PROYECTO DE RESOLUCIÓN

INFORMES RELACIONADOS CON LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO Y RECURSO HUMANO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN EL SISTEMA DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

ARTÍCULO 1°.- El Poder Ejecutivo informará a través del Ministerio de Salud o los organismos que correspondan, dentro de los treinta (30) días de recibida la presente, sobre los siguientes puntos relacionados con la atención de la encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal y la implementación de hipotermia terapéutica:

1. La cantidad total de equipos de hipotermia terapéutica disponibles en los establecimientos públicos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, detallando por hospital y nivel de complejidad.

2. El estado operativo de dichos equipos, indicando si se encuentran en funcionamiento, en mantenimiento o fuera de servicio, así como su disponibilidad efectiva.

3. El año de fabricación, fecha de adquisición y tiempo de uso de cada uno de los equipos de hipotermia terapéutica mencionados en el punto 1, indicando si los mismos han superado el período de vida útil recomendado por el fabricante o si cuentan con planes de recambio tecnológico previstos.

4. La distribución territorial del equipamiento existente y los criterios utilizados para su asignación dentro del sistema de salud.

5. La cantidad de establecimientos que cuentan con unidades de neonatología de alta complejidad (nivel 3B) habilitadas para la implementación de hipotermia terapéutica.

6. La cantidad de profesionales de la salud capacitados para la implementación de dicha práctica (médicos/as neonatólogos/as y personal de enfermería), discriminados por establecimiento.

7. La existencia de protocolos institucionales vigentes para la indicación, inicio, monitoreo y seguimiento de la hipotermia terapéutica.

8. La existencia de programas de capacitación continua en encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal y su tratamiento.

9. La capacidad del sistema de salud para garantizar el inicio del tratamiento dentro de la ventana terapéutica recomendada, indicando tiempos promedio de derivación y atención.

10. La disponibilidad de sistemas de traslado neonatal que permitan la derivación oportuna a centros de mayor complejidad.

11. Si se cuenta con equipamiento y protocolos para la implementación de hipotermia terapéutica durante el traslado neonatal, detallando su alcance y cobertura.

12. La cantidad de recién nacidos con diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica que recibieron hipotermia terapéutica en el sistema público de la Ciudad durante los años 2024 y 2025, especificando cuántos fueron derivados desde centros de menor complejidad.

ARTÍCULO 2°.- Comuníquese, etc.

FUNDAMENTOS

Señora Presidente,

La encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal (EHI) constituye una de las principales causas de mortalidad neonatal y de discapacidad neurológica permanente en recién nacidos,[1] generando un impacto significativo tanto en las familias afectadas como en el sistema sanitario, educativo y social en su conjunto.

Se trata de una patología que debe ser abordada como una emergencia neurológica tiempo-dependiente, en la cual el acceso oportuno al tratamiento resulta determinante del pronóstico. La evidencia científica disponible ha demostrado que la hipotermia terapéutica, aplicada dentro de las primeras seis horas de vida, reduce de manera significativa la mortalidad y la discapacidad neurológica en recién nacidos con formas moderadas y severas.[234]

No obstante, la efectividad de esta intervención no depende únicamente de su existencia como tecnología, sino de su implementación en condiciones adecuadas, lo que requiere equipamiento específico, unidades de alta complejidad, personal de salud capacitado y sistemas de derivación y traslado neonatal eficientes.

En este sentido, distintos relevamientos y análisis clínicos advierten que el acceso a la hipotermia terapéutica presenta desigualdades vinculadas a la disponibilidad de equipamiento, la infraestructura sanitaria y la formación del recurso humano. Estas condiciones determinan que, en una patología donde el tiempo es un factor crítico, la organización del sistema de salud se convierta en un componente central del tratamiento. [567]

Asimismo, la implementación segura de la hipotermia terapéutica requiere su realización en unidades de neonatología de alta complejidad, con monitoreo continuo, capacidad de soporte multiorgánico y protocolos estandarizados, lo cual refuerza la necesidad de contar con información precisa sobre la capacidad instalada del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Por otra parte, la falta de acceso oportuno a este tratamiento no solo incrementa la mortalidad, sino que también genera discapacidad evitable, con consecuencias a largo plazo que impactan en múltiples dimensiones del desarrollo humano.

Desde una perspectiva económica, la evidencia disponible señala que la hipotermia terapéutica constituye una intervención costo-efectiva, en tanto reduce la incidencia de

secuelas neurológicas severas, que representan el principal componente de los costos sanitarios y sociales a largo plazo. [8]

En este contexto, resulta indispensable contar con información detallada sobre la disponibilidad de equipamiento, la distribución territorial, el estado operativo de los dispositivos, la capacitación del recurso humano y la capacidad del sistema para garantizar el acceso oportuno al tratamiento.

El proyecto aborda una problemática sanitaria grave con impacto directo en la mortalidad y la discapacidad infantil. La evidencia científica disponible es consistente y señala la necesidad de avanzar en políticas que garanticen el acceso a tratamientos costo-efectivos, evitando secuelas neurológicas prevenibles.

Asimismo, la inacción frente a esta problemática no es neutra: implica costos futuros en términos de judicialización, incremento de pensiones por discapacidad y sobrecarga de los sistemas educativo y social. No invertir oportunamente en capacidad instalada, equipamiento y recurso humano capacitado no solo compromete resultados sanitarios, sino que genera un mayor gasto público a mediano y largo plazo.

Por todo lo expuesto, solicito a mis pares la aprobación del presente proyecto de resolución.

---

[1]Sarnat HB, Sarnat MS. Neonatal encephalopathy following fetal distress. A clinical and electroencephalographic study. Arch Neurol. 1976;33(10):696-705.

[2] Jacobs SE, Berg M, Hunt R, Tarnow-Mordi WO, Inder TE, Davis PG. Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy. **Cochrane Database Syst Rev.** 2013;(1):CD003311.

[3]Azzopardi DV, Strohm B, Edwards AD, Dyet L, Halliday HL, Juszczak E, et al. Moderate hypothermia to treat perinatal asphyxial encephalopathy. **N Engl J Med.** 2009;361(14):1349-58.

[4] Shankaran S, Laptook AR, Ehrenkranz RA, Tyson JE, McDonald SA, Donovan EF, et al. Whole-body hypothermia for neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy. N Engl J Med. 2005;353(15):1574-84.

[5] Lawn JE, Lee ACC, Kinney M, Sibley L, Carlo WA, Paul VK, et al. Two million intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths: where, why, and what can be done? (Contexto global de asfixia/encefalopatía neonatal). **Int J Gynaecol Obstet.** 2009;107 Suppl 1:S5-S19. *(incidencias y brecha HIC vs LMIC también sintetizadas en ref. 7)*

[6] Kukka AJ, et al. Intrapartum-related neonatal encephalopathy: incidencia y resultados reportados (rango 1.5–20.3/1000). **(Revisión sistemática)**.

[7] Pauliah SS, Shankaran S, Wade A, Cady EB, Thayyil S. Therapeutic hypothermia for neonatal encephalopathy in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One.** 2013;8(3):e58834. doi:10.1371/journal.pone.0058834.

[8] Regier DA, Petrou S, Henderson J, Eddama O, Patel N, McGuire W, et al. Cost-effectiveness of therapeutic hypothermia to treat neonatal encephalopathy. **Value Health.** 2010;13(6):695-702.

Firmado digitalmente por Diego Manuel Vartabedian
Fecha:31/03/2026 11:58:09
Diputado Dr. Diego Vartabedian
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires