

“Historias olvidadas: prácticas médicas en la atención de la hidatidosis, una enfermedad infecciosa desatendida”

“Forgotten Stories: Medical Practices in the Management of Hydatidosis, a Neglected Infectious Disease”

Laurencia Lucila Silveti^{*1} , Juan Pablo Zabala² 
*laurenciasilveti@gmail.com

¹. Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (Universidad Nacional de Santiago del Estero/Consejo Nacional de Investigaciones científicas y Técnicas) Santiago del Estero, Argentina

². Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas/Universidad Maimónides Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Recibido: 21/06/2024 aprobado: 20/06/2025

Resumen

Introducción: La hidatidosis está clasificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad infecciosa desatendida (EID). Forma parte de un conjunto de afecciones persistentes asociadas con condiciones de vida que requieren un enfoque integrado, con acciones multisectoriales e intervenciones costo-efectivas para su control-eliminación. **Objetivo:** En el marco de un objetivo más amplio, orientado a analizar los conocimientos, prácticas médicas y marcos institucionales ligados a la hidatidosis infantil, este estudio se centra en identificar las prácticas médicas y los modos en que estas se registran en las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de la enfermedad. **Metodología:** Análisis de contenido de historias clínicas del Centro Provincial de Salud Infantil “Eva Perón” (Santiago del Estero, Argentina) durante el período 2009–2020. **Resultados:** Las historias clínicas evidencian ausencias significativas de información socioepidemiológica, especialmente en relación con las condiciones de vida de las familias, el seguimiento de los casos y la comunicación entre servicios y con las personas usuarias. También se observa una escasa especificación sobre las relaciones interinstitucionales e interdisciplinarias y un elevado número de casos con fichas de investigación de hidatidosis inexistentes o incompletas. **Discusión:** A pesar de la conocida complejidad del proceso salud-enfermedad vinculado a la hidatidosis —estrechamente relacionado con condiciones sociales y de vida precarias—, la falta de datos epidemiológicos significativos limita la capacidad de respuesta institucional adecuada. **Conclusiones:** Nuestros hallazgos contribuyen a una caracterización epidemiológica de la hidatidosis en la provincia de Santiago del Estero, Argentina, a la vez que permiten destacar el valor de la historia clínica como fuente documental para el análisis de prácticas asistenciales y de la gestión de esta enfermedad desatendida. Al mismo tiempo, dan cuenta del escaso registro de las condiciones sociales en las que se dan estos casos.

Palabras clave: Salud Infantil; Enfermedades Desatendidas; Equinocosis; Registros Médicos; Argentina

Abstract

Introduction: Hydatidosis is classified by the World Health Organization (WHO) as a neglected infectious disease (NID). It is part of a group of persistent conditions associated with living conditions that require an integrated

Forma de citar: Silveti LL, Zabala JP. “Historias olvidadas: prácticas médicas en la atención de la hidatidosis, una enfermedad infecciosa desatendida”. Salud UIS. 2025; 57: e25v57a17. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.57.e:25v57a17>



approach, involving multisectoral actions and cost-effective interventions for control and elimination. **Objective:** As part of a broader objective aimed at analyzing knowledge, medical practices, and institutional frameworks related to pediatric hydatidosis, this study focuses on identifying medical practices and how they are recorded in the medical records of patients diagnosed with the disease. **Methodology:** Content analysis of medical records from the “Eva Perón” Provincial Child Health Center (Santiago del Estero, Argentina) covering the period 2009–2020. **Results:** The medical records reveal significant gaps in socio-epidemiological information, particularly regarding family living conditions, case follow-up, and communication both among healthcare services and with users. There is also limited documentation of inter-institutional and interdisciplinary relationships, along with a high number of cases lacking hydatidosis investigation forms or containing incomplete ones. **Discussion:** Despite the well-known complexity of the health-disease process linked to hydatidosis—closely related to precarious social and living conditions—the lack of significant epidemiological data limits the ability to develop an adequate institutional response. **Conclusions:** Our findings contribute to an epidemiological characterization of hydatidosis in the province of Santiago del Estero, Argentina, while also highlighting the value of medical records as documentary sources for analyzing healthcare practices and the management of this neglected disease. At the same time, they underscore the insufficient documentation of the social conditions surrounding these cases.

Keywords: Child Health; Neglected Diseases; Echinococcosis; Medical Records, Argentina

Introducción

Este trabajo analiza prácticas médicas sobre hidatidosis quística (equinococosis quística unilocular) a partir de historias clínicas (HC) de un Centro de Salud en Santiago del Estero, Argentina. La hidatidosis es una de las veinte enfermedades infecciosas catalogadas como desatendidas (EID)¹ por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas enfermedades están estrechamente vinculadas con condiciones de vida y requieren abordajes multisectoriales e intervenciones sustentables. Se conoce también que las EID afectan principalmente a poblaciones también desatendidas (en situación de pobreza en zonas rurales, barrios marginales y áreas en conflicto), donde existen condiciones que propician su reproducción²⁻⁴. Sumado a ello, las enfermedades infecciosas y parasitarias —como la hidatidosis— constituyen desafíos para la atención médica en los servicios de salud existentes y para el desarrollo de infraestructuras, sistemas y programas de salud, debido a la complejidad inherente a su ciclo⁵. En Argentina, la hidatidosis es la segunda zoonosis con mayor mortalidad⁶ y es una enfermedad endémica en provincias del noroeste como Santiago del Estero⁷, donde se registran altos niveles de pobreza y población rural (31%)⁸.

Con este marco, la investigación busca identificar las prácticas médicas focalizando en los modos en que las y los profesionales registran en HC ciertas dimensiones de la hidatidosis (características de las consultas, datos demográficos, diagnóstico y tratamiento), como un factor involucrado en la (des)atención de la enfermedad. Primero, se clasificó la información documentada en función de los criterios definidos en las HC. Luego, se examinaron vacíos de información relevantes para el estudio de esta enfermedad. Las dimensiones de análisis incluyen: (1) Caracterización de las consultas, que abarca datos sociodemográficos, antecedentes, instituciones intervinientes, diagnóstico y tratamientos, y (2) Vacíos y datos significativos en los registros médicos, como el subregistro de una enfermedad de denuncia obligatoria, la ausencia de firmas en consentimientos informados y la feminización del cuidado.

Definición médica de la enfermedad

La enfermedad es causada por el parásito *Echinococcus granulosus*, cuyo huésped definitivo es el perro⁹. En humanos, provoca quistes hidatídicos uniloculares en distintos órganos. Aunque existen varias especies de *Echinococcus* con diferentes distribuciones geográficas y hospederos, este estudio se centra en *Echinococcus granulosus* debido a la prevalencia de equinococosis/hidatidosis quística unilocular en diversas provincias del país¹⁰.

El ciclo de transmisión está asociado a actividades agropecuarias, como la faena de ganado, al darle a los perros vísceras crudas para alimentarlos². Entre 2019 y 2021, se documentaron hallazgos de quistes hidatídicos en establecimientos faenadores, con Santiago del Estero como la única provincia del noroeste con entre 6 y 75 casos en ese período (ver figura 1).

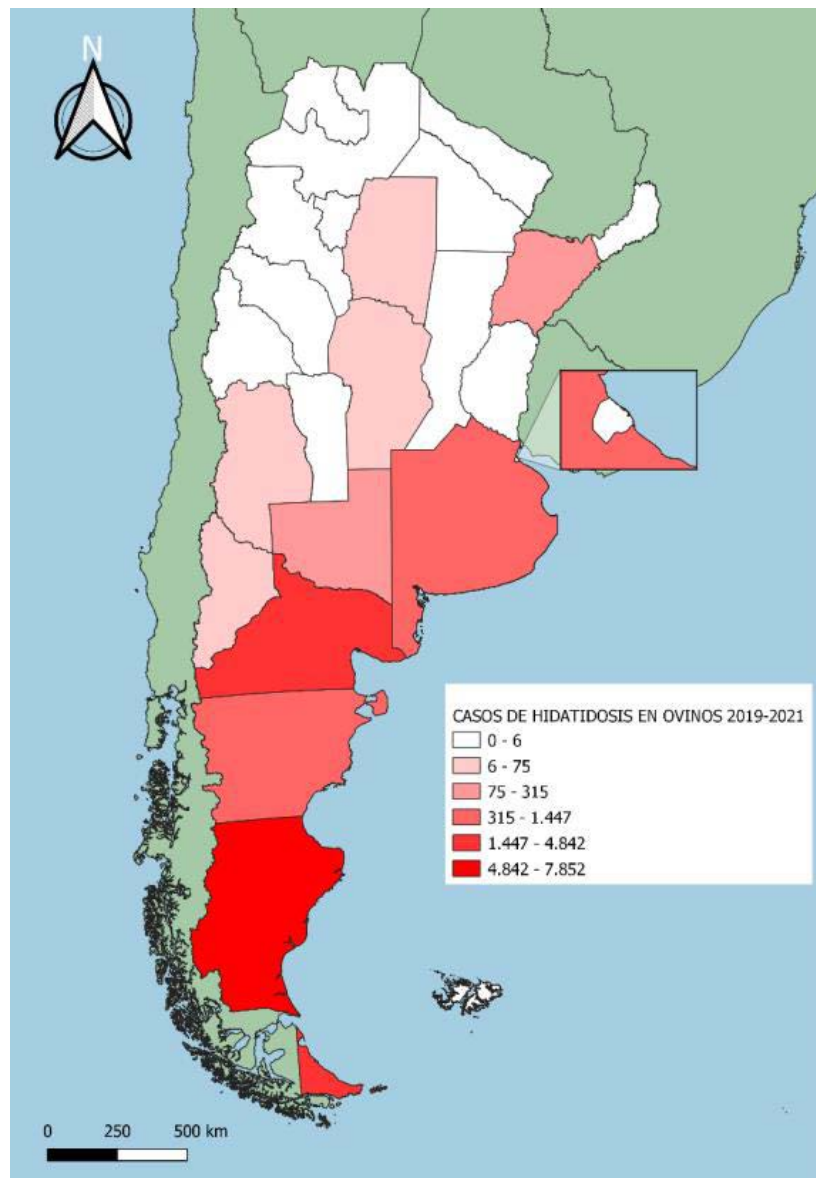


Figura 1. Hallazgos compatibles con EQ en ovinos en establecimientos faenadores, Argentina. Periodo 2019- 2021 (n= 18.637)
Fuente: Ministerio de Salud de la República Argentina (2024).

Como se mencionó, el ciclo de transmisión de la enfermedad, como se puede ver en la **figura 2**, involucra al perro como hospedador definitivo, al ganado (ovino, caprino, bovino, porcino) como intermediario y al humano como hospedador accidental. El contagio del perro ocurre, principalmente, por la ingesta de vísceras crudas de animales faenados de manera casera que contienen quistes hidatídicos, que alcanzan su fase adulta al habitar el intestino del perro, reproducirse y eliminar sus huevos a través de la materia fecal. Esto contamina pasturas, verduras y agua. Por este motivo, una de las principales recomendaciones de prevención a productores de ganadería es evitar alimentar a los perros con vísceras crudas para interrumpir el ciclo de transmisión¹¹.

Las principales vías de infección incluyen la ingestión de agua o alimentos contaminados y el contacto con perros parasitados. Es destacable que la infección suele producirse en la infancia –por el contacto/juego directo con perros parasitados^{12,13}, pero el lento crecimiento de los quistes puede retrasar la aparición de síntomas, detectándose la enfermedad incidentalmente en etapas adultas^{14,15}.

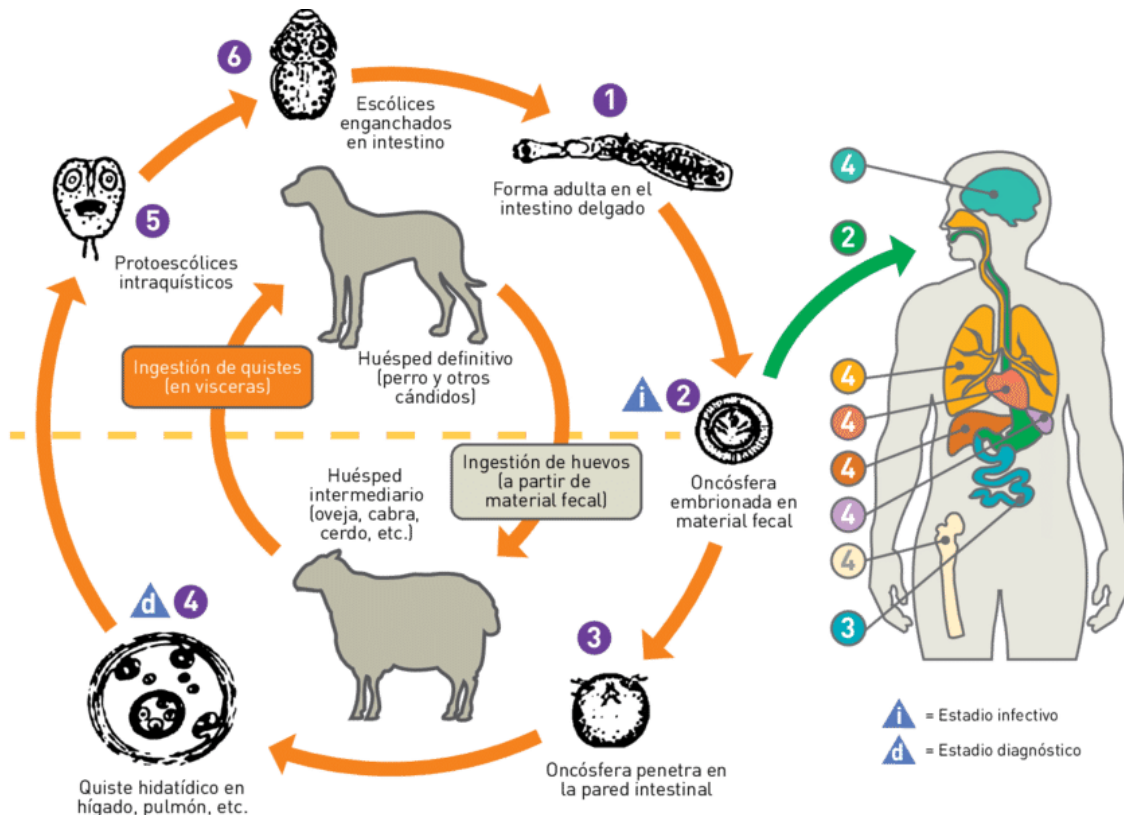


Figura 2. Ciclo de transmisión de la hidatidosis
Fuente: Ministerio de Salud de la República Argentina (2024)

La distribución de la hidatidosis en adultos y menores en Argentina alcanza los 3.792 casos de equinocosis quística notificados en el período 2009-2023, de los cuales se confirmaron 2.368. De estos, 217 correspondieron a menores de 15 años, representando aproximadamente un 9,2% del total¹⁰. A pesar de este porcentaje de casos infantiles, este período es el de mayor riesgo de contagio, sobre todo en aquellas poblaciones expuestas a ambientes contaminados. En las personas adultas, en cambio, el riesgo de contagio disminuye por una posible mejora en las prácticas de higiene, como el tener menos contacto directo con perros infectados o ambientes contaminados. Asimismo, la urbanización y la migración desde áreas rurales hacia zonas urbanas han propiciado la disminución de la exposición de personas adultas a los ciclos de transmisión tradicionales de la enfermedad¹⁶.

De todos modos, la mayoría de los casos se diagnostican en adultos debido a la exposición acumulativa y a la manifestación tardía del quiste hidatídico producto del largo período de incubación (los quistes pueden tardar años en crecer y causar síntomas). Sin embargo, la infancia es un período crucial en el proceso de infección, por lo que focalizar la investigación y las estrategias de control en la población infantil resulta relevante ya que permite la detección de casos infección reciente y de focos donde la enfermedad se encuentra activa en la comunidad, lo que permite implementar medidas de control-eliminación más efectivas. Asimismo, al detectar la enfermedad en la infancia, se puede prevenir el desarrollo de quistes en etapas avanzadas, reduciendo la morbilidad y los costos asociados al tratamiento en la adultez¹².

El cuadro clínico de la *equinocosis quística* varía según la localización del quiste. Por ejemplo, en el hígado, puede causar dolor, aumento de tamaño, náuseas, entre otras. Otro ejemplo en pulmones, manifiesta tos crónica, broncoespasmo, dolor torácico, entre otras. Cabe aclarar que es una enfermedad progresiva que, sin tratamiento, puede resultar mortal^{12,13}.

El diagnóstico se construye a partir de la exploración clínica, del registro y análisis de antecedentes epidemiológicos, de pruebas complementarias como estudios por imágenes, pruebas serológicas y examen microscópico del líquido del quiste¹² (ver figura 3).

El tratamiento varía según el tipo, ubicación y actividad de los quistes. Particularmente en la infancia, puede incluir albendazol (tratamiento farmacológico) y/o cirugía para la extirpación parcial o total del quiste u órgano afectado. La observación resulta una alternativa viable para quistes asintomáticos¹².

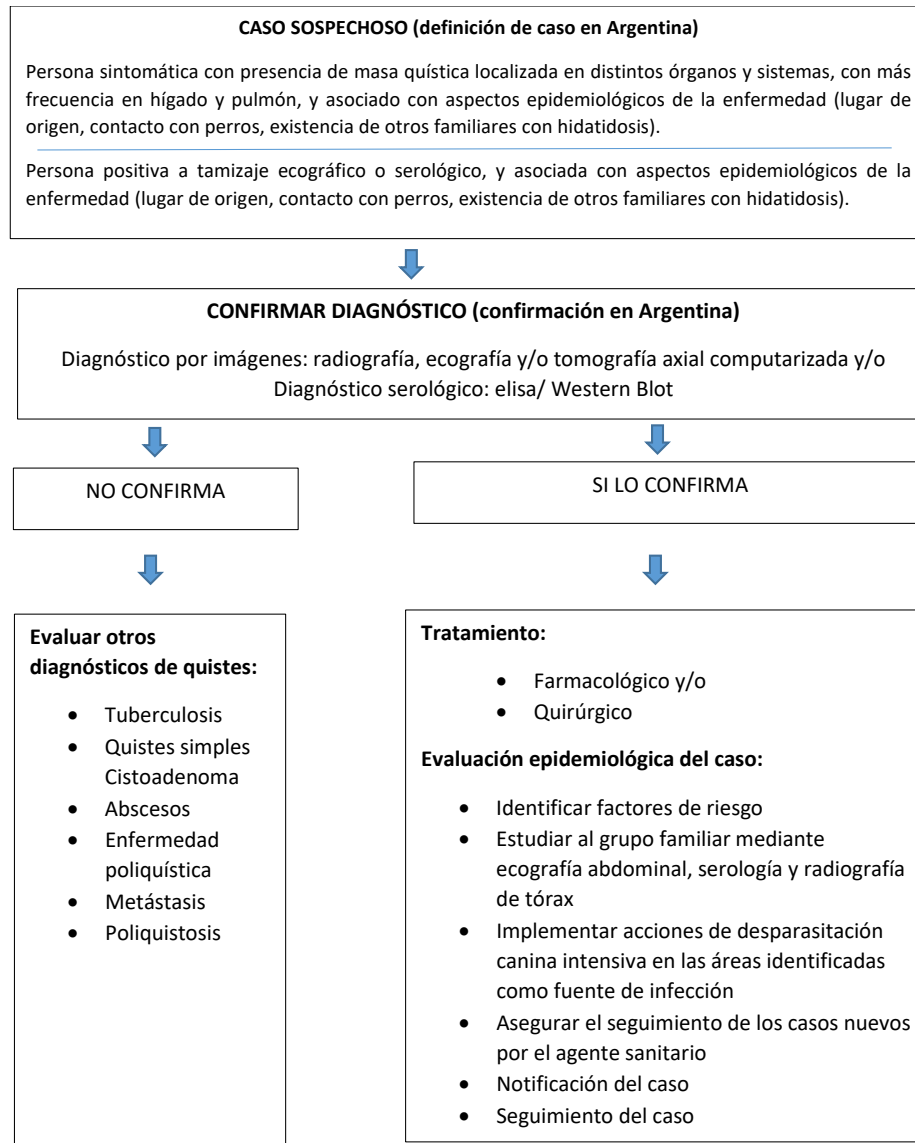


Figura 3. Flujograma de manejo de casos sospechosos humanos de equinococosis quística/hidatidosis
Fuente: Larrieu (2017).

Política sanitaria y abordajes de salud internacional sobre hidatidosis

La hidatidosis ha sido integrada en las agendas sanitarias globales y regionales, dando lugar a diversas estrategias para su gestión y control. En 1995, la OMS creó el Grupo de Trabajo Informal sobre Equinococosis (OMS-IWGE)¹⁴. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su Plan de Acción para el Control de las EID (2016-2022)¹⁵, priorizó la hidatidosis en las Américas, con énfasis en vigilancia, diagnóstico, manejo y prevención.

En el Cono Sur, el Programa Regional para la Eliminación de la Hidatidosis y su Plan de Acción 2020-2029¹⁷ buscan armonizar estrategias y monitorear avances en su eliminación. Por su parte, el documento “Poner fin a la desatención para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible: hoja de ruta sobre enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030”¹ se ocupa de desarrollar metas para prevenir, controlar y eliminar 20 enfermedades, en base a tres pilares guías: (1) agilizar la acción programática, (2) fortalecer enfoques transversales y (3) transformar modelos operativos orientados a facilitar la apropiación nacional. Estos lineamientos están en consonancia con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, y su meta 3.3: erradicar enfermedades tropicales desatendidas y otras transmisibles.

Por último, el enfoque *One Health* o Una Sola Salud¹⁸, que es el actualmente indicado para este tipo de problemáticas sociosanitarias, orienta una visión integral de la salud, a partir del reconocimiento de la interdependencia entre humanos, animales y ecosistemas. El objetivo radica en fortalecer la gobernanza sanitaria involucrando la coordinación entre salud pública, veterinaria y ambiental para favorecer la prevención y respuesta adecuada ante enfermedades. En ese sentido, se resalta la necesidad de comprender factores que propician la transmisión de enfermedades zoonóticas, incluyendo actividades productivas y producción del hábitat.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud de Argentina implementó normativas como la Norma Técnica y Manual de Procedimientos para el Control de la Hidatidosis (1985, revisada en 1995 y actualizada en 2010)¹⁹. En ella se estableció la notificación obligatoria de la enfermedad para fortalecer la vigilancia epidemiológica y el protocolo de Investigación Epidemiológica Complementaria (PIEC-Hidatidosis), con especial énfasis en la infancia.

En 2016, se registraron 683 casos de hidatidosis en Argentina⁶, afectando principalmente a poblaciones rurales. Sin embargo, el subregistro es una constante, debido tanto a la naturaleza asintomática de la enfermedad como a la falta de datos confiables en el nivel local²⁰. Estudios sociohistóricos^{21,22} señalan que la dinámica de la enfermedad está atravesada por disputas entre diversos actores, lo que ha generado avances y retrocesos en su control/eliminación.

A partir de estas consideraciones, planteamos la siguiente pregunta: ¿cómo se produce el entramado sociosanitario de las EID, particularmente a partir del vínculo entre las prácticas de atención médica de la hidatidosis infantil y la configuración social y política de la enfermedad? Para responderla, adoptamos una perspectiva de la micropolítica del trabajo en salud para analizar Historias Clínicas (HC) de casos tratados en el Centro Provincial de Salud Infantil (CEPSI) de Santiago del Estero, institución de referencia pediátrica en la provincia.

El análisis situado de estas HC permite rastrear los procesos de atención clínica y comprender cómo las dinámicas institucionales y profesionales contribuyen a mantener la hidatidosis como una enfermedad desatendida. Desde una mirada crítica que integra dimensiones sociales y médico-clínicas, buscamos evidenciar cómo se construyen, en la práctica, las definiciones sobre los procesos de salud-enfermedad de las personas afectadas.

Enfoque teórico: enfermedad como construcción social y micropolítica del trabajo en salud

Nuestro trabajo articula dos perspectivas críticas. En primer lugar, abordamos la enfermedad como un proceso social complejo, en línea con la sociología y la historia social de la medicina. Desde esta mirada, la definición de una enfermedad resulta de la interacción entre diversos elementos: eventos biológicos (como la presencia del agente patógeno y sus efectos en el organismo); construcciones científicas y profesionales que legitiman su abordaje; valores culturales que influyen en su reproducción; dinámicas institucionales que la posicionan en las estructuras sanitarias y, finalmente, las formas de relación médico-paciente, que configuran la experiencia de quienes la padecen²³. Así, la relevancia de la hidatidosis como problema sanitario y las intervenciones legítimas sobre ella, dependerán de cómo estas dimensiones sean comprendidas y negociadas por las y los actores involucradas/os²⁴.

En este marco, las prácticas médicas desempeñan un papel clave en la construcción y definición de la enfermedad, pues articulan saberes expertos, roles profesionales, tecnologías de intervención y políticas sanitarias. Para su análisis, incorporamos una segunda perspectiva teórica, vinculada a la micropolítica del trabajo en salud²⁵. Desde esta óptica, el proceso de trabajo en salud se entiende como un campo de fuerzas en disputa, donde el estudio detallado de las interacciones entre profesionales, métodos de acción e intervenciones permite una mejor comprensión de las tecnologías sanitarias y su impacto en la definición de la enfermedad. Siguiendo esta línea, distinguimos tres tipos de tecnologías utilizadas en los actos de salud: (1) tecnologías duras, como equipamientos y medicamentos; (2)

tecnologías blanda-duras, que incluyen conocimientos estructurados, como la clínica, y (3) tecnologías blandas, referidas a las interacciones relacionales que permiten escuchar, comunicar, comprender y cuidar. Estas últimas posibilitan la integración de las otras dos, adaptándolas a las realidades singulares de los pacientes.

Las historias clínicas (HC), como registros de las prácticas médicas, son una herramienta clave para analizar el uso de estas tecnologías y la relación clínico-social en la atención de enfermedades desatendidas. Estudios previos de carácter clínico²⁶, sociosanitario²⁰ e histórico²⁷ han evidenciado que las HC documentan los saberes y prácticas movilizados en el proceso asistencial, así como las dinámicas entre profesionales y pacientes²⁸⁻³⁰. En este sentido, las HC cumplen un doble papel: por un lado, permiten reconstruir los procesos de atención, visibilizando intervenciones y omisiones en el manejo de la enfermedad; por otro, constituyen un insumo empírico fundamental para diseñar estrategias políticas de acción local.

Metodología

A partir de un diseño cualitativo, con carácter interpretativo-crítico se focalizó en la sistematización y análisis de prácticas médicas en hidatidosis en la infancia a partir de los registros médicos del Cepsi. Previo a acceder a las HC, la investigación fue autorizada por el Comité de Ética de dicho centro (proyecto aprobado en reunión Comité de Ética, 5 de agosto de 2021). Asimismo, el estudio cumplió con la Ley Nacional 25326 de Protección de los Datos Personales, garantizando la confidencialidad y el anonimato de la información recabada.

La recolección de datos se realizó entre noviembre de 2019 y octubre de 2021, a partir de una revisión retrospectiva de HC con diagnóstico de hidatidosis, que tuvo lugar en el Servicio de Estadística que archiva HC. A partir de ello, se construyó un corpus con la totalidad historias clínicas identificadas con diagnóstico de hidatidosis (n=43) del período 2009-2020. Estos archivos reflejan, en el caso estudiado, los modos de producción de la atención médica de la hidatidosis en Salud Pública en la infancia.

Los datos fueron examinados mediante la técnica de análisis de contenido temático³¹, a partir de una integración de la descripción de frecuencias de aparición de los datos presentes en las HC, con la interpretación crítica de dicha descripción. Para ello, se construyó una matriz de análisis de contenido integradora, de acuerdo a los ítems destinados a la recolección de información en las HC, y se codificó la información recabada para sintetizarla y categorizarla en unidades más simples y manejables, en función de criterios teóricos y prácticos.

La devolución de los resultados obtenidos al Cepsi se realizó a través de un ateneo presencial y transmitido en plataforma virtual, titulado “Nociones generales sobre las Enfermedades Olvidadas - Desigualdades sociales y Desigualdades en salud”³².

Resultados

Identificamos a las HC como una narración del momento de la vida en que se consulta por algún problema posible de ser definido en términos médicos, a partir de lo cual se recibe un tratamiento acorde. El análisis general de los resultados permite observar, en primer lugar, una marcada ausencia de datos en torno a condiciones de vida de las familias, un inexistente registro de especificidades sobre articulación entre servicios e instituciones y la ausencia -en la mayoría de los casos- de la ficha de investigación de casos de hidatidosis. Esto arroja, como primer resultado, una disociación entre la definición compleja de la enfermedad que emerge de las consideraciones sociopolíticas y la intervención puntual que surge de las prácticas médicas de atención. Esto se refuerza si consideramos los sistemas de registro de atención individual de pacientes, lo que imposibilita un seguimiento integral, continuo y contextualizado de los problemas de salud de la población atendida, sobre todo de aquellos procesos vinculados a las condiciones de vida. Avanzaremos en las secciones siguientes con un análisis pormenorizado de las HC.

Caracterización de las personas atendidas

Los datos sociodemográficos recabados en las HC permiten identificar una caracterización (parcial) de la población atendida en relación con la edad, sexo, zona de residencia, actividad productiva familiar, características de las viviendas, configuración de las familias, cobertura social, familiar que acude a la consulta con el niño o la niña y nivel de escolarización, aunque un rasgo fundamental es la falta sistemática de datos.

En cuanto a la edad, el 74,41% (32/43) de las personas diagnosticadas tenía entre 6 y 12 años. No existen diferencias significativas en cuanto a sexo y se presenta una diversidad amplia respecto de las zonas geográficas de residencia de quienes consultan que, en su totalidad, corresponden a zonas rurales y/o periféricas de la provincia, lo que refuerza un factor de pertenencia geográfica en la enfermedad. Como se analiza más adelante, a pesar de que las personas consultantes no residían en la Capital Provincial, ante las escasas posibilidades de la atención en sus zonas de residencia, deben realizar traslados para su atención, centralización que supone un costo económico que refuerza la reproducción de las desigualdades en salud.

Las características de las viviendas informadas corresponden, en un 44,18% (19/43), al tipo rancho o precarias, en un 34,88% (15/43) de las fichas esta información se encuentra vacía. La configuración de las familias corresponde en su mayoría a grupos de convivencia de 5 a 10 integrantes, con un porcentaje del 30,23% (13/43) de historias clínicas sin datos al respecto. Esto sugiere un indicador de hacinamiento que no es posible constatar debido a que no se registran mayores datos (tales como cantidad de habitaciones, materiales de construcción, entre otras), aunque el formulario de la HC cuenta con espacios para esta información.

En cuanto a la cobertura de salud, en el 39,53% (17/43) de los casos no se registra información. En el 48,83% (21/43) de los casos se señala que no cuentan con cobertura médica y solo el 11,62% (5/43) goza de cobertura por el subsistema de seguridad social. Este dato, aunque incompleto, da cuenta de la situación socioeconómica de las personas usuarias, ya que en Argentina la cobertura de salud se vincula de forma directa con el empleo registrado y/o la capacidad económica para contratar cobertura privada.

Se observa una significativa ausencia de datos sobre la actividad productiva familiar, aspecto clave para comprender el desarrollo de la hidatidosis -como se describió en la introducción- dado su vínculo con la producción agropecuaria. En este sentido, es llamativo que, como muestra la **figura 4**, el 53,48% (23/43) de las historias clínicas analizadas no registra información sobre la actividad productiva familiar y el 16,27% (7/43) registra “criaderos” sin especificar que, sumado a la categoría “otros” sin especificar (13,95% -6/43-), reflejan un 30,23% (13/43) de información registrada que es insuficiente/inespecífica para establecer vínculos epidemiológicos. Entre el 53,48% que no registra y el 30,23% que lo hace de forma inespecífica, se produce un total de 84% de historias clínicas que obstaculizan establecer una relación clara entre la actividad productiva y la infección, información necesaria para generar datos epidemiológicos precisos como bases para políticas públicas adecuadas.

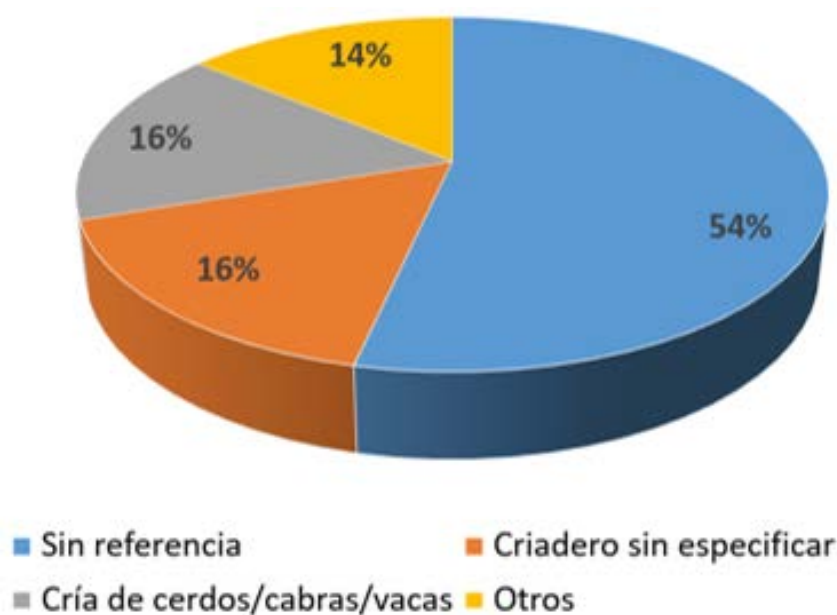


Figura 4. Distribución de registro sobre tipo de actividad productiva familiar en HC.

Con respecto a la persona acompañante de la persona enferma, en el 86,04% (37/43) de los ingresos se dio en compañía de la madre. Con relación a los ingresos del familiar, en un 34,83% (15/43) no se registran datos y en 41,86% (18/43) se refiere a ingresos múltiples (sin especificar). Por último, resulta significativa la falta de información con respecto del nivel de escolarización del/la niño/a: en un 81,39% (35/43) de las HC no se registran datos y solo en el 18,60% (8/43) se registra nivel primario. Este registro es importante, por un lado, porque la escolaridad constituye un indicador respecto de la garantía de derechos previstos en la Ley Nacional n° 26.061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes y su adhesión Provincial según Ley n° 6905. Por otro lado, porque existen programas nacionales de promoción de salud y prevención de enfermedades en las escuelas³³, que en el caso de la hidatidosis están contemplados en el Manual Técnico¹⁹, en sus dos primeros puntos.

Antecedentes de las consultas

En cuanto a antecedentes peri y neonatológicos, madurativos o familiares, se sostiene una modalidad similar respecto de la cantidad y calidad de información registrada. En general se constata la ausencia de datos sobre antecedentes en más de la mitad de las HC (24/43). En los casos en que sí se registra esta información, un 11,62% (5/43) de HC presentan antecedentes perinatológicos y menos de un 9,30% (4/43) presentan antecedentes neonatológicos y madurativos. Por otro lado, los antecedentes familiares, que serían relevantes en este caso por la dinámica de la transmisión, solo fueron consignados en un 25,58% (11/43) de HC, con una alta variabilidad en su contenido, lo que no permite establecer una relación clara de la enfermedad con antecedentes familiares.

Instituciones intervinientes identificadas en la HC

La información sobre las instituciones de salud que intervienen en la atención da cuenta de la centralización de la atención en la Capital provincial, a pesar de no ser éste el lugar de residencia de las personas afectadas. En este sentido, el primer lugar de atención fue el Cepsi en un 41,86% (18/43) de los registros, los hospitales zonales en un 23,25% (10/43), y en el resto otro tipo de instituciones provinciales como postas sanitarias, Unidades Primarias de Atención, Centros de Atención Primaria y Hospitales distritales.

Esta relación entre las instituciones intervinientes urbanas y rurales o remotas refleja que los diagnósticos se centralizan en hospitales, sobre todo, aquellos de zonas centrales como la capital, aun cuando ésta no aparece como zona geográfica de residencia de ninguna de las HC. Tampoco es posible reconstruir desde las HC la trayectoria de pacientes, ya que el dato acerca de derivación de una institución a otra se encuentra sin especificaciones en el 83,72% (36/43) de los casos.

Producción del diagnóstico

El motivo de consulta inicial o primer contacto registrado en el CEPSE se vincula con situaciones de fiebre, dolores en regiones específicas del cuerpo, constipación, aumento de volumen en región abdominal, tos/dificultad para respirar, dolor abdominal con deshidratación aguda, vómitos y náuseas, o bien, situaciones como neumotórax/presunción hidatidosis. Sólo 1 registro de los 43 refleja que el motivo de consulta es por antecedentes de hidatidosis hepática. El 20,93% (9/43) de los casos registrados refiere que el motivo de esta primera consulta al CEPSE se vincula con cirugía programada por imagen quística/Quiste hidatídico Pulmonar o hepático. No hay mayor información acerca de estudios previos que determinaron que esta primera consulta sea directamente para cirugía. En la información registrada sobre quién deriva, aparece "otros". Asimismo, el diagnóstico presuntivo de derivación a partir de la primera consulta tiene un 86,04% (37/43) de motivo "otros" sin especificar, 9,30% (4/43) refieren quiste y 4,65% (2/43) refieren tumoración.

En 93,02% (40/43) de los casos, se indicaron estudios complementarios (en dos casos restantes no se indicaron y en 1 no refiere). Estos estudios complementarios se realizaron principalmente en base a pruebas serológicas y diagnóstico por imágenes. El 85% (34/40) de los casos que tuvieron estudios complementarios determinaron diagnóstico de hidatidosis quística (hígado/hepático: 16; hígado y muscular: 2; pulmonar: 13; peritoneal: 1; en bazo: 1; duodenal: 1)

En cuanto al tratamiento realizado en base a la confirmación del diagnóstico de hidatidosis quística (**ver figura 2**), las principales indicaciones fueron: en primer lugar, el quirúrgico (38,23%, 13/34), luego el Farmacológico, principalmente con albendazol (26,47%, 9/34) seguido del combinado fármaco-quirúrgico (14,70%, 5/34). En estos casos, tanto la forma de construir el diagnóstico definitivo como los tratamientos indicados coinciden con aspectos mencionados en la literatura¹². Sin embargo, solo 1 de los 34 casos confirmados refiere control de vigilancia epidemiológica por antecedentes familiares. Esta información resulta relevante dado que una indicación expresa del Manual Técnico¹⁹, como forma de prevenir la propagación de la enfermedad, es estudiar la enfermedad en el grupo familiar ante casos confirmados. Esta vigilancia epidemiológica, que excede lo estrictamente sintomatológico de la clínica del cuadro, permite reflexionar acerca de las posibilidades de prevención y de interrupción del ciclo de transmisión en los registros.

Si bien, entendemos que sería deseable correlacionar datos de actividades productivas y de confirmación de diagnóstico de hidatidosis quística, esto no es posible dada la gran ausencia/inespecificidad de datos respecto de la primera, como se advierte en la figura 4, donde se identifica una ausencia de información sobre actividad productiva de la familia en un 53,48% (23/43) de los casos. En los demás casos, solo refiere específicamente a la faena el 13,95% (6/43) y el 32,55% (14/43) refiere cría de ganado sin especificar actividad de faena que, entendemos, no se indaga de modo exhaustivo.

En el mismo sentido, uno de los datos más relevantes del análisis es la ausencia de ficha de investigación de casos de hidatidosis, una instancia recomendada en las normas de atención: el 58,33% (21/36) de los casos confirmados no las contienen y en el 14,70% (5/34) se encuentran incompletas (la mayoría de éstas solo con datos personales de paciente); solo en el 23,52% (8/34) se encuentra completa. La ficha de investigación de hidatidosis, estandarizada por el Ministerio de Salud de la Nación, contempla: (1) datos de declarante (profesional) y (2) de paciente, (3) datos clínicos como síntomas, internación, localización y características del quiste, tipo de estudios de imágenes realizados, (4) datos epidemiológicos relacionados con condiciones de vida, actividades productivas, tenencia de perros, perro tratado/no tratado y si alimenta a los perros con vísceras, (5) examen de laboratorio, (6) acciones de control y prevención relacionadas con los tratamientos y exámenes de seguimiento indicados y (7) evolución del caso.

Respecto de los procesos de comunicación del diagnóstico y tratamiento al familiar, en el 68,75% (11/16) de los casos confirmados en los que se indicó tratamiento quirúrgico (16/34) el consentimiento informado para las intervenciones se encuentra incompleto (solo contiene nombre y firma de la persona a cargo del niño/a). El 31,25% (5/16) de los casos confirmados en los que se indicó tratamiento quirúrgico (16/34), directamente no cuenta con consentimiento informado. Se resalta fundamentalmente que en ningún caso el consentimiento cuenta con la firma del/la profesional interviniente.

El 58,13% (25/43) de la contrarreferencia de todos los casos analizados es hacia otras especialidades dentro del mismo centro. Teniendo en cuenta que ninguno de los casos atendidos fue de la Capital provincial, al reducir la contrarreferencia solo al interior del mismo centro, sin vínculo con las instituciones donde viven las personas que consultan, se dificulta el seguimiento, la prevención y la optimización del flujo de información epidemiológica entre distintos niveles de atención y centros de salud, aspectos centrales del sistema de referencia-contrarreferencia³⁴. Lo anterior obstaculiza el aporte real del sistema de referencia y contrarreferencia, que se orienta a producir redes de cuidados situadas que involucren a las distintas instituciones intervinientes y cercanas a los lugares de vida de las personas consultantes.

Vacíos y datos significativos identificados

Como fuimos señalando, los datos recabados evidencian vacíos de información y registros inespecíficos en la mayoría de las HC, lo que dificulta reconstruir la dinámica de la enfermedad y adoptar medidas adecuadas. En al menos el 30,23% (13/43) de los casos, no se consignan datos clave para vincular las dimensiones médicas y sociales de la hidatidosis, como características de la vivienda, configuración familiar, cobertura social, ingresos del acompañante, nivel educativo y actividad productiva familiar. En el 60,46% (26/43) de los casos en los que este tipo de información sí se registra, es posible correlacionar datos que se reflejan en la caracterización de las EID en general, tales como la falta de trabajo formal y de seguridad social en el 80,76% de los casos en que sí se registra (21/26). En relación con la hidatidosis en particular, aunque el 53,48% (23/43) no registra información sobre

actividad productiva, el 16,27% (7/43) del total registra información de actividades productivas con animales (vacas, cabras, ovejas) y otro 16,27% (7/43) de actividades de criadero sin especificar con qué especies. Sólo en el 13,95% (6/43) se explicita que se realizan actividades de faena, en tres de esos casos la actividad productiva familiar fue registrada bajo la categoría otros y en los tres restantes como criadero. La omisión/deficiencia de este tipo de dato es especialmente preocupante, dado el vínculo comprendido entre la hidatidosis y actividades agropecuarias, en particular la faena.

También resulta crítica la falta de información sobre escolaridad, dado que impide conocer el efectivo cumplimiento del derecho a la educación y dificulta la implementación de estrategias preventivas previstas en relación con políticas interseccionales salud-educación a partir del trabajo sanitario en las instituciones educativas. Esta carencia de datos obstaculiza el diseño de políticas interinstitucionales con potencial transformador.

En cuanto a los tratamientos, la falta de información específica no permite reconstruir qué saberes y profesiones intervienen, qué tipos de prácticas se implementan y por qué, quiénes son las personas responsables de las decisiones y cuál es el grado de participación de las familias. Sólo se registran categorías generales de tratamiento (sintomatológico, farmacológico, quirúrgico), sin detallar su implementación, recursos utilizados o síntomas abordados. Del mismo modo, los estudios complementarios carecen de descripciones sobre su propósito, metodología y consideraciones de los profesionales intervinientes sobre su pertinencia. Esta imprecisión dificulta la caracterización epidemiológica y la formulación de estrategias adecuadas y sostenibles.

La ausencia de fichas de investigación en la mayoría de los casos revela procesos de atención deficientes e incompletos, al comprometer la notificación obligatoria de casos y, por consiguiente, obstaculizar el diseño de programas con recursos y medidas adecuadas. La comunicación del diagnóstico y tratamiento enfrenta un panorama similar: los consentimientos informados están incompletos o ausentes y, en ningún caso, se identifica la firma de quien interviene como profesional. Esto evidencia una relación médico-paciente informal y asimétrica, donde la falta de registro vulnera derechos y desatiende la obligación de garantizar un proceso de comunicación claro.

Además, la consideración del paciente como una unidad aislada se refuerza con la falta de información sobre derivaciones y antecedentes familiares, lo que impide reconstruir el recorrido de atención y detectar posibles casos en el entorno. Esta omisión configura una respuesta institucional que contribuye a la desatención de la enfermedad y vulnera derechos desde la infancia.

En cuanto a la organización del cuidado, en la mayoría de los casos la madre figura como única acompañante, reforzando el rol tradicionalmente asignado a la mujer en el ámbito doméstico³⁵. Por otro lado, se observa una centralización urbana y hospitalaria en la atención de una enfermedad endémica de zonas rurales, pese a que la normativa sanitaria nacional promueve el diagnóstico y tratamiento en centros de salud locales con equipamiento de baja complejidad. La descentralización no solo permitiría una mejor caracterización de la enfermedad, sino que evitaría traslados costosos e innecesarios para pacientes y llegar en momentos más oportunos a ser atendidos/as.

Discusión

A pesar de la complejidad del proceso salud-enfermedad vinculado a la hidatidosis, estrechamente ligado a las condiciones de vida, la ausencia de datos significativos tensiona la capacidad de respuesta institucional adecuada. En ese sentido, a partir de los resultados, señalamos dos consecuencias: una en el plano subjetivo de quienes reciben atención y otra en la dinámica general de la enfermedad. Respecto de la primera, se observa la ausencia o el registro incompleto del Consentimiento Informado, lo que supone tanto la subutilización de un recurso legal y protector como la consolidación de una relación médico-paciente en la que la persona usuaria es concebida como un sujeto pasivo y subordinado al saber profesional.

En cuanto a la dinámica de la enfermedad, el estudio refleja que la desatención de la hidatidosis se vincula con, al menos, dos aspectos: (1) la complejidad de la cadena de transmisión del parásito sumada a los determinantes que requieren trabajo coordinado entre fases ambientales, de salud humana, de salud animal y de educación y (2) los modos en que la enfermedad es gestionada y atendida por las y los actores involucrados, en este caso, profesionales de la salud asistencial pediátrica.

La desvalorización de las HC debido a sus vacíos documentales refuerza dicha condición. En particular, la ausencia de fichas de investigación de casos compromete la notificación y el registro adecuado, afectando la implementación de estrategias sanitarias. Al no sistematizarse datos completos y omitir la notificación de más de la mitad de los casos a instituciones responsables, se dificulta la generación de información relevante, la comunicación oportuna y las acciones necesarias para el control y eliminación de la enfermedad. Esta deficiencia limita el aprovechamiento de datos epidemiológicos institucionales que podrían ser esenciales para la producción de conocimiento, la gestión de recursos, el diseño de políticas públicas y la evaluación de los procesos de atención.

El análisis permite también identificar aspectos éticos de la práctica médica que no sólo no priorizan aspectos biomédicos claros (diagnósticos, criterios clínicos, notificación de casos, consentimientos informados), sino que también invisibilizan las dimensiones sociales, epidemiológicas, políticas y culturales de la enfermedad. Así, tanto la perspectiva biomédica como la social y subjetiva, articuladamente esenciales en el abordaje de la hidatidosis, son insuficientemente consideradas en las HC. Esto adquiere especial relevancia en un problema sanitario fuertemente ligado a las condiciones de vida, cuya omisión obstaculiza la formulación de políticas que partan de la realidad local y sus implicancias clínicas y sociales.

En síntesis, el análisis realizado refleja una definición sanitaria compleja de la hidatidosis, plasmada en documentos de organismos nacionales e internacionales y en la producción científica. En estos, se reconoce la interacción entre dimensiones médicas y sociales en su reproducción, se la caracteriza como una enfermedad desatendida y se proponen estrategias para revertir esta situación. Sin embargo, los hallazgos muestran que, en la práctica, los profesionales e instituciones resignifican esta caracterización y la abordan de manera insuficiente, especialmente en su dimensión socioepidemiológica, lo que dificulta la generación de datos clave para el diseño de políticas sanitarias adecuadas.

Conclusiones

Nuestros resultados nos permiten avanzar en una caracterización epidemiológica de la enfermedad en el contexto de la provincia de Santiago del Estero -Argentina- y destacar el valor de la historia clínica como fuente documental que brinda datos acerca de la práctica asistencial y de gestión de una enfermedad catalogada como desatendida. Al mismo tiempo, dan cuenta del escaso registro de las condiciones sociales en las que se dan estos casos.

En este sentido, para comprender la relación entre la dimensión médico-clínica y la político-social de la enfermedad, destacamos la necesidad de revalorizar las HC como fuente documental que permite reconstruir las tecnologías de los actos en salud como los aspectos éticos de las prácticas médicas. Esto se evidencia tanto en la información registrada como en las omisiones.

En definitiva, la vinculación entre dimensiones médicas-éticas y socio-políticas de la enfermedad configura un escenario complejo, probablemente extensible a otras EID y regiones. La falta de claridad en la articulación entre atención clínica y acción política impide estrategias coordinadas. Superar, al menos en parte, esta fragmentación exige fortalecer los sistemas de registro en la consulta médica, garantizando un abordaje exhaustivo de los aspectos biomédicos y sociales de la enfermedad y la incorporación de herramientas de anamnesis que integren dimensiones sistémicas e intersectoriales. Esto permitiría construir datos epidemiológicos confiables y promover condiciones propicias para una atención de calidad e integral en salud.

Contribución de autores

Las personas con el rol de autoras de este trabajo (LLS, JPZ) participaron en: 1. Concepción y diseño del artículo, recolección, análisis e interpretación de los datos; 2. Redacción del trabajo, revisión crítica del contenido y ajustes; 3. Aprobación de la versión final del artículo para publicación; 4. Responsabilidad sobre el contenido e integridad de este trabajo.

Agradecimientos

Agradecemos al personal del Centro de Salud por su disponibilidad para el desarrollo de este estudio y a las personas investigadoras participantes en la recolección de datos.

Consideraciones éticas

La investigación fue autorizada por autoridades del centro de salud (proyecto aprobado en reunión de 5 de agosto de 2021). Asimismo, el estudio cumplió con la Ley Nacional n° 25326 de Protección de los Datos Personales y se respetaron las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki (1975, revisada en 1983 y actualizada en 2013), garantizando la confidencialidad y el anonimato de la información recabada.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado

Financiación

Esta investigación recibió financiamiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, a través de una beca doctoral radicada en el Instituto Multidisciplinar de Salud, Tecnologías y Desarrollo (Universidad Nacional de Santiago del Estero/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina) de 2020 a 2022 y en el Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (Universidad Nacional de Santiago del Estero/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina) de 2022-2026.

Apoyo tecnológico de IA

Las personas en el rol de autoras de este trabajo declaran el uso de IA para mejorar la legibilidad y el lenguaje de texto, tablas y figuras.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades tropicales desatendidas. Proyecto de hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240010352_
2. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación. Guía para el equipo de salud Nro 11. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina): Ministerio de Salud de la Nación; 2012. [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: https://hidatidosis.ar/wp-content/uploads/2021/09/guia-medica-hidatidosis.pdf_
3. Escalante Collazo GE, Gonzalez Argote J, Garcia Rivero AA. Producción científica sobre enfermedades infecciosas desatendidas en Latinoamérica. Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta. 2017; 42(5) [https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1160;42\(5\)_](https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1160;42(5)_)
4. Denegri G, Elissondo MC, Dopchiz M. La hidatidosis en la Argentina. Un abordaje integral de la enfermedad y sus implicancias para las políticas públicas. Editorial UNRN; 2019. 442 p. Disponible en: https://rid.unrn.edu.ar/handle/20.500.12049/5703_
5. Botero D, Restrepo M. Parasitosis Humanas. 6ª ed. Medellín (Colombia): Corporación de Investigaciones Biológicas (CIB); 2019.
6. Macías G, Hernández H. Tendencia temporal y distribución espacial de la mortalidad por enfermedades tropicales desatendidas en Argentina entre 1991 y 2016. Rev Panam Salud Pública. 2019; 43: e67. doi: https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.67_

7. López RA. Hidatidosis, parasitosis milenaria: su impacto en la provincia de Catamarca, República Argentina. Catamarca (Argentina): Editorial Científica Universitaria de la Universidad Nacional de Catamarca; 2020. 84 p. Disponible en: <https://hidatidosis.ar/wp-content/uploads/2021/08/Lopez-Raul-Hidatidosis-2020.pdf>
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: censo del Bicentenario: resultados definitivos, Serie B n° 2. Buenos Aires (Argentina): Instituto Nacional de Estadística y Censos – INDEC; 2012. 378 p. [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la elaboración de perfiles de situación de enfermedades transmisibles en el marco de los progresos hacia su eliminación en la Región de las Américas. Washington, D.C.; 2023. 34 p. [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58085>
10. Ministerio de Salud de la República Argentina. (2024). Boletín Epidemiológico Nacional N°694. [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben_694_se_9.pdf
11. Ministerio de Agroindustria de la República Argentina. (2016). Hidatidosis: cortar el ciclo para prevenirla. Periódico SENASA Federal. Año I. 1-8. [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/fot_cv_3_senasa_federal1.pdf
12. Larrieu E, coordinador. Prevención y control de la hidatidosis en el nivel local: iniciativa sudamericana para el control y vigilancia de la equinococosis quística / hidatidosis. Río de Janeiro: PANAFTOSA - OPS/OMS; 2017. 56 p. (Serie de Manuales Técnicos; 18). [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34173>
13. Armiñazas C, Gutiérrez-Cuadra M, Fariñas MC. Hidatidosis: aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. Rev Esp Quimioter. 2015; 28(3): 116-24. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-141725>
14. Organización Mundial de la Salud. Equinococosis; 23 mar 2020. [Internet] [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis#:~:text=Equinococosis%20alveolar,-La%20equinococosis%20alveolar&text=Los%20signos%20cl%C3%ADnicos%20son%20p%C3%A9rdida,alveolar%20es%20progresiva%20y%20letal>
15. Organización Panamericana de la Salud. Plan of action for the elimination of neglected infectious diseases and post-elimination actions 2016-2022. Organización Panamericana de la Salud; 2016. [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31439>
16. Acosta-Jamett G, Vargas R, Ernst S. Caracterización epidemiológica de hidatidosis humana y animal en la Región de Los Ríos, 1999-2009. Rev. chil. infectol. 2016; 33(4): 419-427. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182016000400006>
17. Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional para la eliminación de la equinococosis quística/hidatidosis - 2020-2029. Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y Salud Pública Veterinaria – PANAFTOSA/SPV-OPS/OMS; 2021. [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/programa-regional-para-eliminacion-equinococosis-quistica-hidatidosis-2020-2029>
18. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Una sola Salud. [Internet] [Consultado 5 jun 2024] Disponible en: <https://www.paho.org/es/una-sola-salud>
19. Ministerio de Salud de la República Argentina. Norma técnica y manual de procedimientos para el control de la hidatidosis en la República Argentina. Resolución N° 2090/2010. Boletín Nacional. 2010. [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2090-2010-175879/texto>

20. Remis JA, Guarnera EA, Parra A. Impacto de la hidatidosis. Influencia de factores ambientales y socioculturales en Tucumán, Argentina. *Rev Argent Radiol.* 2009; 73(3): 303-312. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382538477008>
21. López C. La hidatidosis humana como problema de salud en la provincia del Neuquén desde una perspectiva histórica [Tesis maestría]. Lanús (Argentina): Universidad Nacional de Lanús; 2010. [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/Lopez_P_Hidatosis_2010.pdf
22. Caruso P. Acerca de la construcción social de la hidatidosis en Chubut. En: Domínguez Mon A. et al. Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles. Buenos Aires (Argentina): Centro de Documentación e Información, IIGG; 2012. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/115443/CONICET_Digital_Nro.11cfccf8-8ab0-4547-baaf-840a7d20cfca_b.pdf?sequence=5&isAllowed=y
23. Rosenberg CE, Golden JL. Framing disease: studies in cultural history. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press; 1992. 326 p.
24. Gusfield J. La cultura de los problemas públicos: El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente. Buenos Aires (Argentina): Siglo XXI; 2014. 345 p.
25. Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. Lanús (Argentina): EDUNLa; 2021. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/24>
26. Berberian G, Rosanova T, Inda L, Sarkis C, Questa H, Paulin P, et al. Hidatidosis en niños: experiencia en un hospital de alta complejidad fuera del área endémica. *Arch Argent Pediatr.* 2017; 115(03): 282-286. <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n3a13.pdf>
27. Huertas García-Alejo R. Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *Frenia.* 2001; 1(2): 7-33. <https://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16361/16207>
28. Guzmán F, Arias A. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb Cir.* 2012; 27(1): 15-24. <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/195>
29. Fombella Posada MJ, Cereijo Quintero MJ. Historia de la historia clínica. *Galicía Clínica.* 2012; 73(1): 21-6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4056927>
30. Rodríguez RG, García JC. La historia clínica médica como documento médico legal. *Rev Médica Electrónica.* 2015; 37(6): 648-653. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-63479>
31. Krippendorff K. Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. 4ta ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2018. 472 p.
32. CePSI Eva Perón Hidatidosis. Nociones generales sobre Las Enfermedades Olvidadas - Desigualdades sociales y Desigualdades en salud - Hidatidosis. [YouTube]. 23 jun 2022. [1:09:19] [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=eiENln5JGss>
33. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Escolar: cambio de denominación, convenio de adhesión. Resolución 11/2015. Boletín Nacional. 2015 mar 9. [Consultado 5 jun 2024]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia/saludescolar>
34. García Munitis P, de Abreu M, Antonietti L, Guillén M, Said M, Montali C, et al. Referral and counter-referral system between secondary and tertiary care facilities in a children's hospital network of Greater Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr.* 2013 ; 111(5): 405-11. doi: <https://doi.org/10.5546/aap.2013.eng.405>
35. Vaquiro Rodríguez S, Stiepovich Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc Enferm.* 2010; 16(2): 9-16. doi: <https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>