

INNOVA

SALUD DIGITAL

Número 8 - Noviembre 2022

**Fabia
Tetteroo-
Bueno**

Entrevista con
la primera
mujer que
dirige Philips
en América
Latina

**¿La Salud Digital
es diversa?**

#InnovarDesdeLaDiversidad

**JIS Go Live
2022**

Sea protagonista de
la Transformación

Diversidad e inclusión en Salud Digital

Innova Salud Digital entiende que hay que continuar el cambio de paradigma en la Informática en Salud, incorporar miradas nuevas, diversas, integradoras para avanzar y mejorar la calidad de los productos y servicios y el acceso de todas las personas a la salud. Grandes análisis en esta edición.



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

SUMARIO

Revista Innova
Salud Digital
Número 8 - Noviembre 2022

pag 6 *La telefarmacia hospitalaria, una iniciativa de innovación*

pag 10 *Decisiones basadas en datos: cuando la eficiencia se pone al servicio de la excelencia y la inclusión*

pag 20 *Reflexionando Colectivamente: ¿La Salud Digital es diversa?*

pag 26 *Fabia Tetteroo-Bueno: "Si el techo es de vidrio podemos quebrarlo"*

pag 44 *Diversidad en Salud Digital: Protagonistas de la transformación*

pág 56 *La campaña de la OPS para ayudar a las Américas a reducir el consumo de alcohol*

pág 64 *La seguridad cibernética es fundamental para una recuperación económica que funcione para todos*

En cada edición conocemos un poco más al equipo de Innova:



Denise Levi

Psicóloga especialista en sistemas de información en salud. Actualmente trabaja en procesos de transformación cultural y salud digital en el Ministerio de Salud de CABA. Miembro fundadora de la agrupación Diversidad en Salud Digital.

Melanie Cassarino

Licenciada en Enfermería (UBA), Magíster en Informática en Salud (IUH). Realizó la Residencia de Informática en Salud en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Actualmente trabaja en el Área de Informática en Salud de la Gerencia de Sistemas del Instituto Alexander Fleming, donde ejerce el rol de jefa del área. También es parte del grupo Diversidad en Salud Digital.



Giuliana Colussi



Licenciada en Sociología y profesora de Sociología. Magíster en Informática en Salud. Graduada de la Residencia de Informática en Salud en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Actualmente trabaja en el Instituto Alexander Fleming en el equipo de Informática en Salud, principalmente en proyectos vinculados a los sistemas orientados a pacientes. También es docente de las materias Evaluación e Investigación y Taller de Trabajo Final en la Maestría de Informática en Salud, forma parte del grupo Diversidad en Salud Digital.

Agustina Briatore

Pediatra y especialista en informática en salud. Se dedica al diseño de servicios y creación de contenidos en salud. Tiene pasión por gestionar equipos, el cambio tecnológico y por utilizar la tecnología como motor de cambio social. Es una deportista convertida en nerd por lo cual la comunicación, colaboración y contribución son su filosofía para el trabajo y para la vida. Tiene especial interés en la intersección entre infancias, adolescencias, tecnología y derechos humanos. Sus aspiraciones son colectivas y forma parte del grupo Diversidad en Salud Digital.



Revista Innova Salud Digital

Número 8 - Noviembre 2022

Director editorial:
Daniel Luna

Comité editorial:
Sonia Benítez y Paula Otero

Coordinación editorial:
Andrea Manjón y Cristian Ruiz

Editora:
Graciela Fernandez

Desarrollo comercial:
Alina Arcidiacono

Relaciones públicas:
Julián Lapuerta

Arte y Diseño:
Cintia Alvarez y Natalia D'Alessandro

Colaboraron en esta edición:
Bruno Aredes; Yulián Battellini;
Fernando Campos; Santiago De
Matos Lima; Julieta Díaz Vélez; Mara
Fernández; Gerencia de Comuni-
cación Institucional; Analía González;
Julián Lapuerta Santos; Mariela
Leikam; Maia Luna; Jessica Niz; Yoia
Nuñez; Carlos Otero; Luciano Tourn.

"Innova Salud Digital" ISSN
2718- 8043 es una revista digital
editada por el Departamento de
Informática en Salud del Hospital
Italiano de Buenos Aires. Tte. Gral.
Juan Domingo Perón 4190, C.A.B.A.
Código Postal: C1199ABB. Tel.
(54 11) 4959-0200.

Las opiniones y puntos de vista
expresados en los artículos son
responsabilidad exclusiva del autor
(es) y no necesariamente repre-
sentan las opiniones, políticas o
adherencia teórica particular de la
Sociedad Italiana de Beneficencia
en Buenos Aires, como tampoco de
sus unidades académicas, departa-
mentos o personal. Se declara tam-
bién que se deslinda a la Sociedad
Italiana de Beneficencia en Buenos
Aires de toda responsabilidad y com-
promiso sobre el contenido.

Aportes, comentarios, opiniones,
críticas, sugerencias y elogios se
reciben en la dirección de email:
innova.saluddigital@hospitalitaliano.org.ar

PHILIPS

DELL
Technologies

aws


avalian
COBERTURA MÉDICA

Johnson & Johnson

Instituto Universitario
Hospital Italiano

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires
Departamento
de Informática en Salud

HL7
Argentina 

Google Cloud


APRAFUL
GESTIÓN EN SALUD


SNOMED
International
Leading healthcare
terminology, worldwide


integra IT

Diversidad + inclusión

Hace algún tiempo, cuando organizábamos las Jornadas de Informática en Salud de ese año, me llegó la propuesta de realizar un conversatorio sobre Diversidad. Impulsado por un grupo de residentes provenientes de distintas disciplinas, el planteo de abordar el tema desde la perspectiva de la salud digital resultaba novedoso y a la vez muy necesario. Tres años después, además de tener un espacio destacado en Innova, en esta edición de JIS Go Live 2022, se transformó en Simposio.

La problemática de la diversidad ha resonado mucho en los últimos años en las agendas culturales, políticas y sociales. Los reclamos por reconocimientos y la lucha por los derechos de colectivos diversos en toda la región, la impulsan, visibilizan y propician el recorrido hacia un cambio de paradigma. No obstante, creo que la temática debe ampliarse no solo en el reconocimiento del otro, sino a trabajar en su inclusión. Por ello, quizás con más interrogantes que respuestas, en esta edición de la revista tomamos ambos conceptos como eje central.

Como en otros ámbitos de la vida, en el campo de la salud y particularmente en los sistemas de información, se abre una ventana de oportunidad para aportar en la diversidad y sobre todo en la inclusión, basados en el respeto de los derechos humanos, la interculturalidad, la accesibilidad para personas con discapacidad y la igualdad de género.

Por otra parte, otro de los temas que abordamos tiene que ver con Telefarmacia como respuesta innovadora en la búsqueda de nuevos modelos asistenciales que respondan a las características sociosanitarias actuales marcadas por el en-

vejecimiento poblacional y la cronicidad. Además reflexionamos sobre la importancia de los datos para la toma de decisiones clínicas, así como también, sobre los desafíos que plantean las herramientas de big data en cuanto a la validez y los aspectos sociales de los diversos contextos de actuación profesional. Estas notas me enorgullecen particularmente porque surgen de producciones editoriales provenientes de residentes de nuestro Departamento.

No me queda más que invitarlos, una vez más, a las XVII Jornadas de Informática en Salud, que en esta oportunidad tendrán un formato híbrido: 2 y 3 de noviembre de manera virtual, y el 4 de noviembre volvemos a la presencialidad con un evento en el Palacio San Miguel de Buenos Aires, en el que habrá distintas instancias de encuentros con expertos, networking, espacios de sponsors, experiencias auspiciadas, realidad virtual y aumentada, entre otras.

Para finalizar, felicitar a todo el equipo de trabajo que organiza las Jornadas, sin dudas, el evento de Salud Digital más importante por estos tiempos.

**Dr. Daniel LUNA**

Director editorial.

Jefe de Departamento de Informática en Salud
Hospital Italiano de Buenos Aires @InformaticaHIBA @InformaticaHIBA /InformaticaHIBA /InformaticaenSalud innova.saluddigital@hospitalitaliano.org.ar



La telefarmacia hospitalaria, una iniciativa de innovación

El actual paradigma sociosanitario, marcado por el envejecimiento, la dependencia y la cronicidad, invita a la búsqueda de nuevos modelos asistenciales. La telefarmacia ha pasado a ser un tema prioritario en la agenda de innovación de los sistemas sanitarios.

Lic. Yulián Marcos Battellini

El actual paradigma sociosanitario, marcado por el envejecimiento, la dependencia y la cronicidad; invita a la búsqueda de nuevos modelos asistenciales y ha potenciado el desarrollo e implementación de programas de telemedicina en todo el mundo, su uso está expandiéndose a múltiples servicios que incluyen: telefarmacia, tele-rehabilitación, tele-stroke, tele-diálisis, tele-emergencia, entre otros.

En este escenario, los servicios de telefarmacia han pasado a ser un tema prioritario en la agenda de innovación de los sistemas sanitarios, y la pandemia

por COVID-19 ha impulsado su desarrollo en todo el mundo, principalmente en Estados Unidos y Europa. De manera reciente surgieron algunas publicaciones científicas que analizan las actividades de telefarmacia y su impacto sobre la salud, mostrando resultados prometedores.

El avance y el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs) impulsan nuevas perspectivas en la prestación de servicios de salud y ha propiciado a que numerosos sectores redireccionen sus esfuerzos a la creación de nuevas

herramientas, que ofrezcan un mayor bienestar a los pacientes y mejoren la calidad de los servicios prestados, evitando el “hospitalocentrismo”.

Según la OMS, la telemedicina consiste en “la prestación de servicios por profesionales de la salud, mediante la utilización de las TICs, para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades, investigación, evaluación y formación continua; con el interés de cuidar la salud de los individuos y de las comunidades donde la distancia es un factor crítico”.

Estas herramientas hacen posible la comunicación entre los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, kinesiólogos y farmacéuticos), con sus pacientes, para asegurar la continuidad asistencial.

Diversas publicaciones han demostrado que su adopción facilita el acceso al sistema de salud, mejora la efectividad de los cuidados, reduce costos y permite superar situaciones, como la actual pandemia por COVID-19, en las cuales puede ser difícil o riesgoso llevar a cabo consultas presenciales.

¿Qué es la telefarmacia?

La telefarmacia o teleatención farmacéutica es entendida como la práctica farmacéutica, complementaria a la atención presencial, impartida a distancia a través del uso de las TICs.

El objetivo principal de esta herramienta es mejorar el cuidado y la atención farmacéutica, optimizar los flujos de trabajo y establecer un seguimiento continuado y estrecho de los pacientes.

Diversos países han incorporado dentro de su sistema sanitario el servicio de telefarmacia entre ellos Estados Unidos y España; y sociedades profesionales, como la American Society of Health-System Pharmacists y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, que llevan años promoviendo su uso.

Si bien la telefarmacia no es un concepto nuevo,

ya que existen reportes de hace 21 años de intervenciones farmacéuticas educativas a distancia para pacientes asmáticos, cabe destacar, que la pandemia ha acelerado la transformación digital de la sociedad y marcado un punto de inflexión en el modelo de atención farmacéutica del paciente fuera del hospital, impulsando la implementación de estos servicios.

Esta interacción a distancia entre el paciente y el farmacéutico hospitalario (FH), puede realizarse a través de teleconsultas y/o telemonitorización a través de herramientas que permitan la comunicación en tiempo real o sincrónicas, como las llamadas telefónicas y las videollamadas, o en diferido, mediante correo electrónico o sistemas de mensajería (por ejemplo a través de un portal de pacientes).

Entre los distintos ámbitos de aplicación de la telefarmacia, se destaca el seguimiento farmacoterapéutico, que se define como el acto mediante el cual el profesional orienta y supervisa al paciente en relación al cumplimiento de su farmacoterapia, mediante intervenciones farmacéuticas dirigidas a prevenir, identificar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos, con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente.

Beneficios de la telefarmacia

Para el paciente:

Reducción de la dependencia al centro sanitario, evitando el desplazamiento y consumo de tiempo y recursos.

- Mayor accesibilidad a los profesionales sanitarios, mejor comunicación y acompañamiento en el día a día
- Potencial mejora de los resultados clínicos, así como de los hábitos de vida saludables.
- Favorecimiento en el empoderamiento del paciente.
- Aumento en la satisfacción de los pacientes y familiares/cuidadores con la atención sanitaria recibida.

Para el farmacéutico:

- Realizar un seguimiento farmacoterapéutico más estrecho del paciente.
- Optimizar la monitorización de la adherencia, detección de interacciones farmacológicas, detección e intervención de efectos secundarios.
- Favorecer la monitorización y la recopilación de parámetros de salud.
- Oportunidad de mejora de la toma de decisiones farmacoterapéuticas.
- Realizar un almacenamiento inteligente de la información.

Para el sistema sanitario:

- Modelo asistencial continuado y centrado en el paciente
- Optimización interna de la gestión de los recursos y la carga asistencial
- Aumento del flujo de información y comunicación entre los agentes del sistema
- Mejora la accesibilidad a servicios de salud

Desafíos del HIBA

El Hospital Italiano de Buenos Aires, cuenta con consultorios farmacéuticos para el seguimiento de la adherencia al tratamiento y control de la medicación.

El consultorio de farmacia se encarga de dispensar la medicación a pacientes con ciertas patologías (por ejemplo enfermedades oncológicas, HIV, tuberculosis, esquemas de inmunosupresión, entre otros), los cuales requieren tratamientos de alto costo y/o alto riesgo, para los cuales es muy importante controlar la adherencia a su tratamiento.

Para ello, los farmacéuticos de nuestra Institución atienden a cada paciente de manera personalizada. Se les explica de qué manera tomar la medicación, en qué momento, qué hacer en caso de olvidar una dosis, así como también, a medida

que van realizando retiros, controlan que los mismos estén siendo adherentes y estén siguiendo la posología indicada de manera adecuada. En caso de que esto último no esté ocurriendo, se explica las repercusiones que puede tener para su salud y se deja asentado en la Historia Clínica Electrónica (HCE), para que el profesional médico a cargo pueda tomar las medidas necesarias.

Por otro lado, en el año 2010 se implementó la telemedicina en nuestra institución, permitiendo la conexión entre el paciente, quien accede a la teleconsulta a través de su Portal Personal de Salud; y el profesional, que lo hace a través de la HCE. De esta manera la atención se lleva a cabo en un marco institucional formal con políticas de seguridad establecidas, garantizando la privacidad, la seguridad y la confidencialidad de los pacientes.

Si bien durante la pandemia por COVID-19, el seguimiento de pacientes HIV migró hacia una modalidad de atención virtual, la mayoría de estas consultas aún siguen siendo canalizadas de manera presencial.

Es un gran desafío para nuestro Hospital, utilizar estas herramientas disponibles de telemedicina para ampliar sus alcances hacia otras especialidades no médicas, como la atención farmacéutica.

Para ello, es importante realizar un análisis profundo de la situación y posteriormente definir el alcance y los objetivos de la estrategia. ▲



Yulián Marcos Battellini

Licenciado en Kinesiología. Especialista en Cuidados Críticos (SATI). Residente y maestrando en Informática en Salud (HIBA).



Apasionados
POR LA VIDA

CUIDAMOS LO MÁS IMPORTANTE



Joia Nuñez

Decisiones basadas en datos: cuando la eficiencia se pone al servicio de la excelencia y la inclusión

"The key to good decision making is not knowledge. It is understanding. We are swimming in the former.

We are desperately lacking in the latter." Malcolm Gladwell, Blink: The Power of Thinking Without Thinking

Ing. Luciano Tourn y Dra. Joia Nuñez

El siguiente artículo posee referencias bibliográficas, para leerlas [haz clic aquí](#)

Información clínica: evolución del registro

Durante la medicina hipocrática, el registro médico perseguía la recopilación cronológica de las vivencias de los pacientes con el fin de demostrar las causas naturales de la enfermedad y el curso clínico de la misma a partir de los síntomas. En ese sentido, la atención médica ha sido influenciada en gran medida por la anatomía basada en órganos.

La clasificación de las especialidades médicas, de las enfermedades, así como en las estructuras orgánicas de la mayoría de los hospitales siguió este modelo, y por este motivo, durante mucho tiempo, la medicina trató con datos fragmentados.

A medida que se empezaron a incorporar tecnologías para mejorar la habilidad diagnóstica, el enfoque pasó a centrarse más en las observaciones del médico, así como en los resultados obtenidos de los estudios complementarios. De esta manera, se comenzó a almacenar la información de los pacientes de forma individualizada para cada uno, dando origen a la historia clínica centrada en el paciente. Progresivamente, la información fue organizándose conforme fueron variando las necesidades, de diferentes maneras. Por ejemplo, por ámbito de atención, orientada a problemas o especialidades médicas, etc.

En la actualidad, los recientes desarrollos tecnológicos, científicos y sociales van contribuyendo a cambiar este paradigma. En primer lugar, a partir del advenimiento de tecnologías revolucionarias de generación de datos de alta resolución y alto rendimiento, que permiten la conformación rentable de enormes conjuntos de datos (a menudo denominados "big data"). A su vez, el desarrollo continuo de algoritmos y metodologías de análisis da como resultado instalaciones de alta velocidad y alta capacidad de procesamiento de datos. Por su parte, los pacientes manifiestan una voluntad creciente de

participar en la gestión de su propia salud, empoderándose de sus registros e información médica con la proliferación de los dispositivos electrónicos y las redes sociales, generando y consumiendo datos cotidianamente.

Datos, información, conocimiento

Para obtener valor de esta gran cantidad de datos, que ya están disponibles, es necesario, además, poder extraer información para generar conocimiento. Esto implica la realización de análisis multidimensionales cada vez más complejos y sofisticados para convertir estos conjuntos de datos heterogéneos en información clínicamente útil.

Entonces, cuando hablamos de datos, información y conocimiento, estamos hablando de una especie de pirámide. Los datos son la base de todo. No se puede escalar a niveles más altos sin esa base sólida. Constituyen la unidad de análisis básica, conformando valores cuantitativos o cualitativos de las variables. La información es la recopilación, agregación, análisis y presentación de datos que permiten su comprensión. Otorga contexto respondiendo a las preguntas quién, qué, dónde y cuándo. El conocimiento implica la puesta a prueba de la información con evidencia. Al poner a prueba una hipótesis, la información que se utiliza para respaldar o refutar, constituye la evidencia a partir de la cual se obtiene ese conocimiento respondiendo a las preguntas por qué y cómo.

De esto se ocupa el Análisis de datos: de analizar datos crudos que luego puedan procesarse para producir información significativa sobre la que basar decisiones efectivas. Dentro de la disciplina, existen varias ramas que se ocupan de responder las distintas preguntas que nos hacemos sobre el análisis de una situación en cuestión, como el análisis descriptivo, el análisis diagnóstico, el análisis predictivo y el análisis prescriptivo, que en ocasiones pueden convivir o concatenarse.

El análisis descriptivo proporciona resúmenes sim-

ples sobre las observaciones. Se ocupa de los datos históricos identificando patrones y responde a preguntas como "¿qué pasó?" mediante técnicas de extracción y agregación de datos. En tanto, el análisis diagnóstico, que también se enfoca en el pasado —buscando causa y efecto para ilustrar por qué sucedió algo— permite identificar valores atípicos (outliers), aislar patrones, y descubrir relaciones. Por su lado, el análisis predictivo utiliza los hallazgos del análisis descriptivo y de diagnóstico para detectar patrones y excepciones y para predecir futuras tendencias que respondan "¿qué es probable que suceda?". Comprende una variedad de técnicas estadísticas, aprendizaje automático, minería de datos, modelado e inteligencia artificial, para analizar hechos actuales e históricos y hacer predicciones sobre eventos futuros o desconocidos. Finalmente está el análisis prescriptivo, que literalmente prescribe qué acción ejecutar para eliminar un problema futuro o aprovechar al máximo una tendencia prometedora. Este tipo de análisis de datos de última generación requiere no solo datos internos históricos sino también información externa.

Integrando los datos

Los datos provienen de múltiples fuentes y en tipos y formatos diversos, y deben poder integrarse entre sí. Como expusimos previamente, los registros médicos siguen siendo extremadamente heterogéneos, y la integración de datos en una Historia Clínica Electrónica (HCE) puede ser desalentadora, ya que no siempre están interconectadas ni son compatibles entre sí o interoperables.

La entrada de datos médicos, la gestión de bases de datos y otros procesos relacionados, pueden variar tanto de un proveedor a otro como de un hospital a otro. De esta manera se fragmenta la información, creando lo que se conoce como "silos". Además, el almacenamiento y el análisis de grandes conjuntos de datos no se logran fácilmente con las HCE actuales, lo que da como resultado una tendencia creciente a utilizar almacenes de datos auxiliares.

El valor de los datos

El uso racional de los recursos es primordial para mantener la calidad de la atención sanitaria, ya que hablamos de un sector con un uso intensivo de los mismos. Por este motivo, el esfuerzo por minimizar el derroche debe ubicarse entre las prioridades, ya que impacta de forma directa en el acceso a la atención médica de toda la población. En ese sentido, trabajar por reducir el desperdicio en salud se vuelve una urgencia.

El desperdicio puede ser agrupado en dos grandes conjuntos de ineficiencias: clínicas y operativas. Una campaña de medicina preventiva que se destinó a una población incorrecta, un estudio de imágenes que tiene que ser repetido o un tratamiento que necesita modificarse porque no fue efectivo, son ejemplos de lo que se denomina desperdicio clínico. Es decir, aquellas problemáticas que generan gastos extraordinarios asociadas al acto médico.

Por su parte, el desperdicio operacional se relaciona con las fricciones y las ineficiencias en la cadena de valor que rodea y soporta al acto clínico. Son los atrasos, los tiempos de espera, las cancelaciones, el ausentismo, la subexplotación de los activos (equipos, las tecnologías en general, la infraestructura, etc.), o una distribución ineficiente de los recursos, que al mismo tiempo se traduce en una carga de trabajo para el profesional médico, en tanto tiene que dedicar esfuerzos a arreglar, sobre la marcha, cuestiones administrativas y de agenda. Según un reporte realizado por McKinsey, un profesional puede llegar a destinar hasta el 70% de su tiempo en este tipo de tareas.

Optimizando procesos de salud con tecnología

La inteligencia artificial, el machine learning y la analítica de datos, vienen contribuyendo al conocimiento clínico hace tiempo. Por ejemplo, en su aplicación en el área de Diagnóstico por Imágenes, la incorporación de algoritmos que ayudan a recorrer



Luciano Tourn

las imágenes generadas por los equipos de diagnóstico para terminar aportando recomendaciones o sugerencias diagnósticas a los profesionales acortan la distancia entre los datos y las acciones para facilitar la toma de decisiones (Valquiria, Entelai PIC).

De esta manera, se produce un análisis de imágenes médicas aportando un valor agregado para todos los actores del sistema de salud. Se alcanzan diagnósticos de manera más rápida; se posibilita la priorización y derivación de estudios que requieren especial atención así como la anticipación a la toma de decisiones en estudios relevantes; se brinda un soporte a los especialistas en imágenes para detección en mediciones complejas, por mencionar algunos de los beneficios observados en la práctica. Todo esto contribuye a disminuir el desperdicio clínico mencionado anteriormente.

IA para disminuir el desperdicio operativo

En cuanto al desperdicio operacional, estas herramientas de inteligencia artificial tienen la capacidad de devolver tiempo de calidad a los profesionales de la salud en el día a día, ayudando en la gestión y optimización de recursos.

Tomemos el caso de una enfermera jefa de quirófano, que cada lunes tiene que ingresar varias horas antes de su turno para asignar, combinando manualmente varias planillas y registros, el personal de instrumentación a cada uno de sus quirófanos y procedimientos. Este trabajo puede optimizarse y automatizarse con un software cuyos algoritmos consideran múltiples variables vinculadas a la oferta y expertise de los recursos humanos, y los ajusta a los procedimientos programados teniendo en cuenta la predicción de su duración y complejidad. Con este caso real ejemplificamos una de las miles de historias individuales donde la tecnología puede tener un impacto positivo concreto.

Esto ilustra de qué manera el personal de salud puede liberar su tiempo de las tareas administrativas —que, como dijimos, puede alcanzar a ocupar hasta un 70%— y, de esta manera, contribuir a un aprovechamiento mejor de su atención, e incluso a reducir el estrés que demanda organizar una institución de salud. El impacto alcanza también a los pacientes, ya que agiliza los procesos sanitarios, mejora el manejo de las agendas y acorta los tiempos de espera para los procedimientos o consultas.

Así como se ha dicho que la IA no reemplazará a los profesionales, mientras que los profesionales que la utilicen reemplazarán a los que no lo hagan, también se ha dicho que no utilizar inteligencia artificial en salud será considerado una mala praxis en los próximos años. Esta búsqueda de la eficiencia es especialmente urgente si hablamos de los sistemas de salud latinoamericanos y sus limitaciones presupuestarias para dotar de personal, medios tecnológicos y de infraestructura a la red institucional. Así, optimizar los procesos en economías con una mayor inestabilidad y menor cantidad de recursos no constituye una alternativa, sino una necesidad. En el mismo sentido, vale subrayar que alcanzar mejores niveles de eficiencia impacta de forma directa en la accesibilidad al sistema de salud: si los recursos se gestionan mejor y se reduce el desperdicio, más personas pueden acceder a los servicios de atención sanitaria.

Potenciar las operaciones de los hospitales a través de los datos: un caso de innovación

Un ejemplo de aplicación práctica de estas herramientas en la región, se puede encontrar en el trabajo de Wúru, la startup argentina que potencia las operaciones de los hospitales a partir de la explotación de datos.

Comenzó ofreciendo a las instituciones de salud una plataforma de análisis descriptivo, poniendo a disposición un set de visualizaciones de indicadores que facilita el entendimiento de la utilización de los recursos. Teniendo un estado de situación, hizo posible realizar un análisis diagnóstico, identificando posibles causas de sub o sobreutilización de los recursos. A partir de esto, y motivados por las necesidades de las instituciones, la plataforma comenzó a desarrollar también un análisis prescriptivo que funciona de manera complementaria. Así, además de ofrecer indicadores que permiten entender el funcionamiento de las instituciones y algunos rasgos de la utilización de recursos, se comenzaron a identificar patrones y tendencias que resultan útiles para producir conocimiento prescriptivo, anticiparse a diferentes escenarios y ofrecer herramientas accionables para acompañar a los profesionales a recorrer la distancia entre la evidencia y la toma de decisiones.

Utilizar la función de agendamiento inteligente de esta plataforma permite estimar de forma precisa la duración de estudios y procedimientos, anticipar cancelaciones y atrasos, maximizar la utilización de los quirófanos y equipos. Con la funcionalidad de Staffing, se distribuye el staff y los turnos del personal en función de la predicción de la demanda de manera óptima, mientras que con la de costos, se analiza toda la cadena de suministros de materiales y medicamentos para las cirugías, identificando outliers y reduciendo la variabilidad injustificada en los mismos.

Los prestadores que han potenciado la operación de sus principales áreas de atención (como los

quirófanos), han logrado, en su primer semestre, incrementos de hasta un 30% en el rendimiento, con la misma cantidad de recursos. El impacto se vio directamente en las listas de espera, en las finanzas de la organización y especialmente en una mejor experiencia para pacientes y profesionales, producto de un flujo eficiente y un balance correcto de recursos.

Desafíos actuales para utilizar herramientas de big data para la salud:

En este contexto, surgen una gran cantidad de oportunidades para utilizar herramientas de analítica de datos e inteligencia artificial que a su vez presentan sus propios desafíos.

Por un lado, están los retos vinculados a cuestiones de habilidades y competencias. En línea con las directrices que la OMS trazó en 2019 sobre intervenciones en salud digital, las instituciones médicas deberían generar un marco adecuado para velar por el rigor del trabajo con los datos, así como capacitar a los profesionales para recolectar, procesar o extraer información de los mismos. Vinculado a este punto aparece el desafío de garantizar la validez de la fuente, tanto como hacer partícipes a los pacientes en la carga de esos datos.

El segundo tipo de retos que surge a partir de estas oportunidades está relacionado a aspectos sociales, a la contemplación de los diferentes contextos en los que se desempeña el trabajo de un profesional médico y a las cuestiones éticas vinculadas con el manejo de los datos. En cuanto a las preocupaciones regulatorias, políticas y legales cabe destacar que hay aspectos de la seguridad de los datos - como problemas de privacidad, falta de transparencia, integridad y estructura de datos inherente- que no pueden dejar de estar presentes en este proceso de transformación. En la misma línea, garantizar un marco de políticas de gobernanza de datos eficiente puede brindar herramientas sólidas en salud que impacten de forma positiva en toda la población.

Finalmente, a un nivel macro, existe un interés por estandarizar la data y lograr cumplir con la interoperabilidad. Estas preocupaciones representan algunos de los desafíos a los que se enfrentan los sistemas de salud de todo el mundo.

Perspectivas y oportunidades futuras

El escenario actual puede definirse como uno de plena transformación. En el plano macro, se trata de un cambio de paradigma de un modelo de toma de decisiones basado en reglas a uno basado en datos. Es un cambio que propone dejar de pensar los próximos pasos en base a parámetros institucionales tradicionales y comenzar a pensarlos en función de aquello que demanda el entorno. **Esta transformación impacta no solo en el funcionamiento de los prestadores, sino también en su cultura y en el servicio que ofrecen: mejorar el proceso de toma de decisiones con análisis en tiempo real permite centrarse en el paciente, potenciar la medicina personalizada y simplificar la rutina del personal médico.**

De esta manera, los hospitales tienen dos grandes oportunidades. Por un lado, elevar sus estándares de calidad. Por el otro, optimizar recursos y reducir costos de atención médica, un aspecto que es más que un dato económico si tenemos en cuenta que esta mejora en la eficiencia puede significar ofrecer servicios que estén al alcance de más pacientes, lo que colabora a mejorar el acceso a la salud de toda la población. Hablamos de eficiencia y de cuidado de los recursos, pero también de un mayor nivel de inclusión.

Es importante destacar también que el trabajo en el registro de información de calidad ayuda en la reorganización de centros médicos frente a cambios repentinos de contexto. Este fue uno de los grandes aprendizajes de los prestadores durante la pandemia de Covid-19: si se tiene un registro preciso de recursos con los que se cuenta y una plataforma que permita su reasignación de manera inteligente, la respuesta de las instituciones po-



drá ser más rápida y más efectiva.

El horizonte de posibilidades que presenta el trabajo con datos en salud ofrece escenarios de mejora, pero también algunas exigencias para acompañar esa evolución. Nos referimos aquí a la necesidad de, en primera instancia, ofrecer información a los profesionales de salud que les permita comprender la importancia del registro de los datos. Este punto es clave para velar por la calidad de los datos, pero también para hacer partícipe al personal sanitario de este cambio de paradigma.

Finalmente, es necesario no perder de vista la necesidad de gestionar los datos con transparencia. Los beneficios de alimentar modelos de analítica de distintas fuentes son innumerables para el sistema de salud, pero esto solo podrá considerarse un avance si se da en el marco de las directrices trazadas por la OMS. Hoy, las plataformas que trabajan con datos en salud demuestran que esto es posible, ya que operan sobre la nube, respetando el modelo de responsabilidad compartida que cumple con los estándares HIPAA y el Reglamento General de Protección de Datos. Anonimizando los datos personales durante su recolección, la información sensible permanece en la red del centro médico. Si vemos de cerca esta transformación, además del

cambio en la toma de decisiones, lo que podemos encontrar también es que el trabajo con los datos está apareciendo en todas las instancias del sistema de salud. Si antes la atención estaba puesta en la instancia de registro de los datos, en los últimos años fue adquiriendo importancia su presencia en las diferentes etapas y es una tendencia que se profundizará en lo sucesivo. De lo descriptivo a lo prescriptivo dentro de cada una de las instituciones y luego entre diferentes prestadores. Así, los datos pasarán a ser cada vez menos compartimientos estancos, para convertirse en flujos de información que puedan beneficiar a todo el sistema de salud.



Joia Nuñez

Médica especialista en Pediatría y maestranda en Informática en Salud.

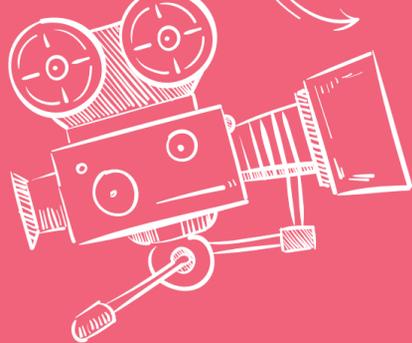
Escribió artículos sobre [Informática en Salud](#) y su aplicación en [Pediatría](#).

Luciano Tourn

Ingeniero Industrial, realizó un MBA en MIT, y se dedicó los últimos 10 años a desarrollar una prestación de salud potenciada por la tecnología.

Co-Founder de [Wúru](#).

En órbita



El cine es una técnica y quienes lo realizan tiene la habilidad de generar ilusión en los espectadores. En estas recomendaciones, la fotografía, el sonido y el movimiento construyen una experiencia estética y audiovisual relacionada con la tecnología, digna de ser vista.

[▶ Play](#) [More Info](#)

- Por Matías Quintana Rodas

Todo en todas partes al mismo tiempo (Youtube - 2022)

Dan Kwan, Daniel Scheinert



Este concepto de vidas paralelas, donde vemos a una misma figura en distintas realidades, pero con variedad de personalidades, trabajos o poderes, tiene una larga tradición en las historias contadas en los cómics de superhéroes, que últimamente están de moda.

La particularidad de la película "Todo en todas partes al mismo tiempo" es que, utilizan este concepto sin estar basadas en un cómic previo (así como la reciente "Spiderman: no way home", o "Dr. Strange and The Multiverse of Madness" disponibles en HBO MAX). Esto implica una difícil tarea a la hora de plantear un personaje y las reglas para los viajes por el multiverso. Además, es una película de una característica narrativa acumulativa, donde la protagonista atraviesa distintas situaciones problemáticas en cada mundo, y éstas repercuten en sus diversos "yo" (al estilo de la película "El efecto Mariposa" de 2004 - Netflix).

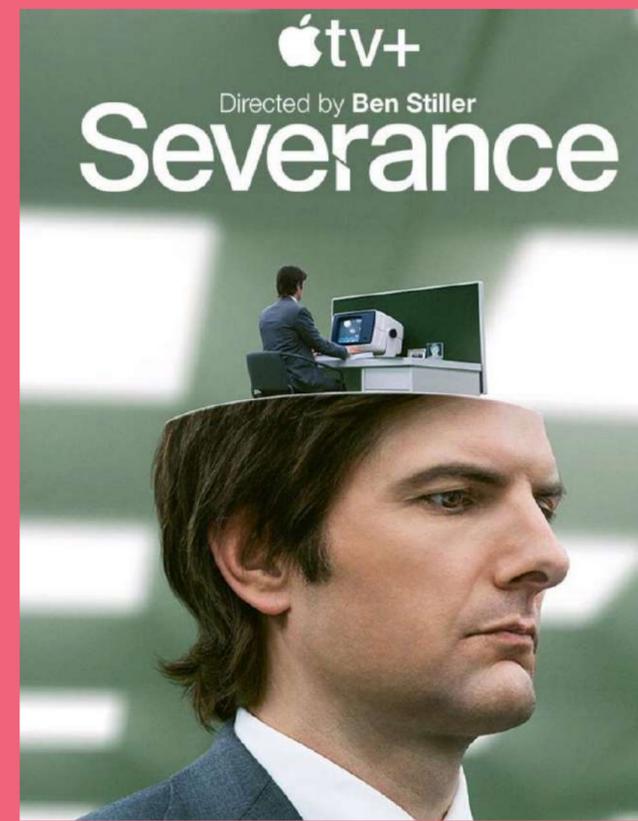
Evelyn Wang, es una inmigrante china que se sumerge en una aventura llena de adrenalina, destinada a salvar su propio mundo, explorando otros universos paralelos, donde encarna distintas versiones de sí misma. Estas realidades diferentes permiten una variedad de escenarios y de tonos dentro de la misma película, atravesando la comedia, la acción y el drama.

Un film muy entretenido que sin perder el ritmo humorístico y de acción, logra tener un balance perfecto para ser una película de autor con un mensaje muy potente.



Severance (2022 - Apple tv)

Dan Kwan, Daniel Scheinert



horas. Sale del trabajo por el ascensor, pestañea y vuelve a entrar. Así, cada personaje se divide en dos, los llamados "innies" y "outies", con dos personalidades y memorias diferentes. Esta sola idea tiene muchísimo potencial.

El punto de vista principal de la serie está puesto en uno de ellos: Mark. Es el único que desde el principio se ven sus dos facetas y cómo poco a poco, se van desarrollando paralelamente, sin saber una de la otra.

La empresa en la que trabajan, Lumon, es un ecosistema propio, laberíntico y misterioso. Son pasillos blancos eternos y cubículos infinitos, con departamentos que no se dan la cara unos a otros, nadie sabe bien qué hacen. Hay una mitología detrás, que proviene ya desde el primer fundador, Kier Eagan y que va asomando lentamente.

La atmósfera de la serie es atrapante, intriga saber: quiénes son los empleados, cuál es el objetivo de su labor; por qué entraron a trabajar allí. Lo siniestro y lo incierto lo atraviesa todo con guiones, dirección, actuación y fotografías impecables. Y dos cosas llaman muchísimo la atención: es la primera obra de su creador, Dan Erickson, y la mayoría de los episodios fueron dirigidos por Ben Stiller. Un debut impecable del primero y mutación en la carrera del segundo.

No solo una narrativa interesante, sino una clara crítica a la alienación que genera el empleo y el funcionamiento de las grandes corporaciones. Si querés una serie adictiva y bien hecha, esta es de las indicadas. 📺

La trama es algo difícil de explicar: diferentes empleados deciden hacerse una operación cerebral e insertar un chip, para que cuando se hallen dentro de la empresa, sean una persona y cuando salgan no recuerden haber estado nunca allí. De esta forma, hay ocho horas fantasma en su vida de la que no recuerdan nada. Pero resulta que el ser que vive allí dentro recuerda solo aquellas



Matias Quintana Rodas

Estudiante de Diseño de Imagen y Sonido en La Facultad de Diseño y Urbanismo. Ilustrador y Realizador de Cine Independiente. Editor de videos y contenido audiovisual en el DIS HIBA.





JIS Go Live
2022

UNA EXPERIENCIA ÚNICA,

GRATUITA EN UN FORMATO HÍBRIDO

Nuestras Jornadas se vienen realizando cada año desde 2003. Este encuentro, que nació con el objetivo de compartir experiencias y conocimientos del campo, en un modelo multidisciplinario que implica la conjunción de cada una de las especialidades que abarca la Informática en Salud, fue evolucionando a lo largo del tiempo hasta convertirse en un clásico que no puede faltar en las agendas de quienes conforman el ecosistema de la salud digital.

Sin dudas, la virtualización compulsiva a la que tuvo que someterse el mundo -producto de la pandemia por COVID19- marcó un hito que para nosotros se transformó en una oportunidad.

Fue entonces que las Jornadas de Informática en Salud se convirtieron en JIS Go Live, el evento virtual que nos abrió las puertas a toda la región y que nos permitió escalar a un lugar de revalorización, prestigio e innovación.

Es así que llegamos a 2022 y repasando todo lo aprendido, decidimos desarrollar para este año, un novedoso formato híbrido. Por un lado, los dos primeros días virtuales a través de nuestra plataforma, con un extenso programa que abarca desde actividades científicas, charlas de expertos internacionales, paneles de debate, talleres

prácticos, etc. Y por el otro, el tercer día tendrá lugar un singular evento presencial en el Palacio San Miguel de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que además de las tradicionales charlas de destacados expositores será transmitido en vivo con la conducción de Julieta Schulkin, una reconocida divulgadora de ciencia y tecnología, y contará con experiencias de realidad virtual e inmersiva y música en vivo, entre otras novedades.

Como en cada edición, se llevarán adelante los Simposios de Informática en Enfermería, Inteligencia Artificial en Salud, Informática Farmacéutica y en esta oportunidad sumamos el primer Simposio de Diversidad e Inclusión en Salud Digital.

El evento, como es habitual, es de carácter gratuito y está dirigido a médicos, enfermeros, científicos, desarrolladores de software, ingenieros, emprendedores, empresarios, estudiantes, proveedores de productos y todas aquellas personas interesadas en la Informática en Salud.

Para algunos supersticiosos, el número diecisiete que es el de esta edición, puede conllevar una significación negativa, para nosotros representa un punto de inflexión con el que estamos más que entusiasmados por eso queremos invitarlos a todos a vivir junto a nosotros esta nueva experiencia en bit.ly/JISHIBA2022 ▲



Reflexionando Colectivamente: ¿La Salud Digital es diversa?

“Si la fisiología significa literalmente ‘lógica de la vida’ y, patología es ‘lógica de la enfermedad’ entonces, informática en salud es la lógica del cuidado en salud” Enrico Coiera.

En esta edición de Innova Salud Digital dedicada a la diversidad en nuestra disciplina, abrimos una nueva sección de #InnovarDesdeLaDiversidad, que llamamos “Reflexionando colectivamente”. Hoy queremos compartir con ustedes un breve recorrido de la historia de la Informática en Salud, porque la historización nos parece una herramienta poderosa, ya que prestando atención al entramado entre el pasado y el presente podemos comprender mejor lo que nos pasa aquí y ahora, dándonos la posibilidad de proyectarnos y accionar para co-construir nuestra realidad y nuestra práctica desde una perspectiva más diversa, más inclusiva.

Lic. Denise Levi, Lic. Melanie Cassarino, Lic. Giuliana Colussi y Dra. Agustina Briatore

¿Cómo nos definimos?

Nuestra disciplina nace formalmente a fines de los ‘70 con el boom de la aplicación de la tecnología en los procesos de salud. En esos años, se llamaba exclusivamente “Informática médica” y fue definida por Morris F. Collen en 1977 como *“la aplicación de la tecnología informática a todos los ámbitos de la medicina - la atención, la enseñanza y la investigación médica”*.

Con el pasar de los años, nuestra concepción del alcance de la disciplina, así como los avances tecnológicos fueron avanzando, haciendo que sus definiciones vayan mutando, transformándose. Por ejemplo, Enrico Coiera en 1997 comienza a hablarnos de “Informática en salud” como el campo que se dedica al *“estudio de cómo el conocimiento médico multidisciplinario es creado, conformado, compartido y aplicado, la manera en cómo pensamos los pacientes, y cómo los tratamientos son definidos, seleccionados y evolucionados”*.

Por su parte, José Ignacio Valenzuela en 2016 nos dice que *“la informática en salud es una disciplina que estudia cómo se crea y se moldea la transformación de datos en sabiduría, y cómo esta se comparte y se aplica en las diferentes áreas de la salud, entendidas éstas a un nivel multidisciplinar que incorpora las ciencias informacionales y las computacionales, pero también las ciencias sociales, cognitivas, administrativas y estadísticas, tomando como sustrato información de múltiples niveles, desde lo molecular hasta lo poblacional, pasando por la información clínica individual de una persona”*.

Esta impronta de hablar de “Salud” sigue avanzando en los últimos años, en tanto empezamos a referirnos a nuestro campo como e-Salud o la Salud Digital, sacando el foco al término “Informática”, que aportaba un acento a lo técnico.

Estos cambios en cómo nos nominamos como disciplina no son menores, más bien reflejan cómo

a través de los años vamos evolucionando como área disciplinar. En ese camino encontramos algunos saltos evolutivos de relevancia que pasamos a compartirles.

De lo médico a la salud y a la apertura a la interdisciplina

Tal como mencionamos anteriormente, la disciplina se inicia desde una mirada médico-centrista. Cuando hablamos de *“Informática médica”* nos referimos a la aplicación de las tecnologías de información y comunicaciones (TICs) en el área médica de forma casi exclusiva, invisibilizando muchas otras áreas y profesiones involucradas en el cuidado integral de la salud. Si bien desde el comienzo la enfermería también fue protagonista en el área, el resto de las profesiones de la salud, así como a aquellas que son parte de la atención de las personas o de los procesos de atención, como la antropología, la sociología, la comunicación social, entre otras, estaban excluidas.

Esto nos remite al famoso modelo médico hegemónico. ¿Qué es este modelo? Es una concepción sobre la salud y la medicina, que nos habla de una mirada individualista y biologicista sobre las personas, que tiende a medicalizar a las personas como solución a sus enfermedades y que se centra exclusivamente en el análisis médico sobre los seres humanos y sus enfermedades. Este modelo no contempla una visión integral y holística sobre las personas, más bien recae en un formato fragmentado dejando de lado las implicancias que puede tener sobre los procesos de salud-enfermedad de las personas las condiciones ambientales, las relaciones interpersonales, los aspectos, sociales-culturales, entre otras variables.

Este modelo también está presente en la generación de conocimientos o en la aplicación de tecnologías de la información en la salud. A medida que avanzamos en la historia de la disciplina, vemos cómo el modelo médico hegemónico comienza a ser cuestionado. De esta forma, cuando empezamos a hablar de *“Informática en salud”* no solo cambiamos un término, cambia-

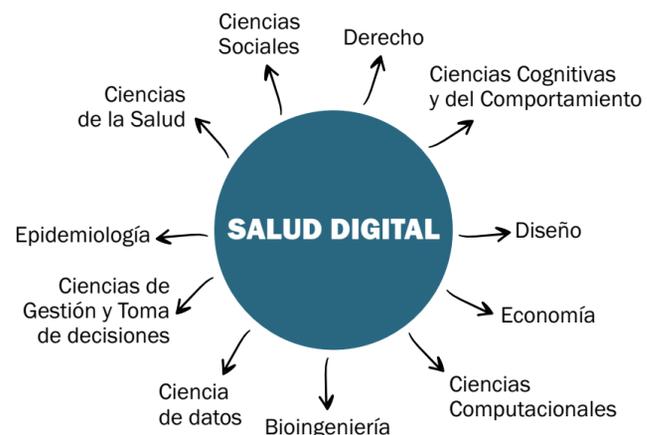
mos nuestra mirada, la forma de concebir los problemas y abordar soluciones en la disciplina. Además, como lo vemos en las definiciones que compartimos, **nos abrimos a lo multidisciplinar, a la incorporación de diversas disciplinas, profesiones y ciencias como las ciencias sociales, de gestión o administración, de diseño, UX, economía, derecho, ciencia de datos, etc, lo cual nos permite diversificar nuestra forma de entender y construir la salud digital.**

Es con esta sumatoria de perspectivas que se empiezan a problematizar cuestiones que en un principio no se ponían sobre la mesa: ¿Todas las personas tienen acceso? ¿Se contemplan las distintas capacidades de las personas para utilizar dispositivos o aplicaciones? ¿Les profesionales de la salud, tienen el conocimiento para la aplicación de la tecnología en sus procesos de atención? ¿Qué registramos en los historiales electrónicos de salud?

¿Qué concepciones de salud están por detrás?

Además, hoy en día con los avances tecnológicos y su masificación, hace que las personas aumentemos el consumo de tecnología de avanzada, redes sociales, del metaverso, por ejemplo, así como también tenemos disponible en internet mucha información sobre salud. Eso nos “empodera” y hace equilibrar la balanza en pos de una relación más simétrica entre el equipo de salud y las personas-pacientes. Por eso, empieza a visibilizarse la necesidad de involucrar más a las personas-pacientes a nuestras innovaciones tecnológicas, en la generación de aplicativos y en la conformación de los procesos de atención.

Actualmente nos encontramos con un cambio de paradigma en la atención de las personas, en la conformación y funcionamiento de las organizaciones de salud, que acompaña y fomenta un avance en la disciplina hacia una salud digital centrada en las personas donde interactuamos interdisciplinariamente para generar productos y servicios de calidad.



Fuente: Diversidad en Salud Digital

La profesionalización de la disciplina: de la empiria a la formación académica

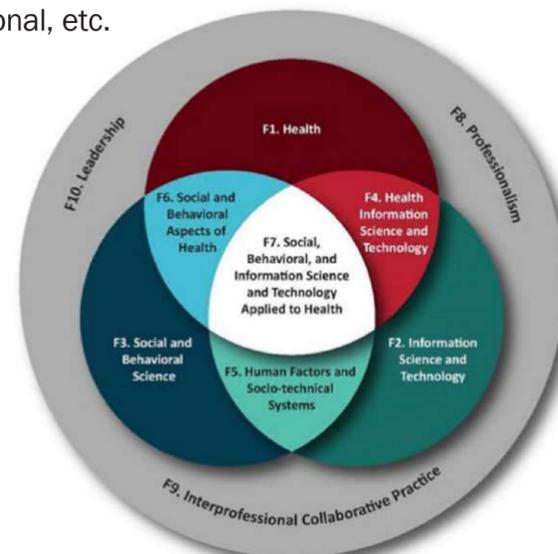
Si hay algo que muestra cómo estamos creciendo como disciplina es el gran abanico de ofertas académicas de formación en diferentes áreas de la salud digital: residencias, cursos de posgrados, maestrías, fellowships, pasantías, MBA.

Si nos remontamos a los inicios de la disciplina, no encontramos planes de capacitación formales, más bien se trataba de una actividad aficionada que profesionales de medicina y enfermería realizaban mientras desarrollaban otras tareas. Con el tiempo, emergió la necesidad de que diferentes actores del sistema de salud comenzarán a capacitarse en el campo en función de su perfil, rol y función.

En este sentido, uno de los programas más conocidos fue el impartido por la Asociación Americana de Informática Médica (AMIA) llamado “10x10” que pretendía capacitar a 10.000 profesionales en Informática en Salud para el 2010. Para ello, se buscaba que en cada hospital un profesional de medicina y de enfermería adquieran la formación, apuntando a aquellas personas interesadas en

convertirse en líderes de implementación de registros electrónicos. De esta forma, la AMIA colaboró con muchos países del mundo para que cada uno adaptará los contenidos a su contexto local.

De esta manera, se empezó a establecer una formación estándar, con competencias definidas y con certificaciones en la disciplina. También se desarrolló un código de ética. Todos estos aspectos hacen a la profesionalización de la disciplina. Esta formación estándar también se ve influenciada por el cambio de mirada que mencionamos anteriormente: las competencias definidas para los perfiles profesionales dentro del campo en un inicio se acotaba a conocimientos sobre el sistema de salud, la atención clínica y las TICs, mientras que actualmente las competencias definidas por la AMIA son mucho más abarcativas (como podemos apreciar en la imagen) dado que las lecciones aprendidas en los proyectos de salud digital evidencian que los conocimientos técnicos no son suficientes y que para desarrollarnos en el campo requerimos de múltiples habilidades y conocimientos tales como el liderazgo, la gestión de de proyectos, la planificación y visión estratégica, la negociación, la gestión de cambio, el entendimiento de la cultura organizacional, etc.



Fuente: “AMIA Board White Paper: AMIA 2017 core competencies for applied health informatics education at the master’s degree level” traducción
 F1. Salud - F2. Ciencia de la información y la tecnología - F3. Ciencias sociales y del comportamiento
 F4. Ciencia de la información y la tecnología en salud - F5. Factores humanos y sistemas socio-técnicos
 F6. Aspectos sociales y de comportamiento en Salud - F7. Ciencia sociales, del comportamiento y de la información y tecnologías aplicadas a la salud - F8. Profesionalismo - F9. Práctica colaborativa interprofesional - F10. Liderazgo

¿Conoces las residencias que existen en la Ciudad de Buenos Aires?

Las residencias son una modalidad de formación de posgrado ampliamente utilizada en salud, que se caracterizan ser un sistema remunerado de dedicación completa y exclusiva en instituciones ligadas a la salud, con una duración entre 3 y 5 años, en las que se aprende haciendo, es decir, se integra la teoría con la práctica en un contexto asistencial o comunitario aplicando directamente los conocimientos teóricos a la práctica.

La formación en Salud Digital mediante residencias no es muy común de encontrar en el mundo. Sin embargo, en la Ciudad de Buenos Aires contamos 2 residencias para especializarse en Informática en Salud o Sistemas de Información en Salud. ¡Te contamos de estas joyas!

- **Residencia en Informática en Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires (Más info)** Nació en el 2001, se llamaba “Residencia de Informática Médica” y estaba dirigida exclusivamente a profesionales del área de medicina. En el año 2014, empezó a admitir a profesionales de enfermería. En el año 2017 cambia su nombre a “Residencia de Informática en Salud” y en el año 2018 invita a que se sumen a profesionales de Farmacia, Bioquímica, Enfermería, Fonoaudiología, Kinesiología, Psicología, Nutrición, Educación, Pedagogía, Psicopedagogía y Sociología. Esta residencia todos los años abre cupos para su ingreso a través de una entrevista de admisión.
- **Residencia Interdisciplinaria en Sistemas de Información en Salud (RISIS) del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (Más info)** En el año 2010 se abrió la llamada “Residencia en Informática Biomédica” en el Hospital General de Agudós Vélez Sarsfield, dirigida a personal de medicina. Lamentablemente la misma no prosperó y cerró

sus puertas. En el año 2017, con una agenda digital imperante en el sistema de salud público, se abre nuevamente la residencia “RISIS” convocando desde su inicio a profesionales de la psicología y las ciencias sociales. Esta residencia todos los años abre cupos para su ingreso a través del sistema de examen único de residencias.

¿Qué hace un residente en nuestra disciplina?

- *Aprende trabajando sobre proyectos de informatización: Historia de Salud Electrónica, Portales personales de Salud, Sistemas de Soporte para la Toma de Decisiones, Telemedicina, chatbots, entre otros.*
- *Identifica necesidades, analiza sistemas de información y detecta oportunidades de mejora, diseña e implementa sistemas de información que acompañen procesos sanitarios de asistencia, docencia, investigación y gestión en salud, prueba productos, da soporte, elabora y ejecuta planes de comunicación capacitación, y evalúa implementaciones.*
- *Difunde experiencias y conocimientos en ámbitos académicos nacionales e internacionales para el desarrollo de la disciplina*

Lo que no se nombra no existe

A la luz de esta breve historización podemos apreciar que el aquí y ahora de nuestra disciplina nos muestra un gran avance en relación a sus inicios y eso no solo se deja ver en un cambio de nominación de nuestro campo, sino en cómo se van conformando los equipos, qué disciplinas son convocadas, qué competencias y conocimientos valoramos.

Conceptual y teóricamente entendimos que los proyectos de salud digital conllevan una complejidad enorme, y que para responder a ellos de forma exitosa debemos abordarlos de forma inter-

disciplinaria. Aún así, la mayoría de las personas que se desarrollan en la disciplina siguen siendo médicos/as y enfermeros/as, siendo a nivel mundial enfermería quienes cuentan con mayor cantidad y posibilidad de certificaciones. Eso nos lleva a preguntarnos: si no sumamos a profesiones como psicología, sociología, comunicación, ¿Qué problemáticas trabajaría la salud digital? ¿Cuáles serían sus abordajes? ¿Podría pensarse a las personas usuarias en su contexto socio cultural? ¿Cómo continuaría la evolución del campo? **La incorporación de nuevas profesiones, conocimientos y metodologías a la disciplina nos permite tener una mirada más inclusiva y diversa sobre las problemáticas que trabajamos y nos permiten abordarlas con la complejidad que requieren.**

Si algo caracteriza a este equipo de Diversidad en Salud Digital es traer a nuestros diálogos a la perspectiva interseccional y reflexionar cómo nos atraviesa en la salud digital. En este sentido, entendemos que hay que continuar este cambio de paradigma en la disciplina, incorporar miradas nuevas, diversas, integradoras para continuar avanzando y mejorando la calidad de los productos y servicios que generamos y el acceso de todas las personas a la salud. ¡Sigamos evolucionando! ▲

Te invitamos a seguirnos en [nuestras redes](#), también podés dejarnos tu comentario [acá](#).



Denise Levi

Psicóloga especialista en Sistemas de Información en Salud.

Melanie Cassarino

Enfermera especialista en Informática en Salud.

Giuliana Colussi

Socióloga especialista en Informática en Salud.

Agustina Briatore

Médica pediatra especialista en Informática en Salud.



Sigamos construyendo el camino en la nube, juntos

Fabia Tetteroo-Bueno: “Si el techo es de vidrio podemos quebrarlo”

La primera mujer que dirige Philips en América Latina dialogó sobre su trayectoria profesional y de cómo logró acceder al máximo puesto de liderazgo. Al mismo tiempo, conversó sobre la estrategia de enfoque de Philips en la industria de la tecnología de la salud.

Mg. Jesica Niz

Fabia Tetteroo-Bueno es la primera mujer en llegar a ser vicepresidenta sénior y gerente general de Philips en América Latina. Así logró romper el techo de cristal, concepto que refiere a las barreras invisibles que impiden que las mujeres accedan a puestos jerárquicos.

Tetteroo-Bueno nació en Brasil, es licenciada en Comercio Exterior por la Universidad Metodista de São Paulo y tiene un Máster en Marketing del Instituto Kotler Michigan. Desde hace 25 años trabaja en Philips y antes de llegar a CEO tuvo



Fabia Tetteroo-Bueno

muchos puestos en distintos países del mundo. Asimismo, presentó diferentes iniciativas para promover estilos de vida más saludables a través de propuestas conectadas enfocadas en rutinas sanas y cuidado en el hogar.

En esta línea de ideas, anunció que el pasado de Phillips “fue en diversos bienes de consumo, pero nuestro futuro está enfocado a la salud”. En diálogo con Innova Salud Digital, Tetteroo-Bueno revela que desde su lugar quiere dejar dos legados “el primero es poder lograr más acceso a la salud” a través de las innovaciones de Philips y

“el segundo es más diversidad e inclusión” en los equipos de trabajo.

Innova Salud Digital: Si pudiera sintetizar su trayectoria en Philips en pocas palabras ¿cómo la describiría?

Fabia Tetteroo-Bueno: Empecé en Philips como trainee hace 25 años y llegué a ser presidenta de América Latina. El proceso fue interesante porque estudié Comercio Exterior y Marketing, por eso quería tener una experiencia en el exterior y esto me ha dado la empresa. En estos 25 años, en el lugar que menos trabajé fue en Brasil, solo dos años y medio, luego estuve en Alemania, Países Bajos, China, Filipinas y hace 6 años en Panamá.

En mis primeros años en Philips trabajé el área comercio internacional, luego marketing y en los últimos años como general manager. En resumen, estuve en funciones distintas y en países distintos y esta es justamente la oportunidad que me ofreció Philips ya que cada cambio de país o de función fue como empezar de nuevo.

En la actualidad se denomina techo de cristal a las barreras que se generan para las mujeres en su ámbito laboral ¿Qué opinión le merece el concepto y cómo lo vivió en lo personal?

En cada país que viví creo que el desafío de ser mujer era distinto. Por ejemplo, en Europa, las mujeres cuando deciden ser madres comienzan a trabajar part time para poder estar más presentes en los primeros cinco años de vida de sus hijos. En cambio, en China las mujeres tienen la misma responsabilidad que los hombres y, para ser sincera, ellas tienen los mejores cargos y esto es porque las niñas acceden a mejor educación y llegan a cargos más altos. En Filipinas, la mujer trabaja full time ya que tienen en sus hogares mucha ayuda en tareas de cuidado de los niños y el hogar.

En América Latina también es diferente y no es lo mismo México que Argentina. No obstante, creo que el principal desafío en Latinoamérica son las diferentes cargas del cuidado del hogar, aquí la mujer está creciendo mucho en el ámbito laboral, pero las tareas de cuidado recaen únicamente sobre ellas.

En lo personal, en cada país que viví existía un techo de cristal diferente y considero que si el techo es de vidrio podemos quebrarlo. No obstante, tenemos que adaptarnos a la situación local porque cada país tiene un desafío distinto.

También hay que analizar la situación personal, por eso la mujer debe preguntarse qué quiere para sí misma y si quiere trabajar en una empresa que le de los mismos derechos y las oportunidades que se le dan a un hombre.

Ahora hablando sobre diversidad e inclusión ¿cómo evalúa el impacto de estos aspectos en los equipos de trabajo?

Yo siempre a mis equipos les digo que quiero dejar dos legados, el primero es poder lograr más acceso a la salud con nuestras innovaciones y el segundo es más diversidad e inclusión. Creo que las empresas que son diversas e inclusivas son hasta un 25 por ciento más rentables. Ahora ¿Por qué se genera esto? Porque si escuchas una sola voz no innovas ya que la innovación viene de la diversidad de pensamiento. Entonces, lo más importante es que la gente se sienta bien donde trabaja, sin estigmas y sin tener que disculparse por ser distinto.

Indaguemos sobre el primer legado ¿cómo ha sido el proceso de transformación de Philips hacia el área de salud en los últimos años?

Tenemos la misión de mejorar las vidas de las personas y desde Phillips calculamos dónde nuestros equipos y productos impactan en sus vidas positivamente. El año pasado mejoramos

mil millones de vidas y 167 millones de esas vidas en comunidades desatendidas, esto es porque invertimos mil millones de euros por año en innovación y desarrollo con este objetivo.

Phillips era una empresa con muchos servicios y productos, pero en los últimos 15 años nos dimos cuenta que si quieres realmente innovar tienes que invertir en grande en algo y es así cuando nos enfocamos en salud. En los últimos años, Philips pasó de ser un conglomerado diversificado a un líder centrado en la tecnología de la salud; vendimos divisiones de audio, video e iluminación y adquirimos cerca de 23 empresas todas del sector de salud.

A la gente que conoce a Philips por bienes de consumo, yo siempre les cuento que en mi oficina en China tenía una foto del último emperador chino de 1912 siendo tratado con una máquina de rayos X de Philips, es decir, estamos hace más de cien años en el área de salud. En suma, nuestro pasado fue diverso vinculado a bienes de consumo, pero nuestro futuro será enfocado a la salud.

Según la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina el 30 % de las personas no tienen acceso a una buena atención médica, teniendo en cuenta esto ¿cuáles son los desafíos presentes y futuros para Philips en la región?

En lo personal, más que desafíos yo veo una oportunidad ya que los dos sectores menos digitalizados a nivel mundial son salud y el ámbito agropecuario. Aquí tenemos una oportunidad gigante de mejorar la vida de ese 30 % de la población en América Latina que no tiene acceso a la salud con eficiencia.

Las oportunidades están en la informatización del sector, la optimización de flujos de trabajo, el manejo de datos, el uso de la inteligencia artificial y la telemedicina las cuales permitirán ecosistemas integrados alrededor del paciente y la

historia clínica electrónica. Solamente en Brasil, el año pasado 76 millones de personas pasaron por nuestros sistemas de Tasy EMR (Electronical Medical Record) para lograr diagnósticos ciertos y precisos.

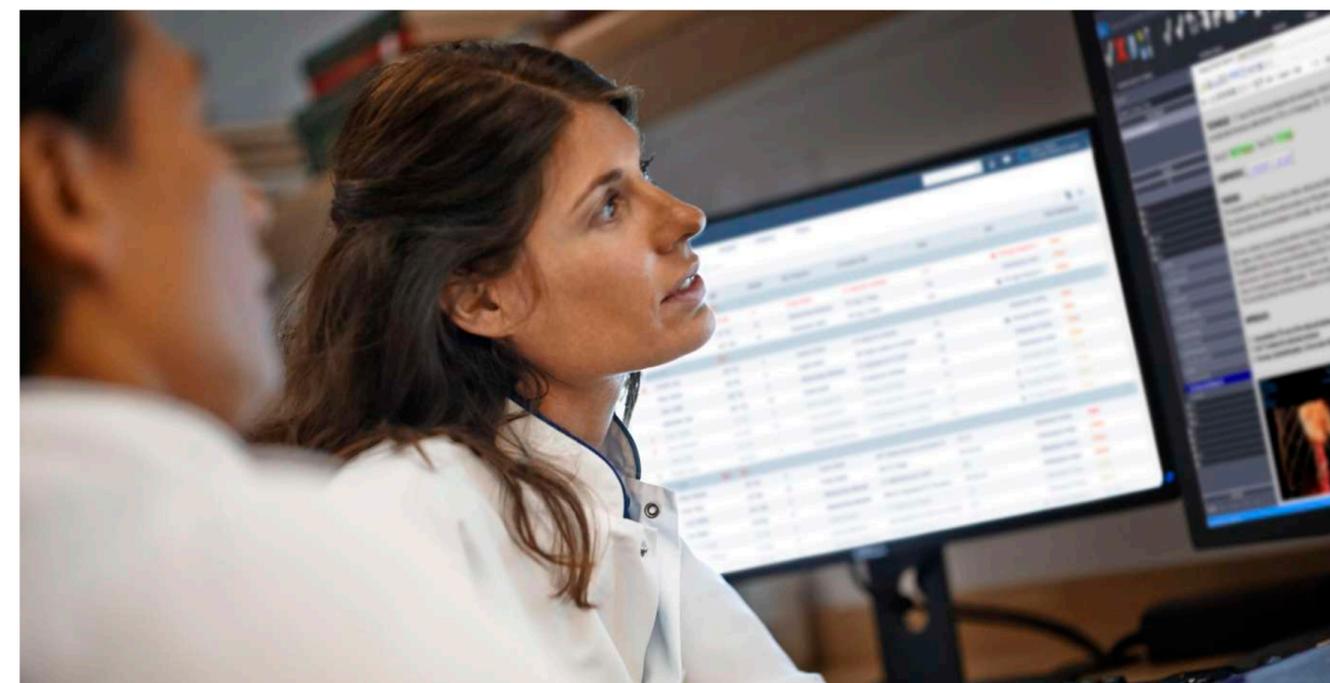
Otro aspecto que debemos considerar es que en el futuro vamos a tener falta de cuerpo clínico ya que los jóvenes están orientando sus intereses profesionales a otros ámbitos y la población es cada día más longeva. Una razón de peso para ver en la tecnología la posibilidad de convertir a los sistemas de salud en entornos más eficientes.

Además, creo que los hospitales públicos como los privados, los gobiernos y las universidades tienen que trabajar en conjunto y hacer una transformación hacia la digitalización para mejorar la eficiencia, la calidad de vida del paciente y de los equipos de trabajo en el área de salud.

En este sentido, ¿considera que la digitalización e incorporación de tecnologías en el sector salud pueden transformar la realidad hacia un mayor acceso a la salud?

Con certeza. Un equipo clínico podría generar mayor conocimiento a partir del manejo y análisis de datos impulsando más el rendimiento y la eficiencia operativa, el apoyo a las decisiones clínicas, tratamientos personalizados y la posibilidad de gestionar la salud poblacional, entre otros. Igualmente se genera una mejoría para el paciente al salir del papel y saber que tiene todos sus datos en la historia clínica electrónica. De esta manera, la base instalada de los hospitales es más eficiente y se reducen costos ya que se puede atender a mayor cantidad de personas. Tenemos ejemplos en Brasil de hospitales que tenían cero digitalizaciones y que al incorporar tecnología mejoraron hasta el 70 % la eficiencia.

Ya para concluir ¿qué cambios veremos en la región durante los próximos años en el área de salud?



Considero que tendremos más digitalización alrededor de áreas específicas de cuidado, por ejemplo, cardiología, oncología, patologías, entre otras ¿por qué? Porque vamos a tener más precisión en cuidado y tratamientos más ciertos.

En segundo lugar, la modificación de la productividad, los hospitales podrán atender a más personas con la misma base instalada y esto será positivo para todos. Tercero, cambios en ciberseguridad y privacidad de la información ya que los criminales están trabajando online, hoy un dato médico vale más que un dato bancario y hay que trabajar con empresas serias para proteger los datos.

Asimismo, otro cambio se verá en interoperabilidad ya que nadie tiene una solución completa, entonces hay que mantener la conexión y trabajar en red. También desarrollar la telemedicina que no es solamente teleconsulta, allí creo que se verá un crecimiento.

Finalmente, la preocupación alrededor de la sustentabilidad ya que el sistema de salud debe generar un cambio para mejorar el medio ambiente, desde cuidar los desperdicios de los insumos,

las medicinas e incluso los exámenes médicos.

Soy positiva y considero que todos estos cambios serán para mejorar la vida de las personas. Además, este es el momento para crecer juntos en América Latina ya que hay muchas posibilidades de innovación en salud que permiten lograr un mejor servicio para los pacientes. ▲



Identidad de género en sistemas de información de salud: desde la infancia a la adultez

Numerosas evaluaciones realizadas para indagar acerca de las necesidades de pacientes han demostrado que las personas con diversidad sexual enfrentan distintos obstáculos para acceder a la atención primaria de salud, como retraso en la atención por discriminación, abandono de tratamiento o falta de cobertura entre otros.

Dra. Joia Nuñez

Con el objetivo de abordar estas disparidades, surge la iniciativa de brindar recursos para equipar a los proveedores de atención primaria y los sistemas de salud con las herramientas y el conocimiento para satisfacer estas necesidades de atención médica.

Las limitaciones actuales para capturar información precisa sobre sexo y género a menudo terminan resultando en la falta de servicios de salud preventivos, confusión clínica e incluso demora en

la atención. Por este motivo, la captura de datos sobre el sexo, género, nombres y pronombres preferidos, así como la anatomía actual de cada individuo, resulta esencial para brindar una comprensión más completa e integral hacia el bienestar de las personas.

La expresión del género y la identidad sexual no están necesariamente asociadas con el sexo asignado al nacer y la edad en la que se comienza a articular la afirmación de la identidad de gé-

nero –ya sea diferente a la de su sexo asignado al nacer o concordante–, es muy variable pudiendo comprender etapas desde la infancia hasta la adultez. Este artículo aborda el arco completo de la atención primaria, incluyendo así, una mirada sobre la consulta pediátrica, que tiene particularidades específicas propias de ese período de la vida humana.

Actualmente, estamos frente a una generación que se muestra más proclive a transitar su adolescencia sin consolidar su identidad de género en relación a sus prácticas de sexualidad. Se espera que profesionales de la salud puedan promover y respetar la autonomía en la adolescencia y comprender que existen múltiples e inabarcables maneras de subjetivar el género.

A partir del estado de situación sobre esta temática, sus antecedentes y luego de una revisión (no sistemática) de la bibliografía, se expondrán una serie de recomendaciones para la correcta identificación del género en sistemas de información en salud en distintas etapas de la vida, desde el sexo asignado al momento del nacimiento, pasando por la evolución durante la infancia y adolescencia, hasta la madurez sexual de los individuos.

El nombre como acto de identidad

Se ha demostrado que no ser identificado por el nombre y el pronombre preferidos en un entorno médico, termina llevando a una exclusión de la diversidad sexual del sistema de salud. Las instituciones y los proveedores no siempre entienden cómo solicitar esta información y, a menudo, la recopilación de datos comienza con formularios de admisión.

En los sistemas Historia Clínica Electrónica (HCE), las respuestas de identidad de género suelen incluir como opciones "mujer" y "hombre", y en algunos casos se agrega "hombre transgénero", "mujer transgénero" y "no binario" u "otros". Es-

tas opciones son anticuadas y problemáticas, en parte debido al cambio masivo en la conceptualización de lo que han significado estos términos durante las últimas ocho décadas.

Recién en el año 2011, el DSM-V y la CIE-10 despatologizaron la transexualidad que figuraba como trastorno de la salud mental. Se ha afirmado que el paradigma basado en el binarismo sexogenérico ha justificado actos de patologización, discriminación y represión a aquella población que no se ajustaba a determinados parámetros considerados normales o deseables.

Por empezar, dos opciones de respuesta al género, por sí solas, no captan la variedad de experiencias de género que tienen las personas. Al separar estos grupos en "masculino" y "femenino", un primer efecto es que se presentan como la norma. Para el amplio espectro de diversidad de género y sexualidad, ser relegado a una categoría de "otro" a menudo se experimenta como una "otredad" literal, mientras que la inclusión de una categoría "no binaria" comunica inclusión.

Lenguaje inclusivo: Definiciones

La terminología en el contexto de la gran diversidad sexual e identidad de género ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y en las distintas culturas e idiomas. En la literatura relacionada, pueden encontrarse diferentes maneras de definir y clasificar los conceptos desarrollados en este artículo. A los fines de unificar criterios, se tomarán en cuenta las siguientes definiciones en el contexto de este documento:

Identidad de género: la autoconceptualización de género sentida por una persona, que puede o no corresponderse con el sexo asignado al nacer o con las características sexuales primarias o secundarias.

Sexo asignado al nacer: el sexo asignado a cada persona en el momento del nacimiento, generalmente basado en los genitales externos, también conocido como sexo natal o sexo biológico. Descri-

be las características anatómicas y/o fisiológicas.

Transición de género: puede considerarse como el proceso a través del cual una persona alinea su sexo físico (a través de hormonas, cirugía, etc.) con su identidad de género, teniendo en cuenta que no todas las personas transgénero buscarán una transición médica, sino que simplemente se centrarán en una social; para cualquier individuo dado, la transición puede o no tener un 'punto final' específico y puede representar un estado continuo de flujo y exploración que varía según el individuo.

Orientación sexual: remite a un patrón de atracción emocional, romántica, sexual y/o afectiva. Algunas de las orientaciones sexuales posibles son: la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad. Las personas pueden identificarse con una misma orientación sexual toda su vida o puede ir variando su identificación..

Marco legal argentino

En Argentina, en 2012, se sancionó la Ley 26.743, que establece el derecho a la identidad de género, indicando que toda persona tiene derecho:

- Al reconocimiento de su identidad de género;
- Al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género;
- A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada.

Posteriormente, en 2021, se publicó el Decreto 476 del Poder Ejecutivo Nacional, estableciendo que el Registro Nacional de las Personas, deberá adaptar las características y nomenclaturas de los documentos nacionales de identidad y de los pasaportes que emite, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley n° 26.743.

De esta manera, se incorpora una tercera opción documentaria en la categoría 'sexo' en el Documento Nacional de Identidad y el Pasaporte, con el fin de contemplar el derecho a la identidad de género respecto de aquellas personas que no se reconocen dentro del sistema binario femenino/masculino. La nomenclatura "X" en el campo 'sexo' comprenderá las siguientes acepciones: no binaria, indeterminada, no especificada, indefinida, no informada, autopercibida, no consignada; u otra acepción con la que pudiera identificarse la persona que no se sienta comprendida en el binomio masculino/femenino.

Buenas prácticas: De la teoría a la práctica

La implementación de las políticas de recopilación de datos de identidad de género y orientación sexual en los registros clínicos electrónicos suele realizarse sin un conocimiento adecuado de las necesidades de las poblaciones transgénero, sin educación del proveedor y, a menudo, solo en contextos de atención limitados.

Sexo, género, nombre y pronombres

Un principio rector en los sistemas segregados por sexo es dar a las personas la autonomía para usar las instalaciones y los programas más alineados con su identidad de género.

Basándose en métodos desarrollados por primera vez por el Centro de Excelencia para la Salud Transgénero de la Universidad de California, Tate y equipo adoptaron una técnica de preguntas en dos pasos para permitir la recopilación y documentación de información de identidad de género. Esta técnica consiste en consultar primero la identidad de género, seguido de una consulta sobre el sexo asignado al nacer; al preguntar primero por la identidad de género, se enfatiza la importancia de este parámetro desde la perspectiva de una persona en el marco de la diversidad sexual, sobre la del sexo de nacimiento asignado. El nombre preferido, la identidad de género y la



preferencia de pronombres deberían incluirse como variables demográficas. Idealmente, los parámetros de campo se modificarían fácilmente para reflejar los paradigmas cambiantes y las tendencias sociales dentro de las comunidades. Se aconseja registrar con precisión el nombre y los pronombres de la persona sin etiquetarlos como preferidos o elegidos para fomentar la inclusión. **El desarrollo de herramientas de soporte a la decisión clínica en HCE para incitar a los proveedores a preguntar y actualizar la identidad de género de un paciente puede respaldar aún más estas conversaciones importantes.**

Si bien es esencial que el proveedor de salud tenga información actualizada y precisa, también es necesario que el personal de primera línea tenga la capacitación suficiente para realizar la admisión sin confundir el género o angustiar a las personas transgénero y no binarias.

Los estándares más comúnmente utilizados en el ámbito de la salud, tienen contemplada esta necesidad. LOINC, el estándar que utiliza nombres de códigos universales e identificadores para terminología médica relacionada con la HCE, proporciona una lista de respuestas para pronombres personales informados (<https://loinc.org/90778-2/>). Por su parte, HL7 Gender Harmony Project, como parte de HL7, un conjunto de estándares para facilitar el intercambio electrónico de información clínica, ha anunciado la inclusión de pronombres según su proceso de votación actual. Sin embargo, la estandarización total puede no ser factible en un futuro próximo dada la prioridad de la capacidad de respuesta cultural sobre la interoperabilidad.

Además, toda la información demográfica relacionada con el género debería poder ser modificable por cada individuo sin el consentimiento de un proveedor.

Los conceptos relacionados con el género y la sexualidad evolucionan con el tiempo e inevitablemente conducen a cambios y actualizaciones en la terminología.

Estados de transición: inventario de órganos

Por otro lado, la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés) recomienda un enfoque individualizado en la atención clínica de cada paciente trans, basado en un inventario actual de órganos, así como en el estado transgénero del propio paciente y su historial específico de sexo o género.

Proporcionar un medio para mantener un inventario del historial de transición médica y la anatomía actual de un paciente. El sistema debe permitir una transición fluida de un nombre listado, inventario anatómico y/o sexo a otro, sin afectar la integridad del resto del registro del paciente. Este inventario debe desvincularse de la identidad de género registrada del paciente, el sexo asignado o los pronombres preferidos.

Abordaje en la consulta pediátrica

Antes de lanzar un sistema de recopilación de datos, es fundamental crear primero entornos clínicos seguros y afirmativos para la atención pediátrica y de las familias.

Para adolescentes de 11 a 17 años, suele haber un momento privado, sin la presencia de un cuidador y se recomienda aprovechar este espacio. Aunque es posible que aún no conozcan su identidad de género, orientación sexual o no participan en comportamientos sexuales, muchas veces experimentan atracciones románticas o sexuales. Preguntar sobre estas atracciones, por lo tanto, puede aumentar la comprensión y la precisión de la respuesta.

El estudio de corte transversal realizado por Eyman y equipo, mediante una encuesta a 836 adolescentes, observó que 5% de la población adolescente tuvo dudas sobre su identidad de género y un 26% se definió como no heteronormativo.

Para menores de 11 años, en cambio, es probable que toda la consulta se realice en presencia de un

cuidador. Algunas familias, pero no todas, conocen y apoyan la identidad de género de sus hijos. Si se sienten inseguros al revelar esta información frente a su cuidador, pueden no responder con la verdad. De todas maneras, es importante brindar la oportunidad de hablarlo y siempre cuentan con la opción de no contestar.

¿Cómo se traduce esto en el registro pediátrico?

Previo a documentar los datos de identidad de género y orientación sexual de niños, niñas y adolescentes en la HCE, es fundamental solicitar el consentimiento para el registro, con una explicación clara de quién puede acceder a la información. La divulgación intencional o accidental de esta información a un tutor legal puede representar un grave riesgo para la seguridad y el bienestar de las personas, particularmente en contextos donde están altamente estigmatizadas o criminalizadas.

Desafíos

A medida que los problemas con identidades de género diversas continúan emergiendo a la vanguardia de la conciencia pública, el público espera atención médica y de salud mental informada, competente e integral. Sin embargo, solo una minoría de facultades de medicina ofrece un plan de estudios relacionado con la atención específica para personas transgénero. Este desajuste entre la educación del proveedor y las expectativas del paciente exige a los proveedores de salud un esfuerzo por desarrollar sistemas de atención clínica adecuados.

El desafío principal para determinar las mejores prácticas para los jóvenes transgénero y no binarios radica en el hecho de que el desarrollo es diferente para cada individuo.

Hacer preguntas apropiadas para la edad en la atención primaria puede generar conversaciones importantes y enriquecedoras con la población

pediátrica y sus familias. Igualmente importante es la necesidad de implementar sistemas de HCE que protejan la privacidad de menores de edad que no están listos para revelar su identidad de género a sus cuidadores, o corren el riesgo de sufrir daños al hacerlo. Las sugerencias presentadas en este artículo probablemente requerirán ajustes basados en los contextos culturales y lingüísticos locales, y las diferencias jurisdiccionales en las políticas y prácticas para menores. Hace falta investigación para evaluar la validez y viabilidad de las preguntas sobre identidad de género y orientación sexual hacia niños, niñas y adolescentes, y para medir los resultados de la recopilación de datos.

Conclusiones

Mientras continúa aumentando la atención de salud con un enfoque integral, incluyendo la diversidad de género y sexual en el marco de la asistencia, se le pide al campo de la informática médica que responda a las necesidades únicas de este grupo demográfico mediante la implementación de métodos de recopilación de datos más precisos y apropiados en una variedad de productos y sistemas.

Aún nos está costando a los profesionales de la salud adoptar la diversidad de género como modelo de inclusión en el trato cotidiano, pero le pedimos a los sistemas que cubran esta brecha entre humano y máquina. Esta brecha, también, puede ser afrontada con educación y capacitación, que escapan al alcance de este artículo, pero que es de suma importancia dejar asentado como complementos necesarios a las herramientas tecnológicas, lo cual será clave desarrollar en un futuro inmediato.

Se espera que los temas abordados en este trabajo, así como las recomendaciones que de él se desprenden, fomenten la investigación en tecnologías de la información aplicadas a la salud sobre las necesidades específicas de las personas transgénero y no binarias, entendiendo que queda un gran camino por recorrer. ▲

EXPERIENCIA HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

En el Hospital Italiano de Buenos Aires, se han realizado una serie de desarrollos que se van alineando con las recomendaciones actuales:

Empadronamiento de personas

Se ha realizado una adaptación del Master File para que el género y el nombre de una persona pueda ser modificado (impactando en la HCE). Estos cambios pueden llevarse a cabo ante el pedido del interesado, sin necesidad de tener documentación respaldatoria alguna.

HCE y aplicativos

Nombre elegido: Se tomará el nombre elegido por cada persona para ser visualizado en la Historia Clínica y en los llamadores hospitalarios. Si se ha realizado el cambio en el DNI, se mostrará el nombre legal. De no haberse realizado el mismo, se mostrarán las iniciales del nombre legal entre paréntesis en la HCE.

Íconos: se incorporó en la HCE iconografía con las diferentes identificaciones de género para cada caso.

Portal de Salud

Al ingresar al Portal de Salud, cada vez que aparece el nombre del paciente, se visualizará el nombre elegido. Además, se permite realizar la modificación de estos datos (nombre elegido y género) desde la configuración del perfil.

Recuadro 1: Experiencia Hospital Italiano de Buenos Aires



Joia Nuñez

Médica especialista en Pediatría y maestranda en Informática en Salud.

Desde 2021 es miembro de la Subcomisión de Tecnologías de Información y Comunicación de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Escribió artículos sobre [Informática en Salud](#) y su aplicación en [Pediatría](#).

Inclusión: El cambio de paradigma

Somos partícipes de un nuevo enfoque en relación a la discapacidad. En este número de Innova Salud Digital se indaga en los desafíos que se presentan para lograr una plena inclusión.

Por Mg. Jesica Niz

El primer paso para lograr la verdadera inclusión es un cambio de enfoque sobre la discapacidad. En los últimos años, el modelo médico sufrió una crisis paradigmática que permitió el avance del modelo social. Este nuevo paradigma considera a la discapacidad como una condición donde la principal desigualdad radica en las barreras simbólicas, físicas y estructurales que persisten en la sociedad.

El cambio de paradigma en discapacidad implica múltiples dimensiones, desde actualizar el marco normativo hasta romper con los preconceptos que la sociedad tiene en relación a la temática. Si bien en los últimos años se evidencian progresos para lograr la inclusión de las personas con discapacidad, todavía queda mucho por hacer. En este número de Innova Salud Digital se abordan los desafíos tanto a nivel social como en los Sistemas de Información en Salud.

El cambio de paradigma

El concepto de discapacidad se modificó en las últimas décadas. El modelo médico, con el foco puesto en la rehabilitación, dejó de ser el paradigma imperante y dio lugar a una nueva perspectiva: el modelo social. Esta nueva concepción se orienta a eliminar las barreras que pueden obstaculizar la participación plena de las personas con discapacidad en la sociedad.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud considera que la discapacidad no es un problema de salud, sino que es un fenómeno complejo que refleja la relación entre las características del ser humano y las características del entorno en donde vive. De este modo, la definición reconoce el contexto social como factor determinante en la discapacidad de una persona.

Un hito de la transformación sobre la noción de discapacidad se remonta a 2006 cuando se realizó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en la sede de Nue-

va York de las Naciones Unidas. La Convención entró en vigor al ser ratificada por 20 países, entonces en 2008 se hizo efectiva. Así se observa que la ampliación de derechos de las personas con discapacidad tiene una historia reciente ya que durante la primera década del siglo XXI se emprendió el cambio paradigmático.

“Hoy luchamos por instalar el modelo social y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, pero el modelo médico todavía se encuentra impregnado y muy vigente en casi todas las prácticas de la vida cotidiana, por ejemplo, en el lenguaje a través de expresiones como ‘pobrecito’ o ‘capacidades diferentes’”, explica Daniela Aza, licenciada en Comunicación (UBA) quien trabaja para concientizar sobre inclusión y diversidad. Aza nació con Artritis Reumatoide Múltiple Congénita, una condición compleja que afecta a las articulaciones. Tras 15 cirugías y múltiples pronósticos negativos, decidió que su diagnóstico no iba a ser su destino y logró convertir su experiencia en aprendizaje para motivar a personas con discapacidad a tener una vida plena.

En diálogo con Innova Salud Digital, Aza reflexiona que “se sigue considerando a la persona con discapacidad como defectuosa, que tiene una ‘falla’ o le falta algo” y manifiesta que “modificar esta óptica cuesta mucho porque implica empezar a percibirnos como parte de la diversidad”. “Lentamente, se va tomando más conciencia y creo que esta época es oportuna para el cambio, pero hay que trabajar mucho y no siempre se toma esa responsabilidad”, expone.

El trabajo de Aza fue reconocido por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y se declaró de interés el contenido de su cuenta de Instagram @shinebrightamc por la promoción de los derechos y la integración social de las personas con discapacidad. “Creo que hoy es el mejor momento para instalar las temáticas relacionadas con la discapacidad, aunque no siempre hay intención o voluntad de trabajar para eso. Lleva

mucho trabajo y eso incomoda. Pero la única manera de generar cambios es modificando la óptica y el imaginario, construyendo nuevas prácticas, aprendiendo y educando. Vamos en camino, aunque falta mucho”, concluyó.

Conocer para incluir

Los datos sobre la población con discapacidad son un elemento fundamental para la inclusión. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 12% de la población de América Latina y el Caribe vive con al menos una discapacidad y el 30 % de las personas no tienen acceso a una buena atención médica.

Específicamente, dentro de los Sistemas de Información en Salud, el reto es sumar técnicas para facilitar el acceso de las personas a la gestión de la salud y el primer paso es tener información para incluirlas en las herramientas accesibles. Sobre este aspecto, desde el colectivo Diversidad en Salud Digital conformado por Melanie Cassarino (Enfermera), Giuliana Colussi (Socióloga), Agustina Briatore (Pediatra) y Denise Levi (Psicóloga), coinciden en que “el primer desafío siempre tiene que ser conocer a las personas e incluirlas a todas en los diseños para poder generar herramientas accesibles y llegar a toda la población”.

“Si no tenemos en cuenta todos nuestros usuarios finales en su contexto total, es decir, tener en cuenta también sus habilidades, recursos, experiencias previas y conocimientos, a la hora de diseñar Sistemas de Información en Salud para pacientes, es muy probable acentuar las inequidades en el acceso a la salud”, aportan. Asimismo, observan: “hoy se habla mucho de diseño centrado en el usuario, pero que después realmente no se lo incluye al usuario final. Entonces, están las dos aristas, por un lado, hacer que la Salud Digital sea diversa, y que servicios tengan la mirada de la diversidad e inclusión y que estén basadas en evidencia”. Desde el gru-



Lic. Daniela Aza

po interdisciplinar que busca evolucionar la Informática en Salud, postulan el lema “con equipos más diversos se generan productos, servicios y soluciones más accesibles e inclusivas”.

“Se está viendo un cambio de paradigma con un montón de cuestiones que hacen a la diversidad, la inclusión y a diseñar realmente soluciones que incluyan a los usuarios finales”, explican. De este modo, las profesionales sostienen que “ver la discapacidad de manera diferente puede inspirar mejores diseños que beneficien a más personas”. **“Cuando entendemos que la discapacidad es una forma universal y dinámica de interactuar con el mundo, nuestro impacto puede expandirse, ya que nuestros diseños inclusivos llegan a un mayor número de personas”**, indicaron.

Sobre esta nueva concepción más amplia, a nivel mundial, la Iniciativa de Accesibilidad Web (WAI) que desarrolla el World Wide Web Consortium (W3C) busca promover un alto grado de usabilidad para las personas con discapacidad ya sean visuales, auditivas, físicas, cognitivas o neurológicas. En este sentido, entre las pautas que propone la WAI, el documento más relevante incluye

Pautas de Accesibilidad al Contenido de la Web (WCAG) ya que su principal función es orientar en el diseño de páginas Web para reducir las barreras de acceso. Al mismo tiempo, en los últimos años se trabaja para lograr el Diseño Universal que incluye un conjunto de principios para minimizar la necesidad de tecnología de asistencia y que los productos sean utilizables por diversos usuarios.

La actualización necesaria

“Nada sobre nosotros sin nosotros”. La frase es un emblema para las personas con discapacidad y posee una historia. Surgió con el movimiento a favor de la vida independiente de las personas con discapacidad en Estados Unidos durante 1970. El lema expresa la idea de que ninguna decisión que influya sobre las personas con discapacidad debe hacerse sin su participación plena. Siguiendo esta idea, este año en la Argentina se realizaron consultas federales y audiencias públicas para actualizar el marco normativo en relación a la discapacidad.

Las audiencias se desarrollaron desde marzo hasta junio pasado y fueron organizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), con el objetivo de presentar un nuevo proyecto en el Congreso para reemplazar la Ley 22.431 antes de fin de año. Cabe recalcar que la normativa vigente fue sancionada en 1981 e instituyó el denominado “sistema de protección integral de las personas discapacitadas”; es decir, la ley tiene una concepción de la discapacidad asistencialista y entiende a la persona con discapacidad como un sujeto de cuidado y no como sujeto de derecho.

En cambio, la nueva propuesta de Ley de Discapacidad se plantea como interseccional e intercultural y se basa en los lineamientos del modelo social, además de promover diseños universales en todos los entornos. Fernando Galarraga, director ejecutivo de ANDIS, dialogó con Innova Sa-

lud Digital y expresó que “el proceso de diálogo, apertura y escucha de las audiencias públicas fue inédito” ya que “participaron mil oradores de todo el país y se recibieron 5.600 formularios vía web”.

ANDIS es el máximo órgano de políticas de discapacidad en el país y Galarraga es la primera persona con discapacidad en estar al frente del organismo: Fernando es una persona ciega, estudió Comunicación Audiovisual, es docente, además de activista en temas de Derechos Humanos.

Sobre el cambio paradigmático en relación a la discapacidad, Galarraga reflexiona que “se viene avanzado y estos años han sido importantes en darle visibilidad a la temática y que la sociedad empiece a discutir sobre qué es discapacidad”. Asimismo, aporta que “hay que clarificar que no hablamos de enfermedad, aunque hay aspectos médicos que pueden estar presentes en la vida de la persona”.

“La ley va a ser una herramienta clave para el cambio de paradigma”, vaticinó.



Lic. Fernando Galarraga

Un futuro sin barreras

Desde diversos sectores se señala que existe un avance y que el cambio paradigmático en relación a la discapacidad está en marcha, aunque todavía resta derribar barreras para lograr una sociedad más igualitaria e inclusiva.

Una barrera simbólica son los prejuicios sociales y pueden evidenciarse en los datos. Desde ANDIS revelan que “en la Argentina 8 de cada 10 personas con discapacidad están desempleadas” e incluso que “profesionales graduados

universitarios obtienen su primer trabajo recién después de los 40 años y, en general, en áreas que no son en las que se formaron”. “Existe una barrera cultural que genera que los empleadores no vean a la persona como alguien que puede aportar a sus equipos”, explicó el titular del organismo.

En tanto, sobre las barreras físicas o estructurales, el desafío es generar entornos y servicios que puedan ser utilizados con mayor autonomía y seguridad, además de fomentar una vida autónoma e independiente para las personas tengan o no una discapacidad. 



Conocé la mejor solución del mercado para la gestión integral de servicios de salud.



Productos diseñados para mejorar la experiencia de los pacientes

Conocé más en www.kern-it.com.ar



INNOVA

SALUD DIGITAL





SNOMED International refleja la diversidad en todos los aspectos de sus operaciones

Una organización Internacional, pensada para facilitar el trabajo a sus representantes.

Por: Kelly Kuru

Al pensar en la “diversidad” se la podría definir como la práctica o cualidad de incluir o involucrar a personas provenientes de diferentes contextos sociales y étnicos y géneros diversos. En cambio, en [SNOMED International](#), el significado y la aplicación de este término es más amplio, ya que incluye el compromiso de la organización de promover otros elementos de la diversidad -de idiomas, contenido, enfoque, cultura y prioridades de atención de la salud- en el desarrollo, la mejora y el sostén constante de SNOMED CT, su terminología clínica.

¿Qué significa esto en el mundo real?

Una organización verdaderamente diversa, inclusiva y global

En primer lugar, SNOMED International es exactamente eso – una organización ‘internacional’ que en la actualidad cuenta con 42 países miembros en las Américas, Europa, Oriente Medio, África y Asia Pacífico. Los aportes de cada miembro se basan en el Ingreso Nacional Bruto conforme lo calculado por el Banco Mundial, al tiempo que cada uno cuenta con un/a representante en nuestras mesas de gobierno, incluida la Asamblea General y el Foro de Miembros, así como un acceso equita-

tivo a todos los productos y servicios de SNOMED International. La organización también ha emitido más de 30.000 licencias de afiliación.

SNOMED International, tiene su sede en el Reino Unido de Gran Bretaña, pero opera en forma remota a través de un equipo profesional y geográficamente diverso, con clínicos, expertos en informática de la salud, terminólogos, desarrolladores de software, ingenieros y especialistas en finanzas, así como expertos en cuestiones administrativas, de marketing y contenidos, de educación y mapeo en América del Norte, Europa y Asia Pacífico.

Diversidad de idiomas

La diversidad se ha reflejado durante mucho tiempo ya en la terminología clínica en sí. Uno de los elementos clave de la diversidad es que SNOMED CT, se encuentra disponible en diferentes idiomas (desde mediados de la década de 1990, la Edición Internacional de SNOMED CT se ha difundido en inglés y español. Ambas se publicaron dos veces al año hasta 2021, momento en el que se introdujeron entregas mensuales de la Edición Internacional de SNOMED CT, en inglés; en tanto la versión en español, aún se publica en forma bianual).

Los miembros además, pueden crear extensiones nacionales de la Edición Internacional para tomar en cuenta los requisitos nacionales y locales en su idioma de preferencia, lo que les facilita el uso de SNOMED CT, para poder satisfacer las prioridades sanitarias muy heterogéneas de sus respectivos países. Aquellos miembros, cuyos países comparten una lengua común ya sea mayoritaria o minoritaria como el francés en Suiza, Francia, Canadá y Bélgica, colaboran cada vez más en la realización de traducciones que puedan utilizar en sus extensiones nacionales. Para mayor información sobre las traducciones de SNOMED CT, visite nuestra página de [Traducciones](#).

Diversidad de pensamiento y aportes

La diversidad en la ecoesfera de SNOMED International se ve ampliada aún más por la variedad de contextos profesionales, clínicos, culturales y de experiencias, no solo de sus Miembros y personal sino también de sus numerosos [grupos clínicos, de proyectos, asesores y de trabajo](#) que contribuyen al desarrollo, mantenimiento, mejora y distribución de SNOMED CT. Los integrantes de estos grupos incluyen desde anesestesiólogos y alergistas hasta terminólogos, traductores, y muchos más. Sus perspectivas únicas y su gestión resultan el motor que impulsa y modela los productos y servicios de SNOMED International, lo que le permite a la organización responder con agilidad a un panorama de salud digital en constante cambio. Un ejemplo de la influencia de tantas perspectivas diferentes es el agregado de contenidos de medicina tradicional a SNOMED CT. La medicina tradicional es una extensión de la Edición Internacional de SNOMED CT y se encuentra disponible por separado como una subontología a la que contribuyeron los miembros de SNOMED International en Malasia, India y China.

Diversidad en la experiencia del usuario

Con una base de usuarios que ronda los cientos de miles, y con su adopción en decenas de

países para un amplio rango de fines clínicos, comerciales y de investigación, la experiencia de implementar y usar SNOMED CT es tan diversa como lo son las prioridades de atención de la salud y los entornos físicos, culturales y sociales en los que se utiliza. A fin de reflejar la diversidad de la experiencia y de construir un banco de conocimiento global, SNOMED International organiza una serie de eventos cada año que incluye reuniones bianuales de negocios en las que todos los grupos asesores, de proyectos y trabajo brindan actualizaciones sobre la tarea que realizan, una Expo, y [una conferencia anual](#) que reúne a delegados, presentadores y proveedores de todo el mundo. Además, nuestros diversos grupos asesores organizan en forma periódica a lo largo del año [webinarios abiertos](#) que se centran en los variados aspectos de la terminología clínica.

El trabajo que queda por delante

La organización ha hecho grandes avances para expandir su diversidad en muchas direcciones, lo que incluye las operaciones de la organización, la interacción con los actores y su educación, el desarrollo, respaldo e implementación de contenidos, aunque sabemos que aún queda mucho por hacer. Nos esmeramos por seguir diferenciando el contenido de SNOMED CT, a fin de satisfacer las necesidades de una gama aún más amplia de usuarios y apoyarlos con aquellos productos y servicios que satisfagan sus necesidades, así como también para establecer alianzas con nuevas organizaciones y, a partir de esa diversidad, crear el lenguaje global único de la salud. ▲

Para mayor información, véase snomed.org.



Kelly Kuru

Funcionaria Principal de Comunicaciones de SNOMED International.



Diversidad en Salud Digital: Protagonistas de la transformación

Cuatro profesionales se unieron para transformar la salud digital con la diversidad, la inclusión y la igualdad como principal aspiración. Las fundadoras de Diversidad en Salud Digital explican que decidieron “ser protagonistas del cambio” y “aportar sus granos de arena para avanzar hacia una disciplina más diversa”.

Por: Mg. Jesica Niz

“Que nada nos defina. Que nada nos sujete. Que la libertad sea nuestra propia sustancia”

La frase de Simone de Beauvoir resuena en el compromiso de cuatro profesionales que buscan transformar la Salud Digital. Melanie Cassarino (Enfermera), Giuliana Colussi (Socióloga), Agustina Briatore (Pediatra) y Denise Levi (Psicóloga) crearon el colectivo Diver-

sidad en Salud Digital y desde su lugar continúan con el legado de la igualdad total que planteaba la filósofa francesa.

Desde un abordaje interdisciplinar, las cuatro mujeres cooperan en distintas acciones y temáticas con la diversidad, la inclusión y la igualdad como bandera. Los preceptos que guían su accionar (y que están presentes en su página web) son visibilizar problemáticas de la salud digital desde una

perspectiva de diversidad e inclusión, además de generar instancias de intercambio y de construcción colectiva entre los profesionales del campo, fomentando espacios de pensamiento crítico e innovación, que ayuden a concienciar los sesgos o vicios que se van instalando en la disciplina.

En diálogo con Innova Salud Digital, las profesionales explicaron que construyeron un espacio seguro que se encuentra abierto para sumar a más personas con interés en transformar la salud digital desde una mirada interseccional. Aseguran que, para lograr los cambios en la disciplina, hay que ser protagonistas.

Diversidad en Salud Digital es un grupo interdisciplinar ¿cómo fue que ustedes se unieron para armar el proyecto?

Giuliana: La mezcla que tiene nuestro grupo es el reflejo de lo que está pasando en la disciplina. Empezamos a trabajar juntas en el año 2019 cuando se nos ocurrió organizar en el espacio de las Jornadas de Informática en Salud un track sobre “Género e Informática en Salud”. Vimos que se hablaba mucho del tema en Congresos Internacionales y que no teníamos datos ni de Argentina ni América Latina sobre cómo está compuesta la fuerza de trabajo de la salud digital.

Entonces, hicimos la propuesta para tener un lugar en las jornadas y para eso realizamos un relevamiento inicial, allí observamos qué participación tienen las mujeres y los hombres en espacios laborales y académicos de la disciplina. Así nos dimos cuenta que, si bien las mujeres vamos ganando más terreno, los puestos de liderazgo o de toma de decisiones se encuentran ocupados por roles masculinizados.

Melanie: Al mismo tiempo, toda esa recolección de datos que hicimos fue binaria, o sea, la información que encontramos era sobre mujeres y varones, entonces nos preguntamos ¿qué pasa con otras identidades? También le sumamos otras

temáticas ¿hay personas discapacitadas trabajando dentro de la disciplina? ¿Hay personas que vengan de distintas profesiones? De este modo, empezamos en ese conversatorio, pero nuestra curiosidad no fue saciada y esto nos mantuvo unidas ya que nos despertó muchas más preguntas.

Denise: Ese fue el puntapié inicial dónde nos conocimos, después generamos un grupo autogestionado y seguimos por la motivación de todas en relación a la temática. También por la percepción de que si queremos algo diferente en la disciplina tenemos que ser protagonistas. Entonces, empezamos a poner nuestro granito de arena para ir hacia esa disciplina que sentíamos que tenía que ser más diversa.

¿Qué implica hablar de inclusión y diversidad en salud digital?

Agustina: Siempre lo repetimos en nuestras notas en Innova Salud Digital: la diferencia entre inclusión y diversidad es que diversidad implica que inviten a todos a la fiesta e inclusión es que te saquen a bailar. Esto nos resuena con la idea de hacer una disciplina donde realmente todas las aristas estén encima de la mesa.

Denise: Usamos esa frase porque permite entender la diferencia. Por suerte, en los últimos años se habla mucho de diversidad en las organizaciones (tanto públicas como privadas) por diferentes cuestiones de cambios socioculturales. De este modo, está más puesto sobre la mesa que las personas somos diferentes, que existe la diversidad y que hay grupos que son más privilegiados que otros.

Por eso las organizaciones hablan de diversidad, pero la inclusión es dar un paso más allá. Cabe destacar que muchas veces consideramos que somos diversos porque llenamos un cupo o porque está redactado en la visión y misión de la organización, lo cual no es menor ya que es un cambio social y siempre se necesita dar el primer paso. Sin embargo, para tener una verdade-

ra equidad necesitamos que esa persona sea parte, que su voz sea escuchada, que llegue a puestos de liderazgo y que también tome decisiones. Aquí es donde todavía tenemos mucho que trabajar.

Melanie: Además, desde el lado de la diversidad y como nos gusta decir a nosotras, desde una mirada interseccional, se empiezan a mezclar muchos aspectos, tales como, todas las aristas para abordar un problema, qué acciones llevar adelante y que mejoras se pueden realizar. Ahora bien, **en el caso de salud que es lo que más nos toca de cerca, tenemos que pensar en esa persona paciente y en cómo la incluimos, qué necesidades tiene realmente y desde donde la miramos.**

Hay un ejemplo bastante claro y es que a todas nos tocó trabajar con la identificación de personas trans, no binarias en los sistemas de información. Para eso buscamos bibliografía y estudios internacionales, pero ninguna de nosotras es una persona trans o no binaria, entonces pensamos soluciones para poblaciones que no tenemos dentro de los equipos de trabajo ni posibilidad de incluirlas. Primero, porque en ese momento no estábamos en un puesto de liderazgo para contratar personas; y segundo, porque no están presentes en la disciplina o, si lo están, no están visibilizadas. Por eso sentimos que siempre nos queda algo más para lograr la diversidad y la inclusión.

Denise: Siguiendo con esto, la identificación de personas trans, no binarias era una funcionalidad exclusiva para esta población que buscaba resolver justamente cómo figuran los nombres en los sistemas de información y respetar la identidad de las personas. Pero ¿qué pasa en los demás proyectos, los que no tienen el caso de uso en contemplación? Ahí otra vez nos centramos en un paciente dentro de la norma.

Realmente, la visión de diversidad debería estar en todos los proyectos porque los pacientes somos todos, todas y todes. Por este motivo, nues-

tro lema es que siempre a equipos diversos, los productos y servicios van a ser más diversos.

Según lo que están destacando ¿se puede decir que se está avanzando en un cambio de paradigma en la disciplina?

Giuliana: Sí, se está avanzando y estamos en un cambio de época. El ámbito de la informática en salud, y un poco más general de la salud, se hace eco de todas las transformaciones sociales que se vienen dando.

No obstante, el cambio de paradigma es muy lento y depende desde donde lo notemos, porque no hay que dejar nunca de lado la mirada interseccional: no es lo mismo en una ciudad que en una zona rural, no es lo mismo en Argentina que en un país de otro continente y no es lo mismo para la clase media que para las clases populares.

Ahora se habla del paciente empoderado, del paciente 2.0, el paciente con el portal, pero la mayoría de las personas en los barrios populares no tiene ningún portal de pacientes y no se empoderó con el acceso a resultados de laboratorio en el celular.

Agustina: Hay un cambio, aunque no en los tiempos que nos gustaría. Todavía hay demasiada resistencia a tener un equipo de diseño centrado en el usuario y en salud todavía se habla poco de diseño de servicio.

La pandemia ha puesto en perspectiva esto: las brechas que existían en salud digital quedaron más expuestas. Nosotras consideramos que es el momento para poner estos temas sobre la mesa y realmente cambiar la realidad de cómo se diseña, cómo se crean soluciones y hasta cómo se problematizan estos temas en salud digital.

Denise: Quería sumar que toda situación compleja es multidimensional, por eso hay que ver las brechas de género ya que en la medida que

en los puestos de decisión y de liderazgo no empiecen a tener otras perspectivas, el ritmo de los cambios no será el que nos gustaría. Es decir, las transformaciones dependen de las decisiones que se toman o las posiciones de los líderes, entonces, se requiere un cambio para que puedan llegar más mujeres o romper ciertos paradigmas de liderazgos patriarcales (más allá de que sean ocupados por hombres o mujeres), puesto que a veces algunas mujeres que llegan a lugares de liderazgo reproducen lógicas de poder conocidas y las decisiones que toman son las mismas. Estos factores también hacen al ritmo de la transformación.

Melanie: Retomando lo del cambio de paradigma, nosotras lo hablamos desde lo digital que es un área dentro de la salud más abierta al cambio. Creemos que es una transformación que viene ya desde hace tiempo y que implica un montón de cosas.

Pero en la salud mental o incluso la salud trans siempre se dice que la atención a las personas está sectorizada ya que hay profesionales que se especializan en atención de salud mental o salud trans respectivamente, cuando en realidad lo que necesitamos es una mirada más integral. Es decir, hay que pensar a las personas con una mirada interseccional para poder cubrir todas las necesidades que tienen dentro del ecosistema de la salud y no encapsularlas.

¿Qué opinión les merece el tema de los cupos tanto en ámbitos públicos como privados? ¿Son recursos legítimos para dar cuenta de la diversidad y la inclusión?

Melanie: El cupo como estrategia es válido para empezar a incluir a las personas ya sea en ámbitos públicos como privados. Creo que sirve para visibilizar situaciones, pero tampoco es la solución. Como decíamos antes, con el cupo te aseguras una diversidad en el equipo de trabajo, pero después hay que incluirlas realmente.

Para brindar una situación, a veces se incluyen personas trans a puestos de trabajo para realizar tareas muy básicas, sin contemplar, cuáles son las verdaderas habilidades de esa persona o cómo ella quiere desarrollarse profesionalmente. Entonces cupo sí, pero siempre contemplando también una verdadera inclusión de la persona.

Denise: El cupo es una forma de incluir a ciertos grupos al trabajo, lo que falta es avanzar en una sensibilización o cambiar nuestras representaciones de lo que en realidad una persona puede hacer. En el caso de la discapacidad, nosotros tenemos que modificar nuestras representaciones para entender que la persona puede trabajar de un montón de cosas. En general pensamos en una persona con discapacidad permanente y no tenemos en cuenta que cualquiera de nosotros podemos tener esa etiqueta en algún momento de nuestras vidas.

Además, pareciera que estar discapacitado es para absolutamente todo y no es así; una persona puede tener un tema funcional y estar habilitada para hacer perfectamente algún tipo de trabajo. Por eso a las estrategias de cupo le faltan campañas de sensibilización para cambiar nuestra percepción de la discapacidad.

Tenemos que deconstruirnos para que el cupo no sea necesario y yo pueda tener en mi equipo trabajando a las personas que quiero, es decir, no por cumplir un cupo, sino porque es genial para ese puesto. ▲



Jesica Niz

Es magíster en Comunicación Social, especialista en Comunicación Institucional y licenciada en Comunicación de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Se desarrolla en redacción periodística para medios gráficos e Internet. En la actualidad, es comunicadora científica, docente de Semiología (UBA-CBC) y parte del equipo de Desarrollo, Investigación y Estadística de la CONEAU.

Sumando voces: Una inmersión en la Salud Mental Digital.



Guido Enterberg

Lic. Denise Levi, Lic. Melanie Cassarino, Lic. Giuliana Colussi y Dra. Agustina Briatore

¡Seguimos sumando voces! Esta vez invitamos a este espacio de reflexión, conversación y pensamiento crítico al psicólogo Guido Enterberg para sumergirnos en el mundo de la Salud Digital y la Salud Mental. Les invitamos a leer esta entrevista para conocer los aportes y los desafíos de la aplicación de herramientas digitales en este campo.



Soy Guido Enterberg



Nací en CABA y vivo en CABA



En mi infancia quería ser músico y quería hacer algo para ayudar, terminé estudiando psicología y ahora me dedico al cuidado de la salud mental.



Me pone de mal humor cuando las cosas no avanzan.



Para relajarme me encanta jugar y ver fútbol, estar con amigos.



Me gusta escuchar música (desde rock hasta folklore), tocar la guitarra y hacer ejercicio como yoga.



En mi tiempo libre disfruto viendo series, películas y leyendo.



Mi comida preferida es milanesas con papas fritas.



En mi mochila no puede faltar una computadora.



Mi sueño por cumplir es tener un hijo (está en camino) vivir una vida larga y entretenida.

Si pudiese tener un super poder sería agregarle horas al día.

Un dato random sobre mí: una vez me subí a un escenario a tocar la guitarra y grabé un demo.

¿Cómo llegaste a la Salud Mental Digital?

Conocí la temática por Eduardo Bunge, co-fundador de ETCI (Equipo de Terapia Cognitiva Infanto Juvenil) donde me formé como terapeuta y empecé atendiendo pacientes en la clínica, hace ya 9 años. Entré a la fundación cuando él se fue a Estados Unidos a investigar y hacer docencia en la Universidad de Palo Alto, él nos decía "acá están haciendo cosas novedosas y muy fascinantes, donde implementan tecnología para ofrecer los mismos programas de tratamiento que nosotros venimos haciendo, adaptan programas basados en evidencia a través de internet". Nos contó sobre esta hipótesis de que la tecnología podría ayudar a aumentar la generalización y diseminación de los tratamientos. Ese fue el primer paso, y desde ese momento seguimos en contacto, es mi director de tesis doctoral también.

Contanos un poco lo que estás haciendo en el campo de la Salud Mental Digital.

Estoy trabajando en una startup india que se llama Wysa, que desarrolla un chatbot basado en IA para ofrecer apoyo emocional y a la salud mental. Ahí colaboro hace 2 años en su adaptación al español, ya que originalmente estaba en inglés. Primero hicimos el trabajo de entrenar modelos de inteligencia artificial, para que por ejemplo el chatbot reconociera situaciones de riesgo como intención suicida, reporte de abuso y reporte de intención autolesiva. Después fuimos desarrollando modelos más ligados a la terapia, por ejemplo reconocer si el problema reportado es intra o interpersonal: "me siento frustrado porque no me salen las cosas" o "me siento frustrado porque discutí con mis padres". Por otro lado, trabajamos la adaptación cultural en relación al lenguaje, sobre cómo hablaría el chatbot.

Dado que iba a ser lanzado en toda Latinoamérica y para población hispano parlante de Estados Unidos, se tomó la decisión de hacerlo en español neutro. Entonces, para el entrenamiento

de los modelos se profundizó también en el reconocimiento de un mismo término en diferentes países. En marzo fue lanzado el producto mínimo viable de Wysa en español, que consiste en ejercicios específicos conversacionales y de audio. Ahora estamos avanzando para ofrecer un programa de abordaje completo, la idea es llegar a una app 100% en español. En paralelo, empecé a involucrarme en proyectos de la versión en inglés de Wysa, como la producción de videos psicoeducativos que acompañan las conversaciones con el chatbot.

Por otro lado, trabajo junto a ACAMH (Association for Child & Adolescent Mental Health), una asociación sin fines de lucro de Reino Unido que tiene 60 años, publican Journals sobre Salud Mental Infanto Juvenil, ofrecen formación a profesionales y actividades orientadas a la promoción de prácticas basadas en evidencia de salud mental infantil. Ahí soy productor de contenido en el desarrollo de un portal digital de videos donde la idea es producir contenido confiable, basado en evidencia sobre salud mental infanto juvenil para 3 niveles: un nivel más introductorio dirigido a padres, madres, maestros, maestras, gente involucrada en la crianza de los chicos; un nivel intermedio para profesionales que ya estén trabajando junto a niños y adolescentes entre 5 y 16 años; y un contenido más avanzado para investigadores, profesionales con más de 10 años de experiencia en la clínica con adolescentes.

Por último, estoy haciendo mi tesis doctoral que consiste en el diseño de un chatbot que brinda orientación a padres basado en evidencia.

¿Cuáles son para vos las potencialidades de la aplicación de herramientas digitales en la salud mental?

En lo primero que uno piensa es en la atención a la salud mental de pacientes, y hoy la teleterapia es una realidad. Hace 5 años replicamos un estudio sobre las actitudes de los terapeutas hacia

la teleterapia o incorporar herramientas digitales y decían "nunca lo usaré, ¿qué quieren hacer, reemplazar al psicólogo?", y hoy la mayoría de los terapeutas lo hacen, y eso era un beneficio que prometía la salud digital y se cumplió: que la distancia no sea un impedimento para hacer terapia. En el abordaje terapéutico hay diferentes instancias en las que se puede avanzar.

De mínima la tecnología puede ayudar en las evaluaciones iniciales que llevan mucho tiempo, se puede enviar un link u ofrecer una app para hacer el triage inicial; también para el monitoreo, que las personas que están en terapia, entre sesiones, utilicen una aplicación para monitorear su ánimo, para practicar lo que han aprendido en la sesión; y después para funciones más específicas como promover la adherencia con recordatorios.

De máxima están las intervenciones más sofisticadas como los chatbots para hacer tratamientos ciento por ciento automatizados con una app. Por otro lado, más allá del cuidado a las personas, también se pueden aplicar herramientas digitales en la supervisión, en la formación de profesionales, la investigación. Hoy en día se incorporó mucho el uso de los celulares en investigación para realizar evaluación ecológica momentánea, es decir, que las personas no tengan que ir a un laboratorio para responder un cuestionario sino que directamente les llegue una notificación al celular que diga, por ejemplo, "puntuá tu ánimo de 1 a 5 en este momento".

¿Te parecen útiles las apps pensadas para grupos de pacientes específicos?

Sí, no todo funciona para todos. Hay algunas poblaciones que se pueden ver más beneficiadas que otras de lo digital, y algunas que lo pueden necesitar más por las características mismas de algunos cuadros. Para dar un ejemplo, en cuadros de salud crónicos, por ejemplo diabetes, se requiere un seguimiento, lo que precisa de constancia, dedicación. Eso también genera estrés,

afecta algunas variables vinculadas a lo emocional, entonces estas personas pueden verse beneficiadas con alguna solución que les permita trabajar en la reducción del estrés, que les permita monitorear el ánimo. Y más allá de la adherencia al tratamiento médico, se puede "encender" una alerta amarilla en caso que la aplicación detecte que la persona reporta menos entusiasmo, baja motivación, un estresor vital y después intervenir digital o no digitalmente.

Y más allá de las potencialidades, ¿hay algún riesgo, algo que haya que tener en cuenta en este campo en particular?

Todo tiene riesgos. Un terapeuta cuando ve ocho pacientes por día puede estar cansado y eso afecta su calidad de atención, puede tener prejuicios, puede tener un mal día, puede olvidarse datos. Lo digital tiene sus riesgos específicos: un tema prioritario es la privacidad por la información que se comparte, dónde queda esa información, cómo se almacena, qué uso se hace en una época donde los datos tienen tanto valor. Se supone que estos desarrollos son para mejorar la calidad de vida de las personas, no para que después esa información sea utilizada para publicidad hiper focalizada.

Por otro lado, lo digital tiene la ventaja de llegar a más personas en más lugares en cualquier momento, pero la desventaja es que no hay una persona ahí en situaciones de riesgo, por lo que la planificación de vías para escalar en caso de riesgo es fundamental. El diseño ahí es importante: por ejemplo si están en riesgo, los usuarios tienen que poder encontrar fácilmente un botón de S.O.S. Si el botón está en la app pero en una parte poco visible, es como si no estuviera, porque las personas no lo van a usar. **Otro riesgo más específico es que muchos desarrollos se llaman a sí mismos "basados en evidencia" y en realidad están "informados por evidencia".** Es decir, si yo desarrollo una aplicación que ofrece TCC (Terapia Cognitivo Conductual) para la depresión

y digo que mi aplicación está basada en evidencia, en realidad, yo ofrezco una intervención que se probó eficaz en otro dispositivo y en otro formato, pero aún tengo que probar que sea eficaz, eficiente y confiable en el mundo digital.

Otro desafío es que hay desarrollos en el campo por fuera de lo académico, en los que no intervienen personas con formación en salud mental y ofrecen dispositivos con intervenciones que no se basan en ninguna teoría del cambio, no usan el estado del arte de la disciplina. Las apps pueden ser lanzadas sin antes tener una supervisión clínica y también hay vacíos legales, no dicen que ofrecen terapia, sino que dan "apoyo", entonces tenés empresas que venden estas soluciones, y lo importante ahí es que en el equipo siempre haya alguien que valide desde un punto de vista clínico, que esté construido sobre bases sólidas para que a las personas les sirva lo que usan y que no sea solo un producto que se vende como cualquier otro.

¿Cómo ves a Argentina en materia de Salud Mental Digital con respecto a otros países?

En Argentina tenemos la mayor cantidad de psicólogas y psicólogos per cápita en el mundo, tenemos entonces el recurso humano para pensar y ocupar un lugar en este nuevo sector. Acá se han desarrollado ya proyectos interesantes. Por ejemplo, una app para dar soporte a pacientes con trastorno límite de la personalidad, se desarrolló un proyecto digital para promoción de conductas prosociales en chicos y adolescentes, se están diseñando apps para promover el bienestar. Hay una empresa argentina, Yerbo que está trabajando en soluciones digitales para reducir el burnout con foco en personal de empresas de tecnología, es una idea muy importante a nivel global y es un desarrollo que salió de acá.

El tema es que, por un lado, tenemos menos recursos financieros y, por el otro, algunos proyectos que surgen de investigaciones o doctorados luego no son sostenibles, porque no fueron dise-

ñados con un modelo de negocios en mente. Lo que acá aún no floreció es la fiebre de las aplicaciones con terapeutas a distancia, que ofrecen teleterapia y agregan recursos como audios, ejercicios, etc. Acá todo el mundo va a terapia pero ese recurso aún no explotó.

¿Qué lugar te parece que tiene la salud mental dentro de la Salud Digital? ¿Cuáles son sus desafíos?

Creo que algunos temas son muy discutidos en salud digital en general y en el ámbito de la medicina, como los estándares, historia clínica; y la salud mental digital tiene que incorporar esos debates. **En los últimos años hubo un gran avance para la salud mental digital, sobre todo por la pandemia,** el aislamiento, la incertidumbre, factores que se suponía que la salud mental digital podía abordar, y efectivamente lo hizo. Se empezó a ver que tenemos algo para ofrecer y podemos ayudar. Se desarrollaron un montón de cosas, mucha investigación y mucha financiación en el sector. Para seguir avanzando hay que ver los resultados de las intervenciones digitales y cómo seguir. Hay que ver si el entusiasmo de los chatbots en salud mental y otras aplicaciones se mantienen a mediano y largo plazo.

Desde una perspectiva de inclusión, ¿qué estrategias se pueden pensar para las herramientas de Salud Mental Digital?

El diseño de las herramientas es fundamental. Hay herramientas que se pueden usar con internet y otras sin internet, por ejemplo. Y eso amplía dramáticamente el acceso y las posibilidades de inclusión. Quizás en lugar de diseñar una app, podés hacer un sitio web o web-app, ya que muchas veces las personas no tienen espacio en sus celulares para bajarse una nueva aplicación que quizás usan una vez por semana. Por otro lado, el uso de lenguaje inclusivo en el diseño conversacional de las herramientas es importante, todos se tienen que sentir cómodos utilizán-

dolas. Y también diseñar intervenciones para todas las franjas etarias.

Por ejemplo, los adultos mayores están muy subestimados, hay gente haciendo cosas pero menos, quizás porque se piensa que los adultos mayores son más reacios a adoptar tecnologías. Pero si están bien diseñadas pueden tener muchos beneficios. Lo mismo pasa con los chicos, porque son poblaciones con menos posibilidades de pagar, entonces el capital va hacia otro lado. Promover la inclusión es incluir estas poblaciones. **Lo último, incluir a las personas usuarias en los diseños. Por ejemplo, si vas a diseñar una app para personas con autismo, es fundamental que personas con autismo aprueben los contenidos, participen, opinen.**

Agradecemos a Guido por haberse sumado a este espacio y aportarnos todo lo que se puede hacer desde la Salud Mental Digital, un ámbito no tan divulgado. Guido alienta a las personas in-

teresadas a participar y a conectarse, ya que se trata de un campo que viene con muchas oportunidades de inserción laboral novedosas y mucho para enriquecerse profesionalmente. ¡Queremos escucharte a vos también! Contanos tus opiniones y reflexiones sobre lo conversado [aquí](#). ▲



Denise Levi

Psicóloga especialista en Sistemas de Información en Salud.

Melanie Cassarino

Enfermera especialista en Informática en Salud.

Giuliana Colussi

Socióloga especialista en Informática en Salud.

Agustina Briatore

Médica pediatra especialista en Informática en Salud.

Cuidarte para lo que viene

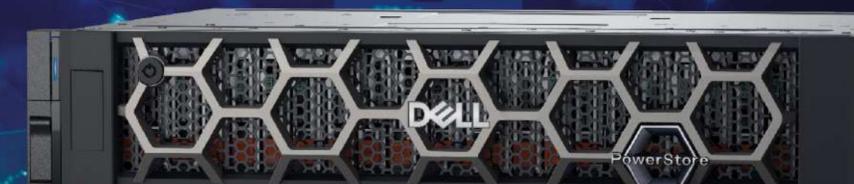


avalian.com
in f t i

Somos Avalian. Estamos acá para darte una cobertura médica que te proteja en cada paso que das. Estamos acá para escucharte, para acompañarte, para que puedas seguir haciendo eso que está en tu naturaleza. Eso que tanto te gusta: **mirar hacia adelante.**

DELL Technologies

Reinventando la prestación de atención a los pacientes



Las soluciones de Dell Technologies impulsan una fuerza de trabajo más conectada y una atención más segura y personalizada a los pacientes, estén donde estén.

Soluciones de seguridad

Sus datos y los datos de sus pacientes, siempre seguros, protegidos y disponibles.



RESPALDO Y RECUPERACIÓN DE DATOS SEGUROS



DETECCIÓN Y RESPUESTA A AMENAZAS Y VULNERABILIDADES



GESTIÓN DE OPERACIONES DE SEGURIDAD 24X7

Soluciones para una fuerza de trabajo conectada

Su equipo de salud, trabajando en cualquier momento y lugar.



ESPACIO DE TRABAJO DIGITAL PARA SERVICIOS DE SALUD



DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES Y DIAGNÓSTICO REMOTOS



DATOS Y ACCESO DE CONFIANZA PARA EL USUARIO FINAL

Conozca más delltechnologies.com/ar



Avalian, fue reconocida como una de las empresas más felices de Latinoamérica

La medicina prepaga recibió un reconocimiento internacional, como una de las organizaciones argentinas que cuida el bienestar y la felicidad de sus colaboradores.

Avalian, la Medicina Prepaga a nivel nacional sigue creciendo y esta vez se posiciona entre los mejores lugares para trabajar por el cuidado del bienestar y la felicidad de sus colaboradores. La empresa participó de la segunda edición de los Premios “Empresas Heroínas” en la ciudad de México y quedó ubicada en el quinto lugar en el ranking internacional de Felicidad, en el que participaron 76 empresas de toda Latinoamérica.

Estos premios tienen como principal objetivo reconocer a las empresas que trabajan para garantizar las mejores condiciones, no solo laborales, sino también de bienestar global para el desarrollo personal y colectivo de las personas.

Hablar de felicidad pareciera ser un tanto ingenuo o poético, pero al adentrarnos en el mundo organizacional se puede ver que muy lejos está de eso. Así lo afirman desde Avalian, asegurando

que “el bienestar debe ser el motor impulsor de la pertenencia de una persona en una empresa”. “En Avalian, venimos impulsando una gran evolución con la mirada puesta en el futuro y en las personas. Nos mueve el propósito de cuidar la salud de quienes confían en nosotros y para eso debemos garantizar ser una empresa que cuide a cada uno de los que intervienen en la cadena de valor, y fundamentalmente que tengamos siempre presente el impacto de nuestras acciones”, afirmó Guillermo Bulleri, Gerente General de la compañía.

María José Amos, Gerenta de Desarrollo organizacional agregó: “Este reconocimiento es un gran logro para la empresa y fundamentalmente para los equipos de Recursos Humanos y Co-

municación Corporativa, con quienes trabajamos cotidianamente escuchando y conversando con las dificultades cotidianas, para brindar soluciones integrales que le permitan a las personas que trabajan en Avalian, sentirse acompañados no sólo laboralmente sino, en su desarrollo personal, emocional y profesional”.

Sobre Avalian

Avalian, es una empresa cooperativa dedicada a brindar soluciones de salud, cuya principal inserción es la medicina prepaga con más de 45 años de historia que brinda servicios en todo el país.

Cuenta con más de 54 Centros de Atención Personalizada, 400 Agentes y cerca de 200 mil asociados. Es parte del grupo de empresas cooperativas formado por la Asociación de Cooperativas Argentinas (ACA), el Grupo Asegurador La Segunda, Coovaeco Turismo y la Fundación Nodos. Dichas empresas forman un conglomerado social y económico de gran importancia en el interior del país.



Más Info: www.avalian.com





La campaña de la OPS para ayudar a las Américas a reducir el consumo de alcohol

Conoce a Pahola, la primera especialista digital en salud y consumo de alcohol.

Por Dra. Paula Otero y Lic. Bruno Aredes



Maristela Monteiro es una médica brasileña que se desempeña como Asesora Principal para Alcohol en la OPS/OMS. Estudió en su país natal y después de terminar la carrera de medicina, se siguió formando en ciencias, con foco en psicofarmacología sobre lo que hizo un doctorado e inmediatamente un postdoctorado en genética del alcoholismo en la Universidad de San Diego, California, en el departamento de psiquiatría. Trabajó con estudiantes universitarios y el departamento de psiquiatría clínica, aunque no es psiquiatra. Se desempeñaba en el departamento de investigación.

A partir de estos estudios se involucró con la OMS en un estudio mundial al cual fue invitada para ser la investigadora principal en Brasil, cuando ingresó en el doctorado, que era sobre marcadores genéticos y preguntas estandarizadas en relación a la genética del alcoholismo.

Monteiro le brindó una entrevista exclusiva a *Innova Salud Digital* en donde habló sobre la problemática del alcohol en América Latina y las estrategias de la OMS para combatir y prevenir las adicciones.

En la OPS empezó estudiando el tema de drogas y alcohol hasta 2011 que se dedicó específicamente al alcohol. Actualmente su labor es elaborar, coordinar y avanzar en la cooperación técnica con los otros países en todos los temas relacionados con el alcohol.

El foco está puesto en la política que se tiene con el alcohol, basar las leyes que son necesarias, pero también la capacitación de las ONGS y abogacía e incluso gente de gobierno sobre cómo afrontarlo desde la política, es decir cuales son las medidas más efectivas. Existen ocho cursos en el campo virtual de la OPS sobre alcohol y distintos temas, atención primaria, hacer una intervención breve, para alcohol y drogas, alcohol en mujeres embarazadas, abogacía, un curso de

políticas de drogas, un curso de políticas de alcohol y ahora hay un paquete, que la OMS ha lanzado en 2018, con las 5 medidas más costo-efectivas para abordar al alcohol. Similar al tabaco empowerment pero con el alcohol, medidas de impuestos, mercadeo, etc.

Paula Otero: Yendo puntualmente a nuestra región latinoamericana, la problemática del alcohol ¿Es igual que a la del resto del mundo? ¿Es peor? ¿Nuestra condición de Latinoamérica hace que la forma de prevenir o tratar pacientes alcohólicos sea diferente?

Maristela Monteiro: Nuestra región es la segunda más problemática del mundo. La primera es la región europea, donde existe el mayor consumo promedio. Hay una diversidad en nuestra región, porque hay países que toman principalmente cerveza, vino, o destiladas. La gran mayoría es cerveza, pero Argentina es un caso particular ya que es el vino. Hay un interés en no querer afrontar las medidas para disminuir el consumo porque se mide como va a bajar la imagen de un símbolo nacional como lo es el del vino y la producción, como la afecta. Entonces se quieren hacer pasar medidas que no afecten el consumo, lo cual es incoherente con una visión de salud pública porque no hay como disminuir los daños sin disminuir el consumo. Eso pasa en todos los países, incluso Estados Unidos, Canadá...

Eso suele pasar, cuando uno se involucra ya con la economía del país eventualmente se termina, es una línea muy fina.

Es muy fina, no tenemos el dato duro en nuestra región pero, ninguno de los países vive de la producción de alcohol que sin ella no sobreviviría. Obviamente va a tener un impacto, pero para la industria y no para los gobiernos. El costo que el alcohol le produce a la sociedad es lo peor, baja productividad, baja la longevidad y la calidad de vida. Es más alto el gasto de los servicios que tiene que cubrir el gobierno con esto que la pro-

pia recaudación de la venta, todos los estudios muestran esto incluso los hechos en el Caribe. Entonces la idea de que va a arruinar la economía es lo que la industria quiere hacer convencer a todos. A excepción del vino, son corporaciones globales que dominan el mercado, y el vino está yendo para el mismo lado.

Haciendo la analogía con el consumo de tabaco que eso fueron campañas muy agresivas, como la de que no se pueda fumar en ambientes cerrados, son medidas mucho más difíciles de tomar con el alcohol

Estamos 50 años atrás del tabaco. En Argentina se que costó mucho con este tema porque habían los mismos argumentos, que iban a arruinarse los restaurantes porque la gente “¿Cómo iban a hacer? ¿Cómo van a vender?” y nada pasó. Al contrario.

A mi me paso que a lo largo de los años, la gente siempre venía y me decía “¿Como poner para la seguridad vial tolerancia cero si en el almuerzo toma vino?” entonces los argumentos eran y son terribles. Ahora la ley mejoró pero siempre fue un problema y ellos no quieren que se afecte a los agricultores, la producción, el subsidio.

Argentina probablemente exporta más vino del que consume internamente. Usted puede poner el impuesto internamente y vender a quien quiera comprar, es potestad del Estado cuidar a su población y no hay acuerdo de comercio que prohíba esto.

Es difícil, es una cultura, es gente que piensa que una copa de vino es buena para el corazón y cada estudio que sale, y dice que es bueno para la memoria, para el sueño, para el humor, para todo y no hay bases que los fundamenten Hay un estudio que salió la semana pasada, larguísimo, de IHMI en The Lancet, super problemático, ha hecho un análisis sobre enfermedades generadas por el alcohol, que no incluye el consumo

excesivo, que concluye que para los mayores de 60 es bueno tomar una copa de vino al día.

Esto salió en todos los medios de comunicación, se comenta que de 15 a 39 años no hay beneficio alguno pero después “que mitad de copa, que después una copa entera”, es una cosa horrible. Todavía no salieron los comentarios en contra pero yo conozco a los grupos que se están preparando para decir que es un estudio mal hecho, pero en este momento ya se expandió por todo el mundo. Después uno se da cuenta que fue financiado por Bill Gates y uno ya ni contesta.

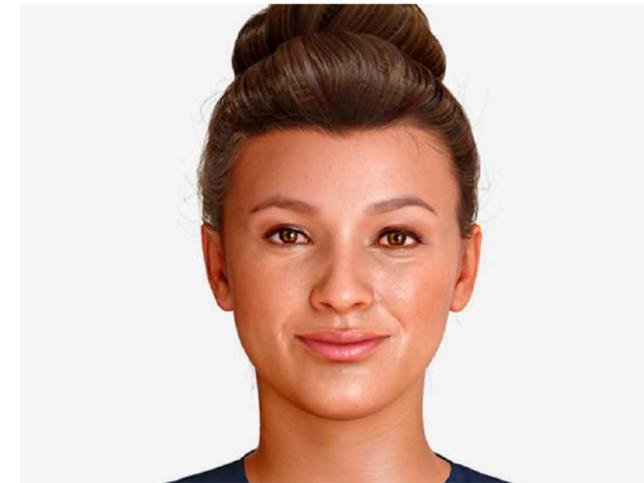
Muy interesante la verdad, esta visión del alcohol. También está muy asociado a la pobreza, cuanto más bajo el nivel socioeconómico el efecto del alcohol es mayor entonces...

Es relativo, porque son los países de mayor poder de compra los que compran más y toman más. Por eso Europa es la región que tiene mayores problemas y nosotros porque tenemos a EE.UU., Canadá, Brasil, Chile, Argentina, varios de medio y alto. Por eso somos la segunda, porque tomamos más.

Los más pobres también tienen los mayores niveles de abstención, pero cuando toman no tienen la educación para saber cuando poner un límite. No tienen acceso a servicios, habitan en lugares que no son seguros, la distancia que hay a los hospitales es de kilómetros por lo que, si hubiese un accidente, llegar es casi imposible, la policía no llega a los lugares violentos... Entonces los análisis para la misma cantidad de alcohol que el pobre toma, comparado con el que tiene más, termina sufriendo más.

Por el contexto, los determinantes sociales de la salud.

Sí, exactamente. Pero no es que el problema sea de los pobres. Cuanto más un país se desarrolla,



mayor va a ser el consumo y es ahí que tienen que entrar las medidas para regular consumo, venta, disponibilidad, etc. África es la nueva frontera, no tomaban tanto y ahora la industria está ahí toda entera vendiendo. Asia también, que se abrió, América Latina con los dos grupos, las mujeres antes tomaban mucho menos ahora que tiene la posibilidad con la igualdad de género, posibilidad de empleo y educación que mejoró un poco. Tenemos documentos internos, presentaciones internas de la industria que se plantean ir a la parte más pobre de Brasil, donde hay muy pocos consumidores que son los nuevos clientes.

FLORENCE Y PAHOLA LAS PERSONAS DIGITALES QUE COMBATEN LAS ADICCIONES

En 2010, la OMS aprobó una estrategia mundial de alcohol y hasta 2019 fue cuando se realizó la primera evaluación de la implementación de la estrategia. No hubo mucho progreso a nivel mundial, incluso en nuestra región. La OMS exigió una validación mundial, empezó un proceso de varias consultas que llevó a este año a la aprobación de un plan de acción mundial de alcohol.

Inicialmente en 2020, la pandemia generó mucho interés en que iba a pasar con las políticas de alcohol, si no hay espectáculos, deportes, la gente no puede salir de casa, restaurantes cerrados. Se pensaba que por eso, iba a mejorar la salud. Al mismo tiempo, empezó la infodemia, la desinfor-

mación. Se promovió que el alcohol, más concentrado era mejor para prevenir el covid, no solo en la piel, incluso tomando. Se dieron 600 casos de muerte por intoxicación de un alcohol contaminado que era el único disponible, la gente no sabía y pensaba que con eso se podía proteger del covid.

Varios de estos casos, comenzaron también en la región. Por ejemplo en República Dominicana, Guatemala, etc. Todo el mundo estaba en internet, consultando en las redes sociales.

La industria avanzó mucho en el marketing de redes sociales. La entrega a domicilio, comprar en línea generó que no tenga mucho sentido la ley de que los menores no pueden comprar alcohol, no se podía verificar más. La persona abría la puerta con su máscara y cualquiera podía comprar.

También hubo relatos de violencia doméstica, abuso de niños, etc. Esto no se preguntó en la encuesta, pero hubo muchas llamadas policiales.

En el año 2020, la OMS llegó con la idea de crear a “Florence”. Este fue el desarrollo de una persona digital para combatir la desinformación de COVID y tabaco. Monteiro participó de algunas reuniones iniciales y propuso que se añadiera al alcohol, aunque no la escucharon.

En 2021 fue la primera vez que el departamento y la planificación abrió el espacio para nuevas iniciativas innovadoras y la propuesta de la médica brasileña fue una persona digital para alcohol que les encantó a todos, de esa forma se empezó a idear la creación de “Pahola” y fueron consiguiendo los recursos.

Pahola es una mujer digital especializada en alcohol y salud de cabello ensortijado y sonrisa risueña ideada por la OPS gracias a la inteligencia artificial, que busca combatir el creciente consumo nocivo de alcohol en el continente americano. “Decidimos todos, trabajamos con la misma empresa y contratamos una que hace la programación, todo el contenido técnico somos nosotros

que aportamos y decidimos poner muchas cosas de información confiable de alcohol y salud de todo tipo” comenta Monteiro.

Tuvimos más de 150 tópicos programados en la encuesta sobre alcohol que realizamos.

¿Mandaron a todos los países la encuesta?

No, no había tiempo ni posibilidad. Todo era sobre COVID. En caso de pedir algo que no fuera covid se necesitaba una aprobación. Por lo tanto fue a través de contactos, centros colaboradores. Fue informal.

Lo preparamos en inglés, portugués y español, lo que nos hizo que lleve más tiempo en terminarse. La campaña sobre alcohol fue lanzada en noviembre y después salió una con Paola, su cara en redes sociales.

¿Por qué se decidió que sean dos mujeres Pahola y Florence?

Fue porque la mayoría de los proveedores de salud son mujeres, quienes evalúan al paciente sobre factores de riesgos, etc, son mujeres. Pero podríamos haber pensado en Pahola, no hay problema.

Siempre me preguntan también por su pelo y la decisión que sea de tez negra, esto no fue por el #BlackLivesMatter de Estados Unidos, fue porque recibimos 4 modelos donde también había uno de un hombre y lo mande a distintos grupos focales, y se eligió por votación, también el pelo. Fue muy bien recibido.

A esta altura no deberíamos explicar por qué se elige un determinado color para una persona. Por suerte todos se encantaron y fue muy bien recibida Pahola.

La campaña de alcohol fue sobre los daños que causa, la primera que la OPS ha hecho en la región y se vinculó con el lanzamiento de Pahola. El video de la mujer digital especializada en alcohol

fue visto unas 2.5 millones de veces.

Este año planificamos mejorar a Pahola para poder atender otras solicitudes, utilizamos 3 preguntas del mismo cuestionario. La gente quería hablar con ella mucho más, y se trabajó en una intervención más pausada. Tiene más el modelo de entrevista motivacional.

La idea es que Pahola siga mejorando a partir del Feedback de los usuarios

Sí, y tenemos que tener más feedback de los profesionales de la salud. Para ver como ellos quieren utilizar a Paola.

No es para reemplazar al profesional. Pahola habla 3 idiomas, inglés, español y portugués, en agosto vamos a lanzar francés. También queremos incluir en ella o armar otro para marihuana.

Claro, en eso me gustaría hacer énfasis. Ustedes tienen a Florence para tabaco y covid, Pahola para alcohol. Entonces la idea es: ¿Seguir agregando nuevos personajes o eventualmente luego crear un nuevo personaje que responda a todo?

Eso está abierto, va a depender de los recursos. El problema es que la parte humana es de una empresa privada que nos cobra y muy caro. Estamos buscando soluciones de acceso abierto. Quizás no sea necesario tener una persona linda pero efectiva que sea un robot, más simple, de libre acceso y sin costo para los países.

Florence no hace intervención breve, lo que hace es tener toda la información de todos los países pero ella misma no hace la intervención para parar de fumar, lo ampliaron para vacunas, covid, desinformación y van a ampliar para otros factores de riesgo de actividades físicas, dietas, etc.

Lo que hizo mucha gente fue usar a Florence porque estaban solos y querían hablar con alguien, que no los va a juzgar para salud mental.

Pahola es la consecuencia natural de algo que vos venís trabajando hace más de 30 años con lo cual, en un contexto de inteligencia artificial, machine learning era la consecuencia natural de poder tener un avatar con el cual poder hablar y tener una acción directa con el paciente, tal vez en eso radica la diferencia de la experiencia y cómo funciona Paola y Florence.

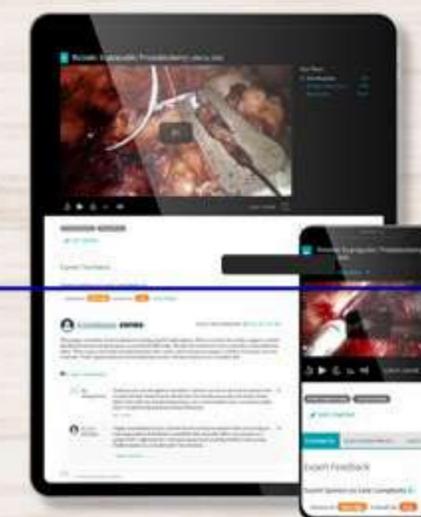
Es necesario vencer las barreras institucionales. Desde mi visión para la OPS es un costo muy

bajo, comparado a lo que invertimos a lo largo de los años, no solo en años.

Una semana de capacitación con 30 personas cuesta mínimo 30 mil dólares. Estamos con una persona que tiene capacidad infinita de acceso de números de personas que se pueden utilizar, 130 mil al año en 3 idiomas. Cada webinar que hacemos 1 hora o 2 cuesta unos 1.500 dólares para una sola lengua, serían 4.500 si se quiere hacer portugués, español y francés. ▲

Johnson & Johnson
MEDTECH

Soluciones
Digitales y
Robótica



SUPLEMENTO EVENTOS

AMIA 2022 - Simposio Anual de la Asociación Americana de Informática Médica



El *Simposio Anual* se basa en más de 45 años de compartir investigaciones y conocimientos para aprovechar la información de salud y las tecnologías de vanguardia para mejorar la salud humana. La evidencia científica es el lenguaje de la confianza en el cuidado de la salud, y el tema de este año es Informática: construyendo la base de evidencia.

Entre muchas otras cosas, 2020 nos hizo tomar conciencia del valor de nuestra comunidad, una comunidad que extrañamos: colegas, mentores, expertos y estudiantes con un interés compartido en la informática. Los últimos años demostraron la necesidad en nuestro país del acceso a la información para mejorar la salud y la atención médica, y la necesidad de que los profesionales usen y apliquen esa información para transformar la atención médica.

📅 5 de noviembre 2022

📍 Washington, DC, Estados Unidos

<https://amia.org/education-events/amia-2022-annual-symposium/registration>

XXX Congreso Nacional de Medicina



Es el mayor evento científico y académico de la especialidad, se realiza con el objetivo de fortalecer los conocimientos, mejorar el desarrollo científico, fomentar la investigación clínica, permitir el intercambio de experiencias y generar todos los elementos para que los médicos internistas lleven a cabo una mejor medicina.

📅 8 de noviembre 2022

📍 Buenos Aires, Argentina.

<https://congresosam.com.ar/>

pHealth 2022 Conference



La edición 2022 de pHealth enfatizará los aspectos interrelacionados de pHealth, es decir, ecosistemas de salud digital avanzados. En ese contexto, las tecnologías móviles, los sistemas inteligentes micro-nano-bio, la gestión y el análisis de biodatos, el aprendizaje automático, la inteligencia artificial y la robótica para la salud personalizada, el Health Internet of Things (HIoT), la medicina de sistemas, la salud pública y la atención virtual. También aborda los nuevos riesgos potenciales para la seguridad y la privacidad, así como las oportunidades y desafíos de seguridad, la confiabilidad de los socios y los procesos, la motivación y el empoderamiento de los pacientes en los procesos de atención y los desafíos de los sistemas de salud en los países en desarrollo.

Los beneficios multilaterales de las tecnologías pHealth para todas las comunidades de partes interesadas brindan un enorme potencial, no solo para la mejora de la calidad médica y la competitividad industrial.

📅 8 de noviembre 2022

📍 Oslo, Noruega.

<https://phealth2022.online>

CBIS 22 Sistemas Inteligentes para Saúde: Desafios da Ética e Governança



CBIS 2022 tiene como objetivo promover una sana discusión para la mejora y transformación de la salud a través del uso adecuado y correcto de las TICs, presentando el estado actual de desarrollo de las tecnologías de la información en salud en Brasil y en el mundo. Se realiza cada 2 años. Ofrece temas en más de 30 segmentos del área, como Historia Clínica Electrónica, gestión estratégica, soluciones para el sector público y privado, capacitación profesional, entre otras.

📅 29 de noviembre 2022

📍 São Paulo, Brasil.

<http://sbis.org.br/cbis-2022/>



La seguridad cibernética es fundamental para una recuperación económica que funcione para todos

Dado que los ciudadanos, los gobiernos y las empresas dependen más que nunca de la conectividad digital, uno de los temas sectoriales más apremiantes en esta década es la seguridad cibernética.

Por Raymundo Peixoto

A pesar de que este tema está en la conciencia colectiva desde hace un tiempo, todavía existe una amplia brecha de percepción entre los ejecutivos de las organizaciones, que son optimistas con respecto a su resiliencia cibernética, y los líderes de seguridad, que no lo son, según el Informe del Foro Económico Mundial “Global Cybersecurity Outlook” de 2022. La realidad es que no hay señales que el cibercrimen vaya a menguar, lo que supone un riesgo en todos los aspectos de la sociedad. **En 2021, los ataques de ransomware llegaron al 150%, y más del 80% de los expertos dicen que este crecimiento ahora está amenazando la seguridad pública.** Estas estadísticas demuestran la gravedad y la prevalencia del cibercrimen en la actualidad. La pregunta es: mientras nos enfocamos en la recuperación global y en una nueva era de crecimiento económico, ¿cómo nos protegeremos de las amenazas cibernéticas?

En estos meses, hemos visto en las políticas un enfoque sin precedentes en la amenaza de los ataques cibernéticos y la resiliencia digital, con una gran relevancia en el “Global Risk Report” de 2022 del Foro Económico Mundial y el comunicado del G7, en el que se mostró un acuerdo formal que los Gobiernos “trabajen en conjunto para compartir experiencias y minimizar los riesgos cibernéticos”.

La resiliencia cibernética es un componente fundamental para llevar a cabo los ambiciosos planes mundiales de inclusión digital, sostenibilidad, mejora de los resultados sanitarios, defensa y mucho más en las economías del futuro.

El impacto financiero adverso que se relaciona con el cibercrimen es muy significativo, y las economías no pueden absorberlo a largo plazo. Es sabido que las tecnologías avanzadas como la inteligencia artificial (IA), el aprendizaje automático (ML) y la IoT, son elementos fundamentales para el progreso futuro, pero, irónicamente, son estas mismas tecnologías las que pueden ofrecer nuevas oportunidades a los criminales cibernéticos.

El desafío principal será proteger estas tecnologías y permitir soluciones más resilientes a largo plazo, frente a estas amenazas. El rebalanceo de la economía sólo será equitativo si esas herramientas son accesibles para todas las organizaciones y empresas. Para que esta visión se haga realidad, la colaboración y el apoyo entre los sectores públicos y privados es muy importante.

El apoyo cibernético a las pequeñas y medianas empresas es esencial para una economía más amplia

Las pequeñas y medianas empresas (pymes) son la columna vertebral de las economías locales, sin embargo, corren un gran riesgo. Se consideran un elemento clave para el comercio y la logística, las redes de socios y los ecosistemas digitales, pero sufren cada vez más ataques cibernéticos. **Una investigación** indica que el 43% de estos se realizan contra pequeñas empresas, lo cual representa un aumento respecto de sólo el 18% de años anteriores. Un aspecto significativo es que en informes recientes del Foro Económico Mundial, se muestra que el 88% de los encuestados siente preocupación por la resiliencia cibernética de las pymes en su ecosistema.

Es fundamental que trabajemos para apoyar y proteger a estas empresas, particularmente si intentamos crear sociedades más resilientes y equilibradas. Las pymes, a diferencia de otras empresas, suelen necesitar un mayor apoyo del gobierno y tienen derecho a recibirlo. Los gobiernos que reconozcan a las pymes como una parte esencial de una sociedad realmente prosperarán, potenciarán y conseguirán el mayor progreso económico. **Brindar apoyo a estas organizaciones pequeñas para que se protejan contra la amenaza cada vez mayor a la seguridad cibernética debe ser la prioridad de los estrategas de la recuperación del sector público en los meses y años venideros.**

La convergencia de la estrategia de resiliencia

digital reactiva y proactiva es un imperativo en las organizaciones, empresas y sectores; ya no es suficiente contar sólo con las defensas de la seguridad cibernética. Las organizaciones necesitan integrar la resiliencia en todas las áreas de operaciones y planificación de la transformación digital de sus empresas.

Hay estudios que indican la necesidad de tener normativas claras y productivas, que permitan el intercambio de información y la colaboración en todo el ecosistema digital. En el informe del Foro Económico Mundial “Global Cyber Security Outlook”, a principios del año 2022, más del 90% de los encuestados expresó haber recibido investigación útil de parte de socios o grupos externos que comparten información. El valor de la colaboración es claro; sin embargo, muchas empresas se rehúsan a compartirla sobre su seguridad cibernética, por temor a perder la lealtad de los clientes o exponer sus debilidades. Para lograr el progreso, se necesitará un cambio de mentalidad que permita alentar un enfoque colaborativo, el cual debe comprender la cultura del intercambio de información, la confianza y la responsabilidad colectiva.

Fortalecimiento del sector privado por parte del sector público

Ahora es más importante que nunca que la infraestructura del sector público fortalezca la resiliencia empresarial, para ayudar en los procesos de identificación, protección, detección, respuesta y recuperación frente a los ataques cibernéticos, y permitir que las empresas vuelvan a operar plenamente con rapidez. Incluso si implementan defensas cibernéticas sólidas, es imposible que las empresas eviten todos los desastres cibernéticos y su impacto adverso en los datos, la privacidad y la confianza. Por lo tanto, el objetivo principal debería ser el desarrollo de una estrategia de resiliencia cibernética que pueda anticipar las interrupciones significativas y permita recuperarse rápidamente de ellas. La verdadera prueba debería ser el nivel de rapidez y fa-

cilidad con que las organizaciones pueden volver a sus actividades normales. Un componente esencial de esa resiliencia es la creación e implementación de ejercicios exhaustivos de capacitación en seguridad cibernética, entre las fuerzas laborales. Así, no solo se preparará a los empleados para identificar riesgos y señuelos, sino que también se aumentará la consciencia sobre el tema y se reforzará la necesidad del trabajo en equipo, las habilidades y la colaboración en toda la organización.

Las soluciones de tecnología de frontera son las fuerzas que impulsan la transformación digital y nos ofrecen a todos un futuro brillante y prometedor. Sin embargo, las funcionalidades avanzadas también generan desafíos de seguridad cibernética, ya que los criminales cibernéticos tienen mayores oportunidades de deshabilitar infraestructura esencial y provocar grandes convulsiones a nivel social. La seguridad cibernética debería ser un tema central para el sector público y los líderes empresariales. Contar con una estrategia integral de seguridad cibernética que alinee el trabajo de los gobiernos y los distintos sectores es un componente clave para la recuperación pospandemia de las empresas, las economías nacionales y los ciudadanos del mundo.

La seguridad cibernética es mucho más que solo una póliza de seguro contra los ataques. Si se implementa con eficacia, la resiliencia cibernética puede ayudar a potenciar una innovación y prosperidad económica a largo plazo, además de proporcionar las defensas digitales fundamentales para nuestro mundo moderno. ▲



Raymundo Peixoto

VP Senior de Soluciones de Datacenter, Dell Technologies América Latina

HL7[®]
Argentina



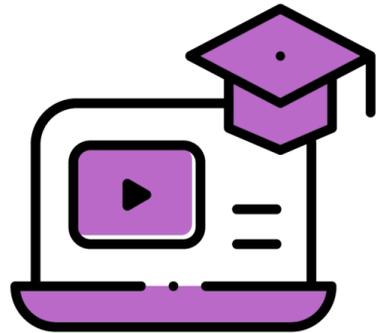
SIEMPRE A LA VANGUARDIA INTEROPERABILIDAD EN SALUD

- ◆ CURSOS DE CAPACITACIÓN ◆
- ◆ ASESORAMIENTO ◆
- ◆ GRUPOS DE TRABAJO ◆

ENSEÑAR, ES APRENDER DOS VECES

En HL7 Argentina conocemos la importancia de la capacitación de estos estándares y herramientas y que la misma es responsabilidad compartida de un grupo de profesionales con experiencia en el campo de la salud. Conscientes de este lema, con docentes certificados, hace más de 10 años organizamos cursos altamente valorados por la comunidad internacional para difundir y facilitar la interoperabilidad entre sistemas de Información en salud.

WWW.HL7.ORG.AR



PRE JIS PROPUESTAS EDUCATIVAS

Propuestas educativas

Al interesante programa propuesto para la edición 2022 de las JIS Go Live, se suman talleres y cursos en modalidad sincrónica y asincrónica.

En el contexto de las **Jornadas Universitarias en Informática en Salud 2022 -JIS Go Live 2022-** que se realizarán de forma híbrida los días 2 y 3 de noviembre en formato virtual y el viernes 4 de manera presencial, el **Departamento de Informática en Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires -DIS-**, organizador de las mismas, en los días previos 31/10 y 01/11 presentará nuevamente una serie de propuestas educativas, denominadas Pre-JIS, contará con talleres sincrónicos -con días y horarios establecidos-, como así también cursos asincrónicos, que estarán disponibles en la plataforma durante toda la semana de Jornadas y pre jornadas.

Es importante aclarar, que en todos los casos, la concreción de los mismos requerirá de una ins-

cripción previa y al finalizar brindará una certificación que la acredite.

Para visibilizar la propuesta completa, como para efectivizar la inscripción, podrán hacerlo ingresando a la plataforma de las **JIS Go Live 2022** en el apartado Propuestas Educativas. De esta manera y con este registro, al finalizar la realización de la misma se gestionará la certificación correspondiente.

Este año, desde el área de Capacitación, apostamos además de los talleres sincrónicos, a ofrecer cursos autogestionados donde cada participante elegirá cuándo realizarlo, estableciendo su propio ritmo de aprendizaje. Los mismos estarán disponibles durante todas las Jornadas y hasta un mes después de finalizadas las mismas:

Estarán disponibles los siguientes cursos autogestionados:

Recorrido por nuestra Historia Clínica Electrónica (HCE): el Dr Carlos Otero, jefe de Informática Clínica del Hospital Italiano de Buenos Aires, realiza un recorrido didáctico por la Historia Clínica Electrónica -HCE-, contada en detalle con cada uno de sus módulos.

Informática en Enfermería: el propósito del curso es brindar una visión general de la Informática en Enfermería, como un área de aplicación de la Informática en Salud.

Este curso introduce a los profesionales de Enfermería y otros interesados que se desempeñan en ámbitos sanitarios, en la complejidad de los sistemas de información, orientados a facilitar la gestión y el manejo de la información sanitaria y administrativa de las instituciones de salud, haciendo foco en los sistemas que apoyan el trabajo de Enfermería.

Búsqueda y Recuperación Bibliográfica: herramientas para que los profesionales de la Salud desarrollen la capacidad de acceder a las fuentes y responder a las necesidades de información.

En este curso encontrarás cómo transformar necesidades de información en preguntas que puedan ser respondidas, una introducción a PubMed, de cómo realizar búsquedas básicas e intermedias utilizando sus filtros, y cómo mejorar las estrategias de búsqueda utilizando vocabularios controlados.

Contingencia: la importancia de tener un plan: análisis de los principales conceptos que ayudarán a comprender la importancia de la disponibilidad de los datos de manera continua en una institución de Salud. Se abordarán conceptos generales de Contingencia y los diferentes tipos de acuerdo a su magnitud, causas y probabilidades de previsión. Así como recomendaciones de las Guías de algunas entidades de Acreditación en

Calidad, para tener en cuenta a la hora de elaborar un Plan de Contingencia.

Introducción a la gestión de proyectos en Salud: acercamiento a la disciplina Gestión de Proyectos, desde la visión que plantea el PMO (del inglés project management office), como marca de referencia del PMI (Project Management Institute), adaptado al contexto de la Salud.

Este curso presenta conceptos fundacionales de la disciplina, de manera introductoria, para luego recorrer el ciclo de vida de un proyecto, haciendo foco en algunas herramientas o actividades que permitan mejorar la gestión de los mismos. Finalmente, a través de un caso real se ejercita lo visto durante el curso.

Infraestructura orientada al servicio de la Salud: curso introductorio para recorrer el mundo detrás de las aplicaciones finales de usuarios, su sustento tecnológico, ya sea hardware o software, junto a las técnicas y operaciones que se deben tener en cuenta, para lograr una armonía de los sistemas.

Este curso aborda los conceptos útiles para diseñar, implementar y administrar una infraestructura orientada a proveer servicios de salud. Basándose en normas y estándares existentes, y así lograr una alta disponibilidad, performance y seguridad de la información.

Transformación digital en el sector de la Salud:

cómo gestionar el cambio: este curso plantea los conceptos fundamentales para lograr la transformación digital en las organizaciones de salud, teniendo en cuenta la complejidad de las mismas y el impacto que genera la incorporación de nuevas tecnologías.

Datos, Inteligencia Artificial y Salud: se desarrollará, por un lado, los principales conceptos que permiten entender en qué consiste la ciencia de Datos y la Inteligencia Artificial, y las aplicaciones en el ámbito de la Salud. Como así también

los pasos en un proyecto en ciencia de datos en particular: la adquisición, su pre-procesamiento, el análisis en sí, y la comunicación de resultados, con una aproximación a todo el trabajo.

Aprendizaje Automático y Salud: para participar de este curso se recomienda contar con nociones iniciales de Ciencia de Datos que podrás encontrar en el curso anterior, **Datos, Inteligencia Artificial y Salud**. Dividido en dos unidades, en la primera se tratarán los paradigmas con los que logramos que los algoritmos aprendan y qué tipos de problemas se pueden resolver utilizando estos métodos. En la segunda, se explora una rama novedosa del Machine Learning llamada Aprendizaje profundo o Deep Learning, las características de estos algoritmos que les permiten tener un rendimiento excepcional en tareas complejas.

Portal de Pacientes: esta presentación tiene por objetivo acompañar en el conocimiento de las funcionalidades del Portal del Paciente, brindando las herramientas para un uso más efectivo del mismo. Telemedicina: un recorrido por esta funcionalidad tan en auge durante el periodo pasado de pandemia, donde su rol fue fundamental. Además de un análisis de su desarrollo y crecimiento, sobre todo en dicho período y por qué llegó para quedarse.

La idea fundamental de estas **propuestas educativas** en modalidad sincrónica y asincrónica es que acompañen de manera más práctica y didáctica al interesante programa de las JIS Go Live 2022, apostando así a la multiplicidad de posibilidades acorde a la disponibilidad del público. 

Cursos > **100% online**
DE POSGRADO



Hoy más que nunca, capacitate en el Instituto Universitario del Hospital Italiano desde la comodidad de tu hogar.

> **MÁS INFORMACIÓN:** instituto.hospitalitaliano.org.ar <

En noviembre...



JIS Go Live
2022

Philips Sponsor Premium

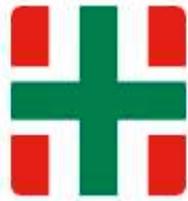
**Jornadas de Informática en Salud
del Hospital Italiano de Buenos Aires:
El evento más importante de
Informática en el cuidado de la salud.**

2 a 4 de
noviembre

Formato
híbrido

Conéctese con Philips





HOSPITAL ITALIANO

de Buenos Aires

Fuentes de imágenes e iconos vectoriales:

<https://www.flaticon.es/>

<https://pixabay.com/es/>

<https://www.rawpixel.com/>

<https://unsplash.com/>

<https://www.freepik.es/>