

REPORTE DE CASO

Escorbuto por falta de acceso a los alimentos. Reporte de un caso paradigmático en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Scurvy disease due to lack of access to food. A report of a paradigmatic case in the southern area of Buenos Aires City.

Escorbuto por falta de acceso aos alimentos. Estudo de um caso paradigmático na zona sul da Cidade Autônoma de Buenos Aires.

Bury, Cristal¹; Correa, Natalia^{2*}; Higa, Mariana³; Vacca, Ariadna³; Villalva, Dina⁴

Recibido: 22 de junio de 2023. Aceptado: 29 de agosto de 2023.

* Correspondencia: Correa, Natalia. nataliacorrea223@gmail.com

1 Residente de 2^a año de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en rotación por el CeSAC 9.

2 Nutricionista de planta del Centro de Salud y Acción Comunitaria N°9 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

3 Residente de 3^a año de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en rotación por el CeSAC 9.

4 Referente de la multisectorial "La Boca Resiste y Propone".

Resumen

Introducción: El escorbuto es una enfermedad producida por un déficit de vitamina C. En la actualidad, su prevalencia es baja. Se encuentra asociado a trastornos malabsortivos o dificultades en la ingesta. En esta ocasión, la causa de la enfermedad fue la falta de acceso a alimentos, siendo necesario un cambio de perspectiva para su abordaje.

Presentación del caso: Un paciente varón de 56 años ingresó al hospital por un cuadro clínico caracterizado por astenia, sudoración, disminución del apetito, gingivorragia durante el cepillado dental, edema y hematomas en miembros inferiores de aparición espontánea. Por alta sospecha de escorbuto se inicia tratamiento de reposición de ácido ascórbico, logrando la remisión de los síntomas. Se describen, también las intervenciones en red con actores territoriales mediante articulaciones informales, para sostener un adecuado estado nutricional a largo plazo.

Conclusión: El presente trabajo indaga sobre los factores estructurales, culturales y subjetivos que dificultan el acceso a la alimentación y da cuenta de la importancia del trabajo territorial e interdisciplinario para abordar esta problemática de manera integral.

Palabras clave: escorbuto, inseguridad alimentaria, redes comunitarias, género y salud.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

<http://doi.org/10.54789/rs.v2i2.23>

Abstract

Introduction: Scurvy disease results from vitamin C deficiency. At present, it is of rare occurrence. It is associated with malabsorptive disorders or food-intake difficulties. In this case, food insecurity was the cause of the disease, which required a shift in perspective for its approach.

Case presentation: A 56-year-old male patient was admitted to the hospital with a clinical condition characterized by asthenia, sweating, decreased appetite, gingival bleeding caused by brushing and spontaneous swelling and bruising in lower members. Due to a high suspicion of scurvy, treatment based on ascorbic acid supplementation was initiated, achieving symptom remission. This paper also includes a description of network interventions with local actors through informal articulations to sustain appropriate long-term nutritional status.

Conclusion: This article describes structural, cultural and subjective factors as barriers to food access and outlines the importance of territorial and interdisciplinary work to address this issue in a comprehensive manner.

Keywords: scurvy, food insecurity, community networks, genre and health.

Resumo

Introdução: O escorbuto é uma doença produzida por um déficit de vitamina C. Na atualidade, sua prevalência é baixa e se encontra associada a distúrbios disabsortivos ou dificuldades na ingestão. Nesta ocasião, a causa da doença foi a falta de acesso a alimentos, sendo necessária uma mudança de perspectiva para sua abordagem.

Apresentação do caso: Trata-se de um paciente masculino de 56 anos que ingressou ao hospital com um quadro clínico caracterizado por astenia, transpiração, falta de apetite, gengivorragia durante a escovação dental, edema e hematomas nos membros inferiores de aparição espontânea. Por alta suspeita de escorbuto, se inicia de maneira oportuna tratamento de reposição de ácido ascórbico, conseguindo assim a remissão dos sintomas. São descritas também as intervenções na rede com atores territoriais mediante articulações informais, para sustentar um adequado estado nutricional a longo prazo.

Conclusão: O presente trabalho indaga sobre os fatores estruturais, culturais e subjetivos, que dificultam o acesso à alimentação e destaca a importância do trabalho territorial e interdisciplinar para abordar esta problemática de maneira integral.

Palavras-chave: escorbuto, insegurança alimentar, redes comunitárias, saúde de gênero.

Fuentes de financiamiento:

Las autoras declaran no tener ninguna afiliación financiera ni participación en ninguna organización comercial que tenga un interés financiero directo en cualquier asunto incluido en este manuscrito.

Conflicto de intereses:

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Introducción

El escorbuto es una enfermedad producida por un déficit de vitamina C. Las manifestaciones clínicas más características son las petequias foliculares, el edema mucoso, el sangrado de encías, la debilidad muscular y los dolores articulares (1).

La vitamina C, también denominada ascorbato o ácido L-ascórbico, es una vitamina esencial y debe ser incorporada de manera regular para mantener las reservas. Actualmente, las recomendaciones de ingesta diaria son de 75 mg/día para mujeres adultas y 90 mg/día en varones (2). Sin embargo, 60 mg diarios son suficientes para prevenir el escorbuto (3) y se alcanzan con el consumo de una fruta cítrica. Alcanzar la depleción de las reservas de vitamina C requiere de al menos tres meses de una ingesta deficiente (1,4,5). En la actualidad su déficit se encuentra asociado a trastornos mentales, abuso de alcohol o drogas o bien por la existencia de síndromes malabsortivos, pacientes en hemodiálisis o quimioterapia (6).

El caso que se presenta corresponde a una situación paradigmática, dado que la causa primaria de la enfermedad fue la falta de acceso a alimentos, por lo que fue necesario un cambio de perspectiva para su abordaje, derivando en el despliegue de estrategias diferentes a las tradicionales (7).

El escorbuto es una enfermedad considerada poco frecuente de la que no existen datos sobre su incidencia a nivel mundial (8). Sin embargo, algunos investigadores reportan aumento de casos en los últimos años (9,10). Es necesario considerar que de no ser diagnosticada y tratada a tiempo puede ocasionar la muerte (11). Según datos del Ministerio de Salud de la Ciudad, basados en registros de historias clínicas, se identificaron 15 casos de escorbuto en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) entre los años 2018 y 2022, 5 de los cuales eran adultos (12). Habitualmente los reportes de casos se centran en las características de la presentación clínica (4,13), haciendo especial énfasis en considerarlo como posibilidad diagnóstica (14). En el caso del presente trabajo, el interés consistió en dar cuenta de las situaciones socioculturales que llevaron a la enfermedad y las articulaciones posteriores al alta para garantizar el acceso a alimentos.

Presentación del caso

Se trata del caso de un paciente varón de 56 años, que en marzo de 2020 perdió su trabajo. Con el tiempo, por la imposibilidad de acceder a alimentos principalmente frescos, su dieta se volvió insuficiente. De acuerdo a lo observado a partir de la historia dietética, su alimentación habitual consistía únicamente en mate y galletitas de agua. Continuó así hasta que en el mes de abril de 2022 tuvo algunos síntomas (debilidad, dolor articular) que lo llevaron a acudir a consultorios externos, hallándose en ese momento anemia ferropénica (hemoglobina (Hg) 9,6 g/dl), resultado que recibió diez días después, cuando ingresó a

la guardia del hospital por un cuadro clínico caracterizado por astenia, sudoración, disminución del apetito, gingivorragia durante el cepillado dental, edema y hematomas en miembros inferiores de aparición espontánea.

Al ingreso, el paciente se encontraba estable, lúcido y afebril. Se realizó un laboratorio que informaba anemia normocítica y normocrómica con hiperbilirrubinemia, sin alteraciones en el coagulograma (Ver tabla 1). Se transfundieron 2 unidades de glóbulos rojos que recibió con buena tolerancia. Luego se solicitó una interconsulta con el Servicio de Cirugía Cardiovascular. Se realizó un Doppler descartando trombosis venosa de miembros inferiores.

Posteriormente, fue trasladado a la sala de clínica médica para continuar con su evaluación y tratamiento. Se describe brevemente su seguimiento en los siguientes aspectos:

- **Hematológico:** se solicitó perfil férrico, que fue compatible con anemia ferropénica, dosaje de vitamina B12 en rango normal y ácido fólico disminuido; dosaje de tirotrópina (TSH) (en rango normal 1,88 uU/ml) y frotis de sangre periférica que informaba anisocitosis y poiquilocitosis, por lo que se decidió reponer hierro de forma endovenosa. Además se descartó vasculitis mediante un dosaje de anticuerpos anti nucleocitoplasmáticos con resultado negativo y eritrosedimentación aumentada (54 mm).
- **Nutricional:** se realizó interconsulta con Servicio de Alimentación. El paciente presentaba un peso de 45 kg siendo su estatura de 1,65 m e índice de masa corporal de 16,5 kg/m², correspondiente con diagnóstico de desnutrición aguda. Además, para su evaluación se tuvo en cuenta una pérdida de peso del 11% en un año. Se estimaron los requerimientos nutricionales en 1800 kcal diarias y 90 g de proteínas, que se administraron por vía oral.
- **Social:** se realizó interconsulta con el Servicio de Trabajo Social, el cual evaluó la situación socioeconómica del paciente, logrando historizar aspectos de su vida cotidiana, relaciones sociofamiliares y comunitarias. El paciente no contaba con redes familiares ni sociocomunitarias. Asimismo, no se encontraba recibiendo ningún programa de protección social.

Por alta sospecha clínica de escorbuto, se solicitó un nuevo laboratorio con dosaje de vitamina C, pero ante la falta de reactivos se inició de forma empírica la reposición de ácido ascórbico endovenoso (250 mg diluidos en 100 ml de solución fisiológica al 0,9% cada 12 horas en infusión de 30 minutos). Al mismo tiempo, se realizó reposición de hierro (hierro sacarato: 100 mg diluidos en 250 ml de solución fisiológica al 0,9 % en infusión durante 1 hora, 1 vez al día) (11).

El paciente evolucionó con mejoría del dolor al tercer día de iniciar el tratamiento y de los hematomas y sangrados a partir del séptimo día, tal como está descrito en la bibliografía (6, 15).

Luego de 15 días de reposición endovenosa de ácido ascórbico se continuó con vitamina C vía oral a dosis de 1000 mg/día y posteriormente 250 mg/día.

Tabla 1
Evolución de los valores de laboratorio

Fecha	Hb g/dl	HTO %	VCM um ³	BT mg/gl	BI mg/dl	Ferremia ug/dl	TF mg/dl	Ferritina ng/ml	ST %	Ác. fólico ng/ml
19/4/2022	9,6	26,8	80	0,91						
29/4/2022	5,3	16	80	1,76	1,18l					
	Se transfunden 2 Unidades de glóbulos rojos									
30/4/2022	7,5	22,6	79,3	1,95	1,21					
3/5/2022	6,8	21,9	80,6			34,7	219	163,5	13	2,6
3/5/2022	Comienza a recibir Vitamina C y hierro endovenoso									
4/5/2022	5,9	18,6	82,3							
4/5/2022	Se transfunden 2 unidades de glóbulos rojos									
5/5/2022	7,7	24,3	83,8							
9/5/2022	8,6	28	88,6							
23/5/22	13	40		0,30						

Tabla N°1. Se detallan los cambios en los valores de laboratorio durante la internación.

Fuente: Elaboración propia en base a laboratorios registrados en la Historia Clínica.

Referencias: Hb: hemoglobina/ HTO: hematocrito/ VCM: Volumen corpuscular medio/ BT: Bilirrubina total/ BI: Bilirrubina indirecta/ TF: Transferrina/ ST: Saturación de transferrina

Al mes de iniciado el tratamiento, por buena evolución clínica se decidió su alta en conjunto con los profesionales de los Servicios de Clínica Médica, Nutrición y Trabajo Social. Fue necesaria la articulación con referentes de “La Boca Resiste y Propone” (LBRyP), organización multisectorial, social y política del barrio de La Boca, quienes realizaron visitas semanales acercándole alimentos frescos y secos, ya que el paciente en un comienzo no podía trasladarse por sus propios medios (16).

Durante las primeras visitas, todavía se encontraba con algunos síntomas de la enfermedad. Se mostraba reticente al diálogo y

manifestaba incomodidad con la ayuda recibida, con la expectativa de reinsertarse laboralmente en el futuro cercano y no necesitar más asistencia, percibiéndose como varón económicamente independiente y trabajador.

Las visitas se mantuvieron de modo constante, lo que permitió la construcción del vínculo y lazos de confianza mutua, necesarios para la movilización de recursos tanto objetivos como subjetivos (17). Desde la multisectorial LBRyP se lo acompañó a realizar los trámites para su ingreso a los programas actuales de asistencia alimentaria en el ámbito de la CABA: “Ticket Social”

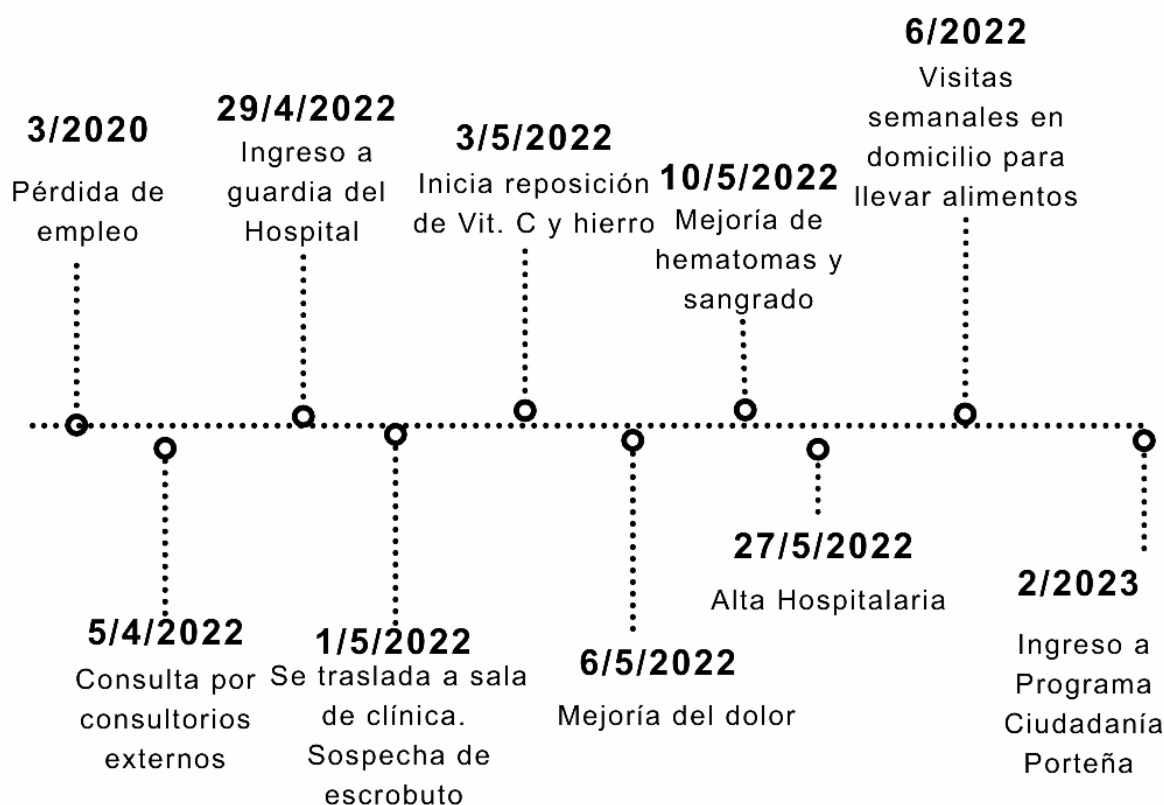
y “Ciudadanía Porteña con todo derecho” (18,19). Cuatro meses después del alta, recibió la primera ayuda económica estatal por un monto de \$1100, correspondiente al “Ticket Social”. Dicho monto representaba, en ese momento, sólo un 6% de la Canasta Básica de Alimentos para un adulto (CBA) (20).

En Febrero 2023, nueve meses después del alta, se completó su ingreso al programa “Ciudadanía Porteña: con todo derecho”,

y comenzó a percibir, como único ingreso, \$10.400 mensuales, representando en ese momento un 40% de la CBA (21).

Dado que el monto percibido por el mencionado programa resultaba insuficiente para cubrir las necesidades mínimas de alimentación, fue necesario mantener la colaboración y asistencia de las redes comunitarias que se sostienen hasta la fecha de redacción del presente informe.

Línea de tiempo



En la **Figura 1**, se pueden observar en formato de línea del tiempo los acontecimientos principales descritos.

Discusión y perspectiva del paciente

Desde el punto de vista clínico, los antecedentes de casos similares permitieron tener en cuenta al escorbuto como posibilidad diagnóstica desde el inicio de la internación, iniciando el tratamiento de manera precoz. Aun así, cabe preguntarse si en la primera consulta del paciente por consultorios externos, diez días previos a la internación, habría sido posible activar los recursos y articulaciones necesarias para evitar las consecuencias posteriores. Es posible que tanto la lógica de la consulta hospitalaria

como las dificultades para reconocer la carencia por parte del paciente varón hayan jugado un rol en este sentido (4,22–25).

A lo largo del análisis se han podido detectar por un lado, factores estructurales y externos que se pusieron en juego como variables significativas en la situación del paciente y por otro lado, aspectos subjetivos y propios del mismo. Con respecto a los primeros, la pandemia por COVID-19, fue considerada un factor desencadenante, a nivel macrosocial y económico, de una

crisis que impactó no sólo a nivel mundial sino que se vio reflejado a nivel microsocioal en la economía y calidad de vida de los ciudadanos, sobre todo en la pérdida de empleo y acceso a bienes y servicios básicos (26).

Asimismo, la inestabilidad económica de los últimos años produjo consecuencias tanto en la disponibilidad como en el acceso y el consumo de alimentos, con mayores índices de inseguridad alimentaria y precarización de la calidad de vida (27).

En el caso presentado, el Derecho a la Alimentación se encuentra vulnerado a partir del momento en que el paciente pierde su trabajo y deja de percibir ingresos. En nuestro país, este derecho, se encuentra incorporado en la Constitución Nacional desde el año 1994 (artículo 75 inciso 22), siendo el Estado responsable de garantizar los medios necesarios para su cumplimiento (28,29). Si bien el Gobierno de la CABA cuenta con programas para este fin, en la práctica se aplican de manera incompleta y con múltiples obstáculos (30). Para sortear estas dificultades fue necesario recurrir a la construcción de estrategias conjuntas de trabajo en red con actores territoriales, reconocidas como articulaciones informales, las cuales surgen cuando se percibe un estancamiento en el acceso mediante los circuitos formales en la gestión (29-32).

Perspectiva de género y barreras propias del paciente

A lo largo de las entrevistas se pudo pesquisar la imposibilidad del sujeto de vehiculizar articulaciones territoriales, desplegar sus necesidades y solicitar ayuda económica e inclusive presentar características de emotividad en relación a vínculos familiares y socioafectivos (24).

La comprensión integral de la situación de salud del paciente varón permite contemplar cómo repercute la masculinidad hege-

mónica en sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y las barreras en el acceso que tal complejidad implica. Barreras que se construyen por factores estructurales y subjetivos integrados por dimensiones socioculturales, económicas y de género que se interseccionan y condicionan el acceso real a la alimentación (24,33).

Conclusión

El paciente presentaba al ingreso hospitalario signos clínicos claros que permitieron la sospecha de escorbuto con el consecuente tratamiento oportuno, observándose mejoría clínica de manera inmediata. Esto reafirma que es necesario tener en cuenta a dicha patología, ante signos semejantes, como posible diagnóstico.

Dado que se pudo detectar que la causa de deficiencia de vitamina C estaba relacionada con la falta de acceso a los alimentos, provocada por la situación económica del paciente, se realizaron distintas intervenciones en red con actores territoriales mediante articulaciones informales, para buscar sostener un adecuado estado nutricional a largo plazo. Estas articulaciones informales fueron necesarias ya que las vías formales para garantizar el Derecho a la Alimentación no fueron suficientes. Cabe preguntarse si habría sido posible evitar la enfermedad y la consecuente internación del paciente, con los gastos hospitalarios que ello implicó, en caso de haber desplegado estas articulaciones de manera más temprana.

El presente trabajo indaga sobre los factores estructurales, culturales y subjetivos, que dificultan el acceso a la alimentación y da cuenta de la importancia del trabajo territorial e interdisciplinario. Es a partir del vínculo con las redes de trabajo territorial que se amplía la capacidad organizativa del Estado, generando acciones de promoción de la salud, con el objetivo de favorecer el pleno goce de los derechos.

Contribución de los/as autores:

CB, NC, MH, AV, DV: búsqueda bibliográfica, diseño del estudio, recolección de datos, análisis de datos y preparación del manuscrito.

Referencias bibliográficas:

1. Valdés F. Vitamina C [Vitamin C]. *Actas Dermosifiliogr.* 2006 Nov;97(9):557-68. Spanish. doi: 10.1016/s0001-7310(06)73466-4.
2. Panel on Dietary Antioxidants and Related Compounds, Subcommittee on Upper Reference Levels of Nutrients, Subcommittee on Interpretation and Uses of Dietary Reference Intakes, Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. *Dietary Reference Intakes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids* [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.nap.edu/catalog/9810>
3. Castillo-Velarde Edwin Rolando. Vitamina C en la salud y en la enfermedad. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2019 Oct [citado 2023 Jul 14] ; 19(4) : 95-100. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2351>.
4. Agriello MF, Buonsante ME, Franco C, Abeldaño A, Neglia V, Zylberman M, et al. Escorbuto: una entidad que aún existe en la medicina moderna. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2010;38(2):76-80.
5. Hodges RE, Baker EM, Hood J, Sauberlich HE, March SC. Experimental scurvy in man. *Am J Clin Nutr.* 1969 May;22(5):535-48. doi: 10.1093/ajcn/22.5.535
6. Olmedo JM, Yiannias JA, Windgassen EB, Gornet MK. Scurvy: a disease almost forgotten. *Int J Dermatol.* 2006 Aug;45(8):909-13. doi: 10.1111/j.1365-4632.2006.02844.x.
7. Bellocchio M. AMBROSINI, C; BERALDI, G.: Pensar la ciencia hoy. La epistemología: entre teorías, modelos y valores, Buenos Aires, Educando, 2015. *Perspect Metodol* [Internet]. 12 de octubre de 2015 [citado 11 de junio de 2023];15(16). Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/view/764>
8. Villagrán M, Muñoz M, Díaz F, Troncoso C, Celis-Morales C, Mardones L. Una mirada actual de la vitamina C en salud y enfermedad. *Rev Chil Nutr.* diciembre de 2019;46(6):800. doi:10.4067/S0717-75182019000600800
9. Khalife R, Grieco A, Khamisa K, Tinmouh A, McCudden C, Saidenberg E. Scurvy, an old story in a new time: The hematologist's experience. *Blood Cells Mol Dis.* 2019 May;76:40-44. doi: 10.1016/j.bcmd.2019.01.004.
10. Regehr J, Kriwiell M, Roth E, Ofei-Dodoo S. A Case Report of a Modern-Day Scurvy. *Kans J Med.* 2021 Feb 12;14:51-52. doi: 10.17161/kjm.vol1414609. PMID: 33654545; PMCID: PMC7889070.
11. Wijkmans RA, Talsma K. Modern scurvy. *J Surg Case Rep.* 2016 Jan; 10;2016(1):rjv168. doi: 10.1093/jscr/rjv168.
12. Ministerio de Salud de la Nación. Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud. 2022.
13. Oxilia A, Alonso M, Chinchilla D, Allevato MÁ. Escorbuto en el siglo XXI. *Dermatol Argent.* 2020 Mar; 15:38-41. doi: <https://doi.org/10.47196/da.v26i1.2068>
14. Tembunde Y, Ge S, Turney K, Driscoll M. Scurvy: A Diagnosis Not to Be Missed. *Cureus* [Internet]. 28 de diciembre de 2022 [citado 21 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/123374-scurvy-a-diagnosis-not-to-be-missed>
15. Pioli MN, Alonso M, Martínez del Sel J, Allevato MA. Escorbuto. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Pren Méd Argent.* 2020 Mar;106(1).
16. Eichhorn NV, Riso A. Resistencias estético-políticas en el Barrio de la Boca. El espacio público como terreno visible de la lucha popular. 2018 [citado 15 de marzo de 2023]; Disponible en: http://conti.derhuman.jus.gov.ar/2018/01/seminario/mesa_13/eichhorn_riso_mesa_13.pdf
17. Sousa Campos GW. Reflexões sobre a clínica em equipes de saúde da família – texto I. En: *Saúde Paideia.* São Paulo, Huciec; 2003.
18. Ticket Social [Internet]. Decreto 800/2008. Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/119356>
19. Programa Ciudadanía porteña con todo derecho [Internet]. 1878/2005. Disponible en: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/81806>
20. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Valorización mensual de la canasta básica alimentaria y de la canasta básica total. Gran Buenos Aires. Ministerio de Economía; 2023 feb. (Condiciones de Vida). Report No.: 3.
21. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Valorización mensual de la canasta básica alimentaria y de la canasta básica total. Gran Buenos Aires. Ministerio de Economía; 2023 abr. (Condiciones de Vida). Report No.: 7.
22. Campos GW de S, Amaral MA do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2007;12(4):849-59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000400007>
23. Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallenás S. La salud como derecho ciudadano. *Perspectivas y propuestas desde América Latina.* Primera. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. 572 p.
24. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. *Masculinidades y perspectiva de Género en salud.* 2006;1(1):137-52.
25. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhuesa X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(3):223-9.
26. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estudio sobre el impacto de la COVID-19 en los hogares del Gran Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2020. Report No.: Primer informe.

27. Maceira D, Iñarra V. Nutrición y seguridad alimentaria en el diseño de políticas. El caso argentino. [Internet]. Buenos Aires: Fundar; 2022. Disponible en: <https://www.fundar.ar>
28. Abajo V, Figueroa E, Paiva M, Oharriz E. Derecho a la Alimentación. Dieta [Internet]. 2010 [citado 14 Jul 2023]; 28(131): 20-26. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372010000200005&lng=es.
29. Aguirre P. Devorando el planeta. Cambiar la alimentación para cambiar el mundo. Siglo Veintiuno Editores Argentina S.A.; 2021. 256 p.
30. Bermúdez Á, Carmona Barrenechea V, Messina G, Royo L. El derecho a la alimentación en la Ciudad de Buenos Aires. Una mirada desde las políticas públicas. *práct discursos* [Internet]. 2015;4(5):1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30972/dpd.45804>
31. Mendes EV. Las redes de atención de salud. Brasilia. Organización Panamericana de la Salud. 2013.
32. Rovere M. Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario; 1999.
33. Pombo MG. La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. *Disputas por la (des)politización del género*. *Margen*. 2012;(66).