

Revista Patagónica de Bioética

Año 7, N° 13



Obra, Ailin Tornatore

Equipo Editorial

Directora

Marcela Olivero

Editora

Nadia Heredia

Editorxs Asociadxs

Andrea Macías

Carolina Angelini

Cecilia Labriola

Marcela Fontana

Mercedes Moglia

Mónica Oppezzi

Rubén Monsalvo

Secretaria General

Ximena Fuentes Zúñiga



GOBIERNO
DE LA PROVINCIA
DEL NEUQUÉN

MINISTERIO
DE SALUD

NEUQUÉN
PROVINCIA

JUNTOS
PODEMOS
MÁS

1970-2020 "50 Años del Plan de Salud de la Provincia del Neuquén"

Información sobre la Revista

Publicada desde el año 2014 por la Dirección de Bioética del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

ISSN 2408-4778

Las ideas y opiniones expresadas en esta publicación son las de los autorxs y no representan, necesariamente, el punto de la Dirección de Bioética del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

Revista Patagónica de Bioética

Publicación semestral on-line

Año 7, N° 13

Directora: Marcela Olivero

Editora: Nadia Heredia

E-mail: bioeticaeinvestigacionnqn@gmail.com



Licencia Creative Commons BY/NC/SA

Se puede reproducir el material citando el origen, sin fines comerciales y sin modificaciones.

Dirección de Bioética

Ministerio de Salud, Provincia de Neuquén

(0299) 449 5590 - 4495591 int 7550

Av. Antártida Argentina 1245, Edif. CAM 3 - CP 8300- Neuquén Capital Provincia de Neuquén

Sumario

Editorial

Nadia Heredia 5

Artículo inédito

¿Qué razones justifican revelar o no la información genética a los familiares? Análisis de los argumentos a favor y en contra, por Gisela M. Ponce 8

Sección Conversando comunitariamente

Poemas varios, por Hernán Riveiro 22

Tiempo de Covid 19 en la Primera Infancia. Crianza, familias y educación en tiempos de aislamiento, por Lorena Gallosi 23

Artículos Becas SISNE

Screening de la función respiratoria en la población de la localidad de Caviahue, Neuquén, Argentina Monasterio Ana, Sepúlveda Laura, Zanassi Luis y Lamot Sebastián 39

Comensalidad, Calidad de la Dieta y Obesidad, posibles relaciones, por Bruveris, Ana Paula, Aranda, María Laura, Gutierrez, Eugenia y Maldonado, Marianela 58

Noticias/Novedades

DOCUMENTOS ELABORADOS POR LA DIRECCIÓN DE BIOÉTICA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID 19

Consideraciones éticas para la priorización por grupos en la asignación de vacunas en la campaña de vacunación contra la COVID-19, por Carolina Angelini, Cecilia Labriola, Mercedes Moglia y Marcela Olivero 73

Instrucciones para lxs autorxs 82



Editorial

En nuestro territorio *waj mapu*, al sur del sur, estamos a pocos días de iniciado un nuevo ciclo de la naturaleza, el *Wiñoy Xipantv*. El solsticio de invierno nos invita a conectar con nuestro entorno, con las fuerzas, *newen*, que habitan nuestros lugares, esos que tantas veces vivimos sin sentirlos. Territorio mapuche, saberes ancestrales nos acompañan como guía, a quienes hemos decidido escuchar las voces que tantas veces, a lo largo de una historia sin principio, han sido negadas. Desde la RPB nos asumimos como parte de este territorio, y aún en medio de un contexto tan complejo como el que estamos atravesando, anhelamos sea ésta una oportunidad de fortalecernos como comunidad. Es en este contexto que las obras que acompañan este número pertenecen a **Ailin Tornatore**¹, artista plástica, muralista y docente de artes visuales neuquina, quien nos comenta “En la obra se ven reflejadas seres ancestrales y contemporáneas, “Las Mostras”. Retratos de personajes imaginarios (des)conocidas, conectadas con la naturaleza, con sus ciclos, y sus elementos.”

En este número contamos con la participación de nuevxs colegas, que generosamente se suman a compartir sus abordajes en torno a la bioética. Si bien el tema de la pandemia es parte de varios de estos aportes, concebimos la posibilidad de seguirmos pensando en temas que son centrales y acuciantes, por qué no, para los equipos de salud en lo que respecta a la toma de decisiones. Es así que en nuestra sección de **Artículos inéditos** *¿Qué razones justifican revelar o no la información genética a los familiares? Análisis de los argumentos a favor y en contra*, de Gisela M. Ponce. Como siempre, el tema de la información genética ocupa un lugar cada vez más importante en el debate, a medida que avanza el conocimiento científico y tecnológico que rodea sus avatares. ¿Es acaso la información genética propiedad familiar? ¿Qué se debe ponderar a la hora de la toma de decisiones al respecto? Ponce, luego de un recorrido a través de casos, argumentos deontológicos, utilitaristas o de solidaridad, remarca que si bien la información no es exclusiva del individuo sí es personal.

Conversando comunitariamente esta vez inaugura un nuevo espacio, donde poetas y escritorxs regionales nos acercan sus voces acerca del mundo en pandemia. Una

¹ Contacto instagram @ailitorna

propuesta que intenta ver este momento, también desde otras miradas. En esta primera intervención Hernán Riveiro, miembro fundador del colectivo de escritoras y escritores La Mano en la Sed, nos acompaña con dos escritos tan bellos como profundos. Quizás esa sea la magia de la poesía.

Como siempre en este recorrido, detenernos y pensar en las infancias, es un momento necesario. Lorena Gallosi, a partir de su escrito *Tiempo de Covid 19 en la Primera Infancia. Crianza, familias y educación en tiempos de aislamiento*, nos invita a revisar lo sucedido en el vínculo comunidad e infancias, a partir de los primeros impactos de la pandemia. La diversidad de posibilidades y comodidades habitacionales influyen la calidad de vida y la salud. En el delicado proceso de subjetivación, tal como señala Gallosi, lxs niñxs configuran su subjetividad a partir de su experiencia con otrxs en un espacio y un tiempo específico. Las infancias en tiempos de confinamiento e hiperdigitalidad, nos enfrentan justamente a las desigualdades de acceso a esta última. El trabajo plantea reflexiones que recuperan las voces de sus protagonistas, a saber, educadoras, familias y niñxs del Jardín maternal UNTER (Unión de Trabajadores de la Educación Río Negro), del Jardín Infantil de gestión privada Verde Limón, ambos de Cipolletti y de Centros infantiles de la ciudad de San Martín de los Andes, provincia de Neuquén.

En los artículos de las **Becas SISNe** contamos con la investigación de Ana María Monasterio, Lorena Sepulveda, Luis Zanassi y Sebastian Blas Lamot, denominada *Screening de la función respiratoria en la población de la localidad de Caviahue, Neuquén, Argentina* y con el artículo *Comensalidad, Calidad de la Dieta y Obesidad, posibles relaciones*, elaborado por Ana Paula Bruveris, María Laura Aranda, Eugenia Gutierrez y Marianela Maldonado.

El primero, profundiza el impacto en la salud humana ante la exposición al material eruptivo que emana del volcán Copahue, situado en la cordillera de la Provincia de Neuquén. El estudio vincula el análisis del tipo de elemento eliminado, el tiempo de exposición y lo vulnerable de la población, de acuerdo a las manifestaciones oftalmológicas, dermatológicas y/o respiratorias observadas. Teniendo en cuenta que el ejido urbano se encuentra a 4.5 km del cráter y que la última erupción comenzó en diciembre del año 2012, persistiendo hasta el año 2019, lxs investigadorxs consideran importante conocer el estado de salud de la población previo a la exposición para poder definir la morbilidad producida por la exposición a material eruptivo.

El segundo, busca establecer relaciones posibles entre la práctica actual de comensalidad, con la diversidad y calidad de la dieta y el estado nutricional, particularmente

el sobrepeso-obesidad. Llevado a cabo en los Centros de Atención Primaria de la Salud de Zona Sanitaria Metropolitana de la ciudad de Neuquén, durante 2019, a partir del estudio se observa una relación estadísticamente significativa entre el género y la diversidad de la dieta.

Por último, en la **Sección Novedades** el documento elaborado por la Dirección de Bioética se mete en el ojo de la tormenta de uno de los debates que más ha generado debates en este escenario de emergencia sanitaria. *Consideraciones éticas para la priorización por grupos en la asignación de vacunas en la campaña de vacunación contra la COVID-19*, es una guía para la toma de las decisiones relacionadas con la vacunación contra COVID-19. Los Derechos Humanos constituyen el marco de referencia obligado, ya que los mismos, además, gozan del más alto rango de jerarquía normativa en nuestro país, afirman las autoras. Y esto implica, desde toda perspectiva ética, basar las decisiones en la evidencia científica disponible intentando maximizar los beneficios y reducir los daños posibles. Sobre este punto, los recientes estudios permiten identificar a los grupos que tienen el mayor riesgo de enfermarse gravemente y morir por la COVID-19, quienes, entonces, tienen la mayor probabilidad de beneficiarse con la vacuna. En este sentido, si bien la priorización de recursos sanitarios es algo inherente a cualquier sistema de salud, también es cierto que la ética debe ser el fundamento que guíe sus acciones, aún y más aún en un contexto extremo y de emergencia.

Simplemente esperando se encuentren bien, dondequiera que lean estas líneas, les invitamos a disfrutar el número 13 de nuestra RPB. Como siempre,

¡Pasen y lean!

Nadia Heredia



Artículos inéditos

¿Qué razones justifican revelar o no la información genética a los familiares? Análisis de los argumentos a favor y en contra

Gisela M. Ponce²

Resumen

Este trabajo analiza, desde la perspectiva de la toma de decisión del paciente en el contexto médico, qué razones justifican revelar o no la información genética a los familiares, es decir, cuáles son los argumentos a favor y en contra. En primer lugar, se precisarán los conceptos enfermedades monogénicas y multifactoriales, información genética y pruebas genéticas con fines de atención sanitaria. Luego, se presentarán y analizarán varios argumentos a favor y en contra de revelar información genética a los familiares: razones deontológicas, razones utilitaristas, razones de solidaridad. Se destaca la noción de enfermo saludable. En la última parte se expresarán algunas consideraciones finales.

1. Introducción

Las pruebas genéticas con fines de atención sanitaria posibilitan que las personas accedan a su información genética. No obstante, dicho acceso trae aparejados problemas éticos porque se revela información que puede resultar pertinente para sus familiares. La *Declaración internacional de los datos genéticos humanos* reconoce que estos pueden tener para la familia, comprendida la descendencia, y a veces para todo el grupo, consecuencias importantes que persistan durante generaciones³.

La información genética de una persona puede descifrar las relaciones de la familia biológica, el que se padezca una determinada enfermedad o que se tenga la posibilidad de

² Especialista en Bioética (FLACSO), Profesora en Filosofía (Universidad Nacional del Sur). Docente investigadora en CURZA /UNCo (Centro Regional Zona Atlántica y en UNRN (Universidad Nacional de Río Negro). Integrante de la CEEPISH (Comisión de Ética y Evaluación de Protocolos de Investigación en Salud Humana, Río Negro).

³ Véase Unesco 2003.

padecerla (Sánchez Urrutia, 2002, p. 260). Existe la presunción de que los familiares desean recibir la información que los involucra y que el paciente-pariente está siempre dispuesto a otorgarla. Sin embargo, dicha información puede afectar la intimidad personal y familiar cuando el paciente no desea revelar la misma o sus familiares no desean conocerla.

En este trabajo voy a analizar posibles razones a favor y en contra de revelar la información a los familiares respecto a enfermedades monogénicas o predisposiciones a enfermedades multifactoriales. Lo analizaremos desde la perspectiva de la toma de decisión del paciente en el contexto médico⁴.

En primer lugar, se precisará algunos conceptos importantes para el desarrollo de este escrito. En segundo lugar, se presentará y analizará varios argumentos a favor y en contra de revelar información genética a los familiares. En la última parte se expresarán algunas consideraciones finales.

2. Precisión de conceptos: enfermedades monogénicas y multifactoriales, información genética y pruebas genéticas con fines de atención sanitaria.

2.1 Enfermedades monogénicas y poligenéticas (multifactoriales)

Una enfermedad genética indica que existen problemas en la expresión de determinados genes. Las mutaciones pueden ser de distinto tipo y de distinta gravedad.

Si los genes alterados se encuentran en las células germinales (óvulos y espermatozoides) la enfermedad será hereditaria mientras que si las alteraciones se encuentran en células somáticas no lo será. Las enfermedades producidas por mutaciones genéticas son de dos tipos: enfermedades monogénicas y poligenéticas o multifactoriales.⁵

2.1.1. Enfermedades monogénicas⁶:

Se originan por la mutación de un único gen. La presencia de la mutación en un gen causa inevitablemente la enfermedad. Pueden clasificarse en enfermedades de herencia autosómica dominante, herencia autosómica recesiva y herencia ligada al sexo.

⁴ Es frecuente analizar estas cuestiones en términos del derecho que tienen los familiares a conocer o no conocer la información genética del paciente pero como este trabajo se focaliza en la instancia en la que el paciente tiene que tomar una decisión, considero que la noción de 'razones' es más adecuada porque de lo que se trata es elegir las razones que tornarán la balanza para uno u otro lado. De todos modos este trabajo tiene en cuenta el análisis en términos del derecho a conocer o no conocer porque sería una razón para develar o no la información.

⁵ Véase Montanari, 2005: 194, Gartz y Bier (2015).

⁶ Si bien son denominadas enfermedades individualmente raras en conjunto afectan al 1% de la población. Véase Penchaszadeh, 2005: 3.

a) Autosómica recesiva:

Para provocar la aparición de la enfermedad deben estar mutados ambos alelos o genes correspondientes al mismo par, uno transmitido por el padre y el otro por la madre. Tanto varones como mujeres pueden ser portadores sanos, es decir, poseer el gen mutado en dosis única y por lo tanto no sufrir la enfermedad pero pueden transmitirla a su descendencia.⁷

b) Autosómica dominante:

Para que se manifieste la enfermedad es suficiente que esté mutado un solo alelo o gen correspondiente al mismo par transmitido por el padre o la madre. La persona afectada, varón o mujer puede transmitir la enfermedad en cuestión con un riesgo del 50% para cada uno de sus hijos⁸.

c) Ligadas al sexo: son enfermedades cuyos genes mutados se ubican en segmentos heterólogos de los cromosomas sexuales y por lo tanto se heredan con el sexo.

Puede darse el caso de: 1) Enfermedades dominantes ligadas al cromosoma X: el gen alterado es dominante sobre el gen normal. Existe un 50% de riesgo de que las mujeres afectadas transmitan a sus hijos o hijas la enfermedad. En el caso de los varones afectados, todas sus hijas estarán afectadas por la enfermedad en cuestión mientras que sus hijos serán sanos. 2) Enfermedades recesivas ligadas al cromosoma X: el gen alterado es recesivo sobre el gen dominante normal. Son enfermedades transmitidas por las mujeres a sus descendientes varones. Las mujeres portadoras sanas tendrán un 50 % de riesgo de tener un hijo varón afectado y un 50 % de riesgo de tener una hija mujer portadora sana. Como los varones sólo tienen un cromosoma X, aquellos varones afectados transmitirán el gen mutado a todas sus hijas mujeres mientras que sus hijos varones serán todos sanos para ese gen porque reciben de su padre el cromosoma Y (no el X); 3) Enfermedades dominantes ligadas al cromosoma Y: Son enfermedades que se transmiten de padre a hijo varón. El padre afectado tendrá hijos varones afectados e hijas mujeres sanas para ese gen⁹.

2.2 Enfermedades poligenéticas o multifactoriales:

⁷ Véase Montanari , 2005: 195.

⁸ Véase Montanari, 2005: 194, Gartz y Bier (2015).

⁹ Véase Montanari, 2005: 196-19, Gartz y Bier (2015).

Las enfermedades poligenéticas o multifactoriales surgen por la interacción de numerosos genes y factores ambientales. De todos modos, la presencia de las mutaciones en los genes no necesariamente causa la enfermedad o síndrome. Son ejemplos de este tipo de enfermedades el cáncer, diabetes, enfermedades coronarias, asma.

Respecto a las enfermedades multifactoriales hereditarias, Montanari aclara que "la herencia multifactorial presenta agregación familiar. Esto significa que el o los rasgos determinados por la herencia son más frecuentes entre parientes. Cuanto mayor es la severidad y el número de afectados mayor es el riesgo de recurrencia¹⁰. En la actualidad se ha descubierto que el 5-10% de los casos de cáncer diagnosticados anualmente son hereditarios y que un 20-30% de los más frecuentes, como cáncer de mama y colorrectal, presentan agregación familiar con riesgos¹¹.

2.3 Pruebas genéticas con fines de atención sanitaria¹²

La información genética puede extraerse en el contexto del tratamiento sanitario a través de pruebas genéticas. Sánchez Urrutia (2002) las define como test genéticos que se realizan en el contexto sanitario y se diferencian del cribado genético y de las pruebas sobre identificación sobre el ADN¹³. Sirven para: 1. Diagnosticar y clasificar una enfermedad genética. 2. Identificar portadores no afectados de un gen defectuoso para asesorarles sobre el riesgo de tener hijos afectados. 3. Detectar una enfermedad genética grave antes de la manifestación clínica de los síntomas con el fin de mejorar la calidad de vida utilizando medidas secundarias preventivas y/o evitando dar a luz la descendencia afectada. 5. Identificar personas con riesgo de contraer la enfermedad cuando un gen defectuoso y un determinado estilo de vida sean importantes como causa de la enfermedad (Sánchez Urrutia, 2002, p. 259).

Penchaszadeh (2005) aclara respecto a las enfermedades monogenéticas, que las investigaciones en genética humana han logrado generar pruebas genéticas diagnósticas de gran certeza pero todavía no se ha traducido en métodos de prevención o tratamientos

¹⁰ Véase Montanari, 2005: 200-201, Gartz y Bier (2015)

¹¹ Véase Nuñez et al, 2014: 2.

¹² Respecto a la posibilidad de acceder a las pruebas, coincido con Rivera López que dentro del contexto de países en desarrollo la posibilidad real de que toda persona pueda acceder a realizarse pruebas genéticas con fines sanitarios si lo desea no es tal. En el caso de Argentina algunos de los motivos de la inequidad son varios: motivos geográficos: falta de cobertura en el acceso al diagnóstico y asesoramiento genético para los habitantes de algunas regiones del país; motivos económicos: por un lado existen pocos servicios de salud de gestión pública que ofrecen la realización de pruebas genéticas gratuitas y por otro lado no todas las obras sociales y prepagas cubren los diagnósticos genéticos y en caso de hacerlo no cubren todos los test de análisis genético. Para un desarrollo mayor véase Rivera López 2005; Liascovich et al. 2006.

¹³ Para ampliar la información véase Sánchez Urrutia 2002: 259-260.

efectivos¹⁴, con lo que existe una brecha importante entre la capacidad de diagnóstico y la posibilidad de prevención y tratamiento.

Respecto a las enfermedades multifactoriales (comunes) Sánchez Urrutia expresa que “las pruebas sobre el riesgo de contraer enfermedades de origen genético son denominadas también de predisposición genética y abarcan desde la certeza hasta una cierta predisposición a desarrollar enfermedades comunes” (Sánchez Urrutia, 2002, p. 259).

Lo que se infiere es que la información genética puede brindar o una información predeterminada, inmodificable o una información probabilística que indica predisposiciones.

Aclarados estos conceptos pasaremos a analizar las razones que se han presentado tanto para revelar la información genética a los familiares como para no hacerlo. Lo analizaremos desde la perspectiva de la toma de decisión del paciente en el contexto de la relación médico-paciente.

3. Presentación y análisis de los argumentos a favor y en contra de revelar la información genética

Es necesario aclarar que se parte del supuesto que existió la acción previa de una persona, que luego de una indicación médica, ha tomado la decisión de conocer su propia constitución genética. El motivo principal para realizarse el test de análisis genético se debe a que existen antecedentes de algunas enfermedades en su familia. O también puede darse el caso que una persona decida hacerse un test genético sin que haya registro de alguna enfermedad determinada en la familia, pero todo se desarrolla en el marco de una relación médico-paciente.

Lo que nos interesa es establecer una diferencia con el uso de la comercialización de pruebas genéticas directas a las personas por parte de laboratorios privados¹⁵. En este caso una persona solicita una prueba de análisis genético a un laboratorio, sin previa indicación médica, sin asesoramiento genético y en muchas ocasiones sin claros antecedentes de enfermedades con factor hereditario en su grupo familiar. Si bien este tipo de práctica

¹⁴ El avance en las investigaciones en terapia génica en células somáticas (TGS) significa una gran posibilidad y esperanza para curar enfermedades que hasta el momento son incurables. Desde el primer ensayo en 1990 hasta la actualidad han sido miles los ensayos clínicos de terapia génica somática puestos en marcha principalmente en centros de investigación de Estados Unidos, Europa, China y Japón. Las enfermedades monogénicas son las mejores candidatas para la utilización de TGS. Sin embargo, más de la mitad de los protocolos de terapia génica tienen como objetivo el tratamiento del cáncer. No obstante, hasta el momento, los resultados más significativos están relacionados con las enfermedades monogénicas. Algunas terapias génicas somáticas superaron las pruebas de los ensayos y han sido aprobadas para su comercialización. Sin embargo, el problema que surge luego de su aprobación es el elevado costo de la intervención.

¹⁵ Las pruebas genéticas directas al consumidor es una práctica generalizada en países desarrollados, principalmente en Estados Unidos aunque también algunos laboratorios de países latinoamericanos como México también la ofrecen.

(predominante en países desarrollados) conlleva una serie apremiante de problemas éticos-jurídicos no se abordará en este trabajo.

3.1 Análisis de las razones a favor de revelar la información a lxs familiares

Razones deontológicas: deber de respetar la autonomía de los familiares para la toma de decisiones informadas

Este argumento se basa en que una persona toma una decisión autónoma si lo hace en función de información relevante, libre de coacción y es competente para comprender y decidir de la manera más racional posible.¹⁶ Se infiere que, para actuar de manera responsable un requisito es el conocimiento. En palabras de Ruth Chadwick (2005) “un argumento de tipo kantiano en términos de un deber hacia uno mismo puede sugerir razones para acceder al conocimiento que le permite a alguien cumplir los requerimientos de la acción autónoma” (p. 69).

Por lo que, si el paciente posee información relevante para la salud de algunos miembros de su familia, tiene el deber de informar porque sus familiares pueden decidir en base a la información genética revelada ya que aun cuando la información obtenida no permita curar la enfermedad detectada, su conocimiento a tiempo posibilita “numerosas previsiones para el futuro, como el manejo de los ahorros, la elección de la carrera o la planificación familiar” (Arosteguy, 2004, 25). Es decir que la información genética se torna relevante para las decisiones reproductivas o para el futuro cuidado de la salud.

Sin embargo, el argumento de la autonomía de los familiares entra en conflicto con la autonomía del paciente. El dilema a resolver es qué autonomía es prioritaria: ¿la autonomía del paciente o la autonomía de los familiares? Seguiremos pensando en estas cuestiones en cuando se aborden los argumentos del respeto a la privacidad y del respeto a la decisión autónoma de permanecer en la incertidumbre.

Razones utilitaristas: la información revelada evita daños a terceros

Este argumento se basa en el principio utilitarista de generar el mayor beneficio (y evitar el dolor) para la mayor cantidad de personas. Revelar la información genética evitaría daños a terceros que se produciría por no revelar la información requerida. Los terceros en discordia serían los familiares del paciente y la futura descendencia de aquellos.

¹⁶ Los conceptos de competencia e irracionalidad se suman para la toma de decisiones autónomas. Los mismos actúan como indicadores complementarios para determinar el grado de autonomía del agente. Por competencia se entiende la capacidad (cognitiva y afectiva) para tomar decisiones y por irracionalidad se entiende la exposición a sufrir daño sin una razón adecuada para ello. Véase Costa, 1996.

Revelar información genética en relación a enfermedades monogénicas como por ejemplo *Corea de Huntington, neurofibromatosis tipo 1, fibrosis quística* sería beneficiosa para las decisiones reproductivas de las personas implicadas, no se esperaría a un diagnóstico prenatal (*in útero*) para enterarse que el embrión gestado desarrollará la enfermedad y recién decidir a partir de allí si se avanza con la gestación o se aborta. Existirían más posibilidades por ejemplo, se podría optar por realizar algún tratamiento de reproducción asistida¹⁷, adoptar o no tener hijos. Por lo expuesto, no conocer la información genética estaría generando un daño (evitable) a las generaciones aún no nacidas.

Ahora bien, la razón antes expuesta explicaba un posible beneficio a seres que aún no han nacido¹⁸ pero para las personas que ya existen el beneficio de revelar la información les permitiría comenzar un tratamiento y la eventual prevención lo antes posible, prepararse psíquica y emocionalmente aunque no resulta tan claro el beneficio cuando no existe cura, ni tratamiento (Arosteguy, 2004, p. 28). De todos modos en el balance daño - beneficio la información recibida podría permitirle al familiar tomar decisiones acerca de su carrera y su plan de vida, hacer previsiones cuando desarrolle la enfermedad y tomar decisiones reproductivas que eviten su transmisión.

Sin embargo, la apelación al principio de utilidad puede usarse para defender el derecho del paciente a respetar su privacidad porque dar a conocer la información le causaría un perjuicio o el paciente no quiere revelarla porque piensa que causaría más daño que beneficios a los familiares involucrados. El problema a resolver sería qué acción maximiza la utilidad esperada ¿La acción de dar información a los familiares o la acción de no revelarla? el cálculo de utilidad no siempre es fácil y se tiene que evitar el cálculo de *utilidades irrelevantes*¹⁹. Dependerá de la gravedad de la mutación/es genética detectada. En palabras de Arosteguy se tiene que evaluar cuando "la presencia de una mutación conlleva una baja probabilidad de padecer una enfermedad muy grave y la información revelada puede generar más daño que beneficios porque se convierte una probabilidad ínfima en una amenaza real" (Arosteguy, 2004, p. 44). Seguiremos analizando esta cuestión en el argumento que explica los *riesgos de la construcción de enfermos saludables*.

¹⁷ En Argentina se sancionó la ley 26.862/2013 sobre Reproducción médicamente asistida que garantiza el acceso integral a tales procedimientos. Véase ley 26.862 y su decreto reglamentario 956/2013. Algunos de los problemas aún no subsanados luego de la sanción de la ley es respecto a la posibilidad del descarte de embriones. Surge la paradoja de introducir el diagnóstico genético prenatal ex útero cuando no se acepta el descarte de embriones.

¹⁸ El beneficio a seres que aún no han sido concebidos plantea la cuestión que Parfit denomina el "problema de la no identidad". Véase Parfit 1984 : parte IV y Arosteguy 2004: 28.

¹⁹ El concepto de utilidades irrelevantes hace referencia a que ciertas utilidades son "inútiles" en el sentido que hay ciertas preferencias que deben descartarse. Véase Farrel, *Utilidades Irrelevantes* 1995.

Razones de solidaridad

El argumento de la solidaridad se sustenta en la idea de que la información genética es una propiedad familiar²⁰. En tanto que es una propiedad familiar, cuando una persona decide conocer su constitución genética accede a una información que no le pertenece de manera exclusiva y por ello es su deber compartir la información adquirida²¹. Claro que es importante tener en cuenta que si bien la información no es exclusiva del individuo sí es personal.

De todos modos el argumento de la solidaridad por sí solo no ofrece razones suficientes para justificar que se tiene que revelar indefectiblemente la información a los familiares. Dependerá entre otras cosas de la relevancia de la información genética, el tipo de enfermedad y las circunstancias en las que vive el familiar.

3.2 Análisis de las razones en contra de revelar la información a lxs familiares

Deber de respetar la privacidad y confidencialidad del paciente

Este argumento tiene que analizarse teniendo presente el argumento deontológico de respetar la autonomía de los familiares para la toma de decisiones informadas ya que resulta un complemento para el análisis en cuestión.

El paciente puede negarse a revelar su propio estatus genético a sus familiares. Mencionaremos dos casos que lo reflejan. El primero es un caso hipotético que relata Ruth Chadwik y el segundo pertenece a Jorgen Husted.

Primer caso:

Una mujer de aproximadamente 40 años se le ha descubierto el gen de la *enfermedad de Huntington* y tiene una hija que tiene planes de buscar pronto un bebé. De todos modos la madre no quiere revelar su diagnóstico genético a su hija por más que sea consciente de los planes de ella (Chadwik, 2005, pp. 62).

Segundo caso:

Un hombre tiene adrenoleukodistrofia (ALD) y decide no revelar el diagnóstico a su familia. La ALD es una enfermedad ligada al cromosoma X que se desarrolla en los hombres mientras que las mujeres lo transmiten pero no se manifiestan en ellas. En este caso las sobrinas del paciente transmitieron la enfermedad a sus hijos varones (Arosteguy, 2004, pp. 21).

²⁰ Werts et al. 1995, citado en Arosteguy 2004.

²¹ Veáse Arosteguy 2004: 26 y Chadwik 2005:69.

En primera instancia es necesario mencionar alguna razón que justifique no revelar la información. La razón que suele darse es que el paciente no está preparado para que la situación respecto a su estado de salud tome conocimiento público. Tiene miedo a los cambios de actitud negativos de los demás y no desea dar noticias desagradables a los familiares por más que también los involucra esa información. Esta justificación hipotética es la que menciona Chadwik para el primer caso señalado aunque también aclara que no es una justificación suficiente para avalar la decisión del paciente de no revelar la información genética²².

Ahora bien, en los dos casos mencionados la decisión de los pacientes de no comunicarle a su hija (en el primer caso) y sus sobrinas (en el segundo) la enfermedad que ellas también podrían transmitirles a su descendencia, generaría un daño ya que la hija y las sobrinas podrían decidir optar por un tratamiento de fertilización, adoptar o no tener hijos. En el caso de las sobrinas al haber conocido la enfermedad de su tío podrían haber elegido el sexo de su descendencia y evitado que sus hijos desarrollaran la enfermedad. Y en el caso de la hija, en base a la información recibida, podría realizarse el test de análisis genético para enterarse si también es portadora del gen alterado porque de si fuera así existe 0,5 de probabilidad (50 %) de transmitir el gen alterado a sus hijos/as.

El análisis anterior permite dar una primera respuesta a la pregunta sobre qué autonomía tiene prioridad ¿la autonomía del paciente para que respeten su privacidad o la autonomía de los familiares para tomar decisiones informadas?

Como ya se ha mencionado, la información genética se torna relevante para las decisiones reproductivas al punto de que algunos argumentos consideran que existe la obligación moral de conocerla para evitar daños²³. Por lo que en estos casos la privacidad del paciente se torna secundaria en relación al deber de informar a los familiares.

El derecho a la privacidad del paciente en el caso de algunas enfermedades multifactoriales, también resulta cuestionable porque no revelar la información impide que se inicie una prevención temprana. Esta premisa está fundada en la idea de que las enfermedades poligenéticas (multifactoriales) son las enfermedades genéticas con mayores posibilidades de ser prevenidas porque dada la participación del factor ambiental se actúa sobre la influencia que tiene el mismo sobre la salud de los individuos. Sin embargo, al ser

²² Otros motivos pueden ser por razones de género tal como lo menciona Verges, en el contexto de los países en Latinoamérica el machismo sigue marcando las relaciones de pareja: "para los hombres, la aceptación de llevar (...) un potencial genético que puede transmitir una enfermedad o un defecto es difícilmente soportable, puesto que son reconocidos, socialmente, como procreadores" (2004).

²³ Para un análisis mayor del tema véase Luna/Manterola 2004, Luna, 2019, 47: 43-54.

una información probabilística puede correrse el riesgo de “construir” *enfermos saludables*. Lo desarrollaremos en el próximo argumento.

Por último, para justificar la prioridad de respetar la privacidad del paciente en cuanto a la información genética será necesario evaluar lo que Chadwick menciona respecto a la diferencia entre nivel normal de riesgo y riesgo. Si la presencia de una mutación conlleva una baja probabilidad de padecer y (de que los familiares desarrollen) una enfermedad muy grave entonces el argumento de la privacidad adquiere relevancia.

Volviendo a la relación médico- paciente, el médico se encontrará en la situación dilemática de respetar la privacidad o romper la confidencialidad. Es un problema que requiere por parte del profesional conocimientos no sólo en su experticia sino también conocimientos en bioética para poder tomar la decisión más adecuada en cada caso particular. Si el paciente no desea revelar su información pero el médico evalúa los beneficios de develar la misma (porque puede afectar por ejemplo las decisiones reproductivas de los familiares) necesitará estrategias que no menosprecie los intereses del paciente pero que sin embargo [el paciente] comprenda la importancia de revelar la información a los familiares.

Razones deontológicas: deber de respetar la decisión autónoma de permanecer en la incertidumbre

Estamos frente a un argumento que defiende a los familiares cuando son ellos los que no desean conocer la información genética que los involucra por más que el paciente esté dispuesto a revelar la misma. Como se ha señalado, se considera que una persona toma una decisión autónoma si lo hace en función de información relevante, libre de coacción y es competente para comprender y decidir de la manera más racional posible. Es decir que la comprensión es condición necesaria pero no suficiente.

Por lo que para que este argumento resulte válido (y se pueda enmarcar dentro de una razón deontológica de respeto a la autonomía), la decisión autónoma de permanecer en la incertidumbre no significa que la persona (el familiar) no cuente con información relevante. Sólo decide que esa información relevante para otros miembros de su familia, en él sea una información tácita. Pasaremos a explicarlo con un ejemplo hipotético tomado de la bibliografía estudiada.

El caso es el siguiente:

[U]n paciente desea hacerse el test para la enfermedad de Huntington ya que sabe que su abuelo paterno padeció la enfermedad. Supongamos que su padre no sabe si

él tiene o no el gen. Un resultado positivo en el paciente revelará la presencia del gen en el padre, mientras que un resultado negativo dejará al padre en la incertidumbre en la que se encuentra (Arosteguy, 2004, pp. 41).

Tanto el padre como el hijo conocen que algún miembro de su familia padeció la enfermedad, a su vez conocen que es una enfermedad monogénica con altas probabilidades de transmisión de generación en generación. Por lo que puede inferirse que hasta que no se realicen el test de análisis genético se encuentran en un estado de incertidumbre. Ahora bien, el "padre" decide no conocer si su incertidumbre a padecer la enfermedad de Huntington se convierta en certeza. Mientras que "el hijo" decide realizarse el test para salir del estado de incertidumbre. En el hipotético caso que el resultado diera positivo, si el hijo le revelara al padre la presencia del gen, estaría violando su autonomía por las razones anteriormente expuestas.

El cuestionamiento que se podría hacer es si el padre tomó una decisión racional. Podría responderse que sí porque en este caso no están en juego decisiones reproductivas, no se dispone de tratamiento curativo y no se cuenta aún con tratamiento preventivo. Por esta razón es lícito que prefiera vivir en la incertidumbre.

Lo más importante para que este argumento sea viable es que no se confunda el deber de respetar la decisión de permanecer en la incertidumbre con el deber de respetar el estado de inocencia informacional.²⁴

Razones utilitaristas: riesgo de enfermos saludables

Así como se apeló al principio utilitarista a favor de revelar la información a los familiares también puede apelarse a razones utilitaristas para cuestionar dicho develamiento.

La idea que da nombre a este argumento pertenece a Ruth Hubbard y apelaremos al mismo para cuestionar la posibilidad de revelar la información genética cuando lo que se decide develar es una predisposición a enfermedades multifactoriales tales como cáncer, enfermedades coronarias, diabetes.

La autora explica que asignar un nombre a una futura condición genética podría llevar a la construcción de *enfermos saludables*, esto es "personas a las que se les dice que van a desarrollar cierta condición particular en algún momento indefinido del futuro"

²⁴ La noción de inocencia informacional hace referencia al desconocimiento de una persona respecto a su constitución genética y la posibilidad de padecer o desarrollar alguna enfermedad genética. Y respetar el estado de inocencia informacional de un familiar consiste en no revelar la información genética por más que sea una información relevante para su salud para no revelar información indeseable. Véase Arosteguy 2005: 40-42.

(Hubbart, 2005: 88). Pero predisposición no es determinación, por lo que no se dice cuándo o en qué medida ese individuo desarrollará la condición en cuestión. En términos utilitaristas conocer generaría daños y no beneficios porque podría convertir a la persona en fatalista respecto al futuro de su salud modificando un nivel normal de riesgo en riesgo.

La siguiente cita de Hubbart, aunque extensa, resulta esencial para comprender que la predisposición genética depende de varios factores:

Mirar la salud y la enfermedad a través de los lentes de la genética distorsiona nuestras prioridades al apartar nuestra atención de los numerosos factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos que afectan la salud y desempeñan un papel en la generación de enfermedades o en la prevención de su desarrollo. Un mal matrimonio, un trabajo estresante, el acoso, y la violencia racial o sexual, o los problemas económicos pueden actuar negativamente sobre nuestro sistema inmunológico y afectar nuestra salud. También puede influir nuestra decisión de fumar, consumir alcohol o drogas y nuestra capacidad de relajación o realización de ejercicios. Estos factores y otros más influyen sobre nuestra predisposición a desarrollar cáncer, presión alta, enfermedades coronarias, diabetes, artritis, depresión maníaca u otras condiciones crónicas de salud (Hubbart, 2005, p. 87-88)

Sin embargo, tal como se viene señalando, el cálculo de utilidad no siempre es fácil y dependerá no sólo del grado de probabilidad de la predisposición genética a una enfermedad (multifactorial) sino también si presenta agregación familiar y qué circunstancias particulares rodean al familiar en cuestión.

4. Reflexiones finales

A lo largo de este escrito se han analizado varios de los argumentos que pueden utilizarse para decidir si se revela o no la información genética a lxs familiares.

Tanto las razones que apoyan el respeto a la autonomía como la acción que genera el mayor beneficio son importantes *prima facie*. Sin embargo el paciente necesitará evaluar y ponderar los argumentos expuestos. La decisión que tome será el resultado de una evaluación de cuestiones objetivas que posibilitarán la decisión subjetiva²⁵. En lo que concierne a la decisión de revelar o no la información genética, las cuestiones objetivas a tener en cuenta son:

- El grado de voluntad de revelar la información y el grado de voluntad de los familiares de recibirla. Pueden darse cuatro posibilidades:

²⁵ La idea de cuestiones objetivas y subjetivas es tomada de Luna y Manterola 2004:143.

1. El paciente está dispuesto a revelar la información y existe la presunción de los familiares de ser informados. 2. El paciente no está dispuesto a revelar la información y existe la presunción de los familiares de ser informados 3. El paciente está dispuesto a revelar la información pero los familiares no desean conocer. 4. El paciente no está dispuesto a revelar la información y los familiares no desean conocer.

- La gravedad y el grado de certeza del componente genético de la enfermedad.
- El estado actual de la medicina para conocer si existen tratamientos curativos o preventivos y la posibilidad de acceso a los mismos.
- Si implicara decisiones reproductivas cuál es el nivel de sufrimiento al que se expondría.
- Cuáles son las características particulares del familiar al que desean revelarle la información²⁶.

La combinación de estas cuestiones dará según el caso, una ponderación diferente de los argumentos analizados y probablemente dará nuevas razones para seguir pensando. Será clave que los profesionales que acompañen en las decisiones de sus pacientes desde una perspectiva no reduccionista (tratar todos los casos como iguales) y que estén preparados para comprender la decisión de algunas familias de no conocer (todas las cosas consideradas).

Bibliografía

- Arosteguy, J., (2004). "El derecho a conocer y no conocer" en Luna, F. y Rivera López E. (comps.) *Ética y genética. Los problemas morales de la genética humana*, Buenos Aires, Catálogos, pp 21-47.
- Chadwick, R., (2005). "La filosofía del derecho a conocer y el derecho a no conocer" en Luna, F y Rivera López, E. (comps.), *Los desafíos éticos de la genética humana*. México: Instituto de Investigaciones Filosóficas, pp. 59-73.
- Costa, M. V., (1996). "El concepto de autonomía en la ética médica: problemas de fundamentación y aplicación" en *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, FLACSO, Año 1, n. 2.
- Hubbard, R., (2005). "La genética predictiva y la construcción de enfermos saludables" en Luna, F. y Rivera López, E. (comps.) *Los desafíos éticos de la genética humana*, México D.F., Fondo de Cultura Económica, pp. 75-91.
- Luna, F., (2019). Edición genética y responsabilidad. *Rev Bio y Der.* 47: 43-54.
- Luna F. y Manterola J., (2004). "Genética y decisiones reproductivas" en Luna, F. y Rivera López E. (comps.) *Ética y genética. Los problemas morales de la genética humana*, Buenos Aires, Catálogos, pp. 125-145.
- Luna F. y Rivera López (comps.), (2004). *Ética y genética. Los problemas morales de la genética humana*, Buenos Aires, Catálogos.

²⁶ Por ejemplo, no es lo mismo informar a un familiar que cuente con un cuadro depresivo que a otro que no lo esté.

Luna, F. y Rivera López E. (comps.) (2005). *Los desafíos éticos de la genética humana*, México D.F., Fondo de Cultura Económica.

Montanari, D., (2004). "Apuntes de Genética Médica" en Luna, F. y Rivera Lopez, E. (comps.) *Los desafíos éticos de la genética humana*, México D.F., Fondo de Cultura Económica, p. 189-202.

Núñez y col., (2014). "Censo de recursos humanos y recursos moleculares para diagnóstico y evaluación de cáncer hereditario en Argentina", *Revista Argentina Salud Pública*, 5(20): 25-29.

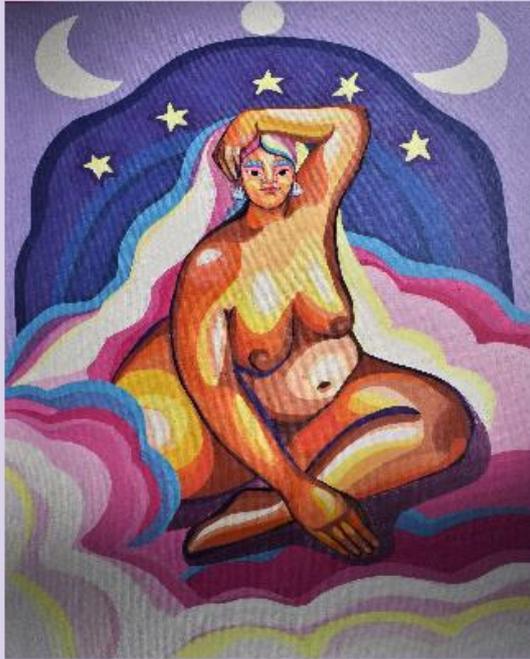
Penchaszadeh, V., (2005). "Ética e Investigación Genética". Ponencia presentada en el marco del Simposio sobre ética de la investigación en seres humanos y salud pública. Red UNESCO, Bogotá, Colombia.

Sánchez Urrutia, A.V., (2002). "Información Genética, Intimidad y Discriminación", *Acta bioética*, Santiago, v. 8, n. 2, pp. 255-262.

UNESCO, *Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos*, 2003.

Verges, C., (2004). "Genética y Bioética en América Latina", *Acta bioética*, vol.10, n.2, pp. 155-166.

Sección Conversando comunitariamente



Sexto día de encierro. De un aislamiento que desmejora mis de por sí débiles signos vitales. Temo perder el habla, o la forma que adquieren las palabras al tocar el aire y ser sonido, digo en voz alta para oír un momento eso que sale de mi boca y volver a perderme. A veces escucho voces pero sé que no son de aquí, de esta realidad tan cercana, tan palpable, tan fría. Sexto día de encierro. Hay manchas en los azulejos de la cocina. Esta noche volveré a comer arroz con algo que haya quedado de ayer. Afuera se apaga lentamente el día. Igual que el hábito de esperar tus señales.

Para ser dos

Escribo poemas para vos, y para ser dos. No escribo para ganar concursos o recibir premios, ni para ser "reconocido". Escribo para ver si en alguna palabra o en algún silencio sentís que dije algo tuyo o algo mío que compartís. Escribo para vos, para convidarte unas palabras sencillas que te nombren, o en las que vos te nombres.

Escribo acá, en las hojas de un cuaderno de tapa blanda, un cuaderno cualquiera y con cualquier palabra, para intentar decir eso de único que tenemos dentro, eso único que nos recorre las venas, que nos habita desde adentro de la piel y sale, a veces, con una buena porción de suerte o de coraje, para transformarse en un poema que dice algo que sentís, en un poema que te hace de espejo por un ratito, en el sonido de una voz que te abraza cuando lo necesites o lo quieras.

Escribo poemas para vos, para ser dos, para saberte cerca aunque no nos conozcamos. Para tender una especie de puente, si se pudiera, que sirva para estar menos en soledad. Porque estando acompañado es menos difícil vencer los miedos, estando acompañado podemos ser más fuertes y ser mejores.

Para eso escribo. Para encontrar la fortaleza de mirar a los ojos a quienes son despreciables, para enfrentar mejor las injusticias y sobreponerme a las penas, que son tantas estos días.

Para eso escribo, para ser dos. Para sentir que puedo abrazarte a pesar de las distancias, para sentir que sentís que tal vez podemos hundirnos en la soledad pero que también podemos salir de la mano y respirar de nuevo, con el pecho abierto y los pulmones a flor de piel, todo lo que nos queda de vida.

Hernán Riveiro²⁷

²⁷ Escritor patagónico. Presidente en La Conrado Centro Cultural, Neuquén. Trabaja en La Mano en la Sed. Consejero en el Consejo para el Desarrollo de las Artes y la Interculturalidad, Neuquén.



Tiempo de Covid 19 en la Primera Infancia Crianza, familias y educación en tiempos de aislamiento

Lorena Gallosi²⁸
lorenagallosi@yahoo.com.ar

En la actualidad lxs niñxs pequeñxs reciben compartidos espacios de cuidados y de vinculación. La familia es uno de los lugares donde lxs niñxs crecen y se crían pero no el único. Existen espacios educativos para la primera infancia que cuentan con personal para el desempeño de esta actividad articulándose con las familias y a su vez con otras instituciones.

Durante el mes de marzo del año 2.020 se inició un proceso de aislamiento social debido al Covid 19 donde las familias se mantuvieron en sus hogares, compartiendo lazos estrechos solo con los convivientes por prevención al contagio masivo. Este aislamiento se mantuvo hasta el mes de noviembre del año 2.020 y con el regreso del invierno en este año 2.021 que suma una nueva ola de contagios, en algunas semanas se vuelve a esta modalidad.

El siguiente escrito se propone visibilizar qué sucedió durante el 2.020 y que está sucediendo actualmente con la etapa de la primera infancia que concurren a centros infantiles y maternales. Se realizó un proceso de análisis basado en temas centrales en la formación de la “Especialización Internacional Infancias y Juventudes: Desigualdades Sociales, Desafíos a la Democracia, Memorias y Re-Existencias”.

La recolección de la información fue mediante comunicación por correos electrónicos y mensajes de whatsapp vía *smartphone*.

Se realizaron un total de nueve intercambios:

-Tres educadores de centros educativos de primera infancia (contiene intercambios por whatsapp -escrituras, audio y videos- escritos institucionales, relatorías de lxs educadorxs y publicaciones de Facebooks institucionales;

²⁸ Docente e investigadora Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Comahue. Psicóloga Especialista Educación Infantil, Alto Valle Oeste, Prov. de Río Negro, Argentina.

- Tres madres de tres niñas que asisten a esas instituciones (contiene intercambios por whatsapp: audios, videos y fotos)
- Tres familias que sus hijos no asisten a centros de infancia (intercambios escritos y audios por whatsapp).

Esta investigación de tipo cualitativa se realizó con la incorporación y el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). La recolección de la información fue mediante comunicaciones establecidas en forma sincrónica y asincrónica. Sincrónica es decir en tiempo real, a través de llamadas telefónicas y del chat del whatsapp como intercambio simultáneo de mensajes escritos-audios. Asincrónica es decir en tiempo diferido mediante la lectura de correos electrónicos y publicaciones en Facebook.

La modalidad de recolección de datos ofrece beneficios tales como:

- El registro de los datos fue ágil;
- Permitió el estudio de la situación tal y como se está viviendo;
- Se obtuvo riqueza informativa en los datos ya que las personas estaban abiertas y abordaron las conversaciones de forma fluida;
- Facilitó la percepción y comprensión de la situación y del escenario social actual;
- Brindó la oportunidad de estudiar los fenómenos en distintas situaciones sociales y geográficamente distantes,
- No fue necesario el desplazamiento de la investigadora y desde mi domicilio tuve acceso al trabajo de campo.

Dentro de las desventajas ubico:

- Ausencia de gestos y señales tácitas proporcionadas por el lenguaje del cuerpo;
- Las respuestas se han ajustado en algunas situaciones a lo estricto de la pregunta, con lo que cierta información adicional quedó limitada;
- Los diferentes ritmos de conversación y/o tiempos de respuestas requirieron mucha paciencia y persistencia en el entrevistador.

El análisis se realizó luego de la lectura de la información recopilada y se organizó en tres apartados:

- 1) Nuestra Comunidad en tiempo de Pandemia;
- 2) Visibilización del vínculo con las Infancias;
- 3) Impacto de la Pandemia y algunas reflexiones.

Comunidades educativas para la primera infancia

Su relación con el aislamiento social preventivo y obligatorio

Los centros infantiles con los que se intercambié información fueron:

- Prov. de Río Negro:
 - Jardín maternal del sector público- UNTER Unión de Trabajadores de la Educación de Cipolletti. Río Negro
 - Jardín Infantil Verde Limón de gestión privada llevado adelante por docentes universitarias y auxiliares materno-infantiles. Cipolletti.

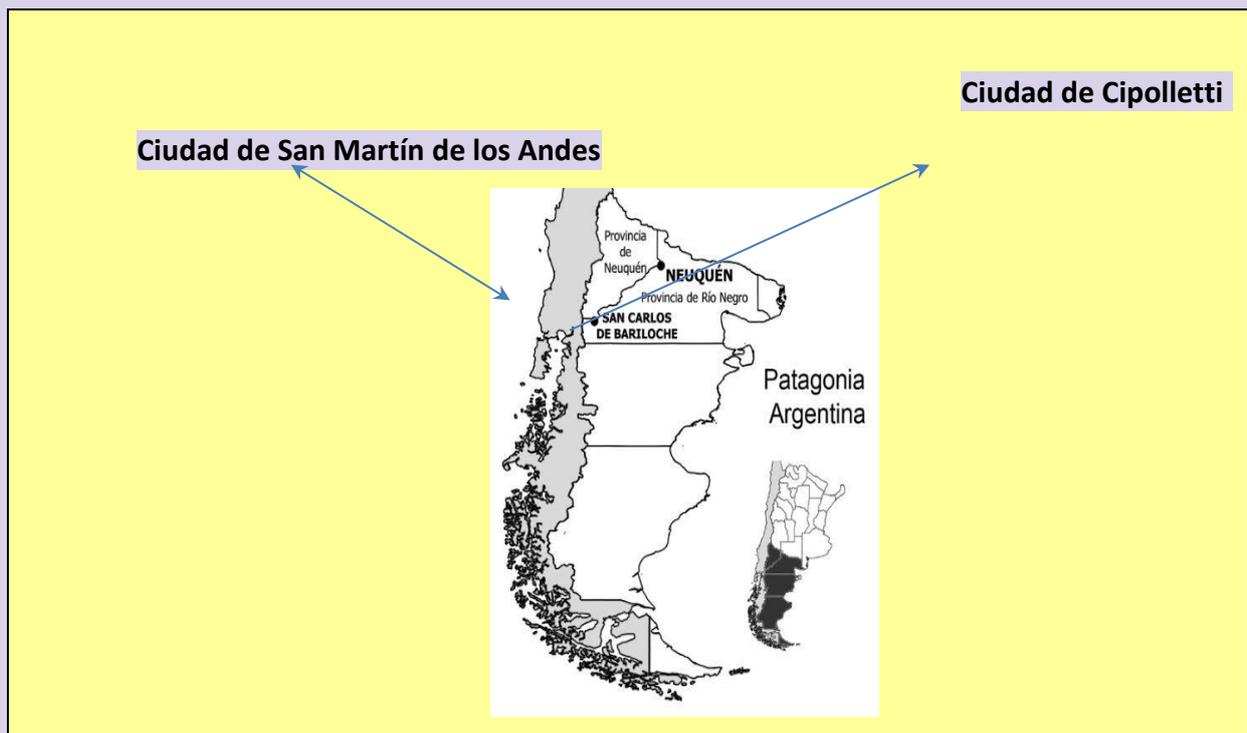
La Ciudad de Cipolletti, está ubicada en el Alto Valle de la Provincia de Río Negro zona especialmente frutícola de manzanas, duraznos, peras; los veranos son muy caliente y mayormente despejados, los inviernos son fríos, parcialmente nublados, está seco y ventoso todo el año. Durante el transcurso del año, la temperatura generalmente varía de 1 °C a 31 °C y rara vez baja a menos de -4 °C o sube a más de 36 °C.

- Prov. de Neuquén:
- Centros infantiles de la ciudad de San Martín de los Andes.

La Ciudad de San Martín de los Andes es principalmente turística. Durante el verano los días son cálidos, muy soleados y con noches frescas. La temperatura oscila durante el día entre los 9 y 34 °C, permitiendo disfrutar plenamente de actividades al aire libre. Durante el invierno los días son fríos con precipitaciones niveas en las montañas de los alrededores y en la ciudad. Las temperaturas durante el día oscilan entre 1 y 10 °C. Es un destino internacional para la práctica de los deportes de nieve.

Estos centros infantiles para niños de primera infancia se han consolidado en la comunidad como una forma de acompañamiento a las necesidades sociales y los cuidados esenciales de nuestra comunidad. Algunos de estos espacios están estrechamente vinculados con el sistema de salud mediante hospitales o salas comunitarias y con desarrollo social mediante acompañamiento de personal profesional vinculado al trabajo social y a la nutrición. Los niños reciben calendario de vacunación, y complemento alimentario con el desayuno, almuerzo, merienda. La organización es mediante salas y los horarios de ingreso y salida son flexibles de acuerdo a las necesidades de las familias.





El siguiente mapa ubica las dos provincias y las dos Ciudades donde se hicieron las comunicaciones.

Las educadoras tienen a disposición información de cada niñx, ejemplo: cómo está compuesta la familia, cuántxs hermanxs tiene, detalles de crecimiento y alimentación y otras informaciones importantes. También organizan grillas de acompañamiento para cada niñx con las horas que está en el jardín, donde se observan: registros de horarios de sueño, cambio de pañal, biberón, alimentación y juego. Las educadoras y coordinadoras expresan con claridad los vínculos que construyen con las familias en el centro infantil, contándonos que es un espacio de valor para conversar y construir apoyos frente a la crianza y el cuidado de lxs niñxs. Las familias cuentan con estos espacios como una continuidad para el cuidado y la crianza de sus hijxs, permitiéndoles la salida laboral. Es importante destacar que "Las transformaciones socioeconómicas y el empobrecimiento de importantes franjas de la población en las últimas dos décadas²⁹ incrementaron la fragilidad y precariedad en el entramado social, favoreciendo procesos de desafiliación de grupos familiares en donde los niñxs constituyen su subjetividad. Estas familias transmitían su sufrimiento social en el encuentro con los servicios de salud"³⁰ y educativos, donde los centros de atención de infancia funcionan como un espacio de detección de problemáticas y articulación con otras instituciones.

²⁹ El escrito de dónde es la cita hace referencia a la década de los años 1990 hasta el 2010.

³⁰ Barcala, A. Dispositivos e intervenciones en salud mental infantil en la Ciudad de Buenos Aires. Título del libro: Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Año 2011, págs 53-81. (149 págs). ISSN 1853-1148.

A pesar de registrar ciertas particularidades en los estilos institucionales que muestra cada comunidad, el centro infantil es un puente entre la institución y los referentes significativos de los vínculos primarios de los niños. "El principio de participación es clave en las estrategias y políticas de desarrollo como un método para identificar necesidades y prioridades a nivel local o comunitario" (Abramovich, 2006, pp. 45). Si estos espacios fueron creados desde una lógica de reforzamiento asistencial, actualmente nos encontramos con la posibilidad de ejercer y generar espacios de participación dentro de lo que son las Políticas de Derecho. La participación política necesaria en el marco de un proceso democrático va más allá de la existencia de un sistema institucionalizado. Es fundamental que haya posibilidad de ejercer algunos otros derechos: el derecho de reunión, la libertad de expresión, el derecho de acceder a la información y a ser asesorados, entre otros. La posibilidad real de poner en práctica tales derechos determinará que los sectores más vulnerados puedan experimentar otro grado de posibilidades. "Las normas internacionales sobre los derechos humanos son bastante precisas respecto al derecho de contar con recursos judiciales y de otra índole que sean idóneos y eficaces para demandar por la vulneración de derechos fundamentales. El Estado no solo tiene la obligación (negativa) de no impedir el acceso a esos recursos, sino fundamentalmente la obligación (positiva) de organizar el aparato institucional de modo que todos, y en especial quienes se encuentran en situación de pobreza o exclusión, puedan acceder a esos recursos. Para cumplir con su cometido deberá eliminar los obstáculos sociales o económicos que impiden o limitan el acceso a la justicia, incluso brindando en ciertos casos asesoramiento jurídico o estableciendo sistemas que eximan de gastos. Ante todo, es preciso tener en cuenta que las políticas sociales e incluso las prestaciones estatales en educación y salud no han estado guiadas en su organización y funcionamiento por la lógica de los derechos. Por el contrario, las prestaciones se han organizado y brindado mayormente conforme a la lógica inversa, la de los beneficios asistenciales, de modo que este campo de acción de las administraciones públicas —salvo algunos controles institucionales— ha quedado tradicionalmente reservado a la discrecionalidad política" (Abramovich, 2006, pp. 47-48).

El confinamiento vivido entre los meses de marzo, abril, mayo y junio año 2020 aceleraron los tiempos de hiperdigitalidad³¹. La peligrosidad del contagio y la alta tasa de mortalidad vivida en nuestra sociedad combinaron estrategias para reducir las interacciones

³¹ Los tiempos han cambiado y de alguna manera podemos reflexionar acerca de las metáforas de las sociedades y los estados de la materia usadas por Zygmunt Bauman(2007), pensando por ejemplo: 1º una sociedad moderna, analógica y en estado sólido; 2º una sociedad postmoderna, digital y en estado líquido y 3º una sociedad hipermoderna, hiperdigital, en estado gaseoso.

sociales (muchas si se circulaba con niños o se realizaban actividades recreativas, uso obligatorio de mascarillas o tapabocas, restricción de horarios o días de circulación, suspensión de transportes, cierre de fronteras provinciales, etc.). Lxs coordinadorxs de los centros infantiles y de los espacios de educación maternal expresaron como mediante su labor fueron estableciendo nexo con las familias y trabajaron para estar presentes a pesar del aislamiento. La conexión permaneció con un 50% de las familias hasta julio de ese año en la mayoría de los centros infantiles. Con muchas familias solo lograron vincularse mediante visitas presenciales que se hacían en momentos que bajaban los contagios.

Las propuestas mediante la conectividad digital, evidenciaron nuevamente las desigualdades sociales. En lo que respecta a los insumos, los recursos y la conectividad, los centros infantiles de las zonas rurales quedaron en franca desventaja. Por otra parte, en las familias, el encierro afectó la dinámica de organización y los ciclos de vida necesarios para los distintos integrantes, se fue generando cierta ansiedad, incertidumbre e impaciencia. Las madres y los padres cuando fueron entrevistadxs, expresaron que lxs niños por momentos presentaban desbordes de llantos sin motivos aparentes y la falta de matices en el ciclo diario con el paso del tiempo entorpeció, desgastó la convivencia: "Compartir la crianza con los centros infantiles, es un apoyo que hoy no está" expresaron. Otra desventaja es la superposición de tareas: trabajo/ teletrabajo/ cuidado de niños/cuidado de familiares mayores/ estudio/ limpieza, etc. y como contrapartida el distanciamiento social de amigos, compañerxs y familiares. De acuerdo a estas vivencias, se agudizaron malestares que se fueron profundizando a lo largo del tiempo y la trama de cuidados/sostén que se había construido históricamente el centro infantil y con la comunidad, se está viendo trastocada con una participación comunitaria debilitada/relegada.

Infancias Esenciales

Ante el aislamiento

La experiencia virtual en esta pandemia es la *vedette* de las conexiones, vinculaciones y relaciones. La virtualidad proviene de la posibilidad de una conexión más allá de lo meramente corporal, lo cual no es nuevo: el hombre, a lo largo de la historia, ha dejado marcas de experiencia de su vida por medio de los signos y símbolos. Lo hizo a través de los lenguajes, la escritura, lo arquitectónico, etc. Por ejemplo, las pinturas rupestres del hombre primitivo dan comienzo al arte y la comunicación da comienzo a una historia que no tiene fin hasta nuestros días. La aparición de la escritura ofreció la creación de nuevos espacios sensoriales, no sólo de lo visual, sino lo auditivo en el proceso de comunicación, en muchos casos, lo escrito debía ser declamado para alguien o para una

multitud realizando movimientos, gestos, inflexiones de voz, que eran capturados por la audiencia. El cine, a pesar de su complejidad como arte no permitía ni la interacción, ni la comunicación síncrona, sólo generaba un espacio de comunicación asincrónico. Con la llegada de la televisión y la inclusión de las transmisiones vía microondas, se permitieron la presentación de hechos en tiempo real que culminó con la llegada de Internet y la era digital. Actualmente vivimos la interacción en tiempo sincrónico dislocando definitivamente las barreras del tiempo y el espacio.

Carles Feixa, estudia los estilos de vida en la era digital y la controversia de la educación en los tiempos de hiperdigitalidad. Menciona que el acceso universal a las redes es a la vez un profundo acceso desigual a las TIC (insumos y conexión). Algunas niñas y algunos jóvenes nacen con la realidad virtual y las redes sociales como condición de vida; @ y # están totalmente naturalizadas e incorporadas como el alimento y el agua de cada día. Google le ganó al diccionario y los lectores a los libros físicos. Desconocen la inexistencia de un tiempo sin conexión y una vida sin *smartphone*.

Niñxs con TIC

Hay otrxs niñxs que quedaron, ellxs y sus familias, totalmente desconectadxs a este espacio global digital y a este tiempo virtual. Lxs educadorxs no perdieron esta perspectiva y nos cuentan las distintas propuestas que realizaron y las actuales dificultades.

Tras la lectura de los aportes de lxs educadorxs y las familias pude interpretar un trabajo con audios, videos o experiencias de conexión para la participación de lxs niñxs y algún integrante de la familia. El armado de contenidos basados en el conocimiento de lxs niñxs generó encuentros con cuentos, canciones y sugerencias lúdicas. Hubo propuestas enviadas por las redes sociales (Facebook/Instagram) y por whatsapp que en la intimidad de la familia se compartieron. Podemos pensar una precoz introducción de la "Habitación digital" a la vida de lxs niñxs.

Carles Feixas (2006) nos trae las denominadas "culturas de habitación" que "son los escenarios donde se construye la identidad personal y social de nuestros hijos e hijas, en un lugar físico y virtual desde el cual se abren al mundo o se encierran en sí mismos" (p. 55). Pensado así, el espacio es recreado con la utilización de la herramienta digital que no es beneficiosa o perjudicial en sí mismas. Dependen de la manera en que se ha pensado y organizado, de cómo se promueva y:

de cómo interactúan los padres con sus hijos en relación con los contenidos y servicios digitales disponibles en el hogar y la forma en que las escuelas incluyen la tecnología en sus currículos para apoyar el aprendizaje y la participación. (p. 55)

Infancias digitalmente vinculadas ≠ digitalmente envasadas

Susana Sosensky, reflexiona sobre la infancia como una etapa de la vida que es cambiante y fluida; lxs niñxs siguen jugando y elaborando el drama de la vida cotidiana en todas las situaciones, afirma. Esto me ayuda a reflexionar y a su vez poner en tensión a lxs niñxs con sus deseos, donde ellos se involucran también para participar y cambiar las realidades que habitan. Un ejemplo: si todos estamos con nuestros *smartphone* vinculándonos pandemia mediante, haciendo reuniones por ZOOM ¿no sería esperable que lxs niñxs quieran o necesiten genuinamente algo similar? Sin embargo, no es lo mismo que un niñx viva la virtualidad con una lógica basada en juegos conectivos, a que se vivan experiencias de encuentros digitales o videos realizados por educadorxs, pensando específicamente para estos niñxs con los cuales hay un vínculo y una participación familiar. La infancia es un tiempo de creatividad que recrea lo cotidiano y no puede alejarse ni diferenciarse tanto de la vida que los circunda.

A esta altura es necesario aclarar la diferencia entre las experiencias de encuentros digitales y los juegos conectivos en los videojuegos o los videos de entretenimiento previamente envasados. Estos últimos han sido muy estudiados y siguen una lógica conectiva y receptiva de parte del consumidor. Sin embargo en las propuestas presentadas por lxs educadores, se alude a la experiencia de los vínculos compartidos y construidos con lxs niñxs, con los cuales se ha tramado una relación, se conocen sus intereses y sus deseos, su mundo cultural, su contexto social y sus familias. Lamentablemente este escrito recorre los decires de los adultos pero me gustaría resaltar que son voces de cuidado que tienen como eje esa niñez que está viviendo la pandemia de este tiempo y que los contenidos digitales son una suerte de extrema necesidad.

A continuación compartiré como lxs educadorxs trabajaron para estas infancias durante los primeros tiempos del aislamiento encontrando mediante la virtualidad un puente con las familias y lxs niñxs. Cuando vieron que la pandemia iba para largo y que semana a semana el aislamiento se seguía extendiendo, surgieron estrategias virtuales de comunicación primero entre los coordinadores y docentes circulando la palabra alrededor de los miedos, angustias, ansiedades, expectativas, resistencias, deseos e incertidumbres.

Todxs coincidían en lo significativo de reencontrarse mediante la virtualidad y luego pensaron cómo llegar a las familias. Un Centro infantil armó un grupo cerrado de Facebook para el equipo docente y las familias del jardín donde van comentando publicaciones, escriben y son muchos los que la ven. Otros centros concentraron la comunicación con lxs niñxs y familias a través de la página de Facebook de la Subsecretaría de Infancias.

Las docentes comentan:

Hemos hecho reuniones vía ZOOM entre coordinadores o con las docentes para ponernos de acuerdo, luego, comenzamos a enviar videos a través de los grupos whats app con actividades de las docentes que tuvieron muy buena recepción en las familias.

Surgieron algunos temas de discusión centrales en torno a la virtualidad que se recupera desde la recogida de información y es común en lxs distintxs educadorxs:

1. Un tema central fue ofrecer propuestas mediante las pantallas para niñxs tan pequeñxs. Se había acompañado mucho a las familias en que lxs niñxs no usen celulares o vean mucha televisión y ahora enviar videos es una contradicción que se imponía debido al aislamiento. Se trabajó en acuerdo para que las actividades con videos sean cortitas y no excedan los 20 minutos y los encuentros estén acompañados con la familia.

2. Otro tema es la total desigualdad en los insumos, recursos, conectividad tanto en lxs docentes como en las familias. Se inició comunicaciones con el gobierno para que garantice la conectividad e insumos para las familias y lxs educadorxs de modo de no profundizar las desigualdades.

Niñxs sin esfera Digital

Las educadoras pensaron ¿cómo podemos hacer para estar cerca de lxs niñxs que no acceden a lo digital? Así surgen las siguientes propuestas:

- Armado de bolsas de Juguete y materiales lúdicos. Visitas y encuentros:
 - Surgió la idea de crear bolsas de juguetes que llevaron a las familias en tres entregas. Las cuatro instituciones a la que pertenecen se dividieron en comisiones de un año, de dos años, de tres años. En esos encuentros había personas variadas de las distintas instituciones. Pensaron en las edades y los requerimientos de esas edades. Se organizó el

reparto y en el momento de la distribución fue en fase 2 porque no había circulación comunitaria del virus. Las familias y lxs niñxs felices; cuando veían a la educadora salían corriendo a abrazarla y había que mantener la distancia entonces se le explicaba que por la salud sólo se podían saludar de lejos. Se le explicaba que eran los barbijos y porque era importante usarlos. Lxs niñxs más grandes preguntaban: ¿cuándo vamos a volver?

- Entrega de materiales para lxs niñxs. Las familias fueron las que lo retiraron del jardín: sala de dos años se llevó masas de colores y unos cotidiáfonos. La sala de tres años se llevó para hacer actividades de matemáticas con unas pizzas y sus porciones hechas en cartón, además de sus nombres (las letras recortadas para armarlos) y un juego. Todo eso para acompañar los videos que les enviamos.

- Propuestas de juego en el espacio público

La coordinadora de un jardín nos cuenta:

En la primera infancia se está pensando volver de una manera totalmente distinta al encuentro. La cotidianidad tal como estábamos acostumbrados no va a volver. Nos están diciendo, comentando y pensando en situaciones que no tienen que ver con las instituciones físicas tal cual las conocemos, se está pensando en algo más macro en todxs lxs niñxs de primera infancia de San Martín de los Andes. Hacer cosas con todxs lxs niñxs, también con los que quedan afuera de las instituciones. Sería ir por ese lugar "hacer cosas que tienen que ver con la comunidad de primera infancia". Nos dejaron esta inquietud para que todas podamos pensar y trabajar sobre eso. Qué intervenciones podemos hacer en las calles, en este momento estamos en esto.

- Acompañamiento a familias

Hay situaciones muy puntuales con familias que están atravesando dificultades económicas y están siendo asistidas por Desarrollo Social con bolsones de alimentos, leña, garrafas para el gas. Una mamá nos cuenta frente a su delicada situación: *"la educadora vino a visitarme una vez, después me escribieron desde desarrollo social y me tramitaron la tarjeta alimentar"*. Lxs docentes y coordinadores ofrecen su apoyo estando disponibles para comunicarse con las familias siendo un puente para dialogar acerca de la crianza y los cuidados.

Cuidados

En los primeros años de vida pensar el cuidado es un acto prioritario para la crianza:

El derecho al cuidado debe ser un derecho universal para que se reconozca y ejercite en condiciones de igualdad. Esta consideración quizás incipiente en nuestra región tiene ya un largo recorrido en los estados de bienestar europeos. Los tres pilares clásicos del bienestar (vinculados a la salud, la educación y la seguridad social) están siendo complementados con el denominado cuarto pilar, que reconoce el derecho a recibir atención en situaciones de dependencia (Montaño, 2010). El Derecho al Cuidado, a su vez, debe ser considerado en el sentido de un Derecho Universal de toda la ciudadanía, desde la doble circunstancia de personas que precisan cuidados y que cuidan, es decir, desde el derecho a dar y a recibir cuidados.

Batthyány, Karina (2019)

Me propongo especificar los *cuidados* de niñxs en tiempos de aislamiento social y obligatorio, considerando el aspecto *multidimensional del cuidado*:

- *La identidad social de las personas cuidadoras* quedó remitida a los familiares y en el caso de ir al centro de infancia a su acompañamiento profesional mediante propuestas virtuales y comunicaciones telefónicas. Una mamá nos cuenta: “*Mantenemos los momentos de juego, de siesta, de descanso. La tarde en el jardín tratamos de mantenerlas. Salimos al patio, cantamos, leemos cuentos y tomamos la merienda*”.
- *La identidad social de las personas receptoras* del cuidado está ubicada en lxs niñxs que han vivido sobrecarga de emociones en la convivencia mediante el confinamiento; Ejemplo: “*Hay Conflictos respecto a la convivencia, cansancio, disputa por los espacios. Tiene que ver que somos muchos, la casa es chica entonces es imprescindible que se mantengan el orden y las actividades*”.
- *Las relaciones interpersonales* entre la persona cuidadora y la receptora de cuidados está dado por vínculos estrechos (familiar) en un continuo de tiempo y espacio;
- *La naturaleza de los cuidados es la crianza* (alimentación, higiene, entretenimiento, acompañamiento y descanso) llevada adelante por la familias y a medida que se comenzó a trabajar, las más comprometidas han sido las mujeres que quedaron al cuidado de lxs niñxs y con múltiples tareas;
- *El dominio social* en el cual se localiza la relación de cuidados es en los espacios privados (la casa del niñx) y en algunos casos con la posibilidad de fortalecimiento mediante la comunicación con educadores de la primera infancia;

- *El carácter económico* de la relación de cuidados no es asalariado y en la mayoría de las experiencias se superpusieron trabajos de madres y padres más la tarea del cuidado de niños, presentando una importante sobrecarga de tareas y responsabilidades que sumaron cansancio y malestar;
- *La localización física* en la que se presentan los cuidados es en la casa de familia y aquí se registró gran diversidad de posibilidades y comodidades habitacionales que influyen la calidad de vida y la salud.

En el mejor de los casos, para sobrellevar esta situación, las familias desarrollaron rutinas y organizaciones con acuerdos y pautas compartidas entre los convivientes. Pero la esfera doméstica (vinculada a lo maternal, lo subjetivo, lo moral) y la esfera laboral (organizada en torno a la producción) quedaron superpuestas y reservadas a la intimidad de los hogares. El cuidado por lo general invisibilizado como trabajo, mostró su mayor tensión y expresó un entramado complejo. El aumento de los índices de maltratos, violencia y femicidios³² en nuestras localidades para julio del año 2020 habían aumentado un 15%.



El esquema del *Diamante del cuidado* (Razavi, 2007) expresado en la imagen anterior, hace referencia a un rombo que representa la arquitectura de la provisión de cuidado entre cada uno de los actores involucrados: Estado, Familias, Mercado, Comunidad,

³² Comete el delito de femicidio quien prive de la vida a una mujer por razones de género, es decir, en la posición de subordinación, marginalidad y riesgo en el cual éstas se encuentran respecto de los hombres.

y las relaciones que sostienen entre sí. La pandemia ha dejado a las familias con excesos de responsabilidades y a lxs niñxs atrapadxs en espacios poco prodigados de ternura y sostén. Es necesario revisar la participación de los agentes mencionados para generar opciones que ayuden a entender las relaciones y la convivencia familiares, revisar las masculinidades, identificar las emociones y aprender estrategias para resolver los problemas.

Conclusión

Cambios, emergentes y contradicción en Pandemia

El sentido subjetivo es entendido como una producción simbólica-emocional que caracteriza la experiencia vivida, González Rey (2011). En este sentido el escrito, pesquisó como las distintas experiencias/voces de los educadores, las familias continúan en busca de respuestas a las condiciones disruptivas de la pandemia:

Lo que más me ayuda a sobrellevar esta situación, en términos profesionales, es el ponerme a pensar en mis alumnxs y en propuestas para compartirles, como una manera de estar más cerca de ellxs. (Docente sala de 2 años, Jardín Maternal UNTER. Cipolletti. Río Negro)

Recuperando el delicado proceso de subjetivación: lxs niñxs configuran su subjetividad a partir de su experiencia con otrxs en un espacio y un tiempo específico, a través de un proceso en el que participan tanto ellxs como sus familias y comunidad, por lo cual la construcción del puente creado entre el centro infantil y la familia resulta ser un espacio valioso de fortalecimiento y acompañamiento familiar para la crianza, que no se detuvo a pesar del aislamiento y que funciona como una unidad de compleja interacción sosteniendo a una gran variedad de funciones sociales, políticas y culturales.

El trabajo de lxs educadorxs con las familias y la comunidad genera aportes al *paradigma de la comunicación para el cambio social*, demostrándonos que el trabajo educativo con las infancias es:

- Un proceso vivo e indetenible de acompañamiento a la familias y las infancias que se recrea frente a la disruptiva situación social;
- Se enfatiza la comunicación de los distintos actores y las distintas posibilidades;
- Se respeta y enriquece la pertenencia cultural,

- Se “aggiorna” a las necesidades de lxs niñxs y sus familias reflexionando sobre el proceso y sus limitaciones;

El aislamiento creó una extranjería en la subjetivación lo que se transformó en movimiento, como campo de tránsito y de indeterminación. No existía una estructura previa para esta temporalidad y espacialidad. Existió una invención y creación que dio acto a pensar opciones.

Este tránsito profundiza las complejidades y presenta maneras de crear “traslocando los Posibles”.

En comunicación reciente con los centros de infancia, que han abierto sus puertas para la sala de tres años, reflexionamos sobre los siguientes *emergentes*:

- Al hacer burbujas de ocho niñxs con dos educadoras, hay un trabajo de calidad y de sostén ideal del vínculo;

- En este momento las familias que realizan la demanda son las más fortalecidas, la demanda se construye a partir de un espacio de juego para los niños y de socialización. Hasta el año 2019 la población era en especial madres solas que necesitaban del cuidado de sus hijxs para que pudieran salir a trabajar. Esa población no volvió a la institución. Por lo cual el centro infantil considera, que hay una gran parte de la población infantil, que quedó por fuera de la propuesta. Largos viajes por dos horas no les generaba resolver el problema de cuidado y también se debe manifestar de esta forma una gran tasa de desempleo.

- El tiempo que antes podía llegar a ser hasta de seis horas por turno, ahora es de solo dos horas, lo que genera tiempos esencialmente de juegos y de disfrute. Lxs niñxs vienen con entusiasmo, ganas de disfrutar y vincularse.

- Las transiciones entre los hogares y el jardín antes llegaban a durar más de un mes, durante este proceso lxs niñxs en una semana se sentían tranquilos y a gusto en la institución.

A su vez surgen *elementos que entran en profunda contradicción* y es de valor recuperarlos para ponerlos sobre tabla ante los momentos de decisión:

- El uso de máscaras y barbijo pensaban que iba a generar un limitante corporal y vincular con lxs niñxs sin embargo hasta ahora no es una dificultad;

- Faltan recursos y alimentos. Lxs niñxs solo reciben una fruta o una gelatina. La cocina, espacio central del centro infantil, permanece cerrada.
- Con las familias el vínculo que antes era estrecho y de labor compartida, ahora solo en un verse desde lejos, sienten que la pandemia generó “ideas separatistas” de poca integración, distancias y dificultades para el diálogo cara a cara.
- Quedó un centro infantil para lxs niñxs que están en las mejores condiciones, pero lxs más desfavorecidxs no están.
- Antes (2019) teníamos un centro infantil sobrepoblado y con muchas horas de pertenencia de lxs niñxs, que terminaba siendo difícil de sostener en la calidad de la propuesta.

Quiero agradecer a lxs educadorxs y docentes que van reflejando una subjetivación política creadora, comprometida y con fuerza para transformar las distancias con las infancias y sus familias.

Bibliografía

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. V-El principio de participación y su relación con los derechos civiles y políticos. Revista de la Cepal 88.
- Aguirre, R.; Batthyany, K.; Genta, N.; Perrotta, V. (2014). Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. Íconos, v.: 50, p.: 43 – 60.
- Feixa, C., Fernández-Planells, A. & Figueras-Maz, M. (2016). Generación Hashtag. Los movimientos juveniles en la era de la web social. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 14 (1), pp. 107-120.
- González Rey, F. L. (2011). “El sujeto y la subjetividad en la Psicología Social” Noveduc. Bs. As.
- Muñoz, G., Marín, M. (2007). En la música están la memoria, la sabiduría, la fuerza. Revista Colombiana de Sociología.
- Piedrahita Echandía, C.; Díaz Gómez, A.; Vommaro, P. Compiladores (2013). Acercamientos metodológicos a la subjetivación política: debates latinoamericanos. 1ª ed. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas: Clacso. ISBN 978-958-20-1121-5

Orellana López, D., Sánchez Gómez, M. C. (2006). Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usadas en la Investigación cualitativa. *Revista de Investigación Educativa*, Vol. 24, n.º 1, págs. 205-222. Universidad de Salamanca.

Ospina-Alvarado, M. C. (2014). Las familias: sistemas interaccionales y construcciones relacionales, dialógicas, sociales, culturales e históricas. Alvarado, S. V. & Ospina, H. F. Editores académicos. Serie Latinoamericana de Niñez y Juventud. Cap. 8. pp. 225- 263. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Manizales: Universidad de Manizales; Sabaneta: Cinde.

Sosenski, S. (2015). Enseñar historia de la infancia a los niños y las niñas: ¿para qué? *Revista Tempo e Argumento*, Florianópolis, v. 7, n. 14, p. 132 - 154, jan.

Sosenski, S. (2016). Dar casa a las voces infantiles, reflexiones desde la historia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), pp. 43-52.

Soto Gonzalez, M. (1999). Edgar Morin Complejidad Y Sujeto Humano. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID. Departamento de filosofía, lógica y filosofía de la ciencia y teoría de la educación. Tesis doctoral.

Trucco, D. y Palma, A. (eds.), (2020). "Infancia y Adolescencia en la era digital: un informe comparativo de los estudios de Kids Online del Brasil, Chile, Costa Rica y el Uruguay, Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/18/REV.1), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago.



Artículos Becas SISNe

Screening de la función respiratoria en la población de la localidad de Caviahue, Neuquén, Argentina.

Monasterio Ana María³³
doctoramonasterio@hotmail.com

Sepulveda Lorena³⁴
lorenasepulveda667@gmail.com

Zanassi Luis³⁵
luchozanassi16@gmail.com

Lamot Sebastián³⁶
blaslamot@gmail.com

Resumen

Caviahue, localidad inmersa en la Cordillera de los Andes, al noroeste de la provincia de Neuquén; el ejido urbano se encuentra al oeste del macizo volcánico, denominado "volcán Copahue" a 4.5 km del cráter que emana material eruptivo, de características diversas según la actividad volcánica.

En la historia del volcán Copahue se describieron más de 211 erupciones, la última comenzó en diciembre del año 2012, persistiendo hasta el año 2019; ha eliminado al medio ambiente lluvia ácida, flujo piroclástico, gases y ceniza.

El impacto en la salud humana depende del tipo de elemento eliminado, la exposición y lo vulnerable de la población; se pueden observar manifestaciones oftalmológicas, dermatológicas y/o respiratorias.

Es importante conocer el estado de salud de la población previo a la exposición para poder definir la morbilidad producida por la exposición a material eruptivo.

Palabras claves

Espirometría – función respiratoria – erupción volcán Copahue – ceniza

³³ Doctora Hidrología Médica. Medica Generalista Centro de Salud Caviahue Subsecretaría de salud de la Provincia de Neuquén.

³⁴ Enfermera profesional Centro de Salud Caviahue Subsecretaría de salud de la Provincia de Neuquén

³⁵ Enfermero profesional Centro de Salud Caviahue Subsecretaría de salud de la Provincia de Neuquén.

³⁶ Neumólogo Fundación ITADES

Summary

Screening of respiratory function in the population of Caviahue's town, Neuquén, Argentina.

Caviahue, immersed in the Cordillera de los Andes, northwest of the province of Neuquén; The urban fabric is located west of the volcanic massif, called "Copahue Volcano", 4.5 km from the crater where eruptive material emanates, with diverse characteristics according to volcano in activity.

The Copahue volcano, in its history described more than 211 eruptions, the last one began in December of the year 2012, persisting until the year 2019; It has eliminated the environment acid rain, pyroclastic flow, gases and ash.

The impact on human health depends on the type of element eliminated, the exposure and the vulnerability of the population; Dermatological and/ or respiratory ophthalmological manifestations can be observed.

It is Important to know the health status of the population prior to exposure in order to define the morbidity produced by exposure to eruptive material.

Keywords

Spirometry, Respiratory function, Copahue volcano eruption, ash

Introducción

La localidad de Caviahue, se encuentra ubicada en el paralelo Sur 37° 45' y Latitud Oeste 71° 03', a 1600 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m.). Al Noroeste de la provincia de Neuquén, en el Departamento Ñorquín, a una distancia de 380 km, de la Ciudad de Neuquén Capital. Se llega por la Ruta asfaltada Provincial N° 26, también se puede acceder por ruta de ripio N°27.

La localidad de Copahue fue visitada desde hace más de 100 años por curistas, (pacientes que visitaban los afluentes termales en busca de una cura a dolencias respiratorias, dermatológicas, osteoarticulares entre otras), localidad, que por sus características climáticas permanece bajo la nieve durante los meses de invierno, lo que llevo a asentarse en latitudes más bajas a 18 km, en la localidad de Caviahue.

Caviahue - Copahue fue declarada como comisión de fomento en el año 1988, años más tarde se le designa categoría de municipio de tercera; destino conocido por la particularidad de sus termas y su centro de esquí, su desarrollo económico se basa fundamentalmente en actividades relacionadas al turismo.

Dentro de las formaciones geomorfológicas, la más importante es el volcán Copahue.

La historia eruptiva del volcán Copahue data desde hace 260 años, ha presentado 211 erupciones freáticas y magma-freáticas. Sin duda la más significativa por la intensidad y la duración es la que comenzó el 22 de diciembre del 2012, este proceso eruptivo, inició alrededor de las 9:30 Hs am, se observó en un primer momento una columna eruptiva que fue modificando sus características al transcurrir las horas; eliminó el contenido de la laguna cratérica en forma de lluvia ácida, luego se visualizó una pluma que varió su color desde gris claro a gris oscuro.

En microscopia electrónica se observó en la composición de la ceniza fragmentos vítreos, líticos y cristales, con un tamaño que varía desde 0,05 mm a 0,02 mm, en su composición físico química se encontraron partículas y sedimentos emitidos desde la profundidad con elementos tales como sílice, titanio, aluminio, manganeso, magnesio, fósforo, sodio, potasio (Caselli, 2016a) (Caselli, 2016b).

La pluma emitida a fines de diciembre del año 2012 logro percibirse a una distancia de 300 a 600 kilómetros del volcán, a raíz de la acción de los vientos imperantes. (Paez, 2017).

La actividad sísmica se modificó al igual que las características de la pluma a través del tiempo. Eliminó ceniza y en algunas ocasiones se pudo percibir el olor a huevo podrido característico del dióxido de azufre.

La caída de ceniza se produjo en forma discontinua, las partículas en suspensión fueron significativas en algunas ocasiones, agravándose por los vientos imperantes en la cordillera que hacen que el material depositado sobrevuele, potenciado por la escasa vegetación que facilita la dispersión del mismo.

La población de Caviahue vive a escasos 4.5 km al oeste de la boca del cráter, los vientos imperantes son del oeste, según el censo del 2010 son 608 habitantes; su tasa media anual de crecimiento es de 27,74, la densidad de población por hab/km² es de 195,4, según consta en registros provinciales, sus viviendas en el 93.33% se caracterizan por poseer materiales resistentes en los techos y pisos, dato relevante para evitar el ingreso de ceniza a las viviendas, poseen red de gas envasado, agua corriente filtrada y clorada y energía eléctrica.

El porcentaje de población económicamente activa asciende a 97%, las fuentes de trabajo se distribuyen por organizaciones estatales y actividades relacionadas al turismo, posee 68 establecimientos hoteleros y 1733 plazas.

La población censada se distribuye de la siguiente manera: 297 mujeres (48%) y 311 hombres (52%); en el programa control de niño sano en menores de 6 años se registran 144 niños por lo que la población a estudiar asciende a 458 personas.

El número de personas expuestas a la ceniza volcánica medita un estudio que valore la función respiratoria, este trabajo relevará la función respiratoria en la población que ha permanecido durante el último proceso eruptivo (4 años), sirviendo a futuro como fuente de información para posibles hipótesis de diferentes líneas de estudio e incluso valorar la conducta de los mismos pacientes trascurrido mayor periodo de tiempo de exposición.

Hay escaso material bibliográfico sobre esta temática, en erupciones del Cordón Caulle (2011), Monserrat (1995) o Santa Helena (1980), se han iniciado investigaciones, aún falta responder muchos interrogantes. (Cullen, 2002) (Gunner Gudmundsson, 2011) (Grob, 2012) (Benitez, 2014).

El sistema respiratorio está formado por un conjunto de órganos que tienen como principal función llevar el oxígeno atmosférico hacia las células del organismo y eliminar del cuerpo el dióxido de carbono producido por el metabolismo celular.

Los órganos que conforman el sistema respiratorio se agrupan en:

Vías aéreas superiores: cavidades nasales, faringe y laringe.

Vías aéreas inferiores: tráquea, bronquios y pulmones.

Los pulmones son los órganos centrales del sistema respiratorio donde se realiza el intercambio gaseoso. El resto de las estructuras, llamadas vías aéreas, actúan como conductos para que pueda circular el aire inspirado y espirado hacia y desde los pulmones, respectivamente.

Las fosas nasales son la parte inicial del aparato respiratorio, en ella el aire inspirado debe ser purificado de partículas de polvo, calentado y humidificado.

En el proceso de filtración deja en la nariz o fosas nasales, todas las partículas que son dañinas a nuestra laringe, y tráquea. Este filtro puede ser, y en realidad lo es, muy útil para la prevención de alergias y procesos asmáticos.

El calentamiento es indispensable para lograr que el aire obtenga la temperatura corporal y evitar que dañe la laringe, tráquea y pulmones. De esta forma se previenen

bronquitis, y otros procesos inflamatorios o infecciosos del aparato respiratorio (Guyton, 2011).

La carencia de agua en las secreciones respiratorias juega una acción prioritaria en los procesos patológicos de las vías respiratorias, el ambiente seco y las características de la ceniza que se encuentra suspendida puede ser causal de un terreno propicio para desencadenar patologías que puedan afectar la función respiratoria.

El estudio que nos brindara información sobre el flujo de aire, la función y capacidad de la función pulmonar es la espirometría. Estudio no invasivo, sencillo de realizar, indoloro. Se realizara con la administración de broncodilatadores. (García Río, 2013)

Objetivos

Describir la función respiratoria de la población de Caviahue.

Identificar a poblaciones de riesgo para desarrollar afectación pulmonar asociado a posible exposición de ceniza volcánica.

Material

Espirómetro marca Spiroban G con turbina reutilizable.

Oxímetro de pulso dual digital marca Silfab.

Estetoscopio marca Rappaport adulto, doble campana.

Salbutamol 100cg puff

Computadora portátil marca lenovo.

Conexión a internet.

Elementos de librería (resmas, fotocopias, toner para impresora, carpetines)

Consultorio del centro de salud de Caviahue.

Consultorio especialista neumología en la Fundación ITADES calle Santa Fe 240

Método

En el Centro de Salud de Caviahue dependiente de la subsecretaría de Salud se realizó:

Anamnesis y examen físico (anexo 1).

Firma del consentimiento informado (anexo 2).

Espirometría: se explicó el procedimiento, el cual consiste en soplar un cilindro con el mayor esfuerzo posible para detectar la función pulmonar. Luego se administró un broncodilatador (salbutamol 100 mcg por puff) y a los 20' se repitió la prueba.

Envío de información al especialista para su análisis. El especialista en neumología informara si el estudio se realizó con la técnica adecuada, si cumple con los criterios de aceptabilidad y reproducibilidad estandarizada por la American Thoracic Society (ATS) y por European Respiratory Society (ERS) –ATS ERS –, también informará si la espirometría es normal, modifica posterior a la aplicación de broncodilatadores y si se observan patrones restrictivos u obstructivos.

Se informó al paciente de su estado de salud respiratorio y se derivó al especialista si se requiere.

En las instalaciones de la fundación se realizó:

Lectura e interpretación por especialista de cada anamnesis, examen físico y espirometría realizado, envío de los resultados para informar al paciente.

Se planificó en este estudio obtener datos a través de una entrevista personal (individual), con una metodología preestablecida, sin intervención (observacional), en un momento determinado (transversal) por lo que es un diseño no experimental, observacional corte transversal.

El universo poblacional es la totalidad de la comunidad de Cavihue, que consientan voluntariamente realizar el estudio, la población a estudiar son aquellos que hayan cumplido más de 6 años, y residan en la localidad en los últimos cuatro años, entiéndase desde el 1 de junio del 2013 al 1 de junio del 2014; el 1 de Junio se toma por ser la fecha de regreso de los habitantes a la localidad de Cavihue posterior a la evacuación de la población como consecuencia del proceso eruptivo del Volcán Copahue.

Dada la situación de enfrentar este evento en una localidad con población reducida, se ha pretendido incluir la mayor cantidad posible de personas al estudio, no obstante por las características de la población que se logró reclutar, es correcto definir que la muestra ha sido a conveniencia del investigador.

La población en estudio quedó constituida por las personas que residen en el ámbito de la localidad de Caviahue, durante el periodo comprendido entre 1 de Junio del 2017 hasta el 30 de Julio del 2018, se selecciona este periodo de tiempo por considerar que es un periodo adecuado para reclutar pacientes y contar con el equipamiento necesario.

No se incluyó a los menores de 6 años, pacientes confusos o con diagnóstico de demencia, cirugía abdominal o torácica reciente, cirugía cerebral, ocular u otorrinolaringológica reciente, diarrea o vómitos agudos, estados nauseosos, crisis hipertensiva, problemas bucodentales o faciales que impidan o dificulten la colocación y la sujeción de la boquilla. (García Ríos, 2013, pp. 12)

No ingresaron al análisis aquellos habitantes que no tuviesen residencia permanente durante los cuatro años, empleados temporarios, población trashumante, turistas o que su fecha de residencia es posterior al 1 de Junio del 2013.

No se incorporó al análisis aquellas personas que a pesar de cumplir con los criterios de inclusión, rechazaron participar o tuvieron limitaciones técnicas para realizar el estudio. La información de dichas excepciones constó en cada variable a analizar oportunamente.

Las variables a analizar serán las siguientes:

Edad, se refiere a años cumplidos en el momento de la primera entrevista donde se realiza el examen y la espirometría.

Años de residencia en Caviahue, se anota lo manifestado por el paciente.

Ocupación, se interrogó sobre las características de su tarea laboral, agrupándolos en dos categorías (menos de 4 horas, más de 4 horas) según las horas de exposición al aire libre, vale aclarar que estas horas incluyen las horas que el individuo permanezca al aire libre por motivos recreativos u otras causas.

Dentro de los antecedentes patológicos se recabó información sobre la presencia en algún momento de:

Rinitis: se entiende por rinitis, la presencia de estornudos, mucosidad serosa, de causa alérgica u otra causa.

Laringitis: episodio de disfonía con o sin fiebre, que requirió tratamiento de corticoides.

Angina: se entiende por anginas a episodios de anginas a repetición al menos un episodio anual, que requirió tratamientos con antibióticos por 7 (siete) días, diagnosticado o realizado por profesional médico.

Sinusitis: se entiende por sinusitis, cuando el episodio fue diagnosticado por profesional médico, confirmado por radiografías y medicado con antibióticos durante 14 (catorce) días.

Bronquitis crónica: se entiende por tos con mucosidad más de tres meses, dos años consecutivos o más.

Asma: diagnóstico realizado por profesional médico, con medicación habitual.

Hábito tabáquico: la OMS (Organización Mundial de Salud), define al tabaquismo³⁷ como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas, se caracteriza por el consumo de nicotina en sus distintas formas (pipa, cigarrillo) dentro de las cuales se encuentran distintas categorías:

Fumador: Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses.

Fumador Pasivo: Es la persona que no fuma, pero que respira el humo de tabaco ajeno o humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental.

Ex Fumador: Es la persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses.

Años sin Fumar: Se pregunta la cantidad de meses o años sin consumir nicotina en ninguna de sus formas.

No fumador: Es la persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida. (Codificación DSM IV: F17.2 Trastornos por consumo de nicotina F17.3 Abstinencia de nicotina).

Horas de exposición: Se pregunta sobre la cantidad de tiempo, medido en horas que el individuo se encuentra expuesto al aire libre, desarrollando actividades laborales, lúdicas o recreativas.

Examen físico se realizó el examen físico, que consta de mediciones tales como:

³⁷ información recuperada el 2 de abril 2019, disponible en <https://www.who.int/fctc/reporting/Annexsixurue.pdf>

SO₂ (saturación de oxígeno en sangre) realizada con instrumento para tal fin, en dedo pulgar previo secado y tacto de la temperatura del mismo. Se considera valor normal de SO₂ cuando supera el 95%

Tensión arterial: la medición se realizó con tensiómetro calibrado aneroide previo reposo y no ingesta de sustancias que puedan alterar los valores medidos (café, cigarrillo).

Frecuencia Cardíaca: se realizó medición táctil en pulso radial durante 15 segundos, en el caso de pulso irregular se palpó durante 60 segundos.

Frecuencia Respiratoria: se auscultó al paciente registrando durante 60 (sesenta) segundos, la cantidad de ciclos respiratorios (inspiración y espiración).

Auscultación: se utilizó un estetoscopio auscultando campo superior, medio o inferior, registrando la buena entrada de aire o la presencia de sibilancias, roncus o rales crepitantes o subcrepitantes.

Espirómetro: instrumento de medida usado en medicina para determinar los volúmenes y capacidades del pulmón. Mide la trayectoria de flujo de aire entre un paciente y una fuente de ventilación en este caso una boquilla.

FVC representa el volumen máximo de aire exhalado en una maniobra espiratoria de esfuerzo máximo, iniciada tras una maniobra de inspiración máxima, expresado en litros.

FEV1 corresponde al volumen máximo de aire exhalado en el primer segundo de la maniobra de FVC, también expresado en litros.

FEV1/FVC el cociente FEV1/FVC muestra la relación entre ambos parámetros.

Calidad: Se ha propuesto la utilización de un sistema de graduación para valorar la calidad de la espirometría en función del número de maniobras aceptables y la repetitividad del FEV1 y la FVC. Se determinaron los siguientes grados:

A Tres maniobras aceptables (sin errores) y entre las 2 mejores FVC y FEV1 una diferencia igual o inferior a 0,15 l

B Tres maniobras aceptables (sin errores) y entre las 2 mejores FVC y FEV1 una diferencia igual o inferior a 0,2 l

C Dos maniobras aceptables (sin errores) y entre las 2 mejores FVC y FEV1 una diferencia igual o inferior a 0,2 l

D Dos o 3 maniobras aceptables (sin errores) y entre las 2 mejores FVC y FEV1 una diferencia igual o inferior a 0,25 l

Se consideran espirometrías de buena calidad las de los grados A y B, de calidad suficiente las C. Las espirometrías de los grados D y superiores no son válidas para interpretación.

Esta clasificación de la calidad se ha mostrado útil tanto en estudios epidemiológicos como en la práctica clínica, habiéndose implementado de forma automática en algunos espirómetros. Basándose en las recomendaciones de ATS (American Thoracic Society) y ERS (European Respiratory Society) tomó como valor de referencia para definir salud de enfermedad en límite inferior normal. Estos se establecen en el quinto percentil (equivalente a un z score de 21.645), de modo que el 95% de una población sana se encuentra dentro del rango normal y el 5% más bajo sería falso positivo.

Patrón obstructivo una disminución de la relación VEF1 (volumen espiratorio forzado en el primer segundo)/CVF (capacidad vital forzada) por debajo del límite inferior normal.

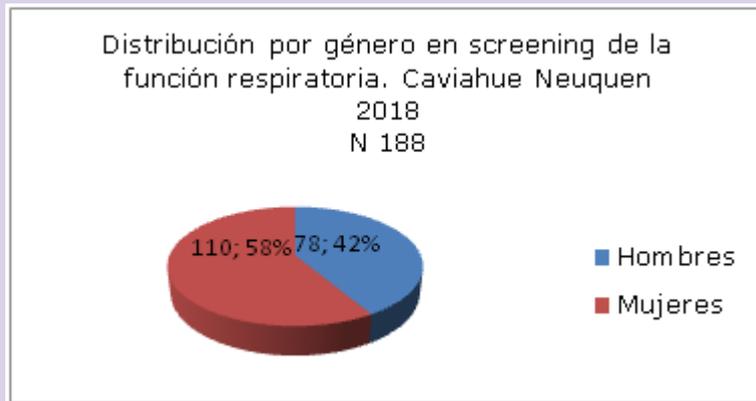
Patrón no obstructivo o restrictivo la presencia una CVF (capacidad vital forzada) por debajo del límite inferior normal con relación VEF1/CVF dentro de los parámetros de normalidad.

La información se obtuvo a partir de fuentes primarias, entrevista diseñada a tal efecto; la carga y análisis de los datos se realizara en planilla Excel, archivos y programas del espirómetro.

Resultados

En el estudio "Screening de la función respiratoria en la población de la localidad de Caviahue, Neuquén Argentina", se entrevistaron a 195 personas que cumplían con los criterios de inclusión, se descartaron tres personas por no poder realizar la prueba de espirometría posterior a administración de broncodilatadores, 4 individuos que no lograron realizar el examen, resultando un N de 188 personas, el 59% mujeres, el 42% hombres.

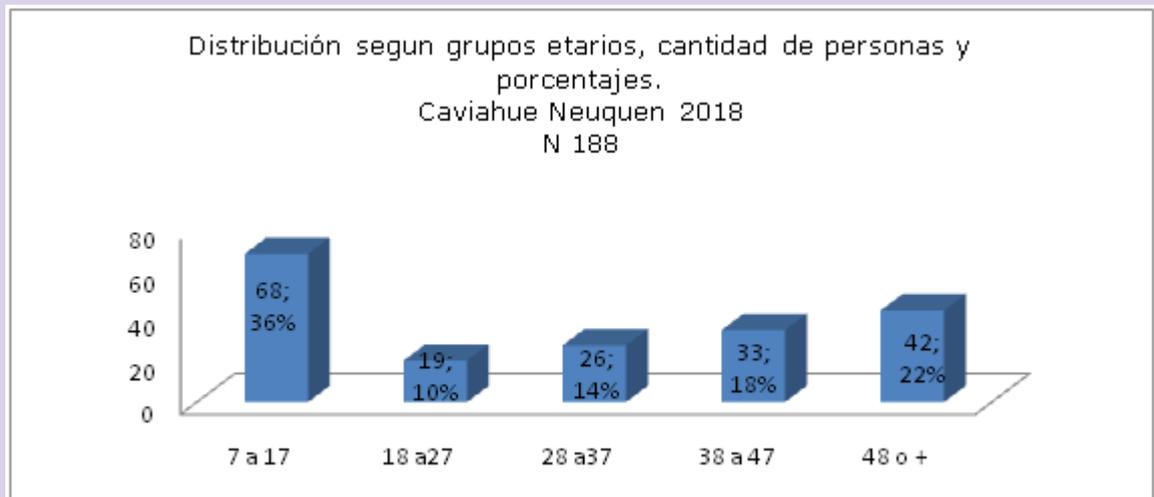
Gráfico 1



Fuente: ficha a completar en la primera consulta.

Las 188 personas presentaban la siguiente distribución etaria, detalle a considerar es que no se incluyen a los menores de 6 años, por ser una contraindicación del estudio; el 36% de la población tiene entre 7 a 17, 10% tiene entre 18 a 27 años, 14% entre 28 y 37 años, 18% entre 38 a 47 y 22% 48 años o más.

Gráfico 2



Fuente: ficha a completar en la primera consulta.

La edad media de las personas incluidas resultó ser de 31 años, la mediana 31, moda entre 10 y 14 años, el rango 64, la edad mínima 7 y la máxima 71, percentil 25 coincide con 15 años, percentil 75 coincide con 48 años.

Al evaluar horas expuestas al aire libre se observa que la media es 3.35, mediana 3, moda 2, rango 11, mínimo de horas en el exterior es 1 hora, el máximo 12 hs, el percentil 25 coincide con 2 y el percentil 75 en las horas al exterior 4.

Tabla 1

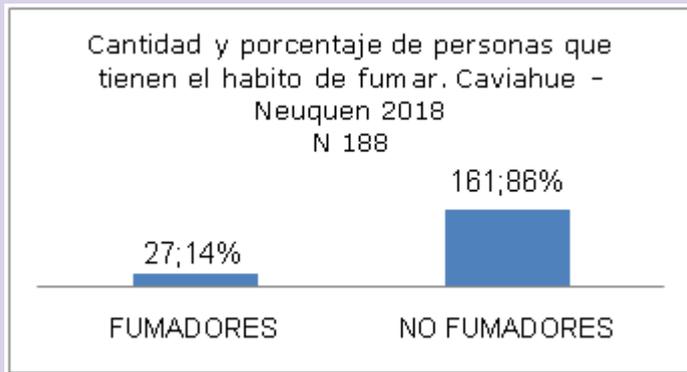
Medidas Estadísticas para la edad en años de las personas y las horas al exterior. Caviahue. Neuquén. Año 2018N=188 personas.

Medidas Estadísticas	Edad en Años	Hs al exterior
Media	31,39	3.35
Mediana	31	3
Moda	10 y 14	2
Rango	64	11
Mínimo	7	1
Máximo	71	12
P 25	15	2
P 50	31	3
P 75	48	4

Fuente: ficha a completar en la primera consulta.

El hábito de consumir nicotina (fumar) lo presenta 27 de los 188 incluidos representa el 14 % de la población evaluada.

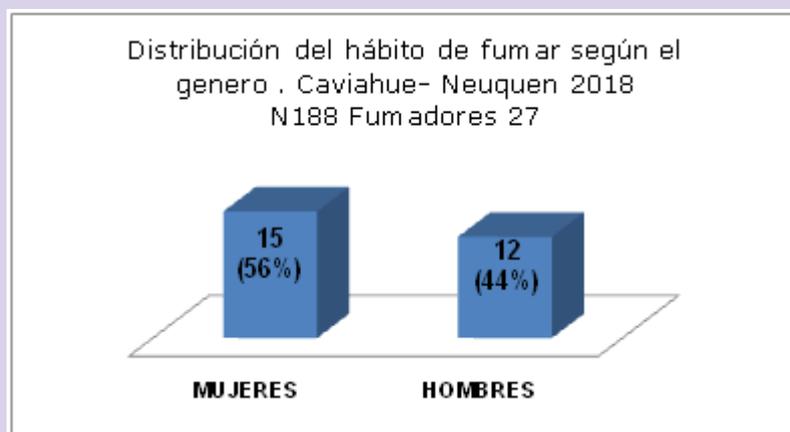
Gráfico 3



Fuente: ficha a completar en la primera consulta.

Se observó que es mayor el número de personas del sexo femenino que presentan el hábito de fumar.

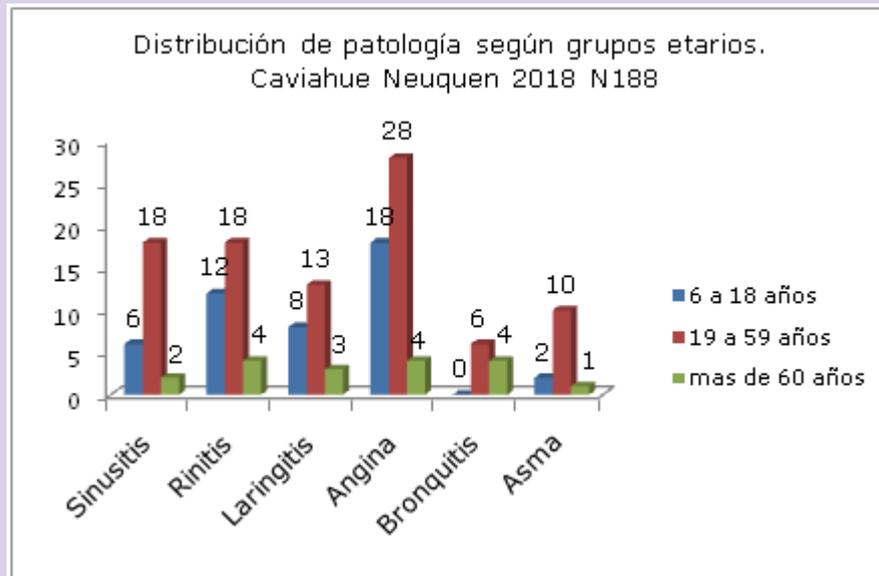
Gráfico 4



Fuente: ficha a completar en la primera consulta.

Respecto a la presencia de antecedentes patológicos resultó que la patología más frecuente fue la angina, en segundo lugar se encuentran sinusitis y rinitis para las personas que tienen entre 19 y 59 años de edad. En las personas de más de 60 años de edad se da con igual frecuencia angina, rinitis y bronquitis. Hay que notar que este gráfico hace referencia a los eventos y no a las personas, con lo cual son frecuencias de las patologías, y una persona puede tener una o más de una de ellas.

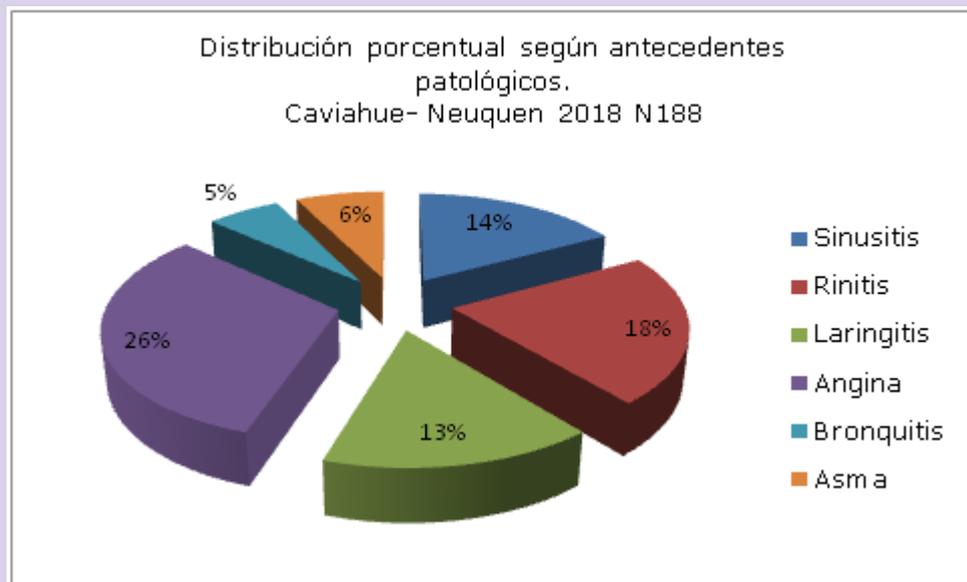
Gráfico 5



Fuente: ficha a completar en la primera consulta.

De los 188 pacientes evaluados, 89 no refirieron antecedentes patológicos, el resto, 99 pacientes presentaron una o más patologías, el 26% presentó anginas, el 18% rinitis, el 14% sinusitis, 13% laringitis, 6% asma y el 5% bronquitis.

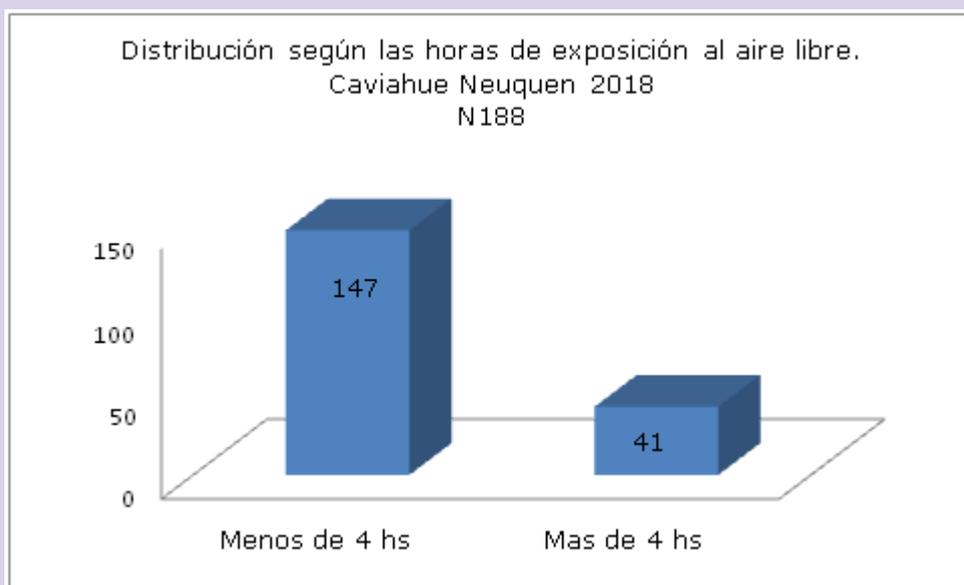
Gráfico 6



Fuente: ficha a completar en la primera consulta.

Se agrupó a las personas según la cantidad de horas que se encontraban al aire libre, de ello surgió que 147 de ellos estaban menos de 4 hs. en el exterior y 41 más de 4 hs.

Gráfico 7



Fuente: ficha a completar en la primera consulta.

Si realizamos una relación entre las horas en el exterior y el resultado de las espirometrías se observa que la mayor cantidad de espirometrías anormales (6) se da en personas que están menos de 4 horas al aire libre, mientras que las dos restantes están más de 4 horas. La mayor cantidad de espirometrías normales (141) están menos de 4 horas, las 39 restantes se encuentran más de 4 horas.

Tabla 2

Cantidad de personas según el resultado de las espirometrías y horas al exterior.

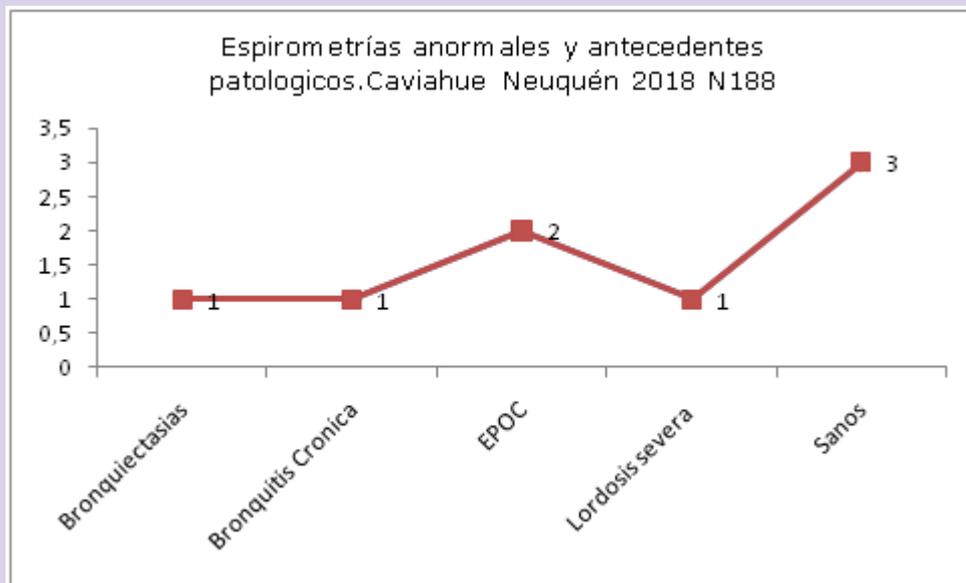
Caviahue Neuquén N188

Espirometrías	Horas al Exterior		Total
	< 4 hs	> 4 hs	
Anormal	6	2	8
Normal	141	39	180
Total	147	41	188

Fuente: ficha a completar en la primera consulta y espirometrías.

Las espirometrías anormales fueron 8, de las cuales 3 corresponden a pacientes fumadores de más de 20 cigarrillo/día, 1 tiene Bronquiectasia, 1 con lordosis severa y compromiso respiratorio, 3 sin antecedentes patológicos.

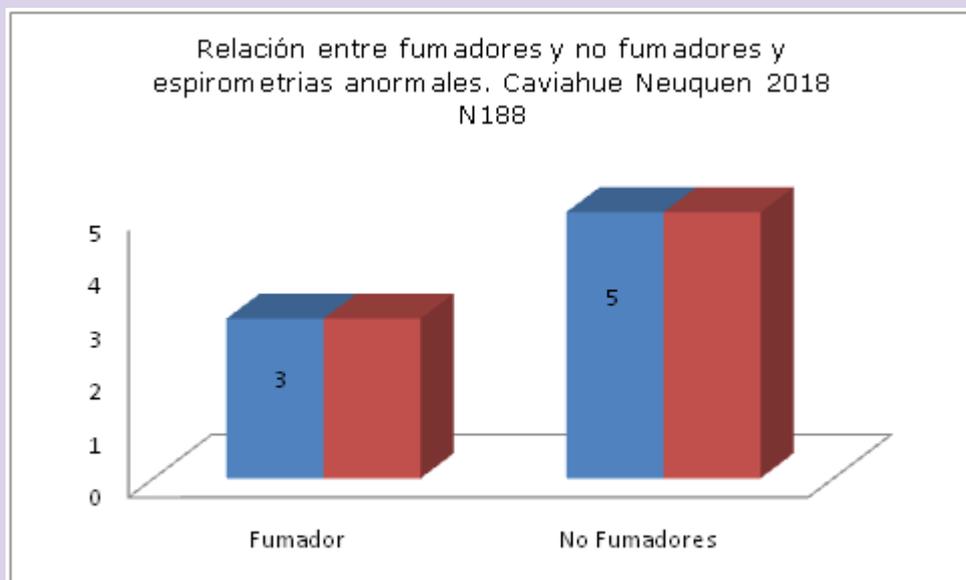
Gráfico N° 8



Fuente: ficha a completar en la primera consulta y espirometrías.

De las 8 espirometrías anormales 3 tenían el hábito de fumar, 5 de ellos nunca fueron fumadores.

Gráfico N° 9



Fuente: ficha a completar en la primera consulta y espirometrías.

Discusión

La población de Caviahue, asentada al pie del Volcán Copahue, se halla expuesta en cada proceso eruptivo a las emanaciones expulsadas desde el cráter; pocos estudios sobre el volcán se publicaron antes del año 2000, año que el volcán Copahue presentó una erupción que duró solo tres días, eliminó lluvia ácida y más de 20 cm de ceniza de gran granulometría, a partir de este año comenzaron estudios describiendo los procesos geomorfológicos de la zona. (González Díaz, 2005).

En el año 2004 un grupo interdisciplinario comienzan estudios de seguimiento pudiendo brindar información sobre el sistema geomorfológico y químico de las distintos afluentes del volcán Copahue (Dietrich S., 2008) (Caselli, 2010)(Gaviria Reyes, 2016)

Paez P (2017) describe el comportamiento de la pluma emanada durante la erupción que comenzó en diciembre del 2012, su composición geoquímica y granulometría, esta información es relevante para determinar la posible contaminación ambiental.

Los recursos mineromedicinales de las termas de Copahue fueron minuciosamente estudiados y descritos, las algas (Accorinti, 1995), (Accorinti, 1996), los fangos (Armijo, 2008), (Baschini, 2011); también los beneficios en la salud humana de los afluentes termales mineromedicinales (Ubogui, 1998), (Zingoni, 2009), (Monasterio, 2010) pero no se encontraron estudios donde se evalúe el impacto de las emanaciones cratéricas del volcán Copahue en la salud humana.

Si bien en los resultados se observa que las emanaciones no influyen en la función respiratoria, debemos considerar que la granulometría es un diámetro límite al que se espera aborde a las vías aéreas bajas, por lo que se deberá valorar el impacto en zonas donde la granulometría es menor por ejemplo en la zona de Loncopué distante a 64 km.

La comunidad de Caviahue tiene el hábito de realizar baños termales (vapores-Nebulizaciones con agua sulfurada- baños de inmersión en aguas sulfatadas) todos beneficiosos para la función respiratoria (Zingoni, 2009) (Monasterio A. M., 2010) (Monasterio A. M., 2012) sería conveniente en próximos estudios incluir esta variable para discernir si se observa modificaciones en quienes habitualmente realizan curas termo mineromedicinales.

Conclusión

Esta investigación descriptiva nos permite conocer la función respiratoria del 41% (188) de los habitantes de la localidad de Caviahue que convivieron durante cuatro años con las emanaciones volcánicas.

Este estudio servirá como base para análisis futuros, donde el objetivo sea valorar la conducta de la función respiratoria de los mismxs pacientes evaluados si ocurriese que continuará la emanación de partículas o gases volcánicos o como antecedente para otras hipótesis.

Se concluye que la función respiratoria de la población de Caviahue independientemente de la presencia del hábito tabáquico, o de enfermedades respiratorias en el 96% se encuentra dentro de parámetros de normalidad. Seguramente para valorar cómo influyen estas variables en el 4%, sea conveniente excluir a personas fumadoras y/o con patologías respiratorias. O seleccionar diseños del tipo control en los cuales se puedan comparar grupos de residentes con y sin patologías respiratorias.

En las espirometrías realizadas se observa que no existe relación entre la función anormal y las horas de exposición al aire libre, en estudios futuros será conveniente excluir a lxs fumadorxs para evitar la presencia de un factor confuso.

Agradecimientos

El equipo de investigadores agradece el asesoramiento especialmente en lo metodológico a la Dra. Adriana Feltri médica generalista, epidemióloga de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén. e-mail adrifeltri@yahoo.com.ar

A la Subsecretaría de Salud Pública Dra. Alejandra Piedecasa y al Dr. Jose M. Lamot por incentivar desde la Dirección Provincial de gestión de la Subsecretaría de Salud el desarrollo de trabajos de investigación de interés para la comunidad.

A Autoridades locales Director del Centro de Salud Dr. Víctor García, Director Escuela Primaria N°164 Sr Luis Sepulveda, Director Escuela Secundario CPEM N°74 Prof. Pablo Santa Cruz, Intendente Municipalidad Caviahue Copahue Sr. Oscar Mansegosa.

Al Dr. Alberto Caselli por su asesoramiento respecto al comportamiento eruptivo del Volcán Copahue, integrante del Laboratorio de Estudio y Seguimiento de Volcanes Activos (Lesva), docente de la Universidad de Rio Negro. e-mail: atcaselli@unrn.edu.ar

A Paula Paez por colaborar con información importante respecto a la contaminación ambiental por gases y/o ceniza que emana el volcán Copahue, Profesora de la Escuela de Producción, Tecnología y Medio ambiente. Universidad Nacional de Río Negro. e-mail: ppaez@unrn.edu.ar

El presente trabajo ha sido financiado por la Dirección de bioética e investigación de la Subsecretaría de salud de la Provincia de Neuquén, mediante una beca del sistema de investigación en salud de Neuquén (SISNe), convocatoria 2016. Fundación ITADES.

Comensalidad, Calidad de la Dieta y Obesidad, posibles relaciones³⁸

Lic. BRUVERIS, Ana Paula³⁹

Lic. ARANDA, María Laura⁴⁰

Lic. GUTIERREZ, Eugenia Marianela⁴¹

Lic. MALDONADO, Marianela Belén⁴²

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar posibles relaciones entre la práctica actual de comensalidad, con la diversidad y calidad de la dieta y el estado nutricional, particularmente el sobrepeso-obesidad. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, cuantitativo transversal, en individuos que se atendieron con Nutrición en los Centros de Atención Primaria de la Salud de Zona Sanitaria Metropolitana de la ciudad de Neuquén, durante 2019. Se realizó una encuesta alimentaria nutricional y se tomaron medidas antropométricas. Los resultados principales arrojaron que la gran mayoría de la población estudiada necesita cambios en su alimentación. La comida más compartida fue la cena, observándose que las pantallas se hallaban presentes en gran medida. No se encontró relación entre las principales variables estudiadas, pero sí se halló una relación estadísticamente significativa entre el género y la diversidad de la dieta.

Palabras claves: conducta alimentaria, alimentación, obesidad, encuesta alimentaria, dieta, familia.

Abstract

The present work aims to determine possible relationships between the current commensality practice with diet diversity and quality and nutritional status, specially overweight-obesity. A descriptive, quantitative, cross-sectional study was carried out in individuals who received nutrition attention in primary health care centers from sanitary metropolitan zone in Neuquén city, during 2019. A nutritional food survey was carried out and anthropometric measurements were taken. The main results showed that the majority studied population need diet changes. The most sheared meal was dinner, noting that screens where widely present. No relationship was found between the main variables studied, but a statistically significant relationship was found between gender and diet diversity.

³⁸ Este estudio se realizó mediante una beca SISNE otorgada por la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos, CAIBSH, del Área de Bioética de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, convocatoria 2017-2018.

³⁹ Lic. en Nutrición. Zona Sanitaria Metropolitana, Ciudad de Neuquén. anapaulabruveris@hotmail.com Julio, 2020.

⁴⁰ Lic. en Nutrición. mariaranda_5@hotmail.com Julio, 2020.

⁴¹ Lic. en Nutrición. Zona Sanitaria Metropolitana, Ciudad de Neuquén. eugeniagutierrez1387@hotmail.com Julio, 2020.

⁴² Lic. en Nutrición. Zona Sanitaria Metropolitana, Ciudad de Neuquén. mmaldonado127@hotmail.com Julio, 2020.

Keywords: eating behavior, feeding, obesity, food survey, diet, family.

Introducción

Cambios en el estilo de vida que impactan en el hábito de comer, sumado al constante aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, contribuyeron a cambiar el perfil epidemiológico actual.

Los momentos de reunión en torno a la mesa juegan un papel fundamental en la vida de las personas, pero han cambiado en función del estilo de vida actual (Pepper, 2011); pocas familias comparten todas sus comidas y por lo general el almuerzo se realiza fuera de casa: en el comedor comunitario, la escuela de doble jornada, la oficina o el comedor de la empresa. En los centros urbanos se establece, cada vez más, la tendencia a disminuir la comensalidad en grupos, aumentando la alimentación solitaria y desestructurada. Se come en soledad aunque se esté acompañado: el teléfono celular, la tablet y la televisión son nuestros interlocutores, aunque haya personas frente a nosotros (García Barthe, 2014).

El presente trabajo pretendió determinar posibles relaciones entre la práctica actual de comensalidad, con la diversidad y calidad de la dieta y con el estado nutricional, particularmente el sobrepeso-obesidad.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo transversal, con muestreo aleatorio simple estudiando 361 individuos que se atendieron con el área de Nutrición en 15 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de Zona Sanitaria Metropolitana (ZSM) de la ciudad de Neuquén, durante el año 2019. A los participantes se les realizó una encuesta alimentaria nutricional indagando sobre datos personales, composición familiar, alimentación, a través de un Recordatorio de 24 hs. realizado con el apoyo de un atlas fotográfico de alimentos y preguntas sobre la práctica de comensalidad. Las encuestas fueron realizadas por las nutricionistas investigadoras y colaboradoras⁴³, quienes fueron entrenadas para tal fin. Se evaluó el estado nutricional a partir de la toma de peso y talla en condiciones estandarizadas previamente, utilizando balanzas y tallímetros debidamente calibrados. Se calculó el Índice

⁴³ Lic. Mailen Nuñez, Lic. Claudia Trujillo, Lic. Laura Rosales, Lic. Alfonsina Iglesias.

de Masa Corporal (kg/m²) y se clasificó según normas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para realizar diagnóstico nutricional.

La variable comensalidad se construyó con las variables frecuencia con la que comen acompañados, frecuencia de pantallas mientras comen y frecuencia que hablan durante las comidas. Se asignó un puntaje a cada encuestado según categorización de dichas variables, resultado cuatro categorías: muy buena, buena, regular, mala⁴⁴.

Para establecer la calidad y variedad de la dieta se realizó una adaptación del Health Eating Index (HEI) siguiendo criterios de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) y otorgando puntaje a la alimentación de la persona, considerando si la cantidad ingerida cumplía o no con las porciones recomendadas de grupos de alimentos según las GAPA para agua, verduras, frutas, leche yogures y quesos, carnes y huevos, cereales legumbres y verduras feculentas, pan y galletas, aceites, semillas y frutos secos, opcionales dulces y opcionales grasos y la realización o no de momentos formales de consumo alimentario (desayuno, almuerzo, merienda y cena). El puntaje asignado a la dieta osciló entre 0 (cero) y 140 (ciento cuarenta) según la cantidad ingerida de cada grupo, medida en porciones. A cada grupo se asignó 0 (cero) puntos en caso de no ser consumidos o cuando la ingesta no cubrió el 50% de las cantidades diarias recomendadas, 5 (cinco) puntos cuando la cantidad ingerida cubría más del 50% pero no llegaba a cubrir el 100% de las cantidades diarias recomendadas y 10 (diez) puntos cuando la cantidad de ese grupo de alimento ingerida cubrió el 100% o más de las recomendaciones. La dieta de cada encuestado se clasificó en tres categorías: "saludable", "necesita cambios" y "poco saludable".

Los datos fueron procesados en los programas Excel y SPSS, mediante cálculos de medidas resúmenes, desarrollo de tablas y gráficos. En las variables nominales y categóricas se utilizaron distribuciones de frecuencia y X². En todos los análisis se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

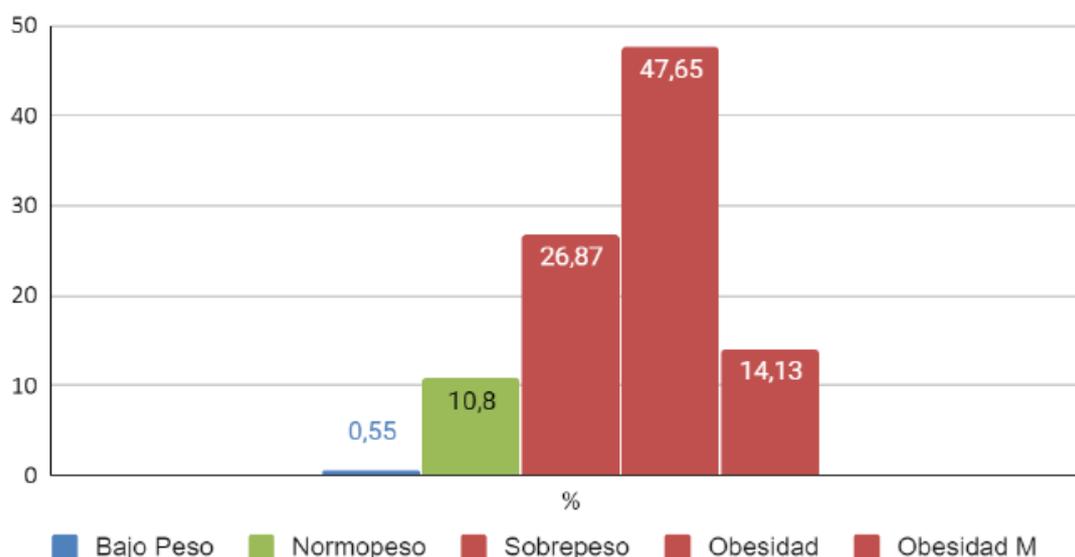
El promedio de edad de la población estudiada fue de 39.7 años, siendo en su mayoría mujeres (79%). El 47,3% de lxs encuestadxs, al momento de la entrevista, se

⁴⁴ La denominación de las categorías sigue en discusión por parte del equipo.

encontraron empleados y el 25% eran amas de casa. En la mayoría de los hogares, el referente de la alimentación, fue mujer⁴⁵ (88%), con un promedio de edad de 44,5 años.

Cerca del 90% de la población estudiada presentó exceso de peso, distribuyéndose 26,9% en sobrepeso y 61,8% obesidad.

Gráfico N° 1: Distribución porcentual de la población encuestada según el estado nutricional. Neuquén capital, 2019.



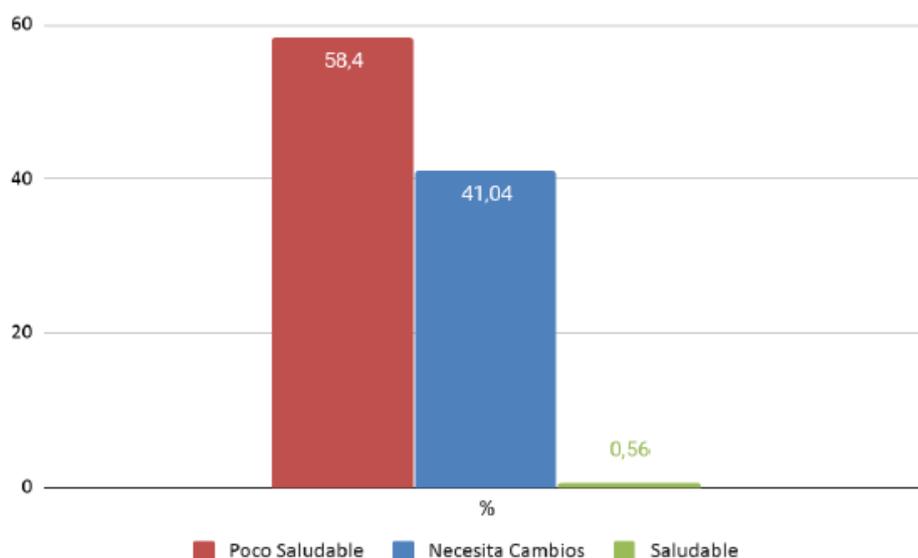
Fuente: Elaboración propia "Comensalidad, calidad de la dieta y obesidad, posibles relaciones", 2020.

La población encuestada se distribuyó en partes similares, entre aquellos que tuvieron tratamiento nutricional previo (51,2%) y los que no (48,8%). Al momento de la encuesta, el 82,3% de las personas (297) refirió que el día previo a la misma tuvo un día habitual en relación a la alimentación mientras que el 17,7% mantuvo una alimentación diferente a la habitual.

En relación a la calidad de la dieta según la adaptación del HEI, el 58,4% de los encuestados/as tuvo una dieta poco saludable, el 41% necesita cambios y sólo un 0,56% tuvo una dieta saludable.

⁴⁵ Persona encargada de todas las actividades relativas a la elección, compra y elaboración de alimentos.

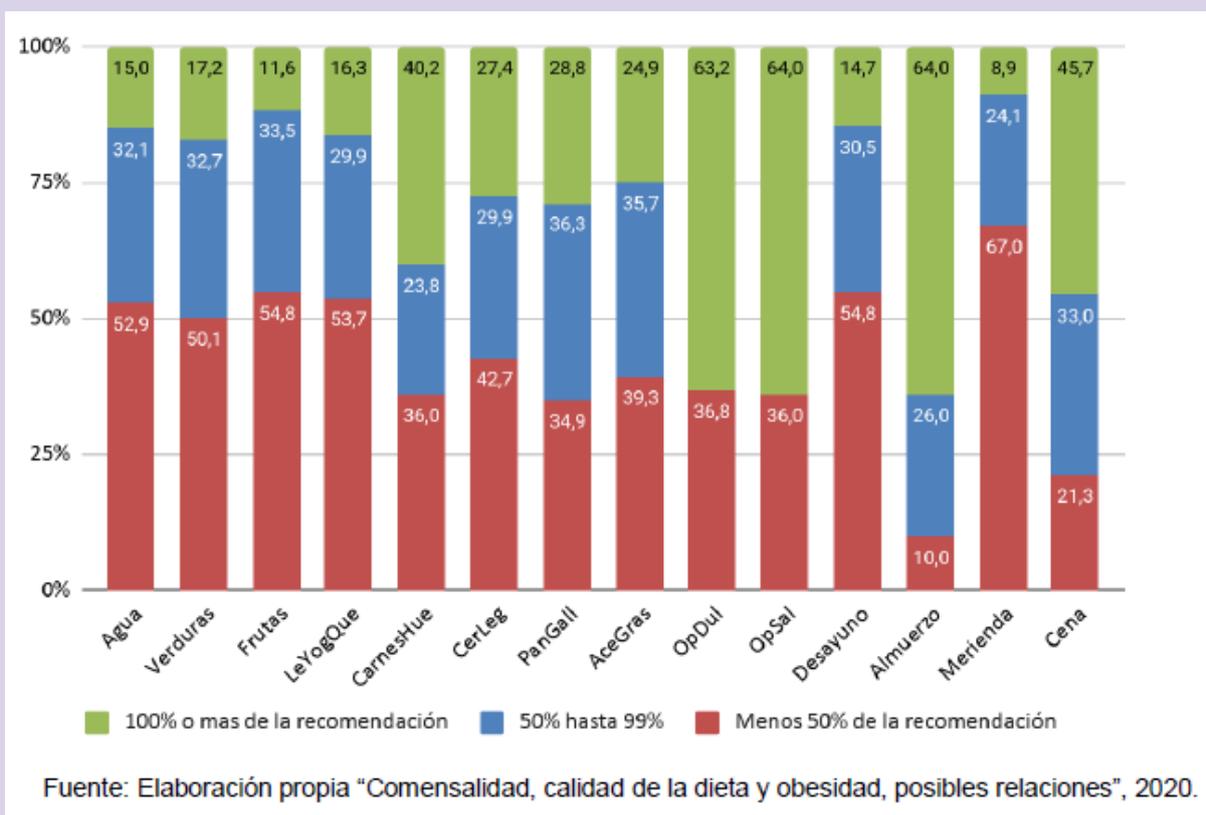
Gráfico N° 2: Distribución porcentual de la población encuestada según clasificación de diversidad de la dieta. Neuquén capital, 2019.



Fuente: Elaboración propia "Comensalidad, calidad de la dieta y obesidad, posibles relaciones", 2020.

Respecto a los grupos de alimentos consumidos, el 47,1% refirió beber agua durante el día, pero solo el 15% cumplió con la recomendación de 2 litros o más. El 50% de los/as encuestados/as consumió verduras a lo largo del día, pero solo el 17,2% cumplió con la ingesta de verduras recomendadas. El 45,1% consumió alguna porción de fruta, aunque solo el 11,6% llegó a consumir 2 o más porciones diarias. Es lamentable destacar que sólo el 3,3% de los/as encuestados/as incluyeron en su dieta diaria la cantidad de frutas y verduras recomendadas. Solo el 16,3% alcanzó la recomendación para el grupo de leche, yogures y quesos; aunque el 46,2% manifestó consumir alguna porción del grupo mencionado durante el día. El 64% de la población encuestada consumió carnes (pollo, vaca, cerdo) o huevo llegando a cumplir con la recomendación de más de 155g, el 40%. El 27,4% cumplió o sobrepasó la recomendación para el grupo de cereales, legumbres y verduras feculentas cocidas, mientras que un 42,7% consumió menos de la mitad de la recomendación. Para el grupo de panes y galletas, un 28,8% cubrió la recomendación y un 34,9 no llegó a cubrir siquiera la mitad de lo recomendado. El 24,9% consumió la porción recomendada de aceites, semillas y frutos secos. El 63,2% de los encuestados no excedieron las cantidades de azúcar según las recomendaciones (50 g o menos por día) y porcentaje similar (64%) cumplió con las recomendaciones del consumo de grasa (22 g o menos por día) (Gráfico N° 3). El 20,5% excedió tanto la cantidad de ingesta sugerida de azúcares simples como de grasas.

Grafico N° 3: Distribución porcentual de grupos de alimentos consumidos según adaptación del HEI a las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. Neuquén capital, 2019.



En cuanto a los momentos formales de consumo alimentario, el 14,7% de lxs encuestadxs incluyó 3 (tres) grupos de alimentos o más en el desayuno, mientras que el 8,9% cumplió con esa recomendación en la merienda. El 64% incorporó 4 grupos de alimentos o más en el almuerzo y el 45,7% en la cena. Sólo 4 personas (1,3%) incluyeron la cantidad de grupos de alimentos recomendados en todos los momentos formales de consumo alimentario, los cuales se asocian a los puntajes más altos obtenidos del HEI.

Acerca de la comensalidad el 36% de lxs encuestadxs presentó una comensalidad regular y el 32,4% se categorizó como buena según la clasificación propuesta para este estudio.

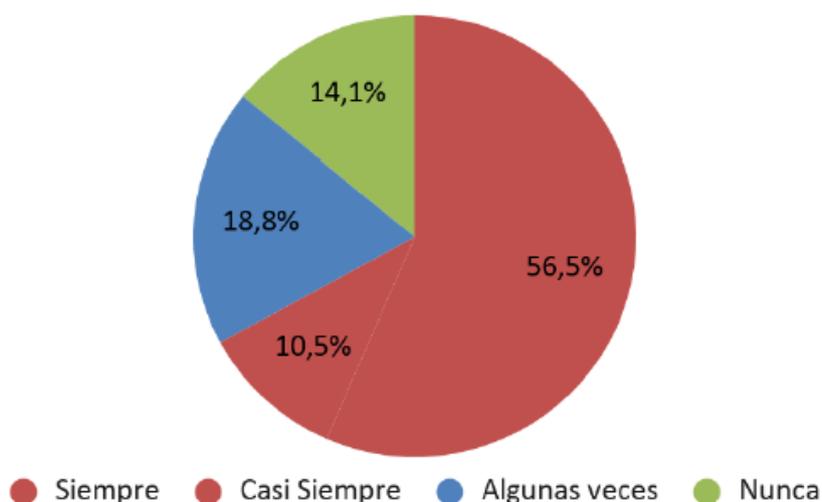
Se consultó a lxs entrevistadxs qué comida consideraban más importante, la mayoría eligió el almuerzo (49,3%) asociándolo a cuestiones fisiológicas principalmente, seguido por el desayuno por las mismas razones y por último la cena, quienes refirieron este momento como más importante, lo hicieron porque la compartían en familia.

Además, se consultó por los momentos formales de consumo alimentario compartidos a diario en la última semana. De ello surgió que el 44% compartían siempre el

desayuno, el 68,7% siempre el almuerzo, el 50,9% siempre la merienda y el 69,8% siempre la cena. En general se observó que el 41,8% de lxs encuestadxs compartió más de 3 comidas diarias semanales, en tanto que el 9,7% solo compartió 1 comida o no compartió ninguna.

Al indagar sobre elementos distractores durante las comidas, el 67,1% manifestó la presencia siempre o casi siempre de alguno de ellos, principalmente pantallas de televisor y celulares. El 72,9% refirió hablar siempre o casi siempre durante los momentos formales de consumo alimentario.

Gráfico N° 4: Frecuencia de presencia de elementos distractores en los momentos de comidas. Neuquén capital, 2019.



Fuente: Elaboración propia "Comensalidad, calidad de la dieta y obesidad, posibles relaciones", 2020.

Por otra parte, al encontrarse solxs lxs encuestadxs refirieron comer siempre o casi siempre en el 60,9% de los casos, mientras que el 19,1% manifestó hacerlo solo algunas veces y porcentaje similar manifestó no hacerlo nunca.

Sobre las asociaciones de las variables, no encontramos evidencia estadísticamente significativa (valor $p < 0,05$) al asociar por un lado el estado nutricional y diversidad de la dieta y por el otro, estado nutricional y comensalidad.

En relación a la asociación de las variables comensalidad y diversidad de la dieta, al aplicar el test de chi cuadrado, se invalidó la prueba al no cumplirse con las condiciones para realizarlo, por lo que no hubo suficiente evidencia para concluir que haya relación o dependencia entre las variables antes mencionadas.

En el transcurso del análisis surgieron otros datos de asociación interesantes:

- Se encontró evidencia estadísticamente significativa que la diversidad de la dieta está relacionada con el género de lxs encuestadxs, con un nivel de significación del 5%.
- Se halló evidencia estadísticamente significativa que el antecedente de tratamiento nutricional previo es independiente de la variable estado nutricional, con un nivel de significación del 5%.
- No hubo evidencia estadísticamente significativa para pensar que las variables antecedente de tratamiento nutricional previo y comensalidad tienen alguna relación con un nivel de significación del 5%.

Discusión

En la mayoría de los hogares, el referente de la alimentación es mujer (88%) al igual que Pepper en su trabajo *El comer de los Chilenos: prácticas de alimentación y comensalidad en Chile* (Pepper, 2011) señala un porcentaje menor pero similar de referentes de alimentación mujeres (80%):

[Se] destaca aquí el rol tradicional de la mujer (...) que es la principal encargada y "responsable" de la alimentación y las tareas asociadas, sea en su rol de madre o empleada, teniendo como función no solo alimentar, sino también agasajar y agradar. (Huergo, Butinof, 2012, pp. 213)

Señalan también como parte fundamental del rol de la mujer, resolver la comida del día, en especial la de lxs niñxs del hogar.

El elevado porcentaje de población con exceso de peso (88,7%), discrepa con datos de diferentes encuestas nacionales, asumimos que podría deberse al sesgo de que los pacientes que consultan por nutrición suele ser por exceso de peso y/o patologías asociadas, especialmente las crónicas no transmisibles. Cabe aclarar que los valores encontrados en nuestro estudio, se asemejan a las estadísticas anuales de nutrición según PECAS/SIPS.

Respecto a la diversidad de la dieta, la población encuestada que refiere haber consumido al menos una porción o más de verduras es del 50%, porcentaje que supera los datos de la 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS, 2019) (37,8%). Se encontró

también gran diferencia en la población encuestada que consume al menos una porción de frutas al día siendo del 45,1%, mientras que a nivel nacional, ese porcentaje es del 32,5%. Por su parte, según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR, 2019) el 6% de la población ingiere las 5 porciones de frutas y verduras diarias recomendadas, valor que dobla el resultado obtenido en nuestro estudio (3,3%).

En cuanto al grupo de lácteos, 4,5 de cada 10 encuestados refiere haber consumido leche, yogur o quesos al menos una vez al día, igual valor que la ENNyS 201911.

En relación al consumo del grupo carnes y huevos, 6 de cada 10 encuestados consumen al menos una porción diaria, mientras que a nivel nacional esa relación es de 5 (cinco) cada 10 (diez).

Poco más de un tercio de los encuestados supera el consumo sugerido de azúcares simples (36,8%) y grasas totales y saturadas (36%). Llama la atención el alto porcentaje de encuestados/as que respeta las cantidades recomendadas para estos nutrientes, lo que podría interpretarse como un bajo consumo de los mismos. Suponemos que se debe al subregistro de las cantidades añadidas tanto de azúcar como de aceites y grasas a las preparaciones como así también, a la omisión de ingesta de otros alimentos fuente.

El índice propuesto para el análisis de estos datos demostró que solo un pequeño porcentaje de personas (0,56%) presentó una dieta saludable, mientras que la mayoría (58,4%) tuvo una dieta poco saludable. Estos resultados coinciden con estudios de México, Chile y Brasil, que evaluaron la calidad de la alimentación utilizando la misma metodología. El 80,2% de estudiantes universitarios en México estudiados por Muñoz-Cano, Córdova-Hernández y del Valle-Leveaga, 2015 tienen una alimentación no saludable, un 19,7% necesita cambios y sólo un 0,1% se evaluó como saludable. En Chile, Pinehiro y Atalah (2005), evaluaron la calidad de la dieta en personas de 13 a 36 años y encontraron que el 32,3% de los encuestados tuvieron una dieta poco saludable, el 66,2% necesita cambios y solo el 1,5% alcanzó las recomendaciones para una dieta saludable. Por otro lado, un estudio de Brasil (Closs et. al, 2014) en adultos mayores determinó que el 74,2% necesita cambios en su alimentación y ninguno cumplió con el puntaje para una alimentación saludable. A su vez, existen similitudes con los estudios anteriormente mencionados respecto a cuáles son los grupos de alimentos de consumo crítico, una vez más, se destaca el bajo consumo de frutas, verduras, lácteos, cereales integrales y un elevado consumo de alimentos procesados por la industria con alto contenido de grasas, azúcar y sodio.

Nuestro estudio reflejó que los encuestadxs incorporaron mayor cantidad de grupos de alimentos en el almuerzo seguido por la cena, incluyendo tres o más grupos, de manera similar a lo que plantea Zapata et. al (2019) en la publicación "De la Mesa al Plato", donde también surge que para cada momento formal de consumo alimentario se identifican entre 3 y 4 grupos de alimentos principales, que al combinarse dan origen a los diferentes tipos de comidas.

En relación a la comensalidad, el momento formal de ingesta alimentaria considerado más importante por parte de la población fue el almuerzo, seguida del desayuno y de la cena. En un estudio realizado en La Plata , provincia de Buenos Aires durante 2018, se distinguió al almuerzo con similar porcentaje (50,7%), aunque el segundo en importancia fue la cena (29,9%) y el tercero, el desayuno (16,6%). Asimismo, este estudio "destaca no solo su baja realización [de desayunos y meriendas] sino también la poca importancia que se les asigna", tal como se observa también en nuestros resultados.

De la misma manera que lo planteó la Primera Encuesta Bial de las familias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del año 2017, las rutinas de las familias suelen organizarse en torno a las comidas que pueden o no realizarse de manera conjunta como son el desayuno, el almuerzo y la cena. Si bien, la mayoría de los hogares de la CABA realiza estas comidas, deja en claro que la cena es la comida que se considera más colectiva y en la que se suele reunir el grupo familiar en su conjunto (89,4%), en concordancia con nuestro estudio, si bien el almuerzo y cena se comparten de manera similar, esta última es la más compartida por lxs encuestadxs. Aguirre (2015) señala también que la cena es la comida principal, por ser la hora que se vuelve de trabajar o de las tareas cotidianas, siendo éste el momento en el que se comparten e intercambian ideas y actividades sobre lo que cada uno realizó durante la jornada.

Respecto a los elementos distractores durante las comidas, el 67,1% de nuestros encuestadxs declaró la presencia de algún elemento distractor siempre o casi siempre, principalmente pantallas de televisor y celulares, siendo similar a los resultados de la Primera Encuesta Bial de las familias de la Ciudad de Buenos Aires 2017-18, que señala que el 66% de los hogares familiares almuerza y/o cenan con la televisión prendida. Por su parte, Aguirre et.al (2015)¹⁹ también marca la presencia "omnisciente" del televisor, el cual capta la atención de los comensales; pero dado que la comensalidad se va adaptando al contexto, se observa también el uso de dispositivos móviles durante las comidas en forma sincrónica.

Si bien encontramos diferencias entre nuestro estudio y el informe "Infancias y Comensalidad" (Tuñón, 2018) respecto al conversar durante las comidas, estas diferencias podrían deberse a la edad de la población en estudio. Siendo los resultados 72,9% y 92,9% respectivamente.

Taveras et al. (2005) , en un estudio realizado en niños obtiene que el sobrepeso se asocia con la frecuencia de comidas realizadas en familia y observó una disminución del 15% del riesgo de sobrepeso en los grupos de chicos y chicas que comían en familia siempre o casi siempre. Contrariamente, Oliva (2019) en su trabajo titulado "Hábitos alimentarios y comensalidad en adolescentes escolarizados: su relación con el estado nutricional", encontraron que no hubo asociación entre el número de comidas diarias o la comensalidad y el exceso de peso. Nuestra investigación coincide con dichos resultados, arrojando que no hay suficiente evidencia para pensar que las variables comensalidad y estado nutricional de los encuestados estén relacionados.

Por otra parte Pereyra y Erazo (2011), evalúan y buscan asociación entre la calidad de la alimentación de mujeres que se atienden en el sistema de salud público chileno y el estado nutricional, encontrando que no hay asociación entre estas dos variables. Como se menciona anteriormente, en este trabajo se observó que no hay evidencia suficiente para pensar que las variables diversidad de la dieta y estado nutricional de los encuestados estén relacionadas.

A pesar de no encontrar fuerte evidencia de asociación entre las variables estudiadas, diversos estudios han demostrado "el efecto positivo de las comidas en familia sobre la calidad de la dieta (Gillman et. al., 2000) mostraron que los niños que comían en familia con más frecuencia presentaban un mayor consumo de frutas y verduras y, consiguientemente, una mayor ingestión de fibra, calcio, folatos, hierro y vitaminas B6, B12 y E, un menor consumo de grasas, en especial ácidos grasos trans y saturados, un menor consumo de refrescos y una carga glucémica menor. Asimismo, Kusano-Tsunos (2001) señalan, en su estudio realizado en escuelas primarias y secundarias de Japón, que comer en familia influye más en la calidad y la variedad de los alimentos ingeridos por los niños de educación primaria que en los de secundaria. En el estudio de Videon y Manning (2003), la presencia de los padres en la comida principal se asoció con un riesgo menor de bajo consumo de frutas, verduras y productos lácteos, así como con una posibilidad más baja de saltarse el desayuno".

En la presente investigación, los resultados indican que las personas que se atienden en los centros de salud de la ciudad de Neuquén, en su mayoría no tienen dietas saludables y no hay suficiente evidencia para concluir que haya relación o dependencia entre las variables comensalidad de la dieta y la diversidad. Esto contrasta con los resultados de una revisión realizada por Fulkerson (2014) sobre investigaciones que presentan clara evidencia de que “las comidas familiares (entre jóvenes) y comidas compartidas (entre los adultos) están asociadas con mejor ingesta dietética y que estos hallazgos trascienden a lo largo de la vida, aunque la fuerza de las asociaciones puede variar según el género para adultos”. Por otra parte, el resumen titulado “Hábitos alimentarios y comensalidad en adolescentes escolarizados: su relación con el estado nutricional” presentado por Oliva (2019), la mayoría de los adolescentes (97%) refirió una comensalidad adecuada (realiza almuerzo y cena en familia o con amigos) y prevaleció la realización de tres a cuatro comidas diarias (72%), un consumo inadecuado de vegetales predispone a una mayor chance de tener obesidad y sobrepeso (IC90%, $p=0,075$ - $p=0,091$) y no hubo asociación entre el número de comidas diarias o la comensalidad y el exceso de peso.

Conclusiones

- Lxs pacientes que se atienden en los centros de salud, no tienen dietas saludables de acuerdo a los criterios de diversidad definidos en el presente estudio.
- El sobrepeso y la obesidad representan los principales problemas de malnutrición.
- La comida considerada más importante es el almuerzo, pero siguiendo la tendencia de comensalidad de lxs argentinxs, la cena es el momento más compartido. A su vez, coexisten durante la comensalidad el diálogo y la presencia de distractores como pantallas de celular o televisor.

Reflexiones finales

A pesar de que los resultados no permiten deducir que exista algún tipo de relación entre estado nutricional y comensalidad y entre diversidad de la dieta y comensalidad, consideramos necesario ampliar el estudio a otro tipo de población y aplicar otras pruebas estadísticas.

Este trabajo podría ser puntapié para fortalecer la promoción de una alimentación saludable en el marco de la comensalidad, ya que la comida en compañía confiere otros beneficios que van más allá de lo nutricional como el desarrollo de habilidades de comunicación y lenguaje, disminución de la probabilidad de adquirir hábitos de riesgo (fumar, beber alcohol, consumo de otras drogas), reducir el exceso de peso y potenciar resultados académicos y sociales.

El índice de calidad de la dieta de la población, mejoraría incrementando el consumo de agua y la ingesta de frutas y verduras, leche, yogures y quesos e incorporando mayor variedad de alimentos en desayunos y meriendas.

Bibliografía

Aguirre, P., Díaz Córdova, D., Polischer, G. (2015). Cocinar y Comer en la Argentina hoy. (1ra ed.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: FUNDASAP.

Closs, VE. PandolfoFeoli, AM. Gomes, I., Augustin Schwanke, CH. (2014). Healthy eating index of elderly: description and association with energy, macronutrients and micronutrients intake. Archivos Latinoamericanos de Nutrición; 64(1):34-41.

Consejo Social, Universidad Nacional de La Plata (2018). ENCUESTA. ALIMENTACIÓN A HOGARES. USUARIOS DE SITIOS DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS (SDA). Organizaciones Sociales del Consejo Social, Secretaría de Extensión de la FaHCE, Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS), Centro de Investigaciones Geográficas, Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales.

Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no transmisibles y Dirección Nacional de maternidad, infancia y adolescencia (2019). 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2). PRINCIPALES RESULTADOS DE LOS INDICADORES PRIORIZADOS. Versión online en:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001602cnt-2019-10_encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud.pdf

García Barthe, M. (2014). Del alimento a la comida. Las transformaciones en la comensalidad y su efecto en los cuerpos de los niños. Rev. Hosp. Niños (B. Aires).

Huergo, J., Butinof, M., (2012). La organización diaria del comer familiar en contextos de pobreza urbana en Córdoba, Argentina. RevEspNutr Comunitaria 2012;18(4): 211-217.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Informe definitivo. Buenos Aires, Argentina.

Muñoz-Cano, JM., Córdova-Hernández, JA., del Valle-Leveaga, D. (2015). El índice de alimentación saludable de estudiantes de nuevo ingreso a una Universidad de México. *Revista Nutrición Hospitalaria*. 2015;31(4):1582-1588 ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318

Pepper, E.H (2011). El comer de los chilenos: Prácticas de alimentación y comensalidad. Resultados de la investigación. Universidad de Évora. Versión on-line, consultado el 5 de abril de 2018 en: <http://pacic.net/docs/pacic-c.pdf>

Pinheiro, AC., Atalah, E. (2005). Propuesta de una metodología de análisis de la calidad global de la alimentación. *Rev Méd Chile*; 133: 175-182.

Tablero de Indicadores PECAS/ Sistema Integral Provincial de Salud (de la provincia del Neuquén).

Taveras EM., Rifas-Shiman SL., Berkey CS., et al. (2005). Family dinner and adolescent overweight. *Obes Res*. 2005; 13: 900-906.

Tuñón, I. (Coordinadora) (2018). Caracterización de las Familias. Primera Encuesta bienal de las familias de la ciudad de Buenos Aires 2017 - 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2018. 72 p.; 27 x 21 cm.

Gillman MW., Rifas-Shiman SL., Frazier AL., et al. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch Fam Med*. 2000; 9: 235-240.

Fulkerson, JA., Larson, N., Horning, M., Neumark-Sztainer, D. (2014). A Review of Associations Between Family or Shared Meal Frequency and Dietary and Weight Status Outcomes Across the Lifespan. Special Article. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. Volume 46, Number 1.

Kusano-Tsunoh A., Nakatsuka H., Satoh H., et al. (2001). Effect of family-togetherness on the food selection by primary and junior highschool students: family-togetherness means better food. *Tohoku J Exp Med*. 2001; 194: 121-127.

Muñoz-Cano, JM., Córdova-Hernández, JA., del Valle-Leveaga, D. (2015). El índice de alimentación saludable de estudiantes de nuevo ingreso a una Universidad de México. *Revista Nutrición Hospitalaria*. 2015; 31(4): 1582-1588 ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318

Oliva, A., Zamora, C., Aballay, L., Ponce, S., Roman, D., Cebreiro, C., Niclis, C. (2019). Hábitos alimentarios y comensalidad en adolescentes escolarizados: su relación con el estado nutricional. Resumen N° 982. JIC XX, Córdoba. Versión online, consultada en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/25814/27598>

Pepper, E. H. (2011). El comer de los chilenos: Prácticas de alimentación y comensalidad. Resultados de la investigación. Universidad de Évora. Versión on-line, consultado el 5 de abril de 2018 en: <http://pacic.net/docs/pacic-c.pdf>

Pereyra G, I, & Erazo B, M. (2011). Evaluación de la alimentación en mujeres atendidas por el Sistema de Salud Público chileno. Archivos latinoamericanos de nutrición, 61(3). Consultado en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222011000300004&lng=es&tng=es

Taveras EM., Rifas-Shiman SL., Berkey CS., et al. (2005). Family dinner and adolescent overweight. *Obes Res.* 2005; 13: 900-906.

Tuñon, I., Di Paolo, G. (2018). Infancias y comensalidad. Hábitos y prácticas en relación a las comidas. Documento de investigación 1ra. edición Ciudad de Buenos Aires: EDUCA 2018, 40p.

Videon TM., Manning CK. (2003). Influences on adolescents eating patterns: the importance of family meals. *J Adolesc Health.* 2003; 32: 365-373.

Zapata, ME., Wendling, R., Carmuega, E. (2019). De la mesa al plato: un recorrido por las comidas a lo largo del día. 1a ed. Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.



Novedades

Consideraciones éticas para la priorización por grupos en la asignación de vacunas en la campaña de vacunación contra la COVID- 19

Reporte rápido. Versión 1, 02.03.2021

Elaborado por: Carolina Angelini, Cecilia Labriola,
Mercedes Moglia y Marcela Olivero.

Dirección de Bioética. Ministerio de Salud de Neuquén.

1. Introducción y fundamentación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la vacunación contra la COVID-19 como una estrategia para disminuir la incidencia, las hospitalizaciones y las muertes relacionadas con la COVID-19[1].

En un contexto mundial de escasez de vacunas contra COVID-19, su distribución replica desigualdades, originadas por diversos intereses puestos en juego. Las disímiles capacidades de los países en el desarrollo, producción y financiamiento de vacunas, en la negociación de acuerdos, en sus sistemas regulatorios –algunos más proteccionistas que otros-, sumado al régimen actual de patentes, reproducen injusticias a favor de los sectores concentradores de poder.

En este escenario, es imperativo un marco ético que prevalezca sobre razones sociales, políticas o económicas de distintos sectores, para evitar la arbitrariedad, el acrecentamiento de la desigualdad y el daño a las poblaciones más desfavorecidas.

El Ministerio de Salud de la Nación, como organismo rector del sistema de salud y único proveedor de las vacunas, diseñó el “Plan Estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en Argentina”, con el fin de brindar escalonada y progresivamente el acceso a este beneficio a toda la población, priorizando a los grupos más vulnerables para la vacunación voluntaria, con el propósito de salvar la mayor cantidad de vidas posibles y evitar el colapso del sistema de salud.

Con el inicio de dicho plan en todo el país el pasado 28 de diciembre de 2020, así como la apertura y regreso al funcionamiento de muchas actividades que se habían visto suspendidas o modificadas por los decretos de ASPO y DISPO del año 2020, junto con la reciente decisión política de vacunar a todos los expuestos por necesidad de sus tareas laborales, se requiere de esfuerzos diagramáticos particulares, en los cuales la protección de las personas con mayor riesgo de enfermarse gravemente y morir, continúe siendo el valor principal a preservar.

2. Objetivos del documento:

- Proporcionar consideraciones éticas que orienten las decisiones vinculadas con las estrategias de priorización por grupos para la vacunación contra la COVID-19.
- Complementar el documento sobre Aspectos éticos en la atención de las personas durante la pandemia por coronavirus (SARS-CoV-2), versión 3 del 8/6/2020.

Cabe aclarar que el presente documento no constituye un plan de acción sino una guía para la toma de las decisiones relacionadas con la vacunación contra COVID-19 en un contexto extremo y de emergencia.

3. A quién está dirigido

Este documento está dirigido a personas que trabajan en el Sistema de Salud de Neuquén, incluyendo todos los subsectores, en áreas gubernamentales de la provincia de

Neuquén, principalmente el Ministerio de Salud, así como todos los Ministerios con responsabilidades en esta situación de crisis.

Asimismo, se pone a consideración de la población en general a los fines de enriquecer el debate público, siendo flexible a las modificaciones pertinentes.

4. Aspectos éticos generales para la priorización por grupos en la asignación de vacunas contra COVID-19

En el ya referido escenario de emergencia, las decisiones y acciones que se sigan deben estar fundadas en valores éticos socialmente reconocidos, de manera que puedan ser ampliamente comprendidos y aceptados. Es por esto, que los Derechos Humanos constituyen el marco de referencia obligado, ya que los mismos, además, gozan del más alto rango de jerarquía normativa en nuestro país.

Los aspectos éticos generales para la asignación de recursos limitados, como son las vacunas contra COVID-19, fueron abordados previamente en el documento "Aspectos éticos en la atención de las personas durante la pandemia por coronavirus (SARS-CoV-2). Versión 3"[2].

A continuación se explicitan los principios éticos que se consideran relevantes para la priorización por grupos en la asignación de vacunas contra la COVID-19:

- *Respeto por la dignidad humana.* Toda persona es igualmente valiosa sin condicionamientos de ningún tipo. Las personas con necesidades y problemas de salud similares deben recibir igual cuidado y tratamiento.
- *Protección de los más vulnerables.* Ciertos grupos sociales por sus condiciones materiales de existencia, posición social, edad y estado de salud presentan un grado mayor de vulnerabilidad y deben recibir un cuidado especial que disminuya su exposición a mayores daños y perjuicios.
- *Justicia y equidad.* Siguiendo la línea de la justicia rawlsiana, deben contemplarse, por un lado, la protección de los más desfavorecidos y una distribución social de cargas/riesgos y beneficios de modo balanceado. Por otro lado, transparentar los procesos y criterios en la toma de decisiones por parte de los organismos del Estado, y que esa información sea de acceso público.

- *Reciprocidad.* Aquellas personas que por su trabajo, función, condición social o características vitales, conllevan cotidianamente una mayor carga social deben ser reconocidas por el resto y contar con una protección pública acorde [3].
- *Solidaridad.* Refiere a que todas las personas miembros de una sociedad contribuyan al bienestar colectivo, propicien acciones en pos del bien social y colaboren en los esfuerzos para superar las desigualdades injustas [4].
- *Maximización de los beneficios y reducción de daños.* La asignación de recursos limitados, como en este caso las vacunas, debe estar orientada a quienes tengan mayor posibilidad clínica de beneficiarse de acuerdo con la evidencia científica disponible, sobre la eficacia de la inmunización contra la COVID-19.

Si bien los lineamientos aquí presentados pueden ser modificados y adaptados conforme avance el acceso a nueva información relevante, el estándar ético universal sobre la base del respeto de los derechos humanos fundamentales, debe preservarse.

5. Priorización por grupos en la asignación de vacunas contra la COVID-19

La priorización de recursos sanitarios es algo inherente a cualquier sistema de salud y el contexto de pandemia inscribe esta obligación en un escenario que aumenta la sensibilidad social, que entiende que establecer criterios de escalonamiento implica brindar un recurso, en este caso la vacuna, a ciertos grupos antes que a otros.

Resulta inédita la celeridad con que se desarrollaron, aprobaron y se pusieron a disposición las vacunas contra la COVID-19. No obstante, ya se ha mencionado que actualmente es un recurso de alta demanda y escasa disponibilidad mundial.

La decisión de priorizar, inicialmente, a ciertos grupos de la población sobre otros en el acceso a la vacuna, debe estar fundamentada en la evidencia científica disponible hasta el momento y en principios éticos.

La evidencia científica *al momento de la redacción de este documento* muestra que:

- A. Todas las vacunas aprobadas y disponibles en Argentina han demostrado eficacia y seguridad, según los parámetros críticos o mínimos definidos específicamente para esta pandemia por la OMS[5].

- B. No hay datos concluyentes que indiquen que alguna de las vacunas aprobadas y disponibles haya demostrado que prevenga la transmisión del virus que provoca la COVID-19.
- C. Se ha comprobado en otras poblaciones [6] que para interrumpir la transmisión del virus contra la COVID-19 a partir de las campañas de vacunación, es necesario vacunar a una gran proporción de la población.
- D. Las vacunas disponibles presentan diferentes aspectos técnicos, como por ejemplo, su forma de conservación, su régimen de administración y población específica en la que han demostrado seguridad y eficacia.
- E. Existe evidencia concluyente que indica que el factor de riesgo más importante en la mortalidad absoluta por COVID-19 es la edad (más edad, mayor riesgo). Además, se ha verificado que el riesgo de morir a partir de los 60 (sesenta) años aumenta de forma exponencial.^{6,[7]} Las personas residentes en hogares de larga estancia, independientemente de su edad, las personas entre 18 (dieciocho) y 59 (cincuenta y nueve) años con ciertas condiciones de salud preexistentes[8], personas con Síndrome de Down y personas con discapacidad del aprendizaje severa y profunda, son los grupos que presentan un riesgo elevado de enfermedad grave y de muerte por la COVID-19, luego de las personas con edad mayor o igual a 60 años [9].
- F. La situación epidemiológica actual indica que existe transmisión comunitaria del virus que transmite la COVID-19 en todo el país.

Desde la perspectiva ética, la priorización debe centrarse en maximizar beneficios y reducir daños. Como se señaló previamente, la evidencia científica permite identificar a los grupos que tienen el mayor riesgo de enfermar gravemente y morir por la COVID-19, quienes, entonces, tienen la mayor probabilidad de beneficiarse con la vacuna.

6. Recomendaciones para la priorización por grupos en la asignación de vacunas contra la COVID-19

El acceso a una atención médica de calidad, el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción. Los medicamentos esenciales y el acceso a las medidas de prevención, como las vacunas consideradas como un bien social, deberían estar disponibles y accesibles a la población.

Teniendo presente que los dos objetivos del plan de vacunación es salvar la mayor cantidad de vidas y que el sistema de salud no colapse, basándose en la evidencia científica y los principios éticos antes señalados, se sugiere:

- a) Priorizar las estrategias de vacunación que protegen *directamente* a las personas con mayores riesgos de enfermar gravemente y morir, por sobre las que se basan en el riesgo de transmisión del virus que provoca la COVID-19.
- b) Al momento de la asignación de vacunas contra la COVID-19, se deben priorizar las personas de 60 años y de más edad, ya que es el grupo que más se beneficiará debido a su mayor riesgo de enfermar gravemente y morir, a la vez que demanda de mayores cuidados por parte del sistema de salud.
- c) Otro grupo a priorizar por presentar un riesgo elevado de enfermar gravemente y morir por COVID-19, es el de las personas entre 18 y 59 años con ciertas enfermedades preexistentes.
- d) Atendiendo a la carga desproporcionada de responsabilidad social que enfrentan quienes asumen riesgos adicionales en el cuidado y atención de las personas durante la pandemia, como el personal del sistema de salud que, además, es el más expuesto al virus, admite que este grupo sea priorizado en la vacunación. Observando el principio de justicia y equidad que manda una distribución proporcionada de cargas y beneficios en la población, así como, el principio de reciprocidad, compensación por cargas adicionales y reconocimiento social.
- e) Los cambios en el orden de priorización deben fundamentarse en razones científicas y, esencialmente, en los principios éticos explicitados en el apartado 4. Además, tienen que ser informados junto con sus fundamentos con anticipación y en forma comprensible para el público en general, atendiendo al principio de transparencia.
- f) La elección entre dos o más marcas de vacunas disponibles, que hayan demostrado eficacia y seguridad similar, debe estar exclusivamente basada en fundamentos para lograr una cobertura más amplia y oportuna, o para disminuir las desigualdades en el acceso a los cuidados de salud, y nunca en criterios de preferencia arbitrarios o individuales.

g) La vacunación para el resto de la población debe iniciarse una vez que se haya garantizado la cobertura en los grupos mencionados en los puntos b, c y d anteriores, salvo que las vacunas disponibles no sean eficaces y seguras para ellos o que la cantidad de dosis sea suficiente para una cobertura simultánea. Los criterios de priorización en la asignación de vacunas para el resto de la población deben continuar basándose en evidencia científica actualizada y en los aspectos éticos generales detallados en el presente documento, propiciando un debate público que permita un consenso social [10].

7. Consideraciones adicionales

Resulta oportuno señalar algunos aspectos adicionales que se derivan de la dinámica social y contemplan la evidencia científica disponible, a saber:

- En aquellos grupos en los que se acumulan deficiencias sociales, económicas y sanitarias, y donde las tasas de morbilidad y mortalidad por COVID-19 son mayores, la priorización en la asignación de vacunas puede tener un efecto mitigador de las desigualdades en salud [11]. Situaciones particulares presentan los asentamientos periurbanos, con escasos o inexistentes servicios, que dificultan el cumplimiento de las medidas preventivas de higiene y distanciamiento, así como las personas sobre las que recaen tareas de cuidado, muchas veces dentro de la informalidad.
- La diversidad en la distribución territorial de la población, nacional y provincial, presenta especificidades que deben ser tenidas en cuenta. Por ejemplo, comunidades rurales y de difícil acceso pueden presentar necesidades mayores que otras, dado el aislamiento geográfico y dificultad de acceso al sistema de salud.
- Se deben continuar los esfuerzos por fortalecer y garantizar el cumplimiento, por parte de la población general y en todos los ámbitos de la vida cotidiana, de aquellas medidas preventivas que sí demostraron eficacia en la prevención y reducción de la transmisión del virus: distanciamiento, uso de barbijo, ventilación de ambientes y límites de aforo.
- Resulta de vital importancia el fortalecimiento de los sistemas de farmacovigilancia y trazabilidad de las vacunas, para que éstas se realicen de manera activa, teniendo presente que, por ejemplo, existen vacunas desarrolladas con tecnologías novedosas no utilizadas en campañas de vacunación previas.

Fuentes consultadas

Aspectos éticos en la atención de las personas durante la pandemia por coronavirus (SARS-Cov-2) reporte rápido 3º, 8.6.2020: asignación de recursos con énfasis en cuidados críticos. Chamberland ME. EthicalPrinciplesforPhasedAllocation of COVI-19 Vaccines, ACIP meeting, 20 octubre 2020 [consultado 25-2-2021]

<https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2020-10/COVID-Chamberland.pdf>

Controversias en vacunas: aspectos éticos reporte rápido. Dirección de Bioética. Ministerio de Salud de Neuquén. Actualización abril 2020.

COVID-19 vaccine and healthinequalities: considerationsforprioritisation and implementationUpdated 6 January 2021. Health and Social CareDepartment. UnitedKingdom
Declaración del Comité de Bioética de España sobre la estrategia de vacunación frente a la COVID-19 y, en especial, sobre la priorización de la vacunación, [consultado 24-2-2021].

<http://www.comitedebioetica.es/documentacion/>.

Estrategia de priorización de grupos poblacionales para recibir la vacuna contra el SARS-COV-2. Consideraciones éticas.Pronunciamiento del Comité de Ética y Derechos Humanos COVID-19. 20 de febrero 2021.

Fair and equitableaccess to COVID-19 treatments and vaccines. Nuffield Council onBioethics, 29 may2020.

Información sobre la campaña de vacunación contra el coronavirus. Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén [consultado 26-2-2021] <https://www.saludneuquen.gob.ar/campana-de-vacunacion-contra-el-coronavirus/>

JointCommitteeonVaccination and Immunisation: advice on priority groups for COVID-19 vaccination, 30 December 2020, updated 6 January 2021. Health and Social CareDepartment. UnitedKingdom.

Plan estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en la República Argentina, Ministerio de Salud, Argentina, 23 Diciembre 2021.

Preliminary Guidance On Key Populations For Early COVID-19 immunization.

NationalAdvisoryCommitteeonImmunization (NACI), Canadá [consultado 24-2-2021] <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/guidance-key-populations-early-covid-19-immunization.html>.

Reportes epidemiológicos COVID-19. Dirección de Epidemiología. Dirección General de Epidemiología e Información Sanitaria. Ministerio de Salud de Neuquén [consultados 23-2-2021] <https://www.saludneuquen.gob.ar>

Notas

- [1] Organización Mundial de la Salud. COVAX: colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19 [citado 1/3/2021] <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax>
- [2] Disponible en <https://bioetica.saludneuquen.gob.ar/>
- [3] Becker L. Reciprocity, justice, and disability. *Ethics*. 2005;116(1):9–39.
- [4] Dawson A, Jennings B. The place of solidarity in public health ethics. *PublicHealthReviews*. 2012; 34(1):65–79
- [5] WHO Target Product Profiles for COVID-19 Vaccines. Versión 3. 29 abril 2020 citado el 28/2/2021. <https://www.who.int/publications/m/item/who-target-product-profiles-for-covid-19-vaccines>
- [6] Joint Committee on Vaccination and Immunisation: advice on priority groups for COVID-19 vaccination, 30 December 2020, updated 6 January 2021. Health and Social Care Department. United Kingdom.
- [7] Sala de Situación Nacional COVID-19 -Nuevo Coronavirus 2019. SE 01 Año 2021. Enero 2021.
- [8] Condiciones de salud preexistentes: enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, obesidad mórbida, enfermedades cardíacas crónicas, enfermedades crónicas del hígado, enfermedades renales crónicas, enfermedades neurológicas crónicas incluida epilepsia, cáncer, inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, asplenia y disfunción del bazo, enfermedad mental severa.
- [9] Plan Estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en Argentina. 23 de diciembre 2020.
- [10] Penchaszadeh V. Bioética y salud pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*. 2018. Nº 7: 01-15.
- [11] Joint Committee on Vaccination and Immunisation: advice on priority groups for COVID-19 vaccination, 30 December 2020, updated 6 January 2021. Health and Social Care Department. United Kingdom.



Revista Patagónica de Bioética

Instrucciones para lxs autorxs

Especificaciones

- 1.- Los trabajos originales deberán tener una extensión entre 2000 y 5000 palabras (aproximadamente 5 a 12 páginas), con las fuentes bibliográficas a pie de página. Deberán ser enviados exclusivamente por correo electrónico en tamaño A4, Documento Word (.doc o .docx) u Open Office Writer (.odt), letra Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5.
2. Título del artículo centrado en letra negrita, utilizando mayúscula/minúsculas según corresponda.
3. Autor/es: nombre y apellido en el margen izquierdo, con nota final (del tipo*) indicando título, cargo, lugar de trabajo y pertenencia institucional, dirección de correo electrónico, y fecha de envío del artículo.
4. Resumen de hasta 150 palabras. Palabras Clave tipo: Vih/Sida, consentimiento informado, inducción indebida, pobreza, enfermedad crítica, etc.

Optativo:

- Resumen en inglés, en letra Arial tamaño 9 con interlineado 1,5.
 - Incluir la traducción al inglés del título del artículo y cinco (5) palabras clave, en mayúscula/minúsculas y separadas con comas.
5. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar ni negritas.
 6. Los cuadros, gráficos, fotos e ilustraciones deben enviarse en archivo separado (formatos TIF, JPG o PNG) numerados según orden de aparición en el texto (el cual debe indicar claramente su ubicación e incluir el epígrafe correspondiente).
 7. Las notas deben estar al final del texto, respetando igual letra y tamaño utilizados.
 8. Las transcripciones textuales de autores al igual que las entrevistas y citas de cuadernos de campo, que no superen las tres líneas se mantendrán en el cuerpo principal del texto, entre comillas y sin itálicas ni negritas. En caso de referencias mayores a tres líneas, se

presentará separada del cuerpo principal del texto con un espacio al comenzar y otro al terminar, entre comillas, sin utilizar itálicas ni negritas.

9. Las citas bibliográficas serán colocadas en el cuerpo principal del texto. Puede utilizarse el sistema automático incorporado a los procesadores de texto. En caso de tratarse de más de tres autores, se citará solo a los tres primeros y se agregará y col. o et al.

10.- Artículos de revistas deben seguir el formato: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas. (año). título del trabajo citado, nombre de la revista, volumen, número, paginación.

Ejemplos: SEN, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6).

- Los libros se citarán: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, (año). Título, edición si la hubiere, editorial, lugar.

Ejemplos: NINO, C. (1989). *Ética y Derechos Humanos*. Ed. Astrea, Buenos Aires.

Capítulo de libro Apellido del autor, inicial del nombre en mayúsculas. (año). Título del capítulo. En: autor(es) del libro con mayúscula (o Director o compilador si corresponde), *título*, editorial, ciudad, páginas.

Ejemplos: NUN, J. (2014). El sentido común y la construcción discursiva de lo social. En: GRIMSON, A. (Comp.), *Culturas políticas y políticas culturales*. Buenos Aires: Fundación de Altos Estudios Sociales, ed. Boll, Cono Sur, pp. 15 - 23.

- Citas de documentos y/o declaraciones institucionales. Las citas de documentos y/o declaraciones de instituciones nacionales o internacionales (OMS, UNESCO, CONICET, etc) se harán colocando la sigla o acrónimo de la institución en mayúsculas, seguido por el nombre institucional completo, el año, el título y la URL de la que puede ser recuperada, según el siguiente modelo:

CEPAL - Comisión Económica para América Latina. 2002. Globalización y desarrollo Social. Secretaría ejecutiva. [Versión electrónica]. Recuperada el 28 de agosto de 2003. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/3/LCG2157SES293/Globa-c10.pdf>

Si la edición citada fuera impresa se deberá consignar el lugar de edición como en el caso de los libros.

Siempre que sea posible se agregará la URL de la página web en la que se pueda acceder al artículo.