



# NOTICIAS *Metropolitanas*



Por un niño sano  
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
REGIÓN METROPOLITANA**

Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Capital Federal • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318  
E-mail: [sap-metropol@pccorreo.com.ar](mailto:sap-metropol@pccorreo.com.ar)

#### Director Titular

Dr. Saúl Gleich

#### 1º Director Asociado

Dr. Leonardo Vázquez

#### 2º Director Asociado

Dr. Débora Rocca Huguet

#### Coordinadores

##### Distrito Sur

Dr. Mirta Anone / Dr. Jorge Celestino /  
Dr. Miriam Bonadeo / Dr. Edgardo Flamenco /  
Dr. Clara Massola de Muiños /  
Dr. Mariana Rodríguez Ponte /  
Dr. Rubén Porto

##### Distrito Oeste

Dr. Aída Barbato / Dra. Mariel Caparelli /  
Dr. Gladys Convertini / Dr. Fausto Ferolla /  
Dr. Alberto Libanio / Dr. Juan Luis Marsicovetere

##### Distrito Norte

Dr. Alejandro Ameijeira / Dr. Carlos Luzzani /  
Dr. Juan Carlos Peuchot / Dra. Lilia Rabinovitz /  
Dr. Miriam Vasalo / Dra. Mirta Vázquez

#### Asesores ex Directores

Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser /  
Dr. Ricardo Straface / Dr. Jorge Buraschi /  
Dr. José Luis Cervetto / Dra. Beatriz Burbinski /  
Dr. Domingo Longo / Dr. Gustavo Bardauil

## SECCIONES

- Editorial..... 1
- Actividades de la Región ..... 3
- Entrevista al  
Dr. Raúl Sixto Merech ..... 4
- Satisfacción profesional  
Región Metropolitana ..... 10
- Historia del Hospital Rivadavia .. 12
- Becas de Perfeccionamiento ..... 14
- Gasto en salud y redes de  
servicio en Argentina ..... 16
- Boletín bibliográfico ..... 18

## EDITORIAL

### Metropol

#### La lista on line de la Región Metropolitana (SAP)

[sap-metropol@pc.correo.com.ar](mailto:sap-metropol@pc.correo.com.ar)

Es el medio de comunicación de la Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría, por el cual se llega a sus componentes vía on line, así como la revista **Noticias Metropolitanas** permite conectarnos en forma gráfica.

**Noticias Metropolitanas** llega por correo a todos los socios de la Región Metropolitana (45% del padrón total) y a las autoridades de regiones, filiales y departamentos de la SAP de todo el país. Se distribuyen alrededor de 7000 ejemplares cada 4 meses.

La red **metropol** está conformada por pediatras y profesionales de la salud infantil de la Región, inscriptos en forma voluntaria (en la actualidad somos alrededor de 150).

Nuestro objetivo actual es revitalizar metropol, para convertirla en una herramienta de comunicación abierta, ágil, moderna y accesible de la Región, cumpliendo la función de una red social pediátrica metropolitana.

#### ¿Para que sirve metropol?

A través de esta red buscamos difusión y comunicación de los temas relacionados con el ejercicio de la pediatría y la salud de nuestros niños, niñas y adolescentes en la Región Metropolitana.

Su inscripción es libre y gratuita, está abierta a todos los profesionales y no profesionales que trabajan en los equipos de salud de la Región (y a los que estén interesados de pertenecer a ella aunque no ejerzan en la misma, pero que su actividad esté relacionada con la salud de niños, niñas y adolescentes).

#### Temas que se comunican:

- Educación continua: difusión y promoción de clases, cursos y jornadas locales.
- Epidemiología local.
- Bolsa de trabajo.
- Redes sociales pediátricas.
- Red virtual de referencia y contra referencia de pacientes y de estudios.
- Ejercicio profesional.
- Presentación de casos clínicos en consulta.
- Temas que se consideren importantes para la Región.

(Continúa en pág. 3)

# CLAMOXOL BIO

Amoxicilina 400mg/5ml - Ácido Clavulánico  
Lactobacillus helveticus - Lactobacillus rhamnosus

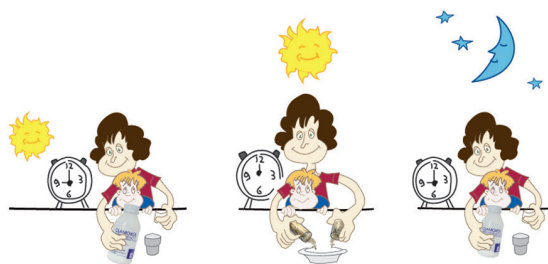
NUEVO

## Primer antibiótico con probióticos

### Administración:

- Suspensión antibiótica cada 12hs.
- Cápsula probiótico una vez al día.

Ante imposibilidad de ingerir cápsulas, se deben abrir y mezclar con alimento o líquidos fríos



### Minimiza el principal efecto adverso de los inhibidores de la betalactamasa



#### CLAMOXOL BIO, Polvo para preparar suspensión extemporánea

**Fórmula:** Cada 5 ml de suspensión contiene; Amoxicilina (como Amoxicilina trihidrato) 400 mg; Ácido Clavulánico (como Clavulanato de potasio) 57 mg. Cada cápsula contiene Lactobacillus rhamnosus  $1,9 \times 10^9$  UFC; Lactobacillus helveticus  $0,1 \times 10^9$  UFC.

**Indicaciones:** CLAMOXOL BIO / AMOXICILINA - ÁCIDO CLAVULÁNICO / LACTOBACILOS está indicado para tratamiento de infecciones producidas por gérmenes susceptibles. Prevención de la diarrea asociada al uso de Amoxicilina-Ácido Clavulánico.

**Acción Terapéutica:** CLAMOXOL BIO / AMOXICILINA - ÁCIDO CLAVULÁNICO / LACTOBACILOS es la combinación de un antibiótico de amplio espectro y un inhibidor de la betalactamasa con un probiótico restaurador de la flora intestinal.

**Presentación:** CLAMOXOL BIO / AMOXICILINA - ÁCIDO CLAVULÁNICO / LACTOBACILOS se presenta en envases conteniendo 1 frasco con polvo para preparar 70 ml de suspensión extemporánea + 10 cápsulas de probiótico.

  
**Cassará**

Vocación científica. Compromiso social.

## “El pediatra es el médico de cabecera del niño y del adolescente”



**GRUPO  
EDITORIAL  
REGIÓN  
METROPOLITANA**

### Editores de Revista

**Noticias Metropolitanas:** *Dres. Leonardo Vázquez y Carlos Luzzani*

**Boletín Bibliográfico:** *Director: Dr. Ricardo Straface*

**Colaboradores:** *Dres. A. Ameijeira, S. Gleich, C. Luzzani, J.L. Marsicovetere, L. Vázquez, M. Vázquez*

### ... EDITORIAL (viene de pág. 1)

- Difusión de actividades presenciales de la Región
- Posibilidad de acceder a becas de eventos de la SAP

#### ¿Cómo inscribirse en la lista?

Muy simple: enviando un correo al Director Titular de la Región en ejercicio, pidiéndolo. No puedo finalizar la nota sin agradecer a nuestros webmasters Paula Otero y Ariel Malamud, ya que sin su apoyo y capacidad profesional, metropol no podría ser la realidad que es. Los espero; comunicarnos es una forma de crecer y compartir. Gracias.

**Dr. Saúl Gleich**

Director Titular de la Región Metropolitana  
saulgleich@gmail.com

## ACTIVIDADES DE LA REGIÓN

### • **Curso Superior de Pediatría Ambulatoria**

**Auspiciado por:** Comité de Docencia e Investigación del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú; Sociedad Argentina de Pediatría; Dirección de Capacitación (GCBA).

**Asesoramiento Pedagógico:** *Dr. Héctor Daniel Vázquez.*

**Directoras:** *Dra. María Pulpeiro, Dra. Vanina Stier.* Jefa de Servicio: *Dra. Ana Guiffre.*

**Duración total:** 1.200 hs.

**Fecha:** Del 1 de agosto de 2012 al 1º de agosto de 2014 (12 hs semanales).

**Admisión:** Residencia o Concurrencia de Pediatría completas, CV, entrevista previa.

**Número de plazas:** 6.

**Contactos:** mpulpeiro@intramed.net; vaninass@yahoo.com.ar.

### • **Curso Dermatología pediátrica en la práctica clínica**

**Directora del curso:** *Dra. Nancy Avalos.*

**Duración:** 34 hs.

**Fecha:** Desde el 21 de agosto al 11 de diciembre. Días martes de 11 a 13 hs.

**Dirigido a:** pediatras, médicos generalistas, enfermeros y otros agentes de salud. Curso arancelado, con evaluación final por selección múltiple.

Hospital del Niño de San Justo, Granada y Centenera, San Justo, Partido de La Matanza, provincia de Buenos Aires.

**Consultas e inscripciones:** uniacademicasanjusto@gmail.com.

Tel: 4651-5555 o 4441-2776//9371 - Int. 139 (Docencia)



## ENTREVISTAS *a quienes nos muestran el camino*

*Dra. Patricia Cirigliano*

### Dr. RAÚL SIXTO MERECH

El **Dr. Raúl Sixto Merech** conjuga, más el “nosotros” que el “yo” y en su camino, fructífero y comprometido, encontró amigos duraderos que compartieron y comparten con él, pasión y compromiso profesional y de vida.

“Me molesta la laxitud”, confiesa. “No hablo de rigidez, sino del modo serio de hacer las cosas, sin falsear, única forma de mejorar la sociedad”. “Fue fundamental para mí, la orientación y las enseñanzas que me brindaron mis padres. Esa formación me sirvió no solo para graduarme, sino especialmente, porque me enseñaron el respeto por el ser humano en toda su dimensión.

Ellos eran comerciantes, no eran millonarios, pero pagaron toda mi carrera”.

Fernando, de 45 años, hijo del primer matrimonio, enseña en el Collegium Musicum y conforma un grupo “bastante luchador”, *Los Ministriles*. Realiza también presentaciones públicas y toca música renacentista con instrumentos antiguos que sus integrantes utilizan y preparan con fidelidad.

Tiempo después de enviudar, el Dr. Merech se casó con la Dra. Leticia Florentín, médica y docente universitaria. Su hija Yasmín (médica de 24 años, “recién recibida con buen promedio”) heredó sus cualidades activas. “Ella quiere ser cirujana”.

El Dr. Merech ha construido con profesionalismo dos largas etapas bien diferenciadas: la primera de asistencia pediátrica con 35 años “a full” y la segunda, dedicada a la gestión de sesgo comunitario, pero siempre ligada a la Pediatría.

En su andar ha tenido el privilegio de impulsar proyectos innovadores. Su interesante trayectoria lo muestra en la solidez de sus pasos, que lo llevan de Practicante en el Hospital “Dr. Pedro de Elizalde” a ser su Subdirector y paralelamente desarrollando su empuje creativo, donde en grupo, organizó el Servicio de Nefrología Pediátrica (más tarde Unidad).

Antes de ser inaugurado el Hospital Garrahan, fue propuesto como Director Asociado de Servicios Técnicos y trabajó allí, intensamente, en años fundamentales. Es Miembro Honorario de SAP, a la que ingresó pro-



puesto como vocal suplente por el Dr. Noccetti Fasolino. Inició allí una dilatada actuación que no ha cesado. Fue miembro de la Comisión Directiva durante 20 años. Tesorero y también miembro del Comité de Nefrología. Actualmente lidera en SAP la Dirección de Congresos y Eventos.

En FUNDASAP, donde continúa colaborando, integró en el 90 y por invitación del Dr. Teodoro Puga, el grupo fundador. El Centro Gianantonio también tuvo su impronta. Constituyó otro desafío que apasionadamente compartió con el Dr. Ceriani Cernadas. El Dr. Merech se ubica con el puntaje más alto en la

escala que mide la satisfacción profesional. Algo que, suponemos, debe parecerse mucho a ser feliz.

**REVISTA NOTICIAS:** *¿Por qué Sixto?*

**Dr. Raúl Sixto Merech:** Porque nació el día de San Sixto y además la acompañante de mi madre se llamaba Sixta. Yo nací en La Pampa en un pueblito que se llamaba Metileo, en 1933 y no había médico en mi pueblo.

**RN:** *¿Cuándo se inicia tu carrera asistencial?*

**R.S.M:** Comencé mi vida médica en el Hospital de Pediatría “Dr. Pedro de Elizalde”, allá por 1958. Fui practicante externo menos de un año, luego médico de guardia 2 años más. Pasamos a la Municipalidad de Buenos Aires y allí seguí siéndolo 7 u 8 años hasta que me retiré. Fui Jefe de Clínica en una de las guardias y luego pasé al Servicio de Clínica Pediátrica en la Sala 4<sup>ta</sup> unos años. Después me tocó, junto con un grupo de compañeros amigos, crear el Servicio de Nefrología Pediátrica del Hospital. Decidimos hacer la especialidad. Teníamos vocación, te puedo decir los nombres incluso: Juan Carlos Walter (ya fallecido), Jorge Bassi, Alberto Alonso (que está en la SAP). Luis Voyer que estaba afuera. Pasaron muchos años. Algunos se fueron. Asumí la Jefatura, siendo Sección de Nefrología Pediátrica. Cuando me nombraron Jefe de Unidad de Nefrología Pediátrica, aumentamos la categoría y teníamos una cantidad muy importante de pacientes que el Elizalde recibía de todo el conurbano. Había

un colectivo que paraba en la puerta y descargaba los pacientes para los Consultorios Externos de las distintas especialidades. Teníamos una cantidad importante de historias clínicas. Estábamos muy demandados, atendíamos toda la semana, intercambiábamos consultas y seguíamos pacientes.

También ya con el Gobierno democrático, siendo Jefe de la Unidad, me propusieron la Jefatura del Departamento Técnico. Poco después asumí la Subdirección del Hospital. Un año y pico compartiendo con tres grandes amigos: el Dr. Jorge Noccetti Fasolino (que era el Director), el Dr. Luis Voyer y el Dr. Jorge Sires.

**RN:** *¿Qué pasó después?*

**R.S.M.:** Cuando me tocó asumir la Subdirección, el Hospital estaba devastado. Era un sistema muy obsoleto y creo que lo sigue siendo. Me acuerdo que cuando teníamos que hacer canalizaciones, siendo médicos de Guardia, preparábamos los polistán, cortábamos las agujas, los conectábamos y los mandábamos a esterilizar. Preparábamos las soluciones salinas, las mezclábamos en proporción. A la solución glucosada le agregábamos los minerales, el sodio, el potasio...

**RN:** *Casi artesanal ¿no?*

**R.S.M.:** Era artesanal. Nosotros hacíamos todo. Íbamos a la carpintería ahí donde nos permitían cortar las agujas. Cuando empecé a hacer Nefrología con otros amigos: Voyer, Juan Carlos Walter y Puigdevall, que era el cirujano, nos tocó hacer la primera diálisis peritoneal. Fue todo artesanal. Lo único que teníamos era una sonda de quinto para ponerla en el abdomen, pero todos los tubos, las conexiones, bolsas de sueros teníamos que hacerlos a mano. ¡Fue tremendo!, pero claro en aquellos años...

Cuando pasamos con un régimen distinto, nos sentíamos un poco más útiles, más ejecutivos. Antes estabas maniatado, esperando que Central resolviera comprarte el aparato de rayos, mandarte placas...

No teníamos comunicaciones internas ni externas, solo dos líneas. Recuerdo un detalle: le hablé a un banco y nos donaron dos centrales. Pero gigantes, grandes como este armario, cada una para ochenta teléfonos: ciento sesenta en total y no teníamos más que dos ó tres teléfonos. Le dije al técnico: nosotros no tenemos dinero para arreglar todo esto, primero tenemos que poner los servicios de las salas en un conmutador, porque esto es para hacer un conmutador, arréglenos solamente eso...

El esfuerzo que me costó convencer a los Jefes del Servicio para que entregaran su teléfono para el conmutador, para que llamaran desde fuera, fue un gran malestar que les causó... Realmente dentro del Hospital, entre las Salas, estábamos incomunicados. Pusimos esas centrales, hicimos todo lo que pudimos para mejorarlo, pero igual los hospitales municipales tienen otro régimen, todo depende de Central.

**RN:** *¿Enseñaban a los Residentes?*

**R.S.M.:** Siempre. Desde mi tiempo asistencial cuando hacía Clínica Pediátrica en el Elizalde con Alberto Alonso (casualmente esta acompañándome ahora en la Sociedad) recuerdo que teníamos un sector de seis u ocho camas y siempre con 1 o 2 Residentes. Ayudábamos a formarlos en Clínica Pediátrica, participábamos de los Ateneos.

Te voy a contar un hecho que no se conoce. Hace muchos años, con el gobierno militar, se obligó a ampliar el horario de trabajo en los hospitales al sábado. Los colegas no estaban acostumbrados. A mí no me desesperaba trabajar los sábados, porque los sábados por la tarde estaba en consultorio hasta las once de la noche. ¡Era un continuado!

**RN:** *estabas disciplinado... (Risas)*

**R.S.M.:** Yo era médico de planta -no el jefe- pero me dije: "tengo que hacer algo". Entonces, en mi Sala creé lo que se llamó "Sábados Culturales". Cada colega que se destacaba en un conocimiento: poesía, literatura, filosofía, lo invitaba a exponer una hora, una hora y media. Los colegas respondieron, un año entero (20, 30 sábados) lo pasamos muy bien.

**RN:** *¿Cómo fue tu pasaje al Hospital Garrahan?*

**R.S.M.:** Antes que se inaugurara, con el Dr. Noccetti, asistimos a muchas reuniones en el Ministerio de Salud, con el Ministro, el Subsecretario... No se definía la jurisdicción ni el estatuto. No se quería ni el régimen nacional ni el municipal. Había que encontrar una ley que lo encuadrara y fue la ley S.A.M.I.C.

**RN:** *¿Por qué esa ley?*

**R.S.M.:** Te voy a explicar: nosotros necesitábamos algunas ventajas. Por eso no querían ni una Ley Municipal ni Nacional. Ambas tienen muchas falencias, y dependen de estructuras supra hospitalarias, de afuera: o el Ministerio o la Secretaría.

Nosotros teníamos nuestro llamado a licitación desde adentro, controlado por nuestro cuerpo jurídico y de contadores. Era un sistema administrativo bien amplio, que permitía llamar a licitación y pagar directamente. Al principio se planteó que nos iban a apoyar tres áreas: el Ministerio de Salud Pública de la Nación, la Municipalidad de Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires. La Provincia no participó nunca. Sí mandó un alto número de pacientes. En aquel tiempo el 55% de ellos provenían de la provincia de Buenos Aires. Los dos grandes aportantes en el proyecto fueron el Ministerio de Salud Pública de la Nación (con más injerencia) y la Municipalidad de Buenos Aires. Hacíamos presiones políticas para que llegara el dinero, pero lo teníamos a disposición en las cajas del Banco con lo cual, si había que comprar alguna medicación o una droga de emergencia, llamábamos, se compraba y se solucionaba.

**RN:** *¿Trabajaste con el mismo espíritu en realidades tan opuestas?*

**R.S.M.:** Siempre me sentí muy bien tanto en un hospital como en el otro. Siempre trabajé mucho, me sentí muy bien. Me hacía sentir esto muy bien en mi consultorio (donde atendía después de las dos, tres de la tarde y en el caso del Garrahan, después de las cuatro) pero salía con una carga para hacer las cosas bien. Salía agrado, a pesar de los muchos problemas, como ahora. Estábamos bien. Nos sentíamos bien y aparte había asumido el gobierno democrático. Era un capital que teníamos...

**RN:** *¿Cómo viviste el Hospital "recién nacido"?*

**R.S.M.:** Me propusieron pasar al Garrahan como Director Asociado de Servicios Técnicos. Recuerdo que llegué un mes y medio antes que se inaugurara. Apenas le di la mano al Director Adjunto, me dijo: "Bueno, tenés que participar ya en un Concurso". Trabajamos muy intensamente de las 8 a 16 hs, de lunes a viernes y sábados por medio de 8 a 12. Cumplíamos rigurosamente el horario ¡yo llegaba siete y media! Tantas eran las ganas que teníamos de ser como lo fuimos, protagonistas de la creación de ese Hospital. Estaba planeado abrir el 25 de agosto de 1987 y no teníamos farmacia. Estaba sólo el salón, pero teníamos que empezar a hacer las compras y las hacíamos directamente. Era como si fuera una empresa privada. Llamabas a un laboratorio y a otro y a otro, y discutíamos los precios. Me acuerdo, en un laboratorio me dijeron: "Pero... dígame una cosa: ¿Ud. de dónde me llama?, ¡¡porque Ud. me está discutiendo precio!!" Les digo "sí, del Hospital Garrahan" y se quedaban desconcertados porque nunca en un Hospital los llamaban para discutirles el precio.

Recuerdo que un sábado al medio día, necesitábamos una sonda especial para poner en la arteria subclavia. No había caja y la tuve que ir a comprar con mi dinero (al día siguiente me lo retornaron, por supuesto).

Yo estaba de guardia y llamé al neurocirujano y al clínico y les dije: "Sres., tenemos una sola sonda", había una sola sonda de reserva, y no la podíamos usar. Entonces había que comprarla. Costaba novecientos cincuenta pesos, ¡fortuna! Y les digo: "les mando la orden, se la firmo y se la sello". Yo tenía novecientos cincuenta pesos: llamé a la farmacéutica, le hice tomar un taxi y con acuerdo del cirujano, del neurocirujano y del clínico, la farmacéutica fue, compró, trajo y se hizo la cirugía. Por eso te digo: a veces había que tomar decisiones...

Lo hicimos porque teníamos vocación de hacer las cosas bien y sabíamos que avanzábamos. Así estuvimos tres o cuatro meses, hasta que se organizó la administración del Hospital ya con todo y entonces funcionó el sistema de compra-venta como correspondía a una Administración.

Previo a la inauguración, un gran amigo, Juancito

Demonte (que después fue Subsecretario de Salud), vino del Hospital Posadas, trayendo unos cuantos cajones de medicamentos, que por supuesto después se los devolvimos (porque no teníamos medicamentos y debíamos armar la farmacia para dar satisfacción a la primera sala que inauguramos).

En esa ocasión, abrimos una sola sala, no sé si con 34 camas. A la semana siguiente otra y a los quince días otra y así, en un plazo perentorio. En seis u ocho meses teníamos doscientas camas. Ahora, el 25 de agosto, van a hacer veinticinco años.

**RN:** *A "full"...*

**R.S.M.:** A "full", ¡con gran vocación! Me acuerdo que con el arquitecto Benaim (teníamos oficinas contiguas), después de almorzar (siempre frugalmente), salíamos a caminar por el Hospital, recorriendo los distintos lugares. Tenía varias áreas a mi cargo: Farmacia, Esterilización, Registros Médicos, Lactario, Alimentación... Unas 600 personas dependían de mí. El Hospital es muy grande. Llegamos a tener, en un plazo perentorio, quinientas y pico de camas. Todos cumplíamos estrictamente el horario. Se trabajaba con mucha vocación.

**RN:** *Control sobre terreno ¿no?*

**R.S.M.:** Sí. Te contaba que salíamos a recorrer. Era un gran edificio, pero con problemas: tenías que recorrerlo y revisar la parte técnica en general (cerraduras, baños... y demás). Yo controlaba también a mi gente. Eran muchos y a veces tenía que enseñarles cosas. Fuimos imponiendo todo, por ejemplo, en Registros Médicos. Se empezó a facturar manualmente a las Obras Sociales. Teníamos 40, 50 personas facturando. Muchas personas y los chicos, no sabían escribir muy bien, les costaba trabajo. Yo les ayudaba y les enseñaba...

**RN:** *¿Protagonista en todo?*

**R.S.M.:** Era protagonista en todo, hasta que pusimos las computadoras y demás. Todo fue llegando y después, claro, todo salía con letra imprenta... Fue muy lindo ejercicio. Registros Médicos también era muy grande, las Historias Clínicas... En Clínica Pediátrica, su Jefe era el Dr. Alberto Álvarez y dependían de ese área 500 médicos, aproximadamente.

**RN:** *Trabajo muy arduo: ¿columna vertebral para una buena Clínica?*

**R.S.M.:** Por supuesto. La infraestructura, el compromiso de los muchachos era total y el grado de compromiso de la Dirección. Se asombraban porque yo llegaba siete y media y me iba a las cuatro, cuatro y media, igual que el Director Asociado y el Director Adjunto, que se iba a las seis, siete. O sea que teníamos la Dirección abierta de siete, siete y media de la mañana hasta las siete de la tarde, cosa que no se ve

en ningún hospital del país. Se convocó a gente capaz de distintos hospitales, especialmente del Dr. Ricardo Cutiérrez (que sufrió un bajón científico). También vino gente del Posadas, del Elizalde y de otros lugares. Todos con un enorme grado de compromiso. Escuchabas en los pasillos como los muchachos discutían, participaban en los Ateneos continuamente. Había una fiebre médica.

Estuve siete años y pico. Seguí en el Hospital hasta que vino una propuesta interesante por si queríamos acogernos a la jubilación y me jubilé. Yo tenía 62 años, nada más, pero el trabajo había sido muy intenso. Trabajé con mucho gusto, porque al ser protagonista de un proyecto como el Garrahan, valía la pena sacrificarse. Yo creo que fue el sentimiento de toda la directiva del Hospital en ese momento: el Dr. Rodone, el Dr. Dalbó, el Dr. Álvarez, el Ingeniero Salvador Benaim y bueno, yo mismo.

Pienso que por eso nos insertamos tan rápidamente como el hospital pediátrico de mayor complejidad, porque la dedicación era y es "a full".

He vivido muy intensamente esa vida médica, esa última vida médica mía...

**RN:** *En tantos años de dedicación ¿que pudieron implantar allí?*

**R.S.M.:** Tratamos de insertar la "dosis única" o individual de medicamentos. Costó un gran esfuerzo porque el medicamento tenía que venir por un carril especial hasta la Sala donde se entregaban con ampollas separadas con nombre y apellido. Cuando me fui, todavía no estaba implementado del todo, era muy complejo, nosotros teníamos muchas salas. No fue tan fácil. Creo que ahora ya está implementado.

En Alimentación se perfeccionó todo el sistema de preparación, de envasado y de distribución de la leche esterilizada en los distintos servicios. Había, por lo menos, unos catorce.

**RN:** *Evidentemente, de avanzada...*

**R.S.M.:** La esterilización se hacía con personal que hubo que perfeccionar. Había una Jefa muy preparada, pero había material de alto costo que había que esterilizar o re-esterilizar. Había sondas cuyo costo era muy importante, en aquel tiempo oscilaba en mil pesos. Si se perdía ese material había que comprar otro. Te digo que dado que era y es, el Hospital de mayor complejidad inserto en las redes de servicios pediátricos, se hacían y se hacen operaciones muy complejas. No sólo de corazón, también en cerebro y en la parte ocular. Había grupos especiales trabajando. Me acuerdo que una vez, fui a recepcionar una serie y quedé asombrado por la calidad de los materiales, finísimos, de acero, milimétricos, para operar, o sea de alta complejidad.

**RN:** *¿Todavía conserva el Hospital esa posición "top"?*

**R.S.M.:** Sí, sí...actualmente.

**RN:** *¿Qué hay de tu inserción en la SAP?*

**R.S.M.:** Me traje a la Sociedad de Pediatría, un gran amigo, el Dr. Jorge Noccetti Fasolino, de gratísimo recuerdo. Era Presidente de la SAP. Me propuso en su lista como vocal. En aquel tiempo las reuniones se hacían los martes de diez a doce de la noche. Yo quería trabajar pero era vocal suplente. Entonces el Dr. Noccetti le pide a la Comisión Directiva (en ese tiempo ni estaba presentes) si podían participar los suplentes en las reuniones. Todos le dieron el acuerdo y así empecé a participar. Después seguí en la Comisión, con otros colegas, con otros Presidentes. Me nombraron Tesorero, y así estuve veinte años...SAP era totalmente distinta.

Te puedo contar algunos hechos que la gente ni conoce: no se entraba por la puerta principal, sino por la de servicio.

**RN:** *¿Por qué?*

**R.S.M.:** Era así. Entrabas y estaba todo lleno de tierra, había dos aparatos de chapa donde se guardaban trabajos del CEP (del Tribunal de Valoración) con las historias de los muchachos, de ejercicios anteriores. No había ni Recepción, ni nada. Ahí a un hall. Estaba todo abierto, las oficinas.

Un día un Presidente, el Dr. Banzas que era un caballero, dice: "¿Cómo vamos a entrar por la puerta de servicio?". "Tiene razón Dr. a la casa se entra por la puerta principal". Me dijo: "¡Listo! Cerramos la puerta de servicio y abrimos la puerta principal". Ahí empezamos despacito a poner oficinas, una recepción como la gente. Hicimos muchas cosas, todos los presidentes con los cuales tuve el gusto de colaborar tuvieron aportes positivos, Maza mismo, me acuerdo, venía a la noche con su señora a ayudarnos a embolsar las revista "Archivos Argentinos".

Había una gran vocación de servicio en aquel tiempo. Todos..., Tomás Banzas, Puga, Sires, José María Ceriani, Osvaldo Blanco, yo, todos...

**RN:** *¿Cuando nace la idea de hacer el Gianantonio?*

**R.S.M.:** Modestia aparte, al Gianantonio lo hicimos Ceriani y yo. (Muchas risas) Siendo Ceriani Presidente (nos une una gran amistad), nos sentábamos los viernes a la tarde con la idea de hacer un Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica. Dijimos: "tenemos que buscar terrenos". Y lo hicimos. Caminábamos, yo por un lado y él por el otro.

Encontré una bodega, por Salguero y logramos comprar la Sede. Fue un esfuerzo económico importante. Pedimos dos o tres proyectos. Entonces propuse (querían contratar una empresa de afuera y yo no me atrevía porque nos iban a fundir con las extras): que venga una empresa constructora y nosotros les ponemos un ingeniero, y lleven un libro diario, que les controle el trabajo (por ahí debe estar todavía el libro de control). Llevó dos o tres años. El ingeniero

nuestro controlaba el trabajo y nos rendía periódicamente. Se hizo porque con Ceriani teníamos un fuego sagrado. No nos paraba nadie. Pagamos el terreno, en aquel tiempo, 590.000 dólares (una fortuna). Era doble frente y muchos metros de fondo. Y bueno, nos pusimos a trabajar.

El Auditorio fue construido con las mejores técnicas del momento. Trajimos de España expertas de la parte de sonido y audio. La acústica quedó perfecta. Les hicimos analizar y discutir.

**RN:** *¿Construyeron allí los espacios para Residentes de todo el país?*

**R.S.M.:** Sí. Hicimos también un montón de habitaciones para los médicos becarios del interior. Nos ocupamos personalmente con Ceriani de la distribución, de las camas, de los placares, de la mesa para la computadora, del horno microondas, de los baños, de todo... Hicimos también una habitación y un baño para discapacitados que en el año noventa no se tomaba en cuenta...

**RN:** *¿Recibieron apoyo económico?*

**R.S.M.:** Sí, aparte de que nos apoyaron muchos laboratorios con cifras importantes, (hay una placa con los nombres, en el Centro), pedimos a los socios una colaboración (eran \$50). Los de Capital, lo hicieron en un solo pago y a los del Interior les dimos facilidades extensísimas, un año o dos.

**RN:** *¿Como comienza la Fundación SAP?*

**R.S.M.:** Cuando se crea la Fundación, el Dr. Teodoro Puga me invita a ser miembro fundante con la Sra. de Trócoli, una amiga de ella y el Dr. Jorge Sires (guardo gratisimo recuerdo de Jorgito, un caballero). Significó mucho para mí volver a compartir con él. Cuando se jubilaron Noccetti, Suaje y Sires en el Elizalde, quedé yo solo, siendo que éramos los "Cuatro Mosqueteros". Ese 28 de febrero me sentí muy triste. Los cuatro nos habíamos comprometido con aquel trabajo. Trabajamos entonces con Puga (estábamos los dos en la SAP y en la Fundación.). El todavía era Director Ejecutivo de la Sociedad, después quedó como Presidente de la Fundación y seguimos, siempre, con su empuje. Yo ya venía haciendo Congresos, desde la Tesorería, controlando, monitoreando y entonces se creó una Subcomisión.

Recuerdo que, cuando subió Daniel Beltramo a la presidencia, inmediatamente se transformó en Dirección (más autónoma) y entonces tuve que crear toda la estructura de una Dirección, que es totalmente distinta a una Subcomisión. Fuimos creciendo como Dirección, creamos la revista oficial de Congresos.

**RN:** *¿Es anual?*

**R.S.M.:** Si, sale para todos los médicos con el organigrama completo. Casi siempre con dos años adelan-

tados. Las Jornadas, los Seminarios, los Encuentros, todo depende de la Dirección. Porque quiero tener el año 13 ya cerrado. En menos de un año y medio, dos años, no podés organizarte... Citamos a los Comités, nos reunimos, hacemos designar autoridades según Reglamento. Elevadas las propuestas a la Comisión se nombran Presidente, Secretario Científico y General.

**RN:** *¿Tu hobby?*

**R.S.M.:** Caminar mucho y hacer mis ejercicios diarios. Hace muchos años camino habitualmente. Fumé hasta los cuarenta y dos años. Ahí corté, porque me di cuenta que eso era final. Viví, con un amigo, una experiencia especial. Fuimos a una Jornada de investigación en San Pablo. Paramos en un hotel y había varias vallas para correr. La pileta estaba a 200 metros. Corrimos, (yo fumaba mucho en ese tiempo) y me sacó una ventaja kilométrica (¡en cien metros sesenta!).

Dije: ¡No, no, no. Esto es el cigarrillo y yo creía que estaba bien! Ahí lo dejé. En tres meses lo dejé formalmente. Se terminó. Empecé a caminar y a recuperarme. Caminar, caminar y caminar. Me enseñó mi señora, que es más joven que yo. Leticia, es Nefróloga Pediatra, Profesora Adjunta de la Facultad en la Universidad de Asunción del Paraguay y Jefa del Departamento de Nefrología Pediátrica del Hospital de Clínicas de allá.

El médico que la trajo dijo: "esta Doctora se va a casar en Buenos Aires". ¡Y así fue! Ves, es importante tener una mujer más joven. Tengo que estar en "training".

**RN:** *Se te ve fantástico...*

**R.S.M.:** En este momento camino veinte, veinticinco cuadras. A veces, adrede, camino cinco cuadras para comprar o traer bolsas así levanto algún peso. Es una forma de fortalecer los músculos... "entrenamiento"...

**RN:** *¿Y tu amor por la lectura? ¿Cómo se tienen en la mesa de luz 8 o 10 libros que cambian continuamente?*

**R.S.M.:** ¡Ah! Sí. Leo mucho. Me gusta leer, sobre todo, temas de distintas religiones y de historia. Historia de las diferentes religiones, también por mis ancestros.

**RN:** *¿De qué ascendencia?*

**R.S.M.:** Eran árabes, cristianos ortodoxos, o sea católicos apostólicos ortodoxos. Eran las primitivas religiones cristianas, las nuestras, en realidad de Antioquía, de ahí nació la Iglesia Cristiana. Éramos cuatro hermanos, tres varones y una mujer que nació seis o siete años después. Entonces no nos bautizaban porque esperaban que fueran nuestros obispos. El del bautismo era como hacía Juan Bautista: te sumergen en el agua y nosotros no queríamos...

Igual había que esperar pero en aquel tiempo el Arzobispo no podía llegar tan lejos. Yo jugaba con los chicos del pueblo que eran todos cristianos católicos romanos y le dicen a mi viejo: "Escuchame: nosotros



no podemos seguir así" (porque yo hasta le ayudaba al cura en la iglesia) y él dijo: "Bueno, vamos a bautizarlos por la iglesia Católica Romana". Averiguaron antes si el Sacramento es válido.

**RN:** Pero no tuvieron que sumergirse.

**R.S.M:** No. Nos echaron agua en la cabeza... (se ríe). Hace poco hice un viaje a Medio Oriente. Fui con un gran amigo: el Dr. Roberto Nazr, de Salta.

**RN:** Te vi dialogar animadamente con él en Grecia.

**R.S.M:** Sí, fuimos al Congreso Internacional de Pediatría y de allí pasamos a Turquía y de Turquía a Siria. Fue el viaje de despedida, nos despedimos en el afecto. Murió hace cinco años. Lo pasamos tan bien... un pariente de él, que era guía, nos llevó por toda Siria, recorrimos con la camioneta todos los lugares históricos.

**RN:** Un buen final....

**R.S.M:** Y te cuento el final-final, porque fue una contracción afectiva. Yo llegué con él al lugar de mis orígenes, y me transporté... fue una experiencia única, inolvidable, ya no era yo... Estaba en la tierra de los míos y me sentí... ¡como si el tiempo no existiera!

**RN:** ¿Cuándo coronaste tu "parte médica" como la nombrás?

**R.S.M:** Fui Médico 35 años más o menos. Tuve una intensa vida asistencial, tanto hospitalaria como de consultorio. Atender en el hospital todos los días... Al principio hacía cuatro guardias por semana. Tenía una gran actividad médica y en mi consultorio cuatro tardes por semana regularmente.

Después pasé al Garrahan. Trabajaba ocho horas diarias, imagínate, durante más de 7 años o sea que estaba re-contrá amortizada. Los últimos 3 o 4 años del Garrahan dejé el consultorio porque ya no podía seguir. Había tomado mucho compromiso con la SAP, Congresos y demás...

Me retiré del Hospital porque había una buena propuesta y pensé: "debo hacer otra cosa" y ya estaba bastante preparado. Seguí muy comprometido con la SAP y también con FUNDASAP.

**RN:** Dos vidas profesionales ¿complementarias y a la vez diferentes?

**R.S.M:** Sí. Me sentí muy bien haciendo aquello. Solo paré, en la vida asistencial, y paré bien. No me sentí mal ni nada.

En la Dirección de Congresos y Eventos me gratifica mucho conversar con los colegas. Cada grupo médico de las especialidades es totalmente diferente con sus inquietudes y sus egoísmos. Cada uno tiene su forma, y nos cuesta trabajo, a veces, acomodarlos en los rieles. Cada uno viene con sus ideas que quieren imponer y acá tenemos ciertas normas. Nosotros dependemos

de cosas que nosotros mismos creamos. Creamos la Sociedad. Llegamos a recrearla hace cincuenta años y la Sociedad tiene 100 años. Pero hace 50 años que estamos y entonces la queremos defender. Pero no aceptamos que venga cualquiera con una idea fanática para cambiarla. Acá aprendimos así. Todos nos amoldamos y todo lo que sea en mejoría lo vamos a hacer con mucho gusto.

Ahora las Comisiones Directivas cambian cada dos años, es una nueva experiencia. Dicen que, a veces, la gente se cansa mucho y es cierto.

**RN:** ¿Y los "Nuevos Pediatras"?

**R.S.M.:** Los muchachos que de la Comisión tienen trabajo en distintas partes. Salvo algunas excepciones, la mayoría trabajan en dos lados, Hospital, Sanatorio y "unque" consultorio (tres), "unque" Sociedad (cuatro), "unque" familia (cinco), y entonces la cosa se les complica. En aquel tiempo también hacíamos eso, pero que se yo...

**RN:** El tiempo alcanzaba mejor o la familia aguantaba más...

**R.S.M.:** Me parece que aguantaba más la familia. El Pediatra de hoy no es el Pediatra del tiempo nuestro. Calculá que nosotros nos reuníamos, a pesar de que trabajaba en el Hospital hasta las dos de la tarde y luego me iba al consultorio, hasta las diez, once o doce de la noche, acá en la SAP. Imagínate que hoy el Pediatra no puede hacer eso.

En aquel tiempo también trabajábamos mucho, hoy también los muchachos trabajan mucho, pero tienen otra forma. Antes, por ejemplo, teníamos cursos en la Sociedad, y venían hasta de noche. Han desaparecido los cursos: primero porque ha cambiado mucho la figura exterior. La seguridad, está muy comprometida y además también ahora existen cursos en muchos lugares y por Internet. Los muchachos ahora tienen mucho compromiso y mucho trabajo, como nosotros teníamos antes.

Siempre hice las cosas con mucha satisfacción. Me retiré del consultorio con el deber cumplido. Nunca, te lo digo de corazón, mediqué a nadie incorrectamente (de acuerdo a mi buen saber y entender). Nunca hice ninguna trampa legal con un paciente. Pero nosotros nos sentíamos muy bien. Yo me he sentido siempre muy bien como Médico Pediatra.

A veces bajaba riendo las escaleras del Hospital y alguien, me dijo un día: "Yo no sé porque vos te reís siempre". "Estoy bien" le dije, "que querés que haga, que querés que haga si me siento bien". Yo me sentía bien en el Hospital trabajando y me sentía bien en el consultorio. Tenía mucha gente, muchísima gente. Siempre me sentí bien.

**RN:** Hasta hoy...

**R.S.M.:** ¿Ahora? ¡Ahora me siento más que bien!



# SATISFACCIÓN PROFESIONAL. REGIÓN METROPOLITANA

(Estado de situación)

## A modo de introducción

Sabemos que cuando se efectúa una encuesta, se pretende intentar una averiguación y/o indagación de datos que expresan opiniones personales de los encuestados. Si bien es una “foto” de un momento determinado, sirve, analizando y discutiendo sus resultados, para eventualmente corregir y/o mejorar situaciones pasibles de serlo.

Algunas indagaciones pueden parecer innecesarias y hasta risueñas, pero todo tiene valor en el momento del análisis y sirven para aclarar asuntos que de otra manera no se harían.

La finalidad de presentarles a los integrantes de la Región Metropolitana los “resultados fríos” de esta encuesta es informarlos para que sean conocidos personalmente y motivarlos para que puedan conversarlos, platicarlos y debatirlos colectivamente.

Leonardo Vázquez  
1<sup>er</sup> Director Asociado

## Jornada Nacional de Ejercicio Profesional 5 de Julio de 2012 - SAN JUAN

### Informe sintético de resultados

“Satisfacción profesional de Médicos Pediatras”.  
Septiembre 2011. SAP-UNICEF

**Los datos que se exponen corresponden exclusivamente a los profesionales de la Región Metropolitana.**

### 1. FICHA TÉCNICA

#### Objetivo general de investigación

Obtener información precisa y fundamentada para dar cuenta de las condiciones actuales en las que los médicos pediatras de diferentes puntos del país ejercen su actividad.

#### Objetivos específicos (focos de indagación)

- Satisfacción profesional y factores de estrés-presión.
- Condiciones laborales: honorarios, relación laboral, incentivos-estímulos, proyecciones de carrera, recursos materiales, recursos técnicos, otros, factores de estrés, clima laboral, etc.

- Impacto de satisfacción y condiciones de vida en otros espacios socio-familiares: actividades extra-profesionales, esparcimiento y vinculares, acceso y tipo de uso de tecnologías de información y comunicación.

#### Objetivos secundarios

- Perfiles socio-demográficos de los socios consultados.
- Vínculo con la SAP: antigüedad, tipos de participación, formación-capacitación.

**n total** = 1144 profesionales (todo el país)

**n Región Metropolitana** = 431 profesionales  
(corresponde al 37,6%)

### 2. DESCRIPTORES DE LA MUESTRA

- **Sexo:** Hombres 31%  
Mujeres 69%
- **Edad:** 25 a 34: 23%  
35 a 44: 29%  
45 a 54: 22%  
55 a 64: 17%  
65 o +: 9%

### 3. PERFIL LABORAL-PROFESIONAL

- **Años que se desempeña en su profesión:**  
Menos de 10 años: 30%  
Entre 10 y 20 años: 28%  
Entre 21 y 30 años: 23%  
Más de 30 años: 19%
- **Cantidad de entidades en las que se desempeña:**  
1 entidad: 30%  
Más de 1 entidad: 70%
- **Tipo de entidades en las que se desempeña:**  
Hospitales: 62%  
Consultorios: 53%  
Clínica: 43%
- **Especialidad:** 42%
- **Funciones en las que se desempeña:**  
Consultorio: 77%  
Internación: 45%  
Guardia: 48%  
Docencia: 43%  
Área Crítica: 21%  
Conducción: 19%

Investigación: 18%

Gestión: 15%

- **Personal a cargo:** 49%
- **Certificación profesional:**
  - Ministerio de Salud: 74%
  - Colegios Profesionales: 37%
  - SAP: 50%
  - Otros: 18%

#### 4. CONDICIONES LABORALES

- **Carga horaria:**
  - Promedio horas: 46,66
- **Ingresos:**
  - Salario promedio: \$ 9.282
- **Situación en la que se encuentra:**
  - Efectivo: 61%
  - Honorario: 38%
  - Contrato: 62%
  - Informal: 33%
- **Acceso a cobertura:**
  - Mala Praxis: 87%
  - Obra Social: 71%
  - Jubilación: 76%
  - Medicina Pre paga: 63%

#### 5. SATISFACCIÓN PROFESIONAL (1 a 10)

- **Promedio de satisfacción general:** 6,81
- **Satisfacción con factores para el ejercicio de la actividad:**
  - Calidad de Instalaciones: 6,2
  - Disponibilidad de Insumos: 6,3
  - Clima de Trabajo: 7,4
  - Reconocimiento de la Entidad: 6,3
  - Reconocimiento pares/superiores: 6,9
  - Remuneración salarial: 4,6
  - Disponibilidad RRHH: 5,9
- **Situaciones experimentadas en los últimos 30 días (%):**
  - Cansancio: 88%
  - Presión de Superiores: 71%
  - Maltrato verbal: 46%
  - Maltrato físico: 6%
  - Maltrato Psicológico: 52%
  - Amenaza a la seguridad: 46%
  - Discriminación de género: 14%
- **Sensaciones y sentimientos durante el último mes:**
  - Cansancio: 97%
  - Estrés excesivo: 83%
  - Falta de estímulo: 77%
  - Desgano: 72%
  - Miedo: 44%
  - Compromiso: 95%
  - Entusiasmo: 94%

- **Cumplimiento de aspectos de las condiciones laborales:**
  - Trabajo en Equipo: 83%
  - Haberes en tiempo: 77%
  - Espacio para discusión de pacientes: 66%
  - Espacio para discusión de Grupo de Trabajo: 46%.
- **Expectativas para los próximos 5 años:**
  - Va a mejorar: 29%
  - Igual: 44%
  - Va a empeorar: 28%

#### 6. USO DEL TIEMPO LIBRE

- **Percepción sobre disponibilidad de tiempo libre:**
  - Adecuado: 30%
  - Insuficiente: 70%
- **Actividades realizadas en la última semana:**
  - Tiempo en familia: 92%
  - Con amigos: 60%
  - Leyó 1 libro: 49%
  - Cine/teatro/concierto: 32%
  - Paseo/viaje: 26%
- **Acuerdo con frases según sexo:**
  - Capacidad de separar problemas laborales de personales: 97%
  - Disfruto dedicando muchas horas a mi trabajo: 77%
  - Suficiente tiempo para realizar actividades: 73%
  - Traslado los problemas del trabajo: 61%
- **Horas promedio que duerme al día:** 6.08

#### 7. VÍNCULO CON LA SAP

- **Antigüedad promedio como miembro:** 16,08 años
- **Evaluación de la SAP:**
  - Satisfechos (7 a 10): 77%
  - Insatisfechos (1 a 4): 5%
- **Formas de vínculo:**
  - Congresos: 92%
  - Jornadas/capacitación: 89%
  - Cursos a distancia: 87%
  - Conferencias: 78%
  - Comités: 31
  - Cursos virtuales: 26%
  - Publicaciones: 32%
  - Otras: 29%

#### 8. ACCESO A TECNOLOGÍA

- **Acceso a Internet:**
  - Domicilio: 99%
  - Trabajo: 70%
  - Otros: 39%
- **Posesión de teléfono celular:**
  - Uso particular: 99%
  - Uso laboral: 56%



# HISTORIA DE NUESTROS HOSPITALES

(Espacio creado por el Dr. Juan Luis Marsicovetere)

**Dr. Leonardo Vázquez**

Médico Pediatra

## HOSPITAL RIVADAVIA

El Hospital Rivadavia, heredero del antiguo **Hospital de Mujeres**, es el nosocomio vigente más antiguo del país, fundado en el año 1774 por miembros de la Hermandad de la Santa Caridad de Nuestro Señor Jesucristo.

Este nosocomio que constaba de una sala con trece camas, ubicado a la derecha del **Asilo de Huérfanas** fundado por don Francisco Álvarez Campana en 1755, se encontraba en la actual calle Bartolomé Mitre a metros de la **Iglesia de San Miguel**.

Las tres construcciones fueron realizadas por una congregación de laicos llamada Hermandad de la Santa Caridad de Nuestro Señor Jesucristo, fundada en 1727 por el gaditano Juan Alonso González (futuro bisabuelo del general Belgrano). Y fue un hijo de éste, el R.P. José González Islas, quien realizó los esfuerzos necesarios para concretar el Hospital, constituyéndose además en su primer capellán y administrador. La existencia de esta unidad asistencial vino a llenar un tremendo vacío social, ya que la casa de los frailes bethlemitas o barbudos (Hospital de Belén), albergaba a hombres solamente.

Luego de recibir importantes donaciones del rey de España Carlos III, fruto de la gestión en Madrid del mencionado clérigo, se compraron propiedades vecinas y se edificó por los fondos, saliéndose hacia la calle lateral, sobre la que vino a construirse el frente principal.

Este Hospital tiene una larga historia: fue creciendo gracias a la adquisición de nuevo terrenos con salida a la calle Esmeralda.

En 1822 Bernardino Rivadavia, ministro-secretario de Gobierno del general Martín Rodríguez- provincializó asilo y hospital, dejando el templo en manos del clero secular, tras disolver esa cofradía de tan esforzados varones.

Después del intento de privatizar la administración del instituto, no concretado por inconveniencia económica, este alto funcionario se ocupó tenazmente de su progreso.

Cosa contraria ocurrió en 1838, cuando el gobernador Rosas le quitó el subsidio estatal, argumentando el bloqueo francés, y dejó librada su suerte a la caridad pública, que lo mantuvo deficientemente con su limosna hasta el día de su derrocamiento.

Luego de la batalla de Caseros (Urquiza, 1852), la Sociedad de Beneficencia de la Capital, institución de damas fundada por Rivadavia en 1823, fue restablecida, y se hizo cargo del hospital el 15 de mayo

de ese año, continuando bajo la dependencia de la provincia de Buenos Aires.

Merced a la gestión de esta entidad filantrópica creáse en su seno la primera Maternidad de que se tenga memoria en nuestro medio, que comenzó a funcionar el 10 de diciembre de 1853.

El normal crecimiento demográfico de Buenos Aires, incrementado por las corrientes migratorias, impulsadas por la idea de Alberdi, y en esta Capital acrecentadas luego de la batalla de Pavón (Mitre, 1861), hizo la necesidad de un lugar más espacioso para la atención de las enfermas, dándose entonces el lento proceso de la búsqueda de terrenos apropiados.

Finalmente, el 1º de febrero de 1876, se compraron, en el entonces distante barrio de Palermo, 67.452 varas cuadradas, en las calles Chavango y del Sar (Las Heras y Bustamante actuales), recostadas sobre un viejo arroyo que drenaba las aguas pluviales de una amplia zona, la que llegaba hasta el Once, hoy calle Austria.

Luego de la nacionalización del terreno se hizo la ceremonia de colocación de la piedra fundamental, en diciembre de 1880. Las obras comenzaron el 6 de mayo del año siguiente, bajo la dirección del arquitecto sueco Enrique Aberg, autor de los planos, y se hizo en pabellones de influencia neoclásica, separados por jardines, de acuerdo a modernos cánones europeos que exigían la presencia de cierta superficie libre por paciente internada, a fin de adyugar a una más rápida y segura curación. La parquización fue ejecutada por el primer intendente que tuvo la Capital Federal, don Torcuato de Alvear (período 1882-1886), que donó la botica de su propio peculio y la mantuvo hasta su muerte acaecida en 1890.

El 28 de abril de 1887 el ministro del Interior Eduardo Wilde, médico de nota y destacado escritor, inauguró los palaciegos edificios iluminados por gas, a los que se accedía en vehículos de tracción a sangre, por calles anegadizas. Hasta ahí se trasladaron autoridades, médicos, monjas, enfermeras, personal, enfermos y mobiliario.

El viejo edificio del Hospital de Mujeres de la calle Esmeralda fue transferido a la Asistencia Pública, y décadas más tarde sería demolido para crear la Plaza Roberto Arlt.

La gran mudanza había sido hecha. El gran sueño se había cumplido. Las antiguas construcciones del Centro quedaron para Asistencia Pública, medicina de urgencia y control sanitario de inmigrantes y escolares.

El establecimiento tenía una capacidad de trescientas camas y constaba de cinco pabellones (cuatro para Clínica Médica y Quirúrgica, y otro para Maternidad), además de la Capilla y servicios complementarios como administración, baños, cocina, etc.

Desde entonces los progresos fueron continuados:

- Pequeño Pabellón "Sala de Cirugía" (iniciativa del Dr. Molina), inaugurado en 1893; situado al borde de la barranca, en el lado izquierdo de la Capilla. Fue usado hasta 1903 y posteriormente demolido.

- Pabellón de "Administración y Dirección", en 1894, con Consultorios Externos anexos. El mismo daba cabida a la entrada sobre la calle Bustamante.

- Pabellón "Casa de Sanidad" (antiguo pensionado), abierto en 1895; edificio de la hermosa "Torre del reloj" que da frente al "Patio de Honor".

- Pabellón "de las Hermanas" (hijas de Nuestra Señora del Huerto, con actuación desde 1859). Data de 1898 y apoya sobre Bustamante. Actualmente dedicado a Depósito.

- Pabellón "Siglo XIX" (para tuberculosas), inaugurado en 1893 para aislamiento de las enfermas de esta patología, quienes eran albergadas hasta entonces en Clínica Médica. Cumplió esta función hasta 1913, llamándose Pabellón "Olivera", luego de algunas reformas. En la actualidad da cabida al Servicio de Ginecología.

- Pabellón "Cobo", donado por la familia de este apellido. Está dedicado a la Cirugía. Se libró al uso en 1908.

- Pabellón de "Laboratorio y Anfiteatro (de Anatomía Patológica)", acabado en 1908, ubicado cerca del actual servicio de Terapia Radiante. Fue demolido en su oportunidad.

- "Galería de cristales", construida en 1912 en el Pabellón de Administración. Constituyó más bien una remodelación de la entrada sobre Bustamante, efectuada en razón del cambio de nivel de la calzada,

que se hizo menos empinada.

- Dos pabellones para "Instituto de Maternidad" sobre Las Heras y Gallo (hoy Austria), inaugurados en 1928 y 1930 respectivamente. En este último año se independizaron del Hospital, reintegrándose al mismo recién en 1968.

- Pabellón de "Laboratorio Central" (incluyendo la Anatomía Patológica), finalizado en 1928. Se edificó con un legado del señor Federico Garrigós.

- Pabellón de "Consultorios Externos y Pensionistas" (1934): en actual posesión del CEMIC. Los pisos superiores, dedicados a la internación, fueron cedidos en uso por un Decreto de 1965, siendo ocupados los Consultorios Externos de la planta baja dos años después, por Resolución ministerial.

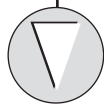
El 7 de setiembre de 1946 el Poder Ejecutivo Nacional intervino la Sociedad de Beneficencia, pasando a depender poco tiempo después del Ministerio de Salud Pública. Con esto cesó la actividad de las damas de Caridad al frente del Hospital y se produjo un prolongado período de decadencia.

Tras un breve lapso de administración comunal, en 1981, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires retomó, de manos de la Nación, las funciones rectoras, en junio de 1992, ocurriendo la subordinación al Gobierno autónomo de la Ciudad al producirse un importante cambio institucional, en 1996, derivado de las enmiendas a la Constitución Nacional.

El Museo nace en 1987, creado por el Dr. Rodio Raíces como un depósito de tesoros, es decir, de cosas nobles. Este sitio nació por la necesidad de preservar el valioso material acopiado a través del tiempo.

#### **Bibliografía**

- Wikipedia.
- AMMHR (pág. Web).
- Historia del Hospital Rivadavia; Dr. Rodio Raíces.



## **SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA. REGIÓN METROPOLITANA**

### **X JORNADAS REGIÓN METROPOLITANA "Errores en la Práctica Pediátrica"**

**Fecha:** 19 y 20 de Abril de 2013

**Lugar:** Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica "Dr. Carlos A. Gianantonio"

Participación de miembros de los Comités de la SAP, Grupos de Trabajo de la Región Metropolitana e Invitados especiales.

**Modalidad:** Mesas Interactivas - Mesas Redondas - Conferencias.



## BECAS DE PERFECCIONAMIENTO

A partir de este número de *Noticias Metropolitanas*, presentaremos resúmenes de trabajos realizados con becas de perfeccionamiento otorgadas por la Sociedad Argentina de Pediatría, durante el año 2011.

**Los Editores**

### **Atención Integral de la salud los adolescentes: relación entre estructuras familiares y posibles patologías**

**Dra. María Copello**

#### **Introducción**

La adolescencia es un fenómeno psicosociocultural que va aunado a los fenómenos biológicos de la pubertad. Los adolescentes se enferman poco, no obstante, muchos de los hábitos perjudiciales para la salud que provocarán morbilidad o mortalidad durante la edad adulta, son hábitos que se adquieren en este período (Schutt-Aine, 2003).

Las principales causas de enfermedad y de los riesgos que los adolescentes enfrentan en este período están vinculadas a sus estilos de vida y a sus características socio familiares.<sup>1</sup>

#### **Objetivos**

Describir la relación de las estructuras familiares y las características sociales con las posibles patologías, a través de una atención integral de la salud de los adolescentes.

#### **Material y métodos**

El siguiente trabajo se llevó a cabo en el marco del programa de Becas de Perfeccionamiento de la Sociedad Argentina de Pediatría. Es un estudio observacional de corte transversal. Se realizó en el consultorio externo de adolescencia del Hospital Pirovano, entre los meses de abril y noviembre de 2011. La unidad de análisis fueron los pacientes entre 13 y 19 años que concurren de forma espontánea al consultorio. Los criterios de inclusión fueron: la edad y la capacidad de responder a una encuesta autoadministrada. Los pacientes incluidos respondieron un cuestionario, llamado El Inventario de Síntomas SCL-90-R (L. Derogatis). Éste consta de 90 preguntas relacionadas con la autopercepción de diferentes aspectos biopsicosocofamiliares. Cada uno de los 90 ítems del Inventario se categorizaron con una escala de cinco puntos entre 0 (puntaje mínimo) y 4 (puntaje máximo). Se los evaluó e interpretó en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico.

#### **Resultados**

De las 260 encuestas procesadas, 74% eran mujeres y 26% varones. La edad promedio en el total de la

población fue de 15,5 años. El 79% eran argentinos, el 21% provenientes de países limítrofes.

En cuanto al lugar de residencia, la relación Ciudad Autónoma de Buenos Aires y conurbano bonaerense era de 1:1.

#### **Educación**

El 83% de la población estudiaba, de los cuales el 43,5% cursaba el secundario acorde a edad. Del total de la población estudiada el 36% fue repetidor. El 10% se encontraba con secundario incompleto debido a deserción escolar. Sólo el 5% habían completado estudios secundarios.

#### **Estado civil**

El 97% estaban solteros. El 25% tenía pareja estable.

#### **Características familiares**

Del total de los adolescentes el 66,8% vivía con su familia nuclear (integrada por una pareja o uno de sus miembros con o sin hijos), de éstas 38,3% eran biparentales, 27% monoparentales.

El 25% eran familias ampliadas (integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y otros integrantes, parientes o no) y el 7% correspondió a familias ensambladas (en donde un progenitor forma nueva pareja y conviven con los hijos de uno u otro y/o ambos).

El 40% de los adolescentes encuestados presentaban una situación familiar que les era desfavorable (madre, padre y/o hermano fallecido, padres y/o hermanos en país de origen, algunos no conocían a sus papás, otros tenían poco contacto con algún progenitor o directamente no lo tenían).

#### **Situación laboral**

El 10,7% ni trabajaba ni estudiaba.

De los 46 adolescentes que sí trabajaban, 24 también estudiaba. El 82% no trabajaba.

#### **Tiempo libre**

El 28% hacía deporte. El 39% de los 188 adolescentes que no realizaban actividad deportiva, tampoco contaban con educación física en el colegio.

El promedio de horas de TV fue de 3 horas/día (rango entre 1 a 10).

En el uso de la computadora el rango se extendía de media hora a 12 horas por día. El 6% no miraba televisión ni usaba la computadora.

### **Hábitos de consumo**

El 11% consumía tabaco, el 7% refirió haber tenido contacto con drogas. El 33% consumía alcohol.

### **Motivo de consulta**

Si categorizamos los motivos de consulta, 80% fueron orgánicos y 20% sindrómicos. El motivo de consulta más frecuente fue el control de salud (27%), incluyendo dentro de éstos, por orden descendente de frecuencia, a los controles de salud espontáneos, la asignación universal por hijo y los aptos físicos. Le siguieron las algias (20%), englobando cefalea, dolor torácico, dolor de espalda, dolor abdominal, dolor articular y de miembros inferiores. En tercer lugar se ubicaba la patología respiratoria (18%).

### **Inventario de síntomas**

Al evaluar los resultados de las encuestas autoadministradas, encontramos que el 35% (90) de los adolescentes presentaban factores de riesgo en algunas de las dimensiones primarias y/o en los índices globales de malestar psicológico. El 15% se encontraba libre de síntomas, esto puede indicar una tendencia a mostrarse exageradamente sin sintomatología. El 3% se ubicaron en el extremo opuesto, de exageración y/o dramatización de su sintomatología. Las dimensiones en las cuales presentaron factores de riesgo, por orden de mayor frecuencia fueron: **somatización, fobia, psicoticismo, obsesión, depresión y paranoia, ansiedad, sensibilidad interpersonal** y por último **hostilidad**.

### **Perfil de la población con factores de riesgo**

De los 90 pacientes que presentaron factores de riesgo encontramos que: el 63% era de sexo femenino, el 23% presentó un motivo de consulta que correspondía a la categoría sindrómica, el 23% no estudiaba, de éstos el 11% tampoco trabajaba y el 37% (33) había repetido. Con respecto a las características familiares el 36% pertenecía a una familia nuclear biparental, el 29% a una familia ampliada y el 22% a una nuclear monoparental. El 46% (41) presentaba una situación familiar desfavorable.

Si analizamos los 41 adolescentes que presentaron **factores de riesgo y situación familiar desfavorable** encontramos que: el 66% era de sexo femenino, el 19,5% no estudiaba, el 7% no estudiaba ni trabajaba, el 54% no practicaba deporte. El 50% de las familias nucleares sin padres se encontraban dentro de este grupo de pacientes como así también el 10% de la población que refirió algún contacto con drogas. El 24% presentó un motivo de consulta correspondiente a la categoría sindrómica, apareciendo las algias, en el primer lugar. La situación desfavorable más frecuentemente descripta (34%) fue el no tener contacto con alguno de sus progenitores.

**Discusión:** Llama la atención la cantidad de familias monoparentales que se obtuvo de la población estudiada, como así también los adolescentes que presentaron alguna situación familiar desfavorable.

Es muy importante la proporción de repetidores. Si se relacionan los datos de los pacientes con situación familiar desfavorable y su situación educacional, el 46% de los mismos, no se encontraban cursando sus estudios acorde a su edad (o bien repitieron o habían abandonado sus estudios).

La mayoría de las respuestas sobre la actividad física fueron negativas, a pesar de contar con educación física en la escuela. Es muy importante la cantidad de horas de pantalla que consumían.

Los motivos de consulta fueron de los más variados, el principal fue el control de salud, superando los controles obligatorios (por asignación familiar u apto físico escolar) a los espontáneos. El segundo motivo de consulta más frecuente fueron las algias, predominando dentro de la población que presentaba factores de riesgo. Fue alto el porcentaje de pacientes que presentaban factores de riesgo y situación familiar desfavorable.

Es de destacar la cantidad de pacientes "libres de síntomas", tendencia a mostrarse exageradamente sin sintomatología. Al principio coincidía que eso pasaba con los chicos de menor rango etario pero luego sucedió con todas las edades.

Como lo describe la bibliografía, son las mujeres las que presentan con mayor frecuencia sintomatología en el área de somatizaciones, también reflejado en la población estudiada.

### **Conclusión**

Con éste trabajo se indagó más profundamente aspectos sociofamiliares de la población atendida, haciendo hincapié no sólo en las estructuras familiares, sino también en sus relaciones sociales, sus hábitos de consumo, el uso del tiempo libre y se relacionaron todas éstas características con el motivo de consulta y la sintomatología del paciente.

### **Agradecimientos**

A la Dra. Silvia Cook y la Dra. Stella Maris Zanone.

### **Bibliografía:**

- *Organización Panamericana de la Salud, IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington, D.C. OPS, 2005.*
- *Miklaski G, Carpineta M, Escobar J. El adolescente y su tiempo libre. Programa de Actualización Abordaje Integral del Adolescente. Facultad de Medicina Virtual, UBA. 2011, Módulo 2, capítulo 3: 1-8.*
- *María Martina Casullo, Marcelo Pérez. El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis, Adaptación UBA. CONICET. 1999/2008:1-12.*



# GASTO EN SALUD Y REDES DE SERVICIO EN ARGENTINA

Dr. José Luis Cervetto

Médico Pediatra

El **gasto en salud** en la República Argentina es mayor que el de muchos países de Latinoamérica sin embargo los indicadores de salud nos sitúan por debajo del nivel de muchos de ellos, ¿cuales son los motivos de esta verdadera inequidad?

En primer lugar analizaremos qué significa gasto en salud. Involucra como gasto a toda erogación que tenga como finalidad la cobertura de salud, esto incluye:

- Los gastos de los gobiernos nacional, provincial, municipal tanto sea de características preventivas, curativas, programas específicos, administración e infraestructura.
- El gasto de la Seguridad Social tanto sea nacional como provincial y de otras jurisdicciones (por ejemplo, las Fuerzas Armadas) en prestaciones médico-asistenciales.
- El gasto privado o desembolso directo de las personas, tanto sea en bienes o servicios para la salud.

En cuanto al gasto público en Argentina es del 55%, muy cercano al de Colombia, mientras en Uruguay es del 20,3% y en ciertos países de Europa el rango del Gasto Público va desde un 57,1% para Italia hasta un 96,9% para Reino Unido. También debemos tener en cuenta que en nuestro país existen subsidios indirectos del subsector público al privado y al de la seguridad social.

Argentina es el país de América Latina que más gasta en salud si consideramos valores per cápita y uno de los que más gasta en relación a su riqueza; los argentinos destinan a salud una porción de su riqueza equivalente a la que destinan los canadienses pero con muchos peores resultados. En la Argentina, según datos del Banco Mundial, se destinan anualmente 658 dólares por habitante para la atención de la salud; la cifra es una de las más altas de América Latina y llega a triplicar la de países con un grado de desarrollo económico similar.

No obstante, el país mantiene una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años que va del 7 por mil en la Ciudad de Buenos Aires llegando al 14 por mil en algunas provincias con un promedio para el total país en 2008 de 12,5 por mil (INDEC), lo que llega casi a duplicar la de algunos países que gastan menos, como Chile (336 dólares por habitante) o Brasil (267 dólares por habitante), cuyas tasas de mortalidad infantil son del 7 y el 10 por mil, respectivamente.

Esto ocurre por la heterogeneidad y fragmentación del sistema de salud en Argentina lo cual configura un cuadro muy variado de niveles de cobertura y accesibilidad a los servicios de salud.

En el sistema de salud argentino se superponen tres subsistemas: el público nacional, provincial y municipal, que representa un 2,7% del PBI; el de la Seguridad Social, que significa un 3,6% del Producto (obras sociales sindicales y PAMI) y el netamente privado (empresas de medicina prepaga, clínicas) con una participación del 3,3% del PBI. Todo esto con poco o ningún grado de interrelación entre ellos.

Desde hace tiempo los gobiernos están intentado implementar en Argentina la Estrategia de Atención Primaria de la Salud la cual se basa en la coordinación mediante la integración del Primer, Segundo y Tercer nivel formando

Redes por niveles de complejidad que permitan la circulación de los pacientes en base a su patología, fortaleciendo inicialmente el desarrollo y jerarquización del primer nivel. Dicha estrategia enfatiza en la articulación de objetivos, acciones y recursos entre las instituciones más que en el rol cumplido de forma independiente por cada una de ellas, para ello deben cumplirse ciertos requisitos:

**RED DE SERVICIOS:** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia

**REFERENCIA:** envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

**CONTRARREFERENCIA:** es la respuesta que el prestador de servicios de salud, receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Esta es una de las graves fallas de nuestro sistema público de salud, las derivaciones se realizan en base a la buena voluntad de quien recibe y no mediante un sistema organizado donde cada actor conoce su lugar específico de derivación y muchas veces los pacientes deambulan en el mejor de los casos en una ambulancia y en otros directamente en medios públicos de transporte o a pie buscando la resolución de sus problemas.

No existe una planilla predeterminada que deba ser obligatoriamente llenada para derivar del Primer al Segundo o Tercer nivel y en la mayoría de los casos se limita a una nota en un recetario. Asimismo cuando el paciente debe regresar del Segundo o Tercer nivel al CAPS depende de la buena voluntad de quien ejecuta el alta el llenar una epicrisis con todos los datos de la internación y/o los resultados de los exámenes realizados.

No existe una cultura organizacional del personal de los efectores de salud (CAPS y Hospitales) que sirva de sustento al funcionamiento en red. Más bien, aparecen visiones diferentes y descalificaciones mutuas entre el personal del 1° y 2° y 3° nivel, sobre el rol que cada uno debería tener en la Red.

En muy escasos establecimientos existen oficinas encargadas de referencia y contrarreferencia mientras que en los Municipios, Hospitales y Servicios de Área Programática los que funcionan lo hacen con graves problemas en la implementación.

Para hacerlo eficiente, debería consensuarse:

- Una Propuesta Nacional de Redes de Servicio, cuyos lineamientos generales se deberían generar por consenso en los COFESA (Consejo Federal de Salud); esto sería parte de la función de Rectoría del Ministerio de Salud de Nación.



- Una legislación, resolución, reglamentación, o normatización que respalde la Red de Servicios y el funcionamiento de la Referencia y Contrarreferencia.
- Una Regionalización ó Zonificación que respete la lógica de la división política de las provincias, agrupando Departamentos, Municipios y/o Comunas.
- La categorización de todos los Establecimientos de Salud Públicos, nacionales, provinciales y municipales.
- Un Proyecto de Redes de Servicio convocante, construido con todos los actores necesarios para su viabilidad administrativa, técnica y política. A través de una formulación basada en la Planificación Estratégica. Éste a su vez, debería respetar las redes existentes, aprovechando la experiencia empírica de los actores.
- Debería definirse el Área Programática y de Influencia de todos los efectores y sus servicios disponibles de acuerdo al rol que le corresponda en la Red.
- Establecer normas claras de procedimientos administrativos, flujo de pacientes, comunicación, traslado, formularios de referencia y contrarreferencia, registros estadísticos

que permitan el monitoreo y la evaluación de la gestión de la Red. Además, normas y criterios de clasificación de los pacientes, protocolos de diagnóstico y tratamiento de los problemas en todos los niveles, disponibles para todos los miembros del equipo de salud.

- Garantizar los medios de comunicación y los medios de transporte.

Por último, consideramos que sería necesaria la incorporación de la tecnología informática: adquisición de los equipos (hardware), el desarrollo de un software, así como también el contar con personal para la carga, capacitación del personal y mantenimiento de la red informática.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Ventura Graciela, Montiel Leticia, Falbo Rodrigo, Tobar Federico. *El Gasto en Salud en Argentina y su Método Instituto Universitario 2000.*
- Anigstein Carlos. *Medicina y Sociedad. Revista trimestral (ISSN 1669-7782) 2009;28(3).*



## JORNADA INTERDISCIPLINARIA EN AVELLANEDA

### “VIOLENCIA EN LA NIÑEZ. ESTRATEGIAS LOCALES DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO”

#### ORGANIZA:

- Secretaría de Salud de la MUNICIPALIDAD DE AVELLANEDA
- EDUCACIÓN: Jefatura Distrital Avellaneda
- Región Metropolitana de la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

**DESTINADA A:** docentes, psicólogos, asistentes sociales, médicos, abogados, agentes comunitarios, etc.

**FECHA:** Se realizará el día viernes 28 de septiembre de 2012, de 8 hs. a 13 hs.,

**LUGAR:** Auditorio “José Rodríguez Fauré”, situado en Av. Hipólito Yrigoyen 355, Avellaneda.  
(Junto a estación Avellaneda). Jornada no arancelada

#### OBJETIVOS:

Ante este tema de actualidad social y de delicado abordaje, en esta Jornada se propone exponer los aspectos legales y clínicos y las experiencias de articulación interdisciplinaria en territorio, con el fin de fomentar, desde las distintas áreas de trabajo (educación, salud, comunidad) la prevención de la violencia infanto-juvenil.

#### TEMAS A DESARROLLAR:

- Aspectos legales de la violencia infanto-juvenil.
- Abordaje clínico de la violencia infanto-juvenil.
- Experiencia de articulación intersectorial en territorio.

#### DISERTANTES:

- Dr. ATILIO ALVAREZ (Abogado y ex juez de menores)
- Dr. JAVIER INDART (Médico pediatra, Jefe del servicio de violencia familiar, Htal. Pedro de Elizalde).
- Lic. MÓNICA AMEIJERAS (Psicóloga, equipo APAVyAS).
- Lic. ALICIA COZZI (Psicóloga, equipo APAVyAS).
- Dra. ALEJANDRA SOBRADO (Abogada, responsable del Servicio Zonal).
- Dra. CRISTINA BOTTINI (Psiquiatra infantil, Htal. Fiorito, de Avellaneda).
- Lic. GABRIELA LERIÑO (Inspectora de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social).



### 1) TRATAMIENTO DE LA AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA CON AMOXICILINA UNA VEZ AL DÍA: METAANÁLISIS

**Introducción:** El objetivo de la presente revisión sistemática es determinar si el tratamiento antibiótico de la faringoamigdalitis estreptocócica con una dosis diaria de amoxicilina tiene una eficacia similar a otras posologías (cada 8 o 12h) del mismo antibiótico o de penicilina V.

**Material y métodos:** Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios (ECA), que compararan amoxicilina (1 dosis/día) frente a otras posologías de amoxicilina (cada 8-12h) o penicilina V (cada 6, 8 o 12h). *Bases de datos y buscadores consultados:* Medline, Central, EMBASE y Google Académico. Los resultados se combinaron estimándose la diferencia de riesgos ponderada (DR). Se midió la eficacia del tratamiento por la negativización de cultivo orofaríngeo previamente positivo a estreptococo del grupo A a los 14-21 días (bajo una hipótesis de no inferioridad, considerando como tal que el límite superior del intervalo de confianza del 95% [IC del 95%] de la DR no supere el 10%) y la recaída clínica a los 10-21 días.

Los resultados se combinaron siguiendo un modelo de efectos fijos o aleatorios según existiera o no heterogeneidad.

**Resultados:** Cumplieron los criterios de selección 4 ECA con 1.314 participantes (657 recibieron amoxicilina 1 vez/día y 657 otros antibióticos o posologías): a) cultivo positivo para cualquier estreptococo (14-21 días, 4 ECA): DR: -0,5% (IC del 95%, -5,1% a 4,2%); b) persistencia del mismo serotipo (14-21 días, 3 ECA): DR: 0,32% (IC del 95%, -3,1% a 3,7%); c) recaída clínica (10-21 días, 2 ECA): DR: 1,7% (IC del 95%, -1,9% a 5,4%); d) efectos adversos (4 ECA): DR: -0,39% (IC del 95%, -1,5% a 6,8%).

No existieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las comparaciones realizadas.

**Conclusiones:** La amoxicilina, administrada en una sola dosis diaria, no es inferior a otras posologías del mismo antibiótico o de penicilina V. Estos resultados son importantes ya que pueden facilitar el cumplimiento terapéutico.

*Llerena Santa Cruz ED, Buñuel Álvarez JC, Porcar Farrán D, Solà Pou J, Fortea Gimeno E, Cortés Marina RB, Mayol Canals L. An Pediatr (Barc). 2011;75(5):298-306.*

### 2) OXIMETRÍA DE PULSO EN LA DETECCIÓN DE DEFECTOS CARDÍACOS CONGÉNITOS EN LOS RECIÉN NACIDOS ASINTOMÁTICOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS

La búsqueda de defectos congénitos del corazón en los bebés recién nacidos asintomáticos, puede ayudar en la detección temprana, con la perspectiva de un mejor resultado.

Evaluamos a la oximetría de pulso como un método de cribado para la detección de cardiopatías congénitas.

**Métodos:** En esta revisión sistemática, se hicieron búsquedas en Medline (1951-2011), Embase (1974-2011), Cochrane Library (2011) y SCISEARCH (1974-2011) para las citas pertinentes, sin restricción de idioma. Se seleccionaron los estudios que evaluaron la exactitud de la oximetría de pulso para la detección de importantes defectos cardíacos congénitos en los recién nacidos asintomáticos.

Dos revisores seleccionaron los estudios que cumplieron con los criterios predefinidos para la población, las pruebas y los resultados. Se calculó sensibilidad, especificidad y los IC del 95% de los estudios individuales.

Un operativo jerárquico curva ROC fue equipado para generar las estimaciones de resumen de sensibilidad y especificidad con un modelo de efectos aleatorios.

**Resultados:** Se seleccionaron 552 estudios y se identificaron 13 estudios elegibles con los datos de 229.421 recién nacidos. La sensibilidad global de la oximetría de pulso para la detección de importantes defectos congénitos del corazón fue de 76,5% (IC 95%: 67,7-83,5). La especificidad fue del 99,9% (99,7-99,9), con una tasa de falsos positivos de 0,14% (0,06 -0 · 33). La tasa de falsos positivos para la detección de importantes defectos congénitos del corazón, era más baja en la oximetría de pulso del recién nacido realizada después de 24 horas del nacimiento, que cuando se hizo antes de las 24 h

(0,05% [0,02-0,12] frente a 0,50 [0,29-0,86], p = 0,0017).

**Interpretación:** La oximetría de pulso es altamente específica para la detección de importantes defectos congénitos del corazón con una sensibilidad moderada, que cumpla los criterios para el cribado universal.

**Financiamiento:** Ninguno.

Thangaratinam S, Brown K, Zamora J, Prof. Khalid Khan, Ewer AK.

*The Lancet*, publicación avanzada en Internet, 02 de mayo 2012. doi: 10.1016/S0140-6736 (12) 60107-X.

---

## Adendum

*“Todos tus intentos son un éxito, unas veces ganas y otras aprendes”*

**Mahatma Gandhi**

---

---

# Neumocort + Aeromed

budesonide 200 mcg

El broncoespasmo  
es solo la punta del iceberg



El antiinflamatorio tópico inhalado  
más utilizado, en **1 dosis diaria**

**Indicaciones:**

Tratamiento del asma bronquial crónica: el uso regular permite controlar la inflamación crónica de las vías aéreas, controla los síntomas del asma, reduce la frecuencia de las exacerbaciones asmáticas y la hiperreactividad de las vías aéreas.

**Presentación:**

Aerosol con válvula dosificadora, conteniendo 200 dosis de 200 mcg, con espaciador AEROMED

  
**Cassará**

Vocación científica. Compromiso social.

# PORQUE EL BRONCOESPASMO ES SOLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Es fundamental un buen INICIO



## 1 Flutivent + Aeromed Tratamiento inicial

### SALMETEROL

Control sintomático y funcional

Rápido aumento del calibre bronquial.  
Disminución de la hiperreactividad bronquial.  
Aumento del flujo espiratorio.  
Rápido aumento del % de días y noches sin síntomas.

BRONCOESPASMO  
CRISIS ASMÁTICA  
TOS SIBILANCAS  
HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL

Para lograr un buen TRATAMIENTO DE BASE

### FLUTICASONA

Control antiinflamatorio

Disminución del óxido nítrico y su síntesis  
Disminución de mediadores inflamatorios  
Estabilización de mastocitos  
Disminución de eosinófilos

REMODELACION  
MODIFICACION DEL TEJIDO CONECTIVO  
MODIFICACION DEL MUSCULO LISO  
LIBERACION DE MEDIADORES INFLAMATORIOS  
DESGRANULACION MASTOCITARIA  
INFILTRACION EOSINOFILICA  
PREDOMINIO DE ACTIVACION LINFOCITOS TH

## 2 Neumocort o Fluticort

Control antiinflamatorio

Tratamiento de base

BUDESONIDE o FLUTICASONA

Prevención del broncoespasmo y demás síntomas del asma  
Prevención del deterioro de la función pulmonar  
Control de hiperreactividad bronquial  
Control del óxido nítrico y su síntesis  
Control de mediadores inflamatorios  
Estabilización de mastocitos  
Estabilización de eosinófilos

  
**Cassará**

Vocación científica. Compromiso social.