

Acceso a intervenciones terapéuticas de rehabilitación en niños, niñas y adolescentes con parálisis cerebral en Argentina: un estudio transversal multicéntrico

Jesica C. Gómez¹ , L. Johana Escobar^{2,3} , Carla Gil^{2,3} , Gabriela G. Pereyra Pereyra¹ , M. Silvina Camardelli¹ , Cecilia Lucentini⁴ , Cintia Ibalbaz² , Federico Sánchez^{2,3} , Romina Ponte⁴ , Eduardo Cuestas^{2,3} , Mercedes Ruiz Brunner^{2,3} 

RESUMEN

Introducción. La intervención terapéutica en la parálisis cerebral (PC) comprende un grupo de estrategias implementadas desde los primeros meses de vida y en adelante para favorecer el desarrollo motor, cognitivo y social. Existe escasa información en el contexto regional sobre el impacto de las características socioeconómicas en el acceso a la salud de esta población. **Objetivo.** Analizar el acceso a las intervenciones terapéuticas de rehabilitación y su edad de inicio, en relación con la cobertura de salud y el nivel educativo de los cuidadores en la población pediátrica con PC en Argentina.

Población y métodos. Estudio multicéntrico, observacional y transversal con datos del Registro Argentino de Parálisis Cerebral (RAR-PC) recolectados entre octubre de 2021 y mayo de 2023. Se incluyeron personas con PC entre 1 y 19 años. Se evaluó la edad de inicio y el acceso rehabilitación, según cobertura de salud y nivel educativo de los cuidadores.

Resultados. Se analizaron 399 pacientes; el 73,4 % (n = 293) tenía entre 1 y 10 años, y el 65,9 % (n = 244) presentaba compromiso motor grave. La edad mediana de diagnóstico fue de 1 año (RIC 1-1,75). El 18,7 % (n = 72) presentó acceso insuficiente a rehabilitación. El tipo de cobertura y el bajo nivel educativo del cuidador se asociaron con menor acceso ($p = 0,001$; $p = 0,009$).

Conclusión. La cobertura sanitaria y el nivel educativo de los cuidadores influyen en el acceso a rehabilitación. Esto evidencia la necesidad de estrategias para promover mayor equidad.

Palabras clave: parálisis cerebral; intervención médica temprana; rehabilitación; registros; Argentina.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11027>
doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11027.eng>

Cómo citar: Gómez JC, Escobar LJ, Gil C, Pereyra Pereyra GG, Camardelli S, Lucentini S, et al. Acceso a intervenciones terapéuticas de rehabilitación en niños, niñas y adolescentes con parálisis cerebral en Argentina: un estudio transversal multicéntrico. Arch Argent Pediatr. 2026;e202611027. Primero en Internet 13-AGO-2026

¹ Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ² Instituto de Investigaciones Clínicas y Epidemiológicas (INICyE), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina; ³ Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba (IUCBC), Centro de Investigación en Medicina Traslacional Severo R. Amuchástegui (CIMETSA); Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET); Córdoba, Argentina; ⁴ Centro de Rehabilitación Integral del Niño Mita'i, Rosario, Argentina.

Correspondencia para Jesica C. Gómez: gomezjesica87@gmail.com

Financiamiento: Este trabajo fue financiado por la Fundación de Investigación de la Alianza para la Parálisis Cerebral (CPA) con la subvención PRG10321; por proyectos nacionales, tales como la Beca Salud Investiga año 2023-2024, y por la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba (Resolución n.º 258/23).

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 14-1-2026

Aceptado: 23-5-2026



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

Parálisis cerebral (PC) es un término descriptivo ampliamente utilizado para un espectro de deficiencias motoras causadas por lesión o malformación cerebral no progresiva durante el inicio del desarrollo.¹ En países de ingresos bajos y medios (PIBM), la PC presenta desafíos distintivos: mayor prevalencia que en países de altos ingresos (3,4 vs. 1,6 por cada 1000 nacidos vivos) y mayor proporción de casos graves.² Asimismo, el diagnóstico (momento de identificación clínica) y el inicio de rehabilitación a edades más tardías limitan la posibilidad de maximizar la neuroplasticidad, lo que deriva en una mayor gravedad funcional.³⁻⁵ En países desarrollados, el diagnóstico precoz y la intervención temprana (dentro de los primeros 6 meses de vida) se han asociado con una disminución en la gravedad del compromiso motor.^{6,7}

Actualmente, existe escasa información regional sobre el impacto de los factores socioeconómicos en el acceso a la salud en parálisis cerebral. Estudios en Latinoamérica han señalado que la cobertura de salud y la alfabetización de los cuidadores impactan en el acceso a los servicios.^{8,9} En Argentina, aunque el Certificado Único de Discapacidad (CUD) garantiza legalmente prestaciones que exceden al Plan Médico Obligatorio, datos oficiales revelan que el 32,9 % de las personas con discapacidad dependen exclusivamente del sistema público.¹⁰ Esta realidad acentúa la relevancia de analizar las disparidades en el acceso efectivo a la rehabilitación.

En Argentina, la fragmentación del sistema sanitario podría generar barreras de acceso que no se explican únicamente por modelos internacionales. Para abordar esta brecha de conocimiento en relación con países desarrollados, Argentina se unió al Global Low and Middle Income Cerebral Palsy Register (GLM-CPR) y creó el Registro Argentino de PC (RAR-PC).¹¹ En su primer reporte, los datos indican que el 44,1 % recibe el diagnóstico después del año de vida y el 24,3 % accede a rehabilitación recién después de los 2 años.¹² A pesar de estos indicadores, no se ha analizado localmente cómo los determinantes sociales y el tipo de cobertura condicionan estos tiempos.

El objetivo de este estudio es analizar el acceso a las intervenciones terapéuticas de rehabilitación y su edad de inicio, en relación con la cobertura de salud y el nivel educativo de los cuidadores en la población pediátrica con PC

en Argentina. Se hipotetiza que un menor nivel educativo de los cuidadores y la ausencia de cobertura prepaga/obra social se asocian con un menor acceso a la rehabilitación y a edades más tardías.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Diseño y población

Se realizó un estudio multicéntrico, observacional, transversal y analítico. Los datos provienen del RAR-PC, cuya información se recopila mediante vigilancia poblacional e institucional de participación voluntaria, utilizando un protocolo adaptado del GLM-CPR. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas de la Universidad Nacional de Córdoba (Protocolo n.º 12082021) en el año 2021, y cumple con la Ley de Protección de Datos Personales. El propósito del registro de PC se explicó en detalle a cada uno de los participantes, incluidos niños menores de 13 años para su asentimiento en concordancia con su capacidad de comprensión. Familias y mayores de 13 años otorgaron consentimiento informado escrito.

Procedimiento de recolección de datos

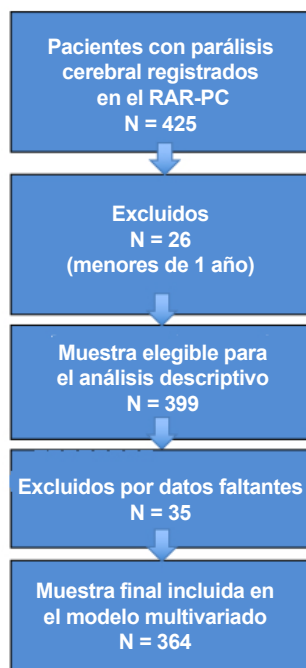
Se recolectaron datos (octubre 2021-mayo 2023) en instituciones de salud de Córdoba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), provincia de Buenos Aires, Jujuy y Santa Fe. El muestreo fue secuencial, incluyó a todos los casos que asistieron a las instituciones participantes. La carga de datos fue realizada por profesionales del equipo tratante mediante la revisión de historias clínicas y entrevistas estructuradas con los cuidadores, validando la información clínica reportada.¹¹

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron personas con diagnóstico de PC definido según los cinco elementos clave del RAR-PC (trastorno del movimiento/postura, permanente pero no inmutable, origen en cerebro inmaduro, lesión no progresiva e interferencia funcional). Se excluyeron personas menores de 1 año y mayores de 19 años (*Figura 1*).

Medidas de resultado

Principal, acceso a rehabilitación: Se evaluó el acceso a intervenciones terapéuticas de rehabilitación, incluidas terapias orientadas al neurodesarrollo y función (por ejemplo, kinesioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología).

FIGURA 1. Flujograma de la muestra para el análisis multivariado

RAR-PC: Registro Argentino de Parálisis Cerebral, N: número de sujetos.

Se agrupó en «acceso regular» vs. «falta de acceso», que incluyó tanto la ausencia total de rehabilitación como el acceso esporádico. Este último se definió como la imposibilidad de cumplir con la frecuencia indicada o la fragmentación de la atención (recibir solo algunas de las disciplinas requeridas).

Secundaria, edad de inicio de rehabilitación: La edad de inicio de rehabilitación se categorizó en antes o después del primer año de vida, para el subgrupo diagnosticado antes de los 12 meses (momento de identificación clínica). Se estableció el punto de corte a los 12 meses para optimizar la confiabilidad del reporte retrospectivo (minimizar el sesgo de memoria) y para ajustar el análisis a la realidad clínica local.

Variables analizadas

Se evaluó la cobertura de salud (pública, prepaga/obra social) y el nivel educativo del cuidador (materno y del sostén del hogar), categorizado como bajo (secundario incompleto o menor) y medio/alto (secundario completo o superior). Las variables clínicas incluyeron la función motora gruesa según el *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS),^{13,14} agrupada en niveles I-III (leve-moderado) y IV-V (grave). Se excluyó la tenencia de CUD del

análisis multivariado debido a su baja variabilidad (95,3 %), considerándose una característica intrínseca de la muestra.

Análisis estadístico

Las variables continuas se describieron mediante medias (desviación estándar [DE]) o medianas (rango intercuartílico [RIC]) según su distribución, y las categóricas, mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para evaluar los factores asociados con el inicio de rehabilitación luego del primer año de vida y la falta de acceso a rehabilitación, se utilizaron modelos de regresión logística binaria. La inclusión de variables en el modelo multivariado se realizó mediante un criterio de significancia estadística en el análisis bivariado ($p < 0,05$). Las medidas de efecto se expresaron mediante *odds ratios* (OR) con un intervalo de confianza del 95 % (IC95%), utilizando el estadístico de Wald para la significación.

El tratamiento de datos perdidos se realizó mediante exclusión por lista. Para evaluar posibles sesgos de selección, se realizó un análisis de sensibilidad comparando las características basales y clínicas entre los casos incluidos y los excluidos por datos incompletos. El análisis se efectuó con el *software* SPSS.

RESULTADOS

Selección de participantes y datos faltantes

La muestra final para el análisis descriptivo fue de 399 individuos, y para el análisis multivariado fue de 364 pacientes (*Figura 1*). El análisis de sensibilidad no mostró diferencias significativas en las características entre los casos incluidos y aquellos con datos incompletos ($p > 0,05$), sugiriendo la ausencia de sesgo por datos perdidos. Las variables descriptivas se encuentran en las *Tablas 1 y 2*.

Tiempos de diagnóstico e inicio de rehabilitación

La mediana de la edad de diagnóstico fue 1 año (RIC 1-1,75). En el subgrupo de pacientes diagnosticados antes del año, el 22,1 % ($n = 31$) logró acceder a rehabilitación antes de esta edad (*Tabla 2*). El análisis univariado no identificó asociaciones significativas dentro de las variables estudiadas para el inicio de rehabilitación luego del año (*Tabla 3*).

Acceso a rehabilitación

El 18,7 % ($n = 72$) de los pacientes presentó falta de acceso a rehabilitación. Las principales barreras identificadas fueron la falta de cobertura por parte de obra social/prepaga y la falta de capacidad operativa de los centros (*Tabla 2*).

En el modelo univariado, se encontró asociación entre la falta de acceso y el tipo de cobertura ($p < 0,001$), el nivel educativo materno ($p = 0,03$) y en el del principal sostén del hogar ($p < 0,001$) (*Tabla 4*). Al ajustar el modelo multivariado para la falta de acceso a rehabilitación (*Tabla 5*), se identificó que la falta de cobertura por obra social/prepaga se asoció a mayor probabilidad de falta de acceso a rehabilitación (ORa 4,45; IC95% 2,4-8,24; $p < 0,001$), junto con el nivel educativo bajo del principal sostén del hogar (ORa 2,56; IC95% 1,27-5,29; $p = 0,009$). El nivel educativo materno perdió significancia estadística al ser ajustado en el modelo multivariado.

DISCUSIÓN

El acceso a rehabilitación en niños, niñas y

TABLA 1. Características de la muestra ($n = 399$)

Variable	n	%
Sexo ($n = 399$)		
Femenino	175	43,9
Masculino	224	56,1
Grupo etario ($n = 399$)		
Niños (1 a 10 años)	293	73,4
Adolescentes (11 a 18 años)	106	26,6
Provincia de origen ($n = 399$)		
Buenos Aires	194	48,5
Jujuy	100	25
Santa Fe	38	9,5
CABA	32	8
Córdoba	30	7,5
Otras	5	1,5
Nivel educativo de la madre ($n = 382$)		
Bajo	136	35,6
Medio/alto	246	64,4
Nivel educativo del principal sostén hogar ($n = 386$)		
Bajo ^a	161	41,7
Medio/alto ^b	225	58,3
Cobertura de salud ($n = 395$)		
Sí (prepaga/obra social)	233	59
No	162	41
Presenta CUD ($n = 385$)		
Sí	367	95,3
No	18	4,7

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CUD: Certificado Único de Discapacidad.

^a Secundario incompleto o menos.

^b Secundario completo o más.

TABLA 2. Características clínicas y de acceso

Variable	n	%
Función motora (GMFCS) (n = 370)		
Nivel I a III (leve-moderado)	126	34,1
Nivel IV y V (grave)	244	65,9
Diagnóstico luego del año de vida (n = 341)		
Sí	189	55,4
No	152	44,6
Inicio de rehabilitación luego del año de vida* (n = 140)		
Sí	109	77,9
No	31	22,1
Asiste a rehabilitación actualmente (n = 386)		
Sí ^a	314	81,3
Esporádicamente ^b	34	8,8
No ^c	38	9,9
Causas de falta de acceso (n = 72)		
No cubre la obra social/prepaga	19	26,4
Falta de capacidad del centro	18	25
No tengo centro en mi localidad	11	15,3
Otras	11	15,3
Se desconoce	13	18
Acceso a equipamiento solicitado (n = 381)		
Sí ^d	186	48,8
Parcial ^e	133	34,9
No ^f	62	16,3

GMFCS: Gross Motor Classification System.

^a Accede de forma regular.

^b Imposibilidad de cumplir con la frecuencia indicada o la fragmentación de la atención.

^c Falta total de acceso.

^d Cumple con el total de las indicaciones.

^e Cumple en parte con las indicaciones.

^f No accede a ninguna de las indicaciones.

* El cálculo porcentual se realizó sobre los casos con datos válidos en el subgrupo de pacientes con diagnóstico antes del año de vida; 12 casos con datos faltantes fueron excluidos.

TABLA 3. Análisis univariado de factores asociados al inicio de rehabilitación luego del año de vida*

	OR (IC95%)	Valor p
Nivel educativo bajo - sostén del hogar	0,77 (0,34-1,73)	0,53
Nivel educativo bajo - materno	0,87 (0,38-2)	0,75
Falta de cobertura	1 (0,45-2,9)	0,97
GMFCS IV-V (grave)	1,3 (0,46-2,76)	0,79

*Se incluye solo el número de pacientes con diagnóstico antes del año de vida, se excluyen 12 pacientes por datos faltantes (n = 140).

GMFCS: Gross Motor Function Classification System, OR (IC95%): odds ratio e intervalo de confianza del 95 %.

Nivel educativo bajo: secundario incompleto o menos.

Falta de cobertura: cobertura pública exclusiva.

adolescentes (NNyA) con PC en Argentina se asocia significativamente con la cobertura de salud y el nivel educativo del principal sostén del hogar. Un hallazgo central es la disociación entre los procesos: mientras que el acceso a la rehabilitación muestra una fuerte asociación a las variables mencionadas, la edad de inicio de rehabilitación no presentó asociaciones significativas con las variables socioeducativas. Este hallazgo podría

explicarse por un sesgo de selección del RAR-PC, que, al ser institucional, incluye familias con una capacidad de navegación del sistema similar. Asimismo, la ausencia de significancia podría deberse a una falta de poder estadístico en este subanálisis o a la baja sensibilidad de la variable al categorizarse de forma binaria.

Además, se observó una edad mediana de diagnóstico menor a la reportada en los

TABLA 4. Análisis univariado de factores asociados a la falta de acceso a rehabilitación (no accede o lo hace en forma esporádica)

	OR (IC95%)	Valor p
Diagnóstico luego del primer año	0,6 (0,34-1,07)	0,08
Falta de cobertura	5,77 (3,25-10,26)	<0,001
Nivel educativo bajo - materno	2,22 (1,31-3,78)	0,003
Nivel educativo bajo - sostén del hogar	3,33 (1,93-5,75)	<0,001
GMFCS IV-V (grave)	1,73 (0,95-3,14)	0,071

GMFCS: Gross Motor Function Classification System, OR (IC95%): odds ratio e intervalo de confianza del 95 %.

Nivel educativo bajo: secundario incompleto o menos.

Falta de cobertura: cobertura pública exclusiva.

TABLA 5. Análisis multivariado: falta de acceso a rehabilitación (n = 364)

	ORa (IC95%)	Valor p
Falta de cobertura	4,45 (2,4-8,24)	<0,001
Nivel educativo bajo - materno	0,85 (0,42-1,74)	0,65
Nivel educativo bajo - sostén del hogar	2,56 (1,27-5,29)	0,009

GMFCS: Gross Motor Function Classification System, ORa (IC95%): odds ratio ajustada e intervalo de confianza del 95 %.

Nivel educativo bajo: secundario incompleto o menos.

resultados preliminares del GLM-CPR de 3 años de vida.¹⁵ En este estudio, cerca de la mitad de los NNyA son diagnosticados antes del año, una proporción similar a la de países desarrollados como Australia. Sin embargo, esta aparente paridad diagnóstica debe interpretarse con cautela. Mientras que el Australian Cerebral Palsy Register (ACPR) reporta un 26 % de casos graves,¹⁶ nuestra muestra presentó un 65,9 % (n = 244). Esta disparidad sugiere que la gravedad motora podría actuar como un factor de confusión: la literatura indica que un alto grado de discapacidad motora es un predictor significativo para un diagnóstico más temprano.¹⁷

La mayor parte de la información sobre diagnóstico precoz proviene de países desarrollados, y existe poca evidencia sobre la implementación de herramientas específicas en países de ingresos bajos y medios.¹⁸ Es posible que la edad de diagnóstico observada en nuestro entorno responda a un sesgo de registro, donde el sistema detecta con mayor eficacia los casos con compromiso motor evidente, mientras que las formas leves podrían estar subdiagnosticadas o referidas tardíamente.¹⁹

A pesar de los hallazgos en relación con la edad de diagnóstico, solo el 22,1 % (n = 31) de los NNyA logra iniciar rehabilitación antes del año de vida. Esto lleva a considerar la posibilidad de una brecha entre la detección y la acción terapéutica. La bibliografía describe otras variables que influyen en la edad de derivación más allá del

compromiso motor, tales como los antecedentes de riesgo y la fuente de derivación.²⁰

Estos hallazgos plantean nuevos interrogantes para futuras investigaciones, orientadas a determinar el peso de dichas variables como barreras de acceso transversales a todos los subsistemas de salud en nuestro contexto.

A diferencia de la edad de inicio de rehabilitación, el nivel educativo del principal sostén del hogar y el tipo de cobertura se asociaron significativamente a la falta de acceso a rehabilitación. Si bien en PIBM un nivel de GMFCS grave podría representar un factor protector para el acceso,²¹ no se hallaron asociaciones de este tipo en la presente investigación. No obstante, la bibliografía destaca que el estatus socioeconómico, la salud mental y el nivel educativo de las familias influyen de manera determinante en el desarrollo de NNyA con PC.²² La educación materna y paterna (particularmente, el analfabetismo y la educación primaria incompleta) se asocia significativamente con el acceso a servicios de rehabilitación en PIBM.²³ Un reciente estudio argentino muestra que la dosis de rehabilitación depende significativamente de factores socioeconómicos: los niños de nivel socioeconómico medio-bajo, sin cobertura de seguridad social y que asisten a instituciones públicas reciben significativamente menos horas de terapia, independientemente de su nivel de compromiso motor.²⁴ En el contexto argentino, dado que la cobertura de seguridad

social o privada está estrechamente ligada a la inserción en el mercado laboral formal,²⁵ es de importancia continuar explorando cómo la estructura socioeconómica del hogar interactúa para afrontar costos indirectos, gestiones administrativas y la disponibilidad de tiempos de cuidado protegidos que, en conjunto, condicionan la continuidad terapéutica.

Es notable la alta prevalencia del CUD en la población estudiada, ya que el 95,3 % (n = 367) de los pacientes lo presentaban. Este instrumento garantiza legalmente la cobertura integral de salud, transporte y asistencia económica. No obstante, los datos sugieren que su tenencia no asegura el acceso pleno. Esta brecha entre la cobertura legal y el acceso efectivo resalta la necesidad de políticas que trasciendan la certificación y aseguren disponibilidad real de recursos en todos los estratos.²⁶

Este estudio presenta limitaciones en su validez externa debido a un potencial sesgo de selección inherente al uso del RAR-PC como fuente. Los centros de referencia podrían subrepresentar a pacientes de contextos rurales o de extrema vulnerabilidad. Para mitigar este efecto, se incluyeron instituciones de diversas regiones geográficas y niveles de complejidad, buscando una mayor representatividad de la muestra.

La elevada proporción de casos con compromiso motor grave sugiere un sesgo de selección hacia cuadros de mayor complejidad. Si bien la bibliografía señala que la gravedad motora puede impactar en el acceso a la rehabilitación,^{21,27} en nuestro estudio no se encontraron asociaciones.

La definición operativa de “falta de acceso a rehabilitación”, si bien busca reflejar todo tipo de deficiencias en el acceso, resulta amplia y podría diluir diferencias relevantes entre distintos tipos de barreras que requieren abordajes específicos.

Por otro lado, la edad de diagnóstico y de inicio de la rehabilitación se basó en el reporte de los cuidadores, lo que expone al estudio al sesgo de recuerdo. Para mitigar esta limitación, se estableció una definición operativa uniforme basada en hitos cronológicos (antes y después del primer año de vida), lo que facilita la precisión del reporte frente a variables continuas más difíciles de precisar. Además, se corroboró la información con registros clínicos institucionales cuando fue posible, para fortalecer la fiabilidad del dato obtenido.

Las variables socioeconómicas se aproximaron

mediante el nivel educativo y la cobertura de salud. Aunque esto no refleja exhaustivamente la complejidad socioeconómica, se eligieron por su estabilidad y uso frecuente en estudios epidemiológicos en PIBM, lo que podría generar confusión residual. Finalmente, los resultados deben interpretarse con cautela respecto a su generalización a toda la población argentina, especialmente para quienes no acceden a servicios formales.

Como fortalezas, se destaca el uso del RAR-PC, fuente multicéntrica que permite analizar por primera vez a nivel nacional el acceso a rehabilitación en una población amplia de NNYA con PC.

El enfoque en determinantes estructurales, como cobertura sanitaria y educación, aborda una brecha de conocimiento significativa en Argentina, generando evidencia para orientar la planificación sanitaria y fortalecer redes de atención temprana.

CONCLUSIÓN

Este estudio muestra que el acceso a la rehabilitación en NNYA con PC en Argentina está asociado con la cobertura de salud y el nivel educativo de los cuidadores. Si bien el diagnóstico temprano es factible, no garantiza por sí mismo el inicio de rehabilitación en etapas críticas del desarrollo. Estos hallazgos evidencian la necesidad de políticas públicas que garanticen la equidad y eliminen las barreras estructurales en el sistema sanitario nacional. ■

REFERENCIAS

1. Dan B, Rosenbaum P, Carr L, Gough M, Coughlan J, Nweke N. Updated description of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2026;68(4):465-76. doi:10.1111/dmcn.70149.
2. McIntyre S, Goldsmith S, Webb A, Ehlinger V, Hollung SJ, McConnell K, et al. Global prevalence of cerebral palsy: A systematic analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2022;64(12):1494-506. doi:10.1111/dmcn.15346.
3. Khandaker G, Smithers-Sheedy H, Islam J, Alam M, Jung J, Novak I, et al. Bangladesh Cerebral Palsy Register (BCPR): a pilot study to develop a national cerebral palsy (CP) register with surveillance of children for CP. *BMC Neurol.* 2015;15:173. doi:10.1186/s12883-015-0427-9.
4. Khandaker G, Muhit M, Karim T, Smithers-Sheedy H, Novak I, Jones C, et al. Epidemiology of cerebral palsy in Bangladesh: a population-based surveillance study. *Dev Med Child Neurol.* 2019;61(5):601-9. doi:10.1111/dmcn.14013.
5. Novak I, Jackman M, Finch-Edmondson M, Fahey M. Cerebral palsy. *Lancet.* 2025;406(10499):174-88. doi:10.1016/S0140-6736(25)00686-5.
6. McNamara L, Morgan C, Novak I. Interventions for Motor Disorders in High-Risk Neonates. *Clin Perinatol.* 2023;50(1):121-55. doi:10.1016/j.clp.2022.11.002.
7. Novak I, Morgan C, Adde L, Blackman J, Boyd RN,

- Brunstrom-Hernandez J, et al. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA Pediatr.* 2017;171(9):897-907. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.1689.
8. Medeiros AA, Galvão MHR, Barbosa IR, Oliveira AGRDC. Use of rehabilitation services by persons with disabilities in Brazil: A multivariate analysis from Andersen's behavioral model. *PLoS One.* 2021;16(4):e0250615. doi:10.1371/journal.pone.0250615.
 9. Perrins GL, King C, Azhdari K, Jahan I, Power R, Hashan R, et al. Health literacy of primary caregivers of children with cerebral palsy in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMJ Open.* 2025;15(3):e091679. doi:10.1136/bmjopen-2024-091679.
 10. Registro Nacional de Personas con Discapacidad. Agencia Nacional de Discapacidad. Anuario estadístico nacional 2021 [Internet]. Buenos Aires: ANDIS; 2021. [Consulta: 16 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/02/anuario_estadistico_2021-1_1_1_0.pdf
 11. Ruiz Brunner MLM, Jahan I, Cuestas E, Cieri ME, Escobar Zuluaga J, Condinanzi AL, et al. Latin American Cerebral Palsy Register (LATAM-CPR): study protocol to develop a collaborative register with surveillance of children with cerebral palsy in Latin American countries. *BMJ Open.* 2023;13(12):e071315. doi:10.1136/bmjopen-2022-071315.
 12. Ruiz Brunner MLM, Gil C, Cuestas E. Registro Argentino de Parálisis Cerebral. Reporte anual 2024 [Internet]. Córdoba: Fundación ICSA; 2025. [Consulta: 16 de abril de 2026]. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/server/api/core/bitstreams/7c5c5fb7-a250-40d5-9761-29197b634801/content>
 13. Rosenbaum PL, Palisano RJ, Bartlett DJ, Galuppi BE, Russell DJ. Development of the Gross Motor Function Classification System for cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2008;50(4):249-53. doi:10.1111/j.1469-8749.2008.02045.x.
 14. Palisano R, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston M. GMFCS-E&R Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised [Internet]. Hamilton: CanChild Centre for Childhood Disability Research; 2007. [Consulta: 16 de abril de 2026]. Disponible en: <https://cpup.se/wp-content/uploads/2013/07/GMFCS-ER.pdf>
 15. Jahan I, Muhit M, Hardianto D, Laryea F, Chhetri AB, Smithers-Sheedy H, et al. Epidemiology of cerebral palsy in low- and middle-income countries: preliminary findings from an international multi-centre cerebral palsy register. *Dev Med Child Neurol.* 2021;63(11):1327-36. doi:10.1111/dmcn.14926.
 16. Australian Cerebral Palsy Register. Australian Cerebral Palsy Register Report 2023. Melbourne: Cerebral Palsy Alliance Research Institute; 2023. [Consulta: 16 de abril de 2026]. Disponible en: <https://cerebralpalsy.org.au/wp-content/uploads/2023/06/2023-ACPR-Report.pdf>
 17. Velde A, Morgan C, Novak I, Tantsis E, Badawi N. Early Diagnosis and Classification of Cerebral Palsy: An Historical Perspective and Barriers to an Early Diagnosis. *J Clin Med.* 2019;8(10):1599. doi:10.3390/jcm8101599.
 18. King AR, Al Imam MH, McIntyre S, Morgan C, Khandaker G, Badawi N, et al. Early Diagnosis of Cerebral Palsy in Low and Middle Income Countries. *Brain Sci.* 2022;12(5):539. doi:10.3390/brainsci12050539.
 19. Granild-Jensen JB, Rackauskaite G, Flachs EM, Uldall P. Predictors for early diagnosis of cerebral palsy from national registry data. *Dev Med Child Neurol.* 2015;57(10):931-5. doi:10.1111/dmcn.12760.
 20. Boychuck Z, Bussi eres A, Goldschleger J, Majnemer A; Prompt Group. Age at referral for diagnosis and rehabilitation services for cerebral palsy: a scoping review. *Dev Med Child Neurol.* 2019;61(8):908-14. doi:10.1111/dmcn.14034.
 21. Al Imam MH, Jahan I, Das MC, Muhit M, Smithers-Sheedy H, McIntyre S, et al. Rehabilitation status of children with cerebral palsy in Bangladesh: Findings from the Bangladesh Cerebral Palsy Register. *PLoS One.* 2021;16(5):e0250640. doi:10.1371/journal.pone.0250640.
 22. Stojic K, Karem I, Paget SP, Berg A, Dee-Price BJ, Lingam R, et al. Social determinants of health for children with cerebral palsy and their families. *Dev Med Child Neurol.* 2024;66(1):32-40. doi:10.1111/dmcn.15640.
 23. Al Imam MH, Jahan I, Muhit M, Hardianto D, Laryea F, Chhetri AB, et al. Predictors of Rehabilitation Service Utilisation among Children with Cerebral Palsy (CP) in Low- and Middle-Income Countries (LMIC): Findings from the Global LMIC CP Register. *Brain Sci.* 2021;11(7):848. doi:10.3390/brainsci11070848.
 24. Escobar Zuluaga LJ, Ruiz Brunner MLM, Schiariti V, Cieri ME, Cuestas E. Dosificación de intervenciones y atención interdisciplinaria en el proceso de rehabilitación de niños y adolescentes con parálisis cerebral en Argentina. *Arch Argent Pediatr.* 2025;123(4):e202410551. doi:10.5546/aap.2024-10551.
 25. Argentina. Superintendencia de Servicios de Salud. Consultas: gráfico por tipo de beneficiario [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2026. [Consulta: 16 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.sssalud.gob.ar/index.php?page=estad_ben
 26. Schiariti V. Rol del certificado único de discapacidad en Argentina:  enfoque biopsicosocial en la definición de discapacidad o certificado de accesibilidad? *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba.* 2022;79(3):215-6. doi:10.31053/1853.0605.v79.n3.38696.
 27. Meehan E, Harvey A, Reid SM, Reddihough DS, Williams K, Crompton KE, et al. Therapy service use in children and adolescents with cerebral palsy: An Australian perspective. *J Paediatr Child Health.* 2016;52(3):308-14. doi:10.1111/jpc.13021.