



RAMA

REVISTA DE LA
ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

I.S.S.N. 004-4830

Una nueva etapa editorial



VOLUMEN 139
MARZO 2026

1/2026

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA 1891 - 2026

I.S.S.N. 0004-4830 - Fundada en agosto de 1891

Considerada de interés legislativo nacional - Resolución 17/05/2000

Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
(+ 54 11) 5276-1040 - info@ama-med.org.ar - www.ama-med.org.ar

Personería Jurídica N° C. 467 - 4 de agosto de 1914

Entidad exenta, reconocida por la AFIP, en virtud del art. 20, inc. f, de la Ley 20.628

Inscriptos en el Registro Nacional de Entidades de Bien Público. Resolución 536 N° 61842, 10 de abril de 1984

Premio A.P.T.A. - F. Antonio Rizzuto a la mejor revista médica, año 1968

COMISIÓN DIRECTIVA 2023 - 2027

Presidente

Dr Miguel Ángel Galmés (16.619)

Vicepresidente

Dr Roberto Reussi (12.263)

Secretario General

Dr Carlos A Mercou (33.207)

Prosecretario

Dr Alfredo Buzzi (40.179)

Secretario de Actas

Dr Fabián Allegro (29.815)

Tesorero

Dr Vicente Gorrini (15.732)

Protesorero

Dr Miguel Ángel Falasco (30.590)

Vocales Titulares

Dra Luisa Rafailovici (15.023)

Dra Ana Matilde Israel (11.369)

Dr Gustavo Piantoni (13.208)

Dra Silvia Falasco (22.974)

Vocal Suplente

Dr Enrique Pedro Gagliardi (13.043)

Dr Jorge Reilly (15.709)

Presidente de Honor: Prof Dr Elías Hurtado Hoyo (7.390)

ADSCRIPTOS A LA PRESIDENCIA: Dr Abel Luis Agüero (10.303) - Dr Roberto Nereo Borrone (15.462) - Dr Tomás Andrés Cortés (11.601)

Dr Walter Adrián Desiderio (23.227) - Dr Alejandro Jesús Diz (16.497) - Dr Jorge Mercado (14.146) - Dr Carlos Mosca (15.076)

Dr Oscar Juan Pérez (40.823) - Dr Pablo Juan Pescie (30.897) - Dra Rosa Álvarez de Quantin (11.264) - Dr Carlos Raúl Torlaschi (48.168)

Dr Néstor Carlos Spizzamiglio (16.929) - Dr Hugo Pablo Sprinsky (20.953) - Dr Bernardo Yamaguchi (23.340)

TRIBUNAL DE HONOR

Miembros Titulares

Dr Ángel Alonso (10.896)

Dr Marcelo Víctor Elizari (26.574)

Dr Jorge Osvaldo Gorodner (9.128)

Dr Roberto Héctor Iérmoli (16.283)

Dr José Milei (52.252)

Dr Miguel Ángel Schiavone (22.768)

Miembros Suplentes

Dr Mario Bruno (12.357)

Dr Germán Falke (31.714)

Dr Daniel López Rosetti (21.392)

Dr Juan J Scali (27.242)

Dra Lidia Valle (16.932)

TRIBUNAL DE ÉTICA PARA LA SALUD (TEPLAS)

Miembros Titulares

Dr Fabián Allegro (29.815)

Dra Raquel Bianchi (44.392)

Dra Liliana Rodríguez Elénico (43.589)

Dra Adriana Alfano (17.621)

Dr Eduardo Burga Montoya (35.936)

Miembros Suplentes

Dra Graciela Barón (31.631)

Dr Juan Dobon (31.633)

Dr Carlos Do Pico Mai (29.754)

Dr Alberto R. Ferreres (16.018)

Dra Margarita Gaset (18.735)

Asesor Letrado Honorario

Dr Carlos do Pico Mai (29.754)

Contador

Dr Horacio Alfredo Aprea

Gerente Gral

Lic Walter Mora Chacón

Revista

Dr Alfredo E. Buzzi (40.179)

Biblioteca

Director: Dr Rodolfo Maino (9.399)



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN 139 - Nº1 - MARZO DE 2026

SUMARIO

EDITORIAL	Una nueva etapa <i>Prof.Dr Alfredo E. Buzzi</i>	4
HISTORIA DE LA MEDICINA	El origen de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires y sus profesores titulares <i>Dres Luis Trombetta, Mario Valerga</i>	6
HISTORIA Y POLÍTICA SANITARIA	Política, Estado y urología en la Argentina: historia de una especialidad entre avances científicos y vaivenes políticos (1853-2020) <i>Prof.Dr Sebastián G. Tobia González</i>	10
ARTÍCULO ORIGINAL	Uso de medicamentos antidiabéticos en el sistema de seguridad social provincial de Misiones, Argentina: análisis farmacoepidemiológico basado en DHD, 2025 <i>Dr Juan Carlos Luján Falkowski</i>	17
	Consumo de plantas medicinales en Argentina: patrones de uso, motivaciones y articulación con el sistema de salud <i>Dr Rubén Bronberg</i>	25

SUMMARY

EDITORIAL	A new stage <i>Prof Dr Alfredo E. Buzzi</i>	4
------------------	---	---

HISTORY OF MEDICINE	The Origin of the Chair of Infectious Diseases at the Faculty of Medical Sciences of the University of Buenos Aires and its Tenured Professors <i>Dres Luis Trombetta, Mario Valerga</i>	6
----------------------------	--	---

HISTORY AND HEALTH POLICY	Politics, the State and Urology in Argentina: The History of a Specialty Between Scientific Advances and Political Fluctuations (1853-2020) <i>Prof Dr. Sebastián G. Tobia González</i>	10
----------------------------------	---	----

ORIGINAL ARTICLE	Use of Antidiabetic Medications in the Provincial Social Security Institute of Misiones, Argentina: A DHD-Based Pharmacoepidemiological Analysis (2025) <i>Dr Juan Carlos Luján Falkowski</i>	17
-------------------------	---	----

	Use of medicinal plants in Argentina: patterns of use, motivations, and integration with the healthcare system <i>Dr Rubén Bronberg</i>	25
--	---	----

DIRECCIÓN EDITORIAL

Director

Prof Dr Alfredo E. Buzzi
Profesor Titular de Diagnóstico por Imágenes.
Facultad de Medicina - UBA.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Consultor

Dr Ángel Alonso
Profesor Emérito de Microbiología (UBA), CABA.

Comisión Revisora

Dr Miguel Ángel Falasco
Dr Juan Álvarez Rodríguez
Dr Rodolfo J. Bado
Dra Silvia Falasco
Dr Carlos Mercau
Dr León Turjanski
Dra Lidia Valle

Producción Gráfica

Raúl Groizard

Corrector Literario

María Nochteff Avendaño
Esperanza Janeiro
Gabriela Churla

Diseño y Armado Digital

Carlos Daniel Casuscelli

Diseño y Programación Pag WEB

Rolando Michel

Una nueva etapa

La Revista de la Asociación Médica Argentina inicia con este número una nueva etapa.

Toda revista científica expresa, de algún modo, una idea de la medicina. No solo por los temas que publica, sino también por la manera en que los ordena, los jerarquiza y los pone en diálogo. Una publicación médica no es únicamente un vehículo de difusión académica, es también una forma de memoria institucional, un espacio de pensamiento y una señal de identidad para la comunidad profesional a la que pertenece.

La Asociación Médica Argentina, por su historia y gravitación en la vida científica del país, merece una revista a la altura de esa tradición. Sin embargo, toda tradición auténtica, para seguir viva, necesita algo más que respeto: necesita actualización, renovación de sus procedimientos, apertura a nuevos temas y capacidad de leer su tiempo sin perder profundidad ni rigor.

En ese sentido, este número representa un punto de partida. Si bien es un número

de transición, no es por eso menor. Por el contrario, en su composición ya se insinúan algunos de los ejes que quisiéramos fortalecer en esta nueva etapa editorial.

En primer lugar, la convicción de que la medicina necesita conservar su memoria. Por eso abrimos este número con un trabajo dedicado al origen de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas, que recupera una parte significativa de la historia de nuestra enseñanza médica y vuelve sobre figuras, instituciones y procesos que ayudaron a construir el campo sanitario argentino.

En segundo lugar, la certeza de que la historia de las especialidades no puede comprenderse al margen del contexto político e institucional en el que se desarrollan. El artículo sobre política, Estado y urología en Argentina propone precisamente esa mirada más amplia: una historia profesional leída también como historia del vínculo entre ciencia, organización sanitaria y vaivenes políticos del país.

Junto a esos trabajos de perspectiva histórica, este número incorpora además dos artículos originales que remiten a problemas bien contemporáneos. El análisis del uso de medicamentos antidiabéticos en el sistema de seguridad social provincial de Misiones aporta evidencia sobre las prácticas terapéuticas y el consumo farmacológico en un área de creciente relevancia epidemiológica. Por su parte, el estudio sobre el consumo de plantas medicinales en Argentina aborda un fenómeno de gran actualidad, situado en la intersección en-

tre cultura sanitaria, hábitos sociales, saberes tradicionales y atención médica.

No se trata de una selección casual. Historia de la medicina, historia político-institucional, farmacología aplicada y prácticas de salud en la vida real forman aquí un conjunto que refleja una mirada amplia de lo médico. Una revista como esta debe poder albergar tanto la reconstrucción rigurosa del pasado como la producción original sobre los problemas del presente; tanto el análisis del sistema sanitario como la observación de las conductas concretas de la población.

Ese será, precisamente, uno de los horizontes de esta nueva etapa: consolidar una revista científicamente seria, editorialmente ordenada y temáticamente abierta. Una revista capaz de honrar la tradición de la AMA, pero también de dialogar con

los desafíos actuales de la medicina argentina; una revista que combine calidad metodológica, relevancia profesional e interés intelectual.

Sabemos que este objetivo no se alcanza de un día para otro. Requiere un trabajo editorial sostenido, modernización y previsibilidad de los procesos, fortalecimiento de la evaluación académica y la construcción gradual de una identidad que incluya los horizontes de este nuevo camino. Pero toda etapa nueva comienza con decisiones concretas. Este número quiere ser una de ellas.

Con ese espíritu lo ofrecemos a nuestros lectores: como un punto de continuidad con la historia de la Asociación Médica Argentina, y al mismo tiempo como el inicio de un camino de renovación.

Prof Dr Alfredo E. Buzzi

Director

Revista de la Asociación Médica Argentina

El origen de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires y sus profesores titulares

Dres Luis Trombetta,¹ Mario Valerga²

¹Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas. Profesor Regular Titular, Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

²Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas. Profesor Regular Adjunto, Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Cátedra de Enfermedades Infecciosas - Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires. Sede Hospital de Enfermedades Infecciosas "Francisco J. Muñiz".

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Desde su fundación en 1938, la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, ha sido y es una escuela para la formación de alumnos de grado y de especialistas en nuestra disciplina. Por sus claustros han pasado diversos profesores titulares que se han destacado por sus cualidades personales y por la dedicación para el estudio y la investigación clínica. En sus ochenta y siete años de vida, la Cátedra ha sido la cuna de

diferentes especialistas que se han destacado en el estudio y el tratamiento de las grandes epidemias que azotaron el país. Con este artículo honramos la memoria y la trayectoria de nuestros profesores titulares que han demostrado su compromiso con la salud pública.

Palabras claves. Enfermedades infecciosas, Cátedra de Infectología, profesores titulares.

The Origin of the Chair of Infectious Diseases at the Faculty of Medical Sciences of the University of Buenos Aires and its Tenured Professors

Summary

Since its founding in 1938, the Chair of Infectious Diseases at the Faculty of Medical Sciences of the University of Buenos Aires has been, and continues to be, a training center for undergraduate students and specialists in our discipline. Its faculty

Correspondencia: Dr Luis Trombetta
Correo electrónico: lusumar@fibertel.com.ar

has included numerous tenured professors distinguished by their personal qualities and dedication to clinical study and research. In its eighty-seven years, the Chair has been the training ground for various specialists who have excelled in the study and treatment of the major epidemics that have plagued the country. With this article, we honor the memory and career of our tenured professors, who have demonstrated their commitment to public health.

Keywords. *Infectious diseases, Chair of Infectious Diseases, tenured professors.*

El Hospital Francisco Javier Muñiz recibió su actual denominación el 20 de octubre de 1904, fecha en la que fue inaugurado oficialmente. Previamente había sido llamado Hospital de las Pestes, ya que sirvió de dispensario durante las epidemias de cólera, viruela y fiebre amarilla; posteriormente fue Casa de Aislamiento, contando con cuarenta camas.¹

El Dr. José María Penna, médico epidemiólogo e higienista, fue el primer director del Hospital Francisco Javier Muñiz, Catedrático de Enfermedades Infecciosas, Director de la Asistencia Pública de Buenos Aires y Presidente del Departamento Nacional de Higiene.² Hijo del Coronel Juan Penna, de destacada actuación en las batallas de Cepeda y Pavón, llegó a la Fortaleza Protectora Argentina (hoy Bahía Blanca) integrando el primer contingente de la Legión Agrícola Militar, que arribó al Puerto Viejo en la desembocadura del arroyo Napostá, el 4 de febrero de 1856.³

José Penna estudió en el Colegio Nacional Central. En 1873 ingresó a la Facultad de Medicina, egresando en 1879 a los 24 años de edad; fue autor de la tesis "Uremia".

En 1876 obtuvo una plaza de practicante mayor en el Hospital de Mujeres y en 1882 fue designado subdirector y más tarde director de la Casa de Aislamiento, cargo que ocupó durante 30 años. Se desempeñó en las epidemias de cólera que se sucedieron en 1886 y 1887, luego en 1894 y 1895, ordenando la cremación de los fallecidos por el cólera.

En 1896 realizó el diagnóstico de fiebre amarilla en enfermos del bajo Belgrano, or-

denando su aislamiento. En 1906 fue nombrado al frente de la Asistencia Pública y en 1910 presidente del Departamento Nacional de Higiene. Creó el servicio antivariólico, organizó la Oficina de Ingeniería Sanitaria y fundó el Instituto Bacteriológico. Ejerció como profesor de la Facultad de Medicina, donde dictó Patología Interna. Fue profesor titular a partir de 1890, y desde 1900 tuvo a su cargo la Cátedra de Clínica de Enfermedades Infecciosas. En 1884 fue designado académico de la Academia Nacional de Medicina, donde llegó a ocupar la vicepresidencia y luego la presidencia.⁴

Como integrante de la Legislatura presentó algunos proyectos que luego se convirtieron en ley, como la ley 11.359 de Defensa contra la Lepra, también conocida como Ley Aberastury, la ley de vacunación y revacunación antivariólica y la ley de Profilaxis del Paludismo.⁵

Entre sus libros publicados se encuentran "El cólera en la Argentina", "Atlas Sanitario", "La viruela en América del Sur", "Administración Sanitaria y la Asistencia Pública en Buenos Aires", y "La Cremación". Falleció a los 64 años de edad el 29 de marzo de 1919 mientras asistía a una paciente en su domicilio.

A Penna lo sucedió el profesor Francisco Destéfano, que ocupó la titularidad desde 1919 hasta 1938, cuando fue desplazado de su cargo. El profesor Destéfano destacó la importancia de la enseñanza de la tuberculosis en el conjunto de las enfermedades infecciosas; logró proveer de un servicio clínico para la asistencia de enfermos tuberculosos, que se denominó pabellón Roberto Koch.⁶

En 1938 se divide la Primera Cátedra de Clínica Epidemiológica. El Dr. Raúl Vaccarezza ocupó el cargo de Profesor Titular de Patología y Clínica de la Tuberculosis y el Dr. Carlos Fonso Gandolfo fue el titular de la flamante Cátedra de Patología y Clínica de las Enfermedades Infecciosas.⁷

En ese mismo año se fundan el dispensario de tuberculosis y el laboratorio experimental de la tuberculosis; las tres áreas dependientes de la Cátedra de Tisiología y Facultad de Medicina de la UBA. El primer Profesor Titular de la Cátedra de Tisiología fue Raúl Vaccarezza

en 1938. Debido a ello, el Instituto Universitario con sus tres dependencias lleva su nombre.⁸

El Profesor Dr. Carlos Fonso Gandolfo fue titular de la Cátedra de Patología y Clínica de Enfermedades Infecciosas entre los años 1938 y 1949, momento en el que fallece al frente de la cátedra. Fue el primer profesor titular luego de la división de la primera Cátedra de Clínica Epidemiológica hacia el final de 1938, y la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis.⁹

Entre su legado encontramos la publicación de los libros *Clínica de enfermedades infecciosas y su tratamiento* (1945), *Clínica de enfermedades infecciosas y su tratamiento* (1937 y 1938), *Las formas clínicas de la tuberculosis pulmonar según la clasificación de Bard*, junto al Prof. Humberto Rugiero.¹⁰

A Fonso Gandolfo lo sucedieron Hernán González (1949-1958), Isidoro Steimberg (1959-1960) y Humberto Rugiero (1960-1968), fallecido en funciones.

Humberto Rugiero nació en 1903. Poseedor de una sólida formación básica en Medicina, se inició al lado de Carlos Fonso Gandolfo. Llegó a ser Profesor Titular de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Acompañó el desarrollo de las modernas terapias antiinfecciosas y asistió entusiasmado al advenimiento de las vacunas antivirales. Fue Presidente de la Asociación Médica Argentina durante los bienios 1960-1962 y 1962-1964.¹¹

A Rugiero lo sucedieron Justo Agulleiro Moreira (1968-1969), Haydeé Lefevre (1969-1970), Leon Charovsky (1970-1971), Enrique Libonatti (1971-1982) y Artum Tchoulamjan, quien junto con Libonatti fueron autores del tratado de *Enfermedades Infecciosas* con el que estudiaron varias generaciones de estudiantes de medicina, cuya primera edición data de 1971.

Tchoulamjan fue además Director del Curso Universitario de Especialista en Enfermedades Infecciosas y Jefe de la División de asistencia respiratoria del Hospital Muñiz.

Luego Arno Turovetzky, Profesor Adjunto y autor de un tratado de enfermedades infecciosas, estuvo a cargo interinamente, hasta la llegada del Profesor Olindo Martino, que fuera Titular entre 1986 y 1995. Martino fue autor de un tratado de infectología. Ocupó la

jefatura de la Sala 9 del Muñiz, donde creó el Servicio de Patologías Regionales y Medicina Tropical en el Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz. Doctor en Medicina, Medalla de Oro al mejor Becario Latinoamericano en Medicina Tropical (1961), también fue especialista universitario en las siguientes disciplinas: *Enfermedades Infecciosas* (1957), *Tisiomonología* (1960), *Higiene y Medicina Social* (1964). Fue Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Miembro Correspondiente Nacional en la Academia de Ciencias de Córdoba y Director de la Comisión Nacional para el Estudio de la Patología Regional Argentina, con sede operativa en las provincias del Noroeste Argentino.

Entre 1996 y 1999 fue Profesor Titular el Dr. Omar Palmieri, autor de un tratado de *Enfermedades Infecciosas* cuya primera edición fue en 2001.

La Profesora Laura Astarloa ocupó el cargo entre 2000 y 2003. Investigadora en el tratamiento con suero convaleciente para la fiebre hemorrágica argentina, dedicó luego su trabajo a la lucha contra el sida. Ayudó a fundar el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe en VIH/sida, fue Directora Nacional del Programa de Lucha contra los Retrovirus del Humano y SIDA del Ministerio de Salud de la Nación.

El Profesor Adjunto Edmundo Enrico ocupó el cargo interinamente entre 2003 y 2004.

El Profesor Titular Jorge Angel Benetucci se desempeñó entre 2004 y 2008. Doctor en Medicina, pionero en la atención de pacientes con enfermedad por el VIH, fue Jefe de Departamento del Muñiz, autor de un tratado sobre sida, iniciador de la investigación clínica sobre el VIH, Director de la Carrera de Especialista en *Enfermedades Infecciosas* con orientación sida y actualmente Profesor Titular Consulto, con amplia trayectoria nacional e internacional en el estudio del sida.

Creador del FUNDAI (Fundación de ayuda al inmunodeficiente), fue nombrado personalidad destacada por la Legislatura porteña en 2013.

El Dr. Rubén Masini, ex Director del Hospital Muñiz, ocupó la titularidad entre 2008 y 2010. Luego el Profesor Roberto Hirsch entre

2010 y 2012, hasta llegar al Dr. Marcelo Corti desde el 2012 hasta el 2021.

Corti fue Jefe de División del Hospital Muñiz, autor de un compendio sobre Enfermedades Infecciosas y de numerosos artículos y libros sobre el sida y otras enfermedades infecciosas; desde 1992 hasta la fecha es médico infectólogo de la Fundación Argentina para la Hemofilia. Recibió múltiples premios, fue Subdirector de la Carrera de Médicos Especialistas en Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de la UBA (junio de 2004 a diciembre de 2012), Coordinador del Internado Anual Rotatorio (IAR), Facultad de Medicina, UBA/Hospital F. J. Muñiz (2005 a 2023). En 2025 fue designado Miembro de la Academia Nacional de Medicina en el sitio 10.

La Cátedra de enfermedades Infecciosas de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA ha sido y es una escuela para la formación de alumnos de grado y de especialistas en nuestra disciplina.

Desde sus inicios, los Profesores Titulares fueron destacados por sus cualidades personales y dedicación al estudio y la investigación clínica. Comprometidos con la salud pública, honramos de esta manera sus trayectorias.

Bibliografía

1. Sánchez Doncell J, Sotelo C, Cano E, Cesari C, Francos JL, Gonzalez Montaner P. Momentos históricos de la epidemiología en el Hospital Muñiz, Buenos Aires, Argentina. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2023; 83: 442-454.
2. Martino O. El Hospital Francisco Javier Muñiz, su razón de ser y existir. pag 315-320. En *Clínicas infectológicas del Hospital Muñiz*. Seijo, de Vedia, Corti, Metta. Buenos aires 2009 ISBN 978-987-05-7598-6 1 - ed. Buenos Aires 2009
3. Veronelli, Juan Carlos; y Veronelli Corach, Magalí. Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Buenos Aires Organización Panamericana de la Salud. Tomo 1 Pág. 240.
4. Kepelusz-Poppi, Ana María. "José Penna y Salvador Mazza en tiempos del cólera: salud, inmigración y legitimidad política en la Argentina de 1910" [en línea], *Temas de historia argentina y americana* 19 (2011). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/jose-penna-salvador-mazza-tiempos.pdf>
5. Mazzini MA, Nocito MU. Baldomero Sommer: pionero, maestro y modelo. *Médicos y Medicina en la Historia* 2002; 2: 24-27.
6. Laval E. Anotaciones históricas sobre el Hospital de Enfermedades Infecciosas Francisco Javier Muñiz de Buenos Aires, Argentina. *Rev Chilena Infectol* 2012; 29 (4): 468-472
7. Trombetta L, Valerga M. Carlos Fonso Gandolfo y la epidemia de fiebre amarilla. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, Vol. 137, Número 2 de 2024.
8. Rey, DR, Sívori M. Historia del tratamiento de la tuberculosis en la Argentina hasta la década de 1970. *Tuberculosis: Lo vivido*. Disponible en: https://www.ramr.org/articulos/volumen_23_numero_2/perspectivas/perspectivas_historia_del_tratamiento_de_la_tuberculosis_en_nuestro_pais_hasta_la_decada_de_1970_tuberculosis.php
9. Carlos Fonso Gandolfo. La epidemia de fiebre amarilla de 1871. Universidad de Buenos Aires. Publicaciones de la Cátedra de Historia de la Medicina. Separata del tomo III, Buenos Aires, 1940.
10. Documentados en: <https://catalogobibliotecas.buenosaires.gob.ar/pergamo/opac.php?a=bsqA autor&n=Fonso+Gandolfo%2C+Carlos>
11. Asociación Médica Argentina. Disponible en: <https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/37%20HUMBERTO%20R%20RUGIERO.pdf>

Política, Estado y urología en la Argentina: historia de una especialidad entre avances científicos y vaivenes políticos (1853-2020)

Prof Dr Sebastián G. Tobia González

Comisión de Historia y Museo, Sociedad Argentina de Urología.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Introducción. La historia de la medicina argentina no puede entenderse sin analizar las políticas sanitarias estatales. La urología representa un caso paradigmático para comprender cómo diferentes orientaciones políticas moldearon el desarrollo de una especialidad médica específica. **Objetivos.** Analizar la influencia de las políticas sanitarias argentinas en el desarrollo institucional, científico y asistencial de la urología desde la organización nacional hasta la actualidad. **Material y métodos.** Estudio histórico-descriptivo basado en análisis documental de fuentes primarias y secundarias, incluidas publicaciones de la Sociedad Argentina de Urología, archivos universitarios y documentos institucionales. **Resultados.** Se identificaron seis períodos histórico-políticos con impacto diferencial en la

urología: era liberal e higienista (1853-1930), democratización peronista (1946-1955), modernización tecnológica con inestabilidad política (1955-1976), dictadura militar (1976-1983), democracia y neoliberalismo (1983-2001) y políticas sociales contemporáneas (2003-2020). Cada período mostró características distintivas en términos de acceso, distribución territorial, formación profesional e investigación urológica. **Conclusiones.** Los avances en urología argentina dependieron fundamentalmente de decisiones políticas sobre inversión, distribución territorial y concepción de la salud como derecho. Argentina construyó excelencia académica reconocida internacionalmente, pero esta coexistió con profundas desigualdades estructurales derivadas de la fragmentación del sistema de salud.

Palabras claves. Historia de la medicina; urología; políticas de salud; Argentina; especialidades médicas.

Politics, the State and Urology in Argentina: The History of a Specialty Between Scientific Advances and Political Fluctuations (1853-2020)

Summary

Introduction. The history of Argentine medicine cannot be understood without analyzing state

Correspondencia: Prof Dr Sebastián G. Tobia González
Correo electrónico: sebastian.tobia@gmail.com

health policies. Urology represents a paradigmatic case for understanding how different political orientations shaped the development of a specific medical specialty. Objectives. To analyze the influence of Argentine health policies on the institutional, scientific and healthcare development of urology from national organization to the present. Material and methods. A historical-descriptive study based on documentary analysis of primary and secondary sources, including publications from the Argentine Society of Urology, university archives and institutional documents. Results. Six historical-political periods with differential impact on urology were identified: the liberal and hygienist era (1853-1930), Peronist democratization (1946-1955), technological modernization with political instability (1955-1976), military dictatorship (1976-1983), democracy and neoliberalism (1983-2001), and contemporary social policies (2003-2020). Each period showed distinctive characteristics in terms of access, territorial distribution, professional training and urological research. Conclusions. Advances in Argentine urology largely depended on political decisions regarding investment, territorial distribution and conception of health as a right. Argentina built internationally recognized academic excellence, but this coexisted with profound structural inequalities derived from health system fragmentation.

Keywords. History of medicine, Urology, Health policy, Argentina, Medical specialties.

Introducción

La historia de la medicina argentina no puede entenderse como un proceso técnico o científico aislado. Desde la organización nacional hasta el siglo XXI, el desarrollo médico ha estado profundamente entrelazado con las decisiones políticas del Estado. Las políticas sanitarias funcionaron como herramientas de construcción estatal, instrumentos de legitimación política y campos de disputa ideológica.¹

Este artículo analiza cómo diferentes orientaciones políticas –desde el higienismo liberal hasta la fragmentación neoliberal– moldearon el sistema de salud argentino y, específicamente, el desarrollo de la urología como especia-

lidad quirúrgica, generando momentos de expansión notable y crisis profundas.² La urología representa un caso paradigmático para entender estas dinámicas, dado que su evolución refleja las tensiones entre excelencia científica y acceso público, entre modernización tecnológica y equidad territorial.³

La era liberal e higienista (1853-1930)

La construcción del Estado nacional argentino tras la Constitución de 1853 coincidió con el surgimiento de la medicina como disciplina institucionalizada. Los médicos higienistas se convirtieron en actores clave del proyecto civilizatorio liberal.⁴ La devastadora epidemia de fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires marcó un punto de inflexión: las más de 13.000 muertes impulsaron la creación de las primeras juntas sanitarias y motivaron grandes obras de infraestructura urbana.⁵

Durante este período, la salud pública se concibió como una función civilizadora del Estado, y se expandió la educación médica universitaria con el fortalecimiento de las facultades de la Universidad de Buenos Aires, la de Córdoba y, más tarde, la de La Plata.⁶ Las primeras intervenciones quirúrgicas urológicas documentadas en la Argentina datan de las últimas décadas del siglo XIX, realizadas en hospitales porteños con técnicas rudimentarias y alta mortalidad.⁷

El siglo XX trajo cambios fundamentales. En 1904, el Dr. Tiberio Padilla realizó la primera prostatectomía suprapúbica documentada en el país.⁸ Según Barisio, a finales del siglo XIX “surgió a la luz la Urología, que llega hasta la actualidad y cuya semilla se cultivó en el terreno de la Venereología”.⁹ En 1899 se creó la Cátedra de Genitourinarias en Buenos Aires, y en 1908 la primera cátedra de Clínica Urológica en la Facultad de Medicina de la UBA,¹⁰ posicionando a la Argentina como pionera en la enseñanza urológica latinoamericana.

El Dr. Federico Texo, figura destacada de este período, organizó el Servicio de Vías Urinarias en el Hospital Rawson en 1896 y fue el primer profesor de la cátedra. Diseñó instrumental quirúrgico innovador y estableció vínculos con centros europeos.⁹ El 2 de mayo de 1923, se fundó la Sociedad Argentina de Urología (SAU)

en el seno de la Asociación Médica Argentina (AMA), con el Dr. Ángel Ortiz como primer presidente.¹¹ En 1932 se creó formalmente la *Revista Argentina de Urología* como órgano de difusión científica.¹¹

Durante esta era liberal, la urología quedó limitada a Buenos Aires y algunas capitales provinciales. El acceso a tratamientos especializados era privilegio de sectores urbanos acomodados, lo que resultaba coherente con un modelo sanitario que priorizaba el control epidémico sobre la atención universal especializada.

La democratización del acceso: la urología en el peronismo (1946-1955)

La creación del Ministerio de Salud Pública en 1946, bajo la gestión de Ramón Carrillo, transformó radicalmente el panorama sanitario argentino.¹² El plan quinquenal incluyó la construcción de más de 4000 establecimientos sanitarios, muchos con servicios de Urología por primera vez fuera de Buenos Aires.¹³ El Hospital Presidente Perón (actual Hospital Posadas), inaugurado en 1951, simbolizó esta expansión con un servicio urológico equipado con tecnología moderna.¹⁴

Durante este período se masificó el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia prostática benigna, condición que previamente solo recibía atención en clínicas privadas. La prostatectomía suprapúbica se convirtió en una cirugía habitual en hospitales públicos de todo el país.¹⁵ Carrillo implementó un sistema de derivación desde centros periféricos hacia hospitales especializados, lo que permitió que pacientes con cáncer vesical o patologías complejas accedieran a tratamiento.¹²

Esta política sanitaria concibió la salud no como caridad, sino como derecho social universal; por primera vez, la urología dejó de ser especialidad exclusiva de sectores acomodados. Hospitales en Córdoba, Rosario, Mendoza y Tucumán desarrollaron servicios urológicos estables y el Hospital Rawson consolidó su liderazgo bajo la jefatura del Dr. Oscar Mazza.⁹

Paralelamente, en La Plata se consolidaba la tradición académica urológica. El Dr. Antonio Montenegro, discípulo de Texo, fue el primer titular de la Cátedra de Clínica Genitourinaria

(1930-1951), y se desempeñó como presidente de la SAU en 1933.¹⁶ La política peronista de becas permitió que médicos del interior se especializaran en la ciudad de Buenos Aires y regresaran a sus provincias, iniciando una incipiente federalización de la especialidad.

Modernización tecnológica y consolidación académica (1955-1976)

A pesar de la inestabilidad política posterior a 1955, la urología argentina vivió un período de notable desarrollo científico y tecnológico. La SAU fortaleció vínculos con sociedades europeas y norteamericanas, y urólogos argentinos participaron activamente en congresos internacionales.¹⁷

A partir de 1950, con el auge de los antibióticos y el desarrollo de endoscopios urológicos, la urología se transformó definitivamente en especialidad quirúrgica, diferenciándose de la nefrología y de la infectología como subespecialidades clínicas.¹⁶ En La Plata, el Dr. Natalio Cartelli quedó a cargo de la cátedra (1951-1966), seguido por los Dres. Luis Albertalli y Ricardo Medel, que fue quien ocupó el cargo durante más años (1969-1982) y creó el primer Museo Privado de Urología argentino.¹⁸

En la década de 1960, se introdujo la resección transuretral de próstata (RTU), técnica que permitía tratar la hipertrofia prostática sin cirugía abierta.¹⁸ Hospitales públicos como el Clínicas y el Italiano adquirieron equipos, lo que marcó un avance tecnológico significativo, aunque su costo limitó inicialmente la difusión.¹⁹

Además, se desarrolló la urología pediátrica como subespecialidad. En el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez en la ciudad Buenos Aires se creó el primer Servicio de Urología Infantil del país, bajo la dirección del Dr. Emilio Quesada, quien formó a pioneros como el Dr. Miguel Podestá.²⁰ Se establecieron servicios en el Hospital Sor María Ludovica de La Plata (1972), el Hospital Garrahan (1987) y el Hospital Italiano de Buenos Aires (1992), con expansión federal en Córdoba, Mendoza y Neuquén.²⁰

La oncología urológica también avanzó con cirugías radicales para cáncer de vejiga y riñón y el Hospital Marie Curie incorporó tratamientos combinados.²¹ Sin embargo, este período

consolidó las desigualdades del sistema fragmentado. Mientras grandes hospitales porteños contaban con tecnología de vanguardia, vastas regiones carecían de urólogos.²² Las obras sociales sindicales comenzaron a financiar tratamientos en clínicas privadas, perpetuando la segmentación.²³

La intervención militar en universidades tras 1966 afectó la formación académica; numerosos docentes fueron expulsados.²⁴ A pesar de esto, la tradición urológica se mantuvo porque las residencias hospitalarias funcionaban con relativa autonomía de las facultades.

Dictadura, tecnología y exilio profesional (1976-1983)

El terrorismo de Estado inaugurado en 1976 tuvo consecuencias devastadoras para la medicina argentina. Varios médicos urólogos fueron víctimas de represión, encarcelados, desaparecidos o forzados al exilio.²⁵ Las universidades fueron intervenidas, lo que afectó a los programas de investigación.²⁶

Paradójicamente, este período vio una modernización tecnológica en centros privados y en algunos hospitales públicos selectos. Se introdujo la litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) para cálculos renales; el Hospital Italiano y la Fundación Favalaro fueron pioneros,²⁷ y la urología oncológica avanzó con cistectomías radicales y nefrectomías parciales.²⁸ Sin embargo, estos avances beneficiaban principalmente a pacientes de obras sociales y prepagas.

El sistema público experimentó un marcado deterioro, en el que la reducción del gasto estatal afectó la disponibilidad de insumos básicos²⁹ y los Servicios de Urología en hospitales del interior funcionaban con equipamiento obsoleto. La brecha entre medicina tecnológica de élite y atención básica se profundizó dramáticamente.

Democracia, crisis económica y resiliencia profesional (1983-2001)

El retorno democrático trajo expectativas de reconstrucción, pero la crisis económica limitó las inversiones en salud pública.³⁰ Los Servicios de Urología en hospitales públicos enfrentaron escasez crónica; era común que los pacientes

debieran comprar sus propias sondas, catéteres o suturas para ser operados.³¹

El Dr. Néstor J. Vigo fue designado profesor titular de la Cátedra de Urología de La Plata en 1983, cargo que ocupó hasta 1989. Su gestión coincidió con la redemocratización y representó un momento de reconstrucción institucional. Vigo fue fundador de la Sociedad de Urología y Nefrología Provincial, y estableció vínculos internacionales con figuras como el Dr. Carlos A. Sáenz y el profesor Antonio Puigvert Gorro.¹⁶

El Profesor Dr. Edgardo Contreras estuvo a cargo entre 1989-2000, seguido por el Dr. Ernesto F. Wilks (2000-2006) y el Dr. Luis María Tobia (hasta 2007).¹⁶ A pesar de las limitaciones económicas, la urología argentina mantuvo su nivel académico. Se consolidaron subespecialidades: urooncología, urología reconstructiva, andrología, urología femenina.¹⁷

La década de 1990 profundizó la segmentación del sistema. Las reformas neoliberales promovieron la medicina prepaga con acceso rápido a cirugías mínimamente invasivas,³² mientras que en hospitales públicos las listas de espera se extendían meses o años. En 1990 la *Revista Argentina de Urología* inició una nueva etapa con un diseño gráfico moderno y distribución gratuita a urólogos del país,¹¹ y en 1991 se creó el Consejo Editorial Nacional.¹¹

Se introdujo la laparoscopia urológica a fines de los años 90,³³ aunque su acceso quedó limitado al sector privado. La crisis de 2001 saturó los servicios públicos,³⁴ los urólogos debieron realizar enormes esfuerzos para mantener la atención con recursos mínimos.

Nuevas políticas sociales y desafíos contemporáneos (2003-2020)

Los gobiernos kirchneristas implementaron programas que impactaron en la urología. El Programa Remediar garantizó acceso gratuito a antibióticos esenciales;³⁵ el fortalecimiento del INCUCAI mejoró el sistema de trasplante renal,³⁶ y se construyeron hospitales de alta complejidad, como el Hospital "El Cruce" de Florencio Varela (2008) con tecnología laparoscópica.³⁷

En La Plata, el Prof. Dr. Gustavo Maliandi fue titular, hasta su fallecimiento prematuro en 2012. Su libro *Práctica urológica* (2011) significó

un importante aporte docente.¹⁶ Fue seguido en el cargo por el Dr. Sebastián G. Tobía González (profesor titular desde 2018) y por el Dr. Ignacio P. Tobía González (a partir de 2025).¹⁶ En 2014 se organizó el Museo de Urología “Dr. Néstor J. Vigo” como espacio de memoria y patrimonio científico.³

La urología oncológica experimentó avances significativos. Se estandarizó la prostatectomía radical laparoscópica;³⁸ algunos centros introdujeron técnicas robóticas –aunque su costo limitó la difusión–³⁹ y se desarrolló la medicina nuclear aplicada a urología con PET-PSMA para cáncer prostático.⁴⁰

Sin embargo, persistieron graves problemas estructurales. La disponibilidad de urólogos siguió siendo heterogénea: mientras la Ciudad de Buenos Aires contaba con más de ochocientos especialistas certificados, mientras que provincias enteras tenían menos de diez.⁴¹ Las listas de espera para cirugías en hospitales públicos seguían siendo prolongadas.⁴² A esto se sumó que la pandemia de covid-19 en 2020 afectó severamente la urología, con la suspensión de cirugías electivas y demoras en diagnósticos oncológicos.⁴³

Formación, investigación y legado Institucional

A lo largo de todo este período histórico, la formación urológica argentina mantuvo estándares elevados. La residencia de cuatro años se consolidó como camino estándar de especialización.⁴⁴ Hospitales como el de Clínicas, el Fernández, el Italiano, el Británico y el Alemán formaron generaciones de urólogos. La SAU implementó un sistema de certificación y recertificación periódica.¹⁷

La *Revista Argentina de Urología* fue fundamental en este proceso. Durante años cambió su denominación por *Revista Argentina de Urología y Nefrología*, hasta que en 1988 volvió a su nombre original.¹¹ Las autoridades siempre trabajaron *ad honorem*, manteniendo la publicación con recursos complementarios cuando los costos superaban los ingresos por publicidad.¹¹

La investigación urológica, aunque limitada por restricciones presupuestarias, produjo aportes originales: estudios epidemiológicos sobre cáncer de próstata, trabajos sobre técnicas

reconstructivas y desarrollo de dispositivos médicos locales.⁴⁵ Urólogos argentinos ocuparon posiciones de liderazgo en sociedades latinoamericanas e internacionales.¹⁷

Conclusión

La historia de la urología argentina demuestra que los avances sanitarios dependieron fundamentalmente de decisiones políticas sobre inversión, distribución territorial y concepción de la salud. Los momentos de mayor democratización del acceso urológico coincidieron con proyectos políticos que concibieron la salud como derecho social universal: el peronismo clásico (1946-1955) y las políticas sociales de inicios del siglo XXI.

La Argentina construyó una tradición urológica de excelencia académica reconocida internacionalmente; formó especialistas de primer nivel, incorporó tecnologías de vanguardia y desarrolló centros de referencia comparables a instituciones del primer mundo. Sin embargo, esta excelencia coexistió siempre con profundas desigualdades estructurales derivadas de la fragmentación del sistema de salud.

El desafío histórico pendiente es articular la capacidad científica y profesional argentina con cobertura universal efectiva, superando la segmentación que separa la medicina de alta complejidad de la atención básica. Esto requiere un consenso político de largo plazo que trascienda ciclos electorales –algo que la historia argentina ha demostrado ser particularmente difícil de alcanzar–.

La urología argentina seguirá avanzando tecnológica y científicamente. Su verdadero desafío no es técnico sino político: transformar la excelencia de élite en salud pública universal. La capacidad existe; lo que se requiere es voluntad política sostenida para hacer de la salud especializada un derecho efectivo y no un privilegio de pocos. La historia enseña que la Argentina puede lograrlo cuando la salud se constituye en política de Estado.

Conflictos de interés. El autor declara no tener conflictos de interés.

Financiamiento. El presente trabajo no recibió financiamiento externo.

Contribuciones de autoría. Sebastián Tobia González: concepción y diseño del estudio, recolección, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del contenido intelectual, aprobación final de la versión a publicar.

Bibliografía

1. Belmartino S. La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. 2005. ISBN: 978-987-1220-20-5.
2. García JC. Pensamiento social en salud en América Latina. México: McGraw-Hill Interamericana. 1994. ISBN: 968-25-2089-3.
3. Tobia González SG, Tobia González IP, Sempé MC. Un nuevo espacio de memoria: el Museo de Urología "Prof. Dr. Néstor Vigo" de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP. Rev Arg de Urol. 2021;86(1):7-16.
4. Armus D. La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950. Buenos Aires: Edhasa. 2007. ISBN: 978-950-9009-91-6.
5. González Leandri R. Curar, persuadir, gobernar: la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 1999. ISBN: 84-00-07850-6.
6. Buchbinder P. Historia de las universidades argentinas. Buenos Aires: Sudamericana. 2005. ISBN: 950-07-2665-5.
7. Hinostroza JA. Apuntes. Reseña Histórica de la Urología (mundial y local) (4ª parte). Rev Chil Urol. 2012;77(4):344-8.
8. Potenziani Bigelli JC. Historia de la Urología en América Latina. Arch Esp Urol. 2007;60(6):603-18.
9. Barisio RJ. Las figuras prominentes de la urología argentina a través de un siglo. Rev Arg Urol Nefrología. 1985;51(2):1-12.
10. Escudero Barrilero A. Historia de la Urología Española. Madrid: Edimsa. 1995. ISBN: 84-7714-175-8.
11. Sociedad Argentina de Urología. Historia de la Revista Argentina de Urología [internet]. Buenos Aires: SAU. 2021 [citado 24 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sau-net.org/publicaciones/revista/historia.html>
12. Ramacciotti K. La política sanitaria del peronismo. Buenos Aires: Biblos. 2009. ISBN: 978-950-786-713-2.
13. Carrillo R. Teoría del Hospital. Buenos Aires: Editorial Mínima. 1950.
14. Ballent A. Las huellas de la política: vivienda, ciudad, peronismo en Buenos Aires, 1943-1955. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes; 2005. ISBN: 987-558-024-4.
15. Funes P. Salud, enfermedad y medicina en la Argentina peronista. Historia (Santiago). 1997;17(2):95-108.
16. Giacomantone OA, Suárez IB, Vitale A. Sociedad Médica de La Plata 1910-2010. Su Historia. Educación Médica Permanente. 2010;2(1):4-49.
17. Sociedad Argentina de Urología. Historia institucional. Buenos Aires: SAU. 2020.
18. Allepuz Losa C. Historia de la Resección Transuretral. Arch Esp Urol. 2008;61(2):175-80.
19. Cifuentes Delatte L. Evolución de la cirugía endoscópica prostática. Actas Urol Esp. 1990;14(3):161-5.
20. Sociedad Argentina de Urología. Historia de la Urología Pediátrica en Argentina. Buenos Aires: SAU. 2020.
21. Instituto Nacional del Cáncer. Historia del tratamiento del cáncer urológico en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud. 2015.
22. Tobar F. Breve historia del sistema de salud argentino. En: Garay O, editor. Responsabilidad profesional de los médicos, pp. 45-78. Buenos Aires: La Ley. 2004.
23. Lloyd-Sherlock P. Health sector reform in Argentina: a cautionary tale. Soc Sci Med. 2005;60(8):1893-1903. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.08.022
24. Buchbinder P. La universidad argentina en los años sesenta y setenta. En: Caldelari M, Funes P, editores. La universidad latinoamericana en la encrucijada, pp. 89-124. Buenos Aires: Prometeo. 2013. ISBN: 978-987-574-570-9.
25. González Leandri R, González Bollo H. La dictadura militar argentina (1976-1983) y el campo de la medicina. Nuevo Mundo Mundos Nuevos [Internet]. 2015 [citado 15 de marzo de 2021]. DOI: 10.4000/nuevo-mundo.67827
26. Fernández Berdaguer L. La universidad en dictadura: el caso de la Facultad de Medicina de la UBA (1976-1983). Sociohistórica. 2010;27:11-38.
27. Chaussy C, Eisenberger F, Jocham D, Wilbert D. High energy shock waves in medicine. Stuttgart: Thieme. 1997. ISBN: 3-13-790001-5.
28. Campbell SC, Novick AC. Expanding the indications for elective partial nephrectomy: is this advisable? Eur Urol. 2006;49(6):952-4. DOI: 10.1016/j.eururo.2006.03.016
29. Veronelli JC, Veronelli Correch M. Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Tomo 2. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. 2004. ISBN: 92-75-32534-5.
30. Belmartino S, Bloch C. El sector salud en Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. 1994.
31. Maceira D. Inequidad en el acceso a la salud en Argentina. Documento de trabajo N° 21. Buenos Aires: CIPPEC. 2008.
32. Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social. México: Era. 1997. ISBN: 968-411-444-2.
33. Schuessler WW, Schulam PG, Clayman RV, Kavoussi LR. Laparoscopic radical prostatectomy: initial short-term experience. Urology. 1997;50(6):854-7. DOI: 10.1016/S0090-4295(97)00543-8
34. Kessler G. La experiencia del desempleo y el cambio social. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 2003. ISBN: 950-557-549-9.
35. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Remediar: Una década de política farmacéutica. Buenos Aires: Ministerio de Salud. 2012.
36. INCUCAI. Trasplante renal en Argentina: evolución 2003-2020. Buenos Aires: Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. 2020.

37. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Hospital El Cruce: Un modelo de gestión hospitalaria. La Plata: Ministerio de Salud. 2010.
38. Guillonneau B, Vallancien G. Laparoscopic radical prostatectomy: the Montsouris experience. *J Urol*. 2000; 163(2):418-22. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)67890-1](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)67890-1)
39. Menon M, Tewari A, Baize B, Guillonneau B, Vallancien G. Prospective comparison of radical retropubic prostatectomy and robot-assisted anatomic prostatectomy: the Vattikuti Urology Institute experience. *Urology*. 2002;60(5):864-8. DOI: [10.1016/s0090-4295\(02\)01881-2](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(02)01881-2)
40. Fendler WP, Calais J, Eiber M, Flavell RR, Mishoe A, Feng FY, *et al*. Assessment of 68Ga-PSMA-11 PET Accuracy in Localizing Recurrent Prostate Cancer: A Prospective Single-Arm Clinical Trial. *JAMA Oncol*. 2019;5(6):856-63. DOI: [10.1001/jamaoncol.2019.0096](https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2019.0096)
41. Sociedad Argentina de Urología. Registro Nacional de Especialistas en Urología. Buenos Aires: SAU. 2019.
42. Defensoría del Pueblo de la Nación. Listas de espera en hospitales públicos argentinos: Informe especial. Buenos Aires: Defensoría del Pueblo. 2019.
43. Ribal MJ, Cornford P, Briganti A, Knoll T, Gravas S, Babjuk M, *et al*. European Association of Urology Guidelines Office Rapid Reaction Group: An Organisation-wide Collaborative Effort to Adapt the European Association of Urology Guidelines Recommendations to the COVID-19 Era. *Eur Urol*. 2020;78(1):21-8. DOI: [10.1016/j.eururo.2020.04.056](https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.04.056)
44. Sociedad Argentina de Urología. Reglamento del Sistema de Residencias en Urología. Buenos Aires: SAU. 2015.
45. CONICET. Producción científica argentina en urología 2010-2020. Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. 2020.

Uso de medicamentos antidiabéticos en el sistema de seguridad social provincial de Misiones, Argentina: análisis farmacoepidemiológico basado en DHD, 2025

Dr Juan Carlos Luján Falkowski

Instituto Previsión Social Misiones Policonsultorio. Instituto de Ciencias de la Salud de Misiones. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Posadas, Misiones. Universidad Católica de las Misiones. Provincia de Misiones, Argentina.

Resumen

El estudio analiza el consumo de medicamentos antidiabéticos en el Instituto de Previsión Social (IPS) de Misiones durante septiembre de 2025, aplicando metodologías de farmacoepidemiología basadas en Dosis Diaria Definida (DDD) y Dosis 1000 Habitante Día (DHD). Se utilizó un banco de datos integral compuesto por 52.136 registros y tablas de referencia para monodrogas y asociaciones, integradas mediante un sistema relacional

en SQL. Del total de 32.711 recetas ambulatorias, el 10,86% correspondió a tratamientos para diabetes. Los valores más altos de DHD se observaron en metformina (12,22), dapagliflozina (7,28) e insulina NPH (6,88), evidenciando un patrón de prescripción que combina terapias tradicionales con una notable adopción de inhibidores SGLT2 (iSGLT-2). El consumo total de antidiabéticos alcanzó 36,12 DHD, comparable con estudios internacionales. La correlación interna de los datos mostró alta consistencia ($r = 0,99$). La discusión destaca la incorporación creciente de terapias innovadoras, aunque con desigualdades en acceso, y señala limitaciones para comparar resultados con bibliografía previa a 2021. En conjunto, el trabajo subraya la importancia del monitoreo continuo para orientar decisiones sanitarias y promover un uso racional de medicamentos en diabetes.

Palabras claves. Farmacoepidemiología; antidiabéticos; Dosis Habitante Día (DHD); utilización de medicamentos.

Use of Antidiabetic Medications in the Provincial Social Security Institute of Misiones, Argentina: A DHD-Based Pharmacoepidemiological Analysis (2025)

Correspondencia: Dr Juan Carlos Luján Falkowski
Correo electrónico: jcfalko@gmail.com

Summary

The study analyzes the use of antidiabetic medications at the Social Security Institute (IPS) of Misiones during September 2025, applying pharmacoepidemiological methodologies based on Defined Daily Dose (DDD) and Defined Daily Dose per 1,000 inhabitants per day (DHD). An comprehensive database of 52,136 records and reference tables for monotherapies and fixed-dose combinations was used, consolidated through a relational SQL system. Of the total 32,711 outpatient prescriptions, 10.86% corresponded to diabetes treatments. The highest DHD values were observed for metformin (12.22), dapagliflozin (7.28), and NPH insulin (6.88), reflecting a prescription pattern that combines traditional therapies with a notable adoption of SGLT2 inhibitors. The total use of antidiabetic drugs reached 36.12 DHD, consistent with international studies. Internal data validation showed high consistency ($r = 0.99$). The discussion highlights the increasing incorporation of innovative therapies, although with persistent inequalities in access, and notes limitations when comparing results with literature published prior to 2021. Overall, the study underscores the importance of continuous monitoring to support health-care decision-making and promote the rational use of antidiabetic medications.

Keywords. *Pharmacoepidemiology, Antidiabetic drugs, Defined Daily Dose per 1,000 inhabitants per day (DHD), Drug utilization.*

Introducción

La farmacoepidemiología integra métodos epidemiológicos y principios de farmacología clínica para analizar el uso, la seguridad y el impacto real de los medicamentos en poblaciones. Su valor radica en que permite observar el comportamiento terapéutico en condiciones habituales de atención, e identificar patrones de prescripción, desviaciones respecto de guías clínicas, variaciones en el acceso y problemas potenciales relacionados con la medicación. En sistemas

sanitarios complejos, esta disciplina es un componente estratégico para orientar políticas de uso racional, optimizar recursos y mejorar la equidad en el acceso a tratamientos esenciales. En la Argentina, la diabetes representa una de las principales causas de demanda asistencial y de consumo sostenido de medicamentos crónicos. En la provincia de Misiones, el Instituto de Previsión Social (IPS) brinda cobertura a más de 220.000 afiliados, constituyéndose como un actor central dentro del sistema de seguridad social provincial. Su Programa de Cobertura Especial para Pacientes Diabéticos garantiza la provisión de insulinas, antidiabéticos orales y materiales de automonitoreo, lo que permite la continuidad terapéutica según lo establecido por la legislación nacional. Este programa resulta clave para prevenir complicaciones crónicas –nefropatía, retinopatía, neuropatía y enfermedad cardiovascular– y constituye un ámbito ideal para la evaluación sistemática del consumo de medicamentos. El escenario terapéutico de la diabetes ha experimentado transformaciones relevantes en la última década. La introducción de nuevas clases farmacológicas, como los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y los agonistas del receptor GLP-1, junto con la expansión de sus indicaciones para insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica han modificado las estrategias de tratamiento. A ello se suma la disponibilidad creciente de formulaciones de diferentes laboratorios –como en el caso reciente de dapagliflozina– que generan variaciones en la oferta, en los costos y, en consecuencia, en los patrones de utilización. Estas dinámicas obligan a los sistemas de salud a monitorear de manera continua la prescripción y el consumo, especialmente en contextos económicos en los que el acceso puede verse limitado por los precios de las terapias innovadoras. En este marco, el uso de indicadores estandarizados adquiere especial relevancia. La Dosis Diaria Definida (DDD) y la Dosis Habitante Día (DHD) propuestas por la OMS permiten comparar el consumo de medicamentos entre institucio-

nes, regiones y países, independientemente de las presentaciones comerciales. La DHD, en particular, ofrece una métrica robusta para cuantificar la intensidad terapéutica, evaluar la adopción de nuevas tecnologías y estimar cargas de exposición farmacológica en poblaciones especificadas. El presente estudio se propone analizar el consumo de medicamentos antidiabéticos en el IPS Misiones durante septiembre de 2025 mediante un enfoque descriptivo transversal basado en DDD y DHD, integrando bases de datos institucionales y tablas de referencia para monodrogas y asociaciones. Este análisis busca no solo describir patrones de uso, sino también compararlos con referencias nacionales e internacionales, identificar transiciones en los esquemas terapéuticos y aportar evidencia para la planificación sanitaria provincial.

Materiales

Los materiales utilizados en el presente estudio corresponden a la totalidad de los registros de la prestación farmacéutica del Instituto de Previsión Social (IPS) comprendidos entre el 1° y el 30 de septiembre de 2025. Su finalidad fue evaluar la utilización de medicamentos mediante el sistema de Dosis Diaria Definida (DDD), conforme a las recomendaciones de la OMS. La base principal estuvo constituida por una tabla de 52.136 registros, cada uno conformado por 46 campos con información detallada de las dispensaciones efectuadas. Esta estructura fue complementada con dos tablas de referencia diseñadas para el análisis diferencial de las presentaciones farmacéuticas. La primera, orientada a la identificación y clasificación de especialidades farmacéuticas de asociaciones, incluyó 100 registros con 17 campos cada uno. La segunda, destinada al análisis especialidades medicinales de monodrogas, estuvo compuesta por 270 registros, también con 17 campos.

Metodología

Se desarrolló un estudio descriptivo, transversal y de corte único, basado en el univer-

so completo de dispensaciones farmacéuticas registradas por el Instituto de Previsión Social (IPS) de Misiones entre el 1° y el 30 de septiembre de 2025. La inclusión del 100% de los registros disponibles permitió trabajar sin muestreo y obtener frecuencias absolutas y estimadores directos del consumo de medicamentos antidiabéticos en la población afiliada. La unidad de análisis fue la receta ambulatoria efectivamente dispensada. Construcción e integración del banco de datos: el conjunto principal de datos estuvo compuesto por 52.136 registros, cada uno con 46 campos que detallan la dispensación farmacéutica (código troquel, nombre comercial, forma farmacéutica, concentración, cantidad entregada, fecha, servicio, tipo de cobertura y datos del afiliado). Para asegurar una clasificación precisa de las especialidades medicinales, se integraron dos tablas complementarias construidas a partir del vademécum nacional: una destinada a asociaciones fijas (100 registros, 17 campos) y otra a monodrogas (270 registros, 17 campos). Estas tablas incorporaron información técnica relevante, incluyendo código ATC, Dosis Diaria Definida (DDD), composición y presentación. La consolidación del sistema se llevó a cabo mediante un esquema relacional en SQL. Se aplicaron operaciones INNER JOIN y LEFT JOIN para unificar las dispensaciones con las tablas de referencia, utilizando el código troquel como clave primaria estandarizada. Este procedimiento garantizó la integridad relacional del conjunto de datos, eliminó duplicaciones potenciales y generó una matriz analítica única para el cálculo posterior de indicadores. La primera métrica obtenida fue la tasa global de uso de recetas por afiliado/año, útil para evaluar accesibilidad, intensidad de prescripción y eficiencia del servicio farmacéutico. Posteriormente, se estimaron los valores de DHD empleando las DDD definidas por el WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, abarcando los grupos A10A (insulinas y análogos) y A10B (hipoglucemiantes orales). Esta estrategia fortaleció la analítica comparativa y la vigilancia del uso racional de medicamentos en la cohorte estudiada.

Fórmula 1. La métrica DHD (Dosis Habitante Día) expresa el consumo estandarizado de un medicamento por cada 1.000 habitantes por día. Se calcula a partir de la DDD (Dosis Diaria Definida) establecida por la OMS. Este valor permite comparar patrones de utilización entre distintos fármacos, períodos y poblaciones, independientemente de la potencia o presentación de cada especialidad medicinal.

$$\text{DHD} = \text{DDD}/1000 \text{ habitantes/día} = \frac{(\text{Cantidad total consumida en mg por unidades}) \times 1000}{\text{DDD (mg o unidad)} \times \text{población} \times \text{días del período}}$$

El indicador Dosis Habitante Día (DHD) describe cuántas personas por cada 1000 habitantes reciben, en promedio, una dosis diaria del medicamento. Este valor permite comparar el uso de fármacos entre diferentes regiones, períodos o sistemas de salud, estandarizando el consumo independientemente de las dosis o presentaciones comerciales. Además, el valor de Dosis Habitante Día (DHD) puede sumarse entre distintos principios activos o presentaciones terapéuticas para obtener un valor global de consumo de medicamentos por patología o por subgrupo de población. Esta suma permite estimar el nivel total de exposición farmacológica, evaluar la intensidad del tratamiento y comparar el uso de diferentes grupos terapéuticos dentro de una misma enfermedad, lo que facilita el análisis integral del consumo y la planificación racional de recursos sanitarios. Se efectuó una prueba de sensibilidad para validar la calidad de los datos, calculando el coeficiente de correlación entre las DDD promedio de las presentaciones de dapagliflozina, metformina y glimepirida, y el DDD promedio por receta del total de monodrogas. El resultado fue un coeficiente de 0,99, lo que demuestra una correspondencia casi perfecta entre ambas mediciones. Esta correlación refleja la distribución estándar de las presentaciones farmacéuticas y confirma la consistencia interna de los datos, sin registros duplicados, validando la integridad del proceso de extracción y consolidación de información del banco de datos general.

Resultados

Durante septiembre de 2025 se registraron 32.711 recetas ambulatorias dispensadas en el Instituto de Previsión Social de Misiones. La tasa global de prestación farmacéutica fue de 1,7842 recetas por afiliado/año, valor que se mantiene por debajo de estimaciones previas

reportadas en instituciones de seguridad social del país. Dentro del total de dispensaciones, 3359 recetas (10,86%) correspondieron a medicamentos para el tratamiento de la diabetes, lo cual refleja la importancia epidemiológica y asistencial de esta patología dentro del sistema. El análisis por principio activo mostró que la metformina fue el fármaco con mayor nivel de consumo, con un valor de 12,22 DHD, alineándose con las recomendaciones de las guías terapéuticas y con los valores nacionales de referencia. Le siguió la dapagliflozina, con 7,28 DHD, resultado que evidencia una adopción creciente de los inhibidores SGLT-2 en el ámbito provincial, influenciada por su perfil de seguridad, la amplitud de indicaciones y la disponibilidad reciente de alternativas genéricas. Dentro de las insulinas, el mayor consumo correspondió a insulina NPH, con 6,88 DHD, lo que refleja un predominio de esquemas tradicionales en detrimento de insulinas análogas, cuyos valores fueron notablemente más bajos. El consumo conjunto de antidiabéticos orales alcanzó 23,96 DHD, mientras que el grupo de insulinas registró 12,17 DHD, totalizando 36,13 DHD para el conjunto de antidiabéticos en el IPS. Este valor se sitúa dentro del rango esperado según reportes nacionales y estudios internacionales recientes, aunque con particularidades en la distribución interna de las clases terapéuticas. En el grupo de las sulfonilureas se observó un consumo total de 2,47 DHD, valor moderado que indica un desplazamiento progresivo hacia fármacos de mayor seguridad cardiometabólica. En cuanto a los inhibidores de DPP-4, su participación fue menor (1,51 DHD), consistente con los patrones nacionales de baja utilización. Los agonistas GLP-1 mostraron un consumo aún limitado (0,36 DHD), reflejando barreras de costo y disponibilidad, pese a su creciente relevancia clínica. No se registraron dispensaciones de ciertos

productos de uso menos frecuente o ausentes en el mercado local, como insulina detemir, acarbose, miglitol, canagliflozina, ertugliflozina, y varios análogos de GLP-1 como exenatida o dulaglutida, lo que contribuye a caracterizar el perfil farmacoterapéutico provincial.

Los valores individuales y grupales, junto con su comparación con datos del Instituto de Obra

Médico Asistencial (IOMA) y otras instituciones de referencia, se detallan en la Tabla 1. Las Figuras 1 y 2 ilustran la distribución relativa de DHD por principio activo y la participación de las principales combinaciones terapéuticas, destacándose la alta prevalencia de metformina, la expansión de los iSGLT-2 y el rol persistente de la insulina NPH como insulina basal predominante.

Tabla 1. Tabla de Resultados fuente de comparación valores del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), Argentina adaptado de Dorati CM, Mordujovich Buschiazzo P, Marín GH, Buschiazzo HO, Rojas-Cortés R, Alfonso Arvez MJ et al. Indicadores de prescripción racional de medicamentos: factibilidad de aplicación en instituciones de las Américas. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45:e152. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.152>. A SOLIQUA 30-60 corresponde a un producto Sanofi-Aventis es una especialidad de ins. glargina+lixisenatida con cobertura especial.

Monodroga	Grupo	Suma DDD	Cantidad de especialidades consumidas	DHD	Total grupo	Total grupo IPS	Referencia nacional
METFORMINA	A10BA02	62700.5	4885	12.21868	A10BA	12.21867576	12.76
DAPAGLIFLOZINA	A10BK01	32762	1144	6.853939	A10BK	7.281201602	
EMPAGLIFLOZINA	A10BK03	2691.4285	100	0.427262			
GLIBENCLAMIDA	A10BB01	1800	80	0.272727	A10BB	2.468136364	9.81
GLICLAZIDA	A10BB09	5400	100	0.818182			
GLIMEPIRIDE	A10BB12	7740	113	1.377227			
LINAGLIPTINA	A10BH05	300	10	0.054545	A10BH	1.513553636	0.06
SITAGLIPTINA	A10BH01	1234	47	0.87697			
TENELIGLIPTINA	A10BH08	210	7	0.031818			
VILDAGLIPTIN	A10BH02	1532	74	0.550221			
LIRAGLUTIDA	A10BJ02	612	19	0.092727	A10BJ	0.360661157	
SEMAGLUTIDA	A10BJ06	1768.3636	63	0.267934			
PIOGLITAZONA	A10BG03	765	30	0.115909	A10BG	0.118939394	0.02
ROSIGLITAZONA	A10BG02	20	1	0.00303			
Total antidiabéticos orales				23.96117	A10B	23.96116791	22.65
INSULINA ANALOG	A10AA	19162.5	511	2.903409			0.55
INSULINA CORRIENTE	A10AB02	37.5	1	0.005682			0.058
INSULINA NPH	A10AC	45412.5	1211	6.880682			0.5
INSULINA GLP1A		112.5	3	0.017045			
INSULINA MEZCLA	A10AD01	3712.5	99	0.5625			0.04
INSULINA GLARG	A10AE04	11865	313	1.797727			0.35
Total insulinas				12.16705	A10A	12.16704545	1.55
Total					A10	36.12821336	24.2
agujas		84900	849	INSUMOS			
lancetas		65254	1303	INSUMOS			
tiras		10446	390	INSUMOS			

Figura 1. Distribución de DHD de drogas Grupos A10A – Insulinas y análogos; y A10B – Hipoglucemiantes orales y otros antidiabéticos. Puede constatar el porcentaje importante de drogas iSGLT-2, especialmente dapagliflozina, un proceso dinámico en el uso y la prescripción de drogas para el tratamiento de la diabetes.

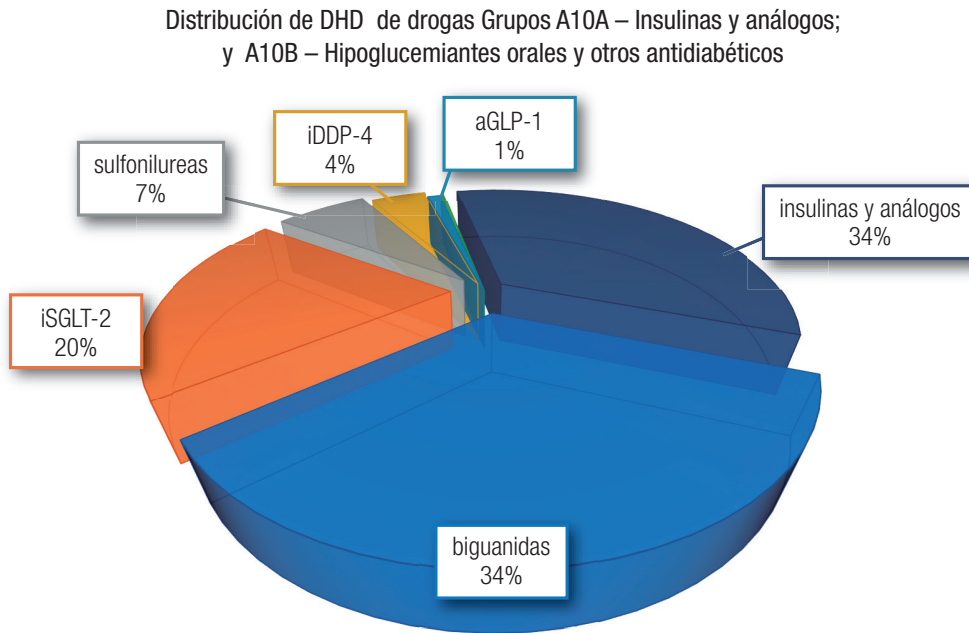
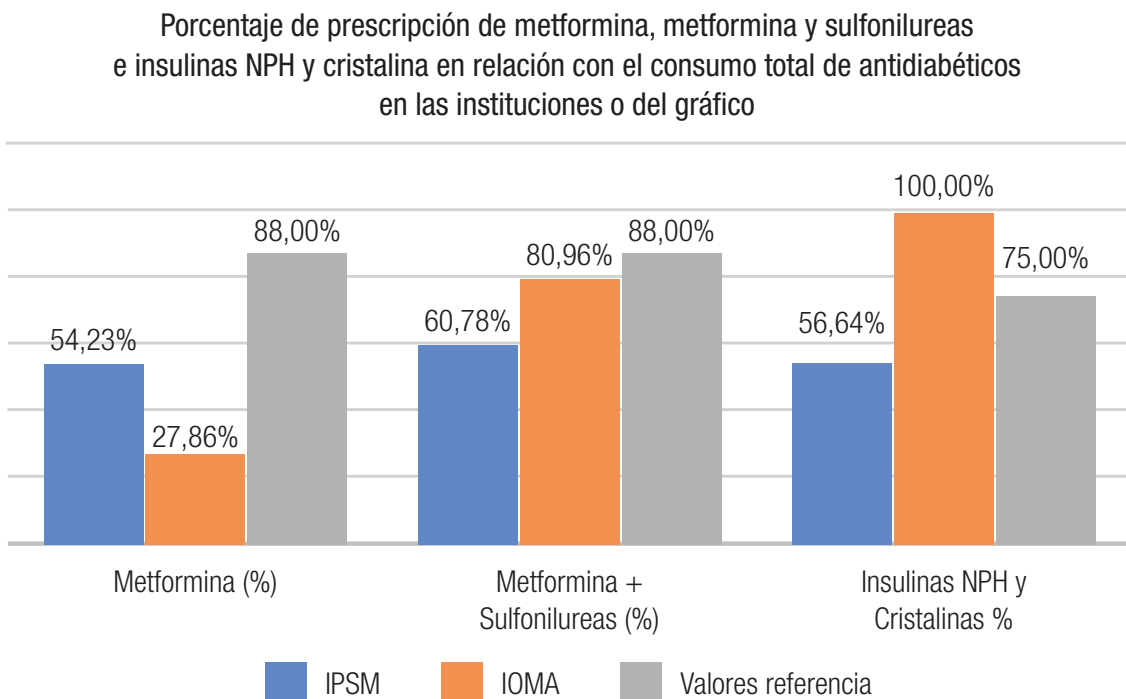


Figura 2. Porcentaje de prescripción de metformina, metformina y sulfonilureas e insulinas NPH y cristalina en relación con el consumo total de antidiabéticos en las instituciones analizadas. Adaptado de Dorati CM, Mordujovich Buschiazzo P, Marín GH, Buschiazzo HO, Rojas-Cortés R, Alfonso Arvez MJ, et al. Indicadores de prescripción racional de medicamentos: factibilidad de aplicación en instituciones de las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e152 <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.152>



Discusión

El análisis del consumo de medicamentos antidiabéticos en el IPS Misiones revela un perfil farmacoterapéutico caracterizado por una combinación de prácticas tradicionales y una incorporación progresiva de terapias innovadoras. El valor total de 36,13 DHD ubica al sistema dentro del rango informado por estudios nacionales e internacionales, aunque con particularidades relevantes en la distribución interna de las clases terapéuticas. Esta cifra adquiere especial significado cuando se la contextualiza en función de la epidemiología provincial, la estructura del subsistema de seguridad social y las variaciones recientes del mercado farmacéutico argentino.

Comparación con patrones nacionales e internacionales

En comparación con instituciones nacionales de referencia, como el IOMA, los valores obtenidos muestran un patrón de uso global comparable, aunque con diferencias notables en ciertas clases terapéuticas. La metformina, con 12,22 DHD, mantiene su rol como pilar del tratamiento de la diabetes tipo 2, alineándose con las guías clínicas de la Argentina y de países de altos ingresos. Este valor es, además, muy superior a la mediana reportada en países de ingresos bajos y medios, lo que sugiere una buena adherencia a estándares terapéuticos basados en evidencia. El hallazgo más relevante se observa en el consumo de inhibidores SGLT-2, especialmente dapagliflozina, con 7,28 DHD, cifra que supera ampliamente el uso registrado en instituciones nacionales y se acerca a valores observados en países de mayores ingresos. Este fenómeno puede atribuirse a la disponibilidad creciente de versiones genéricas y a la expansión de sus indicaciones para insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica, lo que aumenta su adopción dentro de esquemas de tratamiento integrados. En contraste, el consumo de agonistas del receptor GLP-1, con 0,36 DHD, se mantiene bajo, lo que refleja barreras estructurales, tales como costos elevados, cobertura limitada y disponibilidad desigual en el mercado local. Si bien estos valores son superiores a referencias nacionales históricas, permanecen muy por debajo de los reportados en países con mejor acceso a tecnologías inno-

vadoras. La reciente incorporación de presentaciones de semaglutida de producción nacional podría favorecer una transición progresiva hacia mayores niveles de prescripción en los próximos años.

Dinámicas de transición terapéutica

La utilización de sulfonilureas presenta un valor moderado de 2,47 DHD, que se encuentra dentro del rango de transición observado en diversos países. Si bien estas drogas continúan integrando esquemas terapéuticos en contextos de recursos limitados, su menor seguridad metabólica y el riesgo de hipoglucemias ha favorecido la migración hacia terapias más seguras. El valor obtenido sugiere que el IPS se encuentra en una fase intermedia entre modelos tradicionales y enfoques más modernos. En el caso de las insulinas, se observa una brecha marcada entre la utilización de insulinas NPH (6,88 DHD) y la de insulinas análogas (2,90 DHD para análogos rápidos; 1,79 DHD para glargina). Este patrón, fuertemente influido por la diferencia de costos, significa que la modernización del tratamiento intensivo insulínico enfrenta limitaciones económicas, pero también evidencia un uso racional acorde con las posibilidades del sistema y la disponibilidad de tratamientos.

Dimensión estructural: acceso, equidad y fragmentación del sistema

Los resultados ponen de manifiesto las tensiones propias del sistema sanitario argentino: mientras algunos sectores avanzan hacia la incorporación acelerada de terapias innovadoras, otros dependen de esquemas tradicionales condicionados por costos y disponibilidad. La coexistencia de valores altos de iSGLT-2 junto con valores elevados de insulina NPH y bajos de GLP-1 demuestra una adopción selectiva de innovaciones mediada por factores económicos, regulatorios y de cobertura. Esta situación ilustra la fragmentación del sistema: la calidad terapéutica no depende exclusivamente de las necesidades clínicas, sino de la filiación institucional del paciente y del modelo de financiamiento del subsistema en el que recibe atención.

Limitaciones del estudio

Una limitación central es la disponibilidad de estudios comparativos recientes. La mayo-

ría de los trabajos internacionales finalizan en 2021, por lo que no reflejan la expansión posterior de iSGLT-2, la variación de precios, el aumento de la oferta de especialidades medicinales de iSGLT-2 y aGLP-1, ni los efectos del contexto económico argentino pospandemia. Esto obliga a interpretar las comparaciones con cautela, aunque el aporte local resulta igualmente valioso por el carácter universal del registro de datos y su robustez metodológica.

Los últimos consensos de tratamiento de la diabetes publicados por la American Diabetes Association (ADA) y la Asociación Argentina de Diabetes destacan un enfoque integral centrado en la persona, que prioriza intervenciones tempranas y terapias con beneficios cardiorrenales. Ambos documentos recomiendan iniciar con metformina junto con cambios en el estilo de vida y evaluar precozmente el riesgo cardiovascular para seleccionar fármacos como inhibidores SGLT2 o agonistas GLP-1, aun en ausencia de descontrol glucémico. Sin embargo, la incorporación de estas indicaciones en los sistemas de salud enfrenta un desafío importante: el elevado costo de estos medicamentos y la consecuente menor accesibilidad, especialmente en contextos económicos críticos como el que atraviesa la Argentina. Esta realidad obliga a equilibrar la innovación con la equidad, asegurando que los avances terapéuticos se traduzcan en beneficios concretos para toda la población.

Bibliografía

1. Van der Koy E, Lima Quintana L y Pezzella H. Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el programa obligatorio (EMO) (1ra edición). Buenos Aires: Universidad del Salvador. 2010.
2. Dorati C M, Mordujovich Buschiazio P, Marín GH, Buschiazio HO, Rojas-Cortés R, Alfonso Arvez MJ, Cardozo JM, Marin D, Hernández de Hernández GI, Lugo Maldonado N, Marín Piva H Rego J, Dussault S Pineda Velandia L, Porrás A y Castro JL. Indicadores de prescripción racional de medicamentos: factibilidad de aplicación en instituciones de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2021;45:e152. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.152>
3. Myo Myo Swe Oo, Sahan Jayawardana, Campbell A, Aitken M, Patel KV, Nasir K, Mehra M, Mossialos E. Trends in global glucose lowering medication consumption: Insights from pharmaceutical sales data (2010-2021). *PLOS Glob Public Health*. 2025;5(10):e0005326. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0005326>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Utilización de medicamentos antidiabéticos en España (1992-2017). Sistema Nacional de Salud. 2017.
5. Reyes ML, Gutiérrez L y Taboada MN. Utilización de medicamentos antidiabéticos en la provincia de La Pampa, Argentina (2005-2015). *Revista Argentina de Salud Pública*. 2017;8(31):24-9.
6. NHS Scotland. Secondary Care National Therapeutic Indicators 2018/19 [informe]. The Scottish Government. 2018. Disponible en: <https://www.therapeutics.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/08/Secondary-Care-National-Therapeutic-Indicators-Version-1.0.pdf>.
7. All Wales Medicines Strategy Group. National Prescribing Indicators 2016-2017 [informe]. All Wales Prescribing Advisory Group. 2016. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://awttc.nhs.wales/files/national-prescribing-indicators/national-prescribing-indicators-2016-2017-supporting-information-for-prescribers-pdf/>
8. Hurding S y MacBride-Stewart S. National Therapeutic Indicators 2018 [informe]. The Scottish Government. 2018. Disponible en: <https://www.therapeutics.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/08/National-Therapeutic-Indicators-Report-2018-19-Version-1.0.pdf>
9. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2023. World Health Organization. 2023. Disponible en: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
10. Strom BL, Kimmel SE y Hennessy S. *Pharmacoepidemiology* (6° edición). Wiley-Blackwell. 2019.
11. World Health Organization. Introduction to drug utilization research. WHO Press. 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42627>

Consumo de plantas medicinales en Argentina: patrones de uso, motivaciones y articulación con el sistema de salud

Dr Rubén Bronberg

Curso de Fitomedicina. Las plantas medicinales integradas a la práctica médica, Asociación Médica Argentina (AMA). Director.

Hospital General de Agudos "Dr. José María Ramos Mejía", Médico de planta.

Consejo de Investigación en Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Investigador Asociado.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Resumen

Introducción. El uso de plantas medicinales constituye una práctica extendida en Argentina, aunque existen pocos estudios recientes que describan su prevalencia, los motivos de consumo y la relación con el sistema de salud. **Objetivo.** Analizar la frecuencia, las modalidades de consumo, las fuentes de información y los motivos terapéuticos del uso de plantas medicinales en una población argentina encuestada entre 2023 y 2025. **Métodos.** Estudio observacional transversal basado en una encuesta aplicada a 854 participantes de 20 provincias ar-

gentinas, en el marco del Curso de Fitomedicina de la Asociación Médica Argentina (AMA). Profesionales de la salud que cursaban la formación administraron una encuesta estructurada a sus propios pacientes. Se relevaron datos sociodemográficos, uso de plantas medicinales, formas de consumo, fuentes de información, comunicación con el médico y afecciones tratadas. **Resultados.** El 86,5% de los encuestados reportó consumir plantas medicinales. La muestra estuvo compuesta por mujeres (75,7%) y varones (24,2%). Entre los usuarios de plantas, el 48,1% también consumía medicación sintética. Solo el 42,1% informó comunicar el uso de plantas a su médico tratante. Las motivaciones principales del consumo fueron tratamiento (49,1%) y prevención (33,6%). Las formas de consumo más comunes fueron infusiones (57,8%). Las fuentes de información predominantes fueron el conocimiento popular (46,5%) y los profesionales de la salud (25,9%). Las afecciones más tratadas fueron trastornos digestivos (31,7%) y salud mental (19,5%). Se registraron 145 especies consumidas; las más frecuentes fueron manzanilla, Cannabis, cedrón, tilo, cúrcuma, boldo, jengibre y menta. **Conclusiones.** El consumo de plantas medicinales es altamente prevalente y se enmarca tanto en prácticas tradicionales como en tendencias contemporáneas. La baja comunicación con el sistema de salud re-

Correspondencia: Dr Rubén Bronberg
Correo electrónico: rabronberg@intraimed.net

salta la necesidad de integrar la fitoterapia al seguimiento clínico y promover la educación en lo que respecta a riesgos y beneficios.

Palabras claves. Plantas medicinales, sistema de salud, Argentina.

Use of medicinal plants in Argentina: patterns of use, motivations, and integration with the healthcare system

Summary

Introduction. The use of medicinal plants is a widespread practice in Argentina, although few recent studies have described its prevalence, the reasons for consumption, and its relationship with the healthcare system. **Objective.** To analyze the frequency, consumption patterns, sources of information, and therapeutic reasons for the use of medicinal plants in an Argentine population surveyed between 2023 and 2025. **Methods.** A cross-sectional observational study based on a survey administered to 854 participants from 20 Argentine provinces, within the framework of the Phytomedicine Course of the Argentine Medical Association. Healthcare professionals enrolled in the course administered a structured survey to their own patients. Sociodemographic data, medicinal plant use, consumption patterns, sources of information, communication with physicians, and treated conditions were collected. **Results.** 86.5% of respondents reported consuming medicinal plants. The sample consisted of 75.7% women and 24.2% men. Among plant users, 48.1% also consumed synthetic medication. Only 42.1% reported informing their physician about their use of medicinal plants. The main motivations were treatment (49.1%) and prevention (33.6%). The most common form of consumption was infusions (57.8%). The predominant sources of information were traditional knowledge (46.5%) and healthcare professionals (25.9%). The most frequently treated conditions were digestive disorders (31.7%) and mental health conditions (19.5%). A total of 145 plant species were recorded; the most commonly used were chamomile, cannabis, lem-

on verbena, linden, turmeric, boldo, ginger, and mint. **Conclusions.** The consumption of medicinal plants is highly prevalent and constitutes both traditional practices and contemporary trends. The low level of communication with the healthcare system highlights the need to integrate phytotherapy into clinical follow-up and promote education about its risks and benefits.

Keywords. Medicinal plants, healthcare system, Argentina.

Introducción

El uso de plantas medicinales constituye una de las formas más antiguas y extendidas de atención de la salud a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más del 80% de la población mundial recurre, en algún momento de su vida, a la medicina tradicional, complementaria o integrativa, ya sea como estrategia principal o complementaria de atención sanitaria.^{1, 2} En las últimas décadas, estas prácticas han experimentado un renovado interés, tanto por parte de la población general como del ámbito académico y clínico, impulsado por la búsqueda de terapias más accesibles, culturalmente aceptadas y percibidas como naturales.³

En América Latina, y particularmente en Argentina, el uso de plantas medicinales se inscribe en un contexto de pluralismo médico, donde coexisten la biomedicina, los saberes tradicionales indígenas, las prácticas criollas y los aportes de corrientes migratorias europeas y asiáticas.^{4, 5} Diversos estudios etnobotánicos realizados en distintas regiones del país han documentado una amplia diversidad de especies utilizadas con fines terapéuticos, así como variaciones regionales en las indicaciones, las formas de preparación y los modos de transmisión del conocimiento.⁴⁻⁸

En contextos urbanos y periurbanos, el uso de plantas medicinales no solo persiste, sino que se resignifica y adapta a nuevas dinámicas socioculturales. Investigaciones realizadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires, la región pampeana y la Patagonia han mostrado que estas prácticas forman parte del autocui-

dado cotidiano, incluso entre poblaciones con acceso regular al sistema de salud formal.^{4,5,8} En este marco, la fitoterapia se integra frecuentemente como complemento de tratamientos convencionales, lo que plantea desafíos y oportunidades para la práctica clínica.

La coexistencia entre plantas medicinales y medicación sintética ha sido ampliamente documentada y representa un punto crítico en términos de seguridad del paciente. Estudios nacionales e internacionales señalan que un porcentaje significativo de usuarios combina ambos recursos terapéuticos sin supervisión profesional adecuada, lo que puede dar lugar a interacciones farmacológicas relevantes.⁹⁻¹¹ A pesar de ello, numerosos pacientes no informan a sus médicos sobre el consumo de plantas medicinales, ya sea por considerarlas inocuas o por anticipar una respuesta negativa por parte del profesional.¹²⁻¹⁴

Desde el punto de vista clínico y sanitario, distintos autores han destacado la necesidad de avanzar hacia modelos de medicina integrativa, que reconozcan el uso real de terapias tradicionales y complementarias, promuevan su evaluación científica y faciliten su incorporación segura al sistema de salud.^{1,2,14-16} En Argentina, este proceso se ha visto acompañado por avances regulatorios en áreas específicas, como el uso medicinal del *Cannabis* y el desarrollo de instancias formativas destinadas a profesionales de la salud.^{17,18}

En este contexto, resulta necesario contar con estudios descriptivos actualizados que permitan caracterizar el consumo de plantas medicinales en la población clínica, identificar patrones de uso, fuentes de información y niveles de comunicación con los profesionales de la salud. El presente estudio se propone contribuir a este campo, aportando datos empíricos obtenidos en pacientes argentinos atendidos por profesionales de la salud formados en fitomedicina, entre 2023 y 2025.

Materiales y métodos

Diseño y población: se realizó un estudio transversal descriptivo entre el 4 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2025, en el marco del Curso de Fitomedicina de la AMA.

Procedencia de los datos: la recolección

fue realizada por estudiantes del curso, quienes eran profesionales de la salud en ejercicio (médicos, farmacéuticos, nutricionistas, enfermeros y otros profesionales vinculados al ámbito clínico).

Siguiendo un protocolo unificado, cada estudiante administró la encuesta a sus pacientes reales durante la consulta.

Muestra: participaron 854 pacientes, provenientes de diversas provincias argentinas. El muestreo fue por disponibilidad e incluyó adultos que accedieron voluntariamente a completar el cuestionario.

Instrumento: la encuesta incluyó datos sociodemográficos, consumo de plantas medicinales, formas de preparación, motivo de uso, patologías para las que se emplean, relación con medicación sintética, comunicación con el médico tratante y listado abierto de plantas utilizadas

Análisis: se utilizaron estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes). Los gráficos y tablas se diseñaron con el paquete estadístico Excel.

Los datos se procesaron con el correspondiente resguardo del secreto estadístico (Ley 17.622; artículo 10).

Resultados

Participaron 854 personas, de las cuales 646 (75,7%) fueron mujeres y 207 (24,2%) varones (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de la muestra: género, consumo de plantas, comunicación con el equipo de salud, motivo de consumo.

		n	%
Género	Femenino	646	75,7
	Masculino	207	24,2
Consumo de plantas medicinales	Sí	739	86,5
	No	115	13,5
Comunicación con su médico tratante	Sí	411	42,1
	No	566	57,9
Motivo de consumo	Placer	169	17,3
	Prevención	329	33,6
	Tratamiento	480	49,1

La mayor parte provenía de la región central del país: CABA (196), Buenos Aires (307), Santa Fe (76), Córdoba (37) y Entre Ríos (36), las que, en conjunto, representan el 76,3% de la muestra. Otras regiones mostraron menor representación, especialmente noroeste argentino y noreste argentino (Figura 1).

Prevalencia de uso de plantas medicinales: 739 personas (86,5%) consumen plantas medicinales. 115 personas (13,5%) no las consumen (Tabla 1).

Relación con la medicación sintética: entre quienes consumen plantas, el 48,1% (n = 347) también utiliza medicación sintética. El 51,9% (n = 375) no utiliza medicación sintética. Entre quienes no consumen plantas, el 54,7% usa medicación sintética. El 45,3% no la usa (Figura 2).

Comunicación con el médico: solo 411 personas (42,1%) informaron haber comunicado a su médico el uso de plantas; 566 (57,9%) no lo hicieron (Tabla 1).

Motivos de consumo: tratamiento: 480 (49,1%); prevención: 329 (33,6%); placer/bienestar: 169 (17,3%) (Tabla 1).

Formas de consumo: infusiones/decocciones: 57,8%; tintura madre: 11,3%; uso tópico: 8,4%; cápsulas/polvo: 8,0%; culinario: 7,2%; inhalatorio: 4,2%; aceites esenciales: 3,1% (Figura 3).

Figura 1. Mapa de Argentina con representación de la muestra y número de participantes en las provincias y regiones (Centro, NEA: Noreste argentino, NOA: Noroeste argentino, Cuyo, Patagonia).

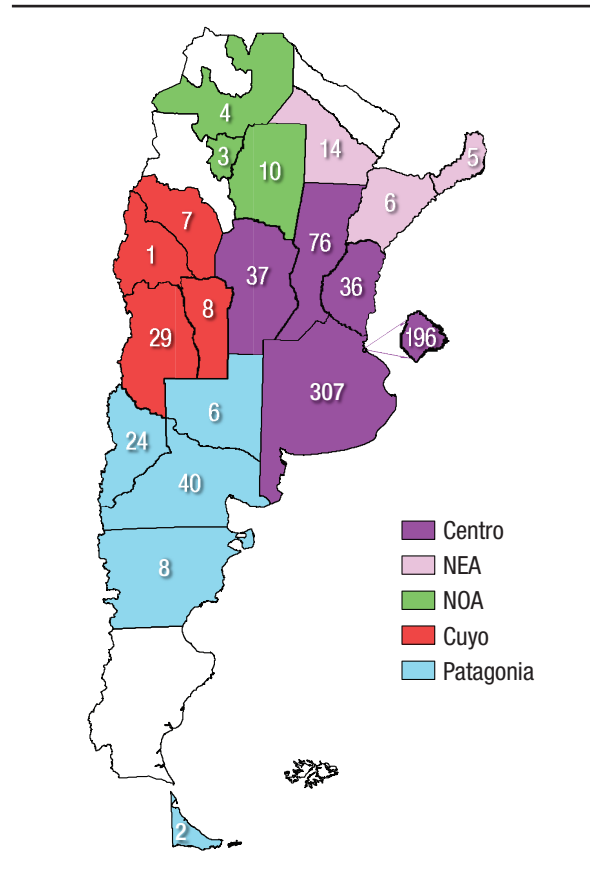


Figura 2. Consumo concomitante de plantas medicinales y medicación sintética en %.

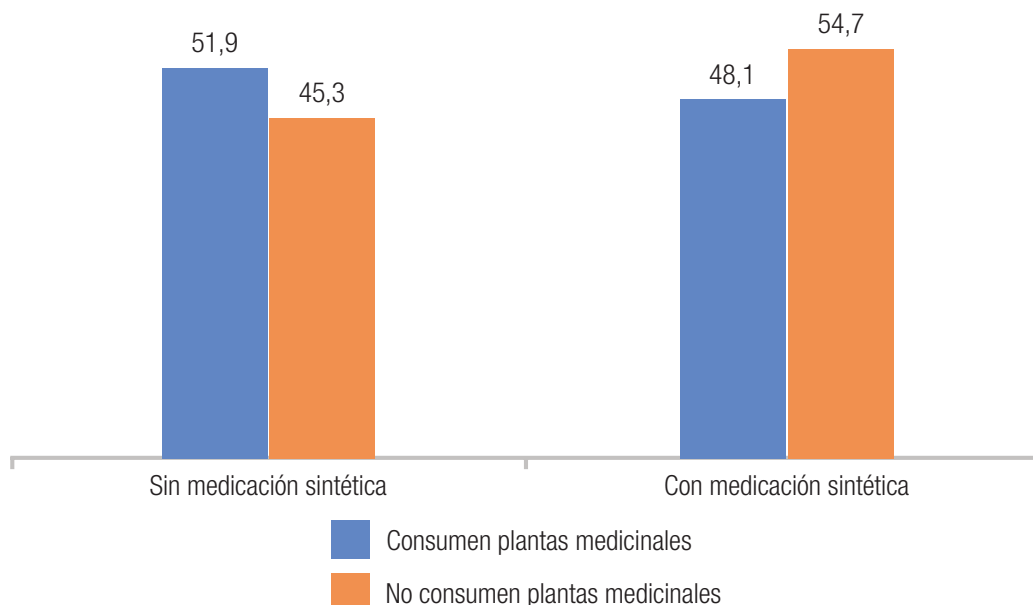
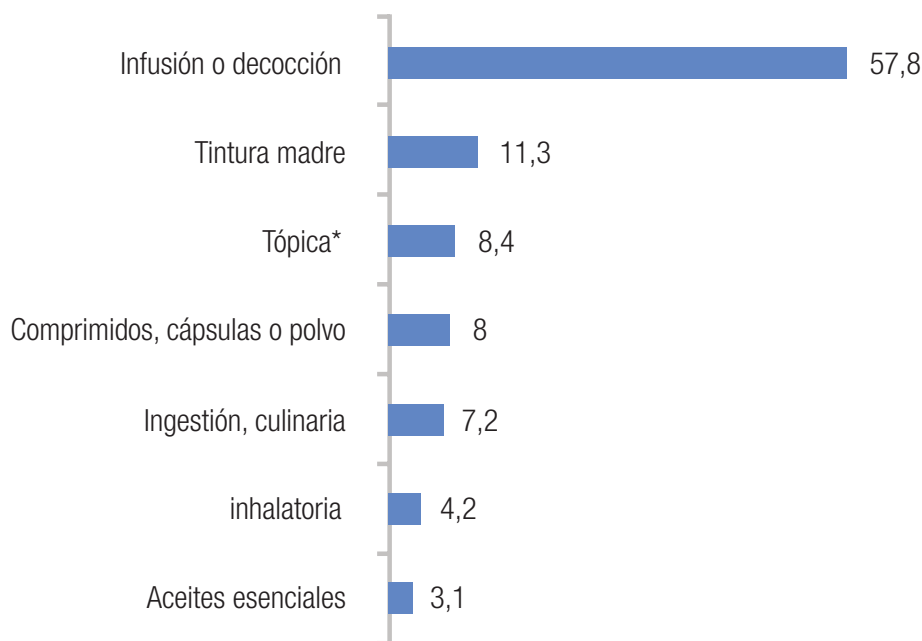


Figura 3. Formas de empleo de las plantas medicinales en %.

* Incluye cremas, ungüentos, baños de asiento.

Fuentes de información: conocimiento popular 46,5%; profesionales de la salud: 25,9%.

Internet/publicidad: 13,3%; formación académica/libros: 8,4%; dietéticas/supermercados: 5,9% (Figura 4).

Afecciones tratadas: tracto digestivo/hepatobiliar: 31,7%; salud mental: 19,5%; anti-inflamatorio-ostearticular/dolor/inmunoestimulante: 16,6%; respiratorio: 8,7%; cardiometabólico: 7,3%; dermatológico: 7,3%; genitourinario: 6,8%; oncológico: 2,1% (Figura 5).

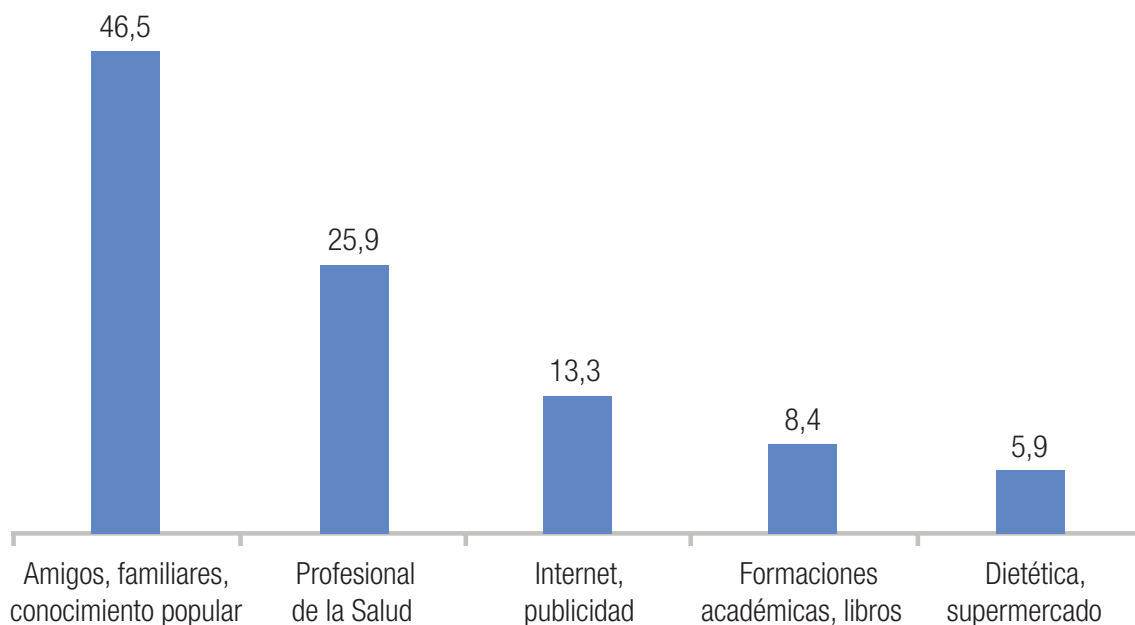
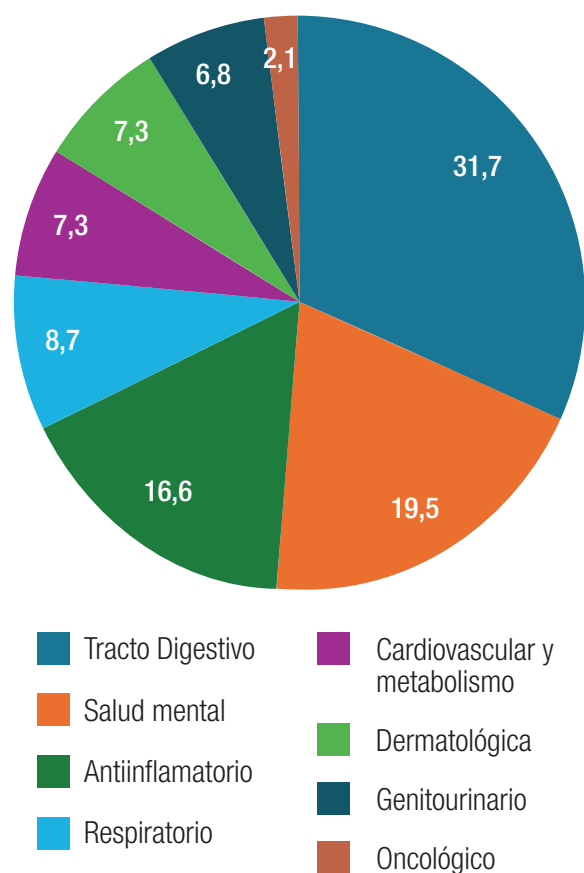
Figura 4. Fuentes de consumo de plantas medicinales en %.

Figura 5. Condiciones de salud tratadas con las plantas medicinales en %.

Plantas utilizadas: se registraron 145 especies, lo cual refleja una amplia diversidad fitoterapéutica. Las más frecuentes fueron: manzanilla (162), *Cannabis* (63), cedrón (56), tilo (56), cúrcuma (50), boldo (48), jengibre (48), menta (48), aloe vera (42), valeriana (41) (Tabla 2).

Discusión

El presente estudio confirma que el consumo de plantas medicinales constituye una práctica altamente prevalente en la población argentina atendida en el ámbito clínico, con una tasa de uso del 86,5%, lo que se ubica en el rango superior de lo reportado a nivel nacional. Investigaciones etnobotánicas y epidemiológicas realizadas en distintas regiones del país han documentado prevalencias que oscilan entre el 50% y el 80%, dependiendo del contexto sociocultural, el ámbito urbano o rural y la me-

Tabla 2. Listado de las 30 plantas más utilizadas, de acuerdo a la frecuencia de uso.

Frecuencia de uso	Planta	Nombre científico	Menciones
Alto	Manzanilla	<i>Matricaria chamomilla</i>	162
	Cannabis	<i>Cannabis sativa</i>	63
	Cedrón	<i>Aloysia citrodora</i>	56
	Tilo	<i>Tilia cordata</i>	56
	Cúrcuma	<i>Curcuma longa</i>	50
	Boldo	<i>Peumus boldus</i>	48
	Jengibre	<i>Zingiber officinale</i>	48
	Menta	<i>Mentha piperita</i>	48
	Aloe Vera	<i>Aloe vera</i>	42
	Valeriana	<i>Valeriana officinalis</i>	41
Frecuente	Pasiflora	<i>Passiflora incarnata</i>	32
	Romero	<i>Rosmarinus officinalis</i>	28
	Diente de León	<i>Taraxacum officinale</i>	25
	Melisa	<i>Melissa officinalis</i>	25
	Cola de caballo	<i>Equisetum arvense</i>	24
	Burrito	<i>Aloysia polystachya</i>	23
	Lavanda	<i>Lavandula angustifolia</i>	23
	Carqueja	<i>Baccharis trimera</i>	22
	Árnica	<i>Arnica montana</i>	20
	Cardo Mariano	<i>Silybum marianum</i>	19
Moderado	Orégano	<i>Origanum vulgare</i>	18
	Té	<i>Camellia sinensis</i>	18
	Moringa	<i>Moringa oleifera</i>	16
	Eucalipto	<i>Eucalyptus globulus</i>	15
	Llantén	<i>Plantago lanceolata</i>	15
	Malva	<i>Malva sylvestris</i>	13
	Caléndula	<i>Calendula officinalis</i>	11
	Equinacea	<i>Echinacea angustifolia</i>	11
	Ortiga	<i>Urtica dioica</i>	11
	Alcachofa	<i>Cynara scolymus</i>	10

todología empleada.⁴⁻⁸ La elevada proporción observada en este estudio puede explicarse, al menos en parte, por el contexto clínico de la muestra y por la relación de confianza establecida con profesionales de la salud con formación específica en fitomedicina.

La predominancia femenina observada coincide con estudios realizados en el Área Metropolitana de Buenos Aires, el noroeste Argentino y la región pampeana, donde se ha documentado que las mujeres no solo utilizan con mayor frecuencia plantas medicinales,

sino que además cumplen un rol central en la transmisión intergeneracional del conocimiento herbolario.^{4, 6, 19} Este patrón ha sido interpretado como resultado de factores culturales, de género y de cuidado, y se observa de manera consistente tanto en contextos rurales como urbanos.^{20, 21}

En relación con las especies utilizadas, la centralidad de plantas como manzanilla (*Matricaria chamomilla*), cedrón (*Aloysia citrodora*), tilo (*Tilia spp.*), boldo (*Peumus boldus*) y menta (*Mentha spp.*) coincide con lo reportado en relevamientos etnobotánicos urbanos y periurbanos en Argentina.^{4, 5, 22} La presencia destacada de *Cannabis sativa* constituye, sin embargo, un hallazgo diferencial de este estudio y refleja transformaciones recientes en el marco normativo, la percepción social y el acceso a información sobre *Cannabis medicinal* en el país.^{17, 18} Estudios argentinos recientes describen un aumento sostenido de su uso terapéutico, especialmente para dolor crónico, trastornos del sueño y ansiedad, lo que concuerda con los motivos reportados por los encuestados.^{18, 23}

Las indicaciones terapéuticas más frecuentes -afecciones digestivas, trastornos de salud mental y procesos inflamatorios- reproducen patrones ampliamente documentados en estudios argentinos previos.^{4, 6, 7} Estas categorías también coinciden con la evidencia farmacológica disponible para muchas de las especies mencionadas, incluyendo efectos espasmolíticos, carminativos, sedantes, ansiolíticos y antiinflamatorios.²²⁻²⁶ Estos resultados sugieren que una proporción significativa del uso popular se alinea con propiedades biológicas y farmacológicas conocidas.

Un hallazgo de especial relevancia clínica es la coexistencia entre el uso de plantas medicinales y fármacos sintéticos, observada en casi la mitad de los consumidores. Estudios argentinos previos han reportado porcentajes variables, generalmente inferiores al 40%, lo que posiciona a este trabajo entre los que evidencian mayor superposición terapéutica en el ámbito clínico.^{5, 7} La literatura internacional ha documentado interacciones clínicamente relevantes para especies como *Hypericum perforatum*, *Ginkgo biloba*, *Valeriana officinalis* y *Can-*

nabis sativa, lo que refuerza la necesidad de una evaluación clínica integral.⁹⁻¹¹

En este contexto, resulta particularmente preocupante que más del 50% de los pacientes no informe a su médico tratante el uso de plantas medicinales. Este fenómeno ha sido documentado tanto en estudios internacionales como en investigaciones realizadas en hospitales públicos y atención primaria en Argentina, donde los pacientes refieren no comunicar su consumo por considerarlo inocuo o por anticipar una respuesta negativa del profesional.¹²⁻¹⁴ No obstante, el hecho de que más de una cuarta parte de los encuestados reciba información de profesionales de la salud sugiere un cambio progresivo, posiblemente asociado a una mayor formación académica en fitomedicina.

La diversidad de especies reportadas, que supera el centenar, coincide con la caracterización de Argentina como un país de elevada diversidad biocultural, donde convergen tradiciones indígenas, criollas, migratorias y saberes globalizados.^{4, 8, 27} Esta riqueza representa tanto una oportunidad terapéutica como un desafío en términos de estandarización, control de calidad, validación científica y regulación sanitaria.^{11, 16, 28}

Desde el punto de vista clínico, los resultados de este estudio refuerzan la necesidad de que los profesionales de la salud incorporen sistemáticamente el uso de plantas medicinales en la anamnesis y reconozcan su alta prevalencia y su potencial impacto sobre la seguridad del paciente. La formación en fitomedicina basada en evidencia se presenta como una herramienta clave para prevenir interacciones, optimizar decisiones terapéuticas y fortalecer la relación médico-paciente.^{9, 14, 22}

En términos de política sanitaria, los hallazgos respaldan la conveniencia de integrar la fitoterapia de manera regulada y segura dentro del sistema de salud, promoviendo investigación clínica local, marcos normativos claros y estrategias de educación sanitaria dirigidas a la población general.^{1, 2, 16} Asimismo, ponen en valor el rol de instancias formativas institucionales, como el Curso de Fitomedicina de la AMA, como espacios de articulación entre conocimiento tradicional, práctica clínica y producción científica aplicada.

Conclusiones

La prevalencia de consumo de plantas medicinales en Argentina es alta (86,5%).

Su uso se orienta principalmente al tratamiento de síntomas digestivos, trastornos de salud mental y procesos inflamatorios.

Una proporción significativa combina plantas medicinales con fármacos sintéticos.

Más del 50% no informa a su médico sobre su consumo, lo que representa un riesgo clínico potencial.

La amplia diversidad de especies refleja la riqueza del conocimiento tradicional en Argentina.

Se recomienda fortalecer la educación en fitomedicina tanto en profesionales como en pacientes, y promover políticas de integración segura.

Este estudio contribuye a visibilizar el uso real de plantas medicinales en la población argentina y ofrece evidencia empírica para avanzar hacia modelos de atención más integrativos, culturalmente sensibles y orientados a la seguridad del paciente.

Agradecimientos

Este estudio fue realizado en el marco del Curso de Fitomedicina de la AMA, con la participación de los profesionales de la salud estudiantes del curso, quienes administraron la encuesta a sus pacientes en todo el país.

Quiero agradecer a las autoridades de la AMA, que han abierto las puertas a esta formación, a los que trabajan detrás de la escena para que todo esté bien organizado, a los docentes que aportaron su experiencia y conocimiento desde todos los rincones del país y sobre todo a los alumnos que han elegido esta formación para incorporar estos recursos naturales a su práctica médica.

Bibliografía

- World Health Organization. WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019. Geneva: WHO; 2019.
- World Health Organization. Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Geneva: WHO; 2023.
- Barnes J, Anderson LA, Phillipson JD. Herbal Medicines. 3rd ed. London: Pharmaceutical Press; 2007.
- Pochettino ML, Arenas PM, Martínez MR, Crivos M. Etnobotánica urbana en Argentina: uso de plantas medicinales en contextos urbanos y periurbanos. *Bol Soc Argent Bot.* 2008;43(3-4):187-204.
- Rivera D, Obón C, Inocencio C, *et al.* Medicinal plants used in the River Plate region (Argentina and Uruguay). *J Ethnopharmacol.* 2014;155(2):1014-1041.
- Hilgert NI, Gil GE. Medicinal plants of the Argentine Chaco: uses, knowledge transmission and loss. *J Ethnopharmacol.* 2006;104(3):363-371.
- Martínez GJ. Pluralismo médico y uso de plantas medicinales en poblaciones rurales de Córdoba, Argentina. *Rev Bras Farmacogn.* 2010;20(3):400-409.
- Ladio AH, Lozada M. Patterns of use and knowledge of medicinal plants in Patagonia (Argentina). *J Ethnopharmacol.* 2004;95(2-3):297-307.
- Izzo AA, Ernst E. Interactions between herbal medicines and prescribed drugs. *Drugs.* 2001;61(15):2163-2175.
- Izzo AA. Herb-drug interactions: an overview of the clinical evidence. *Fundam Clin Pharmacol.* 2005;19(1):1-16.
- Barnes J. Quality, efficacy and safety of complementary medicines. *Br J Clin Pharmacol.* 2003;55(3):226-233.
- Eisenberg DM, *et al.* Trends in alternative medicine use in the United States. *JAMA.* 1998;280(18):1569-1575.
- Fonnebo V, *et al.* Researching complementary and alternative treatments – the gatekeepers are not at home. *BMC Med Res Methodol.* 2007;7:7.
- Barros NF, Souza MCS, Silva MJP. Integración de prácticas complementarias en los sistemas de salud. *Rev Panam Salud Publica.* 2019;43:e21.
- Ministerio de Salud de la Nación. Estrategias de Medicina Tradicional y Complementaria en Atención Primaria. Argentina; 2022.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Medicinas tradicionales, complementarias e integrativas en los sistemas de salud. Washington DC; 2021.
- Ministerio de Salud de la Nación. Uso medicinal de la planta de Cannabis y sus derivados. Ley 27.350. Argentina; 2017.
- Aranibar-Flores J, *et al.* Cannabis medicinal: evidencia clínica y situación regulatoria en Argentina. *Rev Argent Salud Pública.* 2020;12:e15.
- Quinlan MB, Quinlan RJ. Modernization and medicinal plant knowledge. *Med Anthropol Q.* 2007;21(2):169-192.
- Calvet-Mir L, Reyes-García V, Tanner S. Is there a divide between local medicinal knowledge and Western medicine? *J Ethnobiol Ethnomed.* 2008;4:18.

21. Vandebroek I, Balick MJ. Globalization and loss of plant knowledge: challenging the paradigm. PNAS. 2012;109(27):10373-10374.
22. Heinrich M, Barnes J, Gibbons S, Williamson EM. Fundamentals of Pharmacognosy and Phytotherapy. 3rd ed. Elsevier; 2017.
23. Aggarwal SK, *et al.* Medicinal use of cannabis: a review of evidence. J Opioid Manag. 2009;5(3):153-168.
24. Benzie IFF, Wachtel-Galor S, eds. Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press; 2011.
25. Anesini C, Pérez C. Plantas medicinales utilizadas en Argentina con actividad antiinflamatoria y digestiva. Acta Farm Bonaerense. 2002; 21(4):273-276.
26. Fakhrudin N, *et al.* Anti-inflammatory, antioxidant and anticancer activities of medicinal plants. Curr Pharm Des. 2014;20(7):1041-1061.
27. Albuquerque UP, Hanazaki N. Five problems in current ethnobotanical research-and some suggestions for strengthening them. Hum Ecol. 2009;37:653-661.
28. Rivera D, *et al.* The need for regulation and integration of herbal medicines in public health systems. J Ethnopharmacol. 2015;175:203-213.

Transferencia de derechos de autoría •

- 1) La política de la Asociación Médica Argentina a cargo de la propiedad intelectual de la revista de la AMA es adquirir el derecho de autor para todos los artículos, con el objeto de:
 - a) Proteger los artículos a publicar contra la infracción difamatoria o plagio.
 - b) Permitir más eficientemente el proceso de permisos y licencias para que el artículo alcance el grado más completo de disponibilidad directamente y a través de intermediarios en la impresión y/o en forma electrónica.
 - c) Permitir a la revista de la AMA mantener la integridad del artículo una vez arbitrado y aceptado para la publicación y así facilitar la gerencia centralizada de todas las formas de comunicación incluyendo links, validación, referencia y distribución.
- 2) El autor conserva sus derechos sobre el artículo incluyendo el derecho a ser identificado como el autor siempre y dondequiera que el artículo se publique, siendo el deber de la AMA velar por que tanto el nombre de su autor como de los coautores estén siempre claramente asociados al artículo y reservándose el derecho de hacer los cambios necesarios de redacción. Los cambios sustanciales se harán previa consulta al/a los autor/es. Una vez aprobado el artículo, es deber de la AMA, publicarlo. Si fuera rechazado, este acuerdo queda cancelado automáticamente y todos los derechos vuelven al autor.
- 3) Además de los derechos indicados, el autor conservará los siguientes derechos y obligaciones:
 - a) Después de la publicación en la revista de la AMA, órgano oficial de la Asociación Médica Argentina, el derecho para utilizar el todo o una parte del artículo y del resumen, sin la revisión o la modificación en compilaciones personales u otras publicaciones del trabajo del propio autor y de hacer copias del todo o una parte de tales materiales para el uso en conferencias o sala de clases (excluyendo la preparación de material para un curso, para la venta hacia delante por librerías e instituciones) a condición de que la primera página de tal uso o copia, exhiba prominente los datos bibliográficos y el aviso de derecho de autor siguiente: (Año____ Número____) Revista de la AMA - Asociación Médica Argentina.
 - b) Antes de la publicación el autor tiene el derecho de compartir con colegas impresiones o pre-impresiones electrónicas del artículo inédito, en forma y contenido según lo aceptado por la Dirección Editorial de la AMA para la publicación en la revista.

Tales pre-impresiones se pueden fijar como archivos electrónicos en el sitio web del autor para uso personal o profesional, o en la red interna de su universidad, colegio o corporación, o de un web site externo seguro de la institución del autor, pero no para la venta comercial o para cualquier distribución externa sistemática por terceros (por ejemplo, una base de datos conectada a un servidor con acceso público). Antes de la publicación el autor debe incluir el siguiente aviso en la pre-impresión: “Esto es una pre-impresión de un artículo aceptado para la publicación en la Revista de la AMA (Año____ Número____) Asociación Médica Argentina. Cualquier copia o reproducción para uso comercial, civil, etc. es ilegal y queda prohibida según ley 11.723”.
 - c) Después de la publicación del artículo por la revista de la AMA, el aviso de la pre-impresión deberá ser enmendado para leerse como sigue: “Esta es una versión electrónica de un artículo publicado en la revista de la AMA y deberá incluir la información completa de la cita de la versión final del artículo según lo publicado en la edición de la revista de la AMA.” Es deber del autor no poner al día la pre-impresión o sustituirlo por la versión publicada del artículo sin primero pedir el permiso de la AMA. La fijación del artículo publicado en un servidor público electrónico se puede hacer solamente con el permiso expreso y por escrito de la AMA.
- 4) Es derecho del autor continuar utilizando su artículo solamente como lo indica el ítem TERCERO y con el deber de que la revista de la AMA, Asociación Médica Argentina sea mencionada como fuente original.
- 5) La asignación del derecho de autor en el artículo no infringe sus otros derechos de propiedad, tales como derechos de patente y de marca comercial.
- 6) Además de la reproducción en forma impresa convencional del artículo y del extracto de acompañamiento, la AMA tiene el derecho de almacenar elec-

trónicamente y después entregar electrónicamente o en forma impresa para satisfacer peticiones individuales que aumentan así la exposición del artículo en la comunidad internacional. Esta transferencia incluye el derecho de adaptar la presentación del artículo para el uso conjuntamente con sistemas informáticos y programas, incluyendo la reproducción o la publicación en forma legible y la incorporación en sistemas de recuperación.

- 7) El presente acuerdo se enmarca dentro de la ley de Propiedad Intelectual N°11.723. Las partes se someten a la competencia de los tribunales de la Ciu-

dad Autónoma de Buenos Aires. Si el copyright del artículo es poseído en forma no exclusiva, concedo por este medio a la revista de la AMA, Asociación Médica Argentina los derechos no exclusivos de reproducirse y/o de distribuirse este artículo (por completo o en partes) y para publicar a través del mundo en cualquier formato y en todos los idiomas inclusive sin la limitación en forma electrónica, impresión, o en disco óptico, transmisión en Internet y en cualquier otra forma electrónica y autorizar a otros según términos de la ley N°11.723.

Título del titular del derecho de autor:

Esto será impreso en la línea del copyright en cada página del artículo. Es responsabilidad del autor para proporcionar la información correcta del titular del copyright.

Autor Principal:

Fecha: _____

Título/Posición/Dirección:



Asociación Médica Argentina

Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF), Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
+54 11 5276 -1040 - info@ama-med.org.ar - www.ama-med.org.ar



ROEMMERS

CONCIENCIA POR LA VIDA