistema de residencias argentino desde el paradigma de las Ciencias de la Complejidad. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*. 2023;80(2):163-167. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n2.39843>.
5. Bermeo-Jaya HK, Blacio-Díaz MX, Arévalo-Jaya KM. Residencias médicas para graduados médicos extranjeros latinoamericanos en diferentes países. *Rev Med Hered*. 2024;35(2):111-119. <https://doi.org/10.20453/rmh.v35i2.5255>.
6. Wijnen-Meijer M, Burdick W, Alofs L, et al. Stages and transitions in medical education around the world: clarifying structures and terminology. *Med Teach*. 2013;35(4):301-307. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.746449>.
7. García Dieguez M, Nardi M, Ladenheim R. El riesgo de elegir una residencia en ciencias de la salud: una revisión narrativa de factores clave en la toma de decisiones. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba* 2025. En prensa 2025.
8. Argentina. Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos: informe de investigación [Internet]. La Plata: Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud; 2017 [citado 2025 sept 20]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/QSR-InformeCualitativo.pdf>.
9. Duré MI, Heredia MV, Quiroga R, et al. Situación de los residentes activos dependientes del Sistema Provincial de Residencias para profesionales de la salud de la provincia de Buenos Aires, julio 2024. *Salud Pública (B. Aires)* [Internet]. 2025;4 [citado 2025 sept 20]. Disponible en: <https://saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/137>.
10. Hernández CI, Eymann A, Ladenheim RI, et al. Condiciones del aprendizaje en las residencias del equipo de salud durante la pandemia COVID-19, Argentina 2020. *Medicina (B Aires)*. 2022;82(1):66-73.

Empatía en tiempos de mecanización

Alfredo Eymann[■] y Daniel Matusevich[■]

Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. Universidad Hospital Italiano. Argentina

La empatía, o su carencia, es cada vez más central en el mundo de la biomedicina.

Nadie discute hoy su relevancia central en la relación médico-paciente, en la adherencia terapéutica, en la comunicación de malas noticias o en la detección de necesidades psicosociales.

Su ausencia aumenta el riesgo de deshumanización, los errores de comunicación y la insatisfacción global tanto de los usuarios como de los equipos tratantes

Un entorno empático mejora la colaboración, reduce los conflictos y protege del desgaste profesional; su ausencia potencia el burnout, la rotación y una cultura organizacional fría.

Debe ser la brújula que guíe las prioridades en Salud y es necesario integrarla en formación, liderazgo y diseño organizacional como una necesidad estratégica para garantizar la calidad, la seguridad y la equidad.

El trabajo de Alex Baraglia que presentamos en este número aporta una mirada novedosa y sagaz al desplazar el foco habitual –centrado en el personal clínico– hacia los trabajadores administrativos, señalando que su conducta empática influye directamente en la experiencia del paciente y en la dinámica organizacional. El autor combina perspectivas evolutivas, neurocientíficas, filosóficas y

de gestión para sostener que la empatía debe concebirse no sólo como una competencia individual, sino como un recurso estructural que requiere políticas institucionales y formación específica. En un mundo donde las máquinas son cada vez más humanas y los humanos cada vez más mecanizados, surge incluso la paradoja de que ciertos algoritmos de inteligencia artificial muestran mayores niveles de empatía en interacciones de atención al cliente que los propios operadores. Sin embargo, el cuidado de la salud trasciende cualquier simulación algorítmica: es un acto complejo y multidimensional en el que se entrelazan contextos, vínculos y una cadena de individuos integrados para sostener el bienestar. En esa trama, como subraya Baraglia, los trabajadores administrativos ocupan un lugar decisivo cuya práctica empática impacta tanto en la experiencia del paciente como en la cultura organizacional. Las reflexiones de Baraglia resultan centrales para no perder de vista una dimensión clave que nos permita transitar estos tiempos de grandes incertidumbres epistemológicas sin sucumbir a lo que Lola López Mondejar denominó “apocalipsis cognitivo”.

Para ello debemos reconceptualizar la empatía como una infraestructura organizacional, no solo como una virtud individual.

Autor para correspondencia: daniel.matusevich@hospitalitaliano.org.ar, Matusevich D.

Recibido: 10/09/25 Aceptado: 18/09/2025

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v45i3.1300>

Cómo citar: Eymann A, Matusevich D. Empatía en tiempos de mecanización. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2025;45(3):e0001300

Experiencia del Comité de Evaluación de Medicamentos en un Hospital Universitario

Ana P. Gómez¹, María F. Filloy¹, Roxana M. Beragua¹, Nicolás A. Chiarante², Mariana A. Burgos³, Karina E. Álvarez¹, Gabriela Buela¹ y Luis A. Di Giuseppe¹

1. Comité de Evaluación de Fármacos e Insumos médicos, Hospital Italiano. Argentina

2. Farmacia Ambulatoria, Hospital Italiano. Argentina

3. Secretaría de Investigación Área no patrocinada, Hospital Italiano. Argentina.

RESUMEN

Introducción: el exponencial desarrollo de medicamentos innovadores plantea desafíos a los sistemas de salud para garantizar el acceso equitativo a los nuevos tratamientos. En el ámbito hospitalario, los Comités de Evaluación de Medicamentos (CEM) de cada institución analizan la evidencia sobre eficacia, seguridad y costo de los nuevos fármacos para emitir recomendaciones adaptadas a sus contextos específicos. Nuestro objetivo es describir la actividad del CEM en un Hospital Universitario.

Material y métodos: estudio de corte transversal realizado en un Hospital Universitario. Se analizaron las evaluaciones efectuadas entre los años 2017 y 2023. Se utilizó estadística descriptiva para cuantificar el número de solicitudes de evaluación recibidas, medicamentos incorporados, servicios solicitantes y Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC) de los fármacos.

Resultados: el CEM inició sus actividades en 2011 y está conformado por 13 profesionales de la salud. Durante el período en estudio, se recibieron 111 solicitudes para la incorporación de fármacos, de las cuales 90 (81%) fueron aprobadas e incluidas en el vademécum. El Servicio de Clínica Médica presentó 60 (54%) solicitudes, de las cuales 26 (23%) correspondieron a la Sección de Oncología.

Conclusiones: el CEM tiene un papel central en la incorporación de nuevos fármacos al vademécum institucional, especialmente en áreas críticas como Oncología, atendiendo a la creciente demanda de evaluación de tratamientos innovadores.

Palabras clave: Comité de Farmacia y Terapéutica, Evaluación de Tecnología, Servicio de Farmacia del Hospital, Administración del Hospital, Comités de Medicamentos.

The Experience of a Drug Evaluation Committee at a University Hospital

ABSTRACT

Introduction: The exponential development of innovative drugs poses challenges to healthcare systems in ensuring equitable access to new treatments. At the hospital level, Drug Evaluation Committees (DECs) in each institution analyze the evidence on the effectiveness, safety, and cost of new drugs and make recommendations tailored to their specific contexts. Our objective is to describe the DEC's activity at a university hospital.

Autora para correspondencia: mariana.burgos@hospitalitaliano.org.ar, Burgos MA.

Recibido: 31/12/24 Aceptado: 11/05/2025

DOL: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.431>

Cómo citar: Gómez AP, Filloy MF, Beragua RM, Chiarante NA, Burgos MA, Álvarez KE, Buela G, Di Giuseppe LA. Experiencia del Comité de Evaluación de Medicamentos en un Hospital Universitario. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2025;45(3):e0000431

Materials and Methods: This cross-sectional study was undertaken at a university hospital. The evaluations made between 2017 and 2023 were analyzed. We used descriptive statistics to quantify the number of evaluation requests received, the drugs incorporated, requesting departments, and the medications' ATC classification.

Results: The DEC began its activities in 2011 and is comprised of a team of 13 healthcare professionals. During the study period, 111 requests for drug inclusion were received, of which 90 (81.1%) were approved and incorporated into the institutional formulary. The Internal Medicine Department submitted 60 (54%) requests, 26 (23%) of those came from the Oncology Section.

Conclusions: The DEC plays a central role in incorporating new drugs into the institutional formulary, especially in critical areas such as Oncology, addressing the growing demand for evaluating innovative treatments.

Keywords: Pharmacy and Therapeutics Committee, Technology Assessment, Pharmacy Service. Hospital Administration, Drug Committees.

INTRODUCCIÓN

El exponencial desarrollo de medicamentos innovadores y de mayor complejidad tecnológica genera desafíos a los sistemas de salud para garantizar a la población el acceso a nuevos tratamientos. En este contexto son importantes el diseño y la implementación de estrategias que promuevan el uso racional de medicamentos, a fin de asegurar la sostenibilidad del sistema¹.

La introducción de estos medicamentos en el mercado comienza con la autorización sanitaria y finaliza con la aplicación terapéutica efectiva a un paciente. En este proceso intervienen distintos organismos que toman decisiones desde niveles macro como los Ministerios de Salud, entidades regulatorias y agencias de evaluación de tecnologías, hasta niveles micro como los comités internos o comités de farmacoterapia hospitalarios^{2,3}.

Existe evidencia de que las herramientas y la información necesarias para la toma de decisiones en los hospitales difieren de aquellas utilizadas en agencias sanitarias de alcance nacional⁴. Mientras que las agencias nacionales son las responsables de la aprobación de la comercialización, los comités de evaluación de medicamentos (CEM) realizan la evaluación y selección de los medicamentos que conformarán el vademécum de una determinada institución. A su vez, emiten recomendaciones específicas de uso utilizando criterios de racionalidad y eficiencia, contextualizadas en las características particulares de cada institución⁴. Estos comités están constituidos por equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud que deben examinar la evidencia disponible sobre la eficacia, seguridad, calidad y costo de los fármacos para evaluar^{5,6}.

En la Argentina, las decisiones a nivel macro en cuanto a registro de medicamentos y recomendaciones de uso están dadas por el Ministerio de Salud de la Nación, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CONETEC). A nivel micro, la toma de decisiones es particular de cada organización, y la modalidad de trabajo adoptada por cada institución no está ampliamente difundida.

Por este motivo, para abordar la falta de documentación y contribuir al conocimiento en el área, nuestro propósito es compartir la experiencia de los últimos 6 años de trabajo del CEM de un hospital universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

OBJETIVOS

Primario

- 1) Describir el funcionamiento del CEM en un hospital universitario.

Secundario

- 2) Cuantificar la actividad del CEM en términos de:
 - a) Número total de solicitudes de evaluación de medicamentos recibidas.
 - b) Número de medicamentos incorporados al vademécum hospitalario luego de la evaluación.
 - c) Servicios y secciones médicas que realizaron las solicitudes de evaluación de medicamentos.
 - d) Tipo de medicamento de acuerdo con la clasificación anatómica, terapéutica y química (ATC)⁷.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en el ámbito de un hospital universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Para el objetivo primario se realizó un análisis descriptivo del procedimiento institucional N.º 045/11: Comité de Evaluación de Medicamentos e Insumos Biomédicos, N.º de Versión/Modificación: 01/01, Fecha de Vigencia: 23/09/2024*.

Para el objetivo secundario, se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de los informes rápidos elaborados por los integrantes del CEM desde enero de 2017 hasta diciembre de 2023.

Se midieron las siguientes variables:

-Número de solicitudes evaluadas. Se registró la cantidad total de solicitudes de evaluación de medicamentos recibidas durante el período de estudio.

* Comunità - Hospital Italiano [Internet]. [cited 2024 Aug 13]. Available from: <https://intranet.hospitalitaliano.org.ar/normas-procedimientos>

-Número de solicitudes incorporadas y no incorporadas sobre el total de solicitudes recibidas por un año durante el período de estudio.

-Servicio solicitante. Se identificó y clasificó el Servicio del hospital que realizó cada solicitud.

-Tipo de fármaco. Se categorizó cada medicamento solicitado de acuerdo con la clasificación ATC⁷.

Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva. Las variables cuantitativas (número de solicitudes, número de solicitudes incorporadas y no incorporadas) y las variables cualitativas (Servicio solicitante, tipo de fármaco) se resumieron mediante frecuencia absoluta y relativa (porcentaje).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dado que este trabajo es una revisión de evaluaciones sin la inclusión de datos de pacientes ni información que permita su identificación, no fue necesario obtener la aprobación del Comité de Ética para Protocolos de Investigación.

RESULTADOS

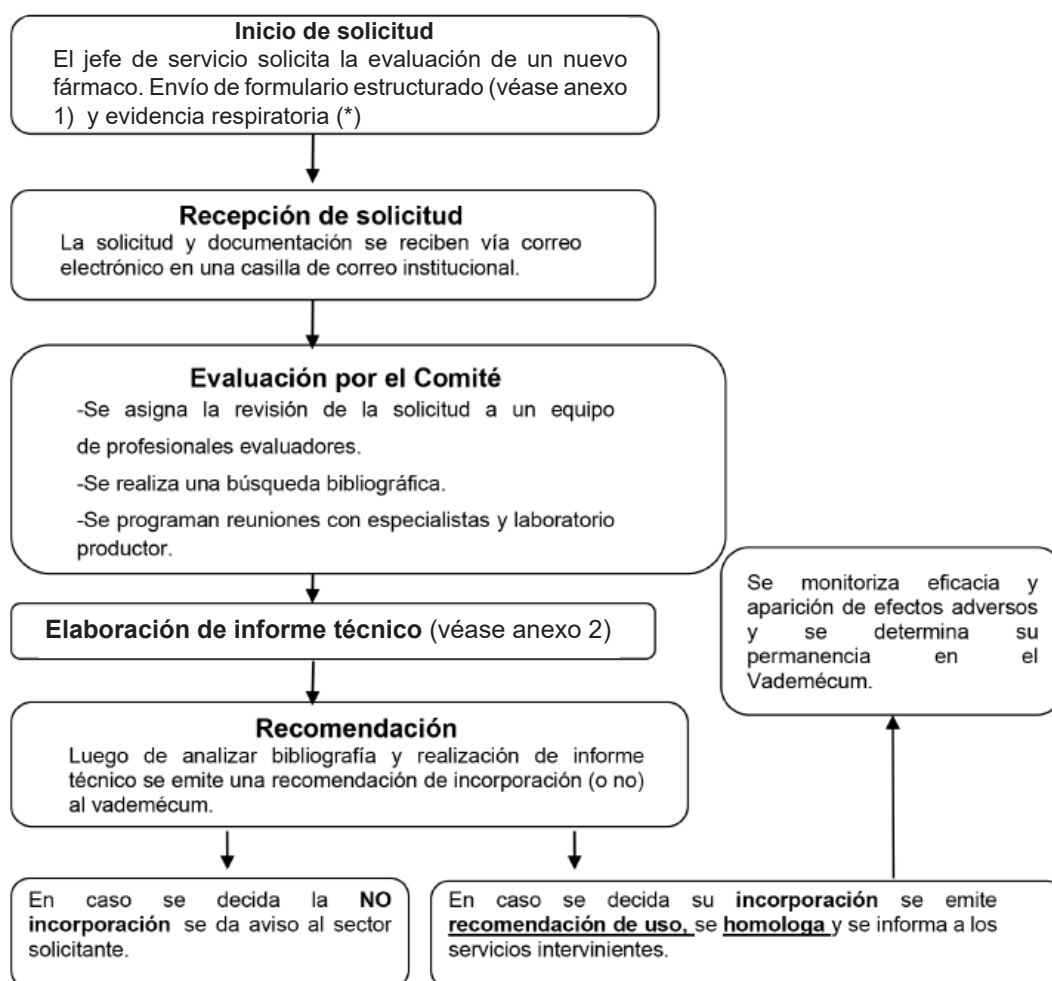
El CEM del Hospital depende de la Dirección Médica, quien nombra a sus integrantes. Inició sus actividades en el año 2011, momento en el cual estaba constituido por un médico, una farmacéutica y una administrativa. Actualmente está integrado por 13 profesionales de la salud, entre los que se encuentran farmacéuticos y médicos. La descripción de su funcionamiento puede observarse en la figura 1.

Durante el período de estudio 2017-2023 se recibieron 111 solicitudes de incorporación de fármacos de las cuales 90 (81%) fueron incorporadas al vademécum.

En el período 2022-2023 se recibieron 50 solicitudes que representan el 45% de la totalidad de solicitudes recibidas durante el período del estudio. En la figura 2 se presenta el número de solicitudes totales y las incorporadas y no incorporadas al vademécum hospitalario para cada año.

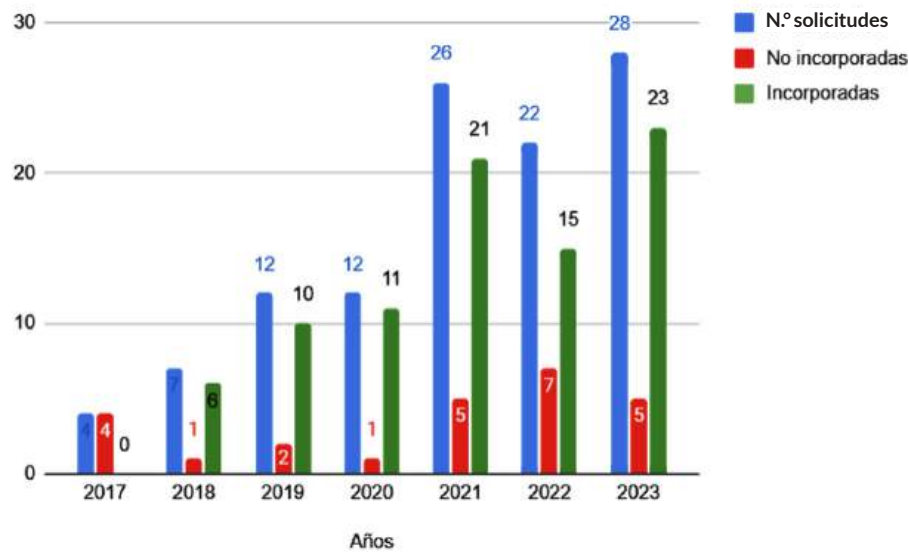
Los Servicios que solicitaron evaluación de fármacos en el período 2017-2023 se observan en la tabla 1.

Las solicitudes de nuevas incorporaciones, según la clasificación ATC pueden observarse en la figura 3⁸.



* Ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, aprobación ANMAT, ficha técnica como fuente de información primaria.
Fuente: Figura de elaboración propia.

Figura 1. Descripción del funcionamiento del Comité de Evaluación de Medicamentos.



Fuente: Gráfico de elaboración propia.

Figura 2. Número de solicitudes totales, no incorporadas e incorporadas por año.

Tabla 1. Servicios médicos que solicitaron evaluación de fármacos.

Servicios médicos	Número de solicitudes n = 111
Clínica Médica	60 (54)
Sección Oncología n (%)	26 (23)
Sección Hematología n (%)	13 (12)
Sección Infectología n (%)	9 (8)
Sección Dermatología n (%)	6 (5)
Sección Medicina Interna n (%)	2 (2)
Sección Reumatología n (%)	2 (2)
Sección Hepatología n (%)	1 (1)
Sección Alergia n (%)	1 (1)
Neurología n (%)	15 (14)
Neumonología n (%)	8 (7)
Ginecología n (%)	6 (5)
Cardiología n (%)	6 (5)
Endocrinología, Metabolismo y Medicina Nuclear n (%)	6 (5)
Gastroenterología n (%)	3 (3)
Nefrología n (%)	3 (3)
Urología n (%)	2 (2)
Psiquiatría n (%)	1 (1)
Oftalmología n (%)	1 (1)

Fuente: Tabla de elaboración propia.

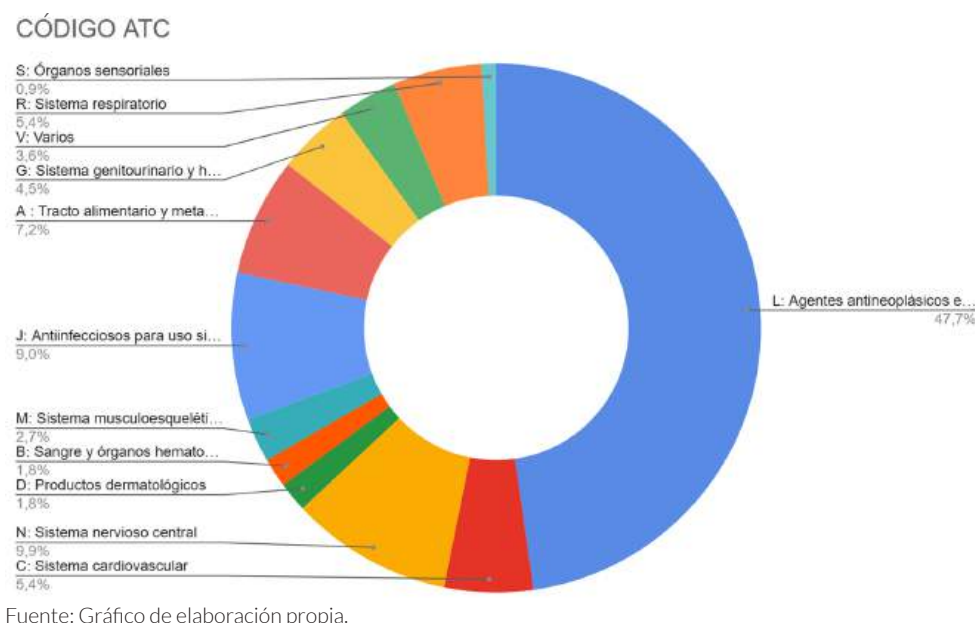


Figura 3. Solicitudes de fármacos según clasificación ATC.

Los fármacos evaluados e incorporados al vademécum hospitalario se observan en el **Anexo 3**.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio describimos la composición del CEM en la red integrada de un hospital universitario que, estructuralmente, cumple con algunos de los componentes descritos por el subgrupo de estudio del Hospital Based Health Technology Assessment (HB-HTA)⁴. Siguiendo los modelos propuestos por este subgrupo de HB-HTA, nuestro comité se encuadra en la descripción de un comité interno compuesto por un grupo multidisciplinario de profesionales de salud de la organización que no desempeñan funciones exclusivas dentro del comité⁵.

En la Argentina funcionan en diferentes organizaciones equipos de trabajo o comités que realizan evaluación de tecnologías en cada institución. Sin embargo, no identificamos bibliografía publicada que describa el funcionamiento y resultados de esas evaluaciones.

Como fortaleza del trabajo del CEM, cada fármaco es evaluado y analizado críticamente con apoyo de la evidencia científica disponible, con la correspondiente evaluación de su impacto presupuestario. Esto permite una gestión adecuada de la utilización de los medicamentos, según criterios de seguridad y eficacia bajo una monitorización continua.

Entre los desafíos de este tipo de comité, la dedicación parcial de los miembros condiciona el tiempo dedicado para esta actividad. Otra característica de nuestro CEM es que las recomendaciones solo abarcan la red del Hospital (sus diferentes sedes y centros periféricos) y no se extienden ni se comparten con otras organizaciones de

salud. Esto representa un limitante en la eficiencia de los recursos, al favorecer la duplicación innecesaria de esfuerzos en la evaluación y análisis de la evidencia⁴.

En relación con cuantificar la actividad del CEM, es relevante establecer un marco de referencia en el ámbito nacional. En la Argentina, la CONETEC es el organismo que realiza evaluaciones y emite recomendaciones técnicas sobre la incorporación, desinversión, forma de uso, financiamiento y cobertura de las tecnologías⁹. Estas recomendaciones de la CONETEC son incorporadas como parte del cuerpo de evidencia que sustenta el informe final del CEM y se adaptan a las necesidades específicas del Hospital¹⁰.

En nuestro estudio observamos que la mayor proporción de fármacos evaluados corresponden a la clasificación ATC de antineoplásicos e inmunomoduladores (clasificación L) y representan un 47,7% del total de evaluaciones. Analizando el mismo período, en los informes de CONETEC esta categoría representa el 42%. Estos resultados son similares y reflejan una tendencia compartida en la evaluación de este tipo de medicamentos.

Según nuestros resultados, en el bienio 2022-2023 se observa un incremento en el número de solicitudes que recibió el CEM, lo que representa el 45% del total solicitado en el período de estudio (2017-2023). La Sección de Oncología es la que registró el mayor número de solicitudes, en concordancia con la mayor disponibilidad de nuevas terapias oncológicas en el mercado. Un artículo de revisión sobre nuevas indicaciones en oncología aprobadas por la agencia sanitaria Food and Drug Administration de Estados Unidos (FDA) informa una tasa de aprobación de 56 nuevos fármacos anuales entre 2017 y

2022, en comparación con años anteriores, cuando la tasa de aprobación era considerablemente menor¹¹. Este aumento en las evaluaciones de terapias oncológicas podría deberse al rápido desarrollo de nuevos tratamientos y a la creciente demanda de los equipos clínicos por acceder a ellos. La oncología es un área con alta presión asistencial y fuerte impacto clínico, lo que genera un aumento en las solicitudes al CEM para analizar la evidencia y justificar su incorporación.

En esta discusión nos centramos en los puntos para los cuales se dispone de datos de referencia, los cuales son limitados en el ámbito regional. Esta limitación resalta la necesidad de continuar generando y compartiendo información a fin de favorecer el desarrollo de estrategias para la toma de decisión basadas en evidencia en el ámbito hospitalario.

CONCLUSIONES

El uso racional de medicamentos es un desafío transversal en todos los niveles de atención en salud, y la presencia de un Comité de Evaluación de Medicamentos (CEM) hospitalario resulta clave para promover una utilización más eficiente de los recursos disponibles, adaptándose al contexto y las particularidades de cada institución. Nuestro estudio presenta la experiencia acumulada durante seis años de funcionamiento del CEM, documentando su estructura, metodología de trabajo y número de evaluaciones. Al visibilizar y cuantificar su actividad, este trabajo contribuye al conocimiento regional, ofreciendo un modelo de referencia para la gestión sanitaria en otros contextos.

Agradecimientos: A todo el equipo del Comité de Fármacos e Insumos Plan de Salud, Hospital Italiano de Buenos Aires. Al equipo de trabajo del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires por el apoyo institucional y general de nuestra labor en proyectos de investigación y docencia. Al equipo profesional de la Farmacia del Hospital Italiano de Buenos Aires y a la Secretaría de Investigación No patrocinada del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Contribuciones de los autores: Conceptualización: LADP. Metodología, Visualización: APG, MFF, MAB. Validación, Análisis formal: APG, MFF, RMB, KEB. Investigación, Recursos, Gestión de datos: APG, MFF, RMB. Investigación, Recursos, Gestión de datos: APG, MFF, RMB. Investigación, Recursos, Gestión de datos: APG, MFF, RMB.

Escritura-Borrador original, Escritura-Revisión y edición: APG, MFF, RMB, NAC, MAB, KEA, GB, LADG.

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. World Health Organization. Promoting rational use of medicines [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 2024 dic 16]. Disponible en: <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines>
2. Fernández MBT, Fernández JMD. Análisis en la selección de medicamentos, acercamiento tecnológico y farmacológico. *RevistaeSalud.com*. 2013;9(34):8.
3. Holloway K, Green T. Comités de farmacoterapia: guía práctica [Internet]. Ginebra Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 2024 dic 16]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69224/WHO_EDM_PAR_2004.1_spa.pdf.
4. Sampietro-Colom L, Lach K, Pasternack I, et al. Guiding principles for good practices in hospital-based health technology assessment units. *Int J Technol Assess Health Care*. 2015;31(6):457-465. <https://doi.org/10.1017/S0266462315000732>.
5. Gagnon MP. Hospital-based health technology assessment: developments to date. *Pharmacoeconomics*. 2014;32(9):819-824. <https://doi.org/10.1007/s40273-014-0185-3>.
6. Lipska I, Di Bidino R, Niewada M, et al. Overcoming barriers in hospital-based health technology assessment (HB-HTA): International Expert Panel Consensus. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(9):889. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090889>.
7. Norwegian Institute of Public Health, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index [Internet]. Oslo: NIPH; 2024 [citado 2024 ago 13]. Disponible en: https://atcddd.fhi.no/atc_ddd_index/.
8. Pérez-Velasco Rodríguez D, Castro Armas R, Villegas Vélez A, et al. Sistema de información sobre categorías farmacológicas. *Rev Cubana Farm*. 2001;35(2):144-151.
9. Argentina. Ministerio de Salud. Anexo II. Manual de procedimientos para el funcionamiento de la CONETEC [Internet]. Buenos Aires: el Ministerio; 2023 [citado 2024 dic 23]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_ii_manual-procedimiento-funcionamiento-conetec.pdf.
10. Organización Panamericana de la Salud. Métodos y aplicación de la evaluación de tecnologías sanitarias adaptativa (ETSa) webinario 43 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2024 spt 26 [citado 2024 dic 23]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/26-9-2024-metodos-aplicacion-evaluacion-tecnologias-sanitarias-adaptativa-etsa-webinario>.
11. Scott EC, Baines AC, Gong Y, et al. Trends in the approval of cancer therapies by the FDA in the twenty-first century. *Nat Rev Drug Discov*. 2023;22(8):625-640. <https://doi.org/10.1038/s41573-023-00723-4>.

ANEXO 1. Formulario de solicitud de evaluación de nuevos fármacos.

Solicitud para el Comité de Evaluación de Medicamentos e Insumos Biomédicos	
Fecha de Solicitud: __/__/__	
Identificación del solicitante	
Nombre del solicitante	
Servicio/Gerencia	
Categoría profesional	
Datos de contacto	
Tipo de actualización	
Inclusión ☐	Exclusión ☐
Descripción del medicamento o insumo	
Nombre del genérico del principio activo (o asociación):	
Nombre comercial:	
Laboratorio:	
Datos de contacto	
Inclusión	
Efectividad y aplicabilidad	
Indicación de uso (acción terapéutica):	
Dosis recomendadas (adultos/pediátricas):	
Duración recomendada del tratamiento:	
Ventajas terapéuticas con respecto a otros productos en uso:	
Documentación respaldatoria	
<i>La documentación deberá remitirse en formato electrónico a evaluacion.medicamentos @hospitalitaliano.org.ar</i>	
Registro del producto (ANMAT)	
Registro del laboratorio (si es nuevo)	
Mejor evidencia científica disponible	☐ Metanálisis/revisiones sistemáticas ☐ Ensayos clínicos aleatorizados y controlados ☐ Evidencia científica sin grupo control ☐ Información del fabricante
Principales resultados	
Aspectos económicos	
Previsión mensual de utilización	
Exclusión	
Motivo que justifica la solicitud de exclusión:	
Firma y sello del solicitante	

ANEXO 2. Estructura de Informe Técnico utilizado por el CEM.

Servicio solicitante: Nombre del fármaco: Nombre del medicamento: Laboratorio: Forma farmacéutica: Indicaciones terapéuticas: Posología: Mecanismo de acción: Contexto: Eficacia clínica: Seguridad: Aprobaciones de agencias regulatorias: Evaluaciones de agencias: Guías de práctica clínica: Cotización hospital: Reunión con servicio solicitante: Reunión con laboratorio productor: Recomendaciones y conclusiones del comité: Bibliografía: Fecha: / /
Los firmantes quedan debidamente notificados de las conclusiones y recomendaciones que el Comité de Evaluaciones de Medicamentos expone en este documento sobre el medicamento solicitado por la sección/servicio:
Firma de los miembros del Comité de medicamentos:

Anexo 3. Fármacos evaluados e incorporados al vademécum hospitalario.

Categoría		Fármacos
A	Tracto alimentario y metabolismo	Empagliflozina, teneligliptina, insulina aspártica (nueva formulación), netupitant/palonosetron, semaglutide, dulaglutide, linacotide, metreleptin
B	Sangre y órganos hematopoyéticos	Luspatercept, selexipag
C	Sistema cardiovascular	Inclisrán, macitentan, tolvaptán, evolocumab, pitavastatina, aliocumab
D	Productos dermatológicos	Abrocitinib, dupilumab
G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales	Mifepristona, levonorgestrel 19,5 mg (DIU), silodosina, acetato de ulipristal, etonogestrel/etinilestradiol
J	Antiinfecciosos para uso sistémico	Imipenem/cilastatina/relebactam, remdesivir, sofosbuvir/velpatasvir, doravirina/lamivudina/tenofovir, bicitegravir/emtricitabina/tenofovir, letermovir, darunavir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir, elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir, isavuconazol, vacuna meningocócica del grupo B
L	Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	Enfortumabvedotina, deucravacitinib, sotorasib, neratinib, fedratinib, zanubrutinib, nintedanib, irinotecán liposomal, upadacitinib, atezolizumab, encorafenib, erdafitinib, isatuximab, tepotinib, dacomitinib, entrectinib, polatuzumab, interferón gamma, tiotepa, pembrolizumab, lorlatinib, niraparib, satralizumab, ofatumumab, ozanimod, mifamurtida, naxitamab, abemaciclib, ramucirumab, siponimod, risankizumab, guselkumab, avelumab, baricitinib, alpelisib, apalutamida, bosutinib, cabozantinib, acalabrutinib, lenvatinib, vismodegib, trifluridina tipiracilo, ponatinib, ixekizumab, apremilast, ixazomib, durvalumab, venetoclax, osimertinib, vedolizumab, ribociclib, olaparib, obinutuzumab
M	Sistema musculoesquelético	Risdiplam, romosozumab, vosoritide
N	Sistema nervioso central	Rimegepant, apomorfina, dextrometorfano/quinidina, dimetilfumarato, tafamidis, fremanezumab, pimavanserin, erenumab, paliperidona, bivaracetam, eslicarbazepina
R	Sistema respiratorio	Elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor, glicopirronio/formoterol, benralizumab, tezacaftor/ivacaftor, ivacaftor, ivacaftor/lumacaftor
S	Órganos sensoriales	Latanoprosteno bunod
V	Varios	Ciclosilicato de sodio y zirconio, patiomer, idarucizumab, radium

DHEA intravaginal, una nueva alternativa para el síndrome genitourinario de la menopausia

María A. Belardo[■], Magali L. Galarza Taborda[■], Marina Canepa[■], Agustina P. Starvaggi[■] y

Roshel F. Silva Naranjo[■]

Servicio de Ginecología. Hospital Italiano. Argentina

RESUMEN

Introducción: la menopausia, una etapa natural en la vida de las mujeres, provoca cambios hormonales que pueden afectar la salud, especialmente el tracto genitourinario, lo que da lugar al síndrome genitourinario de la menopausia (SGM). Este síndrome se caracteriza por síntomas genitales y urinarios y disfunción sexual. A pesar de su alta prevalencia, muchas mujeres no buscan tratamiento adecuado debido a la falta de información o el estigma asociado a estos síntomas. Sin embargo, opciones terapéuticas como la dehidroepiandrosterona (DHEA) o prasterona intravaginal (prasterona 6,5 mg) han mostrado ser eficaces para tratar los síntomas del SGM.

Estado del arte: la DHEA se convierte localmente en andrógenos y estrógenos en la mucosa vaginal, por intracrinología, lo que mejora la salud vaginal y la función sexual. En estudios clínicos, la DHEA intravaginal ha demostrado reducir la dispareunia, mejorar el pH vaginal, la lubricación y la integridad de la mucosa vaginal. Sus beneficios fueron comparables o incluso superiores a los de otros tratamientos, como los estrógenos vaginales.

La administración de DHEA 0,5% por vía vaginal en mujeres posmenopáusicas mejoró significativamente los síntomas del SGM, con una reducción de la dispareunia y mejoría en la calidad de vida. También se ha demostrado que la DHEA mejora la función sexual en mujeres con bajos niveles de sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S) y testosterona. En cuanto a la seguridad, se observó que no tiene efectos significativos en el endometrio ni produce cambios en los niveles séricos de esteroides.

Conclusión: la DHEA vaginal diaria es tan eficaz como los estrógenos locales. Presenta efectos beneficiosos en la anatomía y fisiología de la atrofia vulvovaginal y todos los síntomas y signos asociados, sin exposición sistémica, de acuerdo con el mecanismo de la intracrinología.

Palabras clave: menopausia, síndrome genitourinario, dehidroepiandrosterona, andrógenos.

Intravaginal DHEA: A New Alternative for Genitourinary Syndrome of Menopause

ABSTRACT

Introduction: Menopause, a natural stage in a woman's life, causes hormonal changes that can affect health, particularly the genitourinary tract, leading to the genitourinary syndrome of menopause (GSM). This syndrome usually presents genital and urinary symptoms and sexual dysfunction. Despite its high prevalence, many women do not seek appropriate treatment due to a lack of information or the stigma associated with these symptoms. However, therapeutic options such as intravaginal

Autora para correspondencia: alejandra.belardo@hospitalitaliano.org.ar, Belardo MA.

Recibido: 1/03/25 Aceptado: 28/05/2025

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.708>

Cómo citar: Belardo MA, Galarza Taborda ML, Canepa M, Starvaggi AP, Silva Naranjo RF. DHEA intravaginal, una nueva alternativa para el síndrome genitourinario de la menopausia. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2025;45(3):e0000708

dehydroepiandrosterone (DHEA) or prasterone (prasterone 6.5 mg) have proven effective in treating GSM symptoms.

State of the Art: DHEA is locally converted into androgens and estrogens in the vaginal mucosa through intracrinology, improving vaginal health and sexual function. In clinical studies, intravaginal DHEA has been shown to reduce dyspareunia, improve vaginal pH, lubrication, and mucosal integrity. The benefits of intravaginal DHEA were comparable to or even greater than those of other treatments, such as vaginal estrogens.

The administration of 0.5% DHEA intravaginally in postmenopausal women significantly improved GSM symptoms, reducing dyspareunia and enhancing quality of life. DHEA has also been shown to improve sexual function in women with low levels of dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-S) and testosterone. Regarding safety, it was observed that it does not have significant effects on the endometrium nor does it alter serum steroid levels.

Conclusion: Daily vaginal DHEA is as effective as local estrogens. It has beneficial effects on the anatomy and physiology of vulvovaginal atrophy and all associated symptoms and signs without systemic exposure, according to the intracrinology mechanism.

Keywords: menopause, menitourinary syndrome, dehydroepiandrosterone, androgens.

INTRODUCCIÓN

La menopausia es una etapa natural en la vida de las mujeres que trae consigo una serie de cambios hormonales significativos, los cuales pueden afectar diversas áreas de su salud. Uno de los aspectos más relevantes, pero también subdiagnosticado, es el síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), un conjunto de síntomas que resulta de la disminución de estrógenos y andrógenos, y que impacta especialmente en el tracto genitourinario femenino. Este síndrome incluye síntomas genitales como sequedad vaginal, irritación, prurito vulvar y alteraciones urinarias, como disuria, urgencia, nicturia e infecciones urinarias reiteradas. Como consecuencia se ve afectada la función sexual, lo que puede deteriorar la calidad de vida de las mujeres posmenopáusicas¹. Es muy frecuente que las mujeres posmenopáusicas no reconozcan estos síntomas vaginales o sexuales y no los discutan con los profesionales de la salud, dando por sentado que son parte normal del envejecimiento. Esto se debe a la falta de información o a estigmas asociados a la menopausia. Actualmente solo un 50% de las mujeres con SGM reciben tratamiento, a pesar de la alta prevalencia. En los últimos años, se informó una prevalencia del SGM del 55,1% entre mujeres posmenopáusicas². Otro estudio registró un amplio rango de prevalencia, del 13 al 87%, dependiendo del síntoma específico y de la población estudiada³. Según el estudio VIVA, la prevalencia es del 45% y, según el VIVA-LATAM realizado en Latinoamérica, la prevalencia es del 57%; el principal síntoma es la sequedad vaginal y el 91% de las mujeres encuestadas refrieron que el SGM les produce un impacto negativo en su calidad de vida.

Afortunadamente, en las últimas décadas se han desarrollado opciones terapéuticas más específicas, como las terapias hormonales locales, y, más recientemente, la deshidroepiandrosterona (DHEA) intravaginal, que ha mostrado beneficios en el tratamiento de los síntomas.

La Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos aprobó, en el año 2016, el uso de prasterona 6,5 mg (DHEA 0,5%) para el tratamiento del SGM y, en 2019, también lo aprobó EMA (Agencia Europea de Medicamentos).

La DHEA es un precursor esteroide que se convierte tanto en andrógenos como estrógenos en la mucosa vaginal. Esta revisión aborda el uso de DHEA intravaginal para el SGM, su mecanismo de acción, eficacia y seguridad, destacando la importancia de un enfoque integral y personalizado para el manejo de esta condición.

ESTADO DEL ARTE

Mecanismo de acción

La DHEA es una prohormona endógena secretada por las glándulas suprarrenales (zona reticular). Es un precursor esteroide, que se convierte, en los tejidos blancos periféricos, en andrógenos y estrógenos, los cuales son reconocidos por sus receptores específicos⁴. Esta conversión se lleva a cabo por la acción de enzimas locales.

El mecanismo de acción de la DHEA es por conversión intracrina o intracrinología.

Esto significa que la DHEA circulante se convierte en androstenediona y luego en estradiol o testosterona en los tejidos genitourinarios periféricos, a nivel intracelular, donde las hormonas sexuales se unen a los receptores de estrógeno- α/β y de andrógeno- α . La vagina contiene enzimas esteroidogénicas que pueden transformar la DHEA en estrógenos. El estrógeno desempeña un papel importante en la pared vaginal, lo que influye en el epitelio escamoso, lámina propia y capa de músculo liso. Produce vasodilatación, maduración epitelial y contribuye a la elasticidad del tejido⁵. Como complemento a la acción del estrógeno, se ha demostrado que los andrógenos mejoran el flujo sanguíneo vaginal, la contracción muscular y lubricación vulvo vaginal. Asimismo, se ha demostrado que los andrógenos sintetizados a partir de

la DHEA ejercen un importante efecto estimulante sobre la formación de colágeno en la lámina propia vaginal⁶.

La principal ventaja de la administración intravaginal de DHEA es que los metabolitos activos de la hormona (estrógenos y andrógenos) se generan directamente en el sitio de acción, lo que minimiza los efectos sistémicos y esto se conoce como acción intracrina.

Eficacia clínica

En uno de los primeros estudios con DHEA intravaginal se evaluó su eficacia en distintas dosis 0%, 0,25%, 0,5% y 1,0%, durante 12 semanas. Participaron 216 mujeres posmenopáusicas, de las cuales 114 presentaban dispareunia como sintomatología principal. Concluyeron que las dosis crecientes de DHEA disminuyen el porcentaje de células parabasales, aumentan el porcentaje de células superficiales y disminuyen el pH ($p < 0,0001$ vs. placebo). Sin embargo, la reducción de la puntuación de gravedad de la dispareunia desde el inicio del tratamiento fue mayor con la dosis de DHEA al 0,5% ($p < 0,0001$)⁷. En otro estudio más reciente se evaluó el efecto de DHEA al 0,5% intravaginal diaria en cuatro objetivos: porcentaje de células parabasales, porcentaje de células superficiales, pH vaginal y dolor moderado a intenso durante la actividad sexual (dispareunia)⁸. El trabajo incluyó a 482 mujeres entre 40 y 80 años, a quienes se les administró placebo (157 mujeres) o DHEA (325 mujeres). Después de la administración intravaginal diaria de DHEA al 0,5% durante 12 semanas, en comparación con el valor inicial, el porcentaje de células parabasales disminuyó en un 27,7% respecto del placebo ($p < 0,0001$), mientras que el porcentaje de células superficiales aumentó un 8,44% respecto del placebo ($p < 0,0001$), el pH vaginal disminuyó 0,6 unidades ($p < 0,0001$) y el dolor durante la actividad sexual disminuyó en 1,42 puntos de gravedad desde el valor inicial ($p: 0,0002$). Por otro lado, la sequedad vaginal de moderada a grave presente en el 84% de las mujeres mejoró a las 12 semanas en 1,44 unidades de puntuación de gravedad en comparación con el valor inicial, o 0,27 unidades con respecto al placebo ($p = 0,004$). También las secreciones vaginales, integridad epitelial, espesor y el color mejoraron entre un 86 y un 121% con respecto al efecto placebo ($p < 0,0001$). A su vez, los niveles de esteroides se mantuvieron dentro de los valores posmenopáusicos normales.

Estos datos de eficacia en la dispareunia y la atrofia vulvovaginal se confirmaron en otro estudio de Labrie y cols., un ensayo abierto de fase III de 52 semanas de duración, que incluyó 530 mujeres posmenopáusicas que utilizaban DHEA 0,5% diariamente. Al concluir, se evidenció una disminución de la dispareunia en un 66,1% ($p < 0,0001$). Además, hubo una mejora significativa en las secreciones vaginales, color de la mucosa vaginal, integridad epitelial y espesor de la superficie epitelial ($p < 0,001$ frente al valor inicial). También se tuvo en cuenta evaluar si pudiera tener algún efecto en el endometrio, por lo que se realizaron biopsias endometriales en el momento de la selección y en la semana 52 de tratamiento, y el endometrio de todas las mujeres permaneció atrófico, demostrando que no lo

afectaba⁹. En 2018, Sauer y cols. evaluaron la eficacia de la DHEA vaginal en mujeres con atrofia vulvovaginal, en una revisión de 14 ensayos clínicos controlados aleatorizados, y concluyeron que la disfunción sexual mejoraba con el tratamiento independientemente del nivel de dispareunia de base. Demostraron además que el tratamiento con DHEA era superior al placebo y al menos tan eficaz como los estrógenos vaginales para mejorar los síntomas¹⁰. Cuando se compara la eficacia de la DHEA intravaginal, estriol y promestriene en cuanto a la calidad de vida, utilizando la escala de Cervantes simplificada de 16 ítems (EC 16) antes y después del tratamiento, se evidencia que todos los fármacos aumentan la frecuencia del coito, mejoran la dispareunia y reducen la puntuación EC 16 media, pero la disminución en el puntaje EC 16 fue más significativa después del tratamiento con DHEA¹¹.

Bouchard y cols. demostraron la disminución de la eficacia de la DHEA intravaginal al administrarla dos veces por semana luego de 2 semanas de tratamiento diario. Se observaron cambios beneficiosos máximos en las células parabasales y superficiales vaginales y el pH durante las primeras 2 semanas de tratamiento diario, seguidos por una disminución de esta mejoría luego de cambiar la frecuencia de administración a dos veces por semana. El efecto de DHEA al 0,5% sobre el placebo fue significativo a las 6 semanas ($p 0,01$), pero perdió significancia después de 4 semanas de disminuir el régimen de dosificación¹².

Seguridad

Con respecto a los efectos secundarios del tratamiento con DHEA vaginal, el flujo vaginal fue el más frecuentemente informado en todos los estudios.

Además, el estudio de Labrie y cols. encontró pruebas de Papanicolaou anormales en 11 de 521 mujeres, con 10 casos de células atípicas de significado indeterminado (ASCUS) y un caso de lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LSIL)⁹.

Recordemos que la DHEA intravaginal debe ser transformada intracelularmente en E2 por las enzimas del tejido vaginal. Los estrógenos intracelulares resultantes son inactivados por las enzimas metabolizadoras. De hecho, se inactivan localmente casi por completo en glucurónidos y sulfatos antes de ser liberados al espacio extracelular y luego a la circulación general para su eliminación en el hígado y el riñón, lo que limita la posibilidad de cualquier E2 para llegar a la circulación general¹². Esto se evidenció en un estudio en el cual, luego de 12 semanas de tratamiento, los niveles séricos de estradiol estaban un 19% por debajo de los valores normales posmenopáusicos, mientras que los niveles de sulfato de estrona en suero, estaban un 5% por debajo de los valores normales. De manera similar, los niveles séricos de testosterona y sus metabolitos no se modificaron significativamente¹⁰.

En otro estudio se evaluaron los niveles de esteroides sexuales luego de 12 meses de tratamiento en 435 mujeres¹³, concluyendo que todos los esteroides séricos permanecieron dentro de los valores normales sin diferencias significativas durante todo el tratamiento. Los valores en el grupo tratado con DHEA: El disminuyó

3,4%, E2 disminuyó 9,1% y sulfato de E1 aumentó 1,8%, en comparación con los valores posmenopáusicos normales. Los valores séricos de DHEA después del tratamiento se mantuvieron dentro de los límites de las mujeres posmenopáusicas (aproximadamente 1950 pg/mL). Los valores medios de testosterona sérica a las 52 semanas fueron $189 \pm 4,79$ pg/mL, un cambio de un 17,4% sobre el inicio.

Con respecto a la seguridad endometrial, se evaluó en 722 mujeres que utilizaban DHEA intravaginal entre 12 y 52 semanas; se obtuvo material suficiente para la evaluación histológica en 668 muestras. En 668 mujeres se observó un endometrio atrófico o inactivo¹⁴. La ausencia de efectos de la DHEA en el endometrio incluso en presencia de niveles circulantes séricos de DHEA se explica por la ausencia de enzimas (especialmente aromatasas) que sean capaces de transformar la DHEA en estrógenos en el endometrio humano.

Pacientes con antecedentes de cáncer de mama

Una de las preocupaciones al indicar preparados hormonales locales son las pacientes con antecedente personal de cáncer de mama.

Hay 2 ensayos que evaluaron la DHEA como tratamiento para SGM en pacientes con cáncer de mama sometidas a tratamiento con inhibidores de la aromatasas (IA) y tamoxifeno.

Un estudio piloto, prospectivo y abierto incluyó a 10 mujeres con cáncer de mama tratadas con IA, que recibieron DHEA como un óvulo vaginal cada noche durante el primer mes y un óvulo cada dos noches durante los cinco meses restantes. El estradiol sérico medio se mantuvo entre 3,4 pg/mL a 4,3 pg/mL ($p = 0,9136$) después de 6 meses de seguimiento¹⁵.

En un ensayo controlado aleatorizado, 464 sobrevivientes de cáncer de mama y ginecológico con SGM recibieron DHEA vaginal de 3,25 mg o 6,5 mg o crema humectante vaginal, durante 12 semanas. Los tres brazos mostraron una mejoría en los síntomas vaginales a las 12 semanas. Además, las mujeres que usaron 6,5 mg de DHEA informaron una salud sexual significativamente mejor¹⁶. Los niveles circulantes de sulfato de deshidroepiandrosterona (DHEA-S) y testosterona aumentaron significativamente en aquellas mujeres bajo DHEA vaginal, dependiente de la dosis en comparación con el uso de humectante vaginal. El estradiol aumentó significativamente en las que usaban 6,5 mg/día de DHEA pero no en quienes usaban 3,25 mg/día y tampoco aumentó en las pacientes bajo tratamiento con anastrozol. Las concentraciones de estradiol y de estrona no se modificaron en mujeres que tomaban IA y no fueron significativamente diferentes de las concentraciones con el uso de humectante vaginal¹⁷.

El uso de DHEA vaginal en mujeres con cáncer de mama no está contraindicado, pero se recomienda precaución porque el estrógeno es un metabolito de la DHEA, aunque los niveles de estradiol y testosterona permanecen dentro del rango posmenopáusico.

Otros usos de DHEA vaginal

Existe evidencia que respalda que los niveles bajos de DHEA-S se correlacionan negativamente con la función sexual en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas en mayor medida que los niveles de testosterona. La DHEA-S sérica baja también ha sido asociada con un aumento de la disfunción sexual durante la transición menopáusica. Un ensayo abierto de 52 semanas de uso vaginal diario de DHEA reveló mejoras significativas en todos los dominios de la función sexual estudiados, incluidos el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, el dolor y la satisfacción ($p < 0,0001$ para todos los parámetros)¹⁸. Esto se podría explicar ya que, en estudios realizados en ratas, la DHEA, a través de su conversión intravaginal a andrógenos, provoca un aumento en el número y el área de superficie de fibras nerviosas de la vagina¹⁹. Se ha sugerido también que los andrógenos influyen en el tono muscular del tejido eréctil del clítoris, mientras contribuyen a la excitación genital y la lubricación vaginal.

Con respecto a otros usos de la DHEA vaginal, en un estudio se evaluó el impacto de la administración vaginal de DHEA en mujeres posmenopáusicas con síndrome de vejiga hiperactiva, utilizando cuestionarios de incontinencia (ICQ-OAB/ ICQ-IU). Las mujeres refirieron una mejora en las fugas diarias de orina, pero la cantidad de fugas no mejoró de forma estadísticamente significativa [$28,6\%$ vs. $14,3\%$, $p < 0,16$]²⁰.

Otro estudio observacional prospectivo incluyó a 34 mujeres con SGM e incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) moderada. Las participantes recibieron 6,5 mg/día de DHEA vaginal durante 12 semanas, y se evaluaron los síntomas de IOE y la función del piso pélvico antes y después del tratamiento. Tras 12 semanas de tratamiento se observó una reducción estadísticamente significativa de los episodios de IOE ($p < 0,001$). La mediana de la puntuación del cuestionario de incontinencia (ICQ-IU) disminuyó de 12 a 9 ($p < 0,001$), lo que indica una reducción significativa de los síntomas urinarios. Además, se observó una mejora significativa del tono muscular del suelo pélvico²¹.

Se requieren más estudios que exploren el potencial de la terapia androgénica en la esfera de la uroginecología.

CONCLUSIÓN

Una ventaja única de la DHEA es que es un precursor inactivo o profármaco, que se transforma en hormonas sexuales activas (estrógenos y/o andrógenos) solo en las células específicas y tejidos que poseen las enzimas requeridas.

La prasterona diaria de 6,5 mg es tan eficaz como los estrógenos locales. Presenta efectos beneficiosos en la anatomía y fisiología de la atrofia vulvovaginal y todos los síntomas y signos asociados, sin exposición sistémica, de acuerdo con el mecanismo de la intracrinología.

Contribuciones de las autoras: Conceptualización, Redacción - borrador original, Supervisión, Redacción - revisión y edición: MAB.

Investigación, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición: MLGT, MC, APS, RFSN.

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

- Kim HK, Kang SY, Chung YJ, et al. The recent review of the genitourinary syndrome of menopause. *J Menopausal Med*. 2015;21(2):65-71. <https://doi.org/10.6118/jmm.2015.21.2.65>.
- Nik Hazlina NH, Norhayati MN, Shaiful Bahari I, et al. Prevalence of psychosomatic and genitourinary syndrome among menopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:848202. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.848202>.
- Mili N, Paschou SA, Armeni A, et al. Genitourinary syndrome of menopause: a systematic review on prevalence and treatment. *Menopause*. 2021;28(6):706-716. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001752>.
- Traish AM, Vignozzi L, Simon JA, et al. Role of androgens in female genitourinary tissue structure and function: implications in the genitourinary syndrome of menopause. *Sex Med Rev*. 2018;6(4):558-571. <https://doi.org/10.1016/j.xsmr.2018.03.005>.
- Tang J, Chen LR, Chen KH. The utilization of dehydroepiandrosterone as a sexual hormone precursor in premenopausal and postmenopausal women: an overview. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2021;15(1):46. <https://doi.org/10.3390/ph15010046>.
- Labrie F, Archer D, Bouchard C, et al. High internal consistency and efficacy of intravaginal DHEA for vaginal atrophy. *Gynecol Endocrinol*. 2010;26(7):524-532. <https://doi.org/10.3109/09513590903511547>.
- Labrie F, Archer DF, Bouchard C, et al. Intravaginal dehydroepiandrosterone (prasterone), a highly efficient treatment of dyspareunia. *Climacteric*. 2011;14(2):282-288. <https://doi.org/10.3109/13697137.2010.535226>.
- Labrie F, Archer DF, Koltun W, et al. Efficacy of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on moderate to severe dyspareunia and vaginal dryness, symptoms of vulvovaginal atrophy, and of the genitourinary syndrome of menopause. *Menopause*. 2018;25(11):1339-1353. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001238>.
- Labrie F, Archer DF, Bouchard C, et al. Prasterone has parallel beneficial effects on the main symptoms of vulvovaginal atrophy: 52-week open-label study. *Maturitas*. 2015;81(1):46-56. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.02.005>.
- Sauer U, Talaulikar V, Davies MC. Efficacy of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) for symptomatic women in the peri- or postmenopausal phase. *Maturitas*. 2018;116:79-82. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.07.016>.
- Duarte PR, Maroto Martín MT, Mar Martín Moya MD, et al. Quality of life analysis measured with the Cervantes 16 scale in treated menopausal women with genitourinary syndrome. *J Comp Eff Res*. 2022;11(18):1365-1374. <https://doi.org/10.2217/ce-2022-0086>.
- Bouchard C, Labrie F, Archer DF, et al. Decreased efficacy of twice-weekly intravaginal dehydroepiandrosterone on vulvovaginal atrophy. *Climacteric*. 2015;18(4):590-607. <https://doi.org/10.3109/13697137.2014.992012>.
- Ke Y, Gonthier R, Simard JN, et al. Serum steroids remain within the same normal postmenopausal values during 12-month intravaginal 0.50% DHEA. *Horm Mol Biol Clin Investig*. 2015;24(3):117-129. <https://doi.org/10.1515/hmbci-2015-0035>.
- Portman DJ, Labrie F, Archer DF, et al. Lack of effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA, prasterone) on the endometrium in postmenopausal women. *Menopause*. 2015;22(12):1289-1295. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000470>.
- Mension E, Alonso I, Cebrecos I, et al. Safety of prasterone in breast cancer survivors treated with aromatase inhibitors: the VIBRA pilot study. *Climacteric*. 2022;25(5):476-482. <https://doi.org/10.1080/13697137.2022.2050208>.
- Barton DL, Sloan JA, Shuster LT, et al. Evaluating the efficacy of vaginal dehydroepiandrosterone for vaginal symptoms in postmenopausal cancer survivors: NCCTG N10C1 (Alliance). *Support Care Cancer*. 2018;26(2):643-650. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3878-2>.
- Barton DL, Shuster LT, Dockter T, et al. Systemic and local effects of vaginal dehydroepiandrosterone (DHEA): NCCTG N10C1 (Alliance). *Support Care Cancer*. 2018;26(4):1335-1343. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3960-9>.
- Bouchard C, Labrie F, Derogatis L, et al. Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on the female sexual function in postmenopausal women: ERC-230 open-label study. *Horm Mol Biol Clin Investig*. 2016;25(3):181-190. <https://doi.org/10.1515/hmbci-2015-0044>.
- Pelletier G, Ouellet J, Martel C, et al. Androgenic action of dehydroepiandrosterone (DHEA) on nerve density in the ovariectomized rat vagina. *J Sex Med*. 2013;10(8):1908-1914. <https://doi.org/10.1111/jsm.12219>.
- Matarazzo MG, Sarpietro G, Fiorito D, et al. Intravaginal 6.5 mg prasterone administration in postmenopausal women with overactive bladder syndrome: a pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021;263:67-71. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.06.009>.
- Misasi G, Russo E, Montt Guevara MM, et al. Effects of vaginal DHEA on stress urinary incontinence in postmenopausal women with vulvovaginal atrophy. *Maturitas*. 2025;196:108232. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2025.108232>.

Formación en salud ambiental en carreras de Medicina de la Argentina. Una vacancia de gran impacto en la salud pública

Fabiana I. Reboiras¹, Ignacio López Leavy², Rocío Deza¹, María I. Fernández Cedro², Fabio E. Ratto¹ y Carolina Roni²

1. Observatorio Social Universitario (OSU), Universidad Hospital Italiano. Argentina

2. Centro de Investigación en Gestión, Educación y Desarrollo Sustentable (CIGEDDES), Universidad Hospital Italiano. Argentina

RESUMEN

Introducción: el impacto de la crisis socioambiental sobre la salud ha sido ampliamente documentado, evidenciando la necesidad de incluir contenidos de salud ambiental y determinación ambiental de la salud en la formación del personal de salud. Sin embargo, en la Argentina, la educación médica aún carece de una integración sistemática de esta perspectiva en sus planes de estudio. Este trabajo analiza la incorporación de la perspectiva de desarrollo sustentable en los perfiles de egreso y, cuando esta se halla presente, examina los planes de estudio para evaluar su coherencia curricular.

Material y métodos: se realizó un análisis documental cualitativo sobre los perfiles de egreso de las 47 facultades de Medicina de la Argentina, identificando referencias a términos vinculados a la sustentabilidad. Posteriormente, se analizaron los planes de estudio de las seis facultades cuyo perfil de egreso incluye esta perspectiva, sistematizando los datos en una matriz de análisis y clasificando la información en categorías temáticas.

Resultados: solo 6 de las 47 facultades de Medicina (12,7%) incluyen menciones explícitas a la sustentabilidad en sus perfiles de egreso. El análisis de sus planes de estudio mostró que, si bien existen algunas referencias a salud ambiental en asignaturas como salud pública, epidemiología o parasitología, no se identifican materias específicas que desarrollen esta perspectiva de manera transversal y sistemática.

Conclusión: existe una vacancia curricular en la educación médica en la Argentina con respecto a la relación entre ambiente y salud. Es necesario reformular los planes de estudio incorporando la sustentabilidad como un eje transversal, abordando problemáticas como el acceso a agua segura, la exposición a agroquímicos, el impacto del cambio climático en la salud, entre otras.

Palabras clave: educación médica, carrera de Medicina, salud ambiental, desarrollo sustentable, perfil de egreso, plan de estudios.

Environmental Health Education in Medical Degree Programs in Argentina: A Critical Gap with Major Public Health Implications

ABSTRACT

Introduction: The impact of the socio-environmental crisis on health has been widely documented, underscoring the need to incorporate content on environmental health and the environmental determinants of health into the training of healthcare professionals. However, in Argentina, medical

Autor para correspondencia: fabiana.reboiras@hospitalitaliano.org.ar, Reboiras FI.

Recibido: 19/02/25 Aceptado: 15/07/2025

DOL: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.681>

Cómo citar: Reboiras FI, López Leavy I, Deza R, Fernández Cedro MI, Ratto FE, Roni C. Formación en salud ambiental en carreras de Medicina de la Argentina. Una vacancia de gran impacto en la salud pública. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2025;45(3):e0000681

education still lacks a systematic integration of this perspective into its curricula. This study analyzes the incorporation of the sustainable development perspective into graduate profiles and, when present, examines the curricula to assess their internal consistency.

Materials and Methods: A qualitative documentary analysis was carried out on the graduate profiles of Argentina's 47 medical schools, identifying references to sustainability-related terms. Subsequently, the curricula of the six schools whose graduate profiles include this perspective were analyzed. The data were systematized in an analytical matrix and classified into thematic categories.

Results: Only 6 out of 47 medical schools (12.7%) explicitly include sustainability in their graduate profiles. The analysis of their curricula revealed that although there are some references to environmental health in courses such as public health, epidemiology, or parasitology, no specific subjects were identified that systematically and transversally address this perspective.

Conclusion: There is a curricular gap in medical education in Argentina regarding the relationship between the environment and health. It is necessary to reformulate curricula to incorporate sustainability as a cross-cutting axis, addressing issues such as access to safe water, exposure to agrochemicals, and the impact of climate change on health, among others.

Keywords: medical education, medical degree program, environmental health, sustainable development, graduate profile, curriculum.

INTRODUCCIÓN

En el año 2000, Crutzen y Stoermer¹ acuñaron el término “antropoceno” para describir el impacto sin precedentes de las actividades humanas sobre la Tierra, considerando que dicho impacto provocó el inicio de una nueva era geológica comparable en magnitud a los fenómenos que definieron eras pasadas. A través de sus acciones industriales, agrícolas y urbanas, la humanidad ha transformado el planeta de manera profunda y, en muchos casos, irreversible.

En este contexto, la perspectiva del desarrollo sustentable se configura como una necesidad imperante. La sustentabilidad implica lograr simultáneamente el desarrollo social y el resguardo de la integridad ecológica del planeta, lo que involucra diversas temáticas en las cuales se debe trabajar a escala global, regional y local. Para ello, las Naciones Unidas y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) aportan al entendimiento de los distintos desafíos para enfrentar². De igual manera, la Declaración de Berlín (2021) propone que la Educación para el Desarrollo Sostenible (EDS) “debe basarse en el respeto a la naturaleza, así como en los derechos humanos, la democracia, el estado de derecho, la no discriminación, la equidad y la igualdad de género”³(p. 2).

El cuidado y estudio del ambiente son dos de los aspectos centrales de dicha perspectiva, que se desprende de una evidente crisis climática global y de la creciente frecuencia de eventos climáticos extremos que han ido aumentando la vulnerabilidad y los riesgos de las poblaciones locales⁴. La literatura es contundente al señalar los impactos del cambio climático y el ambiente en la salud de las personas⁵⁻⁷. Algunos de los efectos más estudiados son: la prevalencia de enfermedades respiratorias debido a la contaminación del aire^{8,9}; el aumento de la morbilidad por las temperaturas extremas y las olas de calor^{10,11}; la presencia de agentes químicos en la sangre y

orina¹² y la proliferación de enfermedades causadas por el consumo de agua no segura¹³, entre otros.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado cómo la degradación ambiental y el cambio climático afectan la seguridad alimentaria, la propagación de enfermedades vectoriales y las condiciones psicológicas de toda la población, pero desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables¹⁴. Varios estudios más recientes han dado cuenta incluso del impacto emocional y psicológico de la crisis ambiental, acuñando el concepto de ecoansiedad¹⁵. Abordar la complejidad de la crisis ambiental y climática requiere el aporte de múltiples disciplinas que contemplen las distintas dimensiones involucradas.

Desde la década de 1980, los organismos internacionales comenzaron a dedicar su atención a la crisis climática, promoviendo la participación de distintos sectores de la sociedad para mitigar su impacto y destacando el papel de la educación en la creación de sociedades más sostenibles^{2,16}. Desde la primera conferencia internacional de la ONU sobre Educación Ambiental, realizada en Tbilisi en 1977, comenzó un proceso de jerarquización del vínculo entre la educación y el medioambiente¹⁷. Algunos documentos como la Convención Marco de las Naciones Unidas de 1992, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y su reactualización en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como el Acuerdo de París, contribuyeron a posicionar a la educación como una herramienta clave para enfrentar desafíos medioambientales¹⁸.

El papel de las instituciones de Nivel Superior fue destacado en la 22.ª Conferencia de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, donde se mencionó la importancia de las Redes de Universidades Sostenibles como formadoras de profesionales promotores de la perspectiva de desarrollo sustentable para enfrentar la crisis climática¹⁹. En esta línea, algunos autores afirmaron que la estructura

de los sistemas educativos y planes de estudio podrían conformar parte de las causas del cambio climático²⁰, motivo por el cual es necesaria una reorientación de la educación superior hacia la sostenibilidad.

En 2018, la Alianza de Redes Iberoamericanas de Universidades por la Sustentabilidad y el Ambiente (ARIUSA) publicó el documento “Incorporación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el quehacer de las Instituciones de Educación Superior de la ARIUSA”, donde destacó que los ODS planteados en la Agenda 2030 deben “ser considerados como una herramienta de planificación para que cada IES transite en su camino hacia un desarrollo sostenido, inclusivo y en armonía con el ambiente, contribuyendo a la transformación de una América Latina más incluyente, equitativa y sostenible”²¹ (p. 7).

Los datos disponibles dan cuenta de: 1) el impacto de las condiciones ambientales en la salud de las poblaciones que demanda que el personal de salud atraviese procesos de formación orientados a la sustentabilidad y 2) una preocupación internacional sobre el papel de las instituciones educativas en la promoción del desarrollo sustentable. A pesar de la creciente evidencia, no se han hallado estudios que analicen si la perspectiva de sustentabilidad se incluye en la formación médica en la Argentina. Es por ello que realizamos un análisis de los perfiles de egreso y planes de estudio de las facultades de Medicina de la Argentina en busca de referencias a la sustentabilidad. Este trabajo presenta resultados preliminares del análisis, enmarcados en una investigación en curso que realiza el Observatorio Social Universitario (OSU) junto con el Centro de Investigación en Gestión, Educación y Desarrollo Sustentable (CIGEDS) de la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, sobre la presencia/ausencia de la perspectiva de desarrollo sustentable en la formación del personal médico de la Argentina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo es resultado de un análisis documental cualitativo de perfiles de egreso y planes de estudio de las 47 facultades de Medicina que existen actualmente en la Argentina.

El diseño muestral fue realizado a través de un muestreo no aleatorio, seleccionando las facultades que reunieran las siguientes características: 1) que dispusieran de acceso público a sus documentos institucionales y 2) que representaran la heterogeneidad del Nivel Superior en cuanto a: tipo de gestión (pública o privada), ubicación geográfica y antigüedad.

El relevamiento de los datos se realizó a partir de la búsqueda y sistematización de los perfiles de egreso y planes de estudio disponibles en las páginas web de las universidades seleccionadas. Para el análisis de los datos, se utilizó una matriz de sistematización en Microsoft Excel® que permitió identificar conceptos y/o categorías vinculadas a la sustentabilidad: “sustentabilidad”, “salud ambiental”, “medioambiente”, “educación para la sostenibilidad”, “factores ambientales”, “componentes ambientales”, “responsabilidad ambiental”, “ambiente”, “determinantes ambientales”, “ecología”, “entorno natural”, “biodiversidad”,

“cuidado ambiental”. Siguiendo las técnicas de codificación y contextualización propuestas por Maxwell²², se realizó un análisis cualitativo del contenido documental, codificando y clasificando la información en categorías temáticas. Este enfoque permitió identificar patrones, así como comprender sus relaciones de continuidad y contigüidad.

En cuanto a las posibles limitaciones de este trabajo, al tratarse de un análisis documental reconocemos que los documentos no necesariamente reflejan con fidelidad las prácticas formativas reales, sino más bien los marcos formales o normativos que orientan dichas prácticas. En tal sentido, este estudio no permite una inferencia directa sobre la enseñanza en términos ambientales ni sobre la apropiación que realizan estudiantes y docentes sobre estos contenidos. En relación con el alcance del estudio, este se limita a relevar la presencia y caracterización formal de contenidos relacionados con la sustentabilidad en los perfiles de egreso y planes de estudio. Se trata de un recorte analítico que permite establecer ciertas tendencias discursivas e institucionales pero que, sin embargo, deja por fuera del análisis aspectos como la implementación curricular, la formación docente o las experiencias estudiantiles en torno a esta temática, que podrían abordarse en investigaciones futuras a través de metodologías cualitativas complementarias como entrevistas, grupos focales u observaciones de aula.

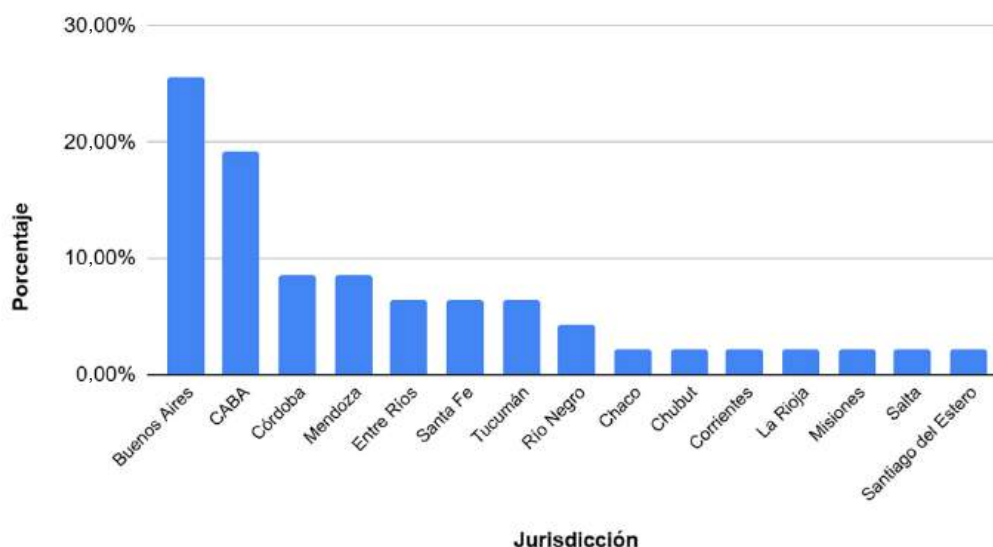
RESULTADOS

I. Descripción de los datos

En la Argentina existen 47 instituciones educativas que cuentan con la carrera de Medicina en el Nivel Superior en 16 provincias. Del total, 24 son universidades públicas y 23 son universidades de gestión privada (Anexo 1 y Fig. 1).

Del total de 47 facultades se seleccionaron 44, ya que no fue posible acceder a los documentos institucionales de la Universidad del Salvador, la Universidad Nacional de La Rioja y la Universidad Adventista del Plata, aun habiendo contactado y solicitado los documentos a sus respectivas direcciones de carrera y secretarías académicas. Del análisis de los perfiles de egreso de las 44 facultades de Medicina, Ciencias Médicas y/o Ciencias de la Salud que ofrecen la carrera de Medicina, se hallaron 6 que hacen referencia a una perspectiva de desarrollo sustentable, en clave del vínculo ambiente y salud de la población, representando un 12,7% de las carreras de Medicina del país.

Las facultades que ofrecen este perfil son las siguientes: Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Mendoza, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral y Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán (Tabla 1).



Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Distribución porcentual de facultades de Medicina por jurisdicción..

Son 4 universidades públicas y 2 universidades de gestión privada. Las públicas están ubicadas en las provincias de Córdoba, Salta, Santa Fe y Tucumán, mientras que las privadas se encuentran en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en Mendoza. En cuanto a la antigüedad de la carrera, algunas fueron creadas durante principios o mediados del siglo XX y otras más recientemente. Sin embargo, todas actualizaron sus planes de estudio en los últimos 10 años.

De acuerdo con los perfiles de egreso, quienes se gradúan de la carrera de Medicina cuentan con determinadas habilidades y competencias. En la Universidad Católica Argentina (UCA) deberán evidenciar conocimientos relativos a, entre otras cuestiones, “el aspecto bioético del ejercicio de la medicina, la visión bio-psico-socio-espiritual de la salud de la persona inmersa en su comunidad y medioambiente y la articulación de las tradiciones éticas de la práctica médica con los principios morales cristianos”.

En la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) serán capaces de “valorar los factores ambientales, culturales, sociales y económicos causantes de la enfermedad, reconociendo las deficiencias y promoviendo su corrección”.

En la Universidad de Mendoza (UM) podrán “efectuar las acciones curativas y aplicar las medidas necesarias para el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades, apoyándose en el análisis de los determinantes socioeconómicos, ambientales y del estilo de vida”.

En la Universidad Nacional de Salta (UNSa) contarán con “competencias clínicas y psicosociales demostrables en su accionar, basadas en la consideración de los determinantes

que influyen en el proceso salud-enfermedad-atención: el aspecto biológico, mental, los estilos de vida, el componente ambiental y el accionar de los servicios de salud”.

En la Universidad Nacional del Litoral (UNL) tendrán capacidad de “prestar atención integral e integrada en diferentes aspectos de la salud individual, colectiva y medioambiental”.

En la Universidad Nacional de Tucumán obtendrán “competencias clínicas y psicosociales demostrables en su accionar, basadas en la consideración de los determinantes del proceso salud-enfermedad: lo biológico, los estilos de vida, el componente ambiental y el accionar de los Servicios de Salud”.

Como se observa en la Tabla 1, los vocablos y palabras que aparecen en los perfiles de egreso de dichas universidades son: “medioambiente”, “factores ambientales”, “componente ambiental”, “salud medioambiental”, “determinantes ambientales”. Estas referencias expresan el compromiso de las carreras de formar profesionales capaces de mitigar los impactos de la crisis socioambiental actual y producir conocimiento para abordar problemas de salud, conscientes del papel del ambiente para su prevención y atención.

Tras identificar 6 perfiles de egreso con perspectiva ambientalista, se analizaron los planes de estudio de las carreras para estimar si estaban alineados a los perfiles. Este análisis arrojó la inexistencia de materias específicas vinculadas a ambiente y salud. Sin embargo, al analizar los programas disponibles de las materias incluidas en estos planes, se hallaron contenidos mínimos amplios y/o ambiguos que sugieren una preocupación ambiental.

Tabla 1. Universidades y facultades de Medicina de la Argentina con referencias a sustentabilidad en sus perfiles de egreso

Universidad	Facultad	Vocablos referidos a sustentabilidad presentes en el perfil de egreso
Pontificia Universidad Católica Argentina	Facultad de Ciencias Médicas	medioambiente
Universidad Nacional de Córdoba	Facultad de Ciencias Médicas	factores ambientales
Universidad de Mendoza	Facultad de Ciencias Médicas	determinantes ambientales
Universidad Nacional de Salta	Facultad de Ciencias de la Salud	componente ambiental
Universidad Nacional del Litoral	Facultad de Ciencias Médicas	salud medioambiental
Universidad Nacional de Tucumán	Facultad de Medicina	componente ambiental

Fuente: elaboración propia.

La Pontificia Universidad Católica Argentina y la Universidad de Mendoza cuentan con asignaturas sobre salud comunitaria y Derechos Humanos, que podrían incluir contenidos sobre el binomio ambiente y salud.

La Universidad Nacional de Córdoba organiza la carrera en áreas de conocimiento integradas que fomentan competencias y valores como el humanismo, definido como el “amor al ser humano como un todo, insertado en su comunidad y sin discriminaciones, respeto y conservación del medio que lo rodea”. Las asignaturas se incluyen en las áreas y varias de ellas buscan “fortalecer valores de respeto, comunicación, tolerancia en el trabajo y conservación del ambiente”. En el área de “Salud Pública”, las asignaturas “Salud Comunitaria I” y “Medicina Preventiva y Social I” incluyen contenidos específicos sobre ambiente. En “Salud Comunitaria I” se abordan problemas ambientales globales y locales, cambio climático, contaminación, residuos, desarrollo sustentable y herramientas para identificar problemas y riesgos ambientales a nivel familiar y comunitario. En “Medicina Preventiva y Social I” se analizan las condiciones ambientales, epidemiológicas, socioculturales, económicas y el acceso a servicios de salud. Además, las asignaturas “Patología” y “Parasitología y Micología Médicas” cubren las patologías ambientales y la importancia del medioambiente en las enfermedades parasitarias. Por último, en “Clínica Pediátrica” se estudia el impacto del ambiente en el crecimiento y desarrollo infantil y la salud ambiental infantil.

En el plan de estudios de la Universidad Nacional de Salta, la asignatura “Salud, Hombre y Sociedad” incluye temas ambientales como saneamiento básico, control sanitario de aguas, viviendas, alimentos, residuos y enfermedades vectoriales, además de la promoción de la salud y ambientes saludables. En “Salud Comunitaria II” se estudian la Carta de Ottawa (1986) y la Declaración de Jakarta (1997) sobre la promoción de la salud. La Carta de Ottawa destaca la creación de ambientes saludables y la conservación de recursos naturales, mientras que la Declaración de Jakarta subraya los impactos de la degradación ambiental y el uso sostenible de los recursos. Además,

“Fisiología Humana” y “Medicina Infanto-Juvenil” incluyen contenidos sobre la relación del hombre con su ambiente y la importancia del ambiente en el desarrollo psicofísico.

La Universidad Nacional del Litoral cuenta con un currículo integrado organizado en ciclos, áreas y módulos. En el ciclo “Promoción de la Salud”, en el área “Ser Humano y su Medio” se trabajan contenidos como salud ambiental y ecología, medioambiente saludable, ecología y epidemiología. En el ciclo “Prevención de la Enfermedad”, las áreas de “Defensa” e “Injuria” tienen como contenidos mínimos fisiopatología ambiental.

En la Universidad Nacional de Tucumán, cuatro asignaturas contienen temáticas de ambiente y salud entre sus programas. “Salud Pública I” incluye entre sus contenidos mínimos: la salud y sus determinantes, el ser humano y su ambiente como factores que determinan la salud-enfermedad, la promoción de la salud y los ambientes saludables (vivienda, agua, eliminación de excretas, disposición de basuras, control sanitario de alimentos, control de artrópodos y roedores), el Ambiente Primario de Salud y el Saneamiento Ambiental Básico. En “Fisiología” se menciona “el hombre y el medioambiente” como un contenido mínimo y, en “Parasitología”, se trabaja sobre pautas preventivas de enfermedades parasitarias como el saneamiento ambiental. Por último, en “Toxicología” hay contenidos mínimos referidos a salud ambiental y el impacto de sustancias químicas que se comercializan en la salud pública y ambiental.

II. Discusión

Uno de los principales desafíos con los que se enfrentan las universidades ante la crisis ambiental es la formación de profesionales con competencias y habilidades para afrontarla. Sin embargo, los hallazgos del análisis dan cuenta de cierta vacancia en este punto en las carreras de Medicina de la Argentina. Si bien existen referencias al binomio salud-ambiente en algunos perfiles de egreso, no existen materias específicas en los planes de estudio. Esta limitada integración podría responder a una falta de transversalidad de la sustentabilidad en

los valores institucionales y la tendencia histórica de las ciencias médicas a priorizar los enfoques biomédicos por sobre los socioambientales.

Asimismo, como científicos sociales entendemos que el uso de las palabras es situacional, polisémico y no está exento de tensiones conceptuales. Esto implica que las referencias al ambiente no necesariamente se traducen en competencias profesionales para abordar el impacto del ambiente en la salud en el ámbito asistencial. Otra línea de indagación de este equipo está abocada a relevar, a través de entrevistas semiestructuradas al personal médico, las interpretaciones y sentidos atribuidos a estos conceptos, cómo se incorporan en su práctica profesional y cómo piensan la relación ambiente-salud.

La sustentabilidad en las universidades puede abordarse a través de la docencia y la formación de sus estudiantes, de la investigación especializada, de estrategias de conciencia ecológica y de gestión ambiental institucionales y de proyectos de extensión y articulación territorial. Algunos estudios han evaluado que su actuación es generalmente fragmentaria, con pocas acciones coordinadas entre todas las áreas^{23,24}. Los resultados preliminares de este trabajo se alinean con la literatura regional que sostiene la necesidad de introducir un enfoque sistemático de la dimensión ambiental en los planes de estudio de las carreras de Medicina que garantice el desarrollo de competencias profesionales ambientales, cuya importancia se acrecienta cada día^{26,27}. Una revisión sistemática de 104 facultades de Medicina de Latinoamérica señaló que solo un 36% contaba con un curso de salud ambiental en su propuesta curricular, mientras que el 99% no contaba con cursos específicos sobre cambio climático y salud²⁸. La excepción se encontró en Perú, donde “a partir de un análisis curricular de 41 facultades de Medicina” se informó que el 70% de ellas imparten cursos relacionados con salud ambiental²⁹.

Además, no existen modificaciones curriculares concretas que preparen a las futuras generaciones de profesionales para abordar los desafíos de salud ambiental. Este vacío crítico subraya la importancia de repensar la perspectiva de desarrollo sustentable como un eje transversal, capaz de permear tanto la formación profesional como los valores institucionales.

Trazar vínculos entre sustentabilidad y salud es un desafío pendiente, ya que no hay consenso sobre cuáles serían las competencias profesionales necesarias para ejercer la medicina desde una perspectiva de desarrollo sustentable. En principio, el enfoque de la determinación ambiental de la salud debería ser incorporado en la formación⁶. La Educación para el Desarrollo Sostenible (EDS) anclada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, ofrece un marco de referencia disciplinar para fortalecer el conocimiento y las habilidades hacia la sustentabilidad de las sociedades²⁴.

Ante este escenario, resulta necesario diseñar acciones que pongan en valor los conocimientos y las prácticas vinculadas a la sustentabilidad en los diferentes pilares del ámbito universitario:

- las políticas universitarias y sus planes estratégicos
- los entornos de aprendizaje

- los procesos de enseñanza
- las competencias del personal directivo y docente
- la investigación
- la extensión universitaria

CONCLUSIONES

En este trabajo analizamos los perfiles de egreso y planes de estudio de las instituciones de educación superior que cuentan con la carrera de Medicina en la Argentina, en busca de referencias sobre una perspectiva de desarrollo sustentable en clave del binomio ambiente y salud de la población. Los hallazgos de este trabajo reflejan una significativa ausencia de aquella en la formación médica, donde apenas un 12,7% de las instituciones analizadas coinciden en formar a sus estudiantes con este perfil. Incluso en esos casos, los planes de estudio carecen de asignaturas específicas sobre salud ambiental que desarrollen estas competencias de manera estructurada. Aunque algunos planes de estudio incluyen contenidos sobre salud ambiental, ecología y su impacto en la salud humana en varias áreas del currículo, no tienen un eje explícito en sustentabilidad.

La falta de acceso a agua segura, el hacinamiento en barrios vulnerables, la exposición de comunidades rurales a agroquímicos, las enfermedades transmitidas por vectores, los efectos de los cambios climáticos en la salud, entre otras, son problemáticas que requieren una respuesta sanitaria integral. Sin embargo, actualmente no existen estrategias sistemáticas en la formación médica nacional para capacitar al personal de salud en la prevención y el manejo de estos escenarios. En tal sentido, la sustentabilidad en salud implica una transformación profunda en la educación médica, que no se limite a reconocer el impacto ambiental en la salud, sino que prepare a los profesionales para intervenir activamente en la prevención y el abordaje de enfermedades asociadas a factores socioambientales. El objetivo es promover profesionales preparados para detectar riesgos ambientales en la salud de sus pacientes y capaces de advertir sobre problemáticas de salud emergentes con un enfoque clínico que incorpore la protección del entorno como un componente central del bienestar de las poblaciones.

Estos hallazgos presentan varias oportunidades. Primero, destacan la importancia de incorporar la Educación para el Desarrollo Sostenible (EDS) en las universidades para formar profesionales de la salud capaces de enfrentar desafíos medioambientales y promover valores de responsabilidad ambiental y social en los centros asistenciales. Segundo, subrayan la necesidad de profundizar en dos áreas de investigación en nuestra Universidad: el análisis sistemático de las asignaturas de los planes de estudio de las 47 carreras de Medicina en la Argentina y la comprensión de cómo el personal de salud entiende y practica la sustentabilidad en su trabajo asistencial.

En paralelo a la investigación, la Universidad lleva adelante proyectos de formación, gestión y cooperaciones técnicas para integrar la perspectiva de desarrollo sustentable en sus tres pilares. En 2024, el rectorado, el Observatorio Social Universitario (OSU) y el Centro de Investigación en Gestión,

Educación y Desarrollo Sustentable (CIGEDDES) participaron en el programa de formación UNESCO-IESALC “Liderazgo y Gobernanza Universitaria sostenible”, destinado al personal directivo de universidades latinoamericanas. También se ha desarrollado e implementado el curso “Diversidad y Género, competencias transversales del personal de salud” para toda la comunidad de la Universidad y el Hospital Italiano de Buenos Aires, con 208 inscriptos en 2024, avalado para realizarse en horario laboral/académico. Además, se crearon materiales educativos para la accesibilidad y la comunicación inclusiva. La Universidad se unió a la Red de Universidades Argentinas para la Gestión Ambiental y la Inclusión Social (UAGAIS). Recientemente, el Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) respaldó la implementación de la Ley De Educación Ambiental en todas las universidades argentinas. Como equipo y como institución de educación superior esperamos que estas iniciativas generen transformaciones en los valores del personal de salud en actividad y en formación.

Contribuciones de los autores: Conceptualización, Supervisión, Administración del proyecto (FIR, CR). Metodología (FIR, ILL, RD, CR). Análisis formal (FIR, ILL, RD, MIFC, FER, CR). Investigación, Tratamiento de datos (ILL, RD, FER). Escritura - borrador original (ILL, RD, MIFC). Escritura - revisión y edición (FIR, ILL, RD, MIFC, FER, CR). Visualización (ILL, RD, MIFC, FER).

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

- UNESCO. Informe mundial sobre ciencias sociales 2013: cambios ambientales globales [Internet]. París: UNESCO; 2013 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002233/223388s.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas. Informe de los objetivos de desarrollo sostenible 2023: edición especial [Internet]. Nueva York: ONU; 2023 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf.
- UNESCO. Declaración de Berlín sobre la educación para el desarrollo sostenible [Internet]. París: UNESCO; 2021 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: <https://www.redcampussustentable.cl/wp-content/uploads/2022/07/Declaracion-Berlin-EDS-2021.pdf>.
- Barros V. El Cambio climático global. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2004.
- Patz JA, McGeehin MA, Bernard SM, et al. The potential health impacts of climate variability and change for the United States: executive summary of the report of the health sector of the U.S. National Assessment. *Environ Health Perspect*. 2000;108(4):367-376. <https://doi.org/10.1289/ehp.00108367>.
- Organización Panamericana de la Salud. Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington, DC: OPS; 2010.
- Ferloni A, Parot Varela M, Acosta G, 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>.
- Weiland SK, Hüsing A, Strachan DP, et al. Climate and the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinitis, and atopic eczema in children. *Occup Environ Med*. 2004;61(7):609-615. <https://doi.org/10.1136/oem.2002.006809>.
- Ellwood P, Asher MI, Beasley R, et al. The international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC): phase three rationale and methods. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005;9(1):10-16.
- Martínez Navarro F, Simón-Soria F, López-Abente G. Valoración del impacto de la ola de calor del verano de 2003 sobre la mortalidad. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 1:250-258. <https://doi.org/10.1157/13062535>.
- Díaz Jiménez J, Linares Gil C, García Herrera R. Impacto de las temperaturas extremas en la salud pública: futuras actuaciones. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79(2):145-157. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272005000200004>.
- 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 Buenos Aires*. 2024;44(2:e0000338). <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i2.338>.
- United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization. Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2017: special focus on inequalities [Internet]. New York: UNICEF, WHO; 2019 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/55276/file/Progress%20on%20drinking%20water,%20sanitation%20and%20hygiene%202019%20.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Establecimientos de salud resilientes al clima y ambientalmente sostenibles: orientaciones de la OMS. Ginebra: OMS; 2021.
- Kurth C, Pihkala P. Eco-anxiety: what it is and why it matters. *Front Psychol*. 2022;13:981814. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.981814>.
- UNESCO. Decenio de las Naciones Unidas de la Educación con miras al Desarrollo Sostenible (2005-2014): plan de aplicación internacional. París: UNESCO. Sección de la Educación para el Desarrollo Sostenible (ED/UNP/ESD); 2006 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001486/148654so.pdf>.
- UNESCO. International Conference on Environment and Society: Education and Public Awareness for Sustainability; Declaration of Thessaloniki. Thessaloniki; 1997 Dec 8-12.
- Hargis K, McKenzie M. Responding to climate change education: a primer for K-12 education. Saskatoon: The Sustainability and Education Policy Network; 2020.
- ONU. 22ª Conferencia de las Partes de la Convención Marco de la ONU sobre Cambio Climático (COP 22). Marruecos: Naciones Unidas; 2016.
- Komatsu H, Rappleye J, Silova I. Will education post-2015 move us toward environmental sustainability? En: Wulf A, ed. Grading goal four: tensions, threats, and opportunities in the sustainable development goal on quality education. Leiden: Brill; 2020. p. 297-321.
- Alianza de Redes Iberoamericanas de Universidades por la Sustentabilidad y el Ambiente. Incorporación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el quehacer de las Instituciones de Educación Superior de la ARIUSA. 2018.
- Maxwell JA. Qualitative research design: an interactive approach. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005.
- García D, Reich A, Tobí X. Estrategia nacional para la sustentabilidad en las universidades argentinas. Buenos Aires: Argentina. Ministerio de Educación; 2019.
- Saidon M. La dimensión ambiental como componente clave de las agendas universitarias. En: Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. 100 años de Reforma Universitaria: principales apelaciones a la universidad argentina. Buenos Aires: CONEAU; 2022. p. 305-323.
- UNESCO. United Nations Decade of Education for Sustainable Development (2005-2014): International Implementation Scheme [Internet]. París: UNESCO; 2005 [citado 2025 feb 10]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001486/148654e.pdf>.
- Rodríguez Cabrera I, Vicedo Tomey A, Valcárcel Izquierdo N, et al. Necesidad de una formación ambiental en la carrera de medicina. *Educ Méd Superior*. 2020;34(4):e2720.
- Mendoza Rodríguez H, Martínez Isaac JA, Valcárcel Izquierdo N. Evaluación del nivel de conocimiento sobre salud ambiental de los estudiantes de la carrera medicina. *Cuba Salud* 2018. 2018.
- Palmeiro-Silva YK, Ferrada MT, Ramírez Flores J, et al. Cambio climático y salud ambiental en carreras de salud de grado en Latinoamérica. *Rev Saúde Pública*. 2021;55:17. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002891>.
- Cami-Bernal F, Barriga-Chambi F, Fernandez-Guzman D, et al. Salud ambiental: una necesidad educativa para los médicos del Perú. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*. 2022;79(4):400-404. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n4.35406>.

ANEXO 1.

Instituciones de educación superior que cuentan con la carrera de Medicina en la Argentina

Jurisdicción (J)	Universidad/Instituto (Año plan de estudios)	Tipo de gestión (TG)	N.º por J y TG
Buenos Aires	Austral (2010); Católica Argentina (2016); Morón (2018); FASTA (2022)	Privada	4
	Nacional de La Plata (2011); Nacional Arturo Jauretche (2015); Nacional de Villa Mercedes (2018); Nacional José C. Paz (2019); Nacional de Mar del Plata (2022) Nacional de La Matanza (2023); Nacional del Sur (2023); Nacional del Centro de la Pcia. Bs.As. (2024)	Pública	8
	UCES (2010); del Salvador (2014); Hospital Italiano de Buenos Aires (2018); CEMIC (2022); Fundación Barceló (2022); Abierta Interamericana (2024); Maimónides (2024); Favaloro (S/D*) UBA (2024)	Privada	8
		Pública	1
Chaco	Nacional del Chaco Austral (2022)	Pública	1
Chubut	Nacional de la Patagonia San Juan Bosco (2013)	Pública	1
Córdoba	Ciencias Biomédicas de Córdoba (2015); Católica de Córdoba (2017)	Privada	2
	Nacional de Córdoba (2022); Nacional de Villa María (2017)	Pública	2
Corrientes	Nacional del Nordeste (2022)	Pública	1
Entre Ríos	Concepción del Uruguay (2017); Adventista del Plata (S/D*)	Privada	2
	Nacional de Entre Ríos (2018)	Pública	1
La Rioja	Nacional de La Rioja (2017)	Pública	1
Mendoza	Católica de Cuyo (2011); de Mendoza (2016); del Aconcagua (2019)	Privada	3
	Nacional de Cuyo (2011)	Pública	1
Misiones	Católica de las Misiones (2023)	Privada	1
Río Negro	Nacional de Río Negro (2022)	Pública	1
R.Negro/Neuquén	Nacional del Comahue (2023)	Pública	1
Salta	Nacional de Salta (2020)	Pública	1
Santa Fe	Italiano de Rosario (2007)	Privada	1
	Nacional del Litoral (2017); Nacional de Rosario (2024)	Pública	2
Stgo. del Estero	Nacional de Santiago del Estero (2014)	Pública	1
Tucumán	del Norte Santo Tomás de Aquino (2015); de San Pablo-T (2019)	Privada	2
	Nacional de Tucumán (2020)	Pública	1
Total			47

*S/D: Sin datos. Fuente: elaboración propia.

Programa de Formación en Investigación en una residencia de medicina familiar y comunitaria de la Argentina

Sebastián A. Sguiglia Schütz[■], Carolina Carrara[■], Valeria Vietto[■], Francisco E. Peper[■], Camila Volij[■] y Sergio A. Terrasa[■]

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano. Argentina

RESUMEN

Introducción: desde 2011 implementamos un Programa de Formación en Investigación en la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria (RMFyC) de un hospital privado universitario, con dos componentes principales: obligatoriedad de presentar un trabajo final de investigación (TFI) para obtener el título de especialista y un sistema de tutorías personalizadas.

El objetivo de este trabajo es comparar el número de investigaciones originales publicadas en revistas con revisión de pares, antes y después de la implementación del programa.

Materiales y métodos: estudio de cohorte retrospectiva. A través de un cuestionario autoadministrado y una búsqueda bibliográfica en PubMed, LILACS y Google Scholar, identificamos el número de exresidentes de la RMFyC que lideraron una investigación original durante su residencia y que lograron publicarla en una revista con arbitraje por pares, antes y después de la implementación del programa. Utilizamos un modelo de regresión lineal segmentada para evaluar cambios en las tendencias temporales y calculamos el cambio en las probabilidades de publicar, crudo y ajustado por potenciales factores confundidores, imputando datos faltantes.

Resultados: incluimos 115 residentes egresados de la RMFyC entre 1993 y 2023. Se publicaron 41 estudios, de los cuales 25 (61%) están en revistas indizadas en MEDLINE y 16 en otras bases de menor alcance. En cuanto a la metodología, 30 (73,2%) emplearon un enfoque cuantitativo, predominantemente estudios observacionales de corte transversal, validación de cuestionarios o cohortes; 9 (22%) fueron cualitativos y 2 (4,9%) mixtos. El programa de formación estuvo asociado con un aumento crudo de la probabilidad de publicar un trabajo en una revista con revisión de pares de 3,39 veces (IC 95% de 1,91 a 6,03) y con un aumento en el número de publicaciones anuales. El grado de involucramiento en actividades de investigación y el grado de apoyo percibido fueron altos. Los exresidentes señalaron fortalezas del programa, entre ellas el enfoque práctico y el acompañamiento personalizado, y puntos de mejora, entre las cuales se cuenta profundizar la formación en investigación cualitativa.

Discusión y conclusión: la implementación del programa estuvo asociada con un aumento significativo de la proporción de residentes que lideran investigaciones originales y logran publicarlas en revistas con arbitraje de pares.

Palabras clave: educación de posgrado en medicina, educación profesional, internado y residencia, recursos para la investigación, investigadores, proyectos de investigación, comunicación y divulgación científica.

Autor para correspondencia: sebastian.sguiglia@hospitalitaliano.org.ar, Sguiglia Schütz SA.

Recibido: 6/02/25 Aceptado: 15/07/25

DOL: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.426>

Cómo citar: Sguiglia Schütz SA, Carrara C, Vietto V, Peper FE, Volij C, Terrasa SA. Programa de Formación en Investigación en una residencia de medicina familiar y comunitaria de Argentina. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2025;45(3):e0000426

Research Training Program in a Family and Community Medicine Residency in Argentina

Introduction: Since 2011, we have implemented a research training program in the Family and Community Medicine Residency (FCMR) of a private university hospital, with two main components: the requirement to submit a final research project (FRP) to obtain the specialist degree, and a system of personalized tutoring. The objective of this study is to compare the number of original research articles published in peer-reviewed journals before and after the implementation of the program.

Materials and Methods: Retrospective cohort study. Through a self-administered questionnaire and a bibliographic search in PubMed, LILACS, and Google Scholar, we identified the number of former residents of the FCMR who led an original research project during their residency and succeeded in publishing it in a peer-reviewed journal, before and after the implementation of the program. We employed a segmented linear regression model to assess changes in temporal trends and calculate the crude and adjusted change in the probabilities of publication, controlling for potential confounding factors and imputing missing data.

Results: We included 115 graduates of the FCMR between 1993 and 2023. A total of 41 studies were published, of which 25 (61%) appeared in journals indexed in MEDLINE and 16 in other, less prominent databases. Regarding methodology, 30 (73.2%) studies employed a quantitative approach, mainly cross-sectional observational studies, questionnaire validation, or cohort studies; 9 (22%) were qualitative; and 2 (4.9%) used mixed methods. The training program was associated with a crude 3.39-fold increase (95% CI: 1.91 to 6.03) in the likelihood of publishing a paper in a peer-reviewed journal and in the number of publications per year.

The level of involvement in research activities and the perceived support were high. Former residents highlighted the program's strengths, including its practical focus and personalized guidance, and suggested areas for improvement, such as expanding training in qualitative research.

Discussion and Conclusion: The implementation of the program was associated with a significant increase in the proportion of residents who lead original research and publish it in peer-reviewed journals.

Keywords: Graduate medical education, Professional education, Internship and residency, Research resources, Researchers, Research projects, Scientific communication and dissemination

INTRODUCCIÓN

Diversas instituciones educativas de todo el mundo han remarcado la importancia de desarrollar competencias en investigación clínica, lectura crítica y bioestadística durante la residencia médica¹.

Según lo mencionado por Potti y col., directores de diferentes programas de residencia consideraron que los objetivos educativos en la formación en investigación, en orden decreciente de importancia, deberían incluir: 1) convertirse en consumidor crítico de las investigaciones que se publican, 2) aprender habilidades de investigación, 3) completar un proyecto de investigación y 4) producir publicaciones y presentaciones que aporten nuevos conocimientos².

Los beneficios potenciales de la formación en investigación son numerosos^{3,4} y podrían redundar en una mejor atención clínica fomentando habilidades de evaluación crítica, de razonamiento clínico y de aprendizaje permanente^{5,6}.

Sin embargo se han descripto diversas barreras para lograr estos objetivos. Las citadas con mayor frecuencia son la falta de conocimiento sobre programas de investigación institucional, la falta de confianza en habilidades de escritura académica, la

escasa comprensión del valor de la investigación, la falta de apoyo financiero, la falta de disponibilidad de mentores docentes y, la más importante, la falta de tiempo protegido para poner estas actividades en práctica^{2,6-10}.

Desde su creación en 1990, el programa de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria (RMFyC) de nuestra institución incorporó la formación en habilidades relacionadas con la investigación, entre ellas la lectura crítica de la evidencia, a través de dispositivos como el ateneo bibliográfico, actividad educativa de una hora de duración y frecuencia quincenal, durante la cual un residente presenta en forma resumida una investigación original recientemente publicada y de interés para quienes trabajan en el ámbito de la atención primaria, haciendo foco en algunos de sus aspectos metodológicos. Además se fomentó la adquisición de habilidades de escritura científica, por ejemplo a través de la publicación en la revista *Evidencia* de artículos de resumen y comentario de investigaciones originales, muchas de ellas presentadas previamente en ateneos bibliográficos, y de artículos de "Evidencia orientada al paciente", en los cuales el residente lleva a cabo una búsqueda bibliográfica y un análisis

de la literatura para responder una pregunta originada en un caso clínico. Sin embargo, la participación de los residentes en la producción de investigaciones originales fue escasa y errática en los primeros años, motivo por el cual el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria (SMFyC) decidió implementar una serie de intervenciones que tuvieron como objetivo mejorar la formación de los residentes en investigación y aumentar la producción de investigaciones originales alineadas con las áreas de interés institucional.

El objetivo de este estudio es describir la evolución histórica entre 2008 y 2024 del Programa de Formación en Investigación de esta residencia y explorar su eventual influencia en la producción de investigaciones originales lideradas por residentes del SMFyC y su publicación en revistas con arbitraje por pares, así como en la percepción de quienes transitaron dicho programa formativo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Estudio de cohorte retrospectiva.

Descripción del programa

El Programa de Formación en Investigación implementado en el SMFyC incorporó componentes múltiples en forma gradual/progresiva desde 2008, año en el que se decidió incluir en el currículo de la residencia contenidos específicos vinculados a la investigación, entre ellos la escritura de un protocolo durante el transcurso del tercer año de la residencia y su ejecución durante el cuarto. Esta resolución tuvo escasa repercusión en la práctica, motivo por el cual en 2010 se estableció la obligatoriedad de tener finalizada esta investigación al momento del egreso de la residencia para obtener el título de especialista, reteniendo la entrega de este título a quienes no hubieran finalizado el manuscrito de su investigación, y en 2011 se estableció un sistema de tutorías y de estímulo a la presentación de trabajos de investigación en congresos nacionales e internacionales con financiamiento del SMFyC, al igual que para publicarlos en revistas con costo de procesamiento de artículos.

El establecimiento de las tutorías requirió la creación de una estructura con asignación presupuestaria de honorarios para proteger diez horas semanales de un profesional con experiencia y formación acreditada en investigación y docencia universitaria. A través de un modelo educativo no formal, que tomó como inspiración el paradigma del aprendizaje basado en el trabajo dentro de una comunidad de práctica¹¹⁻¹³, se acordó una política de oficina de investigación a puertas abiertas, invitando a los residentes a consultar sus dudas y problemas puntuales sin tener que agendar cita. Cuando la resolución de estas consultas requería una intervención educativa más profunda, se facilitaba bibliografía de soporte y se programaba una reunión formal para resolver el problema. Durante el primer año de aplicación de esta estrategia ya notamos que los residentes comenzaron a darse cuenta de que, al igual que en otras áreas de su formación, contaban con un docente que tenía disponibilidad horaria y

actitudinal para resolver sus inquietudes y comenzaron a solicitar que su mes de rotación libre se desarrollara en el Área de Investigación del SMFyC.

De manera gradual, el Área de Investigación fue ampliando el equipo de tutores con profesionales que completaron su residencia durante este período y continuaron estudios de posgrado en investigación (maestrías en investigación o efectividad clínica), e incorporando médicos de familia con experiencia en investigaciones en diferentes temáticas (investigación cualitativa, desarrollo de cuestionarios) pero que no tenían una función formal de tutoría en investigación en la residencia. En simultáneo fueron implementadas medidas adicionales, entre ellas un curso formal de investigación durante el segundo año de la residencia a partir de 2013; una rotación obligatoria por el Área de Investigación durante el tercer año, a partir de 2014; la búsqueda de financiamiento externo a través de la postulación a becas de investigación hospitalarias y gubernamentales; el establecimiento de líneas de investigación institucionales en 2016 y la creación de una beca de perfeccionamiento en investigación en 2019.

Si bien el programa descrito incluye varios componentes, consideramos que los aspectos más influyentes fueron la obligatoriedad de finalizar su trabajo de investigación para obtener el título de especialista y la creación del sistema de tutorías que permite brindar el asesoramiento personalizado necesario en las diferentes etapas, desde el planteamiento del problema de investigación, la pregunta y el diseño metodológico, la presentación al Comité de Ética, el análisis y la presentación de los resultados en diversos formatos, hasta la publicación del informe final en revistas científicas.

Participantes, fuentes de información y variables de resultado

Para la evaluación objetiva del impacto del programa, la población blanco del estudio fueron todos los profesionales que egresaron de la RMFyC entre 1993 y 2022. El desenlace principal fue la proporción de exresidentes que publicaron un trabajo final de investigación (TFI) liderado por ellos durante la residencia en una revista con revisión de pares. Para identificar los estudios publicados por estos profesionales llevamos a cabo una búsqueda en tres grandes bases de datos de literatura biomédica, PubMed, LILACS y Google Scholar, e incluimos aquellas publicaciones que, de acuerdo con lo identificado por el equipo del Área de Investigación del SMFyC o el informe de los investigadores (a través de un cuestionario autoadministrado, véase más adelante) correspondieron a trabajos de investigación originales llevados a cabo durante la residencia. Si bien antes de 2008 las investigaciones originales llevadas a cabo durante la residencia no corresponden a un TFI, por no haber estado incorporado en el currículo, para mayor simplicidad empleamos esta abreviatura para todos los trabajos de investigación original liderados por un residente y llevados a cabo durante la residencia.

Para la evaluación subjetiva del impacto del programa, fueron excluidas de la muestra aquellas personas

que integran actualmente o integraron en el pasado el Área de Investigación del SMFyC. Recolectamos la información a través de un cuestionario autoadministrado *ad hoc*, compartido a través de la plataforma de Google Forms® y presentado en el Anexo 1. Los datos recabados incluyeron características personales de los participantes antes de ingresar en la residencia (edad, manejo autopercibido del idioma inglés), expectativas al comienzo de su residencia sobre involucrarse en actividades de investigación y experiencia previa en trabajos de investigación. Además, interrogamos acerca del grado autopercibido de participación en actividades de investigación durante la residencia y si completaron las distintas etapas relacionadas con la planificación y ejecución del TFI durante esa etapa de formación. También indagamos sobre el grado de apoyo que percibieron por parte del SMFyC y/o los tutores del Área de Investigación, mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos. Por último, y a través de dos ítems de texto libre, preguntamos a los participantes qué habilidades relacionadas con la investigación consideraban haber adquirido durante la residencia y los invitamos a escribir comentarios para ayudar a mejorar el programa.

Análisis estadístico

Para la estadística descriptiva de las variables continuas empleamos la media y el desvío estándar o la mediana y el rango intercuartílico (RIC) dependiendo de su distribución; y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas.

Evaluamos los resultados principales antes y después de 2011, año en que se pusieron en práctica los aspectos más importantes del programa. De esta forma, las personas que ingresaron en la residencia en 2007 y la finalizaron en 2011 fueron las primeras en recibir la intervención en estudio. Para comparar los resultados antes y después de ese año usamos la prueba exacta de Fisher para las variables categóricas y la prueba de Wilcoxon para las continuas. Además, calculamos la fuerza de asociación entre la participación en el programa de formación y la publicación del TFI mediante el riesgo relativo (RR) y el cociente de probabilidades (OR, por sus siglas en inglés *odds ratio*), junto con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95).

Para ajustar esta asociación por otras variables que podrían actuar como factores de confusión (manejo del idioma inglés, expectativas y experiencia previa en trabajos de investigación), seguimos los siguientes pasos: primero, usamos un modelo de imputación múltiple por ecuaciones encadenadas para imputar los valores faltantes de estas covariables¹⁴. Cada valor fue imputado 50 veces (porcentaje de datos faltantes en la muestra) para obtener 50 bases de datos completas. Utilizamos estas bases de datos para ajustar 50 modelos de regresión logística, que combinamos en un modelo final¹⁴. Por último, calculamos el valor “E” sobre el OR ajustado provisto por este modelo, para estimar la mínima fuerza de asociación causal que debería tener un confundidor no medido con la participación en el programa y con la publicación del TFI para explicar completamente y en forma alternativa la asociación entre ambas variables¹⁵.

Como desenlace principal consideramos que el residente había publicado su TFI si este se había publicado en una revista con revisión de pares antes de la fecha de censura administrativa de la cohorte (diciembre de 2024), independientemente del tiempo transcurrido desde el final de la residencia. Evaluamos como desenlace secundario el tiempo transcurrido entre la finalización de la residencia y la publicación del TFI y consideramos que un TFI estaba publicado en forma oportuna si se publicaba incluso hasta dos años después de finalizada la residencia.

Analizamos en forma gráfica la incidencia acumulada de TFI publicados en función del tiempo para hallar el o los momentos temporales en los que se modificó el ritmo anual de publicación de los TFI y aplicamos un modelo de regresión lineal segmentada para confirmar estos puntos de inflexión y calcular la pendiente de cada período, junto con su IC 95. Todos los análisis estadísticos fueron llevados a cabo con el programa R¹⁶, utilizando los paquetes “segmented”, “tidyverse”, “epiR” y “mice”.

Por último, realizamos un análisis del contenido de las respuestas de texto libre para encontrar unidades de sentido y organizarlas en un informe narrativo final.

Aspectos éticos

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación Universitaria de la institución con el número 0020-21. La participación fue voluntaria y la información obtenida fue tratada en forma confidencial. Los participantes brindaron su consentimiento informado como parte del cuestionario.

RESULTADOS

Un total de 115 personas completaron la RMFyC durante el período comprendido entre 1990 y 2022, de las cuales 54 (47%) completaron la residencia después de 2011, es decir, recibieron la intervención, y 61 (53%) completaron la residencia antes de 2011. El 72,2% de los exresidentes continúa trabajando en la institución.

Durante este período se publicaron 41 artículos correspondientes a TFI, cuatro de ellos liderados en forma conjunta por dos residentes. De estos, 25 (61%) están en revistas indizadas en MEDLINE/PubMed, mientras que 16 (39%) aparecen en otras bases de menor alcance. Cuarenta (97,6%) están disponibles en texto completo sin restricciones para los lectores; 38 (92,7%) en revistas de acceso abierto y 2 (4,9%) a través de PubMed Central. En cuanto a la metodología, 30 trabajos (73,2%) emplearon un enfoque cuantitativo, predominantemente estudios observacionales de corte transversal, validación de cuestionarios o cohortes; 9 (22%) fueron cualitativos y 2 (4,9%) mixtos. El 80% de las publicaciones se realizó después de 2015. Presentamos la lista completa de estos artículos en el Anexo 2.

Entre los exresidentes que recibieron la intervención, 33 (61,1%) llevaron a cabo un TFI que fue publicado en una revista con evaluación de pares, mientras que entre quienes no recibieron la intervención 11 personas (18%) lograron ese objetivo. En términos relativos, la implementación del programa se asoció con un aumento de

3,39 veces (IC 95% de 1,91 a 6,03) de la probabilidad de liderar una investigación original durante la residencia que luego fuera publicada (RR sin ajustar). Los OR crudo y ajustado fueron 7,14 (IC 95%: 3,05 a 16,74) y 6,84 (IC 95%: 2,56 a 18,25), respectivamente, mientras que el valor "E" fue 4,67 para la estimación central y 2,58 para el límite inferior del IC 95.

La mediana de tiempo transcurrido entre la finalización de la residencia y la publicación fue 2 años (RIC 2 a 4). No hubo diferencias estadísticamente significativas antes ni después de la intervención. Entre los exresidentes que recibieron la intervención, 20 (37,03%) lograron publicar su TFI en forma oportuna, mientras que entre quienes no la recibieron, solo 3 (4,92%) lograron completar este objetivo.

La figura 1 presenta la incidencia acumulada de TFI que fueron publicados en función del tiempo y la figura 2, la proporción de exresidentes que publicaron su TFI por año de egreso.

Identificamos dos puntos de inflexión en la pendiente de la incidencia acumulada: 2015 y 2020. Las pendientes calculadas para 1990-2015, 2015-2020, 2020-2024 fueron 0,35 (IC 95: 0,30 a 0,39), 4,11 (IC 95: 3,71 a 4,50) y 2,25 (IC 95: 1,52 a 2,98) trabajos publicados/año, lo cual equivale a decir que se publicó un TFI cada tres años, cada tres meses o cada seis meses, respectivamente.

En el Anexo 1, las figuras 1 y 2 muestran la incidencia de TFI publicados en forma oportuna en forma acumulada y por cada año, respectivamente. Considerando solo los estudios publicados a tiempo, identificamos dos puntos de cambio de pendiente correspondientes a los años 2004 y 2015.

Resultados del cuestionario autoadministrado

De 115 personas que completaron la residencia entre 1993 y 2021 excluimos a nueve (7,8%) por su vinculación al Área de Investigación. No fue posible enviar el cuestionario a tres personas (2,6%) por falta de datos de contacto actualizados y a dos de ellas (1,7%), porque fallecieron antes del estudio.

Enviamos el cuestionario a 101 personas y obtuvimos 50 (51,6%) respuestas luego de tres invitaciones por correo electrónico y contacto personal. La tasa de respuesta fue mayor entre los exresidentes que continuaban trabajando en la institución en comparación con quienes emigraron a otros ámbitos (56,6% vs. 25%, $p < 0,01$), sin diferencias entre quienes recibieron o no la intervención (53,7% vs. 42,6%, $p = 0,26$) y entre quienes publicaron o no su TFI (54,5% vs. 43,7%, $p = 0,34$).

La tabla 1 presenta las características de los participantes y la tabla 2 los resultados principales del cuestionario. El grado de apoyo percibido fue alto antes y después de la intervención (mediana de 5 puntos; RIC de 4 a 5; $p = 0,52$). Algunos participantes refirieron no haber adquirido habilidades relacionadas con la investigación durante la residencia, en especial antes de la intervención. Sin embargo, la mayoría mencionó haber desarrollado habilidades de lectura crítica de la evidencia científica y de conducción de investigaciones, principalmente luego de la intervención: *adquirí más habilidades de lectura crítica que de ejecución* (exresidente, no recibió la intervención); *aprendí el manejo de base de datos; aprendí cómo escribir un protocolo (...), las competencias necesarias para llevar adelante un trabajo y la necesidad de trabajar en equipo* (exresidentes, recibieron la intervención). La mayoría consideró que

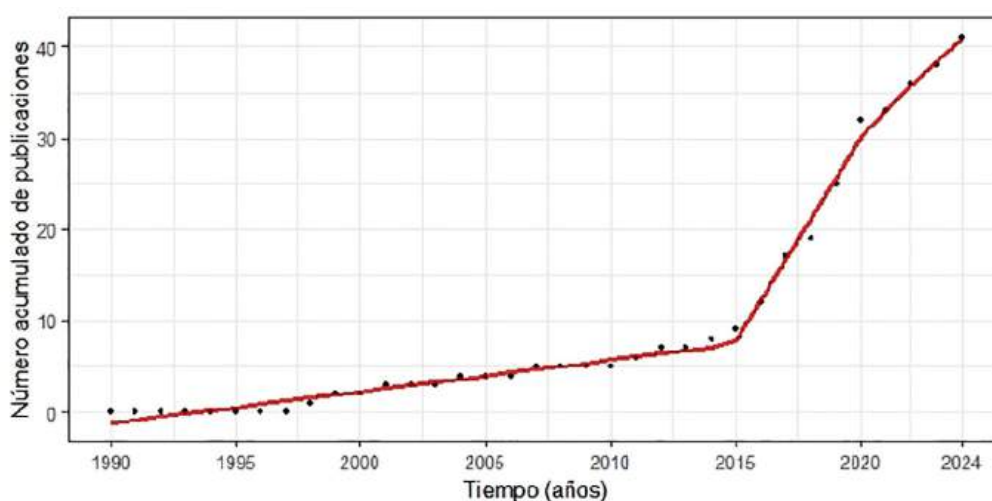


Figura 1. Incidencia acumulada de trabajos finales de investigación publicados por exresidentes de la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria de nuestra institución a lo largo del tiempo. Los puntos corresponden al número acumulado de TFI publicados en cada año y la línea roja al valor promedio predicho por el modelo de regresión lineal segmentada. El modelo considera dos puntos de inflexión en los que se modifica la pendiente de la curva, que corresponden en forma aproximada a los años 2015 y 2020.

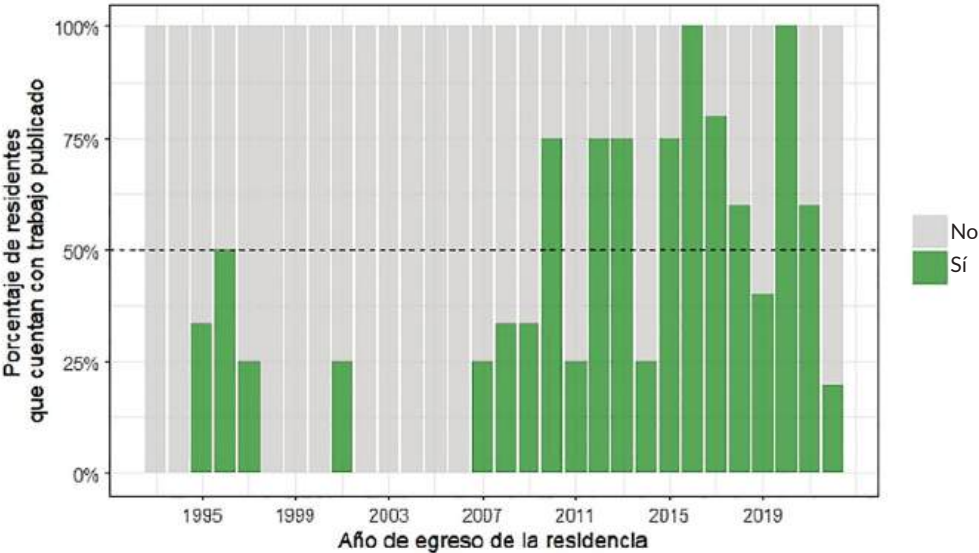


Figura 2. Proporción de exresidentes de la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria de nuestra institución que publicaron un trabajo final de investigación, según año de egreso de la residencia.

Tabla 1. Características de los participantes que respondieron el cuestionario autoadministrado, según el período en el que realizaron su residencia (antes o después de la implementación del programa)

Características	Antes de la intervención (N = 23)	Después de la intervención (N = 27)	Valor de p
Edad al ingreso en la residencia: mediana (rango intercuartílico)	26 (25 a 27)	26 (25 a 27)	0,71
Expectativas con respecto a investigación: mediana (rango intercuartílico)	2 (1,5 a 3)	3 (2,5 a 4)	0,04
Experiencia previa con investigación: frecuencia absoluta (%)	5 (21,7%)	7 (25,9%)	1
Nivel de inglés: mediana (rango intercuartílico)	4 (2 a 5)	5 (5 a 6)	0,001

la formación en investigación ha mejorado en los últimos años, resaltando aspectos del programa como el tiempo protegido, el seguimiento individualizado y su enfoque práctico: *la formación ha mejorado muchísimo en comparación con la experiencia que yo tuve, en la que el apoyo por parte del equipo de investigación en ese momento era casi nulo* (exresidente, no recibió la intervención); *el programa es muy bueno, porque se aprende haciendo, se protege el tiempo, el seguimiento es individualizado* (exresidentes, recibieron la intervención). Entre los puntos de mejora destacaron la formación en investigación cualitativa: *la*

parte más floja que tuvo mi formación en investigación (...) no tener una buena orientación en la aplicación de marcos teóricos y metodologías cualitativas (exresidente, recibió la intervención).

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación muestran que la proporción de residentes que participaron en un trabajo de investigación original durante la residencia y lograron publicarlo en una revista con revisión de pares aumentó luego de la implementación del programa. Además, los

Tabla 2. Resultados principales del cuestionario autoadministrado

	Antes de la intervención (N = 23)	Después de la intervención (N = 27)	Riesgo relativo (IC 95%)	Valor de p
Liderazgo de un trabajo final de investigación durante la residencia: frecuencia absoluta (%) ^a	9 (39,1%)	25 (92,3%)	2,37 (1,41 a 3,98)	< 0,001
Postulación a becas de investigación: frecuencia absoluta (%) ^a	1 (4,35%)	12 (48,15%)	11,07 (1,57 a 78,34)	0,05
Obtención de becas de investigación: frecuencia absoluta (%) ^a	1 (4,35%)	6 (22,2%)	5,11 (0,66 a 39,41)	< 0,001
Presentación del trabajo en congresos nacionales: frecuencia absoluta (%) ^a	5 (21,74%)	17 (62,96%)	2,90 (1,27 a 6,63)	0,003
Presentación del trabajo en congresos internacionales: frecuencia absoluta (%) ^a	3 (13,04%)	12 (44,4%)	3,41 (1,09 a 10,62)	0,016
Grado de involucramiento en actividades de investigación durante la residencia: mediana (rango intercuartílico)	3 (2 a 3,5)	4 (4 a 5)	-	< 0,001
Grado de apoyo percibido: mediana (rango intercuartílico)	5 (4 a 5)	5 (4 a 5)	-	0,52

^aPorcentaje calculado sobre el total de participantes que contestaron la encuesta

participantes percibieron una mejora en la formación en investigación en los últimos años y lo valoraron positivamente.

Este aumento fue independiente de los factores de confusión evaluados, como el mayor manejo del idioma inglés y las mayores expectativas de participar en actividades de investigación. Por otra parte, el valor “E” de 4,67 indica que es poco probable que esta asociación sea explicada completamente por factores de confusión no medidos y, por lo tanto, la mayor parte de este aumento sería atribuible a la eficacia del programa.

La figura 1 muestra que el número de trabajos publicados aumentó a partir de 2015, es decir, cinco años después del inicio del programa. Esta demora puede deberse en parte a cierta latencia en el efecto de los componentes iniciales de la intervención y a la incorporación de componentes adicionales, como el curso de investigación y la rotación obligatoria por el área.

Aun con los resultados positivos del programa, existen oportunidades de mejora en el futuro. Si bien luego de su implementación casi la totalidad de los residentes se involucró en un trabajo de investigación durante la residencia, la proporción de trabajos publicados en revistas con arbitraje dista de ser el 100% por año. Además, el ritmo anual de publicaciones disminuyó luego de 2020. Esto puede tener varias explicaciones, entre ellas las características propias de cada generación de residentes y del grupo de tutores activo en cada momento y el mayor número de TFI publicados en forma tardía durante el periodo 2015-2020, como muestran las figuras 1 y 2 del Anexo. Por último, las respuestas obtenidas en el cuestionario indican la necesidad de profundizar la formación en investigación cualitativa. Cabe destacar que, en los últimos años, notamos una tendencia hacia una mayor producción de investigaciones cualitativas que aún no fueron publicadas.

Los resultados de nuestro estudio son comparables a los de otros autores, que indican que programas de formación en investigación durante la residencia –que incluyen clases estructuradas, mentoría personalizada, rotaciones electivas en investigación, y actividades académicas como *journal clubs*, redacción de manuscritos, y foros– son percibidos positivamente por los residentes, promueven la adquisición de habilidades para la lectura crítica de la evidencia científica y la conducción de trabajos de investigación, y aumentan el número de publicaciones de artículos originales^{3-6,9,17-21}. La obligatoriedad, uno de los componentes fundamentales de nuestro programa, tiene la ventaja de asegurar la participación de los residentes en proyectos de investigación. Es importante que este requisito sea transparente para los residentes, es decir, que se informe en el programa de la residencia y que el equipo docente pueda orientar a los residentes en la planificación y ejecución de sus proyectos. La tutoría, otro componente fundamental, presenta desafíos como la sustentabilidad, pero ha demostrado un impacto positivo en este y en otros contextos^{4,5,21,22}.

Una limitación de nuestro estudio es la baja tasa de respuesta; esto podría introducir un sesgo de selección, dado que las personas que contestaron el cuestionario podrían tener mayor interés en actividades de investigación o bien haber tenido una mejor experiencia. Además, las respuestas pueden estar afectadas por un sesgo de cortesía, por las relaciones interpersonales entre los exresidentes y los integrantes del Área de Investigación, y por el hecho de que el 72,6% de los exresidentes continúan su desempeño profesional en el SMFyC.

Una fortaleza del estudio fue la incorporación de fuentes de datos adicionales, como la búsqueda de publicaciones en PubMed, LILACS y Google académico, lo que permitió complementar las respuestas al cuestionario y obtener un indicador objetivo de los resultados de la intervención.

CONCLUSIÓN

Nuestro trabajo muestra que la implementación del Programa de Formación en Investigación estuvo asociada con un aumento significativo en la participación de los residentes de Medicina Familiar en trabajos de investigación originales durante la residencia y en el número de publicaciones en revistas con revisión de pares, a la vez que pone de manifiesto la importancia de sostener este tipo de intervenciones en el futuro.

Contribuciones de los autores: Investigación, administración del proyecto, análisis formal, visualización, redacción (borrador original) (SASS). Redacción (revisión y edición) (SASS, SAT). Conceptualización (CC, VV, FEP, CV, SAT). Investigación, administración del proyecto, redacción (borrador original), redacción (revisión y edición) (CC,VV). Metodología, supervisión, investigación (SAT)

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. Brotherton SE, Etzel SI. Graduate medical education, 2020-2021. JAMA. 2021;326(11):1088-1110. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.13501>.
2. Potti A, Mariani P, Saeed M, et al. Residents as researchers: expectations, requirements, and productivity. Am J Med. 2003;115(6):510-514. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2003.08.017>.
3. Alguire PC, Anderson WA, Henry RC. Teaching research skills: development and evaluation of a new research program for residents. Teach Learn Med. 1993;5(1):37-43. <https://doi.org/10.1080/10401339309539586>.
4. Fischer JL, Cation LJ. Impact of a residency research program on research activity, faculty involvement, and institutional cost. Teach Learn Med. 2005;17(2):159-165. https://doi.org/10.1207/s15328015tlm1702_10.
5. Kohlwes RJ, Shunk RL, Avins A, et al. The PRIME curriculum: clinical research training during residency. J Gen Intern Med. 2006;21(5):506-509. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00438.x>.
6. Hebert RS, Levine RB, Smith CG, et al. A systematic review of resident research curricula. Acad Med. 2003;78(1):61-68. <https://doi.org/10.1097/00001888-200301000-00012>.
7. Takahashi O, Ohde S, Jacobs JL, et al. Residents' experience of scholarly activities is associated with higher satisfaction with residency training. J Gen Intern Med. 2009;24(6):716-720. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-0970-4>.
8. DeHaven MJ, Wilson GR, Murphree DD, et al. Family practice residency program directors' views on research. Fam Med. 1997;29(1):33-37.
9. Kaczorowski J, Sellors J, Walsh A. The beginning of the research stream in family medicine residency program at McMaster University. BMC Med Educ. 2001;1:1. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-1-1>.
10. Elizondo CM, Giunta DH, Bernaldo de Quirós FG, et al. La investigación clínica en residencias de medicina interna de la Argentina: facilitadores y barreras. Medicina (B Aires). 2012;72(6):455-460.
11. Eraut M. Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. Br J Educ Psychol. 2000;70(Pt 1):113-136. <https://doi.org/10.1348/000709900158001>.
12. Morris C, Blaney D. Work-based learning. En: Swanwick T, ed. Understanding medical education: evidence, theory and practice. 2nd ed. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons; 2014. p. 97-109.
13. Lave J, Wenger E. Situated learning: legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press; 1991.
14. Austin PC, White IR, Lee DS, et al. Missing data in clinical research: a tutorial on multiple imputation. Can J Cardiol. 2021;37(9):1322-1331. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.11.010>.
15. VanderWeele TJ, Ding P. Sensitivity analysis in observational research: introducing the e-value. Ann Intern Med. 2017;167(4):268-274. <https://doi.org/10.7326/M16-2607>.
16. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Viena: R Foundation for Statistical Computing; 2021.
17. Basu Ray I, Henry TL, Davis W, et al. Consolidated academic and research exposition: a pilot study of an innovative education method to increase residents' research involvement. Ochsner J. 2012;12(4):367-372.
18. Solbach-Sabbach C, Adar T, Alperin M, et al. Engaging family medicine residents in research training: an innovative research skills program in Israel. Educ Health (Abingdon). 2019;32(2):79-83. https://doi.org/10.4103/efh.Efh_36_18.
19. Kanna B, Deng C, Erickson SN, et al. The research rotation: competency-based structured and novel approach to research training of internal medicine residents. BMC Med Educ. 2006;6:52. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-6-52>.
20. Fuentes NA, Giunta DH, Pazo V, et al. Proyecto institucional para la educación médica continua en investigación clínica. Medicina (B Aires). 2010;70(3):240-246.
21. Kpokiri EE, McDonald K, Abraha YG, et al. Health research mentorship in low-income and middle-income countries: a global qualitative evidence synthesis of data from a crowdsourcing open call and scoping review. BMJ Glob Health. 2024;9(1):e011166. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011166>.
22. Sambunjak D, Straus SE, Marusic A. Mentoring in academic medicine: a systematic review. JAMA. 2006;296(9):1103-1115. <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1103>.

ANEXO 1

Cuestionario empleado para evaluar el impacto de la intervención

Título

Formación en Investigación durante la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

Invitación:

¡Hola!

Estamos investigando la percepción respecto del aprendizaje en habilidades de investigación de quienes egresaron de la residencia en el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Por eso te invitamos a contestar esta encuesta (te tomará unos diez minutos).

Desde ya muchas gracias por tu colaboración. Atentamente,
Área de Investigación del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria.

Ítems del cuestionario:

- Correo electrónico
- Consentimiento informado

A continuación, se presenta en forma resumida el contenido de la hoja informativa del consentimiento informado y el formulario de consentimiento. Podés encontrar la versión completa de la hoja informativa como archivo adjunto en este enlace.

Hoja informativa del consentimiento informado (resumen)

Este protocolo de investigación titulado *Evolución histórica de la producción de investigaciones originales lideradas por residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de un Hospital Universitario* es liderado por miembros del Área de Investigación del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria (SMFyC).

La investigación busca revisar el Programa de Formación en Investigación de los residentes del SMFyC y evaluar la percepción de los egresados sobre las habilidades de investigación adquiridas. La participación en el estudio implica completar una encuesta en línea y está abierta a médicos que hayan sido parte del programa de residencia del SMFyC de nuestra institución.

La participación es voluntaria, sin riesgos identificados, y la información recopilada se analizará en forma confidencial. Aunque no hay beneficios directos, la contribución de los participantes ayudará a mejorar el programa de formación de residentes. Los resultados se compartirán en revistas académicas y conferencias, y se proporcionará información a los participantes interesados.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación Universitaria (CEPIU) del Hospital Italiano de Buenos Aires. En el texto completo del consentimiento informado se proporcionan los contactos de consulta y la información del Comité de Ética.

Formulario de Consentimiento

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte en manera alguna mi relación con el SMFyC de nuestra institución.

Marcar una opción: Sí, acepto participar | No, prefiero no participar.

- **Datos personales:** Nombre y apellido | Fecha de nacimiento | Año en que comenzaste la residencia (cuatro dígitos)
- **Experiencia en investigación:**
 - ¿Habías participado en alguna investigación ANTES de comenzar la residencia? Sí / No.
 - Respecto de la investigación en la que habías participado ANTES de comenzar la residencia, ¿fue finalmente publicada? Sí / No.
 - ANTES de comenzar tu residencia, ¿cuál era tu expectativa respecto de las experiencias de investigación en las que podrías llegar a involucrarte DURANTE la residencia? Del 1 al 5

- ANTES de comenzar tu residencia, ¿cuál era tu competencia respecto del idioma inglés? *No comprendía el idioma* | *Podía leer* | *Podía leer y escribir* | *Podía leer, escribir y comprender el inglés hablado* | *Podía leer, escribir, comprender y conversar en inglés con cierta dificultad* | *Podía leer, escribir, comprender y conversar en inglés en forma fluida*
- ¿Cuánto considerás que efectivamente te involucraste en experiencias de investigación durante tu residencia? *Del 1 al 5*.
- ¿Redactaste durante la residencia un protocolo de investigación? *Sí / No*.
- Si redactaste un protocolo de investigación durante la residencia: ¿fue aprobado por un Comité de Ética? *Sí / No*
- ¿Llevaste adelante la ejecución de al menos una investigación como investigador/a principal durante tu residencia? *Sí / No*

• **Ejecución del trabajo de investigación**

- ¿Qué grado de respaldo (tutoría en investigación) tuviste desde el Servicio de MFyC para llevar adelante tu trabajo de investigación original? *Del 0 al 5*
- ¿El trabajo de investigación fue finalmente publicado? *Sí / No*
- ¿Se publicó en una revista indexada en MEDLINE O LILACS? *Sí – MEDLINE* | *Sí – LILACS* | *No – Ninguno de los dos* | *No sé*
- Año de publicación (cuatro dígitos)
- Por favor, envíanos el enlace (link) a la publicación o bien la cita entera del artículo:
- ¿Se presentó el trabajo en un congreso? Una o dos opciones pueden ser correctas. *Sí – Congreso internacional* | *Sí – Congreso nacional* | *No*
- ¿Se presentó el trabajo para solicitar al menos un subsidio o beca?
- ¿Se obtuvo algún subsidio o beca con el trabajo?
- ¿Considerás que adquiriste habilidades en investigación durante la residencia? Por favor describilas brevemente a continuación:
- Agradecemos tu participación y te invitamos a escribir algún comentario que nos ayude a mejorar nuestro programa de formación en investigación.

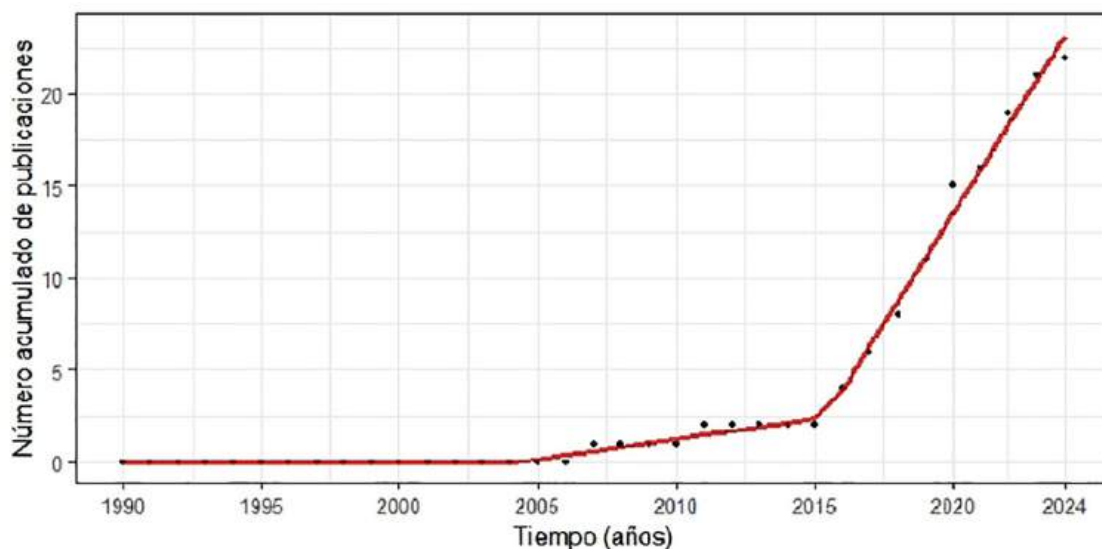


Figura 1 del anexo. Incidencia acumulada de trabajos finales de investigación publicados por ex-residentes de la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria de nuestra institución a lo largo del tiempo, incluyendo únicamente trabajos publicados en forma oportuna (es decir, dentro de los dos años de terminada la residencia). Los puntos corresponden al número acumulado de trabajos publicados en cada año y la línea roja al valor promedio predicho por el modelo de regresión lineal segmentada. El modelo considera dos puntos de corte en los cuales se modifica la pendiente de la curva, que corresponden en forma aproximada a los años 2005 y 2015.

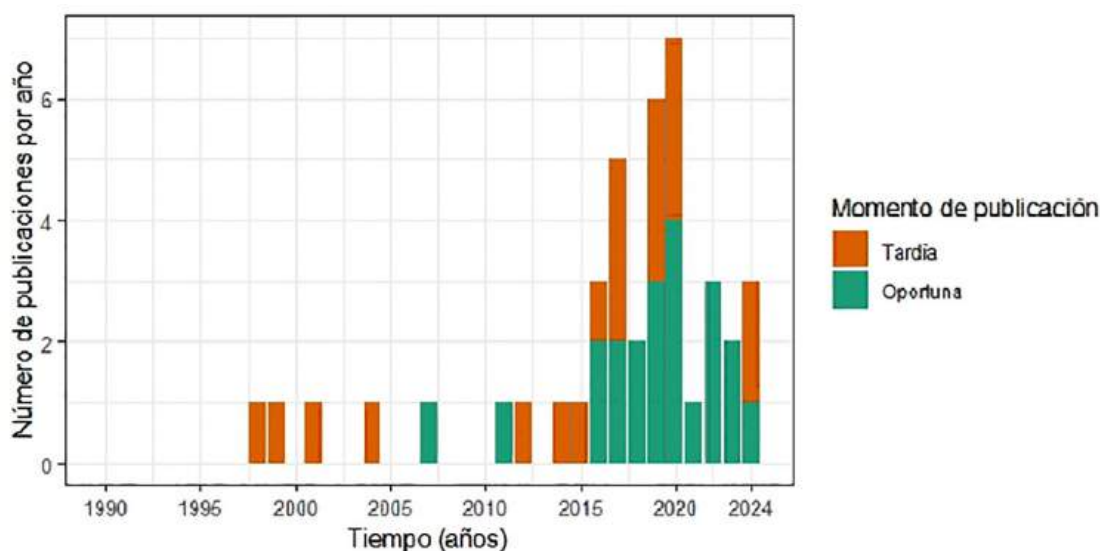


Figura 2 del anexo. Número de estudios publicados por año por ex-residentes de la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria de nuestra institución en forma oportuna (es decir, dentro de los dos años de terminada la residencia) o tardía, en función del tiempo.

ANEXO 2

Listado de publicaciones derivadas de trabajos finales de investigación liderados por ex-residentes de la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria de la institución

- Augustovski FA, Cantor SB, Thach CT, et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events. *J Gen Intern Med*. 1998;13(12):824-835. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00246.x>. PMID: 9844080.
- Frusso R, Zárate M, Augustovski F, et al. Magnesium for the treatment of nocturnal leg cramps: a crossover randomized trial. *J Fam Pract*. 1999;48(11):868-871. PMID: 10907623.
- Carrete P, Augustovski F, Gimpel N, et al. Validation of a Telephone-administered Geriatric Depression Scale in a hispanic elderly population. *J Gen Intern Med*. 2001;16(7):446-450. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016007446.x>. PMID: 11520381.
- Augustovski FA, Calvo CB, Deprati M, et al. The deep-breath test as a diagnostic maneuver for white-coat effect in hypertensive patients. *J Am Board Fam Pract*. 2004;17(3):184-189. <https://doi.org/10.3122/jabfm.17.3.184>. PMID: 15226282.
- Basualdo N, Giraudo N, Discacciati V, et al. ¿Por qué cuesta usar el condón?: opiniones, creencias y conocimientos sobre el uso del preservativo en adultos de un suburbio de Buenos Aires. *Arch Med Fam Gen*. 2007;4(2).
- Carrara C, Mutchinik M, Rezzónico M, et al. Factores asociados al autorreporte de rastreo de cáncer de mama y cuello uterino en mujeres atendidas en un Centro de Salud del Bajo Boulogne, San Isidro, Buenos Aires, Argentina: estudio de corte transversal. *Arch Med Fam Gen*. 2011;8(1).
- Weisbrot N. Conceptos y percepciones de las abuelas sobre el cuidado de sus nietos: estudio cualitativo en una población del Hospital Italiano de Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110(2):126-131. <https://doi.org/10.5546/aap.2012.126>. PMID: 22451285.
- Verna M, Kopitowski K, Vietto V, et al. Conocimiento de médicos de un Hospital Universitario de Buenos Aires respecto de las recomendaciones de vigilancia colonoscópica luego del hallazgo de un pólipo colónico: estudio de corte transversal. *Arch Med Fam Gen*. 2014;11(1).
- Luciani L, Guenzelovich T. Implementación de una iniciativa para promover un entorno laboral saludable en un Servicio de Medicina Familiar de un Hospital Universitario: investigación-acción participativa. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2015;35(4):118-123.
- Salgado MV, Kopitowski K, Barani M, et al. Sobreuso de mamografía para rastreo en un hospital académico de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública*. 2016;7(27):7-11.
- Ganiele MLN, Terrasa SA, Kopitowski KS. Excesivo rastreo de osteoporosis en mujeres menores de 65 años: estudio de corte transversal. *Salud Colect*. 2016;12(3):443-452. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.841>. PMID: 28414853.
- Esteban S, Vázquez Peña F, Terrasa S. Translation and cross-cultural adaptation of a standardized international questionnaire on use of alternative and complementary medicine (I-CAM - Q) for Argentina. *BMC Complement Altern Med*. 2016;16:109. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1074-4>. PMID: 27029211.
- Vietto V, Belardinelli S, Rubinstein F, et al. Cascada diagnóstica consecutiva al rastreo de cáncer colorrectal con sangre oculta en materia fecal: estudio de cohorte retrospectiva. *Arch Med Fam Gen*. 2017;14(1):6-11.
- Sigal T, Durante E. Competencia diagnóstica de los médicos de atención primaria con distintas técnicas de visualización de radiografías. *Educ Méd*. 2017;18(4):262-266. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.11.002>.
- Esteban S, Ricci R, Terrasa S, et al. Colonoscopy overuse in colorectal cancer screening and associated factors in Argentina: a retrospective cohort study. *BMC Gastroenterol*. 2017;17(1):162. <https://doi.org/10.1186/s12876-017-0722-6>.
- Franco JVA, Terrasa SA, Kopitowski KS. Medication discrepancies and potentially inadequate prescriptions in elderly adults with polypharmacy in ambulatory care. *J Fam Med Prim Care*. 2017;6(1):78-82. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.214962>. PMID: 29026754.
- Esteban S, Rodríguez Tablado M, Peper FE, et al. Development and validation of various phenotyping algorithms for diabetes mellitus using data from electronic health records. *Comput Methods Programs Biomed*. 2017;152:53-70. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2017.09.009>. PMID: 29054261.

18. Riganti P, Discacciati V, Terrasa S, et al. Factores motivacionales que influyen sobre las mujeres en la realización de mamografías de tamizaje de cáncer de mama. *Rev Argent Salud Pública*. 2018;9(37):22-28.
19. Peper FE, Esteban S, Terrasa SA. Evaluación de la adherencia primaria a medicamentos en pacientes con enfermedades crónicas afiliados al Seguro de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires: estudio de cohorte retrospectiva. *Aten Primaria*. 2018;50(2):96-105. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.01.013>. PMID: 28521859; PMCID: PMC6837084.
20. Espósito ME, Esteban S, Terrasa S, et al. Patterns of interaction between general practitioners and their patients by means of a messaging system within the electronic health record regarding messages asking for a referral to a specialist: a descriptive study. *Stud Health Technol Inform*. 2019;264:1179-1183. <https://doi.org/10.3233/SHTI190412>. PMID: 31438111.
21. Martínez CA, Vietto V, Terrasa SA, et al. Tendencia temporal de realización de antígeno prostático específico en un hospital académico de Buenos Aires. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*. 2019;76(4):238-241. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v76.n4.25185>. PMID: 31833748.
22. Drimer C, Terrasa S, Mutchinick M. Dispositivo estructurado de intervenciones psicosociales en atención primaria: serie de casos retrospectiva. *Evid Actual en Práct Ambul*. 2019;22(2):e002014-e002014. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v22i2.4237>.
23. Vicente I. La proloterapia mostró buenos resultados para aliviar el dolor de pacientes con síndrome de disfunción músculo tendinosa del trocánter mayor: cohorte prospectiva. *Arch Med Fam Gen*. 2019;16(2).
24. Ruiz Yanzi MV, Barani MS, Franco JVA, et al. Translation, transcultural adaptation, and validation of two questionnaires on shared decision making. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2019;22(2):193-200. <https://doi.org/10.1111/hex.12842>. PMID: 30334315.
25. Nusfaumer M, Terrasa S. Expectativas de los pacientes respecto de la consulta con un médico de familia: estudio de corte transversal. *Evid Actual En Práct Ambul*. 2019;22(4):e002027-e002027. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v22i4.4266>.
26. Burdisso N, Esteban S, Kopitowski KS, et al. Exploratory analysis of HIV status knowledge and associated factors using data from electronic medical records. *Stud Health Technol Inform*. 2020;270:838-842. <https://doi.org/10.3233/SHTI200279>. PMID: 32570500.
27. Granero M, Perman G, Vazquez Peña F, et al. Validación de la versión en español de la Escala de Red Social Lubben-6. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*. 2020;77(4):296-300. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n4.28775>. PMID: 33351375.
28. Sciarreta S, Esteban S. Exploratory analysis of consultation patterns prior to the diagnosis of depression. *Stud Health Technol Inform*. 2020;270:1285-6. <https://doi.org/10.3233/SHTI200404>. PMID: 32570621.
29. Volij C, Esteban S. Development of a systematic text annotation standard to extract social support information from electronic medical records. *Stud Health Technol Inform*. 2020;270:1261-1262. <https://doi.org/10.3233/SHTI200392>. PMID: 32570609.
30. Musarella N, Discacciati V. Doble jornada laboral y percepción de la salud en mujeres: investigación cualitativa. *Evid Actual Práct Ambul*. 2020;23(3):e002046-e002046. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v23i3.6868>.
31. Fraguas ML, Vietto MV, Arceo MD, et al. Adaptación y validación de la versión argentina de un instrumento para evaluar actividades de desarrollo profesional continuo. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(2):125-129. <https://doi.org/10.5546/aap.2020.eng.125>. PMID: 32199047.
32. Volpi M, Esteban S, Terrasa S. Safety and drugs: how do we record medication consumption and prescription in electronic medical records? A look on aspirin. *Stud Health Technol Inform*. 2020;270:1383-1384. <https://doi.org/10.3233/SHTI200453>. PMID: 32570670.
33. Alurralde M, Carrete P, Puga C, et al. ¿Cómo registramos en las historias clínicas de nuestros pacientes que hay un niño o adolescente con discapacidad en la familia? Estudio de corte transversal. *Evid Actual Práct Ambul*. 2021;24(4):e002157-e002157. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v25i1.6992>.
34. Gürtler SV, Rodríguez-Tablado M, Weisbrot MA, et al. Análisis cuantitativo y cualitativo de las campañas argentinas de prevención de cáncer de mama difundidas mediante imágenes fijas en redes sociales durante octubre del 2019. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2022;39(2):152-160. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.392.11019>. PMID: 36477315; PMCID: PMC11397677.
35. Mandel MN, Terrasa S, Durante E. Clima del aprendizaje y autopercepción de empatía en residencias médicas de un hospital universitario: un estudio de corte transversal. *Arch Argent Pediatr*. 2022;120(6):422-428. <https://doi.org/10.5546/aap.2022.eng.422>. PMID: 36374069.
36. Bornes MFH, Terceiro D, Peña FV, et al. Propuesta de una versión abreviada de un cuestionario internacional para pesquisar acoso escolar: adaptación al español de Argentina y análisis factorial exploratorio. *Arch Argent Pediatr*. 2022;120(1):14-20. <https://doi.org/10.5546/aap.2022.eng.14>. PMID: 35068115.
37. Crimer N, Discacciati V, Terrasa SA. Barreras y facilitadores de los médicos de atención primaria para abordar las consultas vinculadas a la sexualidad de pacientes durante el climaterio. *Evid Actual Práct Ambul*. 2023;26(3):e007074-e007074. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v26i3.7074>.
38. Gavoto L, Terceiro DA, Volij C, et al. Exposición a pantallas en niñas, niños y adolescentes: recomendaciones, límites y controversias en el marco del distanciamiento social obligatorio: un estudio cualitativo. *Rev Hosp Ital B. Aires*. 2023;43(2):56-63. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v43i2.220>.
39. Iñurrategui MC, Tablado MR, Esteban S, et al. Sobreuso de ecografía transvaginal en un hospital universitario privado de Argentina: estudio de corte transversal. *Evid Actual Práct Ambul*. 2024;27(1):e007093-e007093. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v27i2.7093>.
40. Sguiglia S, Volij C, Rodríguez-Tablado M, et al. Adherencia al tamizaje de cáncer colorrectal en un seguro privado de salud de Argentina durante los años 2008-2022. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2024;41(4):405-410. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2024.414.13680>.
41. Vega A, Discacciati V, Volpi M, et al. Análisis cualitativo de la interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital Italiano de Buenos Aires. *Medicina (B Aires)*. 2024;84(6):1089-1100. PMID: 39666401.

Amnesia global transitoria como Mimic de estado epiléptico: informe de caso

Nicolás Herrera Saldarriaga¹, Alejandro Cardozo Ocampo², Manuel García Pareja²

¹Medicina de Urgencias, Universidad Cooperativa de Colombia. Colombia.

²Medicina de Urgencias, Instituto Neurológico de Colombia. Colombia.

RESUMEN

Se presenta un caso de amnesia global transitoria (AGT) como imitador de un estado (estatus) epiléptico en una paciente de 71 años. Comienza con 2 años de episodios de amnesia global transitoria de duración variable en el tiempo; desde estudios realizados durante el último episodio se dirigieron a descartar procesos inflamatorios, tumorales, psiquiátricos, cerebrovasculares, hasta llegar al final al diagnóstico de epilepsia *de novo*. En este caso, el estudio electroneurofisiológico documentó un estado epiléptico. Se describe la evolución clínica, las consideraciones relevantes de la atención y una breve revisión de la literatura.

Palabras clave: amnesia, epilepsia, estado epiléptico, amnesia global transitoria, sala de urgencias.

TGA as a Mimic of Status Epilepticus: A Case Report

ABSTRACT

A case of transient global amnesia (TGA) mimicking status epilepticus is presented in a 71-year-old female patient. The condition began with a two-year history of transient global amnesia episodes of varying duration. During the most recent episode, diagnostic studies were performed to rule out inflammatory, tumoral, psychiatric, and cerebrovascular processes, ultimately leading to a diagnosis of *de novo* epilepsy. In this case, an electroneurophysiological study documented status epilepticus. The clinical course, relevant aspects of patient management, and a brief literature review are described.

Keywords: amnesia, epilepsy, status epilepticus, transient global amnesia, emergency department

INTRODUCCIÓN

El estado (estatus) epiléptico es una emergencia neurológica, cuyo reconocimiento temprano impacta en mortalidad y discapacidad a largo plazo¹. Dado que se considera una emergencia, se recomienda dividir su atención en 2 tiempos, donde el tiempo 1 es esa actividad convulsiva que no se detiene en 5 minutos para estado epiléptico bilateral tónico-clónico y 10 minutos para el estado epiléptico focal con o sin alteración de la conciencia o para las crisis de ausencia. El tiempo 2 se refiere al momento en el que la

actividad epiléptica puede desarrollar secuelas a largo plazo: 30 minutos para el tónico-clónico generalizado y una hora para el focal con alteración de la conciencia o sin ella². A su vez, puede clasificarse en estado epiléptico con fenómeno motor y sin fenómeno motor, donde este último se puede subclasificar con alteración de la conciencia o sin ella². A continuación, se describe una presentación atípica de un estado epiléptico no motor sin alteración de la conciencia manifestado como amnesia global transitoria.

Autor para correspondencia: manuelgarcia140@gmail.com, García Pareja MA.

Recibido: 1/07/2024 Aceptado: 28/05/2025

DOL: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.370>

Cómo citar: Herrera Saldarriaga N, Cardozo Ocampo A, García Pareja MA. AGT como Mimic de estado epiléptico: informe de caso. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2025;45(3):e0000370

PRESENTACIÓN DEL CASO

Al Servicio de Urgencias ingresa una paciente de 71 años, con hipertensión arterial como único antecedente patológico. Ingresó debido a que esa misma mañana despertó con amnesia anterógrada y retrógrada con episodios de desorientación. No recordaba su edad, tenía falla de cálculo y de abstracción, síntomas que persistieron hasta el momento de la evaluación médica. No presentaba alteración del estado de alerta y sus signos vitales al ingreso fueron: presión arterial 142/78 mm Hg, frecuencia cardíaca 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 17 respiraciones por minuto, temperatura 36.8 °C.

Desde hace 2 años estaba presentando estos eventos paroxísticos de alteración cognitiva, el primero con una duración de 3 días seguidos y después de eso, con una frecuencia de aproximadamente 2 veces por semana con 5 minutos de duración. Aportó una resonancia magnética cerebral donde se evidenciaban calcificaciones puntiformes frontales y temporooccipital derecha por origen residual desconocido, sin atrofia hipocámpal.

En el Servicio de Urgencias se solicitó nueva neuroimagen donde se evidencian calcificaciones frontales bilaterales ya conocidas, de etiología indeterminada (Fig.1). Ante la recurrencia y cronicidad de los síntomas, se solicitó electroencefalograma en el cual se describen complejos de punta-onda lenta y polipunta-onda lenta bilaterales de manera continua (véase Fig. 1). Como consecuencia, se considera estado epiléptico con síntomas no motores generalizado, de etiología desconocida.

Se inició lacosamida con dosis de carga de 400 mg y luego 100 mg cada 8 horas. Se dejó en observación durante 24 horas y al día siguiente hubo mejoría de los síntomas cognitivos previamente descriptos. Dado que el patrón electroencefalográfico describía una epilepsia generalizada, se inició levetiracetam y se dio de alta sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El estado epiléptico es una emergencia neurológica bastante común en los servicios de urgencias con mayor frecuencia entre los 0 y 4 años de edad y después de los

60 años. El pronóstico dependerá de la etiología, el tipo y duración de las convulsiones y los hallazgos electroencefalográficos³. Este a su vez puede ser subclasificado por el tipo de presentación: con fenómeno motor y sin fenómeno motor (también llamado estatus epiléptico no convulsivo); este último es el de nuestro interés. El estado epiléptico no convulsivo puede o no tener alteración de la conciencia y puede ser focal o generalizado².

La amnesia global transitoria se define como el inicio repentino de amnesia retrógrada y anterógrada de duración menor a 24 horas cuya fisiopatología aún no es clara, pero se han postulado algunos mecanismos entre ellos un fenómeno epiléptico⁴. En el año 1990 se comenzaron a describir casos particulares sobre una forma atípica de la epilepsia caracterizada por periodos de amnesia transitoria, a la cual denominaron “amnesia epiléptica transitoria”⁵, que se caracteriza por pérdida de memoria transitoria recurrente que suele durar menos de 1 hora, ocurre más frecuente al despertar y se ha informado que está acompañada de alteraciones olfativas y automatismos orales, lo que sugiere un origen en el lóbulo temporal. Desde esa década, Zeman y cols.⁶ desarrollaron algunos criterios diagnósticos para esta patología: 1) Episodios de amnesia recurrentes, 2) Las demás funciones cognitivas durante los ataques estaban intactas, y 3) Evidencia de epilepsia basada en uno o más de los siguientes:

a. Descripción epileptiforme en electroencefalograma.

b. Aparición de otras formas de epilepsia (automatismos, alucinaciones olfativas, chupeteo).

c. Respuesta a terapia anticonvulsivante.

En el año 2008 estos mismos autores, mediante sus criterios diagnósticos, describieron 54 casos informados antes de 2007, en los que encontraron una prevalencia mayor en hombres (63%), edad media de inicio de 58 años y un promedio de duración de los ataques entre 30 y 60 minutos; sin embargo, en esa serie de casos descripta hay duraciones de más de 24 horas⁷. Uno de los hallazgos más relevantes es la asociación de este tipo de epilepsia con el despertar: se registró en el 70,4% de todos los casos.

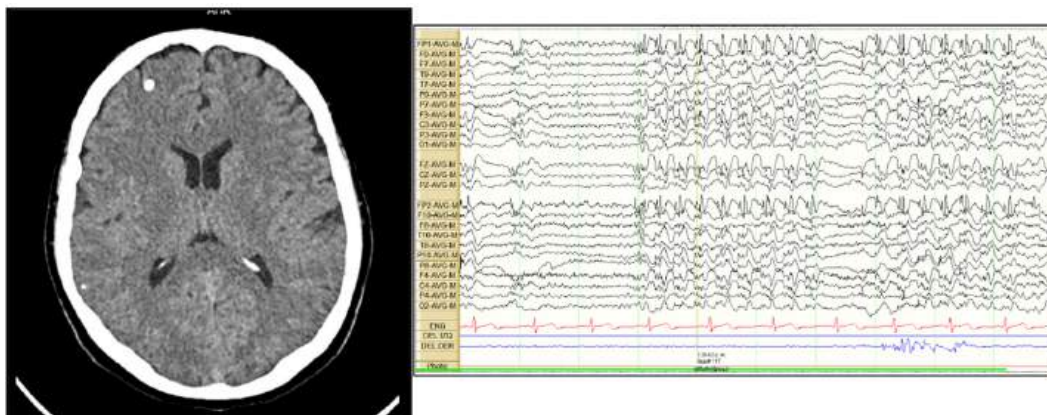


Figura 1. TC simple de cráneo (izquierda) y electroencefalograma (derecha).

En el año 2021 se publicó la serie de casos más grande hasta ahora, notificando un total de 115 casos de amnesia epiléptica transitoria, la cual combinaba varias cohortes descriptas desde 1988. En este registro se describe una frecuencia de ataques promedio de 1 por cada mes, duración promedio entre 15 y 30 minutos y comúnmente manifestados al despertar⁸. Los autores concluyen que la amnesia epiléptica transitoria es un síndrome clínico, caracterizado por ser de etiología desconocida y de inicio tardío, así como una causa importante y tratable de pérdida de memoria en las personas mayores y que a menudo puede ser confundida con demencia, enfermedad cerebrovascular y/o amnesia funcional.

CONCLUSIÓN

Nuestro informe de caso cumple con los criterios diagnósticos descriptos en la literatura para el síndrome llamado “amnesia epiléptica transitoria”, el cual tiene una incidencia desconocida por el poco registro que existe en las principales bases de datos internacionales. En nuestro caso en particular, la paciente se encontraba en un estado epiléptico, considerándolo como una manifestación inusual de dicha enfermedad. Está claro que esta condición puede confundirse con demencia, amnesia funcional y/o enfermedades cerebrovasculares, pero se diferencia en que, después del tratamiento con terapia anticonvulsivante, hay una resolución casi completa de los síntomas.

Contribuciones de los autores: Investigación, Redacción - borrador original: NHS. Redacción revisión y edición: NHS, ACO, MGP. Conceptualización: ACO, MGP. Metodología: ACO. Administración del proyecto, Redacción - revisión y edición: ACO, MGP.

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. Trinka E, Leitinger M. Management of status epilepticus, refractory status epilepticus, and super-refractory status epilepticus. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2022;28(2):559-602. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001103>.
2. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, et al. A definition and classification of status epilepticus--Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*. 2015;56(10):1515-1523. <https://doi.org/10.1111/epi.13121>.
3. Lu M, Faure M, Bergamasco A, et al. Epidemiology of status epilepticus in the United States: a systematic review. *Epilepsy Behav*. 2020;112:107459. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107459>.
4. Bartsch T, Deuschl G. Transient global amnesia: functional anatomy and clinical implications. *Lancet Neurol*. 2010;9(2):205-214. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70344-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70344-8).
5. Kapur N. Transient epileptic amnesia--a clinical update and a reformulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1993;56(11):1184-1190. <https://doi.org/10.1136/jnnp.56.11.1184>.
6. Zeman AZ, Boniface SJ, Hodges JR. Transient epileptic amnesia: a description of the clinical and neuropsychological features in 10 cases and a review of the literature. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998;64(4):435-443. <https://doi.org/10.1136/jnnp.64.4.435>.
7. Butler CR, Zeman AZ. Recent insights into the impairment of memory in epilepsy: transient epileptic amnesia, accelerated long-term forgetting and remote memory impairment. *Brain*. 2008;131(Pt 9):2243-2263. <https://doi.org/10.1093/brain/awn127>.
8. Baker J, Savage S, Milton F, et al. The syndrome of transient epileptic amnesia: a combined series of 115 cases and literature review. *Brain Commun*. 2021;3(2):fcab038. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcab038>.

¿Qué es y para qué sirve un relato de experiencia profesional?

Silvana Soli¹, Ana Braslavsky¹, María L. Peroni² y María F. Grande Ratti¹

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

2. Posgrado, Universidad Hospital Italiano. Argentina

RESUMEN

En salud, un relato de experiencia es la presentación de un trabajo cuyo objetivo es compartir una vivencia cuya originalidad, enfoque o profundidad justifican su comunicación científica. Puede originarse en el ámbito clínico-asistencial, comunitario, de salud pública, de gestión y/o educativo-docente-pedagógico. Este tipo de relatos proviene de las ciencias sociales y se vincula con la medicina narrativa y las investigaciones cualitativas.

El relato de experiencia puede ser redactado, compartido y difundido en congresos y/o publicado en revistas científicas, siempre que su escritura sea clara, coherente y sistematizada, con una estructura y formato académicos.

El presente artículo pretende dar las bases conceptuales y metodológicas para su elaboración. La clave radica en contextualizar la experiencia, explicitar los objetivos y un desarrollo detallado del proceso, presentando no solo los resultados obtenidos, sino también destacando tanto los logros como las dificultades enfrentadas. La discusión final debe ofrecer reflexiones sobre cómo puede contribuir al conocimiento o mejorar las prácticas profesionales.

Palabras clave: formatos de publicación, educación médica, educación profesional, educación en salud pública profesional, educación continua, educación médica continua.

What Is a Professional Experience Narrative and What Is It For?

ABSTRACT

In the health field, an experience narrative is a type of work that aims to share an experience whose approach, originality, or depth justifies its scientific communication. It may originate from clinical care, community work, public health, healthcare management, and/or educational or teaching contexts. These narratives have their roots in the social sciences and are related to narrative medicine and qualitative research. They may be written, shared, and presented at conferences and/or published in scientific journals, provided that the writing is clear, coherent, and systematic, with an academic structure and format.

This article aims to provide the conceptual and methodological foundations for their development. The key lies in contextualizing the experience, stating the objectives, and offering a detailed account of the process-presenting not only the outcomes, but also highlighting both achievements and challenges. The

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

Recibido: 17/03/25 Aceptado: 15/07/2025

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.845>

Cómo citar: Soli S, Braslavsky A, Peroni ML, Grande Ratti MF. ¿Qué es y para qué sirve un relato de experiencia profesional? *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2025;45(3):e0000845

final discussion should offer reflections on how the experience may contribute to knowledge or help improve professional practices.

Keywords: publication formats, medical education, professional education, public health education, continuing education, continuing medical education.

Un relato de experiencia es una narración en la que se describe y se reflexiona sobre una vivencia en particular, que busca compartir los aspectos más significativos, los aprendizajes obtenidos, los desafíos enfrentados, las emociones, y/o las reflexiones surgidas durante el proceso/recorrido. Su escritura y edición ayudan al profesional a reconstruir y a darle un nuevo significado a lo vivido, reconfigurando su sentido, y generando otros nuevos¹. Según Fernández y cols. “dan cuenta de la mirada de quien relata, y favorecen comprender de una nueva manera”².

En Ciencias de la Salud, un relato de experiencia tiene el potencial de convertirse en una publicación científica de valor, estructurándose como un artículo académico que podría seguir el formato IMRaD³, pero con un enfoque más reflexivo (Tabla 1). Esto implicaría incluir no solo la descripción de la experiencia en sí misma (p. ej., qué, quién/es, cómo, cuándo y dónde en la sección Metodología/Métodos), sino también el análisis interpretativo de los Resultados (p. ej., contexto organizacional, fundamentación de toma de decisiones, lecciones aprendidas, barreras en la implementación, etc.), y la discusión de las implicaciones en salud. En este sentido, vale la pena mencionar las diferencias existentes entre estas dos producciones (Tabla 1): relato de experiencia e investigación

(habitualmente presentada como “artículo original”). Son complementarias: mientras la investigación busca responder preguntas con evidencia sistemática y resultados preestablecidos, el relato es una forma valiosa de producción de conocimiento desde la práctica, basado en una mirada crítica y humana sobre lo vivido.

Existen diferentes categorías:

- A. Educativas.** Aquellos en los que se describe y reflexiona sobre un proceso de enseñanza-aprendizaje en diferentes contextos educativos (p. ej., estudiantes de grado, posgrado, residencias y *fellows*). Deberían conectar con marcos teóricos y prácticas/técnicas pedagógicas, o relatar nuevas metodologías de enseñanza⁴. Por ejemplo, la experiencia de enseñanza virtual en investigación del Servicio de Clínica Médica⁵, o la experiencia del profesional de enfermería en relación con el estudiante durante su práctica formativa⁶.
- B. Asistenciales.** Aquellos en donde el personal sanitario (p. ej., equipo médico, de enfermería, de psicología, etc.) describen y reflexionan sobre una vivencia ocurrida durante atención/cuidado de/con pacientes. Deberían proporcionar una visión más humana y empática de la atención sanitaria, más allá de los aspectos técnicos/clínicos, y reflejar las interacciones y

Tabla 1. Diferencias entre relato de experiencia e investigación

Aspecto	Relato de experiencia	Investigación
Objetivo	Compartir una experiencia (educativa, de gestión sanitaria o asistencial) y reflexionar sobre ella	Generar conocimiento nuevo
Base	Vivencia personal, profesional o institucional	Datos recolectados sistemáticamente (prospectivos o retrospectivos, con ese fin)
Metodología	Académica, pero más narrativa o reflexiva	Formal, definida y sistemática (por ej., Equator Network® contiene <i>checklists</i> de acuerdo con el diseño)
Formato	Estructura más flexible y abierta, que da pie a reflexión profunda y la exposición de aprendizajes profesionales	Estructura IMRaD, esqueleto estructurado y rígido
Aprobación ética	Deseable, pero condicional	Obligatoria

las decisiones que se tomaron. La atención centrada en la persona y la toma de decisiones compartidas contribuyeron al auge de la medicina narrativa⁷. Por ejemplo, la creación de un teletriage dermatológico para interactuar con la central de emergencias⁸.

C. De gestión sanitaria. Se centran en la organización, planificación y toma de decisiones que impactan en la prestación de servicios de salud en una institución (p. ej., hospital, centro de salud). Son aconsejables para difundir proyectos y/o programas, mientras que incluyan estrategias de gestión de recursos humanos, logísticos-operativos, y de comunicación. Por ejemplo, la reestructuración necesaria de una guardia externa durante la pandemia COVID-19⁹.

Estos relatos van más allá de un simple registro de hechos, ya que –a través de las percepciones de los autores– reconstruyen tanto datos cuantitativos (p. ej., número de involucrados, características basales de participantes) como cualitativos (p. ej., emociones, sensaciones)¹⁰. La redacción tiene un lugar importante en la formación profesional continua denominada aprendizaje experiencial, un enfoque que se fundamenta en la idea de que la experiencia personal y la reflexión sobre lo vivido son esenciales para la construcción del conocimiento y las competencias blandas (p. ej., escucha activa, comunicación clara y empática)¹¹.

ORÍGENES

La documentación narrativa en salud (de historias, casos, ejemplos, testimonios) se puede utilizar para transmitir información fácilmente comprensible y memorable¹², y está inspirada en los aportes de la investigación interpretativa y narrativa de Ciencias Sociales. Se la vincula a la investigación cualitativa y va tomando cada vez más lugar en el marco de gestión sanitaria, salud pública y colectiva¹³. No solo recopila datos clínicos o diagnósticos, sino también tiene en cuenta vivencias, emociones y percepciones, tanto del paciente como del equipo profesional. Están dotadas de singularidades influidas por cuestiones contextuales (p. ej., geográficas, culturales, históricas), y existe un creciente reconocimiento en incorporarlas en la formulación de políticas públicas, como un componente importante de la base de evidencia requerida para informar los procesos complejos¹².

¿CÓMO ESCRIBIR UN RELATO DE EXPERIENCIA?

Un relato de experiencia implica narrar de manera clara y reflexiva una vivencia significativa que hayas experimentado. El primer paso indiscutido es identificarla y definir el propósito. Para esto, habrá que preguntarse: ¿por qué? ¿qué tiene de valioso para compartir/enseñar?

La estructura académica podría seguir el formato IMRaD³, o ser más flexible y abierto (según las normas editoriales de cada revista). Como puede observarse en la tabla 2, este esqueleto-guía incluye una “Introducción” que presenta el contexto de la experiencia (¿cuál fue el disparador?), breve reseña del estado de conocimiento actual, y explicita el objetivo. En “Métodos” se describe el proceso: cómo se desarrollaron los eventos, cómo

interactuaste con las personas, incluyendo los pasos o las decisiones que tomaste o los enfoques que usaste para enfrentar la experiencia, sin olvidar ventana temporal y lugar. En “Resultados” describes los resultados de tu experiencia, incluyendo logros, dificultades o desafíos que surgieron durante la implementación. En esta sección se reflexiona sobre cómo las acciones y decisiones afectaron el desarrollo. En “Discusión” se reflexiona sobre lecciones aprendidas, cómo se puede aplicar ese aprendizaje en situaciones futuras, el efecto/impacto de la experiencia en tu desarrollo profesional. Indudablemente, debería contener interpretaciones y conexiones con experiencias previas o con marcos conceptuales relevantes (p. ej., similitudes, diferencias).

Puede considerarse incluir elementos visuales como figuras, gráficos y tablas. Estos elementos son la forma más rápida de comunicar grandes volúmenes de información compleja, que sería complicado y largo de explicar en un texto narrativo. Son importantes para atraer a los lectores, ya que muchos de ellos mirarán solo esos elementos visuales.

Se recomienda una escritura clara, entretenida y fácil de leer; mantener la coherencia en las narrativas, e identificar y explicitar los posibles sesgos. En este tipo de escritos, aparece lo que se llama “sesgo narrativo”, un error sistemático que parte de nuestra forma de ver la realidad. Esto puede ocurrir por ser el investigador quien cuenta su propia experiencia, no es intrínsecamente malo, sino una tendencia, inclinación o prejuicio a favor o en contra de algo. Existen algunas estrategias orientadas a minimizarlos, como discutir interpretaciones con otros actores involucrados o colegas y reflexionar sobre los posibles sesgos introducidos por uno mismo¹⁴.

¿CÓMO PUBLICAR UN RELATO DE EXPERIENCIA?

En primer lugar, puede considerarse una publicación siempre que se cumpla con los criterios establecidos o normativa de las revistas científicas que aceptan este tipo de artículos. Aunque es una experiencia personal, si se incluye información de investigaciones previas, teorías educativas o marcos de referencia en la ciencia de la salud, el relato se fortalecerá y estará mejor alineado con los estándares de una publicación académica.

La Tabla 3 es una lista no exhaustiva que explicita, a modo de ejemplo, algunas revistas que reciben este tipo de escritos. El proceso consiste en adaptar el escrito a las normas editoriales. Sin embargo, vale la pena considerar que, si son redactados de manera reflexiva y rigurosa, pueden incluso ser presentados como comunicaciones breves, o en congresos y conferencias (tales como: Congreso de la Sociedad de Medicina Interna; Congreso Nacional de la Federación Argentina de Medicina Familiar; Congreso Provincial de Salud; Congreso Argentino de Educación Médica). En general, suelen ser aceptadas aquellas propuestas que representen un real aporte en un área específica del conocimiento, buscando extraer de ella enseñanzas y principios generales, que puedan servir de inspiración para otros grupos de trabajo.

Tabla 2. Estructura recomendada para la escritura de un relato profesional: de la teoría a la práctica (basada en relato educativo, publicado en revista científica)¹⁵

Sección	Descripción teórica	Análisis de un ejemplo real
Título	Debe reflejar el contenido del trabajo	Relato de experiencia: educación para la salud con adolescentes
Resumen	Debe presentar los contenidos principales incluidos en el texto	A partir de comportamientos poco saludables y riesgosos en los adolescentes de la comunidad X, se planificaron intervenciones educativas en este grupo etario
Palabras clave	Presentar términos que identifiquen el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos biomédicas nacionales e internacionales (p. ej., del listado MeSH o DeCS)	Educación para la salud; Salud en la escuela
Introducción	Antecedentes, contexto, problema que motivó el artículo	Se relata la experiencia del desarrollo de un programa de educación para la salud destinado a adolescentes, llevado a cabo por un equipo de salud, luego de detectar comportamientos poco saludables y riesgosos en los adolescentes de la comunidad
Objetivos	¿Qué se pretende lograr con el trabajo?	Favorecer y estimular el desarrollo integral de los adolescentes para que puedan desplegar todas sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. Fortalecer la concientización y toma de decisiones responsables
Descripción, o Materiales y métodos, o Acciones	Describir lugar y tiempo de las actividades realizadas, contexto institucional y/o curricular, materiales utilizados y acciones realizadas	Se establecieron reuniones con el equipo interdisciplinario. Se identificaron problemáticas. Se realizaron talleres con los adolescentes y acciones directas en la comunidad
Resultados o análisis de la experiencia	Hallazgos de la experiencia, problematización de "lo habitual", justificación de lo realizado, alcances, desafíos, logros	Se realizaron en total 24 talleres, semanales en el año 2017. Participaron alrededor de 25 alumnos, de 15 a 16 años
Discusión	Explicar la interpretación de los resultados del estudio, limitaciones, fortalezas y temas pendientes para líneas futuras	Esta experiencia nos permitió repensar la atención integral del adolescente desde su acceso a los sistemas de salud y nuestro papel como profesionales de la salud, la articulación con el centro educativo
Conclusión	Recapitulación de resultados principales, señalar contribución, lecciones aprendidas y/o recomendaciones para próximas experiencias y propuestas	Los aspectos abordados en los talleres permitieron que los adolescentes pudieran reflexionar y construir saberes sobre aspectos que necesitan y les generan interés. Se logró la participación de los jóvenes en actividades de difusión dentro y fuera de la escuela
Bibliografía	Debe seguir los estándares para cualquier publicación (p. ej., formato Vancouver) La cantidad de referencias aceptada depende de las normas específicas de cada revista científica	Ejemplo: Parra MA. Articulaciones entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016;34(1):30-7. DOI: 10.17 533/udea.rfnsp.v34n1a04

Tabla 3. Algunas revistas científicas *target* para la difusión de relatos de experiencias de interés en salud

Revista	Sección / Normas
Revista Archivos de Medicina Familiar y General	<i>Relato de experiencia.</i> Presentación de una experiencia de trabajo (clínico-asistencial, comunitaria, gestión) cuya originalidad o profundidad hacen que sea relevante su comunicación. Debe estar sistematizado y presentar un análisis de la experiencia para describir. A modo de ejemplo, puede presentar marco teórico, objetivos, desarrollo, evaluaciones y/o resultados y observaciones, discusión o reflexiones finales. El texto no deberá superar las 3500 palabras
Revista del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de La Matanza (ReDSal)	<i>Comunicación breve/Relato de experiencias.</i> Se refiere a la presentación de trabajos que comunican hallazgos preliminares, que aporten una metodología o técnica, con resultados innovadores o situaciones de interés en el campo de las Ciencias de la Salud. Los relatos de experiencias profesionales describen una situación de interés para la actuación de profesionales del área de la salud, y contienen el análisis de implicaciones conceptuales, descripción de procedimientos con estrategias de intervención o evidencia metodológica apropiada para la evaluación de la eficacia de un procedimiento o estrategia. Solo son aceptados comunicaciones breves y relatos de experiencia que representen un real aporte en el área específica del conocimiento.
Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires (para relatos de experiencia educativos)	<i>Educación médica.</i> Comprende una propuesta educativa puntual, realizada de forma individual o colectiva, que se problematiza y/o justifica desde los marcos teóricos de la pedagogía y/o educación médica (estrategias de enseñanza, contenidos, diseño, programación curricular, etc.). Su análisis pretende ser un aporte e inspirar a otros profesores o especialistas en docencia universitaria en Ciencias de la Salud

REFLEXIONES SOBRE LOS DESAFÍOS DEL RELATO DE EXPERIENCIA

Con una mirada reflexiva desde la práctica, se explicitan a continuación los mayores obstáculos inherentes a la construcción y al proceso de publicación de estos entregables científicos, esperando que nuestro aprendizaje sirva como guía e inspiración para profesionales en formación o con menor trayectoria en investigación, y resulte inspirador o motivador transitar por ese desafío académico.

En primer lugar, aparece la falta de familiaridad con este tipo de artículo, poco enseñado y difundido en salud. Se trata de un artículo no tradicional, que habitualmente no forma parte de los programas curriculares, ni se abordan en espacios de lectura crítica. Por ende, incursionar en este camino, para nosotras no solo implicó un cambio en la forma de escribir, sino también en la manera de interpretar este tipo de producción académica.

En segundo lugar, nos encontramos con dificultades para identificar revistas candidatas, que aceptaran este tipo de artículos (p. ej., las publicaciones biomédicas no suelen contemplarlos). Asimismo, las revistas alternativas (como las de educación o gestión) suelen exigir marcos teóricos más complejos o pedagógicos, que no siempre forman parte del bagaje profesional o de la experticia de los equipos de salud.

En tercer lugar, surgen las barreras inherentes a cualquier publicación, como el contexto socioeconómico actual para enfrentar los costos (p. ej., cargos por procesamiento de artículos -APC) y la escasa disponibilidad de revistas locales o latinoamericanas con indexación (p. ej.,

que influye en la decisión del idioma para la construcción del manuscrito).

De nuestra experiencia, se desprenden tres aspectos clave:

- A. **¿Cómo seleccionar la experiencia para publicar?** Esta decisión requiere una mirada reflexiva y estratégica. Considerar la relevancia, el valor agregado y el valor formativo de compartir el aprendizaje generado con terceros, pares, colegas, comunidad. Es crítico el reflexionar sobre: ¿qué implicaciones tiene esta vivencia para otros? Podría tratarse de una experiencia excepcional (que se destaca por sus características de singularidad), o bien una experiencia representativa de problemáticas comunes (que ayuda a sistematizar lo que muchos viven pero pocos documentan).
- B. **¿Cómo encontrar revista?** Implica considerar varios criterios: buscar alternativas en bases de datos fiables (p. ej., Scielo, Redalyc, Latindex, DOAJ, PubMed, etc.) y explorar enfoque, alcance y normas de cada revista (p. ej., revisar las secciones que acepta, y ejemplos de publicaciones previas).
- C. **¿Cómo organizar la colaboración entre autores?** De manera colaborativa, integrando miradas diversas en reuniones periódicas de equipo, o de manera asincrónica (p. ej., mediante lectura crítica y comentarios constructivos de textos) y distribuyendo las tareas según las fortalezas de cada uno.

CONSIDERACIONES FINALES

Los relatos de experiencias vienen derivados desde las Ciencias Sociales, tienen un lugar indiscutido en la

formación pedagógica y van ganando lugar dentro de las profesiones relacionadas con la salud como un escrito válido de comunicación científica.

Se caracterizan por la singularidad y la irrepetibilidad de una experiencia vivida por los autores, en un determinado tiempo y lugar.

La redacción reconstruye esta vivencia, permitiendo darle un sentido, documentarla y difundirla. Como en toda comunicación científica, es imprescindible tener en claro cuál es el objetivo de su presentación, aportar al conocimiento académico y tener en cuenta el sesgo narrativo, que parte de la subjetividad, intentando minimizarlo.

En cuanto a las consideraciones éticas, pueden ser concebidos como estudios descriptivos y retrospectivos, de riesgo mínimo, mientras se mantenga la confidencialidad de los sujetos participantes.

RECOMENDACIONES FINALES

- Si los relatos de experiencia son una forma ampliamente aceptada de transmitir conocimientos, ¿por qué seguir dudando de su valor?
- Animémonos al mundo de nuevas formas de escritura y lectura, explorando los relatos de experiencia como una herramienta valiosa en el ámbito de la salud, para enriquecer su comprensión y enfoque.
- La base es la reflexión, una herramienta clave para el crecimiento y el aprendizaje continuo de cualquier profesional.

Contribución 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, SM, RPM).

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. Suárez D. Investigación narrativa, relatos de experiencia y revitalización del saber pedagógico. *Espacios en blanco. Serie indagaciones* 2021;31(2):365-380. <https://dx.doi.org/10.37177/unicen/eb31-308>.
2. Fernández M, Ramírez P. Los relatos de experiencias escolares en la formación docente. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2006;37(4):1-6. <https://doi.org/10.35362/rie3742696>.
3. Shiely F, Gallagher K, Millar SR. How, and why, science and health researchers read scientific (IMRAD) papers. *PLoS One*. 2024;19(1):e0297034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297034>.
4. Domingos JC. Relatos de experiencia, en busca de un saber pedagógico. *RBPAB*. 2016;1(1):14-30. <https://doi.org/10.31892/rbpab2525-426X.2016.v1.n1.p14-30>.
5. Grande Ratti MF, Elizalde VK, Burgos MA, et al. Aprendizaje en investigación clínica: experiencia de enseñanza virtual con estudiantes de medicina. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2023;43(4):191-199. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v43i4.277/view/277>.
6. Elizalde-Ordoñez H, Ortiz-Dávalos G, Rodríguez-Quezada F, et al. Experiencia del profesional de enfermería en su relación con el estudiante durante su práctica clínica. *Sanus*. 2021;6:e192. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi1.192>.
7. Guo L. [What is narrative medicine?]. *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2019;48(5):467-473. <https://doi.org/10.3785/jissn.1008-9292.2019.10.01>.
8. Piccoli S, Frutos EL, Mazzuocolo LD, et al. Cooperación entre médicos del departamento de emergencias y dermatólogos por telemedicina. *Arch Med Fam Gen*. 2024;21(1):4-10.
9. Grande Ratti MF, Martínez B. Reestructuración de la Central de Emergencias durante la pandemia. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2022;42(1):46-48. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v42i1.147>.
10. Vallone MG. La documentación narrativa de experiencias pedagógicas: una estrategia para la formación docente [Internet]. Buenos Aires. Argentina. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología; 2005 [citado 2025 mar 12]. Disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL004074.pdf>.
11. Anderson K, Gupta S, Nava Buenfil F, et al. Using experiential learning and authentic assessments to support students to become competent health promotion practitioners. *Health Promot J Austr*. 2022;33 (Suppl 1):27-34. <https://doi.org/10.1002/hpja.654>.
12. Fadlallah R, El-Jardali F, Nomier M, et al. Using narratives to impact health policy-making: a systematic review. *Health Res Policy Syst*. 2019;17(1):26. <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0423-4>.
13. Ledade SD, Jain SN, Darji AA, et al. Narrative writing: effective ways and best practices. *Perspect Clin Res*. 2017;8(2):58-62. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.203044>.
14. Blanco M. Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Argumentos (Méx)* 2011;24(67):1351-1356.
15. Burdisso N, Morganti C, Musarella N. Relato de experiencia: educación para la salud con adolescentes. *Rev Hosp Ital B.Aires*. 2018;38(4):149-153.

Anatomía topográfica de la pelvis: espacios avasculares

Guido O. Vietri[■] y José M. Saadi[■]

Servicio de Ginecología, Hospital Italiano. Argentina

Presentamos un video-artículo donde se describe topográficamente la anatomía pelviana con los espacios avasculares de la misma.

Se comienza identificando el triángulo avascular de la pelvis delimitado por el ligamento redondo, el ligamento infundíbulo pélvico y los vasos ilíacos externos.

Se realiza la apertura de la hoja posterior del ligamento ancho hasta identificar el uréter y la arteria vesical superior (o umbilical obliterada).

La arteria vesical superior es rama terminal de la arteria hipogástrica o ilíaca interna.

El reconocer la arteria vesical superior permite disecar este vaso en dirección cefálica hasta localizar la arteria hipogástrica y el nacimiento de la arteria uterina que va a dirigirse de manera perpendicular hacia el útero. Así, se desarrolla el espacio paravesical, que nos permitirá un acceso anterolateral de la pelvis. Este espacio va a estar dividido en un compartimento medial y otro lateral por la arteria vesical superior.

El espacio paravesical lateral quedará delimitado de la siguiente manera:

- Lateral: vasos ilíacos externos.
- Medial: arteria vesical superior o umbilical obliterada.
- Posterior: parametrio lateral con arteria uterina.
- Anterior: ramas isquiopúbicas.
- Ventral: ligamento redondo y hoja anterior de ligamento ancho.
- Dorsal: piso pelviano.
 - El contenido de este espacio corresponde al paquete vasculonervioso obturador. Este nervio genera la inervación motora para la aducción del muslo y su sensibilidad en cara medial.

El espacio paravesical medial quedará delimitado de la siguiente manera:

- Lateral: arteria umbilical obliterada.
- Medial: fascia prevesical/paracolpos.
- Posterior: parametrio lateral.
- Anterior: vejiga.

- Ventral: ligamento redondo y hoja anterior del ligamento ancho.
- Dorsal: piso pelviano.

Se continúa disecando el uréter hasta desarrollar el espacio pararectal que nos permitirá un abordaje posterolateral de la pelvis.

Tal como sucede con el espacio paravesical, se encuentra dividido por el uréter en una porción medial (espacio de Okabayashi) y una lateral (espacio de Latzko).

El espacio pararectal lateral quedará delimitado de la siguiente manera:

- Lateral: vasos ilíacos internos.
- Medial: uréter.
- Posterior: sacro.
- Anterior: parametrio lateral.
- Ventral: peritoneo sobre uréter y arteria uterina.
- Dorsal: piso pelviano.

El espacio pararectal medial quedará delimitado de la siguiente manera:

- Lateral: uréter.
- Medial: recto.
- Posterior: sacro.
- Anterior: parametrio lateral.
- Ventral: peritoneo sobre uréter.
- Dorsal: piso pelviano.
 - El contenido de este espacio corresponde al nervio hipogástrico. Es imprescindible respetarlo y no lesionarlo ya que puede generar disfunciones vesicales o intestinales.

Finalmente desarrollamos el último espacio avascular denominado 4.º espacio o de Yabuki. El disecar este espacio nos permite identificar el plexo hipogástrico inferior y la entrada del uréter a la vejiga.

Se encuentra delimitado por:

- Lateral: uréter.
- Medial: vagina.
- Posterior: arteria uterina y fascia endocervical.
- Anterior: vejiga.

Autor para correspondencia: guido.vietri@hospitalitaliano.org.ar, Vietri GO.

Recibido: 13/05/25 Aceptado: 04/08/25

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.baires.v45i3.1269>

Cómo citar: Vietri GO, Saadi JM. Anatomía topográfica de la pelvis: espacios avasculares. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2025;45(3):e0001269



[Ver video: <https://youtu.be/lmELzfblsgs>]

Conocer la anatomía pelviana y los espacios avasculares de esta área resulta fundamental para acceder al retroperitoneo y realizar procedimientos quirúrgicos de manera segura en cirugías como histerectomías radicales, linfadenectomías pélvicas o tratamiento de la endometriosis. Aprender los límites y los contenidos de dichos espacios permitirá sistematizar los procedimientos quirúrgicos, minimizando su tiempo, y realizarlos de manera segura.

Contribuciones de los autores: Conceptualización, Metodología, Software, Escritura- Revisión, Edición (GOV). Supervisión (JMS).

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.

Empatía en el ámbito administrativo de salud: Capacitación en habilidades blandas y su impacto en la experiencia del paciente

Alex O. Baraglia 

Comité de Bioética, Hospital Italiano. Argentina

RESUMEN

La empatía ha sido un elemento clave en la evolución humana, facilitando la cooperación, la cohesión social y el sentido de justicia. Si bien ha sido ampliamente estudiada en el ámbito clínico, su impacto en el desempeño del personal administrativo en salud ha recibido menor atención. Este artículo explora el desarrollo evolutivo de la empatía y su relevancia en la gestión hospitalaria, destacando su influencia en la interacción con pacientes y en la dinámica organizacional.

Desde un enfoque interdisciplinario se analizan los desafíos que surgen al aplicar la empatía en la administración de la salud, incluyendo el riesgo de sesgos y la necesidad de una regulación emocional adecuada. Se argumenta que la formación en habilidades blandas, particularmente en el personal administrativo, es fundamental para mejorar la calidad del servicio y fortalecer el clima laboral. Se proponen estrategias de capacitación basadas en simulaciones interactivas, mentoría y herramientas virtuales, permitiendo que los administrativos desarrollen una empatía equilibrada que optimice su desempeño sin comprometer la objetividad en la toma de decisiones.

A través de un análisis sistémico se plantea que la empatía no debe considerarse solo una habilidad individual, sino un factor estructural que influye en el funcionamiento global de las instituciones de salud. De esta manera, se enfatiza la necesidad de políticas organizacionales que integren la empatía como un principio central en la gestión hospitalaria.

Palabras clave: empatía, evolución, personal administrativo sanitario, plataforma virtual, atención al paciente.

Empathy in the Administrative Field of Healthcare: Soft Skills Training and Its Impact on the Patient Experience

ABSTRACT

Empathy has been a key factor in human evolution, facilitating cooperation, social cohesion, and a sense of justice. While it has been widely studied in the clinical field, its impact on the performance of administrative staff in healthcare has received less attention. This article looks into the evolutionary development of empathy and its relevance in hospital management, highlighting its influence on patient interactions and organizational dynamics.

From an interdisciplinary perspective, the challenges of applying empathy in healthcare administration are analyzed, including the risk of bias and the need for proper emotional regulation. It is argued that

Autor para correspondencia: alex.baraglia@hiba.org.ar, Baraglia AO.

Recibido: 2/10/24 Aceptado: 10/06/2025

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.393>

Cómo citar: Baraglia AO. Empatía en el ámbito administrativo de salud: Capacitación en habilidades blandas y su impacto en la experiencia del paciente. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2025;45(3):e0000393

training in soft skills, particularly for administrative staff, is essential to improving service quality and strengthening workplace dynamics. Training strategies based on interactive simulations, mentoring, and virtual tools are proposed, allowing administrative personnel to develop balanced empathy that optimizes their performance without compromising objectivity in decision-making.

Through a systemic analysis, we suggest that empathy should not be seen as merely an individual skill but as a structural factor influencing the overall functioning of healthcare institutions. Thus, the need for organizational policies that integrate empathy as a core principle in hospital management is emphasized.

Keywords: empathy, evolution, healthcare administrative staff, virtual platform, patient care.

Palabra sabia, recta, justa (...) significa: un ser que en un momento dado ha permanecido en estado de sabiduría, de armonía, de rectitud.

Maurice Leenhardt

INTRODUCCIÓN

Este artículo emplea una perspectiva exploratoria para profundizar en el proceso evolutivo de la empatía. La colaboración temprana entre las ostras como un ejemplo de interdependencia proporciona un enfoque esclarecedor sobre su posible papel como precursoras de lo que hoy se entiende por empatía, que data aproximadamente de 300 millones de años*. Aunque las ostras, y otras formas de vida temprana, muestran comportamientos de interdependencia que son esenciales para la supervivencia, la verdadera empatía comienza a tomar forma en organismos más complejos, como los mamíferos. En estos últimos, la empatía va más allá de la cooperación básica, involucrando la capacidad de reconocer y responder a las emociones de los otros, un rasgo esencial en la formación de sociedades cooperativas. Este desarrollo evolutivo en los mamíferos y, posteriormente, en los seres humanos, ofrece un marco importante para comprender cómo la interdependencia y la cooperación contribuyeron a la aparición de comportamientos empáticos que hoy en día resultan fundamentales en el entorno laboral.

RAÍCES EVOLUTIVAS DE LA EMPATÍA

Entender los orígenes de la empatía ofrece una guía valiosa para entrenar al personal administrativo en habilidades blandas. Mejorar estas competencias a través de programas específicos puede enriquecer significativamente las interacciones con los pacientes, facilitando una mayor comprensión de sus necesidades. Ponerse en el lugar del otro, sin sentir lo mismo, pero comprendiendo qué siente y por qué lo siente, es un componente esencial de esta formación. En el sistema de salud se hace evidente una marcada disparidad entre la complejidad tecnológica

y la capacitación del personal asistencial en comparación con el personal administrativo, especialmente en lo que respecta al desarrollo de habilidades interpersonales.

Un aspecto clave en la evolución de la empatía es la interdependencia, un principio presente en toda la naturaleza. Los organismos deben colaborar para sobrevivir y prosperar en sus ecosistemas. Las ostras, al formar colonias y trabajar juntas para construir estructuras protectoras y filtrar el agua en busca de alimento, muestran una forma rudimentaria de cooperación y división del trabajo. Esta colaboración podría verse como una manifestación temprana de interconexión y la comprensión de que trabajar juntos beneficia a todo el grupo¹.

Al extrapolar la noción de interdependencia a lo largo del tiempo, se puede postular que la empatía surgió como una extensión de esta dinámica en los mamíferos y, posteriormente, en los seres humanos.

En los mamíferos, Panksepp señala que la empatía pudo haberse originado en la necesidad de cuidar y proteger a las crías, colaborar en la caza y defender al grupo. La capacidad de comprender y responder a las necesidades de otros miembros de la comunidad habría representado una ventaja evolutiva en entornos sociales complejos².

En los seres humanos, la empatía ha sido un factor clave en la construcción de sociedades cooperativas y el desarrollo de civilizaciones avanzadas³. Sin embargo, el debate sobre si la interdependencia y la cooperación en la naturaleza condujeron inevitablemente al desarrollo de esta capacidad sigue abierto en la comunidad científica. Para reforzar esta perspectiva, Panksepp sostiene que la empatía no es una habilidad individual aislada, sino una característica profundamente arraigada en la evolución de los mamíferos, originada posiblemente como una extensión del cuidado parental⁴.

La evidencia fósil sugiere que algunas hembras de dinosaurios pudieron haber cuidado de crías enfermas o heridas, lo que indicaría la existencia de un vínculo emocional rudimentario. Asimismo, algunos registros fósiles de mamíferos han mostrado signos de comportamiento social complejo, reforzando la hipótesis de que la empatía surgió como un mecanismo evolutivo de cuidado y cooperación⁵.

Yamamoto⁶ propone un modelo para estudiar la empatía en primates basado en tres factores clave: coincidencia emocional, comprensión y prosocialidad. Este enfoque permite clasificar diversas conductas empáticas

*La familia *Ostreidae*, que incluye a las ostras, representa una variante de estas valiosas especies en el ambiente marino. Se encuentran distribuidas en diversas regiones del mundo y se destacan por su alta productividad e importancia ecológica. A lo largo del tiempo han sido favorecidas tanto por su relevancia en la cadena alimenticia como por su papel en el sustento del hombre.

dentro de su contexto y ofrece claves para entender su evolución y bases neuronales.

En particular los bonobos** se destacan por sus fuertes lazos sociales y su organización matriarcal. Las hembras, incluso sin vínculo biológico, suelen adoptar crías huérfanas, lo que sugiere una forma avanzada de empatía basada en el cuidado y la preocupación por el otro como elemento estructural de su organización social⁷.

EL ORIGEN DE LA CAPACIDAD DE PONERSE EN EL LUGAR DEL OTRO

Los seres humanos pertenecemos a los homínidos, una familia de primates cuya evolución, a lo largo de millones de años, ha estado marcada por cambios anatómicos, cognitivos y conductuales. Estas transformaciones han moldeado nuestras capacidades sociales, incluida la empatía, un rasgo clave en la interacción y organización de los grupos humanos⁸.

La empatía tiene raíces profundas en la socialización humana. Su origen está influenciado por múltiples factores internos y externos que moldean su desarrollo y expresión. La estructura social y familiar, la educación y la experiencia laboral son elementos determinantes en la forma en que cada individuo percibe y ejerce la empatía⁹.

Iacoboni¹⁰ ha investigado el papel de las neuronas espejo en la empatía, señalando que estas células facilitan la imitación de emociones y conductas ajenas. Este mecanismo no solo permite comprender mejor a los demás, sino también es clave en el aprendizaje social y el desarrollo de la empatía.

De forma similar, Antonio Damasio argumenta que las emociones son un componente crítico de la toma de decisiones y que la empatía es una habilidad emocional que nos permite comprender los sentimientos y las intenciones de los demás. En cuanto a las neuronas espejo, ha señalado su influencia en el aprendizaje por imitación y en la capacidad de sentir con el otro¹¹.

Desde una perspectiva biológica, la empatía está asociada a la activación de regiones cerebrales como la ínsula y la corteza cingulada anterior, responsables de procesar las emociones propias y ajenas. Diversos estudios científicos han demostrado que esta capacidad tiene una base neurológica influida tanto por la genética como por el entorno⁴. La interacción social refuerza el desarrollo de la empatía, facilitando la colaboración y la convivencia en comunidades más amplias y diversas^{12,3}.

Desde una perspectiva filosófica, Laurent Bove¹³ analiza el proceso de ponerse en el lugar del otro a partir de cómo percibimos y experimentamos las emociones ajenas, como la alegría o la tristeza. Al imaginar los

sentimientos de otra persona, nuestro cuerpo reacciona como si los estuviera viviendo, un fenómeno que se activa mediante la asociación repetitiva de imágenes emocionales. Este proceso genera un aumento o disminución en la energía de nuestras acciones, permitiéndonos experimentar internamente dichas emociones. En otras palabras, somos capaces de sentir de manera indirecta lo que otros experimentan, estableciendo una conexión que refuerza la identificación emocional de forma espontánea e instintiva.

A continuación, al trasladar este análisis al campo del trabajo y las estructuras sociales, Graeber¹⁴ nos invita a reflexionar sobre el hecho de que muchos trabajadores sienten que sus funciones carecen de propósito, lo que puede generar un daño moral significativo. En el ámbito hospitalario, el personal administrativo enfrenta este mismo desafío al desempeñar tareas burocráticas que parecen desvinculadas de la atención al paciente. Esta desconexión puede afectar su empatía y la calidad de sus interacciones, lo que subraya la necesidad de diseñar roles y tareas que no solo optimicen la eficiencia operativa, sino también refuercen el sentido de propósito y compromiso emocional del equipo. De este modo, se garantiza que su labor sea percibida como una contribución valiosa a la experiencia del paciente y a la calidad del cuidado brindado.

Wendy Dean y cols.¹⁵, aunque enfocados en el personal médico, aportan reflexiones valiosas para el desarrollo de la empatía en otros sectores del ámbito sanitario. Su estudio señala que las estructuras y demandas del sistema de salud pueden generar conflictos éticos en los trabajadores, provocando daño moral en lugar de un mero agotamiento. Este enfoque invita a replantear la importancia de alinear las prácticas laborales con principios de empatía y cuidado. En el entorno de alta presión de una Central de Emergencias, donde el personal administrativo desempeña un papel crucial en la gestión de situaciones límite, es fundamental promover un ambiente que priorice el bienestar moral y emocional. La evolución de la empatía dentro de estos equipos no debe entenderse solo como una cualidad individual, sino como el resultado de un entorno laboral que fomente valores éticos sostenibles. Esto subraya la necesidad de reformas estructurales que reconozcan y mitiguen el daño moral, promoviendo una asistencia más humana y empática.

Es pertinente detenerse aquí para profundizar en el concepto de valor. Stern¹⁶ plantea que los valores, incluidos los denominados 'bienes', no siempre poseen una realidad perceptual directa. Esta idea puede vincularse con la naturaleza intangible de la empatía: aunque no es algo tangible, su impacto es evidente en las interacciones humanas. Del mismo modo que la existencia de un objeto no garantiza su valor y viceversa, la empatía no siempre se expresa de manera explícita. Una persona puede parecer empática sin realmente serlo, mientras que otra puede ejercerla de forma genuina sin manifestarla de manera evidente. Esto refuerza la idea de que la percepción de un valor no siempre se ajusta a su realidad intrínseca.

Para el personal administrativo de una Central de Emergencias, la presión y el estrés pueden dificultar la

**Los bonobos son primates que pertenecen a la familia de los homínidos y son conocidos por su parecido cercano con los chimpancés. Estos animales se caracterizan por su comportamiento social altamente complejo y su tendencia a resolver conflictos a través de la empatía. Esta especie solo se encuentra en los bosques al sur del río Congo en la República Democrática del Congo (RDC). Aunque no fueron reconocidos como una especie separada hasta 1929, todavía se desconoce mucho sobre ellos, incluida la extensión total de su área de distribución geográfica.

expresión de una conexión emocional en determinados momentos. Sin embargo, esto no significa que carezcan de empatía, sino que su capacidad para manifestarla está influenciada por factores como la personalidad, la educación y la experiencia laboral previa⁹.

Además de los factores conductuales y cognitivos mencionados, es fundamental considerar cómo el entorno moldea nuestra biología a través de la epigenética. Algunas investigaciones en este campo han demostrado que las experiencias tempranas y el ambiente emocional pueden modificar la expresión genética sin alterar la secuencia del ADN¹⁷. Estos hallazgos muestran que la empatía no es puramente innata, sino que se desarrolla en función del contexto relacional. Esto subraya la importancia de brindar entornos de apoyo desde la infancia y, a nivel organizacional, refuerza la necesidad de promoverla mediante políticas de gestión que favorezcan la comprensión y el respeto mutuo.

EL DESARROLLO DE HABILIDADES BLANDAS A TRAVÉS DE UNA PLATAFORMA VIRTUAL

Aunque gran parte de la investigación sobre empatía en salud se ha centrado en el personal asistencial, este estudio amplía el enfoque al incluir el papel del personal administrativo. Su contacto frecuente con pacientes y familiares, especialmente en momentos críticos, impacta directamente en la percepción de la calidad del servicio. En una atención integral, la actitud empática debe extenderse a todos los actores del sistema, promoviendo confianza y transparencia también desde el ámbito administrativo. Este artículo destaca, por lo tanto, la necesidad de incluir al personal administrativo en la formación en habilidades blandas, con énfasis en la empatía como eje clave.

El desarrollo de habilidades blandas es un factor determinante para el desempeño laboral, especialmente en el trabajo en equipo y la atención al paciente. Heckman y Kautz sostienen que competencias socioemocionales como la empatía, la perseverancia y la colaboración son esenciales para el éxito profesional y la adaptación al entorno organizacional. Esto subraya la importancia de incluir la formación en habilidades blandas en los programas de capacitación, particularmente en el sector salud, donde la interacción constante con los pacientes y el trabajo interdisciplinario son fundamentales. Además de mejorar la eficiencia, estas competencias contribuyen a generar un ambiente laboral más armonioso y humanizado, con un impacto directo en la calidad del servicio¹⁸.

El desafío radica en integrar estas dinámicas en las estrategias de formación y gestión. En este sentido, las herramientas virtuales han demostrado ser eficaces para el desarrollo de habilidades blandas.

El estudio de Kelm y cols., publicado en el *Journal of General Internal Medicine*, demostró que programas de capacitación que incluyen simulaciones interactivas, estudios de casos y retroalimentación entre colegas pueden incrementar la empatía en el personal médico. En particular, concluyó que el entrenamiento en comunicación, combinado con la observación de modelos para seguir

y la retroalimentación, mejora significativamente la empatía de los médicos hacia sus pacientes¹⁹. Estos enfoques también podrían aplicarse al personal administrativo, optimizando la interacción con pacientes y reduciendo conflictos.

Dado que este personal mantiene contacto frecuente con personas en situaciones de estrés, es clave que reciba formación en escucha activa, comunicación asertiva y manejo de situaciones difíciles. Aunque no entregan diagnósticos, su trato cotidiano incide directamente en la experiencia del paciente y en la calidad percibida del sistema.

El entrenamiento en técnicas como el *debriefing* (reflexión posterior a situaciones difíciles) y el *defusing* (mecanismos de desescalada de tensión) resulta especialmente útil. Estas herramientas permiten manejar la tensión en contextos de alta carga emocional, ayudando a mantener una actitud centrada y profesional durante interacciones complejas. Everly y Mitchell²⁰ han identificado el *debriefing* como un recurso eficaz para procesar experiencias emocionalmente difíciles, algo clave en entornos hospitalarios donde las emociones suelen estar a flor de piel. Asimismo, la formación en Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) contribuiría a que el personal administrativo brinde apoyo emocional básico en momentos de crisis, promoviendo interacciones respetuosas y empáticas con pacientes y familiares²¹.

El reconocimiento emocional permite responder con mayor sensibilidad y solidaridad ante las experiencias de los demás. Ciertos factores como la cooperación, el trabajo en equipo, la resolución de conflictos, la construcción de confianza y el apoyo comunitario han sido fundamentales para la supervivencia en grupos sociales. Estos elementos, a su vez, pueden potenciarse como estrategias para fomentar la empatía. En tal sentido, la telemedicina ha tenido un impacto positivo en la atención médica, facilitando nuevas formas de interacción que mejoran el acceso a los servicios y garantizan la continuidad del cuidado en distintos contextos²².

La empatía no puede enseñarse de forma mecánica, ya que requiere un cambio profundo en la actitud y los valores. Por ello, resulta necesario diseñar un programa integral de formación en habilidades blandas que involucre a todo el personal y se adapte a sus necesidades específicas.

Considerando las limitaciones impuestas por los turnos rotativos, se propone implementar actividades virtuales orientadas a fortalecer la empatía en escenarios propios del entorno hospitalario. Estas ofrecerán la flexibilidad necesaria para que el personal administrativo pueda capacitarse según su disponibilidad. Además, la inclusión de juegos y simulaciones interactivas permitirá practicar decisiones basadas en la comprensión del otro, recreando situaciones laborales realistas.

Por otro lado, la plataforma también podrá incorporar herramientas educativas que faciliten la actualización profesional continua del personal administrativo.

Asimismo, se propone la creación de un programa de mentoría en línea, donde administrativos con experiencia

actúen como referentes, promoviendo activamente la actitud empática entre sus colegas. Esta iniciativa podría complementarse con grupos de discusión para compartir experiencias, reflexionar en conjunto y explorar estrategias para aplicar la empatía en distintas situaciones laborales²⁴. La educación participativa favorece la reflexión personal y el reconocimiento del otro, elementos clave para construir entornos laborales más inclusivos y humanizados. Este enfoque promueve un desarrollo auténtico de la empatía, al facilitar una comprensión profunda de las necesidades ajenas²⁵. En este sentido, contextualizar históricamente el origen y evolución de la conducta empática permite fundamentar su importancia dentro del quehacer cotidiano del ámbito administrativo.

DISCUSIÓN

La empatía es un factor clave; sin embargo, su influencia en la gestión dentro del ámbito hospitalario no está exenta de desafíos. Si bien facilita interacciones más humanas y una comunicación efectiva con pacientes y colegas, también puede generar sesgos que afecten la toma de decisiones. En este contexto, es fundamental que la empatía se gestione de manera equilibrada, combinándola con una regulación emocional adecuada, una atención consciente a las necesidades del otro y acciones orientadas a la resolución efectiva de conflictos.

Existe una analogía sugerente entre las ideas de Werner Heisenberg²⁶ y la dinámica de la empatía en contextos hospitalarios. El físico alemán planteó que el simple acto de observar modifica el fenómeno observado, cuestionando la objetividad absoluta. De modo similar, en las interacciones humanas, la actitud empática del personal administrativo no es neutral: influye directamente en la experiencia emocional del paciente y del equipo. Esta “incertidumbre relacional” exige una disposición consciente y sensible ante el otro, reconociendo que toda acción administrativa –una palabra, un gesto, una demora– tiene impacto emocional. Integrar esta perspectiva permite concebir la empatía no como un accesorio comunicacional, sino como un elemento activo que transforma los vínculos institucionales.

En este ensayo, la empatía no solo se concibe como una habilidad para desarrollar, sino como un fenómeno complejo que va más allá del individuo, promoviendo un enfoque integral y sistémico que favorece del personal administrativo y de la institución en su conjunto.

Según el análisis de Von Bertalanffy²⁷, un sistema no puede comprenderse plenamente al fragmentarlo en partes aisladas; debe estudiarse en su totalidad, considerando las interacciones de sus componentes. En este sentido, el sistema hospitalario funciona como una red interconectada donde cada subsistema (administrativo, enfermería, médicos, etc.) influye y es influido por los demás.

Fortalecer la empatía en el subsistema administrativo no solo mejora sus propias dinámicas internas, sino impacta positivamente en todo el sistema de salud, favoreciendo la colaboración entre equipos y beneficiando directamente a pacientes y personal asistencial.

Juan Sala²⁸ señala que la especialización creciente ha fragmentado el conocimiento en áreas cada vez más específicas. Este fenómeno, impulsado por un enfoque reduccionista que busca simplificar la comprensión de fenómenos complejos, ha dado lugar a lo que denomina “jibarización del conocimiento”.

En el ámbito de la administración médica, este fenómeno impone el desafío de articular la eficiencia operativa con una mirada integral de la atención, donde la empatía actúe como principio articulador.

En este sentido, la reflexión de David Graeber sobre la teoría del don de Marcel Mauss²⁹ ofrece una perspectiva valiosa para comprender la empatía en el contexto hospitalario. En muchas culturas, el acto de dar trasciende el simple intercambio de bienes: es un vínculo que sostiene el entramado social. Aplicado al contexto hospitalario, esto implica que la empatía no debe entenderse como una habilidad periférica, sino como un componente ético esencial de cada interacción. La atención no puede reducirse a una prestación técnica: debe responder a una comprensión profunda de las necesidades humanas, respetando la dignidad de cada individuo.

Fomentar un entorno que priorice la empatía no solo mejora la experiencia del paciente, sino también refuerza el compromiso moral de las instituciones de salud.

Abraam Sonis³⁰ advertía que centrarse exclusivamente en aspectos conceptuales o metodológicos puede reforzar el *statu quo* y limitar el potencial de cambio. Por ello, el desarrollo de habilidades blandas debe ir más allá de la teoría y aplicarse de manera efectiva en el entorno laboral. Solo a través de su implementación práctica es posible mejorar la interacción del personal administrativo y los pacientes, promoviendo un entorno más humano y colaborativo.

CONSIDERACIONES FINALES

La empatía, lejos de ser una cualidad exclusivamente clínica, constituye un eje central en el desempeño del personal administrativo en salud. Su adecuada integración no solo mejora la comunicación y la resolución de conflictos, sino también contribuye a un entorno laboral más humano y eficiente.

Este artículo ha subrayado la necesidad de que la capacitación en habilidades blandas trascienda lo individual y se consolide como una estrategia institucional. La incorporación de herramientas virtuales y metodologías participativas puede fomentar un desarrollo empático sostenido, con efectos positivos tanto en la experiencia del paciente como en el funcionamiento general de los equipos asistenciales.

Para que la empatía se consolide como un pilar organizacional, las instituciones deben reconocer su valor estratégico e integrarla en sus políticas y cultura de gestión. Solo una visión sistémica –que articule lo interpersonal con lo estructural– permitirá avanzar hacia una cultura de atención verdaderamente centrada en la dignidad, la calidad y el bienestar de todos los actores del sistema.

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

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

REFERENCIAS

1. Sánchez-Telumbre NA, Torreblanca-Ramírez C, Padilla Serrato JG, et al. Moluscos asociados al ostión de roca *Striostrea prismatica* Grey, 1825 en Playa Corrales, Jalisco, México. *Revista Biociencias*. 2021;8:e1072. <https://doi.org/10.15741/revbio.08.e1072>.
2. Panksepp J. *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press; 1998. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195096736.001.0001>.
3. Hoffman ML. *Empathy and moral development: implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press; 2000. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511805851>.
4. Panksepp J. The basic emotional circuits of mammalian brains: do animals have affective lives? *Neurosci Biobehav Rev*. 2011;35(9):1791-1804. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.08.003>.
5. Vernimmen T. Este fósil evidencia que los cuidados parentales son más antiguos de lo pensado [Internet]. [Washington DC]: National Geographic en español; 2020 ene 10 [citado 2024 sept 30]. Disponible en: <https://www.nationalgeographic.es/animales/2020/01/fosil-evidencia-cuidados-parentales-mas-antiguos-de-lo-pensado>.
6. Yamamoto S. Primate empathy: three factors and their combinations for empathy-related phenomena. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*. 2017;8(3). <https://doi.org/10.1002/wcs.1431>.
7. Gómez García P. Los confines del sistema de parentesco y su evolución histórica. *Gazeta de Antropología*. 2012;28(1):artículo 08. <http://dx.doi.org/10.30827/Digibug.20099>.
8. Salgado L, Arcucci A. *Teorías de la evolución: notas desde el sur*. Viedma: Universidad Nacional de Río Negro; 2016.
9. Fernández-Pinto I, López-Pérez B, Márquez M. Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*. 2008;24(2):284-298.
10. Iacoboni M. *Las neuronas espejo*. Buenos Aires: Katz; 2009.
11. Damasio AR. *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Destino; 1994.
12. López Mejía DI, Valdovinos de Yahya A, Méndez-Díaz M, et al. El sistema límbico y las emociones: empatía en humanos y primates. *Psicología Iberoamericana*. 2009;17(2):60-69.
13. Bove L. *La estrategia del Conatus: afirmación y resistencia en Spinoza*. Buenos Aires: Cruce, Casa Editorial; 2014.
14. Graeber D. *Trabajos de mierda: una teoría*. Barcelona: Ariel; 2018.
15. Dean W, Talbot S, Dean A. Reframing clinician distress: moral injury not burnout. *Fed Pract*. 2019;36(9):400-402. Errata en: *Fed Pract*. 2019;36(10):447.
16. Stern A. *La filosofía de la historia y el problema de los valores*. Buenos Aires: Eudeba; 1970.
17. Junien C, Panchenko P, Fneich S, et al. Épigénétique et réponses transgénérationnelles aux impacts de l'environnement--Des faits aux lacunes. *Med Sci (Paris)*. 2016;32(1):35-44. <https://doi.org/10.1051/medsci/20163201007>.
18. Heckman JJ, Kautz T. Hard evidence on soft skills. *Labour Economics*. 2012;19(4):451-464. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2012.05.014>.
19. Kelm Z, Womer J, Walter JK, et al. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2014;14:219. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-219>.
20. Mitchell JT, Everly GS Jr. Critical incident stress management and critical incident stress debriefings: evolutions, effects and outcomes. En: Raphael B, Wilson JP, eds. *Psychological debriefing: theory, practice and evidence*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 71-90. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511570148.006>.
21. Everly GS Jr, Lee McCabe O, Semon NL, et al. The development of a model of psychological first aid for non-mental health trained public health personnel: the Johns Hopkins RAPID-PFA. *J Public Health Manag Pract*. 2014;20 Suppl 5:S24-S29. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000065>.
23. Jonas H. *Técnica, medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Paidós; 1997.
24. León Quinapallo X. La empatía en la educación virtual: una propuesta de aprendizaje significativo. *MENTOR Revista de investigación Educativa y Deportiva*. 2022;1(1):55-65. <https://doi.org/10.56200/mried.v1i1.2167>.
25. Viniegra-Velázquez L. (2017). La educación en nuestro tiempo: ¿competencia o aptitud? El caso de la medicina. Parte II. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2017;74(4):309-317. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.08.004>.
26. Heisenberg W. *Física y filosofía*. Buenos Aires: Ediciones de la Isla; 1959.
27. von Bertalanffy L. *La teoría general de los sistemas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1980.
28. Sala JE. (2017). La jibarización del logos: cómo el reduccionismo médico puede matar. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2017;74(2):154-163. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.11.009>.
29. Graeber D. *Hacia una teoría antropológica del valor: La moneda falsa de nuestros sueños*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2018.
30. Sonis A. *Investigación en servicios de salud*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1989. No. 20. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18739>.

Los editores de la *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires* les queremos proponer a nuestros lectores la oportunidad de reflexionar sobre temas que se encuentran en debate en la comunidad científica. Para ello hemos invitado a exponer sus posiciones sobre “cesárea a pedido” en una revista académica a dos prestigiosas referentes del tema con miradas contrapuestas a partir de una situación clínica. A continuación les compartimos las reflexiones del Dr. Ernesto Beruti y del Dr. Mario Sebastiani sobre la base del siguiente escenario hipotético:

Persona gestante de 30 años cursa su primer embarazo. Se encuentra en la semana 36 de gestación. Su control prenatal ha sido adecuado, sin hallazgos patológicos. No presenta factores de riesgo obstétrico ni antecedentes personales relevantes. Durante una consulta de rutina, expresa a su obstetra su deseo de realizar una cesárea programada. Argumenta que teme el dolor del trabajo de parto, siente ansiedad ante la imprevisibilidad del parto vaginal, y valora la posibilidad de coordinar con anticipación la fecha del nacimiento. Ha buscado información y expresa conocer los riesgos potenciales de la cirugía. El profesional de salud le explica que, desde el punto de vista médico, no hay indicación para una cesárea, que el parto vaginal en principio tiene beneficios y que una cesárea innecesaria puede conllevar mayores riesgos para ella y para el recién nacido. No obstante, sostiene con firmeza su decisión.

¿Cesárea a pedido? Autonomía vs. indicación médica

Ernesto Beruti

Hospital Materno Infantil de San Isidro. Argentina

En las últimas décadas hemos presenciado un notable aumento en la tasa de cesáreas en el ámbito global. En la Argentina, en algunos centros privados superan el 60-70% y en hospitales públicos rondan el 30-40%. Este fenómeno ha motivado un amplio debate sobre sus causas y ha puesto sobre la mesa una pregunta ética, médica y social: ¿Puede una persona gestante sin indicación médica exigir una cesárea electiva? ¿Cuál es el papel del profesional frente a este pedido?

La situación –una gestante de bajo riesgo que solicita una cesárea argumentando temor y necesidad de control– es cada vez más frecuente. Se apela a la autonomía como principio rector de la Bioética contemporánea. Pero la autonomía no puede entenderse como un derecho absoluto, desligado de otros principios como la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Tampoco puede interpretarse como simple autodeterminación sin el deber de informar con claridad y velar por el bienestar de dos pacientes: madre e hijo.

La cesárea es, sin duda, una herramienta extraordinaria que salva millones de vidas cuando existe una indicación médica precisa. Fuera de ese contexto, es una

cirugía mayor, con mayores riesgos para la salud materna y neonatal.

Desde el punto de vista fisiológico, el parto vaginal permite una transición natural del feto a la vida extrauterina. Mejora la adaptación respiratoria, facilita el contacto temprano piel a piel, favorece la lactancia inmediata y permite una colonización bacteriana beneficiosa para el desarrollo inmunológico del recién nacido.

No se trata de imponer el parto vaginal. Se trata de acompañar, informar, contener, empoderar a la mujer en el proceso. Una paciente con temor merece escucha, educación y cuidado. La respuesta no debe ser quirúrgica, sino humana. Derivar a un equipo interdisciplinario, ofrecer preparación emocional y tratar de convertir el miedo en confianza.

Aceptar una cesárea sin indicación médica implica, desde mi perspectiva, una claudicación del papel médico. Nuestra responsabilidad es ofrecer lo que la evidencia indica como lo mejor para la salud de nuestros pacientes, aunque eso implique sostener una posición impopular.

Autor para correspondencia: eberuti@gmail.com, Beruti E.

Recibido: 31/07/25 Aceptado: 15/08/2025

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.1294>

Cómo citar: Beruti E. ¿Cesárea a pedido? Autonomía vs. indicación médica. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2025;45(3):e0001294

Algunos sostienen que negarse puede dañar la relación médico-paciente. Pero no hay relación verdadera si está basada en la complacencia o el miedo al conflicto. La relación madura se construye sobre respeto, claridad y compromiso con el bien del otro. También debemos considerar las consecuencias en el sistema de salud. El exceso de cesáreas aumenta costos, complicaciones y sienta precedentes que condicionan la práctica médica. ¿Qué ocurre si esa paciente sufre una complicación evitable? ¿Quién asume la responsabilidad?

Una guía fundamental en este debate es la de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que establece criterios claros para abordar solicitudes de cesárea sin indicación médica. Lejos de un enfoque paternalista, propone un modelo de diálogo informado donde el profesional tiene un papel activo en la orientación basada en evidencia.

FIGO recomienda explorar los motivos de la solicitud con empatía y brindar información clara sobre los beneficios del parto vaginal y los riesgos de una cesárea innecesaria. Si, tras este proceso, la petición persiste, puede ser éticamente admisible realizar la cesárea.

Esta postura institucional respalda la convicción de que el acto médico no se reduce a satisfacer un pedido subjetivo, sino a acompañar a la mujer en un camino que privilegie su salud, la del niño y el sentido profundo del nacimiento.

En síntesis, el pedido de cesárea sin indicación médica debe ser recibido con respeto, pero también con

responsabilidad profesional. Nuestra función es ayudar a las mujeres a parir, no a operarse innecesariamente. La autonomía bien entendida se construye sobre el conocimiento, no sobre el miedo.

La cesárea sin indicación médica aumenta riesgos importantes para la madre y el bebé, tanto a corto como a largo plazo. El parto vaginal, en embarazos de bajo riesgo, sigue siendo la forma más segura y beneficiosa de nacer.

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

BIBLIOGRAFÍA

- Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, et al. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>.
- Sandall J, Tribe RM, Avery L, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349-1357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5).
- International Federation of Gynecology and Obstetrics; International Confederation of Midwives; White Ribbon Alliance; et al. Mother-baby friendly birthing facilities. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;128(2):95-99. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>.
- World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Statement on caesarean section rates [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 2025 ago 20]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf.

Las mujeres que eligen una operación cesárea electiva probablemente estén en el lado correcto

Mario Sebastiani 

Médico del Servicio de Obstetricia del Hospital Italiano de Buenos Aires

La viñeta es cada vez más frecuente en los consultorios de obstetricia tanto de la salud pública como de la seguridad social. Si bien no trabajo en el ámbito público, mis colegas que sí lo hacen, con frecuencia, me mencionan el pedido de una cesárea electiva por parte de algunas mujeres habida cuenta de la falta de analgesia peridural en ese medio y por miedo al dolor. Entiendo que aun a pedido, no siempre el medio público puede satisfacer

estos pedidos. Una vez más las diferencias sociales en medicina y en salud pública se hacen visibles. A partir de esta parte de la viñeta se genera un debate acerca de si la mujer puede elegir la forma de terminación de su embarazo. Por un lado existe una respuesta afirmativa, incluso con fuerza de la Ley 25929¹ (Ley de parto respetado) donde se expresa que las mujeres pueden elegir una cesárea electiva o elaborar un plan de parto según

Autor para correspondencia: mario.sebastiani@hospitalitaliano.org.ar, Sebastiani M.

Recibido: 31/07/25 Aceptado: 15/08/2025

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.1295>

Cómo citar: Las mujeres que eligen una operación cesárea electiva probablemente estén en el lado correcto. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*. 2025;45(3):e0001295

sus deseos y valores. Dado que una ley no es un tratado de obstetricia o neonatología en cuanto a la recepción del recién nacido, se interpreta que la mujer no sabe los riesgos o beneficios de sus pedidos, por lo que, en honor a la autonomía, el trabajo médico debe ser el de favorecer los elementos para que los pedidos sean no solo emocionales sino fundamentados en la evidencia existente que hoy no es para nada abundante.

En 2024, el Dr. Vincenzo Berghella² y cols. publicaron una perspectiva clínica en el *American Journal of Obstetrics & Gynecology* sobre parto vaginal versus cesárea planificada en embarazos nulíparos, a término, de feto único y en presentación cefálica. Varios metanálisis y revisiones sistemáticas han demostrado que la cesárea planificada, en comparación con el parto vaginal, se asocia a mejores resultados neonatales, incluyendo menor tasa de traumatismo al nacer, alimentación por sonda e hipotonía. Entre los embarazos únicos, la cesárea planificada se asocia a tasas significativamente menores de muerte perinatal, y, entre las madres, a menor corioamnionitis e incontinencia urinaria. Si bien existen varios riesgos asociados a múltiples cesáreas, como los trastornos por acretismo placentario, la tasa de fertilidad total está disminuyendo en el mundo. Dado que muchas personas ahora planean tener solo uno o dos hijos, el riesgo de estos trastornos adherenciales u otras complicaciones asociadas a múltiples cesáreas disminuye.

El obstetra se niega mencionando que la operación cesárea en este escenario sería “innecesaria”. Entiendo que esta actitud podría encuadrarse dentro de la objeción de conciencia. Sin embargo, al día de hoy, la cantidad de

cesáreas que se efectúan es tal que impresiona demasiado fundamentalista y fuera de contexto a la luz de los datos que ofrece la literatura. En todo caso, lo que cabe en estas situaciones es preguntar cuál es el número de hijos que planea tener una mujer en el futuro. Si el tamaño familiar se imagina con una cantidad superior a los dos hijos, se deberá explicar el aumento de riesgo con el número de cesáreas en la posibilidad que se tenga que enfrentar a un trastorno adherencial de la placenta. El cambio de época en la forma de terminación de un embarazo ha sido una discusión que he escuchado desde hace 50 años. Entiendo que, para uno o dos hijos, una cesárea electiva es una segura manera de nacer. En todo caso, dado que lo que está en juego es la vida y el porvenir de una persona en el futuro, si se intenta un parto cuanto menos tengamos que demostrar nuestras habilidades obstétricas, tanto mejor. Se suele decir que el nacimiento es el momento más peligroso en la vida de una persona hasta los 18 años.

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

REFERENCIAS

1. Argentina. Ley 25929 parto humanizado [Internet]. Buenos Aires: Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural; 2018 [citado 2025 ago 20]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf.
2. Berghella V, Adewale V, Rana T, et al. What is the best mode of delivery in nulliparous, singleton, term, vertex pregnancies. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2024;6(11):101501. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2024.101501>.

La caída de la natalidad y su implicancia en las personas de la tercera y cuarta edad

Los indicadores demográficos en la Argentina muestran una caída sostenida en la natalidad en los últimos años¹. Este fenómeno, sumado al aumento en la esperanza de vida, ha generado inquietud tanto en la sociedad como en los medios de comunicación². Resulta llamativo que, hace apenas una década, la preocupación era el crecimiento descontrolado de la población, y hoy, en un giro de 180 grados, se alerta por la disminución de nacimientos.

Estamos atravesando una transición demográfica que, lejos de ser reciente, tiene raíces históricas. Desde siempre, las mujeres han intentado limitar la cantidad de hijos, y las familias, reducir su tamaño³. La llamada “tasa de reposición” –nacimientos necesarios para mantener estable la población–, establecida en 2,1 hijos por mujer en edad fértil, ya ha sido cuestionada por organismos como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)⁴. Cuando esta tasa cae, disminuye la población joven y crece el número de personas mayores, afectando múltiples dimensiones: economía, mercado laboral, salud, educación, medioambiente y sostenibilidad social.

Este cambio, que Europa experimentó hace más de un siglo, Estados Unidos a mediados del siglo XX y América Latina en décadas recientes⁵, no debería generar alarma, sino impulsar políticas públicas innovadoras. El gran desafío será diseñar sistemas previsionales equitativos y sustentables⁶. Pensar que estos cambios pueden resolverse incentivando a las mujeres a tener más hijos refleja una visión reduccionista e inaceptable.

Desde la bioética se pueden aportar herramientas que respeten la autonomía individual, evitando medidas coercitivas. No se trata solo de políticas reproductivas: debemos considerar también la justicia intergeneracional. En sociedades modernas, el derecho a decidir sobre la propia reproducción es central: implica poder elegir si tener hijos, cuándo y cuántos, y acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el aborto seguro y legal. Convertir a las mujeres en herramientas demográficas es negarles su condición de sujetos de derechos.

Si bien es cierto que muchas parejas citan razones económicas para no tener hijos, los incentivos fiscales han fracasado en diversos países⁷. Desde la perspectiva de la sostenibilidad, también es necesario considerar el impacto ambiental: no es lo mismo nacer en una megaciudad industrializada que en el África subsahariana⁸. Las políticas natalistas mal diseñadas pueden profundizar desigualdades y dañar al planeta.

En este contexto, los adultos mayores han sido también foco de debate. La baja natalidad los afecta emocionalmente, pero también redefine su rol en la familia. Hoy, más del 57% de los hogares en la Argentina no convive con niños o adolescentes, frente al 44% de hace tres décadas⁹. Además, el 12% de la población tiene más de 60 años, y muchos no llegarán a tener nietos. La figura del “abuelo funcional” está siendo reemplazada por nuevos modelos familiares.

El cuidado de las personas mayores, históricamente en manos de hijos y nietos –especialmente mujeres–, debe repensarse. Las redes de contención familiar se debilitan, mientras que las personas mayores reclaman tiempo libre y proyectos propios. Es fundamental que el Estado cree espacios de participación, aprendizaje y bienestar para las personas mayores. Además, la virtualidad y la movilidad geográfica han transformado la manera de construir vínculos afectivos. En países como Japón o el Reino Unido ya existen instituciones dedicadas a combatir la soledad, considerada una pandemia contemporánea.

El debate sobre los sistemas de pensiones y jubilaciones no puede reducirse a la necesidad de tener más hijos. Con más del 50% de los trabajos en la informalidad y un futuro donde el empleo será escaso, pensar que los jóvenes financiarán a los mayores resulta utópico. La visión economicista que plantea la necesidad de jóvenes para sostener a los viejos es simplista. En lugar de lamentar la longevidad, deberíamos celebrarla como un logro social. Hoy, una persona de 70 años tiene capacidades comparables a quienes tenían 53 hace dos décadas¹⁰.

La solución no está en revertir derechos reproductivos, sino en pensar políticas más amplias: licencias

Autora para correspondencia: vilda.discacciati@hospitalitaliano.org.ar, Discacciati V.

Recibido: 2/06/25 Aceptado: 18/06/2025

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v45i3.1280>

Como citar: Sebastiani MA, Discacciati V. La caída de la natalidad y su implicancia en las personas de la tercera y cuarta edad. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2025;45(3):e0001280

parentales inclusivas, sistemas de cuidado accesibles, educación de calidad y tecnologías que impulsen nuevas formas de sostenibilidad.

En definitiva, debemos construir una sociedad que respete la libertad individual, promueva la equidad intergeneracional y abrace la diversidad familiar. Los desafíos actuales son económicos, sociales y ambientales. Necesitamos políticas que respondan a esta nueva realidad sin retroceder en derechos conquistados.

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.

Mario A. Sebastiani¹ y Vilda Discacciati²

- 1. Servicio de Obstetricia, Hospital Italiano. Argentina
- 2. Servicio Medicina Familiar y comunitaria, Hospital Italiano. Argentina

REFERENCIAS

1. Grupo Banco Mundial. Tasa de natalidad, bruta por cada 1000 personas (Argentina) [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; 2025 [citado 2025 jun 1]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CBRT.IN?end=2023&locations=AR&start=1960>.

2. Cazeneuve ME, Chávez V. El dolor de no ser abuelo: la caída del 40% de la natalidad ya impacta en los adultos mayores. Infobae (Buenos Aires) 2025 may 25 [citado 2025 jun 1]. Disponible en: <https://www.infobae.com/tendencias/2025/05/28/el-dolor-de-no-ser-abuelo-la-caida-del-40-de-la-natalidad-ya-impacta-en-los-adultos-mayores/>.

3. Population pyramids of the world from 1950 to 2100. [s.l.]: PopulationPyramid.net; 2025 [citado 2025 jun 1]. Disponible en <https://www.populationpyramid.net/argentina/2025/>.

4. Isasi M. Muchas o pocas personas, ¿esa es la cuestión? [s.l.]: UNFPA; 2023 jul 11 [citado 2025 jun 1]. Disponible en: <https://argentina.unfpa.org/es/news/muchas-o-pocas-personas-%C2%BFesa-es-la-cuesti%C3%B3n>.

5. GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators. Global fertility in 204 countries and territories, 1950-2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2025;403(10440):2057-2099. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00550-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00550-6).

6. Hatzius J, Briggs J, Daly K, et al. Global Economist Analyst: the path to 2075 – the positive story of global aging. [s.l.]: Goldman Sachs; 2025 may 20 [citado 2025 jun 1]. Disponible en: <https://www.gspublishing.com/content/research/en/reports/2025/05/20/2d3fe290-10b1-44be-8d0e-77b8d303928f.html>.

7. Macklin R. Ethics and reproductive health: a principled approach. World Health Stat Q. 1996;49(2):148-153.

8. Cohen JE. Population and climate change. Proc Am Philos Soc. 2010;154(2):158-182.

9. INDEC. Estructura de la población. Buenos Aires: INDEC; 2025 [citado 2025 jun 1]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-18>.

10. Rofman R. Mitos y verdades sobre la caída de la natalidad en Argentina. Buenos Aires: CIPPEC; 2024 feb 12 [citado 2025 jun 1]. Disponible en: <https://www.cippec.org/textual/mitos-y-verdades-sobre-la-caida-de-la-natalidad-en-argentina/>.