



# NOTICIAS *Metropolitanas*

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
REGIÓN METROPOLITANA



Por una niñez y  
adolescencia sanas  
en un mundo mejor

AÑO XXXIII

Abril 2023

N° 86

Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Ciudad de Buenos Aires • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318

E-mail: [regionmetropolitana@sap.org.ar](mailto:regionmetropolitana@sap.org.ar) • Facebook: [Pediатras Metropolitanos Argentinos](#) • Instagram: [@pedmetarg](#)

### Director Titular

Dr. Alberto Libanio

### 1<sup>era</sup> Directora Asociada

Dra. Claudia Vaccarelli

### 2<sup>da</sup> Directora Asociada

Dra. Irene Dechiara

### Coordinadores

#### Distrito Norte

Dra. Mercedes Acuña / Dra. Mirta Vázquez /  
Dra. Susana Mabel Rosso / Dra. Graciela Robbio /  
Dr. Maximiliano Schianni / Dra. Cristina Dafflito

#### Distrito Oeste

Dra. Gladys Convertini / Dra. Silvia Noemi Redensky /  
Dra. María Cecilia Rizzuti / Dra. Viviana Soligo /  
Dra. Nora Elba Olloqui

#### Distrito Sur

Dra. Miriam Bonadeo / Dr. Claudio Mauritzen /  
Dra. Andrea Rodríguez / Dra. Mariana Rodríguez Ponte /  
Dr. Oscar Ruiz / Dra. Celia Lilian Sosa /  
Dra. Claudia Corigliano

### Asesores ex Directores

Dr. José Luis Cervetto  
Dra. Beatriz Burbinski  
Dr. Domingo Longo  
Dr. Gustavo Bardauil  
Dr. Saúl Gleich  
Dr. Leonardo Vazquez  
Dra. Débora Rocca Huguet  
Dr. Edgardo Flamenco  
Dr. Carlos Luzzani

### Grupo Editorial Región Metropolitana

Dres. Carlos Luzzani, Claudio Mauritzen,  
María Cecilia Rizzuti, Mirta Vázquez y  
Claudia Corigliano

## ÍNDICE

- Editorial. "Nuestra Región" ..... 2  
*Alberto Libanio*
- Actividades de la Región ..... 3
- Sobre el ejercicio profesional y demás yerbas ..... 10  
*María Cecilia Rizzuti*
- Atención primaria de la salud en niños, niñas  
y adolescentes con enfermedades poco frecuentes ..... 12  
*María del Carmen Martínez Perea y Elida Mattarozzi*
- Los cuentos infantiles en Pediatría  
Cuentos para acompañar procesos ..... 19  
*María Paula Gerardi*
- Historia de nuestros hospitales:  
Hospital Torcuato de Alvear ..... 20  
*Viviana Soligo*
- Ley 1000 días. Análisis de la ley 27611 ..... 26  
*Viviana Soligo y María del Carmen Martínez Perea*
- Las vacunas una herramienta de equidad:  
¿cómo aumentar las coberturas de vacunación? ..... 30  
*Ángela Gentile*
- Qué debe saber el pediatra cuando le consultan:  
"¿En qué deporte anoto a mi hijo?" ..... 34  
*Juliana Pochetti, Daniel Ponczosznik, Nelly Testa,  
Patricia Jáuregui Leyes, Laura Gaete*
- Historia Clínica ..... 39  
*Yesica Contrera*
- Perlas legales: Ley Nacional de respuesta integral  
al VIH, Hepatitis virales, otras ITS y TBC ..... 44  
*Mercedes Regina Acuña*
- Boletín bibliográfico 86 ..... 42  
*Carlos Luzzani*

**"El pediatra es el médico de cabecera del niño/a y del adolescente"**

NOTICIAS METROPOLITANAS es una publicación de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría.

El contenido de sus artículos no expresa, necesariamente, la opinión de los editores.

## EDITORIAL

## NUESTRA REGIÓN

Hace muchos años, apenas recibido, nuestro jefe, entusiasmado, nos entregó un formulario y nos llevó a una reunión que se hacía los segundos sábados de cada mes. Recuerdo que había quedado sorprendido al ver los altos estándares de calidad, compromiso y entusiasmo con los que los integrantes de la SAP hacían su trabajo. Por lo que, al convertirme en miembro e ingresar al espacio, jamás quise dejar de pertenecer al mismo.

La Región Metropolitana es un grupo de profesionales que trabaja de forma desinteresada para y por la salud de los niños, niñas y adolescentes. Las reuniones se realizan con esmero y cada grupo de trabajo se encuentra periódicamente para organizar jornadas, cursos, clases y otorgar becas. Además, se ha destinado un lugar al diálogo, para que juntos podamos encontrar una solución a la gran problemática en la que nos encontramos los profesionales de la salud en el país.

Integramos la Región Metropolitana, el Director Titular, la primera y segunda Directoras Asociadas, los Coordinadores y Representantes y una gran cantidad de profesionales presentes que trabajan siempre con nosotros. La Región abarca CABA, y el primer y segundo cordón del conurbano bonaerense dividido en tres distritos: Norte, Sur y Oeste.

Los grupos de trabajo son:

Editorial (que desde hace años es coordinada por el Dr. Carlos Luzzani), Educación Continua, Discapacidad, Observatorio de Salud, Ejercicio Profesional y Medicina Legal, Prevención de Lesiones, Crecimiento y Desarrollo, Medicina Interna, Ética, CEFEN, Pediatría Ambulatoria, Familia y Salud Mental.

Durante los años que pasaron, he conocido a una gran cantidad de integrantes que atravesaron diversas situaciones, y la Región se caracterizó siempre, por estar compuesta por profesionales con gran actitud de trabajo y principalmente por buenas personas.

Nuestro interés radica en que los niños, niñas y adolescentes tengan una vida sana. Para poder lograr el objetivo que anhelamos es necesario que los profesionales tengamos tiempo y una condición económica favorable, para formarnos y actualizarnos. Nuestro gran obstáculo es el maltrato moral y económico al que somos sometidos cada día en el que ejercemos nuestra profesión. Entre todos trabajaremos incansablemente para solucionar esta situación.

Nos seguimos reuniendo los segundos sábados de cada mes desde las 9 hs.

Están todos invitados a participar de este excelente grupo, del cual estoy feliz y orgulloso de pertenecer.

**Dr. Alberto A. Libanio**  
Director Titular  
Región Metropolitana

## COMUNICACIÓN CD SAP

**“Gramática y estilo.** Es necesario respetar las reglas del idioma empleado en la redacción y utilizar un estilo apropiado para la información científica. La SAP apoya la equidad, diversidad e inclusión en materia de género. A los fines exclusivos de facilitar la lectura, en la redacción utiliza el genérico tradicional, sin que ello represente jerarquías ni exclusiones.”



Por una niñez y  
adolescencia sanas  
en un mundo mejor



24 Y 25 DE AGOSTO 2023

## XV JORNADAS DE LA REGION METROPOLITANA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

"Niñez y adolescencia: desafíos y conductas en la  
nueva realidad"

Enfoque interdisciplinario: un faro hacia el futuro

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica

"Carlos A. Gianantonio"

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Modalidad Presencial

# XV Jornadas Región Metropolitana 2023

## “Niñez y adolescencia: desafíos y conductas en la nueva realidad” *Enfoque interdisciplinario: un faro hacia el futuro*

Estimados colegas y amigos:

En nombre del Comité Organizador, les doy una muy cordial bienvenida a las **XV Jornadas de la Región Metropolitana 2023**.

Celebramos poder realizar estas jornadas en una modalidad presencial. Vamos a compartir durante dos días intensos, variados temas de actualidad de la práctica pediátrica.

A través de mesas redondas, conferencias, sesiones interactivas, presentación de trabajos y simposios, nos actualizaremos y compartiremos experiencias en espacios de intercambio.

“**Niñez y adolescencia: desafíos y conductas en la nueva realidad**”, nuestro lema, nos invita a pensar en las dificultades, los nuevos escenarios y las “secuelas” que están hoy presentes, en nuestros pacientes, en las familias y en el equipo de salud, a partir de la pandemia de COVID, que sorprendió a toda la humanidad. En este escenario nos preguntamos: ¿cómo seguimos?

Desarrollaremos los distintos temas desde un “*enfoque interdisciplinario*”, que siempre nos enriquece y que ofrece al paciente –y a su familia– el mejor acompañamiento en distintas patologías, especialmente, aquellas más complejas.

Pensamos en el eje de estas jornadas, como “*un faro hacia el futuro*”, es decir, como una guía que oriente nuestras conductas, en este mar de desafíos diarios, por una niñez y adolescencia sanas en un mundo mejor.

Agradecemos a todos los que han dedicado su tiempo y trabajo para llevar adelante la organización de estas jornadas, y a todos los colegas que participarán en las actividades, con valiosísimos aportes y siempre con la mejor predisposición.

Con mucha alegría, los invitamos a participar y a disfrutar de las actividades de este encuentro, el 24 y 25 de agosto, en el Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica “Carlos Gianantonio”, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y deseamos que sea sumamente enriquecedor para todos.

**Dra. Dechiara Irene**

Presidente

XV Jornadas Región Metropolitana

# XV Jornadas Región Metropolitana 2023

## “Niñez y adolescencia: desafíos y conductas en la nueva realidad” *Enfoque interdisciplinario: un faro hacia el futuro*

**FECHA:** 24 y 25 de agosto de 2023.

**LUGAR:** Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica “Carlos A. Gianantonio”,  
Jerónimo Salguero 1239, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**INSCRIPCIÓN:** <https://www.sap3.org.ar/i2/clientes.php>  
*Inscripción sin cargo*

### **AUTORIDADES**

**PRESIDENTE:** *Dra. Irene Dechiara*

**VICEPRESIDENTE:** *Dr. Alberto Libanio*

**SECRETARIA GENERAL:** *Dra. Claudia Vaccarelli*

**SECRETARIA CIENTÍFICA:** *Dra. Mercedes Acuña*

### **OBJETIVOS:**

- Actualizar temas de interés frecuente para el pediatra y personal de salud, dedicados a la atención de niños, niñas y adolescentes.
- Jerarquizar el trabajo interdisciplinario, esencial en el abordaje de pacientes con patologías complejas.
- Abordar problemáticas vigentes en la realidad actual, relacionadas con la pandemia SARS Cov-2.
- Compartir experiencias relacionadas con dificultades y aciertos en el ejercicio profesional en la “Era COVID”.
- Priorizar siempre los derechos de niños, niñas y adolescentes, especialmente en infancias más vulnerables.

### **EJES TEMÁTICOS:**

- Neonatología.
- Neurodesarrollo
- Adolescencia
- Discapacidad y salud mental
- Prevención de lesiones
- Calidad y seguridad de atención del paciente
- Ejercicio profesional. Nomenclador
- Telemedicina
- Vacunas
- Derechos de niños, niñas y adolescentes

### **MODALIDAD:**

Presencial

- Mesas redondas
- Sesiones interactivas
- Conferencias
- Presentación y discusión de trabajos libres

### **DIRIGIDO A:**

Pediatras, neonatólogos, médicos en formación, psicólogos, trabajadores sociales, personal de salud dedicado a la atención y cuidado de niños, niñas y adolescentes.



# Encuentros Metropolitanos 2023



ACTIVIDAD PERTENECIENTE A LA RED NACIONAL DE EDUCACIÓN CONTÍNUA. OTORGA CRÉDITOS PARA LA RECERTIFICACIÓN.

## Temas:

- **Seguimiento del Recién Nacido Prematuro Extremo.**
- **Seguimiento del Recién Nacido Prematuro Tardío.**
- **Autismo para Pediatras.**
- **El niño, la niña y el adolescente en el deporte**
- **Cefaleas.**
- **Prevención de Lesiones.**
- **Alimentos seguros. Manipulación y conservación.**
- **Como estudiar a un niño en contacto con TBC.**



Los cuartos sábados del mes de 9:30 hs a 10:45 hs  
de Abril a Noviembre 2023

Por plataforma virtual Zoom

Informes e Inscripción:

[educacioncontinuarm@gmail.com](mailto:educacioncontinuarm@gmail.com)



# Sociedad Argentina de Pediatría



Por una niñez y  
adolescencia sanas,  
en un mundo mejor

## CURSO “ESTRATEGIAS PRÁCTICAS EN PEDIATRÍA AMBULATORIA”

**25<sup>a</sup> Edición. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde**

Desde el jueves 23 de marzo al 14 de diciembre de 2023

Horario: 10 a 12 horas

Modalidad presencial

140 horas docentes.

Forma parte de la Red Nacional de Educación Continua, SAP.

Región Metropolitana

Otorga 15 créditos para la recertificación.

Directora:

*Dra. Mercedes Manjarin*

Coordinadoras:

*Magalí Hamui, Ana Kannemann, Luciana Lombardo*

Colaboradores docentes:

*Dres. Miriam Bonadeo, Violeta Caputo*

### **Informes e inscripción:**

eppaelizalde2022@gmail.com

mmanjarin@tisistemas.com.ar

**INSCRIBITE****CURSO MODALIDAD ZOOM  
RED NACIONAL DE EDUCACIÓN CONTINUA**

# El ABC de la Medicina Legal para los Pediatras

**12 de abril al 27 de diciembre  
de 18.45 a 20 hs.**

*(2do. y 4to. miércoles de cada mes)*

**Coordina: *Dra. MERCEDES REGINA ACUÑA***

**Certificación:** Otorga **3 créditos** para el Programa de Mantenimiento de la Certificación de SAP.

**Organiza:** *Región Metropolitana y Subcomisión de Ejercicio Profesional.*

**▶ Fecha límite de inscripción: 7-4-23**

**▶ Informes e inscripción:  
<https://www.sap3.org.ar/i2/clientes.php>**



Por una niñez y  
adolescencia sanas,  
en un mundo mejor

## Actividades destacadas

La **Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría** presenta este espacio con el fin de resaltar a quienes han realizado actividades destacadas en otros ámbitos, reconociendo su pertenencia a la REGIÓN.

Felicitamos a la **Dra. María Cecilia Rizzuti** por todas las participaciones realizadas durante el año 2022, las cuales han permitido actualizar a la comunidad pediátrica sobre el tema de **Lesiones no intencionales** y optimizar la capacitación y los recursos a la comunidad en general. Son innumerables sus aportes, pero se nombrarán solo aquellos de mayor relevancia:

- En agosto fue convocada por OMS/OPS para participar como integrante de un proyecto sobre *“El relevamiento sobre ahogamientos en las Américas”*.
- En septiembre fue invitada a disertar en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires en el contexto de la *“Jornada de Cultura Preventiva en las Empresas”*.
- En octubre expuso sobre el tema *“Ahogamiento”* junto a otras pediatras de la Región en un curso organizado por la filial La Plata llamado *“Mejor prevenir que curar”*.
- En noviembre intervino en las 4tas Jornadas de la Región Patagónica Atlántica, hablando sobre *“Prevención de lesiones en el ámbito ambulatorio”*.
- En el mismo mes fue convocada por el Ministerio de Salud de Nación en representación del Comité Nacional de Prevención de Lesiones, junto a otros comités de la Sociedad, para elaborar un documento en conjunto sobre *“El mejor cuidado de los niños, colonias seguras”* dirigido a docentes y a aquellas personas que trabajan en lugares con menor accesibilidad e infraestructura, como clubes de barrio.

Igualmente felicitamos a la **Dra. María Florencia Barril** quien ha tenido a su cargo la promoción y organización de seis encuentros, en el período comprendido de mayo a julio del 2022, sobre el tema **Prevención de lesiones** dirigido principalmente a la comunidad pediátrica en formación. En uno de ellos disertó sobre *“Prevención de lesiones en el hogar”* junto a otros miembros de la Región Metropolitana.



De Izq. a der.: Dra. Cabrerizo y Dra. Dechiara

Un reconocimiento por la dedicación y esmero con que ha trabajado para que dichos encuentros fueran provechosos y pudieran extenderse con el fin de optimizar los conocimientos y recursos de este tema tan actual.

Además, informamos la participación de las **Dras. Silvia Cabrerizo e Irene Dechiara**, ambas miembros de nuestro Comité Regional de Prevención de Lesiones, en el 8º Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria, que tuvo lugar en la Ciudad de Mar del Plata, en noviembre de 2022.

En la Mesa Redonda *“Prevención de lesiones: ¿Qué podemos hacer desde el consultorio?”*, la Dra. Cabrerizo presentó *“Casos Clínicos para pensar en tóxicos”* y la Dra. Dechiara hizo lo propio con *“Tips de ahogamiento: qué debemos saber y qué debemos hacer”*. La actividad contó con una amplia concurrencia y un enriquecedor intercambio de opiniones y experiencias.

En el mismo Congreso, el Director Titular de la Región **Dr. Alberto Libanio**, integró la Mesa Redonda *“Oportunidades y deudas de los pediatras con la discapacidad”* disertando sobre *¿Cuándo y para qué el certificado único de discapacidad?*, esclareciendo un tema importante para el conocimiento de los pediatras.

Es un orgullo para nuestra Región que sus integrantes hayan podido alcanzar sustancial mérito en temas tan actuales otorgándole un lugar crucial en la agenda pediátrica.

**¡Felicitaciones a todos ellos!**

## SOBRE EL EJERCICIO PROFESIONAL Y DEMÁS YERBAS

### “Saluditos al billete de 2000 pesos...”

**Dra. María Cecilia Rizzuti**

Médica Pediatra

Dijo el Dr. Gianantonio: *“La pediatría es una actividad humilde. Se trata de gente que quiere hacer algo y hacerlo bien y se siente feliz de hacerlo. Cuidar a los niños pequeños tienen efectos enormes sobre el futuro del individuo”.*

Hace algunos añitos, cuando decidí ser médica, tenía en mente una idea romántica de mi futura vida como profesional, basada en quien, en ese entonces, era una persona importante en mi familia, mi Pediatra.

Sus intenciones y dedicación eran indiscutibles, su empatía un regalo con el que contábamos.

Al entrar a la facultad de Medicina, nuestra querida UBA, empezó a caerse el velo rosa: empezaron las muestras gratis de lo que el costo de nuestra formación sería: filas interminables para inscribirse en las materias, baños inmundos, vidrios rotos en pleno invierno, ascensores que no funcionaban para subir al piso 14.

Llegamos a la residencia compitiendo ferozmente porque nuestra formación es muy importante.

Esta etapa tiene la enorme, intransferible responsabilidad, de formar al médico como profesional, pero ¿dónde nos formamos como trabajadores que defienden sus derechos?

Creo que esa sutil omisión es el origen del desastre.

Guardias interminables, lugares con infraestructura deficiente, sobrepoblación de pacientes, pagos irrisorios, situaciones de contratación por fuera del marco legal ...

Una variopinta sumatoria de pequeños maltratos, insignificantes en lo individual, pero eficientes en lo colectivo para generar, por su acumulación, un estoicismo mal entendido, que no se relaciona a la vocación ni a la entrega al prójimo, sino que está más próximo a la falta de autoestima que al heroísmo.

Vi cambiar gente ante mis ojos: de excelentes, dedicados profesionales a indiferentes robots cuya camilla me representaba el mostrador del supermercado: el paciente entraba y salía sin ninguna impronta de ese encuentro humano que pudo haber sido tan enriquecedor.

¿Quién puede ser dedicado y entusiasta sobreviviendo con tres trabajos? (trabajando de médico, aclaro, una profesión desgastante desde lo físico y lo emocional).

La pandemia resultó un punto de inflexión:

- Empezar a trabajar sin elementos de protección (empezaron a circular los tutoriales “hacé tu propio camisolín”). En casa construimos nuestras máscaras y fabricamos otras para nuestros amigos, tan desamparados, asustados y expuestos como nosotros.
  - Consultorios cerrados, con secretarios pagos.
  - El famoso “bono” ... que prefiero ni recordar.
  - Gente que nos echaba de los edificios.
  - Recibir insultos por informar hasta el cansancio sobre un virus desconocido que nos requirió una actualización diaria y agotadora.
  - Ser acusados de corruptos por promover la vacunación.
  - Trabajar con barbijo, protección ocular, máscara, estar en riesgo real ante pacientes aterrizados... los mismos horribles, inhumanos 15 minutos, porque, o se atiende cada 15 con las tarifas vigentes o no se sobrevive.
  - La teleconsulta, tan acto médico como la presencial, pagada al 70% de la limosna que las prepagas pagan, viendo las caritas de mis pacientes, escuchando sus relatos me sentí un poquito menos aislada.
- Los médicos cobramos sueldos que generan ataques de risa a contadores, empleados de la AFIP, camioneros, abogados, participantes de

“Gran Hermano” ... a casi todos menos a nosotros mismos.

Recibimos pagos por consulta que, traspolados a lo cotidiano, no alcanzan a pagar 2 potes de queso crema (grandes, aclaro, no quiero ser injusta).

Un colega me dijo *“qué triste es que, cuando salga el billete de 2000, con las imágenes de Cecilia Grierson y Ramón Carrillo, no va a corresponder, en la mayoría de los casos, al valor de la hora médica”* ...

Nosotros trabajamos con personas diferentes, con patologías diferentes, por lo cual los tiempos de atención son impredecibles. A esto se suma que la medicina no puede (ni debe) garantizar resultados... pero la violencia, tan instalada en nuestra sociedad, parece la respuesta a todo y estalla ante la demora en la atención o el resultado adverso...

Entonces recibimos presiones, insultos, golpes, destrozos de guardias ... que siguen sucediendo sin protección alguna.

Como resultado de todo esto la generación joven decide, con una marcada auto preservación, no estudiar medicina o, en caso de asumir eso

que ven como muy descabellado como proyecto laboral, asumir especialidades con más remunerativas, con menos carga horaria y menos riesgo físico.

Este año las residencias, por las que todos competíamos fieramente se ocuparon en un 30 %.

¿Alguien adivina el futuro de nuestra tan amada medicina y a nosotros como pacientes cuando desaparezcamos de la escena laboral los que aún resistimos sobre el precipicio agarrados del estetoscopio como si fuera una liana?

La Pediatría es una especialidad maravillosa, llena de sorpresa, de asombro, de creatividad, de juego, de amor, porque así son los niños.

Ellos y sus familias nos necesitan sanos, empáticos, pacientes y bien formados.

Los Pediatras queremos seguir asombrándonos, amando nuestra profesión, capacitándonos y disfrutando de ese encuentro que puede cambiar vidas (las de nuestros pacientes y las nuestras, por qué no).

Para eso necesitamos condiciones dignas de trabajo.

¿No será tiempo de unirnos, cuidarnos y dejar la mansedumbre?



# ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES POCO FRECUENTES

*“Si oyes ruido de cascos ... piensa no solo en caballos,  
también pueden ser cebras y otros animales”.*

Adaptación del autor de este artículo del proverbio chino original y otros.<sup>1</sup>

**Dra. María del Carmen Martínez Perea<sup>a</sup> y Lic. Elida Mattarozzi<sup>b</sup>**

## RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo brindar información general desde la Atención Primaria de la Salud, de pacientes con Enfermedades Poco Frecuentes<sup>2</sup> (EPOF) y temas conexos relacionados en su diagnóstico, abordaje y seguimiento.

La presunción diagnóstica en estas patologías implica diferentes estudios y derivación a centros de referencia para lograr la certeza etiológica y tratamiento precoz.

La falta de su visibilización lleva a demoras en su diagnóstico, y cifras cercanas al 41 % de estos pacientes, no reciben tratamientos, y/o reciben tratamientos inadecuados.

No siempre se llega al diagnóstico específico, pero los roles del Pediatra y del especialista son importantes para el abordaje y seguimiento interdisciplinario. Estas enfermedades no se curan, pero pueden implementarse otras alternativas terapéuticas y paliativas

Los Agentes de Salud implicados debieran tener una comunicación fluida con el paciente, su familia en un contexto particular, y con los demás Agentes de Salud (ADS) implicados, a fin de constituir un Equipo tratante centrado en el Paciente (PAX) en su contexto.

Esta modalidad permite conformar una Red de Sistemas terapéuticos integrales que beneficia al paciente, su familia, y responder a las necesidades socio sanitarias desde la Atención Primaria de Salud, y efectivizarlas a través de Políticas Públicas.

## INTRODUCCIÓN

Las EPOF se conocían como enfermedades raras/enfermedades huérfanas por ser de escasa frecuencia, no porque las personas sean raras. Este término se acuña alrededor de 1980 en Estados Unidos, para abordarlas y lograr tratamientos con los denominados “medicamentos huérfanos”.<sup>3</sup>

Una enfermedad es rara al tener una prevalencia igual o menor a 1 caso cada 2.000 habitantes, según la ley argentina.<sup>1</sup> La prevalencia en la población mundial es entre un 4 a 6 % del total de la población. En nuestro país, al extrapolar estos valores e indicadores de estimación representarían cerca de tres millones seiscientos (3,6 millones), según los indicadores de estimación en población en el año 2021 del INDEC, es decir 1 de cada 13 personas, con un promedio de 1 de cada 4 familias.

El 80 % de ellas son de origen genético, requiriendo derivación a Servicios de Referencia Pediátricos, de Genética para estudio y consejo oportuno.

Las EPOF poseen diversidad clínica, en ocasiones multisistémicas y heterogeneidad genética, identificándose más de 7.000 enfermedades, pero requieren de investigaciones, para lograr diagnósticos, terapéuticas acordes a cada patología; ya que es menor el número de enfermedades que se está investigando.

Estas enfermedades aparecen en distintas etapas de la vida, aunque la mayoría aparecen en

a. Magister, Médica, Neurología Pediátrica. Hospital SAMIC Cuenca Alta N.K Cañuelas. Pcia. de Buenos Aires. Región Metropolitana, Sociedad Argentina de Pediatría.

b. Licenciada en Psicología. Región Metropolitana, Sociedad Argentina de Pediatría.

la infancia, pero pueden llegar a la adultez, con diferentes grados de compromisos, o fallecen en diferentes edades.

La gran mayoría son complejas, evolucionando a la discapacidad. Y cerca de un 65% son crónicas, presentan habitualmente, compromiso del Sistema Nervioso Central comprometiendo a los niños en un 50 % y son causa de muerte precoz en la infancia.

En la consulta pediátrica, frente a patologías complejas, o síntomas banales reiterativos o procesos discapacitantes se debe realizar interrogatorio sobre los antecedentes heredofamiliares, pues pueden presentarse en diferentes edades y con heterogeneidad clínica.

Las EPOF se caracterizan por el retraso en su diagnóstico, frecuentemente por las dificultades de este o por desconocimiento, por lo cual, se debiera sospechar cuando se consideren patologías que no parecieran estar incluidas en las prevalentes, siendo necesario interrogar, ampliar el conocimiento de sus síntomas.

Dadas las constantes actualizaciones, estas patologías están sujetas a recomendaciones, consensos que el lector podrá consultar en otros artículos especializados.

Actualmente las EPOF presentan un incremento relativo, dados los progresos técnicos científicos, que contribuyen a diagnósticos temprano, bioquímicos, moleculares, con confirmación genética específica, incluso desde la época neonatal, para permitir un mayor conocimiento de estas e implementar tratamientos más efectivos.

No obstante, es muy frecuente que estas enfermedades tengan un diagnóstico tardío, ya sea por desconocimiento o falta de recursos; que puede devenir en un agravamiento del cuadro.

Dada la mayor vulnerabilidad de este grupo de pacientes, se observa el deterioro tanto físico, como psicoemocional no sólo del mismo sino también de su entorno más cercano (la familia conviviente), requiriendo un Cuidador Principal generalmente rol desempeñado por la madre o familiar femenino más próximo.<sup>4</sup>

Este trabajo tiene implicancias psíquicas y físicas sobre el CP, que deben ser consideradas desde la AP, reconociendo los signos y síntomas incipientes para prevenir su claudicación, y la sobrecarga relacionada.

Otro aspecto primordial es no olvidar que el Niño, Niña Adolescente (N/NyA) **con discapaci-**

**dad es primero un niño;** que padece estas patologías y otras, requiriendo controles habituales, vacunas, y diversas necesidades pediátricas en cada etapa. Ellos están inmersos en un contexto particular, físico-psico-emocional-con sus valores-creencias-cultura; conformando situaciones vivenciales transversales vitales, con un marco bioético específico para cada estadio de su enfermedad, y situación temporal. Esto imposibilita la elaboración de reglas generales.

En nuestro país el marco legal incluye Leyes (EPOF N° 26.689) y posteriores Resoluciones, Reglamentada, y el Listado de las EPOF, evidenciando la presencia de Políticas Sanitarias para su diagnóstico, Abordaje, Seguimiento y Cuidado (ASETRAC). En ellas se consideran afecciones graves, que requieren mayores y costosos recursos en terapias de apoyo y en sus tratamientos sustitutivos.<sup>5</sup>

## 1. ¿POR QUÉ LAS EPOF SON IMPORTANTES DESDE LA APS?<sup>6</sup>

Porque el pediatra de cabecera (PedC) desde APS conoce al niño, sabiendo que es único y que vive en un contexto particular y que debe abordar su salud de modo integral. El PedC se enfrenta con enfermedades de origen incierto, que tal vez desconozca. Este hecho no disminuye su importancia, a pesar de que sean de baja prevalencia.

La individualización de estas patologías es debido a que en los últimos años estas enfermedades tienen una mayor relevancia sanitaria y social, requiriendo un pronto abordaje, tratamiento y asesoramiento genético familiar.

Los diagnósticos son complejos, se retrasan y presentan diferentes tipos y grados de invalidez y dependencia.

Los pacientes llegan, no siempre, a la certeza de su enfermedad, luego de diversas consultas y penosas experiencias. En ocasiones se alcanza un diagnóstico sugestivo, sindromático, y otras veces de certeza al lograr estudios más específicos y genéticos, dependiendo de la disponibilidad para efectivizarlos que puedan realizarse en establecimientos públicos o ser autorizados por las coberturas en salud.

Estas patologías son importantes porque el tiempo entre los primeros síntomas y el diagnóstico, significa pérdida de funciones: sensoriales,

motoras, cognitivas, viscerales, además de las repercusiones emocionales, sociales, familiares, económicas en su entorno y en Salud Pública.

El pediatra, desde la APS debe visibilizar, participar en forma adecuada, continua y coordinada con los demás efectores de la Salud para mejorar la calidad de vida del niño en su contexto e intervenir en su prevención.

## 2. ¿POR QUÉ LAS EPÓF REQUIEREN ABORDAJE, SEGUIMIENTO, TRATAMIENTO Y CUIDADO (ASETRAC)?

Porque las EPOF y las anomalías congénitas son la **causa de mayor mortalidad en niños menores de 5 años**. En la 63ª Asamblea Mundial de la Salud, 2010, se resuelve disminuir las dos terceras partes entre 1990 y 2015 la mortalidad de niños en ese sector etario en los países miembros. En casi la mitad de los casos el retraso en diagnóstico es pérdida de vida, y de calidad de vida.

A pesar de la baja prevalencia, se les atribuye el 35 % de las muertes antes del 1º año de vida; el 10 % entre 1 a 5 años y el 12 % entre los 5 a 15 años.

Por tal motivo se debe abordar y tratar en forma integral la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de ellas al considerarlas uno de los “*Núcleos Duros*” que causan la mortalidad infantil.

El abordaje de estos NNyA tan vulnerables es un imperativo ético-moral, sanitario, siendo un derecho humano el acceso a la salud Integral insoslayable, por lo cual requieren de un trato digno, por ser persona humana y por tener derechos sin distinción alguna.

Los pacientes sin diagnóstico específico tienen requerimientos que, en las patologías crónicas no evolutivas, en numerosas ocasiones se dejan de lado, no priorizando controles, vacunas, acompañamiento tanto al niño como su cuidador principal.

Frente a los constantes adelantos técnico-científicos es recomendable la capacitación de los profesionales con participación no solo de médicos, sino también de profesionales de los equipos interdisciplinarios en áreas de la salud, educación y otros campos implicados en pacientes con EPOF.

El derecho a la salud nos permite tener un

acceso en calidad, calidez y cantidad al sistema de salud, cuando sea necesario y es para todos, estando el estado obligado a garantizarlo.<sup>7</sup> La protección de las personas debe estar toda vez que se vulneren los derechos fundamentales, donde se encuentra incluido el de la salud.

En este artículo mencionaremos nuevas reglamentaciones producto del trabajo colaborativo entre el Ministerio de Salud Nación Argentina (MSAL), profesionales involucrados, iniciativas de asociaciones de pacientes, compromiso de laboratorios que, en el marco de programa de Enfermedades Poco frecuentes, que plasman el trabajo en resoluciones beneficiando a los pacientes, y mencionamos la reciente resolución, que se extiende a pacientes con cobertura diversas (pública, privada, obra social).

El cuidado involucra los Cuidados Paliativos, las intervenciones a través de redes integradas, centradas en la persona, no solo desde lo médico, sino de lo funcional y social, según grado de dependencia. El cuidado expresa una cultura sanitaria centrada en la persona más vulnerable.

Las diferentes Asociaciones, Federaciones médicas y de padres, hacen posible considerar estas enfermedades como prioritarias en sus agendas sanitarias. Este hecho motiva celebrar el 28 de febrero como el día de las Enfermedades Raras desde 2008, siendo el actual lema para 2023: “*Somos muchos, somos fuertes y estamos orgullosos*”.<sup>8</sup>

## 3. ¿CUÁL ES EL IMPACTO DE LAS EPOF?

Las enfermedades de baja frecuencia impactan de diferentes formas y grados según los diferentes escenarios. Estos parecieran impactar no solo en la economía sanitaria (métodos diagnósticos, terapias, medicamentos) sino primordialmente en la calidad de vida del paciente y su familia. La repercusión a nivel económica sanitaria se relaciona con los recursos finitos de la Salud, al asociarse a un costo elevado su abordaje, seguimiento y tratamiento (crónicos, complejos, no curativos).

El impacto relacionado con el contexto familiar conviviente, es mencionado en diferentes estudios, repercutiendo en una sobrecarga subjetiva y física sobre los cuidadores familiares. El cuidador primario, es en general desempeñando

por su madre, o familiar cercano, y es necesario también el cuidado de ellos (**“cuidar al que cuida”**) a fin de prevenir patologías físicas y también psicológicas. Este impacto fue ampliamente descrito al estudiar a pacientes con enfermedades genéticas, y a sus cuidadores (Gargiullo, Marcela, Pitié Salpetrière, Francia entre otras), en exposiciones en Sociedad Argentina de Pediatría desde el Grupo de Trabajo de Discapacidad, Comité Regional de Discapacidad, Subcomité de Ética, en conjunto y en otras Conferencias, con el autor.<sup>9</sup>

El costo en la atención de salud es difícil de precisar al depender de la patología, del lugar de residencia, posibilidades accesibles, coberturas sanitarias, entre varias. M. Hovagimian menciona las características de las patologías nombradas como catastróficas relacionándolas con el impacto económico (anteriormente descrita por Tobar).

Es necesario considerar las consecuencias negativas de estas enfermedades, de baja prevalencia, sus prioridades, y la necesidad de establecer en forma eficiente organismos que garanticen, en forma continua, su atención.

Por otro lado, mencionamos el Impacto emocional al momento del diagnóstico a sus padres/convivientes, sumado a la sobrecarga subjetiva y física del cuidador.

#### **4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS PLANTEADOS DESDE EL CUIDADOR/ FAMILIA DE PACIENTES CON EPOF**

Para una familia el tener un miembro con una enfermedad poco frecuente resulta no solo un problema complejo sino también una dificultad para conectarse y adaptarse a su medio ambiente. No basta con aceptar una circunstancia completamente desconocida y saber que en la mayoría de los casos ni siquiera tiene un pronóstico claro o probabilidad de tratamiento. Este hecho implica también un conflicto con el entorno que permanentemente se asombra o incluso a veces se molesta por las características de la persona que tiene una enfermedad poco frecuente.

No se entiende lo que no se conoce; y no

todos se predisponen para poder escuchar y aceptar las características de esta situación o, por el contrario, algunos permanentemente están cuestionando, averiguando que pasó, como, porque, a qué se debe.

Todos tienen una opinión al respecto, para todos es sencillo opinar.

Mientras tanto los padres o el mismo niño tienen que sumar a su propia tarea de cuidarse, de encontrar y sostener tratamientos, una especie de permanente cuestionamiento del entorno.

Algunas de estas enfermedades son discapacitantes y por eso aparecen como enfermedades frente a los demás; sin embargo, hay otras que no son advertidas en lo cotidiano pero que afectan órganos o sistemas y por ende necesitan también de tratamientos o de conductas especiales a seguir.

El desconocimiento de estas enfermedades por parte de los profesionales hace que a veces sean confundidas con patologías más habituales, pues muchos de los síntomas son adjudicados a otras enfermedades, no llegando a sospechar diagnósticos complejos difíciles y a veces inaccesibles.

El grado de afectación de cada enfermedad en cada paciente también modifica su condición de vida claramente y la reacción de su entorno. Frente a la falta de respuesta médica, muchos padres deciden iniciar su propio recorrido.

Más allá de los profesionales y con la facilidad que hoy permiten los medios digitales, realizan sus propias investigaciones corriendo el riesgo de acceder a tratamientos milagrosos y poco comprobables en la esperanza de encontrar la solución para el problema.

De ahí la importancia que adquiere el vínculo entre el paciente y el médico de cabecera una relación de confianza mutua que permita establecer los límites de las medidas a tomar de común acuerdo priorizando siempre el bienestar del paciente.

Es tarea del Pediatra, médico de cabecera, no perder este vínculo con los padres, no perder tampoco información en el recorrido que estos hagan manteniéndose comunicado con todos los especialistas intervinientes y al tanto de todas las propuestas terapéuticas, ya que es fundamental que actúe como pilar para el sostén de las decisiones que la familia tenga que tomar.

## CONCLUSIONES

- Desde la Atención Primaria de la Salud, se debiera brindar durante el ASETRAC<sup>x</sup> centrado en la persona y su contexto un trato digno del cuidado en la persona afectada; y en su familia, incorporando al cuidador principal; independientemente del grado de autonomía funcional y estadio de su enfermedad.
- A fin de mejorar la calidad de vida de los NNyA con EPOF, se deben implementar redes integrales, interdisciplinarias, con comunicación fluida al hospital de día más cercano a lugar de residencia del paciente, para que pueda derivarse, y realizar todos los controles habituales, del paciente en su contexto.
- Los tratamientos adecuados por la patología deben ser conocidos por los pacientes y sus familias, como así también transmitirles (consentimiento informado) las posibilidades reales de eficacia, al momento actual y efectos adversos.
- En las EPOF se requiere la participación y formación de los profesionales para involucrarse en el estudio de estas enfermedades para llegar a visibilizarlas y orientar Abordaje diagnóstico y seguimiento para promover el cuidado integral de los pacientes y sus familias.
- Si no es posible por diferentes razones, derivar a sectores especializados y/o consultores que conozcan y estén en condiciones brindar esta modalidad de atención.
- El cuidado centrado en el paciente y su familia, es plasmar el Derecho a la Salud en la célula de la sociedad; siendo un enfoque integral, inclusivo y efectivo en el Sistema Integral de Salud.

## Referencias

- <sup>1</sup> Proverbio chino original: «Si escuchas el ruido de cascos, piensa en caballos, no en ... cebras». Esta frase fue adaptada por el autor de este artículo, a la generalidad de las EPOF, pues existen diferentes animales que provocan el ruido de cascos al galopar, no solo los caballos. Anteriormente sufrió otras acepciones similares. Se destaca la del investigador en Tumores Neuroendocrinos, por ser enfermedad infrecuente, silenciosa con diagnóstico tardío con síntomas generalmente confusos e imprecisos.
- <sup>2</sup> **Enfermedades Poco frecuentes:** se utiliza el acrónimo **EPOF/ER** (Enfermedades Raras) en literatura médica; figurando en Aspectos legales actuales, en Argentina como **EPF**.
- <sup>3</sup> **Medicamentos Huérfanos (MH)**, término acuñado por Althus en 1980, por ser medicamentos que podrían tener acción terapéutica, pero sin poderse comercializar, por su rareza en la aplicación y dificultosa comercialización. En 1983 USA aprueba el término de Orphan Drug, relacionado posteriormente con diferentes fármacos, prótesis, agentes biológicos destinadas al tratamiento de ER.
- <sup>4</sup> **Cuidador Principal (CP):** persona que brinda apoyo diario y asistencia múltiple a persona con enfermedad, con diferentes grados de autonomía y dependiente de otra persona. Es habitualmente ejercido por una persona cercana, frecuentemente familiar, una mujer, y en NNyA la madre/abuela. Para la OMS el CP *“es la persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel responsable en un sentido amplio está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta”*.
- <sup>5</sup> Para reglamentaciones, Decretos, Resoluciones, leyes consultar en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/buscar>.
- <sup>6</sup> **Atencion Primaria de la Salud:** Para la OMS- Unicef: *“es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”*.
- <sup>7</sup> **Derecho a la Salud.** Apartado 33, derecho a la salud con los tres niveles de obligaciones a los Estados: Deber de Respetar; obligación de Proteger; obligación de Cumplir.
- <sup>8</sup> **Rare Disease Day.** <https://temasdeenfermeria.com.ar/wp-content/uploads/2023/01/enf.-raras-2023-1.jpg>
- <sup>9</sup> Gargiullo Marcela, Conferencia en Centro Gianantonio, octubre 2017; Conferencia 4° Congreso Nacional de Discapacidad: *Comunicación diagnóstica*, (2021).
- <sup>10</sup> **ASETAC:** Abordaje seguimiento, Tratamiento y Cuidado.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bergel S. Responsabilidad social y salud. *Rev. Bras. Bioética*. 1969;2(4):1-4. doi:10.26512/rbb.v2i4.8014
- Comité Editorial. Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. *Enfermedades raras, un problema de Salud Pública*. Boletín Temas de Salud, Año 16. N° 142. Marzo 2009.
- Czubaj F. Los tratamientos médicos que enferman a la economía familiar. *Diario la NACION*. /www.lanacion.com.ar/1806107-los-tratamientos-medicos-que-enferman-la-economia-familiar. Published June 30, 2015.
- Del Valle M. Dilemas éticos en el uso de medicación de alto costo. In: Buenos Aires - Argentina; 2017:16. [https://www.sap.org.ar/docs/congresos\\_2019/39\\_Conarpe/Miércoles/Del\\_Valle\\_dilemas](https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2019/39_Conarpe/Miércoles/Del_Valle_dilemas)
- DELS, Donato N. Derecho a la Salud intramuros. *Rev Derecho y Salud | Univ Blas Pascal*. 2020;(5):279-287. doi:10.37767/2591-3476(2020)32
- Dirección de Medicamentos Especiales y Alto precio, Dir. Nacional de Medicamentos y Tecnologías Sanitaria, Ministerio de Salud. Argentina. *Derribando Mitos sobre las Enfermedades Poco Frecuentes*. 2022:10. [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/Derribando\\_mitos\\_sobre\\_las\\_Enfermedades\\_Poco\\_Frecuentes.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/Derribando_mitos_sobre_las_Enfermedades_Poco_Frecuentes.pdf).
- European Organization for Rare Diseases (EURORDIS). 2005. "Rare Diseases: Understanding this public health priority". Disponible en: [https://www.eurordis.org/IMG/pdf/princeps\\_document-EN](https://www.eurordis.org/IMG/pdf/princeps_document-EN).
- FADEPOF. Estudio ENSERio LATAM/contribuciones de Luciana Escati Peñalosa et al; Totana: ALIBER- Alianza iberoamericana de Enfermedades Raras o Poco Frecuentes: *Estudio sobre situación de Necesidades Socio sanitarias de las personas con enfermedades raras en Latinoamérica*. Libro Digital, CABA, 2022. 2022060612071772149.pdf (fadepof.org.ar)
- González-Lamuño D, García Fuentes M. Enfermedades raras en pediatría. *An Sist Sanit Navar* 2008;31(Supl. 2):21-9.
- Grau G, Fernández Hawrylak M. Familia y enfermedad crónica pediátrica Family and chronic paediatric illness *An. Sist. Sanit. Navar*. 2010;Vol. 33:Nº 2, mayo-agosto.
- Hernán Abarca-Barriga H, Trubnykova M, Castro Mujica M del C. Management of Genetic Diseases: Present and future. *Rev Fac med Hum*. 2021;Abril 2021(21(21(2))):400-416. doi:http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i2.3626.
- InfoLEG. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos P de la N. *Servicios Infoleg. Instructivo Para Presentación de Caso Ante La Comisión Nacional Para Pacientes Con Diagnostico Confirmado de Atrofia Muscular Espinal Para Evaluación Del Cumplimiento de Pautas Para Cobertura de Nusinersen*. Buenos Aires - Argentina; 2019. doi:IF-2019-84242107-APN-SRYGS#MSYDS Servicios Infoleg.
- Legislación en Salud Argentina. *Convención de los Derechos del Niño*. <https://legislar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migracion/html/1471.html>
- Laspiur S. Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, modelo MAPEC/Sebastián Laspiur; Gabriel González. 2a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. *Redes*, 2016.137 p.; ISBN 978-950-38-0238-0 1.
- Loureiro JC. *El Derecho a La Protección De La Salud Y Vulnerabilidad. Seminario Regional sobre Políticas Publicas de Protección Integral en la Primera Infancia*. Panamá.; 2018. doi:10.2307/j.ctt22p7hcq.9
- Martínez Perea M del C, Mattarozzi E. APS en niños, niñas y adolescentes con discapacidad. *Rev Reg Metrop*. 2021;XXXII(diciembre):18-25. [https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_noti-metropol-82-12-21\\_1638900120.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_noti-metropol-82-12-21_1638900120.pdf).
- Martínez Perea MC. *Enfermedades Neuromusculares Infantojuveniles: Niveles de Sobrecarga del Cuidador y correlaciones con las edades maternas y del paciente*. In: 50° Congreso Argentino de Neurología Suplemento 2013. *Trabjos Libres N°339* [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Neurología; 2013.p.127-8. Available from: <http://www.sna.org.ar/web/Suplementos/2013/files/assets/basic-html/page127.html>. Trabajo de investigación en Tesis de Ética Biomédica. 2016.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. *Canasta de Medicamentos Fibrosis Quística*. DISPO 2/2022.[https:// InfoLEG. 2022:2](https://InfoLEG.2022:2).
- Ministerio de Salud Nación. OMS. OPS: *Cobertura Universal de SALUD: Presidencia de la Nación. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Manejo integral en el primer nivel de atención*. 2017.
- Ministerio De Salud Nación. Resolución 1892/2020: Programa Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes y Anomalías Congénitas. 2020. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolucion-C3%B3n-1892-2020-344245/texto>.
- <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-la-salud>.
- Ministerio Salud Nacion: El Estado garantiza el acceso al tratamiento de la Atrofia Muscular Espinal (AME) mediante una estrategia de riesgo compartido. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-estado-garantiza-el-acceso-al-tratamiento-de-la-atrofia-muscular-espinal-ame-mediante>. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-estado-garantiza-el-acceso-al-tratamiento-de-la-atrofia-muscular-espinal-ame-mediante>.

- Ministerio De Salud Nación. Resolución N° 641/2021. Resol-2021-641-APN-MS. *Listado de las EPOF*. 2021. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/347054/res641>.
- <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-641-2021-347054>
- Perea Aceituno MD, Dueñas Cañas CA, Agra Varela Y, Palau Martínez F, Aparicio Azcárraga P. *Día Mundial de Las Enfermedades Raras*. Vol 96; 2022. <https://www.diainternacionalde.com/ficha/dia-mundial-enfermedades-raras>
- Sannié T, Destombes C. Guide parcours de santé des personnes malades chroniques. [im]Patients, *Chroniques Assoc*. 2016. doi:www.chronicite.org.
- Secretaria de Gobierno de Salud. Argentina. Ley 26689. Normas que la modifican. 2022:1-8. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26689-185077/normas-modifican>.
- <https://www.telam.com.ar/notas/202002/436035-se-estima-que-el-8-de-la-poblacion-tiene-alguna-de-las-8000-enfermedades-raras-identificadas.html>.
- UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño. *Unicef*. 2006:44. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.html>. Accessed August 31, 2017.
- <https://www.telam.com.ar/notas/202002/436035-se-estima-que-el-8-de-la-poblacion-tiene-alguna-de-las-8000-enfermedades-raras-identificadas.html>.
- WHO. Unicef. A vision for Primary Health Care in the 21 st Century. Towards universal health coverage and teh sustainable Development Goals. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15> <http://www.pocofrecuentes.org.ar/>



## Los cuentos infantiles en Pediatría

# CUENTOS PARA ACOMPAÑAR PROCESOS

**María Paula Gerardi**

Lic. en Psicología • mariapaulagerardi@gmail.com

Leer y escribir cuentos es un recurso maravilloso para acompañar procesos de cambios y situaciones que se atraviesan durante la infancia y la adolescencia.

Los cuentos conectan a los niños con diversas experiencias, conflictos y emociones de manera indirecta. A través de la identificación con los personajes, el uso de metáforas y de símbolos facilitan la elaboración de procesos que son parte del crecimiento y también de situaciones traumáticas.

Podemos pensar dos tipos de situaciones en la escritura y creación de cuentos:

- **Cuentos que pueden escribir los niños, los adolescentes y los adultos sobre una situación traumática que sucedió y que ayudan a elaborarla**

Según Mónica Bruder\* el cuento terapéutico es un cuento escrito a partir de una situación traumática que concluye con un final positivo. Permite recrear una situación dolorosa y resolverla positivamente.

Algunos ejemplos de situaciones en las que puede ser beneficiosa la escritura de cuentos son pandemias, accidentes, pérdidas repentinas de seres queridos, abusos, violencia, enfermedades graves, robos, incendios, guerras, inundaciones, tornados, etc.

- **Cuentos que crean los adultos para acompañar y ayudar a elaborar situaciones de cambio que sucedieron o van a suceder**

Por ejemplo: mudanzas, nacimiento de hermanos, intervenciones médicas, miedos, separación de los padres, duelos, inicio del jardín o la primaria, viajes, dejar el chupete, destete, dejar los pañales, dormir solo, etc.

Según Susan Perrow\*\* todos los cuentos son potencialmente terapéuticos. La experiencia de

escuchar un cuento, más allá del contenido, puede ser sanadora. Según está autora existen determinados cuentos que pueden colaborar en la sanación de situaciones específicas, estos se definen como cuentos terapéuticos.

Para que esto se produzca es importante la presencia de un adulto que esté realmente presente, que conecte con ese niño desde el amor, que lo sostenga emocionalmente para que pueda sumergirse en ese momento mágico, ese espacio transicional, que se produce entre ambos al narrar un cuento.

### Un ejemplo de escritura de cuento sanador

Un familiar consultó porque su hijo manifestaba miedo a su mascota, un gato que recientemente había llegado a la casa.

Se les propuso escribir un cuento sobre un gatito que llegaba a una casa y sentía temor frente a todo lo nuevo.

En el transcurso de la historia el personaje va haciéndose amigo del nene que vive ahí, realizan travesuras juntos y de a poco el gatito enfrenta sus miedos.

A partir de este cuento el niño pudo empezar a acercarse al gato y generar un buen vínculo con él.

La creación de cuentos para acompañar procesos puede transformarse en un excelente recurso para las familias, los docentes y los profesionales de la salud que trabajan con infancias.

A su vez puede facilitar y acompañar profundos procesos de sanación funcionando como un bálsamo ante situaciones traumáticas.

En los siguientes artículos veremos recursos para crear cuentos terapéuticos y ejemplos concretos de cuentos para abordar diversas situaciones.

\* Mónica Bruder. Escritura y cuento terapéutico. Editorial Hormé

\*\* Susan Perrow. Cuentos sanadores. Editorial Ing.



## Historia de nuestros hospitales

# HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

**Dra. Viviana Soligo**

Médica Pediatra

### EL HOSPITAL QUE NACIÓ CON LA PATERNAL

El Hospital Torcuato de Alvear se encuentra en la zona norte de la Ciudad de Buenos Aires, en el actual barrio de La Paternal

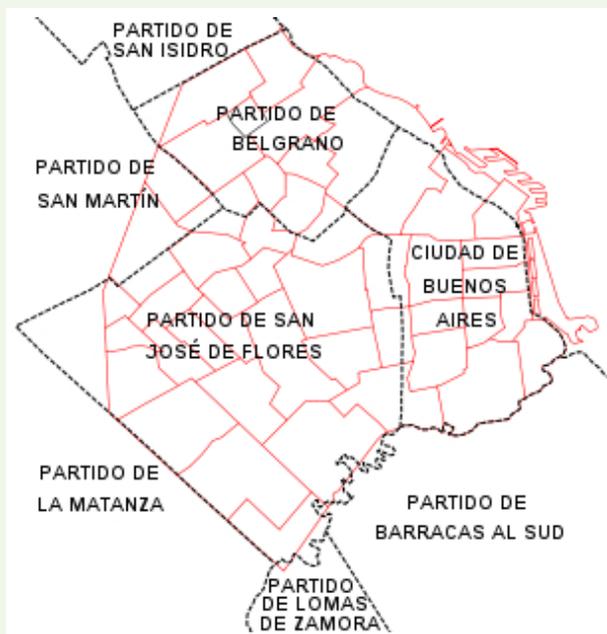
El motivo que llevó a construir el centro sanitario fue que hacia el año 1900 el 25 % de las camas de los hospitales eran para pacientes considerados crónicos.

En 1858 se dictó una ordenanza en la Ciudad por la cual se prohibía la mendicidad, y los que ejercieran la misma serían trasladados al Asilo de Mendigos inaugurado el 17 de octubre de 1858. Hasta agosto de 1859, se encontraban alojados ciento cincuenta y siete personas de las cuales dos de cada tres eran extranjeros, con mayoría de españoles e italianos.

Durante el siglo XIX lo habitual era que los pacientes fuesen asistidos en sus hogares por sus familias, pero eso no era posible para gran parte de la población de la Ciudad de Buenos Aires.

La demanda siguió en crecimiento lo que determinó la creación, en enero de 1907, del Hospital de Crónicos Intendente Crespo, ubicado en la calle Azcuénaga 1637, barrio de Recoleta. Solo estuvo activo durante tres años.

Al mismo tiempo, el Intendente de la Ciudad de Buenos Aires, Carlos Torcuato de Alvear, solicitó al Gobierno Nacional la cesión de terrenos ubicados en la zona que se conocía como la “Chacarita de los Colegiales” para construir un asilo de mendigos (había existido una chacra que durante el año proveía de hortalizas y vegetales a los alumnos del Colegio Nacional Buenos Aires y en verano la utilizaban para sus vacaciones, tal cual se describe en *Juvenilia*, de Miguel Cané). De tal forma, en marzo de 1907, el presidente de la Nación, Figueroa Alcorta, sus ministros de Instrucción Pública, Federico Pinedo y el Intendente Alvear, acordaron que la Municipalidad construiría un nuevo el asilo ubicado en la Avenida Warnes, en los terrenos del ahora denominado





Capilla del Hospital.

ferrocarril San Martín y el predio del Sr. Álvarez Centeno, en el actual barrio de La Paternal.

Las crecientes necesidades de asistencia sanitaria hicieron que el entonces Director de la Asistencia Sanitaria Pública, Dr. José Penna, solicitara que el monumental edificio proyectado se destinase a la atención de enfermos convalecientes y crónicos, muchos de los cuales eran indigentes y extranjeros.

Los terrenos estaban ubicados en la zona del antiguo Partido de San José de Flores, que pasó a ser parte del Distrito Federal a partir de 1880, cuando dejó de pertenecer a la provincia de Buenos Aires para formar parte del territorio de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Actualmente la zona de emplazamiento del centro sanitario está dentro de los límites del barrio de la Paternal, que antes de la federalización era lindante con la zona sur del Partido de Belgrano, también incorporado al Distrito Federal.

En 1909 se autorizaron las obras de construcción bajo la Intendencia de Manuel Güiraldes, en un lote de 140.488 m<sup>2</sup> que había sido comprado en 1904 a la compañía de seguros "La Paternal" por el Ministerio de Justicia e Instrucción Pública.

Los planos fueron proyectados por el doctor don José Pena y realizados por el arquitecto M. Bouvard. Los trabajos se efectuaron con la dirección de los ingenieros González y Sarrabayrouse,

en su primera etapa, y por los ingenieros Troglia y J. Gaitero, en sus finales. El costo de la obra fue de 10 millones de pesos.

En la primera etapa las calles no estaban pavimentadas y el predio estaba rodeado de lagunas, zanjas y aguas estancadas por lo que el acceso más seguro se hizo por el lado de la estación de trenes por medio de un camino improvisado, en lo que hoy son los fondos del predio del hospital. El tránsito interno se hacía a caballo. El problema de la laguna era un gran problema. Tenía una extensión de dos hectáreas y una profundidad de dos metros, ocasionando grandes dificultades para el normal desenvolvimiento del hospital, por la acumulación de basura en sus orillas que alteraba la sanidad del ambiente y por desbordes por la lluvia: el agua avanzaba hasta las salas de internación, generaba zanjones y anegaba caminos por los que transitaba el personal del hospital. Uno de estos aluviones tuvo lugar en 1912 y provocó graves inconvenientes.

Parte del terreno correspondiente al hospital fue ocupado por los 41 pabellones que se dividían en 3 grandes secciones con capacidad para 2000 camas. El proyecto original establecía que la capacidad del nuevo hospital sería de cuatro mil camas, pero por diversos inconvenientes no se pudo realizar.

Las secciones eran "Pabellones", "Hospital" con pabellones para hombres y para mujeres y "Hospicio" con dos comedores y pabellones para hombres y para mujeres. Las instalaciones incluyeron una gran panadería que fue proveedora de otros hospitales. Las concepciones para las instalaciones sanitarias de la época incluían parques, jardines y calles. Se contó, para ello, con la intervención paisajística de Carlos Thays, famoso por haber embellecido a la Ciudad de Buenos Aires mediante la incorporación de hermosos parques. Se crearon arboledas de todo tipo, abundando plantas frutales; cada especie contaba con letreros con su respectiva denominación.

A los dos años de iniciada las obras, en diciembre de 1909, el hospital fue habilitado parcialmente. Los primeros pacientes fueron internados el 15 de diciembre de 1909 en los dos primeros pabellones construidos, en los que se alojaron 150 pacientes trasladados desde el Hospital Crespo. El 22 de septiembre de 1910, por decreto del intendente Güiraldes se decidió "Autorizar al Departamento de Obras Públicas para que eje-

cute por Administración las obras provisionales de cocina, baño y W.C. para habilitar pabellones en el Hospital T. de Alvear destinado a crónicos y convalecientes y clausurar urgentemente el Hospital Intendente Crespo". Se decidió que la Dirección Técnica Sanitaria del nuevo centro sería la que había estado a cargo del desactivado hospital Crespo.

La inauguración oficial fue el 10 de octubre de 1910 imponiéndose como nombre Hospital de Crónicos y Convalecientes Torcuato de Alvear en homenaje quien fuera Intendente de la Ciudad De Buenos Aires entre 1883 y 1887. En el caso de este Hospital, con motivo del Centenario, no se cumplió la consigna de honrar a los grandes médicos y se optó por imponer el del intendente.

El primer Director fue el Dr. Fernando Torres. Otros directores fueron los Dres. Viale, Centeno y Magnin que ocupó el cargo hasta 1946.

Si bien la habilitación original, de acuerdo a lo planeado, era exclusiva para crónicos y convalecientes, durante 1913 se cambió la función asignada primitivamente como asilo de mendigos y se empieza a aceptar toda clase de enfermos modificándose su denominación por la de Policlínico. En aquel momento el establecimiento contaba con 24 salas, laboratorio y gabinete de Rayos X. El hospital disponía de 14 caballos para 2 ambulancias, un coche para reconocimientos domiciliarios y otro para alcanzar al personal hasta la estación de trenes debido a que, si llovía, los alrededores eran intransitables. Además, se contaba con una chata y un coche fúnebre.

Habitan las instalaciones Hermanas de la Caridad a quienes se les asignó un pequeño predio, siguiendo ellas en autoridad, al Médico Interno. Desde 1913 el hospital contó con una capilla que está bajo la advocación de la Medalla Milagrosa. En la actualidad continúa emplazada en los jardines rodeada de árboles. Fue realizada por el Arquitecto Joseph Antoine Bouvard. Posee vitrales en la nave, ábside y rosetón de la fachada principal. El estudio de Félix Bunge la restauró entre 2001/2005. Hasta 1998 hubo 3 religiosas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul y dependiendo actualmente de la Parroquia Encarnación el Señor.

Entre 1923 y 1939 paulatinamente se generan los servicios de Cirugía General, Clínica Médica, Gastroenterología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Odontología, Maternidad, Pediatría,

Anatomía Patológica y Neurocirugía (servicio pionero en Argentina).

Muchos médicos importantes de la historia argentina comenzaron sus actividades en este hospital. El Dr. Bernardo Houssay comenzó su práctica hospitalaria allí y en 1913 fue nombrado Jefe de Clínica, también el Dr. Arturo Oñativia, Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación durante el gobierno de Arturo Illia, fue integrante del plantel y el Dr. Ricardo Finocchietto fue el Jefe de Cirugía en el año 1931.

A partir del 1 de enero de 1940 se hace cargo de la dirección del Hospital el Dr. Eduardo S. Centeno. En ese período se instalaron ascensores para las secciones altas, mejora muy importante ya que en una de ellas funcionaba el consultorio de asistencia al cardíaco.

A fines de los años 60 también empieza a funcionar el Servicio de Psicopatología que se desprende de Neurología agregando a su planta médicos Psiquiatras y Psicólogos.

En 1980, durante la última dictadura militar (1976-1983), el Intendente de facto Osvaldo Cacciatore, cierra el centro asistencial bajo el argumento que la institución era económicamente deficitaria. Una parte fue destinada para la creación del Hogar de Ancianos San Martín durante ese período.

El chalet de la dirección, una construcción de gran arquitectura, fue demolido junto a otras dependencias del lugar.

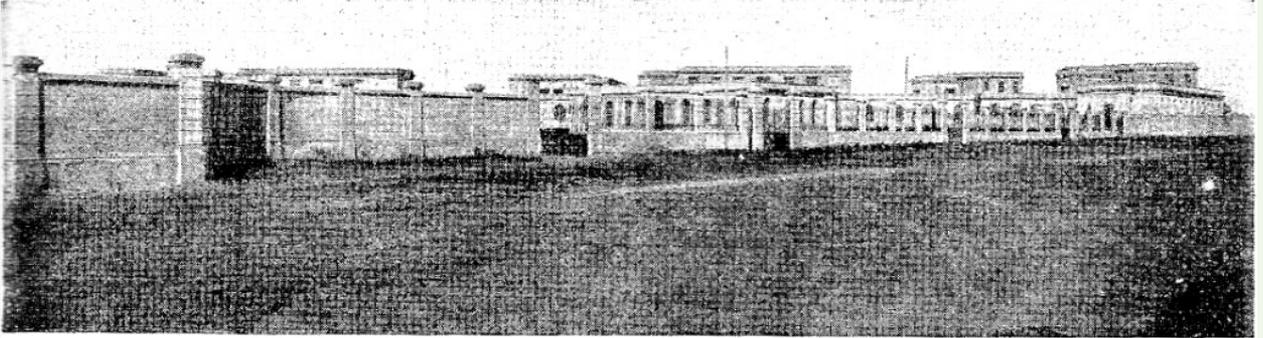
En 1982 se resolvió su reapertura como Centro de Emergencias Psiquiátricas. Se trató de un proceso arduo ya que no se contaba con el personal necesario ni los fondos adecuados. El plantel de profesionales se formó con algunos de los médicos que integraban el equipo antes de la clausura. El mantenimiento de la infraestructura generó demoras para el buen funcionamiento del servicio.

En 1983 comenzó a funcionar como Servicio de Psicopatología anexo del Hospital Pirovano.

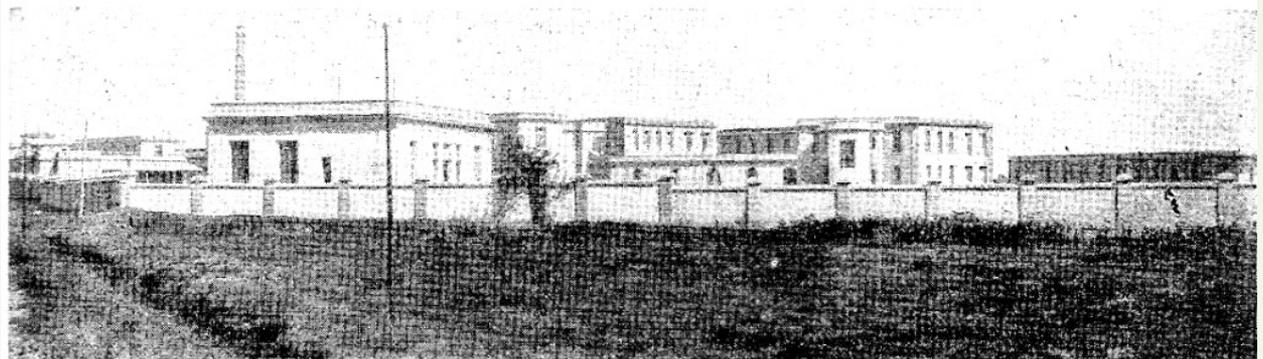
Se consideró que, como Servicio de Psicopatología, solo se necesitaría escaso número de camas. Inicialmente fueron 8: 4 de mujeres y 4 de hombres con guardia y personal mínimo, en todas sus áreas. Dependió del Hospital Pirovano hasta 1985 cuando comenzó a funcionar como Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear sin relación con su anterior dependencia. El espacio físico asignado fue una parte reducida del edificio original construido en 1907.

## Delicias municipales

### Los alrededores del Hospital Torcuato de Alvear



El frente del «Hospital Torcuato de Alvear», que carece de veredas y cuya calle está convertida en un pantano



En la actualidad es un hospital monovalente, se agregaron servicios, pero sigue siendo limitada su capacidad y el funcionamiento privilegia la resolución de urgencias y emergencias. Por exigencias sociales el hospital, que fue creado para internaciones breves, desde hace más de diez años, por serias dificultades para derivar, llevan a que las mismas se prolonguen.

El hospital padeció la carencia de recursos humanos, graves situaciones por falta de mantenimiento. Luego de años de demora y con la participación de los trabajadores, en 2013 se puso en funcionamiento un nuevo edificio para la guardia que permitió ampliar la dotación de camas.

Este fue el primer hospital que se creó en el país con una perspectiva interdisciplinaria en la urgencia de problemas psiquiátricos, con un equipo de guardia que incluye trabajador social, psicólogo, psiquiatra y médico clínico.

Actualmente, posee salas de internación para hombres, para mujeres y adolescentes. Cuenta con Hospital de Día por la mañana y la tarde y Consultorios Externos para asistencia de adultos, de adolescentes y servicio de Psicodiagnóstico.

### RECUERDOS Y REFERENCIAS DE ALGUNOS PROFESIONALES QUE ASISTIMOS AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL T. DE ALVEAR

*Mi padre, Carlos Wasserman, fue el Jefe de Pediatría más joven nombrado en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Tenía en ese entonces, creo que, 48 años. Venía de ser médico de planta de Pediatría en el Hospital Álvarez y su primera jefatura la ejerció en un pequeño hospital que ya no existe: el Hospital Las Heras. De allí fue trasladado, en 1966, como Jefe de Pediatría del Hospital Torcuato de Alvear y en 1970 ascendido a Jefe de Departamento Materno infantil (Neonatología, Pediatría, Obstetricia y Ginecología) hasta el año 1972 en que falleció. Cuando lo ascendieron a Jefe de Departamento Materno infantil quedó como jefe de Pediatría el Dr. Sverdloff y de Obstetricia el Dr. Firpo.*

**Dr. Jorge Wasserman**

*Ingresé a la guardia del Hospital Alvear, como practicante, en el 4º año de Medicina, a inicios*

de la década del '60. Hice el practicantado llegando a Practicante Mayor, conociendo todos los servicios del Hospital, que eran de primer nivel, algunos Cátedra de especialidades, dando formación a importantes Médicos.

En ese entonces el Jefe de Pediatría era el Dr. Fuks, un innovador formado en Francia, por lo que el servicio seguía la escuela de ese país. Se lo podía encontrar a la tarde o noche (en esa época no había pediatra de guardia en la sala) haciendo las fórmulas de rehidratación para los casos de diarrea estival (siendo uno de los primeros servicios que utilizaba esa terapéutica) así como también fórmulas de alimentación a prematuros con suero de leche.

Es remarcable el prestigio del Dr. Fuks, como también de quienes le siguieron, como el Dr. Carlos Wasserman y la Dra. Lapilover. Los comienzos de la guardia de pediatría, fue con médicos de hidratación en verano.

Ejerciendo esa guardia tuve, como compañero al Dr. Raúl Ruvinsky (que es Profesor Titular UBA de Pediatría). Compartimos guardias y estudios. En ese momento no había Residencia, que comenzó años después. Pero el Servicio de Pediatría era muy reconocido, fuera de lo que era el Hospital Gutiérrez (no existía, todavía, el Garrahan).

#### **Dr. Cándido Roldán**

Fui integrante de la primera camada de residentes de Pediatría del Hospital Alvear, junto con Hebe Luzzi y Cabanne (no recuerdo su nombre), entre 1970 y 1972. Nos tomó las entrevistas (más bien fue una amable charla) el Dr. Sverdloff, un hombre encantador. Nuestro Jefe de residentes fue José Wenger, que venía de hacer su Residencia en el Hospital Ricardo Gutiérrez, donde estuvo con el Dr. Gianantonio, en Nefrología.

Wenger era una persona inteligentísima, con muy buena formación y para nosotros fue maravilloso tenerlo como Jefe, ya que aprendimos muchísimo. Nuestro ingreso a la sala de Pediatría fue una revolución ya que acortamos los tiempos de internación, acelerando la llegada de informes de los estudios complementarios, interconsultas, quedándonos hasta las 16 hs, haciendo pases de sala y ateneos entre nosotros.

Sin embargo, no fue fácil que nos aceptaran los médicos que estaban; se sintieron invadidos por la modalidad de funcionamiento de la residencia,

pero con el tiempo y nuestra buena actitud, nos aceptaron y compartíamos el trabajo y los pases de sala.

En los años siguientes se fueron agregando Llama Figueroa, Rescia, Goldberg, Roberto Figueroa, el petiso Grinsprung, Ida Lea Vainman, Alejandro Muzio, César Viegas. Raquel Manheimer, etc. Luego de finalizada mi residencia fui Jefe de Residentes unos meses y al abrirse el concurso de médicos de guardia, fui nombrado Neonatólogo los jueves, junto a Atilio Paolini que era el Pediatra de ese día.

#### **Dr. Hugo Gluzman**

Mi residencia de Clínica Pediátrica se desarrolló en el Hospital Alvear entre 1973 y 1976, con todo lo que significa para un médico recién recibido comenzar a aprender la especialidad que eligió. Tuve allí grandes maestros, grandes ejemplos. Entre ellos la Dra. Rebeca Lapilover, Jefa de Sala. Una persona muy culta, excelente profesional, que dirigía pases de sala enriquecedores. Siempre opinaba de los casos presentados y si no recordaba algún diagnóstico, lo traía al otro día, luego de revisar su vasta biblioteca. También era capaz de sentarse junto a un residente de 1<sup>er</sup> año para que este le explicara el cálculo del plan de hidratación que usábamos en esa época (doy fe).

Recuerdo la sala de Pediatría, con techos altos y antiguas paredes donde alumnos de Bellas Artes habían pintado cuentos infantiles; los pabellones separados por especialidad, los hermosos espacios libres, la capilla, el edificio de la dirección.

En frente, el llamado "albergue Warnes" que durante el gobierno de Perón se pensó como hospital de pediatría modelo. Se dejó de construir en 1955, fue ocupado por familias carenciadas y se demolió en 1991. Un recuerdo para mis compañeros de promoción: Patricia Di Biase, Silvia Moguillansky y Manuel Katz (que luego desarrollaron importantes carreras profesionales). Y tantos queridos colegas a quienes invité a escribir y difundir sus recuerdos. Una mención especial para Carlos Llama Figueroa, mi primer Jefe de Residentes, una gran persona, un excelente profesional, que colaboró en la gestión de este artículo, pero muy lamentablemente, fallecido hace poco tiempo.

#### **Dr. Carlos Luzzani**



## Referencias bibliográficas

- Juan Carlos Maucor, El Hospital que Nació con La Paternal <https://buenosaireshistoria.org/juntas/el-hospital-que-nacio-con-la-paternal-hospital-torcuato-de-alvear> recuperado 28 de enero 2023
- La federalización de Buenos Aires <https://museorca.cultura.gov.ar/noticia/federalizacion-de-buenos-aires/> recuperado 28 de enero 2023.
- Revista Mundo Hospitalario 1913.pag.43-6.
- "Ecos de las Mercedes" Primera parte <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas4/1.%20Primera%20parte.htm>
- Menazzi Canese, Luján, Ciudad en Dictadura. Procesos Urbanos en la Ciudad De Buenos Aires durante la última Dictadura Militar (1976-1983). Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona. ISSN: 1138-9788. Depósito Legal: B. 21.741-98 Vol. XVII, núm. 429, 10 de febrero de 2013 [Nueva serie de Geo Crítica. Cuadernos Críticos de Geografía Humana] recuperado 20 de enero 2023 <https://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-429.htm>
- Buenos Aires Iglesias <https://baiglesias.com/capilla-hospital-alvear/> recuperado 20 de enero 2023
- Susana-Belmartino. Fondos del Centro de Documentación Pensar en Salud, CeDoPS Revista Mundo-Hospitalario-(1937-1971)/1940-1949/Hospital-Alvear-Historia Recuperado 20 de enero 2023 ([http://isco.unla.edu.ar/m-nucleos/cedops-centro-de-documentacion-pensar-en-salud/fondos-y-colecciones/fondo-mario-testa-1925/documentos-fondo-mario-testa/Fondos-del-Centro-de-Documentaci%C3%B3n-Pensar-en-Salud-\(CeDoPS\)/Fondo-Susana-Belmartino/Revistas-m%C3%A9dico-gremiales-\(Siglo-XX\)/Revista-Mundo-Hospitalario-\(1937-1971\)/1940-1949/Hospital-Alvear--Historia/](http://isco.unla.edu.ar/m-nucleos/cedops-centro-de-documentacion-pensar-en-salud/fondos-y-colecciones/fondo-mario-testa-1925/documentos-fondo-mario-testa/Fondos-del-Centro-de-Documentaci%C3%B3n-Pensar-en-Salud-(CeDoPS)/Fondo-Susana-Belmartino/Revistas-m%C3%A9dico-gremiales-(Siglo-XX)/Revista-Mundo-Hospitalario-(1937-1971)/1940-1949/Hospital-Alvear--Historia/))
- Madorno M. Breve historia del Hospital Torcuato de Alvear, notas ad hoc Licenciada en Trabajo Social integrante de la guardia de los días lunes entre 1982 y 2016. Miembro de la Comisión de Cultura del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.
- Cutolo Vicente O. "Nuevo Diccionario Biográfico Argentino". Ed. Elche, Bs.As. 1968, Tomo 1.
- Cutolo Vicente O. "Historia de los barrios de Buenos Aires". Ed. Elche. Bs.As. 1998, 2ed. Tomo 2.
- Nogues Germinal. "Buenos Aires, ciudad secreta". Ed. Sudamericana, Bs.As. 2003, 3ra ed.
- Visillac EF. "Pioneros de la salud: historia de los hospitales públicos de la ciudad de Bs.As. Olmo Ediciones, Bs. As, 2017 1ed. 1 reimp.

## NOTAS

1. Revista Caras y Caretas N° 627, Buenos Aires 8 de octubre de 1910 y N° 628 del 15 de octubre de 1910.

## Información adicional

- Revista: Caras y Caretas N° 627 y 628 de 1910.
- Libro: Pioneros de la salud. Visillac Enrique, 2017.
- SALUD, Historia/Hospital, Alvear, Nosocomio, Medicina, Paternal, 1910.



# LEY 1000 DÍAS

## Análisis de la ley 27611 de “Atención y cuidado integral de la niñez”

Primer Congreso Nacional: “Cuidando la Niñez”

*“Los primeros mil días de tu niña o niño son fundamentales para que se desarrolle y alcance su máximo potencial”*

**unicef.org.**

**Dra. Viviana Soligo\***

**Dra. María del Carmen Martínez Perea\*\*/\*\***

El 3 de noviembre en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires se realizó una convocatoria para tratar el texto de la Ley 27.611 (2020), conocida como “Ley de los 1000 días”, cuya denominación formal es **“Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia”** sancionada el 30 de diciembre 2020 con voto unánime.<sup>1-3</sup>

**Tabla 1. Ley 27.611. Infoleg.**

<p><b>INFOLEG, LEY 27.611</b>  <b>Ley 27.611 HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA</b>  <b>30-dic-2020</b></p> <p><b>LEY NACIONAL DE ATENCIÓN Y CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO Y LA PRIMERA INFANCIA</b>  <b>DISPOSICIONES</b></p> <p><b>Publicada en el Boletín Oficial del 15-ene-2021</b>  <b>Número: 34562      Página: 8</b></p>
---

Se trata de una norma que incluye una perspectiva integral, ya que supone la atención de la salud de las mujeres durante la gestación y de los

niños hasta los tres años, con la articulación y coordinación de los distintos organismos que tienen por función contribuir a las políticas públicas dirigidas a la primera infancia. Entre las acciones impuestas por la ley se incluye la simplificación de los trámites necesarios para el acceso a los servicios de seguridad social. También se indica el diseño de políticas que brinden asistencia y acompañamiento adecuado para que las familias puedan asumir sus responsabilidades.

Los principios rectores de la ley se enmarcan y son complementarios respecto de las disposiciones de la ley 26.061 (2005) de PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, la Ley 27.611. LEY NACIONAL DE ATENCIÓN Y CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO Y LA PRIMERA INFANCIA. y la ley 26.485 (2009) de PROTECCIÓN INTEGRAL PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LOS ÁMBITOS EN QUE DESARROLLEN SUS RELACIONES INTERPERSONALES.<sup>4-6</sup>

La primera parte del Congreso **“Cuidando la Niñez”** fue una mesa con tres ponencias: la del Dr. Pablo de la Torre, Médico Sanitarista, Secretario de Salud del Partido de San Miguel, que expuso sobre los “Beneficios que otorga la ley

\* Médica Pediatra. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (Región Metropolitana y Coordinadora Zona Oeste). Ex Médica de Planta Hospital Santojanni, CABA.

\*\* Médico Especialista en Neurología Pediátrica. Mgt. Ética Biomédica. Miembro Titular Sociedad Argentina de Pediatría (Región Metropolitana). Hospital SAMIC Cuenca Alta, Cañuelas, provincia de Buenos Aires.

**Tabla 2.** Normas que modifican y/o complementan la Ley 27611. Infoleg.

Normas modificadas y/o complementadas por		
Ley 27611 HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA		
Número/Dependencia	Fecha Publicación	Descripción
Ley 17671 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.)	12-mar-1968	IDENTIFICACION REGISTRO Y CLASIFICACION POTENCIAL HUMANO NACIONAL
Ley 24714 HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA	18-oct-1996	ASIGNACIONES FAMILIARES NUEVO REGIMEN - APROBACION
Ley 26061 HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA	26-oct-2005	LEY DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DISPOSICIONES GENERALES
Ley 26413 HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA	06-oct-2008	REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS ACTOS O HECHOS QUE DEN ORIGEN, ALTEREN O MODIFIQUEN EL ESTADO CIVIL Y LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS
Ley 26485 HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA	14-abr-2009	LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES LEY PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA

Copyright 2005 | Ministerio de Justicia y Derechos Humanos | infoleg@jus.gob.ar | Aviso Legal

para la aplicación de políticas sanitarias dirigidas a la protección de la niñez”.

En segundo término, la Dra. Inés Frank, Abogada y Licenciada en Ciencias Políticas analizó cómo la norma propone mejorar los dispositivos estatales que garantizan los derechos de las embarazadas y de los niños en su entorno primario de cuidados.

Por último, el Sr. Carlos Iafigliola, Diputado Nacional mandato cumplido, de la República de Uruguay, realizó consideraciones sobre las cuestiones políticas que están implicadas en la aplicación de normas dirigidas al cuidado de la primera infancia.

Durante la segunda parte del Congreso se realizaron mesas de diálogo para intercambiar miradas diversas y experiencias desde los ámbitos involucrados, respecto de las acciones que efectivamente se están realizando en base a la ley y las dificultades en su aplicación.

El Congreso contó con la asistencia de 150 personas que se desenvuelven en organizaciones no gubernamentales, que despliegan actividades destinadas al cuidado materno infantil en contexto de vulnerabilidad. (Foto 1)

La Dra. Viviana Soligo (Médica Pediatra) formó parte de la Comisión Organizadora del citado Congreso y la Dra. María Del Carmen Martínez Perea (Médica Neuróloga Infantil y Bioeticista)

**Foto 1.** 1<sup>er</sup> Congreso Nacional Cuidando la Niñez. Legislatura del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, noviembre 2022.

<https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias>



coordinó una de las mesas. Ambas profesionales son Miembros Titulares de la Región Metropolitana.

La significativa concurrencia de ciudadanos de distintos campos de acción social, permite advertir que el cuidado de la infancia es una cuestión de interés para un sector muy activo de la comunidad.

El sistema sanitario es fundamental para promover la salud y mejorar las posibilidades de las poblaciones vulnerables, para acceder a los derechos reconocidos a mujeres y niños por la legislación vigente.

**“Queremos inspirar.  
Queremos romper estigmas y prejuicios.  
Queremos empoderar”.**

unicef.org

De acuerdo al artículo 5 de la Convención por los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1989, incorporada a la Constitución Nacional por medio del artículo 75 inciso 22: *“... los Estados parte deben respetar las responsabilidades, derecho y deberes de los padres... de acuerdo al caso de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad según establezca la costumbre local..., de impartirle en consonancia con sus facultades, dirección y orientación apropiada para que el niño ejerza los derechos que la convención reconoce”*.<sup>7,8</sup>

Todo esto implica que en muchos casos podría ser de beneficio para los niños que se acompañe a los padres/tutores/ o quienes estén al cargo del cuidado, crianza y educación del menor en caso de necesitar que se les aporten herramientas avaladas por conocimientos actuales, para incrementar sus habilidades como cuidadores primarios. Así mismo, es importante el fortalecimiento de los padres, y las relaciones con sus pares, que contribuyen a fortalecerlos.

**“El apoyo de otras familias me da mucha fuerza y significa que puedo ofrecer lo mejor para Danilo...”, dice Sandra.**

**“Los bebés son todos amigos, los padres son todos amigos. Ahora somos una gran familia”.**

Unicef.org

Los profesionales de la salud sabemos que todo aporte que mejore las condiciones de vida de los niños, durante la gestación y los dos primeros años de vida, es urgente ya que los primeros 1000 días de la vida del bebé (incluida su gestación), según la evidencia científica, son cruciales para **desarrollar todas las potencialidades del infante y promover su salud integral durante el resto de su vida.**

## ¿A qué período corresponden los primeros 1000 días?

Tabla 3. Primeros 1000 días.



Este lapso corresponde a un período crítico a lo largo del cual evolucionan los aspectos más importantes del crecimiento, desarrollo y organización neuronal, entre otras funciones, que aseguran el bienestar, la salud y los factores psico-emocionales y cognitivos (entre varios), que le permitirán aprender, tomar decisiones y poseer autonomía para desempeñarse como sujeto en desarrollo en su contexto y en la vida adulta.

Se trata de un proceso continuo, de gran vulnerabilidad frente a noxas y/o elementos que pudieran interferir, cambiar, o faltar y así afectar negativamente el bienestar en forma inmediata o a lo largo del resto de la vida de la mujer gestante y/o sus hijos. Figurando diferentes momentos de expresión de adhesión y representatividad de esta ley en la vida de las poblaciones más vulnerables.

Las condiciones previas al nacimiento están relacionadas, sobre todo, al adecuado aporte de nutrientes e inmunidad que alcanzan al binomio madre hijo. Y después de finalizada la vida intra-uterina el parto y los primeros años de la vida es

Figura 1. Campaña Mil días de amor.

[https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/styles/media\\_banner/public/2018-03/HERO.jpg?itok=U\\_K9sKHQ](https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/styles/media_banner/public/2018-03/HERO.jpg?itok=U_K9sKHQ)



imprescindible que el bebé reciba cuidados, que inexorablemente implican estimulación y cariño por parte de su entorno más cercano.

La reglamentación fue realizada mediante el decreto 515/2021 publicado el 14 de agosto del año indicado, estableciendo que se debe brindar la cobertura de las prestaciones dentro del PMO.<sup>9</sup> Aunque la reglamentación es parcial y está pendiente la implementación de la Unidad de Coordinación Administrativa en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.<sup>10</sup>

Entre muchas otras cuestiones, la norma impone modificaciones en las prestaciones sociales y en la forma de registro de los embarazos y los nacimientos, ya que se detectan dificultades en cuanto al derecho a la identidad, por no cumplimentar las diligencias necesarias en forma adecuada.

Respecto de las **asignaciones** son puntos centrales:

- AUE. Asignación Universal por Embarazo (se extiende a 9 mensualidades, abarcando la totalidad de gestación).
- Ampliación del pago por Nacimiento y por Adopción.
- Provisión pública y gratuita de insumos esenciales durante el embarazo y para la primera infancia.
- Sistema Alerta Temprana de Nacimientos.
- Certificado de Hechos Vitales.
- Afianzar el Derecho a la protección en situaciones específicas de vulnerabilidad, para niños con necesidad de cuidados especiales.

### Figura 2. 1000 días de cosquillas.

[https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/styles/two\\_column/public/visuales%20MEDIA%20.png?itok=iBXYNabx](https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/styles/two_column/public/visuales%20MEDIA%20.png?itok=iBXYNabx)



## CONCLUSIÓN

Esta Ley determina el ámbito de responsabilidad, durante los períodos antes descriptos y evidencia: **“... acciones que son responsabilidad pública, ... y abarca diferentes áreas y niveles de gobierno en acción conjunta, bajo mirada integral de cursos de vida y con perspectiva de derechos”**.

Estas acciones son evidencias del interés del Estado sobre la atención, y cuidado integral de la salud en el periodo de mayor vulnerabilidad de la madre gestante, desarrollo prenatal, nacimiento e infancia durante los primeros 1000 días, con el objetivo de construir sociedades más equitativas e igualitarias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante Eel Embarazo y la Primera Infancia
2. Ministerio de Salud. Argentina. MIL días. <https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias/que-es-la-ley-de-1000-dias>.
3. UNICEF para cada infancia: 1000 primeros días de amor. <https://www.unicef.org/lac/mil-d%C3%ADas-de-amor>.
4. Infoleg Ley 26.061. Ley De Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes.
5. Infoleg Ley 26.485. Ley De Protección Integral A Las Mujeres. Ley Para Prevenir, Sancionar Y Erradica La Violencia.
6. PMO. Programa médico obligatorio de las Obras Sociales Nacionales. Ley 27696. Abordaje integral de personas víctimas de violencia de género. <https://www.boletinoficial.gob.ar/web/utills/pdfVie w?file=%2Fpdf%2Faviso%2Fprimera%2F275403%2F20221110>.
7. Convención sobre los Derechos del Niño. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 2006. <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>.
8. Ley 23.849. Apruébase la Convención Sobre los Derechos del Niño Sancionada, septiembre 27 1990. Promulgada octubre 1990.
9. PMO: Programa médico obligatorio. <https://www.argentina.gob.ar/sssalud/programa-medico-obligatorio>.
10. <https://www.telam.com.ar/notas/202108/565061-reglamentan-la-ley-de-los-1000-dias-para-el-cuidado-integral-de-madres-y-ninos.html>.

## Otros Links:

- [https://youtu.be/SWe\\_SgOPBM4](https://youtu.be/SWe_SgOPBM4)
- <https://youtu.be/Fb5Ga2fl6F8>



# LAS VACUNAS UNA HERRAMIENTA DE EQUIDAD: ¿CÓMO AUMENTAR LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN?

*Dra. Ángela Gentile\**

Las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha producido y sigue produciendo a la humanidad, previniendo enfermedades que antes causaban grandes epidemias, muertes y secuelas. Para lograr el control efectivo de las enfermedades inmunoprevenibles es fundamental sostener las coberturas de vacunación llegando a cada niño y adolescente en forma completa y oportuna.

El acceso a vacunas seguras y eficaces en forma gratuita y obligatoria, es fundamental para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible, no solo evitando la mortalidad y morbilidad infantil sino también para permitir el desarrollo de todo el potencial de cada persona y lograr así, que todos tengan las mismas oportunidades.

El impacto de la pandemia sobre las coberturas de vacunación se produjo en las múltiples etapas del proceso de vacunación, así como se reforzaron y ampliaron las capacidades de cadena de frío y almacenamiento, se evidenció un impacto negativo sobre la recarga del sistema de salud con relación a la disminución entre el recurso humano disponible y el aumento de las aplicaciones y visitas a los vacunatorios, el aumento de la necesidad de capacitación continua ante la introducción periódica de nuevas vacunas y la menor adherencia a la vacunación por parte de los cuidadores.

El análisis de situación de la niñez y la adolescencia en la Argentina, publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 2021, describe que en el funcionamiento del

sistema de salud existen amplias inequidades entre jurisdicciones.

El gasto per cápita en salud muestra asimetrías en la distribución de los recursos y los habitantes por cama son hasta 3,4 veces más altos en una jurisdicción respecto de otra.

A su vez, existen problemas no tanto en el número sino en la distribución y composición profesional de los recursos humanos en salud. La falta de enfermeros es particularmente sensible en la atención de la niñez. Además, 44 % de los niños, niñas y adolescentes (NNyA) no tiene obra social, prepaga o planes estatales.

En cuanto a las tasas de mortalidad, hubo una disminución, pero persisten brechas. Una persona gestante puede tener 18 veces más riesgo de mortalidad dependiendo de la provincia de residencia, y si bien la tasa de mortalidad infantil se encuentra en descenso en Argentina hace más de una década, aún se requieren esfuerzos para reducir su mayor componente, el neonatal (primeros 28 días de vida).

El surgimiento de movimientos anti vacunas data desde el desarrollo de las primeras vacunas. Sin embargo, la existencia de INTERNET como foro permanente de intercambio de información y fuente de consulta, les ha dado a estos movimientos un carácter distintivo en el siglo XXI, favoreciendo a la difusión de sus ideas con un efecto mediático y dificultando la capacidad de la población para evaluar la credibilidad de las fuentes.

Ya en el 2019 la OMS define a la reticencia

---

\* Médica Infectóloga Pediatra, Epidemióloga. Jefa del Departamento de Epidemiología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Presidenta de la Comisión Nacional de Inmunizaciones. Miembro del Comité Asesor COVID 19 del MSAL de la Nación y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría (2013-2015).

como una de las diez principales amenazas para la salud pública mundial, por su rol importante en la caída de las coberturas de vacunación y la aparición de brotes de enfermedades inmunoprevenibles en todo el mundo.

En el contexto de la pandemia, entre el año 2020 y 2021, se llevó a cabo el desarrollo y aprobación de vacunas a una velocidad record, algunas incluso con nuevas tecnologías, pero sin sacrificar la seguridad ni la eficacia de las mismas. Gracias a éstas podemos hoy transitar nuevos caminos y ya comenzar a pensar a SARS CoV-2 como una endemia.

En ese marco, la OMS alerta sobre el surgimiento de una nueva pandemia: la **infodemia**, que se define como la cantidad excesiva de información, en algunos casos correcta, en otros no, que dificulta que las personas encuentren fuentes confiables y una orientación adecuada cuando la necesitan, generando dificultades para separar lo falso de lo verídico.

La desinformación y los rumores causan daño en la comunidad; la información falsa puede provocar en una sociedad un cambio en el comportamiento y especialmente para las vacunas puede aumentar la reticencia a las mismas.

La comunidad médica durante la pandemia también resultó afectada en este escenario: una revisión en Estados Unidos indicó que la reticencia en trabajadores de salud era similar a la de la población, concordante con lo que observamos en personal de salud para la vacunación COVID-19 en nuestro país, en las primeras etapas.

Esta situación contrasta con lo reportado en estudios pre-pandémicos en Europa en donde la comunidad médica presentaba niveles altos de confianza (mayores que la población general) y se observó que cuando se incrementaba el nivel de confianza de los profesionales de la salud en las vacunas, también aumentaba el de la comunidad.

Es importante que los profesionales sean capaces de detectar y separar los contenidos no científicos “la *pseudociencia* definida como información errónea y manipulada, presentada con intención de parecer científica, pero que carece de plausibilidad o evidencias”.

Algunas acciones globales fueron propulsadas para limitar los contenidos falsos, como lo hacen Facebook, Google y Twitter, quienes retiran contenidos engañosos mientras le dan mayor

visibilidad a la información oficial. Otra medida importante fue la limitación de las cadenas de reenvío de WhatsApp.

La pandemia impulsó la Red de Información sobre Epidemias de la OMS (EPI-WIN), que tiene por objeto dar a todos, acceso a orientaciones e informaciones que sea oportunas, correctas, fáciles de entender y procedentes de fuentes confiables sobre eventos de salud pública y brotes.

La OMS también realiza un seguimiento de la infodemia y colabora con empresas de motores de búsqueda, redes sociales y digitales.

Cinco elementos pueden influenciar a un individuo para demorar o rechazar la vacunación: **la confianza** (en las vacunas, en los servicios de salud, o en quienes toman las decisiones de los servicios), **la complacencia** (cuando no se percibe el riesgo de la enfermedad por lo cual no se consideran las acciones necesarias para prevenirla), **la conveniencia** (accesibilidad a los centros de vacunación), **la comunicación** (relacionada a las fuentes de información que el sujeto reúne en relación a las vacunas) y finalmente **el contexto** (asociado a las características socioeconómicas, religiosas, étnicas). Estos determinantes no son exclusivos de cada categoría y suelen superponerse, ayudando a explicar la diversidad observada en la adherencia vacunal.

Durante la pandemia de COVID-19, se pueden citar ejemplos de estos determinantes como los desórdenes informativos en medios de comunicación tradicionales y no tradicionales, las cuarentenas impuestas por los gobiernos que dificultaban la accesibilidad a los centros de vacunación y el miedo de la población al contagio en lugares públicos.

### ¿Afecta a las demás vacunas del esquema?

En Argentina, previo al inicio de la pandemia, se observó una tendencia decreciente en las coberturas de vacunación. Según el informe elaborado por el Ministerio de Salud, existió un descenso global promedio de 10 puntos de las coberturas en la infancia, durante el período 2009-2019.

Cuando se comparó el año 2019 con el año 2020, el impacto negativo se presentó para todas las vacunas de Calendario, fundamentalmente durante los meses de confinamiento, con un descenso promedio de 10 puntos en sólo un año. Durante el primer año de pandemia, ninguna

vacuna del Calendario Nacional de Vacunación en ningún grupo etario, ha superado un valor del 80 % de cobertura a nivel nacional.

Las coberturas de 2021, recientemente publicadas por el Ministerio de Salud, pese a que muestran un leve ascenso, el panorama global continúa siendo preocupante. Queda pendiente realizar estudios para conocer los motivos de los descensos globales en las coberturas de vacunación.

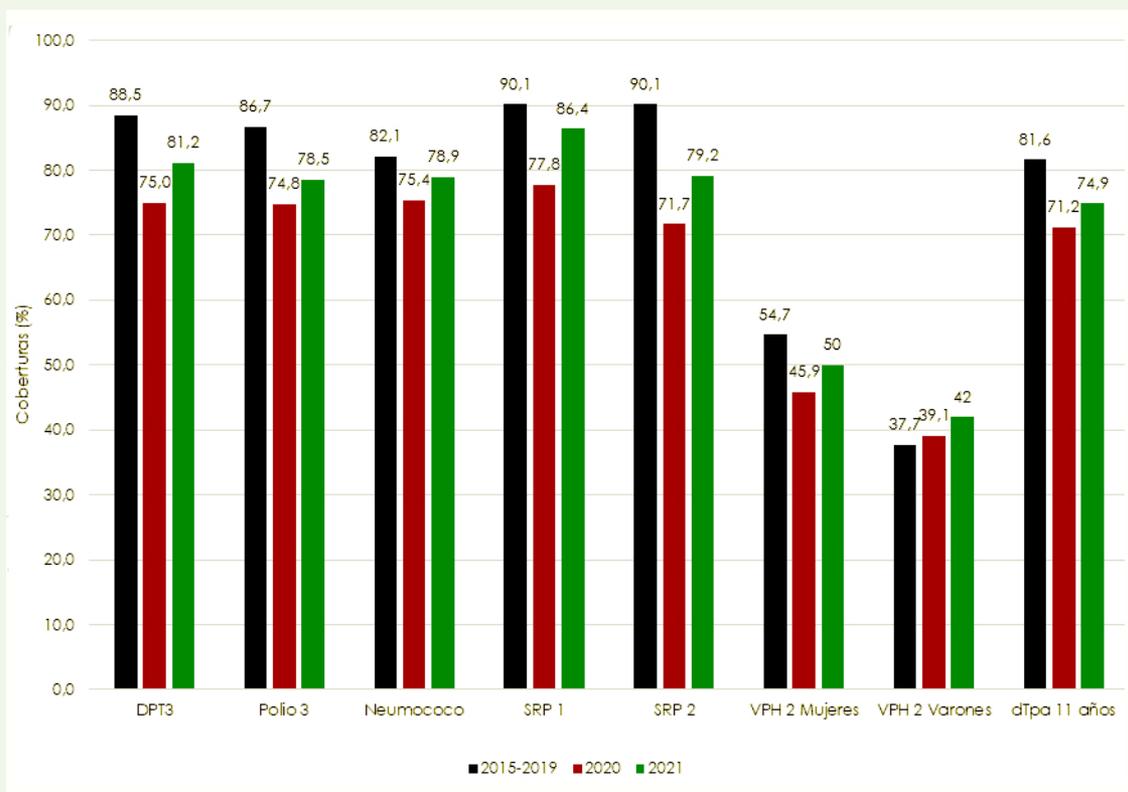
La caída de las coberturas de vacunación es multifactorial: hay que contemplar cuestiones vinculadas al acceso (dificultades económicas para acceder al centro de salud, escasez de recurso humano, vacunatorios con horarios acotados, etc.), disminución de las consultas y controles de salud que posibiliten la indicación de las vacunas correspondientes, falsas contraindicaciones, desconocimiento o baja percepción de riesgo por parte de la población y factores vinculados a la falta de confianza, no sólo en la seguridad de las vacunas, sino en los vacunadores, en los médicos

que prescriben las vacunas y en los tomadores de decisión.

**Es fundamental:**

- Aprovechar cada contacto de los pacientes con el sistema de salud para controlar los esquemas de vacunación e iniciar y completar esquemas focalizando en los menores de 18 meses, al ingreso escolar y a los 11 años.
- Coordinar acciones desde los centros de salud con las escuelas o el área de educación correspondiente para facilitar el acceso a las vacunas.
- Acciones proactivas como: contactar a las personas empleando los registros nominales de vacunación o listas de pacientes por profesional o centro de atención.
- Promover las acciones de capacitación continua para profesionales y vacunadores teniendo en cuenta la complejidad y actualizando los cambios en el calendario de vacunación.
- Difusión de la información clara, oportuna y adecuada al conocimiento de la comunidad no

**Tendencia de coberturas de vacunación Argentina 2015-2021**



Fuente: Dirección de enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de la Nación.

médica incluyendo padres, pacientes, maestros y otros actores sociales que pudieran promover acciones a favor de las vacunas.

- Promover herramientas para facilitar la indicación de esquemas de recupero (Ej.: app, folletos)
- Solicitar información al Ministerio de Salud de la Nación y provinciales sobre coberturas de vacunación con avances semestrales para contar con información oportuna que permita abogar por las coberturas de vacunación.

**El pediatra como médico de niños, niñas y adolescentes y dado su rol en las familias, es clave para el recupero de esquemas y lograr así adecuadas coberturas de vacunación.**

### Bibliografía consultada

- Nolte F, Pacchiotti A, Castellano V, Lamy P, Gentile A. Reticencia a la vacunación: abordaje de su complejidad. *Rev Hosp Niños (B. Aires)* 2018;60(268):16-22.
- Caiazzo V, & Witkoski Stimpfel A. (2022). Vaccine hesitancy in American healthcare workers during the COVID-19 vaccine roll out: an integrative review. *Public health*, 207, 94-104. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.03.017>
- 1<sup>er</sup> Informe especial del Observatorio de la Infancia y la Adolescencia, SAP-UNICEF, “Coberturas de vacunación un desafío para el pediatra”. Febrero 2022. Disponibles en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/informe-especial-observatorio-sap-unicef>
- Coberturas de Vacunación por Jurisdicción del Calendario Nacional de Vacunación 2021 <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/coberturas-de-vacunacion-calendario-nacional-2021>). Concordante con los reportes de la OMS a nivel mundial. (OMS Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>.)
- Larson H, de Figueiredo A, Karafillakis E, Rawal M. State of vaccine confidence in the EU 2018. *European Union*; 2018. Disponible en: [http://www.vaccineconfidence.org/wp-content/uploads/2018/10/EU\\_state\\_of\\_vaccine\\_confidence\\_2018.pdf](http://www.vaccineconfidence.org/wp-content/uploads/2018/10/EU_state_of_vaccine_confidence_2018.pdf)
- Comunicación sobre vacunación segura: Orientaciones para apoyar al personal de salud en la comunicación con madres, padres, cuidadores y pacientes. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53014>)
- UNICEF. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes (MICS) 2019-2020. Informe de resultados de la encuesta Octubre 2021. Disponible en: [http://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS6/Latin%20America%20and%20Caribbean/Argentina/2019-2020/Survey%20findings/Argentina%202019-20%20MICS%20Survey%20Findings%20Report\\_Spanish.pdf](http://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS6/Latin%20America%20and%20Caribbean/Argentina/2019-2020/Survey%20findings/Argentina%202019-20%20MICS%20Survey%20Findings%20Report_Spanish.pdf)



## Qué debe saber el pediatra

# CUANDO LE CONSULTAN “¿EN QUÉ DEPORTE ANOTO A MI HIJO?”

*Prof. Juliana Pochetti*

*Dr. Daniel Ponczosznik*

*Dra. Nelly Testa*

*Dra. Patricia Jáuregui Leyes*

*Dra. Laura Gaete*

Integrantes del Comité Nacional de Medicina del Deporte Infantojuvenil-SAP

En el ámbito de la consulta pediátrica, los padres preguntan acerca del inicio de las escuelas deportivas. Habitualmente esta consulta le es hecha al pediatra cuando su paciente tiene entre 5 y los 7 años de edad. La ansiedad de inicio de dichas escuelas, en algunas consultas, nos hacen explicarles que la edad ideal de inicio es entre los 6 y los 7 años y que, si desean hacerlo antes, esto podría ser de carácter lúdico.

El pediatra generalmente conoce a la familia, al niño y al lugar donde viven, pero ... ¿es esto suficiente? Sin duda que es importante y ayudará en las recomendaciones, pero nuestra consulta puede apuntar a la excelencia si nos anticipamos a este momento.

Los NNyA actuales corren peligro de padecer lo que llamamos la “Tríada de la inactividad pediátrica” (Analfabetismo motor, dinapenia, déficit de ejercicio). Sabemos que el sedentarismo es uno de los factores de riesgo que amenazan a toda la población, con mayor gravedad en zonas urbanas.

Cada día se confirman nuevos beneficios del ejercicio físico: orgánicos, psíquicos y sociales. Es un recurso al alcance de todos que, bien administrado, sólo traerá mejoras en la vida de cada persona en todas las edades, con o sin discapacidad.

La OMS ha incorporado a las **embarazadas** en sus últimas recomendaciones sobre actividad física, destinando párrafos a las sedentarias y a las atletas, ya que ninguna de ellas debe permanecer inactiva o dejar su nivel de actividad salvo contraindicaciones precisas. El ser activa no

sólo ayudará a que la embarazada se mantenga saludable, controlando el aumento de peso, mejorando su estado de ánimo, disminuyendo sus factores de riesgo, sino que además redundará en mejoras en la salud actual y futura del niño en gestación.

El ejercicio físico materno pre e intragestacional generaría factores protectores, a través de cambios epigenéticos, no solo para la madre, sino que los mismos pueden ser heredados por descendencia. Las modificaciones epigenéticas son reacciones químicas, que, sin alterar la secuencia del ADN, permiten que algunos genes se expresen y otros permanezcan silenciados, llevando en consecuencia al desarrollo de un determinado fenotipo. Las modificaciones epigenéticas perinatales pueden heredarse y podrían afectar a la tercera generación.

Si bien a estos cambios epigenéticos protectores asociados al ejercicio, se los vinculaba originalmente con las madres activas, cada vez hay más evidencia que, también, se producirían en varones y podrían ser heredados por su descendencia.

Por eso cada vez que los jóvenes de ambos sexos, futuros padres, realizan ejercicios de intensidad moderada a vigorosa, estarán generando factores protectores para sus hijos

Esta debe ser nuestra primera recomendación, pensando en el NN por nacer.

El niño no se transforma en atleta a partir de los 7 años, tampoco inicia allí la construcción de un adulto sano. Un adulto sano generalmente es un adulto que se cuida, alguien que se cuida

es alguien que se quiere, nadie quiere lo que no conoce, nadie se quiere si no ha sido querido.

El primer paso en los primeros días y semanas de vida extrauterina es favorecer que el bebé conozca su cuerpo y se sienta amado. El contacto físico permanente, las caricias sobre toda la superficie de su piel, el hacerlo sentir seguro son cimientos para que inicie una agradable relación con su cuerpo.

Durante el **primer año de vida** existen innumerables momentos para disfrutar de juegos con el bebé. Es esencial que se comprenda lo determinante que es brindarle tiempo.

Durante el primer año de vida se producen múltiples interacciones entre la madre y el niño. Por ejemplo, durante los momentos del baño, de la comida, del cambio de pañales, son actividades que los vinculan desde la proximidad física y afectiva. Se generan actividades lúdicas o prelúdicas que se comparten entre el adulto cuidador y el niño y han sido denominados por Daniel Calmels (2001) "Juegos de crianza".

Los juegos de crianza, son actividades que se realizan dentro de las situaciones cotidianas, no requieren de un tiempo adicional, los objetos que se utilizan están disponibles en el hogar y facilitan la transmisión de prácticas y códigos culturales de cada familia.

Se pueden diferenciar **3 tipos de juegos de crianza:**

- 1) **De sostén:** El adulto puede sentar al niño en la falda y mecerlo al compás de una melodía.
- 2) **De ocultamiento:** el adulto le enseña al niño a ocultarse y nombra el juego como "el cuco".
- 3) **De persecución:** hay un perseguidor, un perseguido y un refugio seguro, el adulto nombra el juego como "juego de las escondidas" o "corre que te alcanzo".

Existen guías de juego, ideas para poder copiar, lo principal es que dediques tiempo y lo ayudes a descubrir las partes de su cuerpo, las sensaciones que le producen, los movimientos que puede hacer y lo placentero que es.

En la última actualización OMS incorporó recomendaciones desde menores de 1 año hasta los 5 años, debiendo ser reforzada en cada consulta para que sea una niña, niño activo.

### **En las 24 horas de un día, los lactantes (de menos de 1 año):**

Deberían realizar actividades físicas varias veces al día de diversas maneras, especialmente mediante juegos interactivos en el suelo; cuantas más, mejor. Para los que todavía no andan, esto incluye al, menos 30 minutos en decúbito prono (tiempo boca abajo) repartidos a lo largo del día mientras están despiertos; no deberían estar retenidos durante más de una hora cada vez (por ejemplo, en cochecitos/sillas de bebé, tronas, ni sujetos a la espalda de un cuidador); no se recomienda pasar tiempo frente a una pantalla; participar en la lectura y la narración de cuentos con un cuidador cuando estén en actitud sedentaria; deberían tener de 14 a 17 horas (los lactantes de 0 a 3 meses de edad) o de 12 a 16 horas (los lactantes de 4 a 11 meses de edad) de sueño reparador, incluidas las siestas.

El niño **después del año** tiene una tendencia natural al movimiento, a explorar el mundo y con él las posibilidades de su cuerpo. Es necesario comprender la relevancia de permitir y estimular un juego activo, evitar las pantallas y algo muy importante: ser ejemplos de persona activa.

### **Para esta edad OMS recomienda:**

#### **En las 24 horas de un día, los niños de 1 a 2 años:**

Deberían realizar diferentes tipos de actividades físicas de diversa intensidad durante al menos 180 minutos, incluidas actividades físicas moderadas a intensas repartidas a lo largo del día; cuantas más, mejor; no deberían estar retenidos durante más de una hora cada vez (por ejemplo, en cochecitos/sillas de bebé, tronas, ni sujetos a la espalda de un cuidador) ni sentados durante periodos de tiempo prolongados; seguir la recomendación de que los niños de 1 año no pasen tiempo frente a la pantalla en actitud sedentaria (como por ejemplo, viendo la televisión o vídeos, o jugando con videojuegos); no pasar más de una hora en actitud sedentaria frente a una pantalla

(los niños de 2 años); cuanto menos, mejor; participar en la lectura y la narración de cuentos con un cuidador cuando estén en actitud sedentaria; y deberían tener de 11 a 14 horas de sueño reparador, incluidas las siestas, con horarios regulares para dormir y despertarse.

Quizás nos consulten por la inclusión del niño en actividades programadas en parques o en piletas. Toda actividad que favorezca la multilateralidad y el desarrollo de todas las capacidades motoras es recomendable, siempre que estén dirigidas por profesionales especializados en actividad física para estas edades.

Las actividades acuáticas favorecen la alfabetización motora, la independencia, la sensación de seguridad al entrar al agua, pero debemos tener claro que la capacidad de aprender a nadar se adquiere un poco más tarde, aunque el inicio haya sido precoz.

El **niño preescolar** tiene gran actividad, con alineamiento progresivo de las actividades motoras, con un pensamiento egocéntrico, simbólico y mágico, por lo cual el juego es la gran actividad central de esta etapa.

Existen lugares que ofrecen actividades pre deportivas para niños preescolares, todo estímulo es beneficioso si es dado por manos expertas, si el niño se divierte y sale contento.

### En estas edades OMS recomienda:

#### En las 24 horas de un día,

#### los niños de 3 a 4 años de edad:

- Deberían realizar diferentes tipos de actividades físicas de diversa intensidad durante al menos 180 minutos, de los que al menos 60 minutos se dedicarán a actividades físicas moderadas a intensas repartidas a lo largo del día; cuantas más, mejor; no deberían estar retenidos durante más de una hora cada vez (por ejemplo, en cochecitos/sillas de bebé) ni sentados durante períodos de tiempo prolongados; no deberían pasar más de una hora en actitud sedentaria frente a una pantalla; cuanto menos, mejor; deberían participar en la lectura y la narración de cuentos con un cuidador cuando estén en actitud sedentaria; y,

- Deberían tener de 10 a 13 horas de sueño reparador, que puede incluir una siesta, con horarios regulares para dormir y despertarse.

Las escuelas deportivas suelen aceptar niños **desde los 6 años** y acá viene la gran pregunta: “¿dónde lo anoto?”.

1. Felicitarlos por la iniciativa.
2. Los adultos de la familia ¿cumplen con las recomendaciones OMS de 150 a 300 minutos semanales de Actividad Física moderada?
3. Aclarar que ir 2 o 3 veces por semana durante 1 hora a la escolita deportiva es mejor que nada, pero no alcanza para mantenerlo saludable.
4. ¿Qué motiva a iniciar una actividad deportiva? ¿La salud o el potencial éxito deportivo?
5. ¿La actividad está a cargo de profesores de Educación Física?
6. ¿Existe la posibilidad de que cambie de deporte a lo largo del año?
7. ¿La Institución plantea la actividad con fines recreativos y educativos o tiene un plan competitivo?

Nuestro deber es decirles que el mejor estímulo es el ejemplo, que, si va al club 3 veces por semana, los demás días deben salir juntos a caminar, nadar o andar en bici.

### ¿Y “cuál es el mejor deporte?”

El que el niño elija y la familia pueda sostener, especialmente por la disponibilidad para acompañarlo.

Recordarles que en la edad escolar no se recomienda la especialización deportiva, que sería ideal si pudiera alternar con otra disciplina (atletismo, natación, artes marciales). A esta edad no se deben sobrevalorar los resultados en competencias. La ganancia más preciada es la alfabetización motora, que le permitirá especializarse más adelante y seguir activo toda la vida. Siempre se lo debe estimular, resaltando sus progresos y no sus errores.

En la **etapa escolar**, la actividad física es vigorosa, con aumento progresivo de la destreza y desarrollo de las cualidades físicas básicas; se deben estimular todas las capacidades motoras: presentarle desafíos de fuerza, coordinación y velocidad, además valorar y conservar la flexi-

bilidad. El pensamiento es intelectual y concreto por lo cual comienza la cooperación grupal y el juego colectivo, con la implementación de normas y reglas. Estas características son las que determinan el inicio en las escuelas deportivas.

Cuando llegamos a la etapa **prepuberal** es probable que el niño se haya decidido por un deporte, quizás en el que más destaca o donde esté su grupo de amigos. Acá vamos a encontrar al que tiene espíritu deportivo y el que va para pasar el rato. Sea cual sea el motivo, nuestro deber es estimular a que siga, ya que la cultura del deporte le da un lugar de pertenencia controlado, acrecienta su círculo social y mejora la relación con su cuerpo.

Este es otro punto a tener en cuenta, ya que nuestro paciente puede ser un madurador rápido con ventajas por su tamaño, pero con desventajas que el brusco cambio en sus dimensiones corporales produzca en su desempeño deportivo, especialmente en su coordinación; o quizás es un madurador lento a quién tendremos que sostener emocionalmente con controles periódicos que le aseguren que sigue creciendo y que ya tendrá su pico de crecimiento máximo.

Quizás la/el pre púber aumentó de peso más de lo recomendable, momento que no debemos minimizar ni resaltar, pero en el que debemos insistir en que siga con sus actividades deportivas. Si nos plantea conflicto por su cuerpo, ayudar a elegir otra disciplina en la que pueda iniciarse, como artes marciales o atletismo (los lanzadores son grandes)

En todas las etapas, además del trabajo específico de su deporte, el niño debe recibir lo que se conoce como preparación física. Deben estimularse todas sus capacidades motoras: coordinación, flexibilidad, fuerza, resistencia, velocidad, pues son imprescindibles para cualquier deporte y para mantenerse saludable a lo largo de la vida.

En la **adolescencia** se presentan nuevos y difíciles desafíos. En algunos deberemos evitar el abandono deportivo, ya que esta es una etapa en la que, especialmente las adolescentes, tienden al sedentarismo. En otros, deberemos estar atentos a los síntomas de sobre entrenamiento o síndrome por déficit de energía.

En esta etapa, la actividad física puede ser

intensa alcanzando la madurez motora, donde el Yo es el centro de interés, hay una preocupación por los cambios físicos, la imagen corporal y los modelos de identificación. Hay independencia y autonomía.

En esta etapa se puede empezar a reconocer el talento deportivo.

### Las recomendaciones OMS desde la edad escolar son:

#### Los niños y adolescentes de 5 a 17 años

Deberían dedicar al menos un promedio de 60 minutos al día a actividades físicas moderadas a intensas, principalmente aeróbicas, a lo largo de la semana; deberían incorporar actividades aeróbicas intensas, así como aquellas que fortalecen los músculos y los huesos, al menos tres días a la semana; deberían limitar el tiempo dedicado a actividades sedentarias, particularmente el tiempo de ocio que pasan frente a una pantalla.

El Comité de Medicina del Deporte desea que el Pediatra contribuya a generar un humano activo desde la concepción y en cada etapa de su crecimiento.

### Bibliografía

- Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo 25 de noviembre de 2020. <https://www.who.int/es/publications/item/9789240014886>
- Williams K, Carrasquilla GD, Ingerslev LR, Hochreuter MY, Hansson S, Pillion NJ, Donkin I, Verstehey S, Zierath JR, Kilpeläinen TO, Barrès R. Epigenetic rewiring of skeletal muscle enhancers after exercise training supports a role in whole-body function and human health. *Mol Metab.* 2021 Nov;53:101290. doi: 10.1016/j.molmet.2021.101290. Epub 2021 Jul 10. PMID: 34252634; PMCID: PMC8355925.
- McCullough LE, Mendez MA, Miller EE, Murtha AP, Murphy SK, Hoyo C. Associations between prenatal physical activity, birth weight, and DNA methylation at genomically imprinted domains in a multiethnic newborn cohort. *Epigenetics.* 2015;10(7):597-606. doi: 10.1080/15592294.2015.1045181. Epub 2015

- Apr 30. PMID: 25928716; PMCID: PMC4622928.
- Yin MM, Wang W, Sun J, Liu S, Liu XL, Niu YM, Yuan HR, Yang FY, Fu L. Paternal treadmill exercise enhances spatial learning and memory related to hippocampus among male offspring. *Behav Brain Res.* 2013 Sep 15;253:297-304. doi: 10.1016/j.bbr.2013.07.040. Epub 2013 Jul 31. PMID: 23916757.
  - Exercise deficit disorder in youth: play now or pay later-Avery Faigenbaum, Gregory D Myer-2012 Jul-Aug. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22777330/>
  - Consenso sobre la constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas. Actualización 2021- Arch Argent Pediatr. 2021;119(5): S212-S221 [https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos\\_consenso-sobre-la-constancia-de-salud-del-nino-y-del-adolescente-para-la-realizacion-de-actividades-fisicas-yo-deportivas-actualizacion-2021-120.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_consenso-sobre-la-constancia-de-salud-del-nino-y-del-adolescente-para-la-realizacion-de-actividades-fisicas-yo-deportivas-actualizacion-2021-120.pdf)
  - Calmels D. Del sostén a la transgresión. Buenos Aires: Novedades Educativas 2001 –Ed. Biblos.
  - LIRA, M.I. Primer año de vida-Manuales de estimulación. Buenos Aires: Ed. Nuevo Extremo 1986.
  - Entrenamiento de la fuerza en niños y adolescentes: beneficios, riesgos y recomendaciones-Arch. Argent.Pediatr.2018;116Supl.5:S82-S91 [https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos\\_entrenamiento-de-la-fuerza-en-ninos-y-adolescentes-beneficios-riesgos-y-recomendaciones-80.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_entrenamiento-de-la-fuerza-en-ninos-y-adolescentes-beneficios-riesgos-y-recomendaciones-80.pdf)
- 



Monografía presentada en:

## “EL ABC DE LA MEDICINA LEGAL PARA PEDIATRAS”

Curso de la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA.

Coordinadora: **Dra. Mercedes Acuña**

# HISTORIA CLÍNICA

**Dra. Yesica Contrera**  
Médica Pediatra

## INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica es una herramienta fundamental en la cotidianidad de la práctica médica, forma parte importante en la relación médico-paciente, es fuente de información valiosa para el desarrollo de trabajos de investigación y tiene un valor probatorio en caso de ser solicitado ante un juez. Puede ser una excelente aliada, nuestra mano derecha en la labor médica, y pese a la importancia que la misma reviste, muchas veces es menospreciada por lo tediosa y lo poco práctica que resulta en la confección y lectura de la misma.

A lo largo de esta monografía trataré de responder de forma práctica y concreta una serie de cuestionamientos que surgen de la práctica médica en relación a la historia clínica en su formato clásico, el papel, para dar solo una pequeña reseña sobre el formato digital. Siendo la Ley 26.529 y el Código de Ética para profesionales de la salud de la Asociación Médica Argentina las fuentes más relevantes para las respuestas a los interrogantes.

### ¿Cómo definir la Historia Clínica?

Es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias en personas humanas. Es un documento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada todo lo sucedido y todo lo realizado por el equipo de salud, durante la asistencia a un paciente en un establecimiento público o privado desde su ingreso hasta el momento de su egreso, ya sea por alta o por muerte. Debe ser un instrumento objetivo y comprensible para terceros.

### ¿Existe alguna Ley que la regule?

La Historia Clínica no se encontraba regulada por leyes específicas en la Argentina hasta la promulgación de la Ley 26.529 el 19 de noviembre del año 2009, sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Contemplada en los artículos 12 al 21 de dicha ley, donde la definen como un documento **obligatorio, cronológico, foliado y completo** en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

### ¿Quién es el propietario de la Historia Clínica?

**Titularidad:** el titular de la información contenida en una historia clínica es **el paciente** y es por ello que tiene derecho a que se le suministre copia autenticada por la autoridad competente o una epicrisis, hasta posterior entrega de la copia. El plazo de entrega de la misma es de 48 horas, cumplido ese plazo y de no obtener respuesta o la respuesta es insatisfactoria, el paciente puede presentar una denuncia por incumplimiento de Ley de Protección de Datos Personales. El registro soporte y la administración de la historia clínica son de titularidad del centro de salud.

### ¿Quiénes tienen acceso a la historia clínica?

#### Legitimación para el acceso

Se encuentran legitimados para acceder al contenido de la historia clínica:

1. el paciente y su representante legal;
2. el conyugue o conviviente o los herederos forzados, con autorización del paciente, salvo que este se encuentre imposibilitado de darla, y

3. los médicos y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal. Los sujetos legitimados gozan del derecho a que se les proporcione información sobre el contenido de la historia clínica y, en caso de negativa, demora o silencio del centro de salud responsable, gozan de legitimación activa para requerir la provisión de dicha información por vía de acción de “*Habeas data*”.

### ¿Cómo debe ser confeccionada la historia clínica?

La historia clínica elaborada en soporte de papel (existe el soporte digital, pero no ese el tema principal de esta monografía) debe seguir un estricto orden cronológico, sin espacio entre los registros ni enmendaduras no salvadas con la firma del profesional interviniente. Debe estar foliada, para posibilitar el acceso rápido y ordenado de la información.

La confección de la misma debe sujetarse a los **principios de integridad, unicidad, inviolabilidad y confidencialidad**.

**Principio de integridad:** su elaboración es de carácter complejo y progresiva, constituida por los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y las practicas realizadas, como también aquellas rechazadas por el paciente. Se deberá hacer una descripción exacta de todos los estudios y análisis que se vayan practicando, y en el supuesto que se arribare a un método invasivo, una descripción plena de todos los síntomas que aconsejaron practicarlo.

Debe ser contemporánea a las distintas prestaciones que se vayan realizando.

Cuando se realicen interconsultas con otros profesionales, se debe registrar la opinión de los mismos y dejar constancia del día y hora en que fueron realizadas. Se deberá detallar en la Historia Clínica la información suministrada al paciente y/o familiares, como así también la respuesta que va teniendo el paciente frente al tratamiento, ya sea médico o quirúrgico. No deberán omitirse datos imprescindibles para poder llegar así al mejor tratamiento para el paciente.

### ¿Puede existir en una misma institución duplicados de la historia clínica?

**Principio de la unicidad:** la historia clínica tiene carácter **único** dentro de cada establecimiento asistencial público y privado y debe identificar al paciente por medio de una clave uniforme, la que debería serle comunicada.

**Principio de inviolabilidad:** la historia clínica es inviolable, los establecimientos asistenciales y los profesionales de la Salud, titulares de consultorio privados, tienen su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de ella.

**Principio de confidencialidad:** este principio impone a los centros y profesionales de la salud, adoptar las medidas que pudieran resultar necesarias para evitar que personas no autorizadas accedan al contenido de la historia clínica, al tiempo que impone al personal autorizado el deber de no divulgarlo.

### ¿Cuál es el rol del establecimiento sanitario frente a la Historia Clínica?

El rol del establecimiento sanitario frente a la historia clínica es el de **custodio y titular del soporte material** y, eventualmente, del sistema de base de datos en el que se confecciona. Es quien debe adoptar las medidas necesarias para asegurar su confidencialidad, unicidad, integridad y disponibilidad, así como el acceso a la información en ella contenida por los legitimados a requerirla.

La guarda y custodia de la historia clínica debe regir durante un plazo mínimo de 10 años. Dicho plazo se computa a partir de la última actualización registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

### ¿Qué información debe contener la historia clínica?

En la historia clínica se debe asentar: la fecha de inicio de su confección; datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar; datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad; antecedente genéticos, fisiológicos y patológicos del paciente si existieran; en caso de las historias clínicas odontológicas, éstas deben contener registros odontológicos que permitan identificar al paciente.

Todo acto médico realizado o indicado, sea

una prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en caso de certeza, constancia de interconsultas a especialistas, diagnósticos, pronóstico, procedimientos. Evolución y toda otra actividad inherente.

### ¿Cómo se debe proceder ante errores en la historia clínica?

“La historia clínica ha de ser un instrumento objetivo y comprensible por terceros, y no sólo por quienes escriben en ella”, art 168 del código 11 del Código de Ética de la Asociación Médica Argentina. A su vez debe ser legible, no debe

#### Cuadro comparativo entre la Historia Clínica tradicional y la Historia Clínica Electrónica

	HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	HISTORIA CLÍNICA TRADICIONAL
<b>Legibilidad y fiabilidad en la interpretación</b>	Claridad absoluta en los datos	Algunas veces ilegible
<b>Accesibilidad</b>	Accesible en cualquier momento y en todos los puntos de atención. Posibilidad de habilitar el acceso global desde internet.	Utilizable en un solo lugar y por lo general en el centro donde se genera
<b>Disponibilidad</b>	Siempre disponible para cualquier usuario con permiso de acceso.	Dependiendo de la accesibilidad a los Archivos físicos. Dificultades en organizaciones con varios centros
	Permanece inalterable en el tiempo para que su información pueda ser consultada.	Sufre deterioro con el tiempo, por su propio uso y la degradación de algunos soportes (impresos en papel térmico).
<b>Seguridad de información</b>	Una adecuada política de seguridad junto un sistema de contingencia garantiza que la información no se pierda	Frecuentemente extraviada total o parcialmente
<b>Secuencialidad de la información</b>	Garantizada por los propios sistemas de registro con inserción de hora y fecha automática.	Es difícil si no está previamente foliada, las evoluciones son consecutivas sobre un mismo modelo papel
<b>Inviolabilidad</b>	No puede ser adulterada, por medio de firma digital, inserción de hora y fecha automática y técnicas de custodia de documentos	Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin poder comprobarlo
<b>Reserva de la información privada del paciente</b>	Garantizada por mecanismos de seguridad informáticos	Garantizada por mecanismos de control del archivo
<b>Integridad</b>	La informatización racional garantiza que la información de un paciente se completa, integrando todos los datos de todos los ámbitos asistenciales	Frecuentemente se encuentran divida en servicios, se suelen abrir varios números de historia clínica para un mismo paciente
<b>Identificación del profesional</b>	Por la firma digital	Por la firma holográfica y el sello con el número de colegiado
<b>Temporalidad precisa</b>	Garantizada con fecha y hora con inserción de hora y fecha automática	A veces con fecha y hora
<b>Auditoría</b>	Total, en cuando acceso y modificación de cada dato	Difícil establecer sistemas de auditoría por ser manuales

tener tachaduras, no se debe escribir sobre lo ya escrito, no debe ser borrada, no se debe dejar espacios en blanco y ante una equivocación debe escribirse *ERROR* y aclarar lo que sea necesario.

No se debe añadir nada entre renglones. Las raspaduras, enmiendas o entrelíneas que afecten partes esenciales del acto instrumentado, deberán ser salvadas con la firma del autor y, de no ha-

	<b>HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA</b>	<b>HISTORIA CLÍNICA TRADICIONAL</b>
<b>Redundancia y duplicidad</b>	Evita repetir pruebas complementarias al disponer siempre de toda la información	Las demoras y extravíos de los documentos hacen que se repitan muchas pruebas complementarias
<b>Errores de consignación o archivado</b>	Menor número de errores. Se pueden establecer filtros y rangos de valores en los campos	A veces inexacta o errores de archivado de documentos
<b>Estandarización de datos</b>	Ingreso estandarizado de datos	Organizada según necesidad de cada servicio
<b>Costos de personal administrativo</b>	Puede ser operada y buscada por los mismos profesionales que requieren la información	Requiere personal para el mantenimiento del archivo, (repartir, buscar y ordenar las HC)
<b>Locales para almacenamiento</b>	No se precisa	Son necesarios espacios muy grandes en los centros para el almacenamiento de los dossiers
<b>Costos de impresión</b>	En una situación ideal sólo se imprime lo que se requiere. Cuando convive con sistemas tradicionales se imprimen muchos documentos con costes considerables en la impresión	Es necesario modelos pre impresos para los distintos formularios que la componen con elevados costes de imprenta y papel
<b>Tiempo de consulta de datos y espera para estudios complementarios</b>	Es acceso a cualquier dato es inmediato. Es posible disponer de diferentes vistas en función del contexto en el que se está trabajando	Es necesario solicitar la historia al archivo y una vez se dispone hay que "bucear" en los documentos hasta llegar a la información solicitada
<b>Orientaciones en la terapéutica</b>	Se pueden incorporar alertas y reglas informatizadas	
<b>Recordatorios y alertas</b>	De fácil implementación	
<b>Estadísticas e investigación</b>	Muy sencillo realizar estadísticas y exportación de datos para estudios, investigación y planificación sanitaria	Mediante tediosos procesos manuales
<b>Estado del proceso</b>	Permite hacer un seguimiento del estado del proceso de paciente: pruebas pendientes, informadas, fechas de citas o programaciones, etc.	No es posible realizar seguimiento del proceso.
<b>Segunda opinión</b>	La posibilidad de acceso desde diferentes lugares facilita la realización de segunda opinión e interconsultas a especialistas	Mediante procedimientos de comunicación manual
<b>Continuidad asistencial</b>	Mejora el "continuum" asistencial al habilitar el acceso a la información todos los puntos de asistencia	

cerse de tal modo, el juez puede determinar en qué medida el defecto excluye o reduce la fuerza probatoria del acto realizado.

### ¿Cuáles son las consecuencias ante anomalías en la historia clínica?

La ausencia de la historia clínica o la violación de su integridad pueden ser consideradas como un indicio grave en la elaboración de presunciones judiciales con relación a la determinación de la existencia de supuestos de mala praxis en perjuicio del paciente.

La violación del deber de confidencialidad por el personal sanitario puede generar responsabilidad penal para el autor directo y civil para el centro de salud y sistema de prestaciones en que presta servicios.

La falsificación o adulteración de una historia clínica pueden dar lugar a los delitos previstos en los artículos 292 y 294 del Código Penal y responsabilidad civil para el autor material, para el centro asistencial o para el sistema de prestaciones en que desarrollen su actividad los autores del hecho.

### Historias clínicas electrónicas (HCE)

La HCE es posiblemente uno de los avances tecnológico más relevante de los últimos años en gestión sanitaria. En general permite tener un acceso más rápido, claro, cómodo y seguro, lo que repercute en una atención al paciente más ágil, eficaz y eficiente.

La HCE pretende mejorar la atención en la salud, introduciendo la tecnología a la ciencia médica, con el fin de optimizar el servicio.

Un beneficio indiscutible es la **legibilidad**. Desde siempre, por ejemplo, la escritura manual ilegible ha sido una de las principales causas de errores de medicación.

Otros de los beneficios podrían ser:

- Historias Clínicas accesibles en tiempo real.
- Seguridad y privacidad del paciente.
- Mejora en la seguridad y atención del paciente.

En caso de computarización de la Historia Clínica, deberán implementarse sistemas de segu-

ridad suficientes para asegurar la inalterabilidad de los datos y evitar el accionar de violadores de información reservada.

### CONCLUSIÓN

Ante todo, lo expuesto, la historia clínica es, sin lugar a dudas, ya sea en su formato clásico o electrónico, una herramienta fundamental en la práctica médica. Puede ser nuestra mejor aliada, como también nuestro “peor enemigo”; es por ello que es sumamente importante tener en claro, las características de las misma, sus principios, la forma en que debe ser redactada, que elementos tiene que contener. Tener presente que el contenido de la historia clínica es del paciente, siendo la institución de salud (pública, privada o particular) la custodia de la misma, y quien debe velar por la seguridad, integridad y privacidad de la misma. Existen leyes que la regulan y el no cumplimiento de las mismas tiene consecuencias para el personal de salud como para la institución tanto en foro civil como penal.

La falta de implementación plena de las HCE en los centros asistenciales se debe básicamente a los costos y la complejidad del proceso de migración de los datos de un sistema a otro. Pero una vez implementada las ventajas harán que sea imposible continuar con el sistema tradicional de historias clínicas.

### BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859/texto>
- <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432>
- Código de Ética para profesionales de la salud de la Asociación Médica Argentina, capítulo 11.
- Patitó José A. *Medicina Legal*. Buenos Aires, Centro Norte. 2000.
- Profam: Programa de Educación a Distancia de Medicina Familiar y Ambulatoria/Esteban Rubinstein, Dir. Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires, Departamento de Docencia e Investigación.



## Perlitas legales

# LEY NACIONAL DE RESPUESTA INTEGRAL AL VIH, HEPATITIS VIRALES, OTRAS ITS Y TBC

(30/6/2022)

**Dra. Mercedes Regina Acuña**

Médica. (UBA). Especialista en Pediatría y Medicina Legal.  
Abogada (UCASAL)

La ley 27675 declara de Interés Público y Nacional la respuesta integral e intersectorial a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana "VIH", las hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual "ITS" y la tuberculosis "TBC". Es de aplicación en todo el territorio de la República Argentina. Los principios rectores de esta ley, corresponde a los Derechos Humanos y las normas de los tratados internacionales del art. 75, inc. 22 de la Constitución Nacional.

También regula la investigación y el desarrollo de tecnologías locales para la producción pública nacional de medicamentos e insumos, los derechos y garantías de las personas que padezcan las mencionadas enfermedades, los derechos laborales, la situación de las mujeres y/o personas con capacidad de gestar y los beneficios especiales de la seguridad social.

### ¿Porque esta ley se denomina: *Respuesta Integral e Intersectorial para el VIH, ITS, TBC, hepatitis virales?*

Está basada en la respuesta de la Atención Primaria de la Salud (APS), garantizando la investigación, prevención integral y combinada, diagnóstico, tratamiento, cura, asistencia interdisciplinaria (social, legal, psicológica, médica y farmacológica) y la reducción de riesgos y daños del estigma, la discriminación y la criminalización hacia las personas con VIH, hepatitis virales, TBC e ITS.

Además, comprende los cuidados paliativos y la rehabilitación de estas patologías, incluyendo las asociadas, derivadas y concomitantes,

así como los efectos adversos derivados de las mismas y/o de sus tratamientos. Deberán las autoridades sanitarias nacionales, regionales y municipales, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y las restantes que pudiesen corresponder, juntamente con las Obras sociales, los prestadores de salud y los restantes organismos, buscar que se articule la implementación de programas que garanticen la atención interdisciplinaria e intersectorial, haciendo cumplir los propósitos y principios de esta Ley.

Se decreta acceso universal y gratuito a la salud. Los agentes del servicio público, las obras sociales y demás entidades enmarcadas en la ley 23660-23661, las empresas de medicina prepaga y todos aquellos agentes alcanzados por la ley 26682, así como todas las instituciones que actualmente o en el futuro formen parte integrante del sistema de salud de la República Argentina, independientemente de su figura jurídica y objeto principal, están obligados a brindar asistencia integral, universal, gratuita a las personas expuestas y/o afectadas por el VIH, las hepatitis virales, otras ITS y la TBC, y las distintas herramientas e innovaciones de la estrategia de la prevención combinada (art. 2).

### ¿Cuáles son los derechos que marca esta ley para las personas que sufren VIH, TBC, Hepatitis virales y otras ITS?

- Derecho a recibir asistencia integral conforme refiere art. 1, 2 y 3 de esta ley.
- Derecho a recibir un trato digno y respetuoso,

sin discriminación y criminalización de ningún tipo, en todos ámbitos en razón de su condición de salud.

- Derecho al resguardo de la confidencialidad, privacidad e intimidad, en acuerdo a la Ley de Protección de los Datos Personales 25326.
- Derecho a no declarar su diagnóstico y/o estadio de su infección.
- Derechos laborales, educativos, asistenciales, de seguridad social, de consumidores y de usuarios de servicios públicos y en el marco de relaciones de consumo y de toda índole, sin ningún tipo de discriminación o demora para el acceso.

### ¿Qué establece esta ley para las personas bajo situaciones especiales?

La ley establece derechos a las personas privadas de la libertad y personas bajo situaciones especiales de residencia, entendiéndose por estas a aquellas que permanezcan en hogares convivenciales, hogares de personas adultas mayores, centros de atención de salud mental, hospitales, centros de internación, instituciones de las fuerzas de seguridad y servicio penitenciario.

Estos derechos son:

- El derecho al acceso a la promoción, atención de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento tal como establezca la autoridad de aplicación, en consonancia con los derechos establecidos en la presente ley. Este derecho debe ser garantizado aun cuando las modalidades de ejecución de la pena hagan que la persona se encuentre fuera las dependencias, como en los casos de prisión domiciliaria.
- El derecho al trato digno, respetuoso y con las garantías de confidencialidad e intimidad del diagnóstico y tratamiento.
- El derecho a no ser objeto de pruebas obligatorias de diagnóstico de VIH, hepatitis virales y otras ITS, de manera compulsiva.
- El derecho a recibir la realización voluntaria de pruebas diagnósticas, con su correspondiente consentimiento informado. En aquellos casos en que exista riesgo cierto e inminente de propagación de enfermedades contagiosas, se deberán establecer medidas que integren y equilibren la dignidad personal y la protección de la salud colectiva.

### ¿Qué impacto tiene esta ley en las relaciones laborales?

La Ley 27765 establece: (...) Prohibiciones dirigidas al empleador al momento de requerir ciertos datos en los exámenes pre ocupacionales y además reconoce diversos derechos laborales ...

Cito el artículo 8, que: ... prohíbe *“la oferta y la realización de la prueba diagnóstica de VIH, hepatitis virales, y otras ITS en los exámenes médicos pre ocupacionales, como así también durante el transcurso y como parte de la relación laboral”*.

Luego agrega, a fines de evitar discriminaciones laborales en el acceso al empleo, que las ofertas de trabajo *“no podrán contener restricciones por estos motivos”*.

Además, con el objetivo de evitar posibles comportamientos discriminatorios del empleador durante el transcurso de la relación laboral que menoscaben el acceso a oportunidades, establece: *“En el caso de accidentes de trabajo podrá requerirse la prueba diagnóstica de VIH, hepatitis virales y otras ITS, al solo efecto de proteger la salud de la persona afectada. No podrá condicionarse la permanencia o promoción en los puestos de trabajo a la realización o al resultado de esta prueba”*.

El Decreto 805/2022 reglamenta el mencionado artículo 8, refiriendo: *“Se faculta al Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, para dictar las normas aclaratorias y complementarias para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 8 de la ley.”*

Todas las instituciones públicas o privadas que sean responsables de la realización de exámenes de salud para el ámbito laboral, deberán disponer, en lugares visibles para todas las personas usuarias, un letrero de un tamaño mínimo de 80 cm por 50 cm, con el siguiente texto: ... *“Se prohíbe la oferta y la realización de la prueba diagnóstica VIH, hepatitis virales y otras ITS en los exámenes médicos pre ocupacionales, como así también durante el transcurso y como parte de la relación laboral. Las ofertas de empleo no podrán contener restricciones por estos motivos. Usted puede informarse del texto legal y denunciar su incumplimiento llamando a línea gratuita de la SRT” (08006666778).*

## ¿Cuáles son los derechos laborales que reconoce la Ley 27675?

Específicamente se reconocen a las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y/o TBC los siguientes derechos:

- El derecho al trabajo y a la permanencia en el mismo, sin discriminación, despidos, suspensiones, hostigamientos, reducciones salariales, violencia, violación de la confidencialidad, para la población referida en la presente ley. Se presume, salvo en prueba en contrario, que el despido de personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y/o TBC obedece a razones de discriminación. En este inciso se agrega una presunción legal *"iuris tantum"*, es decir que el trabajador no deberá probar la discriminación, invirtiéndose la carga de la prueba, y luego de ello se admitirá la prueba en contrario por parte del empleador.
- El derecho a que no sea condicionado el ingreso a fuentes laborales o a la promoción de puestos de trabajo, con la realización de pruebas diagnósticas.
- El derecho a no ser objeto de pruebas diagnósticas de modo compulsivo.
- El derecho a ser beneficiarios de políticas de empleabilidad para personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y/o TBC, impulsando el acceso universal, asistencia integral y no discriminación, conforme a la *"Recomendación sobre el VIH /SIDA y el mundo del trabajo"* de la OIT.
- El derecho a la inclusión de las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y/o TBC en los programas de formación y capacitación del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social o el organismo que en un futuro lo reemplace.
- El derecho a ser beneficiarios de políticas de acciones afirmativas que fomenten la actividad laboral, tanto en el ámbito público como en el privado, para la población contemplada en esta ley, garantizando la confidencialidad del diagnóstico.

## ¿Esta ley establece pautas legales para las instituciones educacionales?

Esta ley establece que ninguna institución educativa, pública o privada, podrá solicitar pruebas de VIH, hepatitis virales, otras ITS y/o TBC a postulantes e integrantes de la comunidad educativa como requisito de ingreso, permanencia, promo-

ción o para el acceso a becas, debiendo contemplar de igual modo todos los derechos laborales estipulados en el artículo 9 de la presente ley.

## ¿Quiénes son las autoridades de esta ley y cómo se aplican?

La autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud de la Nación a través del área de aplicación que designe, que se coordinará con el COFESA, para la implementación y actualización de las medidas positivas y articuladas en los ámbitos nacional, provincial y municipal, incluyendo la concreción de convenios relevantes que aseguren:

- Políticas públicas tendientes a dar respuestas a situaciones de vulnerabilidad social que afecten el acceso integral al derecho a la alimentación, la salud, el trabajo, la educación y la vivienda de las y los destinatarios de la presente ley.
- Desarrollo y fortalecimiento de programas sustentables existentes y los que se crearan en el futuro.
- Desarrollo de programas que apoyen la adherencia a los tratamientos de las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC, con especial atención a personas afectadas por efectos adversos prolongados, coinfectadas, con otras patologías y/o con historial de resistencias a los tratamientos.
- El desarrollo de programas sustentables que implementen políticas para la reducción de daños en usuarios de sustancias psicoactivas a los fines de la prevención de la transmisión del VIH, las hepatitis virales, otras ITS y TBC, asegurándose el respeto de todos sus derechos y garantías.
- Adaptación de los programas y servicios en función del respeto de la diversidad cultural, de la interculturalidad, de los pueblos y comunidades indígenas y su participación en el diseño, la implementación y el monitoreo de las políticas que establece la presente ley.
- Tratamientos: acceso universal al tratamiento para el VIH, las hepatitis virales, otras ITS y TBC en forma gratuita, conforme al artículo 3 de la presente ley. Incluyendo tanto formulación pediátrica como para adultos, tratamientos para las coinfecciones, enfermedades oportunistas, patologías endocrinas, metabólicas, toxicidades asociadas al tratamiento y otras patologías asociadas y lo inherente a prevenir la transmisión

vertical y demás relacionadas con la protección y calidad de vida de las personas.

- Desarrollar programas destinados a la promoción de la salud, prevención de HIV, las hepatitis virales y otras ITS, teniendo en cuenta las desigualdades, discriminaciones y violencias que sufren las mujeres, con especial atención a la relación existente entre todos los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres y el VIH y en todos los ámbitos. Se promoverán políticas públicas que brinden especial atención a niñas, adolescentes, jóvenes y adultas en todas sus diversidades, en la atención de la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva.

### ¿Agrega algo más esta ley 27675?

Si, agrega reglamentación sobre dos aspectos de seguridad social: una es la jubilación especial de carácter excepcional y otra es la pensión no contributiva de carácter vitalicio para las personas con VIH, también para las personas con Hepatitis B y/o C.

### Abreviaturas

**OIT:** Organización Internacional del trabajo.

**COFESA:** Consejo Federal de Salud.

**SRT:** Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

**ITS:** Infecciones de transmisión sexual.

TBC: Tuberculosis.

### Bibliografía

- <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27675-368130>



## Boletín bibliográfico 86

Espacio creado por el **Dr. Ricardo Straface**

**Dr. Carlos Luzzani**  
Médico Pediatra

### ¿SERÁ EL CELULAR EL PRÓXIMO CONSULTORIO MÉDICO?

Los mismos dispositivos que se utilizan para tomar selfis y publicar tuits en *Twitter* se están reutilizando y comercializando para acceder rápidamente a la información necesaria para monitorear la salud de un paciente.

Tan solo el tener la yema del dedo presionada contra la lente de la cámara de un celular se puede medir la frecuencia cardiaca. El micrófono, colocado junto a la cama, puede detectar apnea del sueño. Incluso el altavoz está siendo modificado para monitorear la respiración usando tecnología de sondas.

En lo mejor de este nuevo mundo, los datos se transmiten de forma remota a un profesional médico para comodidad del paciente o en algunos casos, para ayudar a un médico sin necesidad de usar un *hardware* costoso.

Pero el uso de teléfonos inteligentes como herramientas de diagnóstico es un trabajo que está en proceso, dicen expertos. Aunque los médicos y sus pacientes han tenido cierto éxito en el mundo real al implementar el teléfono como dispositivo médico, el potencial real todavía es incierto.

Los teléfonos inteligentes contienen sensores capaces de monitorear los signos vitales de un paciente. Pueden ayudar a evaluar a las personas buscando conmociones cerebrales, observando la fibrilación auricular y realizando controles de bienestar de salud mental, por nombrar algunas aplicaciones incipientes.<sup>1,2</sup>

Las empresas y los investigadores ansiosos por encontrar aplicaciones médicas aprovechan las cámaras y los sensores de luz incorporados en los teléfonos modernos, los micrófonos que detectan los movimientos del cuerpo e incluso los altavoces.

Las aplicaciones usan *software* de inteligencia artificial para analizar las imágenes y los sonidos recopilados para crear una conexión fácil entre pacientes y médicos. El potencial de ingresos y la comercialización se evidencian en los más de

350.000 productos de salud digitales disponibles en las tiendas de aplicaciones, según un informe de *Grand View Research*.

“Es muy difícil colocar dispositivos en el hogar del paciente o en el hospital, pero todo el mundo camina con un teléfono celular con conexión”, comentó el Dr. Andrew Gostine, director ejecutivo de la empresa de redes de sensores *Artisight*.

La mayoría de los estadounidenses tiene un teléfono inteligente, incluido más de 60 % de las personas mayores de 65 años, un aumento con respecto a solo el 13 % hace una década, según el *Pew Research Center*.

La pandemia de COVID-19 también ha impulsado a las personas a sentirse más cómodas con la atención virtual.

Algunos de estos productos han buscado la aprobación de la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos para ser comercializados como dispositivos médicos. De esa forma, si los pacientes deben pagar para usar el *software* es más probable que las aseguradoras de salud cubran al menos parte del costo.

Otros productos están designados como exentos de este proceso regulatorio, ubicados en la misma clasificación clínica que un apósito para una herida, pero la forma en que la agencia maneja la inteligencia artificial y los dispositivos médicos basados en el aprendizaje automático aún se está ajustando para reflejar la naturaleza adaptativa del *software*.

Garantizar la precisión y la validación clínica es crucial para asegurar la aceptación de los proveedores de atención médica. Y muchas herramientas aún necesitan ajustes, agregó el Dr. Eugene Yang, profesor de medicina en la *University of Washington*, en Seattle, Estados Unidos que actualmente prueba la medición sin contacto de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno obtenida de forma remota a través de imágenes de la cara de un paciente desde la cámara de *Zoom*.

Juzgar estas nuevas tecnologías es difícil porque

se basan en algoritmos creados por aprendizaje automático e inteligencia artificial para recopilar datos, en lugar de las herramientas físicas que se usan normalmente en los hospitales.

Por eso los investigadores no pueden compararlas con los estándares de la industria médica, explicó el Dr. Yang. El hecho de no incorporar tales garantías socava los objetivos finales de esta tecnología de mejorar el acceso y los costos porque un médico aún debe verificar los resultados.

“Los falsos positivos y los falsos negativos conducen a más pruebas y más costos para el sistema de atención médica”, destacó.

Las grandes empresas de tecnología, como *Google*, han invertido mucho en la investigación de este tipo de tecnología, atendiendo a los médicos y cuidadores en el hogar, así como a los consumidores. Actualmente en la aplicación *Google Fit* los usuarios pueden verificar su frecuencia cardíaca colocando el dedo en la lente de la cámara trasera o registrar su frecuencia respiratoria con la cámara frontal.

“Si sacas el sensor del teléfono y de un dispositivo clínico, probablemente son la misma cosa”, dijo Shwetak Patel, director de tecnologías de salud en *Google* y profesor de ingeniería eléctrica e informática en la *University of Washington*.

La investigación de *Google* utiliza el aprendizaje automático y la visión por computadora, un campo dentro de la inteligencia artificial basado en información de entradas visuales, como videos o imágenes. Por ejemplo, en lugar de usar un manguito de presión arterial, el algoritmo puede interpretar cambios visuales leves en el cuerpo que sirven como representantes y bioseñales para la presión arterial de un paciente, explicó Patel.

*Google* también investiga la efectividad del micrófono incorporado para detectar latidos y soplos cardíacos, y el uso de la cámara para preservar la vista mediante la detección de la enfermedad ocular por diabetes, según información que la compañía publicó el año pasado.<sup>3</sup>

El gigante tecnológico compró recientemente *Sound Life Sciences*, una empresa emergente (*startup*) de Seattle con una aplicación de tecnología de sondas aprobada por la FDA de Estados Unidos.<sup>4</sup> Utiliza el altavoz de un dispositivo inteligente para hacer rebotar pulsos inaudibles en el cuerpo de un paciente para identificar el movimiento y controlar la respiración.

*Binah.ai*, con sede en Israel, es otra empresa

que utiliza la cámara del teléfono inteligente para registrar los signos vitales. Su *software* observa la zona alrededor de los ojos, donde la piel es un poco más delgada y analiza la luz que se refleja en los vasos sanguíneos y regresa a la lente.

La compañía está finalizando un ensayo clínico en Estados Unidos y comercializando su aplicación de bienestar directamente a las aseguradoras y otras compañías de salud, declaró su vocera, Mona Popilian-Yona.

Las aplicaciones llegan incluso a disciplinas como la optometría y la salud mental:

- Con el micrófono, *Canary Speech* utiliza la misma tecnología subyacente que *Alexa* de Amazon para analizar las voces de los pacientes en busca de problemas de salud mental. El *software* puede integrarse con las citas de telemedicina y permitir que los médicos evalúen la ansiedad y la depresión utilizando una biblioteca de biomarcadores vocales y análisis predictivos, manifestó Henry O’Connell, su director ejecutivo.
  - *ResApp Health*, con sede en Australia, obtuvo la aprobación de la FDA de Estados Unidos el año pasado para su aplicación para *iPhone* que detecta la apnea obstructiva del sueño de moderada a grave al escuchar la respiración y los ronquidos. *SleepCheckRx*, que requiere receta médica, es mínimamente invasivo en comparación con los estudios del sueño que se utilizan actualmente para diagnosticar la apnea, que pueden costar miles de dólares y requieren una variedad de pruebas.
  - La aplicación *Reflex* de *Brightlamp*, es una herramienta de apoyo a la toma de decisiones clínicas para ayudar a controlar las conmociones cerebrales y la rehabilitación de la visión, entre otras cosas. Usando la cámara de un *iPad* o *iPhone*, la aplicación móvil mide cómo reaccionan las pupilas a los cambios de luz. A través del análisis de aprendizaje automático, las imágenes brindan a los profesionales datos identificables para evaluar a los pacientes. *Brightlamp* vende directamente a proveedores de atención médica y se utiliza en más de 230 clínicas. Los médicos pagan una tarifa anual estándar de 400 dólares por cuenta, que actualmente no está cubierta por el seguro. El *United States Department of Defense* tiene un ensayo clínico en curso usando *Reflex*.
- En algunos casos, como con la aplicación

*Reflex*, los datos se procesan directamente en el teléfono, en lugar del almacenamiento en la nube, señaló *Kurtis Sluss*, primer ejecutivo de *Brightlamp*. Al procesar todo en el dispositivo la aplicación evita problemas de privacidad, ya que la transmisión de datos a otro lugar requiere el consentimiento del paciente.

Pero los algoritmos deben entrenarse y probarse mediante la recopilación de grandes cantidades de datos, y ese es un proceso continuo.

Por ejemplo, los investigadores han descubierto que algunas aplicaciones de visión artificial, como el control de la frecuencia cardíaca o la presión arterial, pueden ser menos precisas para pieles más oscuras.<sup>5</sup> Se realizan estudios para encontrar mejores soluciones.

Los pequeños fallos en los algoritmos también pueden producir falsas alarmas y asustar a los pacientes lo suficiente como alejar la posibilidad de adoptarlos masivamente. Por ejemplo, la nueva función de detección de accidentes automovilísticos de *Apple*, disponible tanto en el último *iPhone* como en el *Apple Watch*, se activaba cuando las personas estaban en montañas rusas y marcaban automáticamente al 911.<sup>6</sup>

“Todavía no hemos llegado. Ese será el resultado final”, indicó Yang.

## Referencias

1. Carrick FR, Azzolino SF, Hunfalvay M, Pagnacco G, y cols. The Pupillary Light Reflex as a Biomarker of Concussion. *Life (Basel)*. 18 Oct 2021;11(10):1104. doi: 10.3390/life11101104. PMID: 34685475. Fuente
2. Rizas KC, Freyer L, Sappler N, Von Stülpnagel L, y cols. Smartphone-based screening for atrial fibrillation: a pragmatic randomized clinical trial. *Nat Med*. Sep 2022;28(9):1823-1830. doi: 10.1038/s41591-022-01979-w. PMID: 36031651. Fuente
3. Corrado G. The Check Up: our latest health AI developments. Publicado el 24 de marzo de 2022. Consultado en versión electrónica. Fuente
4. Business Wire. Sound Life Sciences Receives FDA 510(k) Clearance for Industry's First Contactless Sonar-based Respiratory Monitor for Smart Devices. Comunicado de prensa. Publicado el 21 de diciembre de 2021. Consultado en versión electrónica. Fuente
5. Chari P, Kabra K, Karınca D, Lahiri S, y cols. Diverse RPPG: Camera-based Heart Rate Estimation for Diverse Subject Skin Tones and Scenes. arXiv. [Submitted on 24 Oct 2020 (v1), last revised 9 Dec 2020 (this version, v3)] (e-print not peer-reviewed). Fuente
6. Stern J. 'The Owner of This iPhone Was in a Severe Car Crash' or Just on a Roller Coaster. *WSJ*. Publicado el 9 de octubre de 2022. Consultado en versión electrónica. Fuente

**Hannah Norman, Kaiser Health News**  
Medscape - 30 de enero de 2023.

## ACTUALIZACIÓN EN RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA RECOMIENDA SEA PERCEPTIVA, DIVERSA Y CON ALIMENTOS LOCALES

La alimentación complementaria se debe implementar bajo un esquema de alimentación perceptiva, ser diversa y con alimentos disponibles en la región y temporada, sin diferencias entre niños con o sin riesgo de alergias, iniciándola en un rango de edades entre 4 y 6 meses, dependiendo del caso, concluye el Consenso de alimentación complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: COCO 2023.<sup>1</sup>

“Un médico de primer contacto que se encarga de dar seguimiento a los niños en etapas tempranas tiene en sus manos una herramienta muy poderosa al establecer buenas recomendaciones nutricionales, que son la base de una gran cantidad de padecimientos, por lo cual es tan relevante la nutrición en los primeros 1.000 a 1.500 días de vida; es la forma en la que se programa un individuo, por ejemplo, si un niño en sus primeros 1.000 días de vida consume una gran cantidad de proteína o azúcar, esto puede estar mal programarlo y dejar el terreno fértil para que poco o mucho tiempo después enfermedades como obesidad, diabetes e hipertensión se puedan desarrollar”, declaró el Dr. Rodrigo Vázquez Frías, médico adscrito al Hospital infantil de México “Federico Gómez” y primer autor de esta publicación.

### ¿Alimentación complementaria?

La alimentación complementaria es aquella que se adiciona a la lactancia, ya sea con leche materna o con algún sucedáneo.

Es un proceso en el que deben tomarse en cuenta diversos aspectos, como favorecer que

sea perceptiva, lo que implica crear un ambiente correcto considerando aspectos sensoriales, así como las señales de hambre y saciedad del lactante.

Además, determinar el momento correcto de la introducción de alimentos considera aspectos culturales y percepción de los padres o cuidadores. Involucra también una progresión en el cambio de texturas para promover los movimientos de lengua, labios y mandíbula que aseguren el correcto desarrollo de los órganos involucrados en la masticación y el habla, y es un período de vital importancia para el establecimiento de preferencias alimentarias futuras.

El objetivo de este trabajo fue desarrollar un consenso sobre alimentación complementaria que cuando sea posible incorpore información local adaptable a la realidad de la región.

### Desarrollo del Consenso

Se convocó a un grupo de especialistas representantes de cada país miembro del Grupo de Trabajo de Nutrición de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (*Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*, LASPGHAN).

Participaron 21 representantes de países miembros de dicha sociedad: Argentina, Bolivia, República Federativa del Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

“Fue un reto consensuar 21 países diferentes, con pensamientos, idiosincrasias, tradiciones y cultura totalmente diversas; teníamos que aclarar desde definiciones y cuestiones totalmente conceptuales. Una labor titánica: hablamos de que este proyecto empezó hace 5 años y hasta ahora se ve culminado”, compartió el Dr. Vázquez.

Los especialistas fueron asignados aleatoriamente a 1 de 5 subgrupos de trabajo para abordar los diferentes tópicos de la alimentación complementaria. Los facilitadores elaboraron una serie de declaraciones acorde con los diferentes tópicos y posteriormente buscaron evidencia (publicada entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de octubre de 2019) que diera soporte a dichas declaraciones.

El Dr. Vázquez señaló que llegar a este con-

senso requirió enfrentarse a recomendaciones que no están basadas en evidencia, sino en tradiciones que los médicos reproducen al no estar actualizados.

“Las consideraciones basadas en cuestiones tradicionales no están mal, pero carecían de algún grado de evidencia; por ejemplo, la idea de que los niños no pueden comer huevo porque supuestamente les genera alergia está muy arraigada en la población general y el problema es que también en muchos médicos que no están tan actualizados en el tema. Romper con esas barreras no solo de índole médico, sino cultural, fue algo muy difícil”.

Se realizó una serie de reuniones, la inicial durante el congreso de LASPGHAN en noviembre de 2019, donde se presentaron las declaraciones y se sometieron a evaluación mediante un proceso Delphi de voto anónimo para determinar el nivel de acuerdo valorado con la escala Likert de 3 puntos: a) de acuerdo; b) en desacuerdo, y c) abstención.

Los enunciados en los que existió más de 75 % de acuerdo fueron aceptados, mientras que aquellos en los que no se alcanzó ese porcentaje fueron revalorados para su eliminación o bien para ser reformulados siendo sometidos a una segunda ronda de votación y así sucesivamente cuantas veces fuera necesario, llegando finalmente a 33 declaraciones.

“Si esto hubiera quedado en el papel habría sido una pérdida de tiempo; en México ha habido muy buena aceptación por los pediatras, pero es necesario recordar que tiene que llegar al médico general que se encarga de implementar la alimentación complementaria en la inmensa mayoría de los niños, también tendría que permea a las guarderías o a estancias infantiles, a todos los lugares en donde los niños van a recibir alimentación complementaria”, puntualizó el Dr. Vázquez.

### Aplicabilidad en la región

Sobre las perspectivas que surgen a partir de la publicación de este consenso, el Dr. Vázquez destacó la importancia de su adaptación en cada uno de los países participantes. “El primer país que hará esta adaptación es Colombia, que ya trabaja en la adaptación tanto de las palabras como de las comidas típicas o de los regionalismos, con el objetivo de que sea todavía más

específico y así se tendría que hacer en los 21 países de forma ideal”.

En México ya se cuenta con la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, que aborda el tema de la alimentación complementaria; sin embargo, esta no ha recibido actualización desde el año 2013, a pesar de que en 2016 el *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* publicó un consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos.<sup>2</sup> La publicación del presente documento debería invitar a la revisión de la norma para que se mantenga actualizada con las recomendaciones basadas en la evidencia más reciente.

La Dra. Abisai Arellano Tejeda, especialista en gastroenterología pediátrica del Hospital Siglo XXI de Pediatría en la Ciudad de México, México, comentó la importancia de la publicación de este Consenso: “El último ya tenía muchos años y a pesar de que no hubo muchos cambios en algunas consideraciones no está de más reafirmarlos y tener sustentos más actuales; sigue habiendo muchos errores en la introducción de alimentos por creencias o costumbres que no se han dejado atrás”.

La especialista indicó: “Hace falta introducir información sobre los diferentes métodos de alimentación complementaria a estos consensos, que serán de gran difusión y en los que deberían quedar un poco más descritas las recomendaciones, porque únicamente señalan que deben efectuarse guiados por expertos, pero al final de cuentas este tipo de textos es para los médicos que van a recomendar o a iniciar alimentaciones complementarias”.

“Creo que deberían enfocarse un poco más en ciertas recomendaciones puntuales de los tres tipos de introducción de alimentos, como la alimentación sólida guiada por el bebé (*Baby-Led Introduction to Solids*) y el destete guiado por el bebé (*Baby-Led Weaning*), acerca de lo cual se habla poco y muchos padres nos solicitan la información”, finalizó.

*El Dr. Vázquez y la Dra. Arellano han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.*

## Referencias

1. Vázquez-Frias R, Ladino L, Bagés-Mesa MC, Hernández-Rosiles V, y cols. Consensus on complementary feeding from the Latin American Society for Pedia-

tric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: COCO 2023. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 1 Feb 2023;S2255-534X(23)00007-5. doi: 10.1016/j.rgmex.2023.01.005. PMID: 36737343. Fuente

2. Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB, Iracheta-Gerez L, y cols. [Guidelines for complementary feeding in healthy infants]. *Bol. Med Hosp Infant Mex*. Sep-Oct 2016. 73(5):338-356. doi: 10.1016/j.bmhmx.2016.06.007. PMID: 29384128. Fuente

**María Nayeli Ortega Villegas;**

*Medscape Noticias Médicas;*

20 de febrero de 2023

## CONSENSO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (COCO 2023)

**Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica**

Este es un resumen de la guía sin análisis o comentarios. Para más información consulte a *Medscape*.

En el volumen de enero-marzo de 2023 de la *Revista de Gastroenterología de México* se dio a conocer el Consenso de Alimentación Complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (COCO 2023). Publicación realizada por el Grupo de Trabajo de Nutrición de LASPGHAN con especialistas de 21 países.<sup>1</sup>

La alimentación complementaria se define como aquella que se adiciona a la lactancia materna o en su defecto a la lactancia con un sucedáneo de la leche materna.

Es un proceso en el que se deben tener en cuenta aspectos como:

- Momento apropiado para la introducción de alimentos.
- Favorecer una alimentación complementaria perceptiva (crear un ambiente correcto, considerar aspectos sensoriales e interpretar las señales de hambre y saciedad).
- Características o aspectos culturales.
- Percepción de padres y cuidadores.
- Progresión en el cambio de texturas para promover los movimientos de lengua, labios y mandíbula para asegurar el correcto desarrollo de los órganos involucrados en masticación, habla y pronunciación.

Este es un periodo muy importante para el establecimiento de preferencias alimentarias que perdurarán en etapas posteriores.

Aunque existen diferentes guías y documentos relacionados con el tema a nivel internacional, la alimentación complementaria debe abordarse desde cada una de las regiones de acuerdo con las condiciones y realidades de las zonas, pues a través de una encuesta se evidenció que en Latinoamérica los conocimientos sobre el tema por parte de los profesionales de la salud son incompletos e insuficientes, razón por la cual el equipo de trabajo de Nutrición de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (LASPGHAN) consideró necesario crear un consenso sobre alimentación complementaria para la región.

El consenso incluye 33 declaraciones con un porcentaje mayor a 75 % de acuerdo (metodología Delphi).

El proceso de alimentación complementaria va más allá de la simple selección del momento de inicio de esta o la elección del primer alimento,

que incluye variedad de alimentos disponibles, integración sensorial y frecuencia de inducción, entre otras, que se resumen en la *Figura 1*.

### Declaraciones consolidadas

- En los lactantes sanos de la región iberoamericana se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad (acuerdo: 100 %).
- La alimentación complementaria debe promoverse y explicarse bajo el esquema de alimentación perceptiva (acuerdo: 100 %).
- En los lactantes sanos de la región iberoamericana alimentados de forma exclusiva con leche materna se recomienda el inicio de la alimentación complementaria a los seis meses de edad (acuerdo: 100 %).
- El establecimiento de la alimentación complementaria no supone la suspensión de la leche materna, la cual debe mantenerse al menos hasta los primeros dos años (acuerdo: 90,5 %; abstención: 9,5 %).
- En lactantes alimentados con fórmula infan-

**Figura 1. Alimentación complementaria perceptiva. Licencia CC BY-NC-ND 4.0**



til (parcial o totalmente) se puede iniciar la alimentación complementaria a partir de los cuatro meses de edad (acuerdo: 85,7 %; desacuerdo: 4,7 %; abstención: 9,5 %).

- El peso de los lactantes no debe ser un indicador para empezar o retrasar la alimentación complementaria (acuerdo: 95,2 %; abstención: 4,7 %).
  - El inicio de la alimentación complementaria en el pretérmino puede realizarse entre los cuatro y seis meses de edad corregida (acuerdo: 90,5 %; desacuerdo: 4,7 %; abstención: 4,7 %).
  - La alimentación complementaria en lactantes que reciben leche materna de forma exclusiva debe iniciarse y mantenerse con alimentos con alta biodisponibilidad de hierro, zinc, calcio, vitamina A y folato, como carnes rojas, vísceras y cereales infantiles fortificados sin azúcar añadido (acuerdo: 100 %).
  - En el pretérmino la alimentación complementaria debe incluir todos los grupos de alimentos, dando preferencia a los de mayor densidad energética, proteica y con suficiente aporte de hierro (acuerdo: 100 %).
  - Un alimento nuevo puede introducirse cada día sin retrasarse más allá de cada tres días (acuerdo: 95,2 %; abstención: 4,7 %).
  - La alimentación complementaria debe ser variada, incluyendo desde el inicio alimentos de todos los grupos y asegurándose que los 5 sabores básicos están presentes. Cuatro semanas después del inicio de la alimentación complementaria deberán haberse incorporado al menos dos alimentos de cada grupo (acuerdo: 100 %).
  - En lactantes sanos alimentados con fórmula infantil la alimentación complementaria se puede iniciar con cualquier grupo de alimentos, pero a las dos semanas de haber iniciado se debe haber ofrecido al menos un alimento de cada grupo (acuerdo: 100 %).
  - Desde el inicio de la alimentación complementaria se pueden ofrecer tres tiempos de comidas, pudiendo agregar posteriormente uno o dos refrigerios (acuerdo: 95,2 %; abstención: 4,7 %).
  - Se deberá promover la exposición diaria a verduras y frutas, ya que se logra mayor aceptación de estos grupos de alimentos a largo plazo (acuerdo: 100 %).
- Los lactantes sanos alimentados con leche ma-
- terna requieren alrededor de diez exposiciones a un alimento (particularmente verduras) para tener reacciones positivas y aceptación a largo plazo. En lactantes con mayor sensibilidad a sabores y texturas o alimentados con fórmula se pueden requerir entre diez y 15 exposiciones a verduras y frutas para su aceptación a corto y largo plazos (acuerdo: 100 %).
- La cantidad de alimentos por tiempo de comida durante el período de alimentación complementaria es aproximadamente entre tres y cuatro cucharadas para los lactantes de seis a ocho meses de edad, entre cuatro y ocho cucharadas para los lactantes de nueve a once meses de edad y entre ocho y 12 cucharadas para los lactantes entre los 12 y 23 meses de edad (acuerdo: 95,2 %; abstención: 4,7 %).
  - Se recomienda iniciar con purés/papillas y progresar a texturas grumosas y sólidos blandos antes de los diez meses de edad para disminuir el riesgo de aversión a texturas (acuerdo: 100 %).
  - Los enfoques de introducción de texturas BLW (*Baby-Led Weaning*, destete guiado por el bebé) o BLISS (*Baby-Led Introduction to Solids*, alimentación sólida guiada por el bebé) deben ser asesorados por un profesional de la nutrición o médico pediatra capacitado. Los padres deberán tener pleno conocimiento de los riesgos que pueden conllevar (acuerdo: 95,2 %; abstención: 4,7 %).
  - Una vez iniciada la alimentación complementaria se deben introducir todos los alimentos, incluidos los considerados potencialmente alergénicos, como huevo, pescado, trigo, maní o cacahuete, soja o soya, maíz, mariscos y derivados lácteos, independientemente de la historia de atopia familiar (acuerdo: 85,7 %; desacuerdo: 4,5 %; abstención: 9,5 %).
  - La introducción de huevo cocido (sin necesidad de separar clara y yema), pescado y maní (cacahuete), puede realizarse a partir de los cuatro meses de edad en aquellos lactantes en los cuales se haya considerado el inicio de la alimentación complementaria (acuerdo: 76,2 %; desacuerdo: 14,3 %; abstención: 9,5 %).
  - La exposición a los alimentos considerados potencialmente alergénicos no solo debe realizarse de forma oportuna, sino frecuente, al menos dos veces a la semana, con la finalidad

de inducir y mantener tolerancia inmunológica (acuerdo: 85,7 %; abstención: 14,3 %).

- En lactantes con alergia no se debe retrasar la introducción de los alimentos considerados potencialmente alergénicos (acuerdo: 76,2 %; desacuerdo: 9,5 %; abstención: 14,3 %).
- Se desaconseja la alimentación complementaria bajo los esquemas vegano, crudivegano y macrobiótico (acuerdo: 100 %).
- En la situación que los cuidadores soliciten asesoría para implementar un esquema de alimentación complementaria vegetariana, esta debe realizarse bajo estricta supervisión de un profesional médico y de nutrición capacitado (acuerdo: 100 %).
- La ingesta de agua natural potable puede considerarse desde el inicio de la alimentación complementaria (acuerdo: 100 %).
- La cantidad diaria de agua natural potable durante el período de alimentación complementaria es aproximadamente entre 60 y 150 ml para los lactantes de seis a ocho meses de edad, entre 240 y 300 ml para los de nueve a once meses de edad y entre 450 y 600 ml para los lactantes entre 12 y 23 meses de edad (acuerdo: 81 %; abstención: 19 %).
- Se desaconseja el uso de azúcar añadido a los alimentos durante los primeros dos años (acuerdo: 100 %).
- Dada la potencial contaminación con esporas de *Clostridioides botulinum* en la miel de abeja, se desaconseja su ingesta en los lactantes menores de dos años (acuerdo: 100 %).
- En los primeros dos años se desaconseja la ingesta de jugos naturales e industrializados y bebidas con azúcares añadidos (acuerdo: 100 %).
- Se desaconseja la ingesta de bebidas con cafeína, té, infusiones, bebidas carbonatadas, bebidas vegetales (almendra, avena, arroz, soja o soya y coco, entre otras), bebidas con edulcorantes y caldos en los primeros dos años. Las sopas están permitidas considerando una preparación que aporte como mínimo 3/4 de alimentos sólidos (acuerdo: 90,5 %; desacuerdo: 9,5 %).
- El uso racional de sal en la preparación de los alimentos se considera aceptable (solo para las preparaciones) a partir de los 12 meses de edad (acuerdo: 95,2 %; abstención: 4,5 %).
- Durante la preparación de los alimentos se

pueden utilizar especias para condimentar preferiblemente después de que el lactante haya estado expuesto a los alimentos en su sabor original (acuerdo: 81 %; desacuerdo: 9,5 %; abstención 9,5 %).

- Los bebés que reciben lactancia materna exclusiva pueden recibir suplementación diaria con 400 UI de vitamina D3 durante los primeros 12 meses de edad.

Nota: en el caso de que se cuente con exámenes bioquímicos de algún nutrimento con resultados en valores normales no se deberá iniciar la suplementación o bien, deberá suspenderse (acuerdo: 95,2 %; abstención: 4,7 %).

Suplementos nutricionales: No se considera necesario la suplementación de vitaminas durante el tiempo de alimentación complementaria a menos que se demuestre una deficiencia secundaria de alguna de ellas o un estado patológico que así lo amerite.

Suplemento de hierro: no se alcanzó consenso, se abordará en otro documento.

### Adopción y adaptación de este Consenso

- Se invita a los profesionales de la salud a adoptar estas pautas de alimentación complementaria enseñando las recomendaciones a los padres y cuidadores basados en la mejor evidencia disponible hasta el momento.
- También se convoca a plantear adaptaciones de este Consenso por regiones para hacerlo aplicable a la correspondiente población de cada uno de los profesionales.

### CONCLUSIONES

La alimentación complementaria debe implementarse bajo un esquema de alimentación perceptiva y no es diferente en los niños con o sin riesgo de alergias o incluso con otros diagnósticos de alergias.

El tiempo de inicio de la alimentación complementaria comprende un rango entre los cuatro y seis meses. En los niños que reciben leche materna de forma exclusiva hasta los seis meses. Por otra parte, desde el inicio de la alimentación complementaria se debe favorecer una alimentación diversa que incluya los diferentes grupos de alimentos disponibles en la región y según la temporada.

Es necesario continuar con este tipo de estu-

dios en la región con el objetivo de aumentar la robustez de las recomendaciones consensuadas.

## Referencias

1. Vázquez-Frias R, Ladino L, Bagés-Mesa MC, Hernández-Rosiles V, y cols. Consensus on complementary feeding from the Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: COCO 2023. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 1 Feb 2023;S2255-534X(23)00007-5. doi: 10.1016/j.rgm.2022.11.001. PMID: 36737343. Fuente

## Crédito

Figura 1: Consensus on complementary feeding from the Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: COCO 2023.

Este resumen de la guía fue escrito por la **Dra. Natalia Martínez Medina** de Medscape en español. Medscape; 20 de feb de 2023.

## APRENDIZAJE DURANTE LA PANDEMIA: DÉFICITS SIGNIFICATIVOS EN EL MUNDO

¿En qué medida se ha enlentecido el aprendizaje de los niños en edad escolar durante la pandemia de COVID-19?

Múltiples estudios abordan el tema con resultados variables, según el contexto. La última información proviene de una revisión sistemática y un metanálisis de 42 estudios de 15 países, publicado en *Nature Human Behaviour*, que informa de un déficit global de aprendizaje sustancial (d de Cohen = -0,14; intervalo de confianza de 95 %: -0,17 a -0,10), que surgió al principio de la pandemia y ha persistido a lo largo del tiempo.

Los autores calculan que esta pérdida corresponde aproximadamente a 35 % de la carga de trabajo de un curso escolar.

Además, los déficits de aprendizaje son especialmente importantes entre los niños de entornos socioeconómicos bajos, mayores en matemáticas que en lectura y más pronunciados en los países de ingresos bajos y mediano bajo, que en los de ingresos altos. Los autores no responden a pre-

guntas sobre la eficacia de intervenciones como parte de su trabajo.

**Matías A. Loewy;**

*Medscape*; 3 de marzo de 2023

## ¿CÓMO LAS CIUDADES EN LATINOAMÉRICA AFECTAN LA SALUD METABÓLICA DE SUS HABITANTES?

Por la mañana Aranza tiene tres opciones para llegar al hospital donde realiza su servicio social. Cuando toma la ruta más rápida su trayecto dura solamente una hora. Por la tarde, cuando termina su servicio, camina 30 minutos del hospital a la clínica donde trabaja.

“Ya de regreso, del trabajo a mi casa, es cuando hago 2 horas. Podría hacer hora y media, pero salgo a las 8 de la noche de mi trabajo, cuando ya está oscuro y a esa hora, caminar de mi trabajo al metro no es tan seguro”.

Aranza pasa al menos 4 horas de su día moviéndose de un destino a otro. En su trayecto de regreso, cuando la cantidad de gente lo permite, trata de dormir en el transporte público para descansar un poco. Además, para poder tener una alimentación balanceada llega a su casa a preparar su comida del día siguiente.

La estudiante de fisioterapia forma parte de los 15,62 millones de personas que entre semana viajan en la Zona Metropolitana del Valle de México para llegar a sus trabajos o escuelas. Allí 27,4 % de las personas tarda entre 1 y 2 horas solo para llegar a su trabajo y hay 5,3 % que tarda más de 2 horas.

Este tipo de historias no es raro en Latinoamérica, la región más urbanizada del mundo, donde más de 80 % de la población vive en zonas urbanas y existen por lo menos 6 mega ciudades con más de 10 millones de habitantes. Como comparación, en China solo 60 % de la gente vive en ciudades.<sup>1</sup>

Esto tiene implicaciones para la salud de los latinoamericanos. Y un nuevo estudio, publicado en *Nature Communications* evidenció que las ciudades en Latinoamérica influyen en la salud metabólica de sus habitantes de una forma que nunca antes se había reportado en la literatura.<sup>2</sup>

Según la mayoría de las publicaciones cien-

tíficas, una ciudad con más áreas verdes, más intersecciones o mayor densidad poblacional permitiría menores tasas de obesidad y afecciones metabólicas. Mientras que una ciudad más fragmentada y aislada aumentaría la probabilidad de que sus habitantes presenten estas enfermedades. Pero los investigadores de este nuevo estudio encontraron que en Latinoamérica estos efectos pueden ser hasta contrario.

El Dr. Jaime Miranda, Ph. D., epidemiólogo y autor del estudio, señaló que las diferencias tienen su raíz en que la mayoría de la literatura científica solo analiza a países de ingresos altos.

Para el investigador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia los resultados muestran que Latinoamérica es un laboratorio espectacular para estudiar la salud urbana en contextos de países en desarrollo, que serán los más impactados por el proceso de urbanización mundial que se vive en la actualidad.

“La configuración, la organización y el crecimiento de nuestras ciudades son muy distintas. Nuestras ciudades reciben un volumen impresionante de gente sin ningún proceso de planificación urbana y, obviamente, mediado por menos infraestructura y menos recursos”, destacó.

### ¿Cuáles son y qué significan las diferencias?

La investigación analizó 93.280 personas de 233 ciudades en la región y tuvo como objetivo determinar cómo la obesidad y la diabetes se asocian con la densidad poblacional, la densidad de intersecciones, las áreas verdes, la fragmentación y el aislamiento de las zonas urbanas, variables relacionadas con la movilidad y la actividad física que realizan los ciudadanos.

Lo que más resaltó en el estudio fue la fragmentación de las ciudades, que se asoció con un menor índice de masa corporal y 7 % menos probabilidad de tener obesidad. Algo completamente opuesto a lo reportado en la literatura, que predice que en las zonas fragmentadas la gente camina menos y hay una mayor prevalencia de obesidad.

“La literatura dice que entre más fragmentada esté una ciudad, es decir, entre más parches y suburbios, es necesario el transporte privado para movilizarse, por lo que la gente con mayores ingresos sale a vivir allí. Pero eso en nuestro contexto no sucede. Las ciudades más fragmentadas tuvieron menores tasas de los indicadores

que estudiamos. La explicación que postulamos es que sí, nuestras ciudades crecen y crecen de manera grande, pero a pesar de ello la gente tiene que viajar y lo hacen en transporte público”, explicó el Dr. Miranda.

A la especialista en salud pública de la Universidad Nacional Autónoma de México, Ana Gabriela Ortega Ávila, Ph. D., también le sorprendió el efecto de la fragmentación en el índice de masa corporal y la obesidad. Y comentó que, en algunos contextos, como el mexicano, las áreas un poco más ruralizadas pueden tener mejores patrones de dieta.

La segunda variable que resaltó en el estudio fue la densidad de intersecciones, que hace referencia al tamaño de las manzanas o cuadras en una ciudad. En Europa y Norteamérica se ha observado que, entre mayor densidad de intersecciones o menor tamaño de las cuadras, los habitantes tienen mayor posibilidad de caminar y menor tasas de obesidad. Pero en Latinoamérica se encontró que a mayor densidad de intersecciones mayor índice de masa corporal, 4 % a 5 % más de probabilidad de padecer obesidad y 4 % más de diabetes.

“Una de las hipótesis es que tenemos conectividad de calles, pero también una percepción de la seguridad que no nos permite estar en las calles tanto como nos gustaría. Habrá que estudiarlo más, pero la salud urbana es algo complejo y las recomendaciones sobre este tema tendrán que venir de diferentes ángulos. Como lograr mayor acceso a establecimientos con frutas y verduras, mejorar la seguridad y la percepción de la seguridad en las ciudades, crear espacios verdes adecuados para la actividad física y la recreación, etcétera”, explicó Nancy López Olmedo, Ph. D., autora del estudio y experta en salud poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública en México.

Las otras variables analizadas fueron el aislamiento de la ciudad, que se esperaba que aumentara las probabilidades de obesidad y diabetes, pero no presentó asociación; y la densidad poblacional, que se esperaba que fuera inversamente proporcional a la obesidad y la diabetes, esta variable se asoció con 4 % menos de probabilidad de diabetes, pero no tuvo asociación con la obesidad.

La única variable que fue consistente con la literatura fue la cantidad de áreas verdes, que sí

disminuyó las tasas de obesidad y diabetes en las ciudades de Latinoamérica.

### Alimentación y percepción de la seguridad en Latinoamérica

Latinoamérica presenta un entramado geográfico y cultural muy diferente al de las ciudades europeas o estadounidenses. En nuestra región aún persisten situaciones de desigualdad que impactan negativamente, señaló María Daniela Defagó, Ph. D., investigadora en el Centro de Investigaciones en Nutrición Humana de la Universidad Nacional de Córdoba, en Argentina.

“Los beneficios de moverse caminando son ampliamente conocidos, sin embargo, nuestra región presenta obstáculos que dificultan la movilidad. A pesar del esfuerzo sostenido de los gobiernos, los índices de inseguridad siguen siendo altos y esto puede ser una limitante tanto para caminar como para elegir espacios verdes para realizar actividad física al aire libre. Otro factor que obstaculiza la movilidad es la falta de educación vial de los automovilistas, que genera situaciones de peligro en los peatones. Así también la inaccesibilidad física en situaciones de movilidad reducida, como las personas usuarias de sillas de ruedas”, señaló.

Una investigación que se realizó en Colombia encontró que en áreas de estratos socioeconómicos bajos, las personas están expuestas a percepciones negativas sobre las posibilidades de caminar o andar en bicicleta en su barrio, lo que los expone a comportamientos poco saludables, como la inactividad física y contribuye a generar inequidades en salud.<sup>3</sup> En México, la percepción de inseguridad es de 71,3 % para las mujeres y de 60,9 % para los hombres.

Ortega Ávila comentó que las ciudades en Latinoamérica afectan la salud de sus habitantes por dos factores principales, primero por no promover la actividad física mínima recomendada y segundo por no proveer entornos alimentarios saludables.

“Hay que recordar que muchísima gente pasa mucho tiempo de casa. Lo ideal es que la gente cocine en casa, con ingredientes locales, que tengan tiempo para cocinar y comer tranquilamente. Pero eso está muy asociado con el nivel socioeconómico y la realidad del país es que la gente no vive en ese ideal, la mayoría pasa muchísimo tiempo en el transporte público y la comida que pueden consumir es la que está disponible donde

se mueven, por tanto, si el entorno alimentario no es saludable, su dieta no va a ser saludable”.

### Políticas públicas para la salud urbana

Los especialistas concuerdan que las políticas públicas dirigidas a mejorar la salud urbana son urgentes en una región tan urbanizada y que ha crecido sin planificación, como Latinoamérica, pero al mismo tiempo recalcan que su diseño e implementación serán complejas.

“Todavía no podemos hacer recomendaciones totalmente definidas, dado que los resultados aún son muy preliminares, pero ya nos van dando una idea de por dónde tenemos que ir y como en todo, las intervenciones tendrán que ser multisectoriales”, concluyó Nancy López Olmedo, Ph. D., experta en salud poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y autora del artículo, añadiendo que ahora le toca a cada país de Latinoamérica obtener sus análisis individuales.

Defagó hace hincapié en la necesidad de garantizar la disponibilidad y el acceso a alimentos sanos e inocuos, del etiquetado frontal de alimentos y la regulación de la publicidad de alimentos no saludables. En sus investigaciones, la especialista ha encontrado que los alimentos ultraprocesados están disponibles en todas las áreas de las ciudades, incluso más que alimentos sanos.<sup>4</sup>

Para apoyar a los tomadores de decisiones, y a toda persona interesada en los entornos alimentarios, Ortega Ávila realizó un visualizador del entorno alimentario para México, que clasifica los municipios del país según la disponibilidad que tengan de frutas y verduras, comida rápida, supermercados, abarrotes, restaurantes, fondas, etcétera.

“Creo que otra enseñanza muy importante consiste en la primera invitación es dentro de la comunidad científica y es a rebatir constantemente, a ser muy acuciosos, muy críticos ante lo que dice la literatura, ante el famoso *copy and paste* de las intervenciones en salud pública. Tenemos que ser muy cautos y sobre todo muy realistas para entender los contextos donde se aplican estas intervenciones”, concluyó el Dr. Miranda.

**María Daniela Defagó, Ph. D., Ortega Ávila, Ph. D., López Olmedo, Ph. D., y el Dr. Miranda, Ph. D., han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.**

## Referencias

1. De Duren L, Ruth N. Rapid Urbanization and Development: Latin America and China Summit. 2014. Fuente
2. Anza-Ramírez C, Lazo M, Zafra-Tanaka JH, Avila Palencia I, y cols. The urban built environment and adult BMI, obesity, and diabetes in Latin American cities. *Nat Commun.* 29 Dic 2022;13(1):7977. doi: 10.1038/s41467-022-35648-w. PMID: 36581636. Fuente
3. Herazo BY, Pinillos YP, Vidarte JC, Suarez DP, Crissien EQ. Percepción del ambiente para caminar según la localidad en Barranquilla, Colombia/Perception of the Environment for Walking According the Locality in Barranquilla, Colombia. 6 Mar 2017. doi: 10.15366/rimcafd2017.65.011. Fuente
4. Scarlatta VR, Defaró MD. Urbanización y entornos alimentarios relacionados a la salud cardiovascular en la ciudad de La Calera, Córdoba, Argentina, 2016- 2017. 2020. doi: 10.31052/1853.1180.v24.n2.28515. Fuente

**Amapola Nava;**

*Medscape Noticias Médicas;*

8 de marzo 2023



## ADENDUM

**“CUALQUIERA QUE SEA LA LIBERTAD POR LA QUE LUCHAMOS, DEBE SER UNA LIBERTAD BASADA EN LA IGUALDAD”**

**JUDITH BUTLER**

*Judith Pamela Butler* es una filósofa materialista y posestructuralista judeo-estadounidense que ha realizado importantes aportes en el campo del feminismo, la filosofía política y la ética, y ha sido una de las teóricas fundacionales de la teoría queer.

Nacimiento: 24 de febrero de 1956 (edad 67 años), Cleveland, Ohio, Estados Unidos.

***La Región Metropolitana***  
*rinde homenaje en este espacio,*  
*a quienes nos guiaron como Directores Titulares,*  
*lamentablemente desaparecidos físicamente,*  
*pero cuyas enseñanzas nos seguirán acompañando:*

***Dr. Ángel Plaza***

***Dr. Miguel Ángel Náser***

***Dr. Ricardo Straface***

***Dr. Jorge Buraschi***

