AÑO XXIII . Nº 227 . FLORIDA . FEBRERO 2020

EL DIARIO MEDICO

Salud hoy

Oncólogo uruguayo que cierra importante ciclo en Chile

Información en págs. 8, 9, 10 y 11

MSP - Recomendaciones frente a casos de Sarampión. Págs. 28

Dra. Lucía Delgado - Avances en control del Cáncer. Pág. 7

Análisis de los Capítulos de Salud en la Ley de U. C.

Info en págs. 25, 26 y 27

ASSE-Inauguración de la Policlínica 18 de Mayo

Info en pág. 18

23 años *juntos*

EDM

SUSCRIPCIÓN GRATUITA POR INTERNET
www.eldiariomedico.com.uy

UN TREMENDO DESAFÍO

Las nuevas terapias del cáncer

En el segundo semestre de 2019 el médico oncólogo uruguayo y floridense, Osvaldo Arén Frontera, al retirarse del ejercicio profesional luego de 30 años trabajando en Chile, publicó un libro con este título. Traduce en él su experiencia en el tratamiento de neoplasias graves y hasta hace muy poco tiempo consideradas de pronóstico fatal cercano: la enfermedad metastásica.

AC. DR. ANTONIO TURNES

Trabajando durante los últimos 15 años en numerosos proyectos de investigación multicéntricos, Osvaldo Arén nos narra su rica experiencia con el tratamiento sorprendente logrado con la moderna inmunoterapia contra el cáncer.

Desarrolla así unas páginas sorprendentes y emotivas, que plasman la rápida evolución histórica de los tratamientos para un grupo de patologías que cada vez abarcan mayor porcentaje de la población en el mundo, acercándose rápidamente a constituirse en la primera causa de muerte en los países más desarrollados, entre ellos el nuestro.

Se han acercado así posibilidades concretas de obtener largas remisiones y curaciones de situaciones que se consideraban antes de muerte segura en el ultra corto plazo, obteniendo merced a estos modernos tratamientos inmunológicos, utilizando los recursos biológicos del mismo paciente, sobrevidas de calidad.

A través de historias de pacientes tratados muestra estos hechos que están revolucionando la medicina.

Osvaldo Arén Frontera (1960) es oriundo del departamento de Florida, criado en el pueblo 25 de Mayo en un lugar central de la cuenca lechera, donde hizo sus primeros estudios, llegando a nuestra Facultad de Medicina y trabajando como Interno en el Hospital Maciel, recogiendo recuerdos de esas vivencias y los tratamientos que se efectuaban para diferentes neoplasias en aquellos tiempos. Haciendo luego la especialidad en el Hospital de Clínicas y ejerciendo como oncólogo en Florida hasta que emigró a Chile a comienzos de los años 90.

Va matizando en un relato fluido y apasionante las historias de sus pacientes, con la evolución de las terapias y el cotejo de la información del mundo de la oncología internacional, en contacto con los centros de primer nivel que marchan a la vanguardia de estos tratamientos. Incluyendo una entrevista con el Premio Nobel de Medicina 2018, James Allison, que junto al japonés Tasaku Honjo, de Kioto, obtuvieron el citado galardón.

Allí plantea un drama que aflige a nuestras sociedades actuales: aparecen estas "balas mágicas" de la inmunoterapia del cáncer, con resultados impensables hasta hace muy poco. Pero sus precios resultan prohibitivos para personas y naciones. Corriéndose el riesgo de caer en una "oncoplutocracia", como lo afirmó The Lancet, donde sólo unos pocos pacientes pudientes podrán tener acceso a estas nuevas terapias.

El libro es de lectura recomendada por su lenguaje sencillo y revelador, que resulta de atrapante y fluida lectura para médicos y profanos.

La lectura de este libro y la disyuntiva que plantea desde el punto de vista ético, para médicos y gobiernos, es cómo superar la barrera hasta ahora infranqueable de acceder a estos tratamientos eficaces de alto precio. Ello conduce de manera directa a preguntarnos ¿por qué los gobiernos y las organizaciones internacionales de salud (OPS y OMS) no adoptan estrategias de negociación que faciliten el acceso a estos tratamientos de alto precio con los fabricantes, como se ha hecho para otros problemas de salud pública?

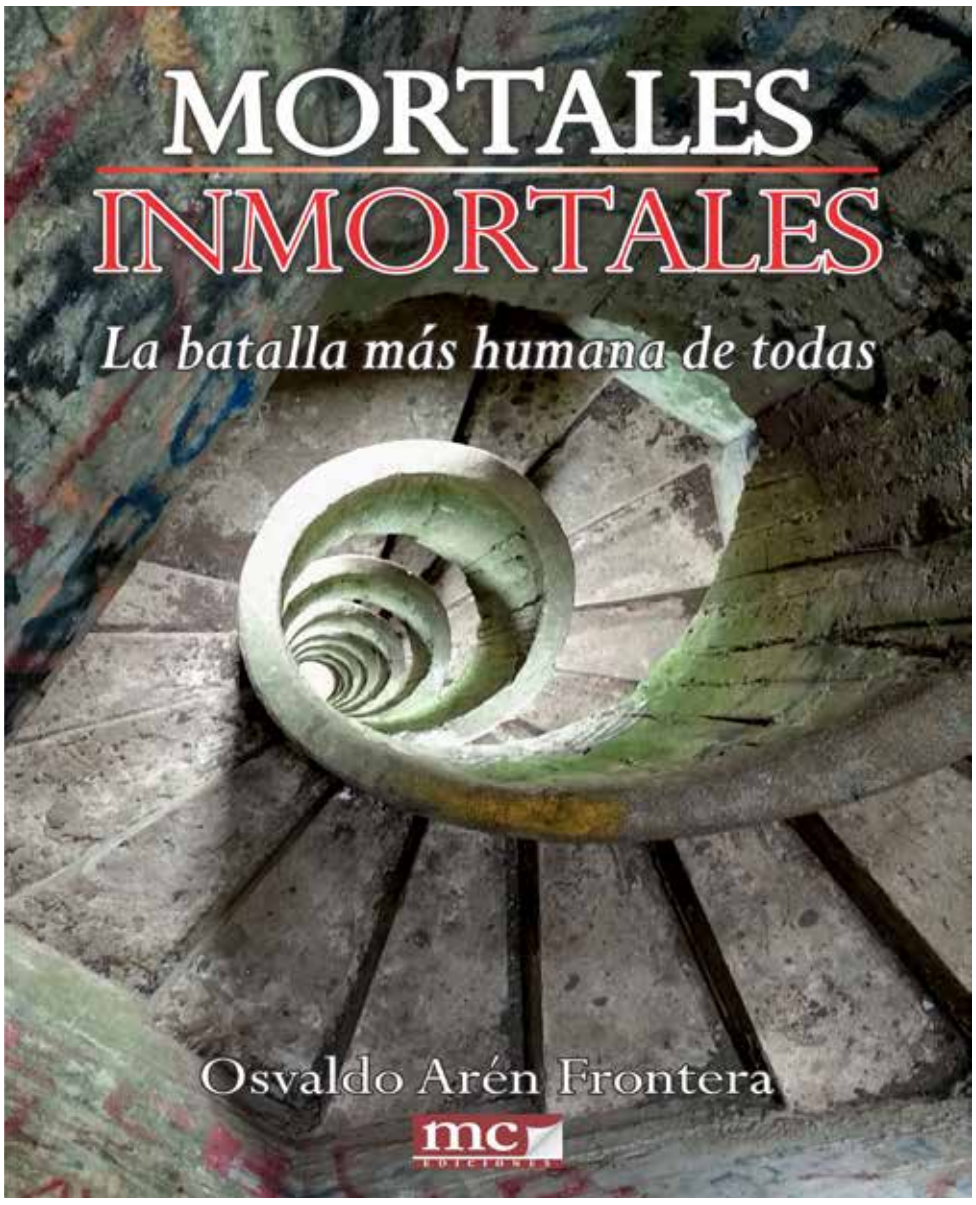
Ya ha ocurrido en la historia reciente, cuando hace menos de 30 años varios países se unieron para tener acceso a los medicamentos anti-retrovirales para el tratamiento del HIV-SIDA. Brasil y varios estados africanos se aliaron para negociar precios y obtuvieron condiciones favorables para hacer accesibles los tratamientos. Hoy la enfermedad HIV-SIDA es tratable y se la considera como una enfermedad crónica. Para los niños y los recién nacidos, se puede considerar que se obtienen curaciones.

Según informó el 12 de diciembre de 2017 The New York Times,

"El Ministerio de Salud de Brasil paga alrededor de 75 centavos de dólar por cada dosis al fabricante estadounidense Gilead Sciences, mientras que un suministro para el tratamiento PrEP [profilaxis pre-exposición] que dure un mes se vende por hasta 1600 dólares en Estados Unidos."

Otro tanto ocurrió a nivel hemisférico con la adquisición masiva a través de OPS de vacunas para implementar los planes nacionales de inmunizaciones, donde se negocian y obtienen sistemáticamente desde hace muchos años, precios favorables, siendo en esto nuestro país también, uno de los más avanzados.

Resulta curioso que no haya más energía dedicada a lograr financiación adecuada y accesible a los Estados para beneficio de sus ciudadanos. Persistiendo en la victimización por la judicialización de los reclamos, que frente a esta actitud recrudecen, para lograr que una mínima porción de los casos (los que realizan los recursos de amparo tan vilipendiados), a su vez otra minoría obtenga el tratamiento a través de una sentencia judicial, a veces en forma tardía.



Una pregunta nos formulamos: ¿Es que se ha agotado la creatividad de nuestros médicos y dirigentes de la salud, que luego de muchas penurias lograron en 1980 que se iniciara el Fondo Nacional de Recursos?

Entonces, como ahora, se debían enfrentar ***enfermedades denominadas catastróficas***, sólo accesible su tratamiento para los pacientes pudientes: que entonces eran la cardiocirugía, la prótesis de cadera y la diálisis renal crónica.

Desde esa época, el FNR ensanchó sus prestaciones hasta lo que hoy conocemos, con la incorporación desde 2007 de algunos tratamientos oncológicos y hemato-oncológicos sensibles a la inmunoterapia, entre otros novedosos, pero de lenta incorporación, que no se compadece con los avances de la ciencia y el conocimiento aplicado al tratamiento de los pacientes.

Pero con la velocidad que avanzan los conocimientos científicos y el envejecimiento de la población, que acentúa la prevalencia de las patologías neoplásicas, no es posible admitir pasivamente que falte la misma energía creadora de hace 40 años, para enfocar con estrategias adecuadas las nuevas realidades que nos interpelan.

Con un Sistema Nacional Integrado de Salud que ha extendido la cobertura y aspira a lograr la equidad en sus prestaciones, habrá que pensar si no es llegada la hora de transferir a las instituciones prestadoras, la financiación de algunas de las viejas técnicas que realiza actualmente el FNR, para incorporar las novedades de eficacia indiscutida, pero frenadas por sus altos precios.

Hace falta poner más énfasis en acceder a la modernidad y no seguir en las viejas prácticas que otros con visión organizaron hace más de cuatro décadas para los desafíos de entonces, y que lejos de ser una novedad, constituyen hoy una serie de soluciones ampliamente incorporadas a la generalidad de los usuarios. Para lo cual habría que hacer del FNR un mecanismo de "puerta giratoria" donde entren las técnicas nuevas por un tiempo limitado, y que salgan las más antiguas, para que las continúen brindando los prestadores, con la transferencia de los recursos necesarios y los contralores eficientes que se han puesto en práctica.

¿O será que ya no conjugamos más aquel viejo lema con el cual se modificó sustancialmente a partir de 1935 la organización de los servicios de salud, ensanchando el horizonte de la vocación social de los médicos uruguayos?

"Somos pensamiento y acción, idealismo y realidad, moral y economía, ciencia y profesión.
¿Hasta dónde llegaremos?
No llegaremos nunca, porque llegar es detenerse y detenerse es morir.
Nosotros estaremos siempre en movimiento, porque siempre tendremos un ideal aún no alcanzado, un hecho por crear, nuevas ideas para transformar en realidades".

Habrá que conjugar con nueva audacia creativa, inteligencia y uso de las herramientas que nos da la inserción internacional, estrategias superadoras de esta práctica de la queja sistemática e ineficiente. Para servir mejor al país y su gente.

Un repaso de lo hecho en materia de Salud y positiva expectativa por lo que vendrá

Unos años atrás, repasando a través de nuestras ediciones, todo lo que comunicáramos sobre las transformaciones que se venían produciendo en nuestro Uruguay en materia de salud, expresábamos opiniones y conceptos que se fueron afirmando con el paso del tiempo.

Hoy, volviendo a repasar el proceso de estos últimos años, modestamente pensamos que, cuando el tiempo disipe las pasiones y las visiones partidarias y se abran paso los análisis serenos, la historia y los historiadores describirán estos años del Siglo XXI como el escenario de profundos cambios que, alejándose de ancestrales paradigmas, ubicaron a este pequeño país nuestro en la vanguardia de aquellos que. porfiadamente. transforman las utopías en palpables realidades.

Dirán quizás que en todos estos años las innovaciones son solo comparables en nuestra historia con lo hecho por don Pepe Batlle - a su manera y en su realidad social – en los primeros años del pasado siglo.

Es que, cuando rodeados del silencio, realizamos un viaje retrospectivo recorriendo los jalones de esta época abstrayéndonos de las visiones parciales que impiden ver el todo, visualizamos, sin anteojeras, que no obstante las debilidades y los errores, las fortalezas del proceso se transforman en trampolines para que - la administración que asume el lo. de marzo – conservando la esencia, realice nuevas construcciones.

En materia de salud –que es el escenario en que nos ubicamos como comunicadores- la universalidad del acceso a la misma considerada como derecho humano esencial es una realidad impensada a principios de este siglo.

Universalidad que ha roto inequidades y ha promovido más vida saludable en los más diversos rincones del país.

Los indicadores objetivos están ahí. No nos distraeremos con ellos. A nosotros – viejos caminantes-nos basta con ir recorriendo realidades que hemos comunicado con la máxima objetividad desde el lejano 1997 en que nació esta publicación, y que nos muestran al Uruguay cambiante.

Así recordamos que en el año 2005 el Ministerio de Salud Pública creó y puso en marcha el sistema normativo que finalmente instaló un Sistema Nacional Integrado de Salud y una Reforma que no tiene retroceso.

Salvo el proyecto de Ley de urgente Consideración, que oportunamente será tratada y analizada por el Parlamento, no se vislumbra, ni se manifestaron en el proceso electoral, cambios profundos en la arquitectura del sistema vigente. Habrá que esperar el proceso parlamentario y las manifestaciones de quienes serán los nuevos gestores.

En esa Reforma están involucrados, desde el comienzo, los sectores públicos y los privados como no lo habían estado en toda la historia anterior, para complementarse en la prestación de servicios asistenciales a todos los usuarios del país, incluyendo al Uruguay profundo, sin distinción alguna.

¿Que el sistema demuestra aún debilidades? Claro que sí. Son propias de las complejidades de una realidad que ha sido tomada como ejemplo en el vecindario y más allá de las fronteras regionales.

Reforma del sistema tan profunda que aún hoy, transcurridos más de 15 años, no ha sido totalmente asumida por algunas cabezas y corporaciones que siguen rehenes de prácticas ancestrales.

Trascendiendo intereses y visiones, aquellas debilidades propias de todo comienzo y de construcciones de lo nuevo, se han ido convirtiendo en fortalezas por la acción inteligente de quienes en el andar han corregido errores sin soberbias y sin personalismos, o con cambios direccionales sin distorsionar ni nortes ni rumbos.

En ese andar, la creación de ASSE marcó un hito trascendente.

Fonasa y Seguro de Salud, descentralización y regionalización, complementación y Centros de Referencia, promoción y fortalecimiento de las RAP mediante, etc., el nuevo organismo se transformó en un baluarte de la asistencia sanitaria pública, asumiendo la prestación de todos los servicios a prácticamente la mitad de los usuarios del país. Para ello fue aggiornando toda su estructura física, construyendo o reciclando a nuevos Hospitales, Emergencias y Policlínicas en todo el país, dotándolos de equipamientos y recursos tecnológicos a nivel de las instituciones privadas y de las exigencias que planteaban los principios de accesibilidad universal, equidad e igualdad,

Queda sin duda mucho por hacer. Hay desigualdades agudas por carencias de especialistas o de reticencias a la residencia, entre la realidad capitalina y el interior del país. No obstante ello, la acción de la Facultad de Medicina del norte, la coordinación Universidad, Ministerio de Salud Pública y ASSSE, y el hecho que, por primera vez, se comience y se culmine la carrera en el interior del país, abre nuevas y esperanzadoras expectativas en ese sentido. Es un paso y una puerta que se abre para la creatividad y decisión de la administración que regirá los destinos del país a partir del ya muy próximo 1º. de marzo.

En esta última edición de El Diario Médico bajo la vigencia de la actual administración, nuestro saludo y agradecimiento a las autoridades de la salud publica salientes, y a los funcionarios que bajo su égida se plegaron generosamente a la acción facilitadora del hacer comunicacional de esta publicación.

A los nuevos gestores nuestras manos extendidas, como lo hacemos desde el año 1997 bajo los distintos gobiernos y administraciones, para ser multiplicadores objetivos de toda actividad que, manteniendo la esencia de un sistema que es orgullo del país y referente a nivel continental, dignifique la función y con ello dignifique el objetivo compartible de una salud para todos en todo del territorio nacional. 17.02.2020.

Prof. Elbio D. Álvarez Aguilar (DIRECTOR)

DIRECTOR RESPONSABLE Y COORDINADOR GRAL.:
Prof. Elbio D. Alvarez - Adj. Lic. Sebastián Alvarez Melgar
COORDINADOR MÉDICO Y DIRECCIÓN TÉCNICA:
Dr. Juan José Arén Frontera
ADMINISTRACIÓN Y EDICIÓN
PUMEES S.R.L. (Publicaciones Médicas Especializadas)
DOMICILIO
Dr. González 978 - C.P. 94000 - Florida
18 de Julio 1485 Piso 2 - Montevideo - Uruguay.
Telefax: 2408 3797 - Ancel 099 351 366
E-MAIL: elbioalvarez@eldiariomedico.com.uy

M.I.E. y M. 299108 - M.E.C. Exp. Nº 1105/98 (T. XI F. 184)
COLABORAN CON EL DIARIO MEDICO:
COLUMNISTAS INVITADOS
Ac. Dr. Antonio Turnes; Dr. Miguel Fernández Galeano;
Ac. Dr. Néstor Campos; Dr. Pablo Vázquez;
Dr. Enrique Soto; Dra. Silvia Melgar;
Dr. Gustavo Grecco; Dr. Homero Bagnulo;
Dr. Ramón Soto; Lic. Pablo Anzalone; Dr. Daniel Pazos;
Dr. Santiago Cedrés; Pof. Dra. Patricia Fierro Alanís;
Dr. Uruguay Russi; Dr. Jorge Venegas;

DISEÑO GRÁFICO Y DIAGRAMACIÓN
Marcelo Cortazzo Seoane - 099 120 067 - 435 22069
FOTOGRAFÍA Y LOGÍSTICA
Diego Alvarez Melgar - 095 505 811
DISEÑO WEB Y ADJUNTO A DIRECCIÓN
Lic. Sebastián Alvarez Melgar - PUMEES S.R.L.
PRODUCCIÓN:
Teléfonos: 2408 37 97 - Ancel: 099 351 366
eldiariomedico@eldiariomedico.com.uy - eldiariomedico1@gmail.com
http://www.eldiariomedico.com.uy
Los artículos firmados son de exclusiva responsabilidad de sus autores. Se autoriza la reproducción total o parcial de lo publicado en esta edición mencionando la fuente

Ministerio de SALUD
assesalud
Publicación técnica de actualización permanente de INTERES MUNICIPAL (Res. 2531/02)
Montevideo de Todos
Publicación científica nacional nacida en Florida, de interés departamental (Res. 19486/2002)
FLORIDA Departamento Abierto

CAPACITACIÓN PARA ESTATALES

Servicio Civil entregó títulos a primera generación de egresados de Tecnicatura en Gestión Pública

La Oficina Nacional del Servicio Civil (ONSC) entregó 51 títulos a la primera generación de egresados de la Tecnicatura en Gestión Pública y 416 diplomas intermedios en Competencias Transversales para la Gestión Pública a los estudiantes que cursan la tecnicatura en modalidad virtual. El director del organismo, Alberto Scavarelli, destacó que profesionalización y democratización son las bases de estos cursos.

ULTIMO COMPROMISO QUE QUEDABA POR CUMPLIR

Gracias al acuerdo firmado entre la ONSC y el Congreso de Intendentes, se realizarán cursos virtuales que permitirán la capacitación de los funcionarios departamentales de todo el país. "Es el último compromiso asumido durante esta gestión que me restaba por cumplir", aseguró Scavarelli, tras participar del acto que se realizó el jueves 6 en la Torre Ejecutiva.

MÁS ALTO NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN Y MAYOR CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA

Para el jerarca, "cuanto más alto es el nivel de profesionalización, mayor será la calidad del servicio de la gestión pública y mayores serán los beneficios para la ciudadanía". Recordó, asimismo, que Uruguay se encuentra entre los países líderes de la región en materia de gestión pública y que los organismos internacionales lo ratifican como una institución consolidada. "La profesionalización de la función pública es la manera de continuar este proceso", subrayó.

En este sentido, agregó que, si bien los gobernantes definen su visión de gobierno, quienes las ejecutan son los funcionarios. "Cuanto más calificados están los funcionarios, mayor será el beneficio para la población", aseguró.

PERÍODO EN EL QUE SE LOGRÓ CONCENTRAR Y ANALIZAR INFORMACIÓN COMO JAMÁS LO HIZO EL ESTADO EN EL PASADO.

El titular de la ONSC destacó la importancia de la capacitación de los funcionarios en todas las áreas y la oferta que brinda la Escuela Nacional de Administración Pública. Señaló, además, que durante este período de gobierno se logró un muy alto nivel de innovación tecnológica, gracias a la creación de un laboratorio que permite concentrar y analizar la información como jamás pudo hacerlo el Estado en el pasado.

En el Año internacional de los profesionales de enfermería y de partería

Son la mayor fuerza laboral en salud, representan más del 50% del total, pero el mundo necesita otros 9 millones para lograr la meta de salud universal en 2030

Washington enero de 2020 (OPS/OMS)—Con el fin de reconocer el trabajo que desempeñan enfermeras, enfermeros y parteras de todo el mundo y para abogar por mayores inversiones en esta fuerza laboral, sus condiciones de empleo, educación y desarrollo profesional, comenzó el Año internacional de los profesionales de enfermería y de partería, designado por la Asamblea Mundial de la Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el mundo necesita que el personal de enfermería y partería aumente en 9 millones para lograr la meta de cobertura de salud universal en 2030. En las Américas, en tanto, la región precisa 800.000 trabajadores de salud más, incluidos los de enfermería y partería, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Estos profesionales desempeñan una función crucial en la prestación de servicios de salud esenciales a nivel comunitario y en todos los niveles de atención, y son fundamentales para promover la salud y prevenir enfermedades. Cuidan a las madres, los niños y las personas mayores, administran vacunas que salvan vidas, y proporcionan consejos de salud, entre otras acciones.

"En muchas partes del mundo los profesionales de enfermería y partería constituyen el primero y algunas veces el único recurso humano en contacto con los pacientes", destacó Carissa Etienne, directora regional de la OMS para las Américas y directora de la OPS. "Invertir en enfermería y partería significa avanzar hacia la salud para todos, lo que tendrá un efecto profundo en la salud global y el bienestar", subrayó.

Esta iniciativa que durará un año entero reúne los esfuerzos de la OMS, la OPS y sus asociados, entre los que figuran la Confederación Internacional de Matronas, el Consejo Internacional de Enfermeras, la campaña Nursing Now y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

MSP - SUBSECRETARIO JORGE QUIAN

Uruguay está atento al coronavirus y ha tomado todas las medidas necesarias

El Ministerio de Salud Pública ha tomado las medidas adecuadas para enfrentar el coronavirus y está atento a lo que sucede", señaló el subsecretario de Salud Pública, Jorge Quian.

En la oportunidad transmitió tranquilidad frente a la declaración de emergencia internacional y detalló que se ha informado a la población, se vigilan las fronteras y el sistema de salud está preparado.

"La situación no ha cambiado sustancialmente y el ministerio está ocupado", afirmó Quian a fines de enero en una conferencia de prensa en la sede del Ministerio de Salud Pública (MSP), en la que informó sobre las medidas que ha tomado Uruguay frente a la propagación del coronavirus en algunos países. Señaló que "Uruguay está más preocupado por dengue y sarampión".

Junto al jerarca, participaron de la conferencia el representante de Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Uruguay, Giovanni Escalante, y autoridades de la cartera.

Quian repasó que el Gobierno "comunicó a la población sobre el coronavirus, también a los prestadores de salud y se contactó con el laboratorio del MSP para desarrollar la capacidad de hacer diagnósticos frente al virus".

Adelantó que un representante del Departamento de Laboratorios participará de una reunión en Río de Janeiro para profundizar en el conocimiento del diagnóstico a través de biología molecular, organizada por la OPS.

Por otra parte, la unidad de Sanidad de Fronteras vigila de forma activa en todas las pasos de frontera terrestres, el puerto y el aeropuerto. Paralelamente, la cartera está en contacto permanente con los cuatro consulados uruguayos en China a través de la Cancillería.

Explicó que "los coronavirus son enfermedades zoonóticas, o sea, que se transmiten de los animales a los seres humanos". Como toda infección respiratoria, los síntomas son tos, fiebre y muchas veces neumonía, con inflamación e infección en el tejido de los pulmones. Aclaró que "actualmente hay gente con cuadros respiratorios que pide que se investigue el coronavirus, pero si no hay nexo epidemiológico, no es necesario hacer ese estudio".

Por su parte, Escalante informó que está en permanente contacto con el ministro y su equipo para el seguimiento de la situación. Sostuvo que "el país está debidamente preparado para hacer frente a una eventual llegada de este virus, según el Reglamento Sanitario Internacional aprobado en 2005". Agregó que "Uruguay cumple con las recomendaciones y garantiza una mayor tranquilidad".

SMU -EL NUEVO CORONAVIRUS:

Cuáles son sus características, cómo se expande y las precauciones a tener en cuenta

Durante el mes de enero de 2020, el mundo se vió sacudido por la información de la aparición de un nuevo virus en China. Se trata del 2019-nCoV "nuevo coronavirus".

El 2019-nCoV es una nueva cepa de coronavirus que no se había encontrado antes en el ser humano hasta diciembre de 2019 en la ciudad centro-oriental china de Wuhan.

La OMS define los coronavirus como "una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el coronavirus que causa el síndrome respiratorio agudo severo (SARS)".

LA DRA. DANIELA PACIEL*, MÉDICA INTENSIVISTA E INFECTÓLOGA EXPLICÓ LAS PARTICULARIDADES DEL 2019-NCOV.

"En el mes de diciembre en China se detecta por primera vez un brote de este virus. Se constata la transmisión de animales a humanos y la transmisión interhumana" informó la Doctora.

PACIEL INDICÓ QUE SE PRODUCEN CUADROS LEVES Y CUADROS MÁS GRAVES.

Los síntomas habituales son la fiebre y los síntomas respiratorios (tos y disnea). En los casos más graves, pueden causar neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, insuficiencia renal e, incluso, la muerte.

"En el contexto de este brote, se ha observado que en China hay una duplicación de casos semanalmente. Esto habla de la forma en que se expande el virus y las probabilidades de que llegue a nuestro país. Por ser tan reciente, todavía no se conoce exactamente el poder de diseminación. Esta velocidad de crecimiento es frecuente que pase cuando hay un brote inicial, pero no sabemos que va a pasar cuando llegue a un nivel estacionario. Puede crecer mucho en esta etapa y luego frenarse" explicó la médica.

"Hoy tenemos un duplicación semanal y uno de cada cuatro pacientes hace una infección grave y uno de cada 10 pacientes de los que hicieron infecciones graves, se muere. Eso es lo que tenemos ahora, y se viene manteniendo, no ha bajado ni aumentado", agregó.

PRECAUCIONES PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Las medidas que hay que tener en cuenta son: a las personas que se sospeche que pueden tener la enfermedad (la condición para esto es haber viajado a China en los últimos días) se las debe poner en aislamiento.

Si se trabaja a uno o dos metros de los pacientes, se recomienda manejarse con barbijo común, sobretúnica y guantes.

Si se trabaja cerca y con el paciente sospechoso o confirmado se recomienda colocarse el equipo de protección (máscara de alta eficacia) para precauciones por contacto y gotitas, así como cuando se realizan procedimientos que puedan generar partículas aerosolizadas.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

"Al día de hoy no hay vacunas para este virus. Dado que la mortalidad del virus es alta sería deseable generar una vacuna. Para el SARS y para el MERS, se está trabajando en la búsqueda de una vacuna desde hace años. Como ya están adelantados en ese tema probablemente este virus se incluya en el desarrollo" explicó la doctora.

En cuanto al tratamiento, no hay todavía una evidencia suficiente como para decir que antivirales que ya están en el mercado sean efectivos pero ya hay estudios clínicos para determinar la efectividad de estos.

Lo que hoy se puede hacer con los pacientes es un tratamiento sintomático y sostén de funciones. Mientras no hay un diagnóstico del virus se debe realizar el tratamiento habitual del cuadro clínico que el paciente posea.

Para la población en general se recomienda la buena higiene de manos y respiratoria, el manejo higiénico de los alimentos y, siempre que sea posible, evitar el contacto estrecho con cualquier persona que muestre signos de afección respiratoria, como tos o estornudos.

El Ministerio de Salud Pública mediante el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica está en contacto con los organismos sanitarios internacionales y recibe información sobre las características evolutivas del brote.

Asimismo se elaboró una guía con las medidas de prevención y control para los equipos de salud.

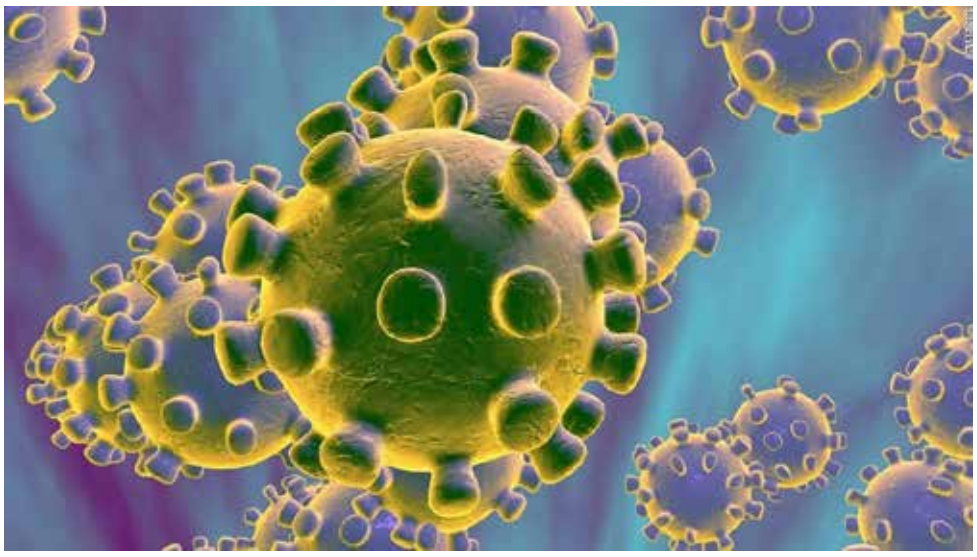
De acuerdo a las condiciones y conocimiento actual de la situación, el MSP considera que el riesgo de la aparición de casos en Uruguay es bajo.

*Dra. Daniela Paciel. Especialista en Medicina Intensiva y en Enfermedades Infecciosas. CADL CTI Asociación Española. Docente Auxiliar Honorario de la Cátedra Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Udelar.

INFORME PUBLICADO EN THE LANCET: REPORT | 30 ENE 20

Datos clínicos y de tratamiento de casos de coronavirus en China

El reporte incluye a 99 pacientes con nuevo coronavirus 2019 confirmado por laboratorio



THE LANCET

Un nuevo análisis, publicado en The Lancet, incluye a 99 pacientes con nuevo coronavirus 2019 confirmado por laboratorio (2019-nCoV) que fueron transferidos al Hospital Jinyintan, un hospital para adultos con enfermedades infecciosas que ingresó los primeros casos de 2019-nCoV de hospitales en todo Wuhan, entre enero 1 y 20 de enero de 2020. El estudio incluye los primeros 41 casos de Wuhan reportados en The Lancet la semana pasada.

Los autores combinaron registros clínicos, resultados de laboratorio y hallazgos de imágenes con datos epidemiológicos. La mayoría de los pacientes eran de mediana edad (edad promedio 55.5 años) y hombres (67 pacientes), y alrededor de la mitad tenían antecedentes de exposición al mercado de mariscos de Huanan (49 pacientes), la mayoría de los cuales (46 pacientes) trabajaban en el mercado como gerentes o vendedores.

Alrededor de la mitad de los casos (50 casos) ocurrieron en personas con enfermedades crónicas subyacentes, incluidas enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (40 pacientes) y diabetes (12 pacientes). Todos los pacientes ingresados en el hospital tenían neumonía; la mayoría estaban infectados en ambos pulmones (74 pacientes).

LA MAYORÍA TAMBIÉN TENÍA:

- Fiebre (82 pacientes)
- Tos (81)
- Un tercio experimentó dificultad para respirar (31)
- Cinco pacientes críticos también experimentaron coinfecciones con bacterias (1 paciente)
- Hongos (4).

La mayoría de los pacientes fueron tratados con antivirales (75 pacientes), antibióticos (70) y oxigenoterapia (75), y tuvieron un buen pronóstico. Sin embargo, 17 pacientes desarrollaron síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), 11 de los cuales murieron por insuficiencia orgánica múltiple.

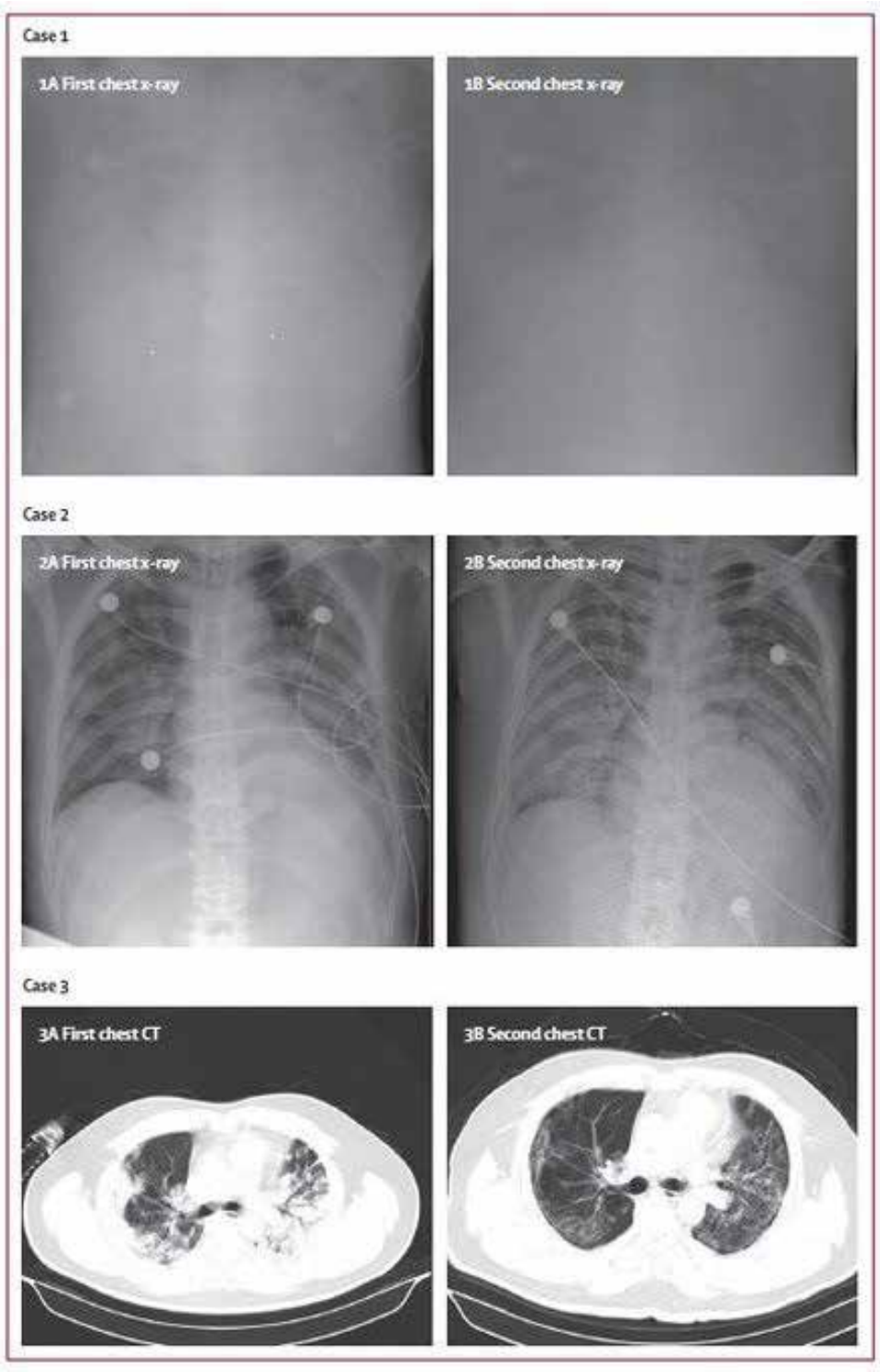
Más de la mitad de los pacientes (57 pacientes) todavía están en el hospital, y casi un tercio (31 pacientes) han sido dados de alta al 25 de enero de 2020.

Los autores señalan que si bien este es el estudio más grande de su tipo, que involucra 99 casos confirmados de 2019-nCoV, se necesitan estudios más grandes que incluyan pacientes de otras ciudades y países para obtener una comprensión más integral de este nuevo coronavirus.

INTERPRETACIÓN

- La infección 2019-nCoV es más probable que afecte a los hombres mayores con comorbilidades y puede provocar enfermedades respiratorias graves e incluso mortales, como el síndrome de dificultad respiratoria aguda.
- En general, las características de los pacientes que murieron estaban en línea con la puntuación MuLBSTA, un modelo de alerta temprana para predecir la mortalidad en la neumonía viral.
- Se necesita más investigación para explorar la aplicabilidad de la puntuación MuLBSTA en la predicción del riesgo de mortalidad en la infección 2019-nCoV.

Autor: Prof Nanshan Chen, MD, Prof Min Zhou, MD, Xuan Dong, PhD, Prof Jieming Qu, MD, et al Fengyun Gong, MD Fuente: The Lancet DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7 Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study



RECOMENDACIONES DE SALUD PÚBLICA

Controles médicos y práctica de hábitos saludables es la forma más efectiva de evitar cáncer o detectarlo a tiempo

El Ministerio de Salud Pública y el Gobierno nacional en su conjunto trabajan para promover la prevención y la detección precoz del cáncer. Es por eso que, en el marco del día mundial contra esa enfermedad, se exhortó a la población uruguaya a mantener una práctica de hábitos saludables y la realización de controles, incluso cuando uno se siente sano, para reducir el riesgo de desarrollar una patología oncológica.

Tras la consigna "Soy y lo haré", la Organización Mundial de la Salud, el Centro Internacional de Investigaciones sobre Cáncer y la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) celebraron el martes 4 el Día Mundial contra el Cáncer, con una campaña cuyo objetivo es que "sean quienes sean, sus acciones, grandes y pequeñas, harán un cambio positivo y duradero. Porque el progreso es posible".

LOS MÁS FRECUENTES: MAMA, PRÓSTATA, COLORRECTAL Y E PULMÓN

En Uruguay se diagnostican cada año unos 16.000 nuevos casos de cáncer. Los más frecuentes y que ocasionan las principales causas de muerte son el de mama, el de próstata, el colorrectal y el de pulmón, lo colofrcual pauta una situación similar a la de los países con mayor índice de desarrollo humano.

El cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres y la primera causa de muerte entre ellas. El de próstata es el más común en el hombre, pero es el de pulmón la principal causa de muerte en el caso de ambos sexos en el mundo.

El cáncer colorrectal se ubica segundo en incidencia y mortalidad, según datos vertidos por la responsable del programa de Control del Cáncer del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Lucía Delgado.

Delgado aseguró que, en líneas generales, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo y se prevé que la cantidad de casos aumente de forma importante en los próximos 20 años.

EN URUGUAY LA SEGUNDA CAUSA DE MUERTE

En el caso concreto de Uruguay, es la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares, y es responsable de casi el 24 % del total de las defunciones registradas por año, lo que representa unas 8.000 muertes.

Algunas de las recomendaciones impulsadas desde el Gobierno de Tabaré Vázquez, acompañadas de medidas concretas, son no fumar, evitar el consumo problemático de alcohol, comer y beber de forma sana, mantener un peso saludable, realizar actividad física a diario y evitar la exposición solar irresponsable. Los expertos aseguran que mantener esa clase de hábitos reduce la posibilidad de desarrollar alguna de estas patologías.

En algunos tipos de cáncer es posible la detección en fases iniciales con mayor probabilidad de curación y, para ello, la realización de controles en salud es fundamental, así como concurrir al médico cuando algo no marcha bien.

La concreción de estudios, como el papanicolau y la mamografía en la mujer y el test de sangre oculta en materia fecal en ambos sexos, permite detectar los cánceres en forma oportuna y, en consecuencia, salvar vidas.

Uruguay implementó en cinco años historia clínica electrónica y registro de datos de prestadores para combatir el cáncer

Entre los avances en salud de este Gobierno se destaca la implementación de la historia clínica electrónica oncológica (HCEO) en todos los prestadores, dijo la responsable del programa ministerial de control del cáncer, Lucía Delgado. Ha sido fundamental contar con una herramienta que mejora la atención del paciente, con un sistema de información capaz de registrar datos analizables para mejorar la calidad asistencial, añadió.

"Es un gran logro", aseguró Delgado, oncóloga de profesión, en alusión a la historia clínica electrónica oncológica, la que, consideró, es mucho más que el equivalente electrónico de la historia clínica en papel.

La titular del programa de control del cáncer del Ministerio de Salud Pública añadió que este insumo es un importante avance alcanzado en el último gobierno (2015-2020), gracias al impulso del presidente Tabaré Vázquez y en el marco de la vinculación académica entre las cátedras del Departamento de Oncología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar) y los servicios oncológicos de la mutualista Asociación Española.

Su desarrollo comenzó en forma conjunta con el programa Salud.uy, de la Agencia del Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento (Agesic) y la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.

LA HC ONCOLÓGICA PERMITIRÁ CONOCER CARACTERÍSTICAS

de pacientes y resultados terapéuticos

"La historia clínica electrónica oncológica permitirá conocer las características de los pacientes con cáncer en Uruguay y los resultados terapéuticos", precisó Delgado. "Podremos saber qué porcentaje de pacientes tratados en el país se curan en cada una de las patologías oncológicas a partir del registro de esa historia", añadió.

"En cinco años se consiguió desarrollar esta historia y se completó su implantación en todos los prestadores de salud integrales del país. Es un logro interdisciplinario", resaltó en entrevista con la Secretaría de Comunicación Institucional.

Delgado explicó, además, que en la

actualidad el ministerio logró contar con un registro de las acciones que se realizan respecto del cáncer por parte de los prestadores integrales de salud en cuanto a la detección temprana y a cuál es la cobertura efectiva de los estudios.

No solo se ofrece la cobertura del papanicolau, mamografías o test de sangre oculta en materia fecal, sino que también se sabe si los pacientes a los que se les detectó alguna patología en esos análisis pudieron hacerse más estudios y tratamientos en tiempo y forma, complementó.

ES FUNDAMENTAL TENER UN REGISTRO COMPLETO

"Es fundamental tener un registro completo y datos de calidad. Eso permite hacer un diagnóstico de situación y plantear los ajustes que corresponda para las mejoras que resulte necesario establecer". La experiencia del Fondo Nacional de Recursos (FNR) demuestra el valor de disponer de un registro nacional con dichas características, señaló.

El FNR no solo financia estudios y tratamientos de alta complejidad o alto precio, sino que lo hace bajo normativas de cobertura y registra la información clínica y paraclínica, a fin de analizar los resultados obtenidos y ajustar dichas normativas en caso de que estos sean inferiores a los observados en los estudios clínicos que demostraron el beneficio.

"Los resultados de los tratamientos oncológicos de alto precio en Uruguay son similares a los reportados por los estudios clínicos que demostraron el beneficio", apuntó Delgado.

ENTREVISTA CON EL DR. OSVALDO ARÉN FRONTERA

Oncólogo uruguayo que cierra importante ciclo en Chile

INTRODUCCIÓN

Osvaldo Arén Frontera (1960) es un médico oncólogo uruguayo, nacido en Isla Mala (25 de Mayo), en el Departamento de Florida, el menor de una familia de origen muy modesto que dio al país tres médicos.

Luego de treinta años de trabajo en Santiago de Chile, resumió su experiencia en el tratamiento de pacientes con tumores metastásicos, con esperanzas agotadas para sobrevivir, que pudieron tener vida de buena calidad, durante muchos años, gracias a los modernos tratamientos inmunoterápicos.

Autor de múltiples estudios publicados en las revistas más prestigiosas, como autor o coautor, fue estimulado por sus pacientes para escribir un libro sobre su experiencia con esta nueva línea de tratamientos que ha revolucionado la oncología en el siglo XX.

El libro "mortales Inmortales, la batalla más humana de todas" se encuentra en todas las librerías, siendo de un lenguaje sencillo y al alcance tanto de médicos como de profanos. Ha sido de tanta repercusión que pronto se estrenará una película recogiendo esos conmovedores testimonios, la que se estrenará en Montevideo, Buenos Aires y Santiago de Chile en pocas semanas.

Entrevistado por EL DIARIO MÉDICO, en Maldonado, donde reside ahora, nos permitió conocer algo de lo que es la nueva visión sobre esta enfermedad, que ya está ocupando los primeros lugares en la morbi-mortalidad en los países más desarrollados. Aquí va lo fundamental de esa entrevista, que arroja mucha luz sobre las estrategias futuras para el país y la región.

ENTRE LOS PRIMEROS ONCÓLOGOS GRADUADOS EN URUGUAY

¿Cómo fue tu vínculo con la Oncología?

Yo roté en Clínica Quirúrgica por el Hospital Maciel, y ahí le preguntaba al Prof. Alberto Piñeyro qué pasaba con los cánceres de mama avanzados que había. Me decía: "Son inoperables, por lo tanto, van al Hospital de Clínicas que los vea Oncología". "¿Qué es "Oncología"? "Es un servicio que se está formando". Porque hasta ese momento estaba la Cátedra de Radioterapia, creo que un año antes se dividieron las dos, y se formó una de Oncología Médica y otra de Oncología Radioterapia.

Y un día fui a preguntar y me dijeron: "El año próximo iniciamos los cursos de Oncología Médica". Estamos hablando del año 1988. Fuimos de los cinco primeros que obtuvimos el título de Oncología por haber realizado el Curso de Graduados. A los anteriores que hacían Oncología la Escuela de Graduados los reconoció por Competencia Notoria.

Ahí empezamos cinco, de los cuales terminamos cuatro: Wilson Golomar, Fernando Gaggero, Lucía Delgado, la actual Grado 5, y yo. A los anteriores les otorgaron el reconocimiento por competencia notoria. El Grado 5 era Ignacio Miguel Musé (1941 – 2013), los Grados 4 eran Alberto Viola y Graciela Sabini. Esos fueron los comienzos.

Me encantó la especialidad y el último año le dije a Musé, que me gustaría ir un año al exterior; me recomendó Francia o España. Elegí España, porque tengo allí a mi hermano, hice una estadía de un año en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de la Universidad Autónoma de Barcelona. Vine y di la prueba, y ese fue el inicio.

MIGRACIÓN A CHILE EN 2002 Y NUEVOS HORIZONTES

¿Cuando fuiste a trabajar a Chile, cómo te vinculaste con proyectos de investigación?

Esa es una historia un poquito larga. Yo voy a trabajar a Chile a fines del año 2002. Estaba trabajando en un Hospital de las afueras de Santiago, el Hospital San Juan de Dios, y un día viene un señor y me dice: "Nosotros precisamos un oncólogo. Lo estuvimos observando y lo queremos contratar". Era el Director del Instituto Nacional del Cáncer, de Chile. Le dije: "Pero yo hace muy poco que empecé acá…" "No importa, nosotros solucionamos el problema en el Ministerio". Y me llevó al Instituto. Ahí comencé cuando me asignaron un área de trabajo.

Un poco como mente inquieta, pregunté: "¿Por qué no hacemos investigación acá? Está todo dado para hacerla." Había casi 2.500 pacientes nuevos por año, éramos 6 personas. Entonces hicimos un proyecto y el Director nos dijo "Sí, adelante". Y los compañeros me dejaron un poco liderando el tema, hasta que en un momento quedé solo en el Instituto. Cuando cambiaron al Director, sacamos la investigación afuera del Instituto. Y ahí empezó de a poco a funcionar lo que hoy es el Centro de Investigación "Bradford Hill", de Santiago.

¿Ya existía el Instituto Bradford Hill?

No, no, no. Tenés a su creador delante de ti. Le pusimos Bradford Hill, porque fue el primer epidemiólogo y estadístico británico que hizo un estudio randomizado, Sir Austin Bradford-Hill (1897-1991). A los pacientes de tuberculosis, a unos les dio reposo en cama, y a otros, estreptomicina. Hizo el primer estudio randomizado del mundo, en 1948. Además fue el que sentó las bases de cómo hacer investigación: diciendo no es la observación, no es la experiencia, sino que estadísticamente usted tiene que demostrar que este tratamiento, el "A", es mejor que el "B". Y sentó las bases que son reconocidas hasta hoy, y fue reconocido por la Reina, que le dio el título de Sir.

El primer estudio para demostrar sobre la causalidad del cigarrillo y cáncer de pulmón lo hicieron Bradford-Hill con Richard Doll y Richard Peto. Bradford-Hill fue además aviador en la Primera Guerra Mundial.

AVANCES EN LOS TRATAMIENTOS EN LOS ÚLTIMOS LUSTROS

¿Qué cambió en los últimos 15 años en el tratamiento de las neoplasias metastásicas?

Cambió mucho. Nosotros veníamos en una meseta con los tratamientos, de aproximadamente… La oncología en sí comienza con el Cisplatino en la década de 1975-78. Anteriormente, de 1948 al 75 o 76, pasaron muy pocas cosas. Estoy hablando de la Oncología Médica, de los tumores diseminados o metastásicos. Ahí empieza con el Cisplatino una revolución formidable; la oncología da un gran salto. Ahí empezó en muchos lugares del mundo a tener especialistas en Oncología Médica, que hacía estos tratamientos. Se logró curar a los tumores diseminados de testículo. Estos chicos se morían todos como un perro en seis meses. Gracias al Cisplatino, actualmente estos pacientes llenos de metástasis pulmonares, se curan arriba de un 95%, en base a la pauta del tratamiento con Cisplatino y otras drogas más. El cáncer de testículo es un tumor de personas jóvenes, muy jóvenes.

Todo esto del Cisplatino y las otras drogas, se estancó un poco hasta el 2010, 2011. Y ahí empezaron los primeros pasos de la inmunoterapia. Cosa que al principio se había intentado la inmunoterapia con resultados no buenos, porque no se sabían los mecanismos de acción de cómo interaccionaba el tumor con el sistema inmune. Los que ganaron el Premio Nobel en 2018, James Allison y Tasuku Honjo, un americano y un japonés, sentaron las bases de cómo interacciona la célula tumoral con el linfocito. Tal es así que el linfocito, hablando en criollo, va a atacar la célula tumoral, y la célula tumoral la inhibe. Tiene los ligandos adecuados a ese linfocito. La inhibe y tú ves en una imagen cualquiera, un tumor y te acuerdas en las láminas de un tumor, los infiltrados linfocitarios. Los linfocitos estaban en la periferia del tumor, pero no le hacían nada. Hasta que estos dos investigadores descubrieron que había una interacción tipo sinapsis, entre la célula tumoral y el linfocito. De los cua-

sigue en pág. 9

viene de pág. 8

les, el gran avance en todo fue crear una barrera, un anticuerpo monoclonal, uno primero, después van a venir muchos más, que no dejan unir la célula tumoral y el linfocito. Por lo tanto el linfocito actúa cuando está en presencia de una bacteria, un virus, o cualquier infección.

LOS APORTES DE LA INMUNOTERAPIA

¿Qué aportes han traído los tratamientos inmunológicos a la terapia del cáncer?

Siempre hablando de enfermedad metastásica, era imposible pensar que un tumor metastásico viviera más de un año, dieciocho meses. Era una anécdota que todos contábamos, en los pasillos festejábamos, como gran triunfo, que un paciente con tumor de pulmón viviera entre doce y dieciocho meses. Los que pasaban ese tiempo, era una anécdota tremenda.

Esto logró, antes que nada, que haya largos supervivientes. Estamos hablando de melanoma metastásico, con una pauta de inmunoterapia, poder llegar, la mitad de los pacientes, a una sobrevida de cinco años. Eso era antes inviable.

En un cáncer renal, combinando dos inmunoterápicos, llegar a 42 meses; los resultados se van a publicar ahora; llegar al 55% en 42 meses, por lo tanto van a llegar muchos pacientes a los cinco años.

En cáncer de pulmón, que era con la que nadie quería bailar, estamos llegando en primeras líneas de tratamiento, 30% vivos a cinco años; y en segundas líneas, de tratamiento, después que procesaron la quimioterapia, 15%.

Eso antes era cero, cero, cero, cero... Puede decirse que 15% es poco, pero antes era nada, para un cáncer que era mortal, en el primer año; llegar a 15 % en los cinco años, quiere decir que de diez pacientes, uno y medio llega en excelentes condiciones.

No sabemos qué va a pasar después de los cinco años, porque no tenemos todavía muchos resultados. Pero pensamos que el sistema inmune tiene memoria y por lo tanto sabemos que, con seguridad, muchos de esos pacientes van a seguir por mucho tiempo más.

¿Cuáles cambios se han dado en nuestros conceptos clásicos sobre el cáncer, herencia, evolución, etc.?

Ha cambiado mucho. Creo que el tema del cáncer tiene que revaluarse de todo punto de vista. De un consenso médico y de un consenso político nacional, porque ha cambiado muchísimo. Lo que sabíamos hasta el ´90 era una cosa; lo que sabíamos para el 2000 era otra cosa; lo que sabemos para el 2010 es otra, y lo que sabremos para el 2020 es totalmente distinto. Por lo tanto, todos estos nuevos tratamientos, si tú no estás aggiornado en un tema, no vas a poder proceder. Si yo le digo a un médico general, que un melanoma metastásico va a poder vivir cinco años, se me va a reír en la cara. Creo que ha cambiado muchísimo en el conocimiento de la biología tumoral y del sistema inmunológico.

Los conocimientos actuales permiten vaticinar un futuro bastante más promisorio, han cambiado enormemente los conceptos, la biología, el encare, el diagnóstico.

En el diagnóstico se puede decir qué genes están predominando en un tumor. Yo tengo medicamentos target para bloquearlos, sí o no; tengo actualmente medicación específica para una mutación, que la inhibe y ese paciente puede vivir con esa mutación cinco, seis ocho años. Tengo medicamentos que realmente han cambiado el pronóstico de un montón de tumores, que anteriormente eran mortales a corto plazo.

DESAFÍOS PARA MÉDICOS, GOBIERNOS Y PAÍSES

¿Cuáles consideras tú que son los desafíos para los médicos, los gobiernos y los países?

Te la voy a contestar con un slide que presenté en Colombia recientemente.

Prioridad en la agenda política. Porque el cáncer va a pasar a la enfermedad cardiovascular; la ha pasado ya en algunos países. Y el envejecimiento de la población es el factor más importante para tener cáncer. Por lo tanto, mayor incidencia, aproximadamente porque varía según los países, pero es un 5% anual más que se va agregando. Somos más viejos, hay más incidencia, y el factor principal para tener cáncer es envejecer.

Tener una red eficiente de información. Tener los registros, aplicaciones de celulares, saber cuántos casos tenemos, dónde los tenemos, qué casos son.

Fomentar la investigación clínica. Porque siendo bien materialistas en el tema, es una fuente de ingresos para el país que la hace. Estamos hablando que Singapur, Dinamarca, Corea del Sur, tienen sistemas de salud muy buenos y tienen mucha investigación. Dinamarca es el que tiene por cada 1.000 habitantes el que tiene más estudios de investigación clínica. Eso ayuda muchísimo al médico y al paciente a tener opciones de nuevos tratamientos; tener opciones de entrar. Eso estimula al médico a estudiar, a publicar, a estar actualizado. También es otro pilar para mejorar el tema de la sobrecarga asistencial.

Coordinar acciones, no puede haber más islas ni miopías espirituales, como decía un autor.

Fomentar la prevención, por supuesto. Como decían las madres "más vale prevenir que curar". Todo lo que sea prevención está bien. Sabemos que tener un tumor en estadio precoz, es altamente curativo. Tenerlo en estadio no curativo, gasta mucho más dinero al país, y es de peor pronóstico.

Definir el número de especialistas. Uruguay no tiene ese problema, pero muchos países en el mundo lo tienen. Aproximadamente en el mundo, se tendrían que tratar unos 150 pacientes nuevos por año por oncólogo. Hay lugares del mundo que tienen 3.000 pacientes por oncólogo. En América Latina hay países que tienen 1.500 pacientes por oncólogo. Eso no puede tratar a nadie.

Definir centros de alta complejidad. No se puede hacer todo en todos lados. No se pueden hacer tratamientos de alta tecnología y quizá de alto costo en todos lados. Hay que definir equipos para diferentes tumores en centros que manejen ese tema. Yo estaba en Barcelona, y venían pacientes de determinado tipo de tumor, y se decía: no lo podemos ver. ¿Por qué, decía yo? Porque el centro tal tiene la mayor experiencia en esta patología. Ellos operan 32 pacientes de estos por mes, y nosotros operamos cinco. ¿A quién se lo vamos a dar?

UN GRAN ESCOLLO: EL ALTO PRECIO DE ESTAS MEDICACIONES

El gran tema: el alto costo de la medicación. Realizar compras regionales o estatales. Para lo que se viene, es imposible que uno sea una isla, compre cuatro ampollas, el otro ocho, el otro ocho.

Hay un tema que es lo que se llama "riesgo compartido" en estas cosas. Evalúo al paciente en tratamiento. Hay manuales de riesgo compartido. Si el producto funciona, yo te lo compro, hacemos el tratamiento del paciente y si resulta, te lo pago; si no funciona, no se paga. Esto es por acuerdo entre los fabricantes y el comprador, los centros de tratamiento o los países.

Optimización de dosis en inmunoterapia. ¿Qué dosis vamos a utilizar? No está muy estandardizado en el mundo. Nosotros vamos a presentar un trabajo en el Congreso Americano, que depende de las dosis que uno pone, se podría ahorrar muchísimo dinero.

EL PANORAMA EN EL MUNDO

¿En el mundo, qué países están ofreciendo la inmunoterapia?

La distribución de los oncólogos en el mundo: Uruguay, Estados Unidos, serían los que tienen adecuado número. Europa, algunos pocos países, China, Egipto, Emiratos Árabes, y pará de contar. El resto están por los 1.500 pacientes por oncólogo. Japón inclusive, está en los 300 pacientes por oncólogo.

Cada vez más países la tienen disponible. El tema es el costo, que está disponible, pero no es accesible para toda la población.

¿Llegan estos tratamientos a todos los ciudadanos?

En América Latina hicimos un trabajo, que consideramos que está disponible para el 10% de la población. El resto hay países que ni la nombran, y hay países que sí la compran, cada vez más. Pero si esto no se coordina, y las multinacionales no coordinan los precios con los gobiernos, es imposible.

Pero es un tema que va a más, porque ahora la población está informada. Si mañana un paciente tiene un cáncer y sabe que está la posibilidad de la inmunoterapia, va a ir a pedirla. Cada vez más…

VIGENCIA DE LOS TRATAMIENTOS CLÁSICOS

¿Hay que seguir con los tratamientos clásicos, Cirugía + Radioterapia + Quimioterapia, o eso está siendo superado, para el estado actual del conocimiento?

No, hay que seguir. Tienen todavía un nicho importante. En etapas menos avanzadas, en la etapa III de cáncer de pulmón, hay algunos trabajos muy interesantes y estudios en marcha, que, a los tumores grandes, inoperables, le hacían unos ciclos de inmunoterapia y la cirugía era imposible de hacer a ese paciente. Está cada vez en mayor auge que ningún tratamiento de esos va a perder efectividad. Pero sí que las combinaciones cada vez van a ser diferentes. Radioterapia e inmunoterapia. La cirugía cada vez más coordinada con el resto de los tratamientos. La Quimioterapia con la Inmunoterapia tiene su lugar. En etapas avanzadas hacemos quimio e inmuno y funciona bastante bien.

¿Cirugía + Radioterapia + Quimioterapia, no es como tratar la sífilis con salvarsán (arsenicales) cuando existe la penicilina?

No son, porque es lo que había, y algunos pacientes tenían buenos resultados. Hay estudios al respecto. A un paciente metastásico no le hago nada, le hago solo tratamiento paliativo. Y a ese mismo paciente le hago estos otros tratamientos con inmunoterapia, y se sabe que va a duplicar o triplicar la vida con calidad.

Y después, con la experiencia de un oncólogo viejo en el tema, que tiene más de 8.000 pacientes vistos, todo el mundo quiere que le hagan algo. Nadie, llegada la situación, pide que no le hagan nada. Me alcanzan los dedos de una mano para contar los pacientes que me han dicho a mí: "No quiero que me hagan nada".

Entonces, tú te prendés de ese por-

sigue en pág. 10

viene de pág. 9

centaje que es mínimo, que voy a llegar al año, a los 18 meses, que voy a ser el 2% que voy a llegar a los 24 meses. Es lo que había.

Muchas veces los que no están en la especialidad lo ven como un tema muy jodido de expresar, pero es el encarnizamiento terapéutico que existe en muchos colegas. No funciona, y le siguen dando. Porque siempre es más fácil decir: "Sí", que decir "No". Pero llegado el momento todos vamos a querer que nos hagan un tratamiento. Pero siempre nos prendemos de la estadística, como en el fútbol, del 2%, del minuto 91 y hacer el gol.

SÓLO EMPLEADA PARA ALGUNOS TUMORES

¿Con los tumores del aparato digestivo, los metastásicos, qué experiencia hay con la inmunoterapia?

Hay en algunos. Es mucho más reciente la experiencia en algunos de esos tumores. Hay otros tumores que fueron adelantados en esto: melanoma, pulmón y riñón, fueron los adelantados. Testículo no, sigue funcionando con quimioterapia. Los tumores que tienen más mutaciones, la inmunoterapia funciona mejor. Los que tienen más carga mutacional, la inmunoterapia funciona mejor.

Entonces para los tumores digestivos, haciendo exámenes que se llaman de micro satélites, de la carga mutacional tumoral, que se puede hacer, en esos pacientes funciona todavía la inmunoterapia. No hay inmunoterapia en digestivo que todavía esté en la primera línea de tratamiento. Casi todos están en la segunda línea de tratamiento. Va para ahí, pero todavía no, hubo más avance, en otro tipo de tumores. Es lo que sucede con mama, que ha ido atrás en el avance de la inmunoterapia.

No sirve para todos los tumores, no es la "penicilina"; no es la panacea universal. Va a ser el 60% en la columna vertebral de la oncología, pero no el 100%. Cada año, cada mes se están agregando más medicamentos y más indicaciones.

PERSPECTIVAS Y ESTRATEGIAS HACIA EL FUTURO

Tú hiciste como autor o como coautor, multiplicidad de artículos que están en las revistas más importantes del mundo, de primera línea internacional. ¿Qué perspectivas pueden abrigarse para los próximos años?

Creo que a este tema no lo para nadie. Es como la punta del iceberg. Estamos con los conocimientos como para ya saber un montón de cosas del tumor, que con la tecnología que hay realmente este tema no lo para nadie. Sabemos del tumor, por ejemplo, podemos identificar qué tipo de neo-antígeno es el que está en ese tumor, y para ese fabricarle una vacuna. Para ese darle la inmunoterapia específica. Ya hay empresas que se dedican a saber qué mutación y cuál es el antígeno tumoral que desencadenó esa cascada. Ya hay empresas en los Estados Unidos, que se dedican a esto.

Pienso que esto es como el celular, o te ponés, y lo empezás a usar, o te quedás

atrás. Pero quedar atrás significa que quedarán muchas vidas atrás.

El cáncer se va a transformar en una enfermedad crónica, ya lo es, el cual va a tener muchos cambios. Estamos en tercera, bajamos a segunda, habrá resistencias, avances, resistencias… Pero no se vislumbra otro tratamiento que haya tenido tanta proyección y tanto impacto como la inmunoterapia.

No es para todos, es para utilizar en situaciones con gente que maneje el tema, porque también la inmunoterapia te puede matar. Porque tú estás incendiando al sistema inmune. Porque le estás diciendo "¡¡Ataque!!". Y si no tenés experiencia en manejar los efectos adversos de la inmunoterapia. Y si no se tiene esa experiencia, hay un porcentaje importante de pacientes que van a morir por los tratamientos.

Ahí está el valor de los centros de referencia que concentran un volumen de pacientes importantes.

No es para hacer tratamientos pesados combinados con inmunoterapia, coordinar la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia con la inmunoterapia, en cualquier lado. De ahí el efecto centro y el efecto volumen, y el papel de los centros de referencia, que resultan indispensables.

LA NECESARIA INFRAESTRUCTURA

¿Qué infraestructura se requiere para apoyar todo lo previo y hacer viables los tratamientos con inmunoterapia? ¿Se necesitan estudios de laboratorio, de genética?

Fundamentalmente hay dos cosas importantes que sería importante para que funcione bien la inmunoterapia.

Uno de los receptores que se liga el tumor con el linfocito, se puede medir con inmuno-histoquímica, que se llama el PDL1. Ese es el "ligando" del tumor. Eso se puede medir, y tú ves si tenés alta expresión o tenés baja expresión. Si tenés alta expresión, la inmunoterapia te va a dar buenos resultados.

Y otra cosa que se puede medir, lo está haciendo el Instituto Pasteur, que ya estuvo en Chile, estuvo en Brasil, es medir la carga mutacional tumoral.

Entonces, después alguien se pregunta: "Fulanito tenía un tumor igual al mío, del mismo tamaño, pero este tumor es super agresivo y lo mató en tres meses, y a mí el tratamiento hace cinco años que estoy vivo". Eso es la agresividad biológica del tumor y va a depender de la carga mutacional del mismo. Que es un factor individual. Por eso el diagnóstico molecular es el que tiene que definir qué paciente tiene que entrar en el tratamiento. Es importantísimo disponer de ese diagnóstico molecular.

LA EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA, IMPRESCINDIBLE

Para el médico de primer nivel de atención, el médico de familia, el médico general ¿qué conocimientos le haría falta suplementar para tener esta nueva mirada en la visión?

Mi opinión es muy parcial, pero creo que debe haber cursos de actualización, de educación médica continua.

Cuando yo me formé, los cánceres de mama metastásicos, se morían todos con muy poca medicación, y no había tratamiento eficiente. Actualmente el cáncer de mama metastásico coordinando los tratamientos, puede llegar vivo a cinco años en el 85%. Es tanto el conocimiento que se ha agregado, que yo creo que hay que educar a los especialistas relacionados para saber el alcance de la terapia, y al médico general, para saber que existe, y que le puede llegar un paciente que aparente tener una neumonía, y es consecuencia de la inmunoterapia. Porque el paciente que termina el tratamiento, va a ir a su lugar, a su pueblo, a su ciudad, y el médico debe estar alerta a las consecuencias que pueden sobrevenir. La educación permanente es fundamental.

La educación, decía un filósofo, es el motor del progreso social y del progreso médico.

Desde Halsted para aquí, de aquellas grandes operaciones de exéresis de la mama, los pectorales y la cadena linfática, mucho se avanzado…

Se ha avanzado muchísimo. La pregunta es ¿Tenemos los oncólogos los recursos diagnósticos y terapéuticos para tratar a un paciente con cáncer hoy?

La respuesta es que casi ningún país de América Latina tiene esto completo. Por infinidad de causas: por falta de especialistas, por falta de medicación, por diferentes causas.

Hay países en América Latina en que una biopsia demora seis meses. Entonces cuando llega esa biopsia, ese paciente es otro paciente. Eso no puede pasar. La desigualdad en los resultados es obvia.

¿Usted me puede garantizar que de este cáncer me va a curar? Y yo te puedo decir, si tengo todos los recursos, te puedo garantizar que tengo un 70 – 80% de controlar tu cáncer, si tengo todos los recursos.

Entonces, hay que trabajar mucho en este tema, y no es político partidario. Esto es para un consenso político nacional; es para tenerlo todos, de todas las partes para tener los recursos adecuados, para tratar a los pacientes de futuro. Porque esto también puede ser un tema de conflicto social de futuro. Las desigualdades pueden ser muy complicadas: tener la vacuna y tú te vas a salvar, o no tenerla aunque exista y no te vas a salvar, es tema complejo.

Como decía Martin Luther King, cuando lo llamaron en 1966, le dijo a la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas: "De todas las formas de desigualdad, la injusticia en la salud es la más impactante y la más inhumana."

SITUACIÓN DEL URUGUAY

En materia de fortalezas y debilidades de Uruguay en salud, tú que trabajaste en tus comienzos como oncólogo en nuestro país, después de tantos años y que ahora volvés con la experiencias acumuladas en el exterior, tan ricas. ¿Cómo está Uruguay en materia de registros, de tratamientos, de financiación?

Creo que lo mejor que tiene Uruguay es el recurso humano, que es muy bueno.

Están todas las bases dadas como para que esto se pueda hacer. En el ranking latinoamericano Uruguay no está mal para nada, pero en el ranking mundial europeo o americano, no está en los primeros lugares. En América Latina, Costa Rica, Uruguay y Chile son los mejores. Pero hay también un tema, por sus características demográficas, Uruguay tiene una incidencia muy alta, por el envejecimiento de su población.

Entonces, creo que le hace falta ajustes de coordinación, de centros de referencia, de ver todo el tema de compra de medicación de alto costo.

ES NECESARIO ACTUALIZAR LAS INSTITUCIONES

En ese punto, se han articulado compras regionales para la adquisición de medicamentos, de vacunas, a través de OPS. Pero en este tipo de tratamientos oncológicos, todavía no ha entrado en esa vía de consideración. ¿No se lo debería plantear?

Obviamente, no es lo mismo comprar medicación para tres millones y medio que para setenta millones de personas. Los costos podrían bajar hasta un 60%.

Otra cosa más, déjame agregar. No estoy muy enterado del tema, pero creo que hay que destacar que la creación del Fondo Nacional de Recursos (FNR), en 1980, fue algo espectacular, novedosa,

sigue en pág. 11

viene de pág. 10

que todos tienen que hablar de él en el nivel extranjero no hay quien no hable con admiración de este recurso. Pero el FNR no puede seguir financiando tratamientos de 500 dólares, de 800 dólares. Eso que lo asuma el prestador. Eso ya fue. En su comienzo estuvo bien, cualquier tratamiento de quimioterapia valía carísimo. Ahora lo puede pagar cualquiera. El FNR tiene que actualizarse, pero no puede seguir pagando cosas que ya han sido superadas. Eso lo tendrá que financiar otro, porque eso hace que le quitemos recursos para otros tratamientos más modernos e importantes.

Tu libro nos trae también interesantes aspectos de la propia Historia de la Medicina.

Hay un libro muy interesante, que trae la biografía del cáncer, o la historiografía de esta antigua enfermedad, que puede consultarse: Siddhartha Mukherjee: El emperador de todos los males: una biografía del cáncer. Nos ha ayudado mucho.

Muchas gracias por tu tiempo.

RESEÑAS

Asclepio, 2012, vol. LXIV, nº 1, enero-junio, 285-296, ISSN: 0210-4466

288 (Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, Consejo Superior de Investigaciones Científicas CSIC, de España).

Un libro interesante sobre la Historia del Cáncer, en la historia de la Medicina

SIDDHARTHA, Mukherjee, El emperador de todos los males. Una biografía del cáncer. Madrid, Taurus Pensamiento, 2011, 640 pp. [ISBN: 9788430606450]

Durante sus dos años de prácticas en la especialidad clínica de oncología, Siddhartha Mukherjee escuchó con frecuencia cómo los pacientes a los que trataba le comunicaban una inquietud que trascendía su situación personal: ¿conseguirá la medicina erradicar el cáncer? El anhelo que afloraba en la pregunta motivó a este médico de formación a emprender la escritura de una historia de la enfermedad. En este libro, Mukherjee discute la narrativa que confiaba en hallar una única cura para todas y cada una de las formas adoptadas por el cáncer. No reconstruye la historia de un saber lineal y acumulativo, sino que presenta un estado de la cuestión del conocimiento sobre la enfermedad en el que los hallazgos tienen tanta importancia como los fracasos y los retos pendientes. Su relato, que comienza en la Antigüedad y termina en el siglo XXI, aborda el cáncer desde una triple aproximación: la búsqueda de sus causas; la aplicación de tratamientos destinados a alcanzar la curación de los pacientes o, en mucha menor medida, a paliar su dolor; y la popularización de medios de prevención o detección precoz de la enfermedad. La propuesta de Mukherjee es tan interesante como inabarcable. Pero hay al menos otro motivo por el que su autor tiene razón en estimar que ha escrito «una» y no «la» biografía del cáncer.

Mukherjee afirma que la historia del cáncer es la historia de los pacientes. Sin embargo, su relato no se centra en la experiencia de las personas diagnosticadas con la enfermedad, sino en las vidas y obras de profesionales de ámbitos tan diversos como la cirugía, la anatomía, la bioquímica, la epidemiología, la endocrinología, la botánica, la embriología, la genética, la virología, la industria farmacéutica, la publicidad y la política. Mukherjee intenta escribir una nueva historia del cáncer a partir de las fuentes tradicionales de la historia de la ciencia y, ya entrado el siglo XX, con algunas aportaciones desde la historia política. El resultado que alcanza consiste, sobre todo, en una recopilación de los descubrimientos sobre el objeto «cáncer» desde distintas disciplinas científicas vinculadas a la medicina. Mukherjee apenas incorpora descripciones de pacientes tratados antes de la segunda mitad del siglo XX. A partir de este periodo, sus descripciones provienen sobre todo de observaciones y testimonios orales de sus propios pacientes y, en menor medida, de entrevistas a parientes de enfermos o a supervivientes de larga duración, así como de casos clínicos recopilados por otros médicos. Estas voces, circunscritas al contexto clínico estadounidense, apenas son interpretadas por el oncólogo de formación.

Para escribir la historia de la experiencia de los enfermos de cáncer, Mukherjee podría haber partido del análisis de estas fuentes —centradas, no en la enfermedad sino en el enfermo— desde la teoría de las emociones y la cultura material. Las descripciones de pacientes que recoge en su libro se prestan a ello, ya que, por un lado, contienen alusiones al entorno hospitalario en el que residen o al que se desplazan de forma regular para recibir consulta y tratamiento; y, por otro lado, aluden a emociones predominantes durante este proceso, tales como el miedo, la ansiedad, la melancolía y la esperanza. Además, algunas de estas voces sugieren que la experiencia del enfermo de cáncer conlleva un distanciamiento y una transformación respecto a la percepción de sí mismo que tenía antes de recibir el diagnóstico. Ahora bien, ¿es este proceso comparable en todos los enfermos de cáncer de un mismo periodo histórico? ¿Y en el conjunto de enfermos de cáncer de diferentes épocas? O aún, ¿posee la experiencia del cáncer ciertas particularidades respecto a la experiencia de otras enfermedades?

Siguiendo a Susan Sontag en su libro La enfermedad y sus metáforas, Mukherjee sostiene que la penetración social de determinadas metáforas asociadas al término «cáncer» – sistémicas en toda la medicina heredera de las enseñanzas de Galeno, políticas en la cirugía radical practicada a principios del siglo XX, o atómicas en la era de la quimioterapia – condicionan la experiencia de las personas diagnosticadas con esta enfermedad. Aun así, mantiene una postura ambigua respecto a la historicidad de las formas de pensar y de sentir de los enfermos. ¿Son acaso comparables, tal y como pretende, las emociones experimentadas por Atossa, reina persa de la Antigüedad que padeció de un tumor en un pecho, y las emociones de una mujer del siglo XXI diagnosticada con cáncer de mama? Más aún, ¿es generalizable la apreciación del cáncer como un enemigo que ha de ser cercado y exterminado? ¿O, por el contrario, proviene de la apropiación de la semántica militar —con términos tales como «conquista», «guerra» o «cruzada»— asociada al cáncer en los EEUU de la segunda mitad del siglo XX?

En la primavera de 2011, Mukherjee recibió el premio Pulitzer en la categoría general de no ficción por una historia del cáncer en la que apenas encontramos una reflexión genuina del autor acerca de lo que significa vivir con una u otra variante de esta enfermedad en diferentes épocas y lugares. Futuras investigaciones deberían fijar su atención en la historicidad de la experiencia de las personas diagnosticadas con cáncer. Para ello, podrían apoyarse en testimonios, cartas, diarios y autobiografías elaborados por los propios enfermos. Pero quizá sea en otras fuentes, tales como historias clínicas, obras literarias y pictóricas, e incluso en una relectura de la teoría médica que atendiera a la información referida al enfermo y no a la enfermedad de cáncer, donde mejor se exprese el carácter cultural de la experiencia de los enfermos. El uso fuentes podría constituir la base sobre la que escribir una historia del cáncer verdaderamente situada desde la perspectiva del enfermo.

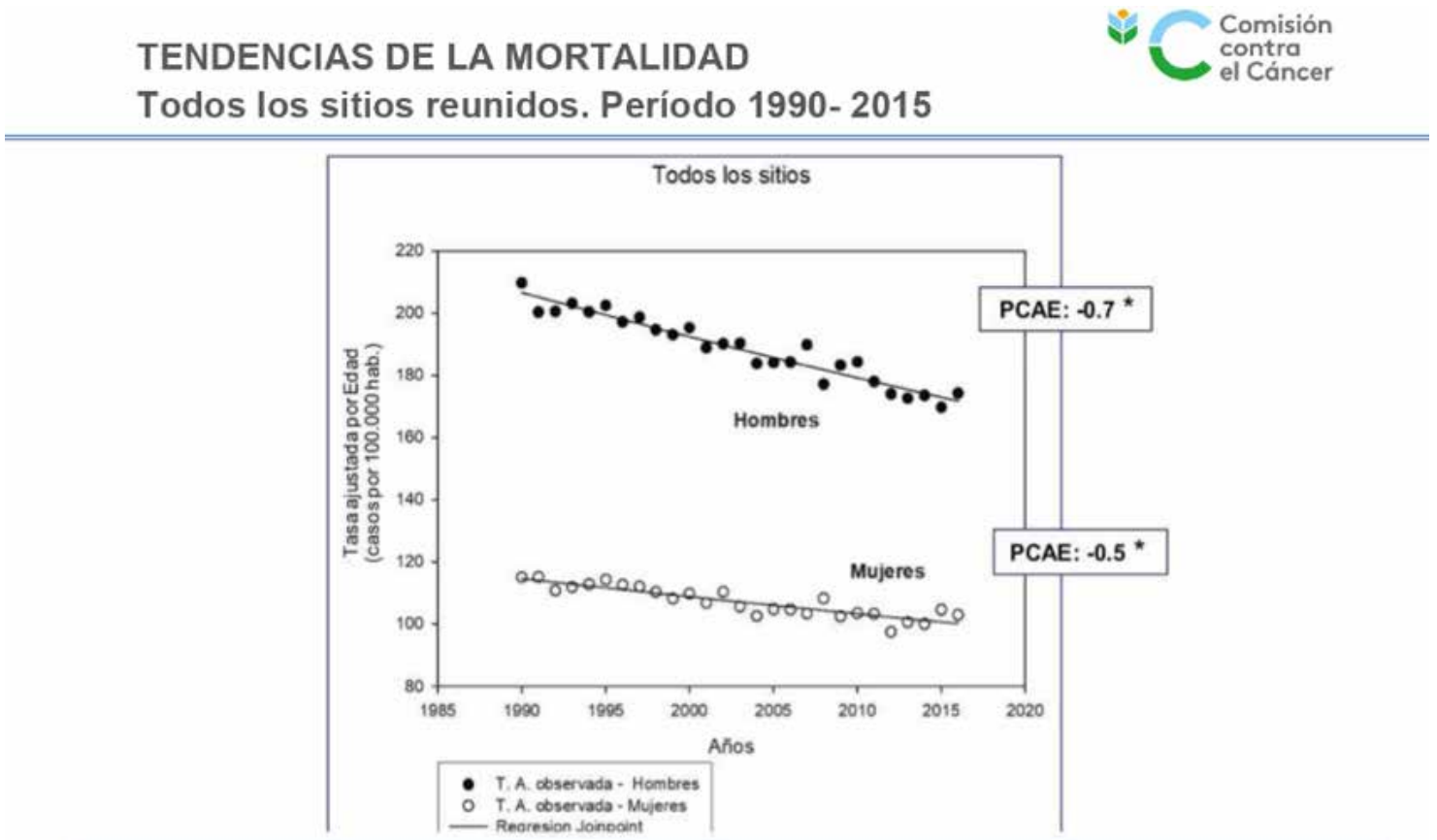
Fanny H. BROTONS - CCHS-CSIC

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO

Medidas desplegadas por los últimos tres gobiernos lograron avances en control del cáncer en Uruguay

Uruguay logró avances en el control del cáncer en los últimos 15 años. Las medidas antitabaco, la mejora del acceso a estudios de detección y diagnóstico oportuno, la vacunación contra el virus del papiloma humano y la hepatitis B, el rotulado de alimentos ricos en grasas, sal y azúcares y la obtención sin costo de 22 medicamentos de alto precio y de tratamientos oncológicos fueron pilares del proceso.

El cáncer es responsable del 24 % de las muertes en Uruguay, unas 8.000, según datos proporcionados por la responsable del programa de Control del Cáncer del Ministerio de Salud Pública, Lucía Delgado. La prevención primaria, la detección temprana y el tratamiento tuvieron una incidencia directa en el control de ese tipo de patologías, con base en las medidas adoptadas en las últimas tres administraciones de gobierno, entiende la oncóloga, además de los avances en cuidados paliativos.



PREVENCIÓN PRIMARIA: CONSUMO DE TABACO BAJÓ DE 33 % A 19 % EN 14 AÑOS

Seis factores de riesgo explican el 45 % de las muertes por cáncer en el mundo, entre ellos se destaca el consumo de tabaco, con 20 %. Uruguay adoptó medidas concretas, como la prohibición de fumar en espacios cerrados y públicos, el aumento en el precio de los cigarrillos, la colocación de advertencias en las cajillas y la regulación de la publicidad.

Con esas decisiones, el consumo de tabaco bajó, del 33 % en 2004 al 19 % en 2018. Esa sustancia es el principal factor de riesgo para varios tipos de cáncer, como el de pulmón, y de otras enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares y respiratorias, de ahí la importancia de las medidas dispuestas en estos últimos años, lideradas por el presidente Tabaré Vázquez, recordó la experta, en diálogo con la Secretaría de Comunicación Institucional.

OTROS FACTORES: CONSUMO DE ALCOHOL, EL PESO Y LA DIETA NO SALUDABLE

Los demás factores son el consumo problemático de alcohol, el peso y la dieta no saludables, la falta de actividad física y las infecciones oncogénicas, en especial el virus del papiloma humano (VPH) y el de la hepatitis B. Sobre todos ellos se definieron acciones, aunque Delgado hizo particular énfasis en la disponibilidad de la vacuna anti VPH.

EL VPH ES RESPONSABLE DE MÁS DEL 90 % DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE OTROS

El VPH es el responsable de más del 90 % de los casos de cáncer de cuello uterino en la mujer y de otros, como el de orofaringe, el de la zona perineal y el de ano. Delgado explicó que los controles periódicos para prevenir el cáncer de cuello de útero, como el papanicolau o colpocitología oncológica, permiten su detección en una etapa temprana y también percibir lesiones precancerosas, preinvasivas de riesgo.

Otro avance se relaciona con la promoción de una dieta saludable, con la elaboración de guías y la legislación respecto del rotulado de alimentos. Actualmente, Uruguay se encuentra entre los primeros tres países que incorporan el etiquetado para reducir el consumo de grasas, sal y azúcares. También se trabaja para legislar acerca del consumo problemático de alcohol.

DETECCIÓN TEMPRANA MEJORA PROBABILIDADES DE CURACIÓN

De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud, entre el 30 % y el 50 % de los cánceres es evitable. Del resto, un tercio se puede detectar en forma temprana, con mayor probabilidad de curación y tratamientos menos agresivos y menor toxicidad, y lograr una mejor calidad de vida.

"Disponemos de estudios de tamizaje gratuitos que permiten la detección temprana y eso determina una reducción del riesgo de morir por esos cánceres", dijo Delgado en referencia al control de la enfermedad. Aclaró, sin embargo, que no siempre una detección temprana se asocia con una reducción del riesgo de muerte por esta causa y, por eso, no se promueven todos los estudios. Como ejemplo mencionó cánceres de cuello uterino, colorrectal y de mamas.

Uruguay cuenta con tres guías para la detección temprana, dirigidas a los profesionales de la salud, sobre todo a los que trabajan en el primer nivel de atención, que establecen, en base a evidencias, las recomendaciones para controlar a la población y así reducir la mortalidad por estos cánceres.

COBERTURA DESTACADA EN AMÉRICA LATINA

Las políticas públicas más importantes que se desarrollaron en cuanto a tratamiento se relacionan con la gratuidad de los oncológicos, decretada 2013. Desde entonces no se paga ticket por la quimioterapia ni por la monoterapia ni por la radioterapia convencional.

La experta asegura que Uruguay cuenta con un número razonable de equipos de radioterapia y que ahora se trabaja en su desconcentración, a fin de que nadie esté a más de 200 o 300 kilómetros de los equipos. Además, el país cuenta con muy buenos recursos humanos especializados.

En 2005 se incorporaron los primeros medicamentos de alto precio a la lista de tratamientos que ofrece el Fondo Nacional de Recursos para esas patologías, la mayoría para enfermedad avanzada, con prioridad en aquellos que demostraban mayor beneficio clínico. Hoy se incluyen 22 medicamentos de alto precio para indicaciones oncológicas, sin copago alguno, para quien los necesite. El plazo de adjudicación no supera la semana. Se suministran en el hospital de día si lo recibe en la institución o los retira en la farmacia si se trata de medicación oral.

"Es una cobertura única en América Latina, es universal, a la que se accede con total equidad, en cualquier punto del país y con plazos más que razonables si la solicitud está completa y sin costo alguno para los pacientes que la necesitan", señaló.

RIESGOS VS BENEFICIOS (EL CASO DE LA CIUDAD DE WUHAN) |

Los efectos psicológicos de poner en cuarentena a una ciudad

Si los beneficios epidemiológicos de la cuarentena masiva obligatoria superan los costos psicológicos es un juicio que no debe tomarse a la ligera

La aparición de una nueva forma de coronavirus en Wuhan, China, está creando una situación confusa y en rápida evolución. Como siempre en las primeras etapas de un incidente importante, los hechos no están claros. No estamos seguros de cuántas personas han contraído la enfermedad, la tasa de mortalidad, el período de incubación, hasta qué punto se ha extendido o cuán preocupados deberíamos estar.

La imposición de restricciones de viaje a Wuhan, y un número creciente de otras ciudades, ha sorprendido a muchos. La medida ha dejado a más de 20 millones de personas atrapadas en una forma moderna de cuarentena.

Independientemente de si logra controlar el brote, el bloqueo generalizado inevitablemente tendrá un efecto psicológico.

No es sorprendente que los medios de comunicación del Reino Unido ya estén informando acerca del impacto emocional del brote. Se dice que los residentes están comparando la situación con "el fin del mundo", los hospitales están "abrumados" y existe preocupación por la escasez de alimentos. "Pánico en Wuhan" se informa comúnmente.

Debemos tener cuidado de leer demasiado en esto. Los periodistas asumen regularmente el pánico con base en poca evidencia y, según nuestra experiencia, cuanto más lejos esté un reportero de un incidente, más probabilidades hay de reclamar el pánico. Sin embargo, las palabras tienen poder. Retratar las respuestas públicas como pánico puede llevar a los encargados de formular políticas a concluir que las personas deberían ser controladas por su propio bienestar, o que la información que podría empeorar la situación debería ser retenida.

Pero aunque la historia nos recuerda que el pánico es poco probable, el miedo parece una consecuencia casi segura de la cuarentena masiva. Se espera ansiedad en Wuhan, incluso sin cuarentena. Durante los brotes de enfermedades, la ansiedad de la comunidad puede aumentar después de la primera muerte, el aumento de los informes de los medios y un número creciente de casos nuevos.

Es probable que la cuarentena masiva aumente eso sustancialmente, por muchas razones.

1. En primer lugar, la medida muestra que las autoridades creen que la situación es grave y puede empeorar.

2. En segundo lugar, la imposición de la medida principalmente en beneficio de los que están fuera de las ciudades afectadas reduce la confianza, la creencia de que las autoridades están actuando en mi mejor interés, para los que están dentro.

3. En tercer lugar, la cuarentena significa una pérdida de control y una sensación de estar atrapado, lo que aumentará si las familias se separan.

4. Cuarto, el impacto del rumor mill no debe ser subestimado. El deseo de hechos aumentará y la ausencia de mensajes claros aumentará el miedo y empujará a las personas a buscar información de fuentes menos confiables.

Para algunos, el efecto acumulativo de estos impactos puede ser severo: después de que se identificaron casos de SARS entre el personal y los pacientes en el Hospital Municipal de Esperanza de Taipei, todo el personal, los pacientes y los visitantes fueron restringidos por la fuerza al edificio por un período de cuarentena de dos semanas. Una descripción del caos que siguió describió cómo el encierro "causó una sensación de histeria colectiva, llevando al personal a tomar medidas desesperadas".

En incidentes anteriores se descubrió que la mayoría de los pacientes que acudieron al hospital estaban libres de la enfermedad en cuestión.

La ansiedad elevada también puede tener implicaciones para otras medidas de salud. Si bien los informes sobre hospitales abrumados en Wuhan podrían reflejar altos niveles de actividad de la enfermedad, en incidentes anteriores se descubrió que la mayoría de los pacientes que acudieron al hospital estaban libres de la enfermedad en cuestión. Las oleadas de estos pacientes de bajo riesgo a menudo se precipitan por altos niveles de ansiedad, lo que lleva a los pacientes a identificar, catastrofizar y buscar ayuda para los síntomas que de otro modo habrían provocado poca preocupación, y los médicos clínicos remiten a los pacientes al hospital a la primera señal de un leve síntoma en desarrollo.

Y, sin embargo, si bien la ansiedad entre las personas sometidas a cuarentena es preocupante, quizás el efecto más pernicioso es cómo los que están fuera del cordón ven a los que están dentro.

Incidentes anteriores han visto a los residentes de las áreas afectadas socialmente rechazados, discriminados en el lugar de trabajo y atacados sus propiedades. A menos que se tomen medidas activas para evitar estigmatizar a quienes han estado en cuarentena, la imposición oficial de un cordón puede agravar tales efectos. El aislamiento impuesto por los vigilantes puede seguir, o incluso adelantarse, a la cuarentena oficial.

Los efectos a largo plazo también son posibles. Existe la posibilidad de enojo por las reacciones oficiales, exacerbadas por el impacto del brote en sectores de la economía, para poner en marcha la interrupción social que podría durar años.

Desde la plaga de Justiniano, la cuarentena impuesta ha seguido siendo parte de nuestro arsenal de salud pública. Pero como con cada intervención médica, hay efectos secundarios que deben sopesarse en el equilibrio y alternativas que deben considerarse. La cuarentena voluntaria, por ejemplo, puede estar asociada con un buen cumplimiento y un menor impacto psicológico, particularmente cuando se explica bien y se promueve como altruista. Si los beneficios epidemiológicos inciertos de esta nueva forma de cuarentena masiva obligatoria superan los costos psicológicos inciertos es un juicio que no debe hacerse a la ligera. Autor: G James Rubin, reader in the psychology of emerging health risks, Simon Wessely, Regius professor of psychiatry Fuente: BMJ 2020; 368 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m313 The psychological effects of quarantining a city- Intra Med

Qué hacer para calmar la "picadura" de una merluza o agua viva

Para calmar la sensación que produce la picazón de una medusa o agua viva, hay que seguir estos pasos:

- Salir inmediatamente del mar y evitar rascarse
- Lavar la zona de la picadura con agua de mar
- Nunca frotar la piel con arena ni lavar con agua dulce, porque esto dispersa la toxina y aumenta la irritación.
- No aplicar hielo directamente sobre la piel porque al estar hecho con agua dulce es peor
- Aplicar vinagre en la zona herida para desecar los restos de tentáculos, esto calmará el ardor

NO OLVIDAR ENTONCES LLEVAR UNA BOTELLITA O FRASCO DE VINAGRE CUANDO SE BAJA A LA PLAYA

UNIT | capacitación 2020

INSTITUTO URUGUAYO DE NORMAS TÉCNICAS

ESPECIALISTA UNIT EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVO GENERAL DEL DIPLOMA

Comprender la significación de la calidad para la administración eficaz de los servicios de salud y formar el personal necesario que sea capaz de liderar, desarrollar, implantar, evaluar y mejorar en sus instituciones un sistema de gestión de la calidad basado en el modelo de las normas internacionales UNIT-ISO 9000.

PERFIL DE LOS PARTICIPANTES

Profesionales, técnicos, gerentes, mandos medios, estudiantes avanzados y todas aquellas personas que de una forma u otra estén vinculadas a instituciones de salud (mutualistas, cooperativas médicas, otras IMAC, sanatorios, hospitales, emergencias médicas, laboratorios, servicios clínicos, policlínicas, servicios de apoyo).

Este año se dicta en su 20a. edición ininterrumpida, con más de 480 egresados, los que avalan este Diploma que se ha dictado en Montevideo y varios departamentos de nuestro país.

DIPLOMA AUSPICIADO POR CUDASS

CRONOGRAMA DEL DIPLOMA

DÍAS Y HORARIOS: *viernes de 14:00 a 20:00 h*

Las 222 horas que componen este diploma se dividen en los siguientes 9 cursos:

Curso	Inicio	Fin	Evaluación	Duración
Gestión de la Calidad y Sistemas Integrados	mayo 08	mayo 23	mayo 29	24
Manuales y Documentación de Sistemas de Gestión	mayo 29	junio 12	junio 26	24
Normalización y Evaluación de la Conformidad	junio 26	julio 10	julio 17	24
Herramientas para la Mejora de la Calidad en Servicios de Salud	julio 17	julio 31	agosto 07	24
Implantación de Sistemas de la Calidad en Servicios de Salud	agosto 07	agosto 28	setiembre 04	30
Auditorías de la Calidad en Servicios de Salud	setiembre 04	setiembre 18	setiembre 25	24
Costos de la Calidad en Servicios de Salud	setiembre 25	octubre 16	octubre 23	24
El Equipo Humano en Servicios de Salud	octubre 23	noviembre 07	noviembre 13	24
Calidad en los Servicios Clínicos	noviembre 13	diciembre 04	diciembre 08	24

IMPORTANTE

Las pruebas de **evaluación** se realizarán en el horario de **09:00 a 12:00 hs.** Los siguientes cursos tendrán una clase un día **sábado** en el horario de **09:00 a 15:00 hs.:**

Gestión de la Calidad y Sistemas Integrados	sábado 23 de mayo
Manuales y Documentación de Sistemas de Gestión	sábado 6 de junio
Normalización y Evaluación de la Conformidad	sábado 4 de julio
Herramientas para la Mejora de la Calidad en Servicios de Salud	sábado 25 de julio
Implantación de Sistemas de la Calidad en Servicios de Salud	sábado 15 de agosto
Auditorías de la Calidad en Servicios de Salud	sábado 12 de setiembre
El Equipo Humano en Servicios de Salud	sábado 7 de noviembre

PRECIOS Y DESCUENTOS

Precio de cada curso: organizaciones socias de UNIT **$11.600**

no socios **$13.200**

Descuentos especiales: Pymes, docentes y estudiantes universitarios: **30% de dto.**
Pago por adelantado de 5 cursos: **5% de dto.**
Por cada curso adicional descuento extra de: **1%**

INFORMES E INSCRIPCIONES

Plaza Independencia 812 – piso 2 2901 2048

capacitacion@unit-iso.org.uy www.unit.org.uy

UNIT es miembro de: ISO ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE NORMALIZACIÓN · IEC COMISIÓN ELECTROTÉCNICA INTERNACIONAL · COMISIÓN PANAMERICANA DE NORMAS TÉCNICAS · ASOCIACIÓN MERCOSUR DE NORMALIZACIÓN

COMPLEJO LOMAS DE CHARRÚA-MÁS VIVIENDAS MÁS SALUD

Ministerio de Vivienda entregó 47 unidades habitacionales en Maldonado

La ministra de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Eneida de León, entregó, este miércoles 5, 47 unidades habitacionales del complejo Lomas del Charrúa ubicado en la ciudad de Maldonado, tras una inversión de 95.000 unidades reajustables (UR). Son casas dúplex, de dos y tres dormitorios, en las que vivirán vecinos del asentamiento Kennedy y de otros barrios.el

De León participó, junto con el director nacional de Vivienda, Salvador Schelotto, y el intendente de Maldonado, Enrique Antía, el miércoles 5, en la entrega de 47 unidades habitacionales de un total de 77 que componen el complejo Lomas del Charrúa.

De las familias que accedieron a las viviendas, 26 provienen del asentamiento Kennedy y el resto se presentó a un llamado realizado por la Intendencia de Maldonado.

En la inauguración, De León destacó la paciencia de los vecinos, quienes, tras un convenio que se firmó en 2012 para la realización de obras, tuvieron dificultades de gestión por parte de la primera empresa constructora, lo que llevó a la apertura de una nueva licitación.

UN PROYECTO DE VIDA CON NUEVA SOLUCIÓN HABITACIONAL

La ministra apostó, en su discurso, por el apoyo, la socialización y la solidaridad de los vecinos, que comienzan un proyecto de vida en una nueva solución habitacional.

SE CUMPLIÓ EN UN 20% MÁS DE LO ESTABLECIDO

para el quinquenio 2015-2020

Consultada por la prensa, De León dijo que seguirá participando en la entrega de viviendas en otras zonas de Uruguay, como Melo, Chuy o Montevideo. Sobre el balance de gestión, indicó que el Plan Quinquenal de Vivienda se cumplió en un 20 % más de lo establecido para el quinquenio 2015-2020. Mencionó que está satisfecha con el trabajo realizado, pero, consideró, el tema de los asentamientos es difícil y complejo, y es necesario que el Ministerio de Vivienda cuente con más presupuesto.

Destacó que la transición de gobierno con las autoridades elegidas es buena, pero que aún no designaron a sus directores de área. “Nuestro ministerio es complicado y más pensando en que se va a dividir con respecto a medioambiente, instancia que no es tan sencilla”, afirmó.

Se reiteran recomendaciones en días de ola de calor

Ante la “la ola de calor”, el Ministerio de Salud (MSP) recuerda a la población las medidas a tener en cuenta para disfrutar de un verano saludable.

• En lo posible evite actividad física fuera de su casa entre las 11:00 y las 18:00 horas, así como exposición a los rayos solares en la playa y espacios al aire libre.

• Ingiera más líquidos de lo habitual aunque no tenga sed. En caso de tener sed consuma líquidos a la brevedad. Ofrezca a los niños más líquidos de lo habitual y a los bebés lactancia a demanda.

• Permanecer en el espacio más fresco de la casa.

• Evitar comidas copiosas y calientes. Prefiera comidas ligeras en base a verduras y frutas, optando por porciones chicas aunque coma más veces al día.

• Evitar el consumo de bebidas alcohólicas.

• Tome 2 o 3 duchas refrescantes por día o refrésquese con paños húmedos.

• Use ropa holgada, ligera, de colores oscuros, sombrero, lentes de sol y protector solar de alta protección.

• Mantenga los alimentos en la heladera y extreme medidas de higiene de manos.

• Si tiene que salir en horarios de mucho calor, camine por lugares sombreados.

• Evite la permanencia de niños, personas mayores y animales dentro del auto, cuando esté estacionado.

• Si tiene familiares, amigos o vecinos ancianos, con discapacidad o enfermedades crónicas que viven solos o permanecen solos durante varias horas en el hogar, llámelos frecuentemente.

¿A QUIÉNES AFECTA LA OLA DE CALOR?

· Afecta a todas las personas, pero las más vulnerables son:

- Niños. Sobre todo menores de 6 años
- Adultos mayores de 65 años
- Personas con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cardiópatas y consumidores de alcohol.
- Personas con discapacidad.
- Quienes realizan trabajo de esfuerzo físico intenso al aire libre.
- Personas que practican deportes al aire libre

ALGUNOS DE LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS DE EXCESO DE CALOR:

· Calambres.
· Agotamiento.
· Dolor de cabeza.
· Náuseas y/o vómitos.
· Deshidratación: decaimiento intenso, postración, piel seca, boca y/o lengua seca, ojos hundidos, en los niños pequeños llanto sin lágrimas y fontanela (mollera) hundida, sed intensa. Puede presentar presión arterial baja y pulso rápido.

Campaña Verano Saludable

Todos los derechos para todas las personas

Desde el Ministerio de Desarrollo Social queremos **rendir cuentas** y compartir las **principales acciones y logros alcanzados.** Sabemos que queda un largo camino por recorrer, con nuevos desafíos, pero nos reconforta saber que **seguimos transformando la vida de miles de personas.**

7.000 familias por año son alcanzadas por programas de **acompañamiento familiar** como Jóvenes en Red, Cercanías y Uruguay Crece Contigo (UCC) en todo el país.

El Sistema de Cuidados ha beneficiado a más de **80.000 familias** de todo el país. 6000 personas en situación de dependencia severa cuentan hoy con **asistentes personales.**

Se entregaron **250.000 sets con materiales de apoyo a la crianza** (libros, juguetes, música) a todos los recién nacidos del país.

El **policlínico móvil de UCC** realiza ecografías a distancia y controles a embarazadas en pequeñas localidades de **todo el país**. También organizan actividades de promoción, **prevención y asistencia** para niñas y niños.

Educación alimentaria y nutricional, acompañamiento y supervisión a centros de primera infancia en coordinación con INAU. Entrega de alimentos y asesoramiento técnico a más de **600 instituciones** públicas y privadas sin fines de lucro.

Se creó el **Centro Nacional de Discapacidad Visual** para rehabilitación de personas ciegas o con baja visión. Todas las personas que lo necesiten pueden acceder gratis a valoración y entrega de **ayudas técnicas**: prótesis a medida, órtesis, sillas de ruedas, férulas, calzado ortopédico, colchones, pañales, entre otros apoyos.

Les invitamos a seguir trabajando juntos para construir una sociedad más justa, **con todos los derechos para todas las personas.**

Más información:
Web: mides.gub.uy
Facebook: /midesuuy
Twitter: @midesuy
Instagram: @midesuy

Reunión conjunta del Comité Ejecutivo y Comité de Educación Médica Continua

El jueves 13 de febrero, comenzó su trabajo anual el Comité de Educación Médica de FEMI, integrado por los Dres. Oscar Cluzet, Sergio Burgues, Julio Medina y Diana Domenech.

Como todos los años, las primeras sesiones son de evaluación de las actividades realizadas en el año previo, y de planificación de las del corriente.

REUNIÓN CON EL COMITÉ EJECUTIVO PARA JERARQUIZAR TEMAS A INCLUIR EN LA PLANIFICACIÓN ANUAL

En esta oportunidad, se realizó una instancia de intercambio con el Comité Ejecutivo de FEMI con la finalidad de jerarquizar algunos temas, que a su entender, tienen que ser incluidos en la planificación

SE BUSCA IMPLEMENTAR ACTIVIDADES EDUCATIVAS DEMANDADAS POR LOS MÉDICOS DEL INTERIOR

Asimismo se buscará implementar actividades educativas demandadas por los colegas del interior, así como dar continuidad a aquellas realizadas previamente que cuenten con evaluación satisfactoria, propendiendo a llegar de forma presencial y/o virtual a todas las regionales del país.

En este sentido, temas como Resolutividad en los Servicios de Emergencia, Abordaje Familiar, Reanimación cardiopulmonar y Vínculos entre los equipos de Salud, entre otros, formarán parte del cronograma educativo 2020 para el interior del país.

#EducaciónMédicaContinua

Reunión con el Ministro designado Dr. Pablo Mieres

Una delegación de la Federación Médica del Interior encabezada por su Presidenta Dra. Patricia Nava, mantuvo una cordial reunión con el futuro Ministro de Trabajo Dr. Pablo Mieres y el Sub Secretario de dicho gabinete Dr. Mario Arizti.

El objetivo de la misma fue entre otros, el intercambiar visiones con respecto a la actividad laboral en salud

El tradicional estilo de la Federación ha sido el diálogo, y búsqueda de consenso, en defensa de las condiciones laborales de los médicos del interior, en beneficio de la salud del interior.

FEMI propuso legitimar su concurrencia a diferentes ámbitos de la negociación colectiva pública y privada ya que como Gremio de los médicos del interior representa a más de 3.000 afiliados, organizados en 22 gremios médicos en los 18 departamentos.

Reafirmando una vez más los postulados de su MISIÓN

"Promover como gremio médico el pleno desarrollo de los médicos del interior del país en el ejercicio de su profesión de una forma digna y por una remuneración justa"

Comunicado del Sindicato Médico de Florida – FEMI

El Sindicato Médico de Florida frente a la agresión física sufrida por una colega de parte de un usuario en pleno ejercicio de sus funciones, declara:

- Nuestro total apoyo y solidaridad con la colega que sufrió esta agresión
- Repudiar enérgicamente los hechos de violencia a cualquier integrante del equipo asistencial
- Los médicos reivindicamos trabajar sin presiones ni agresiones, manteniendo nuestra seguridad e integridad física.

" Quien cuida a quien nos cuida?"

3.02.2020

Corralito Mutual

Las instituciones no pueden obligar a sus trabajadores a afiliarse a la misma

Teniendo en cuenta la apertura del corralito mutual, el Comité Ejecutivo de FEMI considera oportuno informar que :

• Las instituciones prestadoras de salud no pueden obligar a sus trabajadores a afiliarse, ni condicionar su trabajo, ni tener ningún menoscabo o sanción por la no afiliación a dicha institución.

• Las disposiciones legales vigentes consagran y amparan a la libertad de elección del prestador, como uno de lo principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Solicitamos a los colegas que en caso de detectarse alguna situación irregular, se comuniquen al referente del gremio local de FEMI o al Secretariado Gremial (secretariado.gremial@femi.com.uy), a los efectos de revertir la misma

EMERGENCIAS MÓVILES

Creación de un ámbito bipartito de trabajo para el interior

Se firmó entre FEMI y la Cámara de Emergencias Móviles (CEAMEX) Por el mismo se establece la creación de un ámbito bipartito de trabajo por un período de 60 días, a efectos de analizar los requisitos, condiciones, características y viabilidad de acordar criterios de trabajo y demás aspectos vinculados a la actividad, así como un eventual cronograma de implementación aplicables a los médicos que cumplen tareas en emergencias móviles y asistencia médica extra hospitalaria en el interior del país.

Avances de obras en nueva Policlínica “18 de Mayo” en Las Piedras

El Presidente y Vicepresidenta de ASSE, recorrieron las obras de construcción de la nueva Policlínica que se ubicará en el populoso Municipio 18 de Mayo de Las Piedras, que anunció quedará inaugurado el próximo 27 de febrero. Asimismo, durante la jornada, se trabajó en el proyecto de instalación de un Centro de Rehabilitación que funcionará, con autonomía, en el Polideportivo pedrense. Por otra parte, visitaron las recién iniciadas obras de la nueva Emergencia del Hospital de Las Piedras.

Estas actividades tuvieron lugar el 7 de febrero. “Es una recorrida que nos entusiasma muchísimo”, dijo al respecto el Dr. Marcos Carámbula.

UNA OBRA ACORDE A LO QUE MERECE LA POBLACIÓN

En referencia a la Policlínica 18 de Mayo, indicó que será “una obra sumamente importante” y “acorde a lo que merece la población” del lugar, “en un corredor cívico donde funciona el Municipio y la Comisaría”.

Cabe acotar que la misma, estará bajo la órbita de la Red de Atención Primaria (RAP) de Canelones -Coordinación Oeste - y contará con amplias instalaciones y estará enclavada en un lugar estratégico, sobre la vieja ruta 5.

PERMITIRÁ EL TRASLADO DE SERVICIOS OTRAS 4 POLICLÍNICAS- LA ZONA COMPRENDE BARRIOS DONDE RESIDEN MÁS DE 30.000 HABITANTES

La nueva infraestructura posibilitará el traslado de los servicios de cuatro Policlínicas, que hasta ahora funcionan en los barrios Villa Foresti, El Dorado, Vista Linda y El Santo.

Es importante señalar que el Municipio 18 de Mayo, se trata de una zona que incluye a varios barrios, donde viven 30.000 habitantes de los 80.000 que habitan en la ciudad de Las Piedras. En este lugar, los vecinos se destacan por organizarse para mejorar el barrio, por lo tanto, el hecho de que se haya declarado Municipio es producto de su lucha incansable, ya que hace más de diez años que vienen peleando por su identidad.

EL PROYECTO CASI PRONTO COMPRENDE EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL FÍSICA Y PSICOFÍSICA EL SUR

Carámbula subrayó además, que se trabajó durante dicha jornada, “en un proyecto que también está casi pronto”, relacionado con el Centro de Rehabilitación Integral Física y Psicofísica del Sur, que atenderá a usuarios no solo de Las Piedras, sino también de zonas aledañas.

Este emprendimiento se enmarca en un convenio firmado oportunamente entre ASSE y el Gobierno Departamental de Canelones, precisamente con el objetivo de la construcción, anexo al Polideportivo de la ciudad de Las Piedras, de dicho Centro de Rehabilitación. Este contará con piscina, policlínicas y equipo multidisciplinario, para la atención a usuarios de ASSE mayores de 15 años en el tercer nivel de complejidad pertenecientes a las zonas de influencia de Canelones Norte y Oeste, Montevideo noroeste y eje del corredor de ruta 5 y Centro Sur- Región Metropolitana Extendida.

Por último, recorrieron las obras recientemente iniciadas de la Emergencia del Hospital de Las Piedras, que será central en la atención de la demanda del sur de Canelones y norte de Montevideo.

CARÁMBULA VALORÓ EL EQUIPO TÉCNICO Y DE GESTIÓN DEL HOSPITAL DE LAS PIEDAS

El Presidente de ASSE, valoró el equipo técnico y de gestión, y expresó que se requiere de una planta física acorde al volumen asistencial, a los efectos de brindar una mejor atención, con modernas instalaciones que incluirán entrada independiente, buena accesibilidad y conexión con el área de internación. Indicó que esta obra “será un agente central para el desarrollo del Hospital de Las Piedras”, dijo.

Se celebró el 4 de febrero Día Mundial contra el Cáncer

Proclama: OMS, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer(CIIC) y la Unión Internacional contra el Cáncer (UIIC)

El 4 de febrero se celebró el Día Mundial contra el Cáncer, promovido por La Organización Mundial de la Salud, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) y la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) con el objetivo de aumentar la concienciación y movilizar a la sociedad para avanzar en la prevención y control de esta enfermedad.

¿QUÉ ES EL CÁNCER?

Todos hemos oído hablar de cáncer, y la mayoría de nosotros, conocemos directamente a personas con esta enfermedad que causa tanto temor. Pero ¿sabemos realmente qué es el cáncer?

El cáncer es una enfermedad que hace que un grupo de células del organismo crezcan de manera anómala e incontrolada dando lugar a un bulto o masa. Esto ocurre en todos los cánceres excepto en la leucemia (cáncer en la sangre).

Si no se trata, el tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo diseminándose a otros órganos y tejidos.

EL CÁNCER EN CIFRAS

El lazo de un color determinado suele representar un tipo de cáncer concreto

Aproximadamente se estima que uno de cada dos hombres y una de cada tres mujeres tendrá cáncer en algún momento de su vida. Cada año se diagnostican en el mundo más de 14 millones de casos nuevos y la enfermedad provoca 9,6 millones de muertes al año.

Con estas cifras, es muy probable que nosotros mismos o alguien de nuestra familia tengan cáncer en algún momento de sus vidas. Por eso se trata de una cuestión que nos afecta a todos.

FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER

Existen muchos tipos de cáncer que una persona puede desarrollar, debido a causas múltiples. En muchos casos, los factores de riesgo no pueden modificarse, pero alrededor de un tercio de los casos de cáncer pueden evitarse reduciendo los factores de riesgo principales.

Factores de riesgo no modificables son la edad o la genética.

Los factores de riesgo que sí podemos controlar son, entre otros:

- Consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- Alimentación y dieta.
- Actividad y ejercicio físicos.
- Radiaciones o exposición a sustancias cancerígenas.
- Determinadas infecciones.

ATENTOS A LOS SÍNTOMAS MÁS PREOCUPANTES

Existen muchos tipos de cánceres y los síntomas varían de una persona a otra, pero es cierto también que algunos síntomas son muy significativos a los que hay que prestar atención, aunque la presencia en sí de uno o varios de estos síntomas no quiere decir que padezcamos cáncer. Siempre ante la duda, consultar con un médico:

- Bultos o masas extrañas en cualquier parte del cuerpo.
- Fatiga, cansancio, falta de aire o tos.
- Sangrados o hemorragias imprevistas.
- Pérdida de peso repentina o falta de apetito.
- Dolor.
- Complicaciones al tragar, al orinar o al realizar cualquier otra necesidad fisiológica.
- Sudores nocturnos intensos.
- Cambios en un lunar o manchas en la piel.
- Cambios en las mamas.

TRATAMIENTO CURATIVO Y PALIATIVO

La detección temprana adquiere en el cáncer una importancia fundamental, de forma que existen determinadas pruebas diagnósticas que garantizan coger a la enfermedad en un estadio muy temprano, con la consecuente probabilidad de curación. Es el caso de los exámenes de cáncer colorrectal, pulmón, mama y cervical.

Dependiendo del tipo de cáncer, del estadio en que se encuentre, y el estado de salud del paciente, se podrán emplear distintas técnicas y tratamientos:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Inmunoterapia
- Hormonoterapia
- Terapia génica

El tratamiento paliativo está diseñado para paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente en cualquier etapa de la enfermedad. Incluso para controlar los efectos secundarios de los tratamientos.

TEMA DE LA CAMPAÑA DESDE 2019 HASTA 2021

Desde el año 2019, la campaña del Día Mundial contra el Cáncer es "Yo soy y voy a" haciendo un llamamiento a cualquier persona a actuar contra el cáncer. Cualquier acción individual puede suponer un cambio a nivel global, y esto es lo que se quiere reflejar. En el Día Mundial contra el Cáncer, ¿quién es usted y qué va a hacer?

LISTA DE PELÍCULAS SOBRE CÁNCER

La gran pantalla siempre ha estado comprometida con la temática del cáncer, y existen muchísimos títulos que puedes visualizar para informarte o acercarte a la enfermedad, y al día a día de los enfermos, pero te vamos a dar solo algunos:

- Mi vida sin mí (España, 2003)
- Ahora o nunca (EEUU, 2007)
- Noviembre dulce (EEUU, 2001)
- Phenomenon (EEUU, 1996)
- Quédate a mi lado (EEUU, 1998)
- Camino (España, 2008)
- El viaje de sus vidas (EEUU, 2018)
- Truman (España, 2015)

¿QUÉ PUEDO HACER YO EN EL DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER?

- Apoyar a algún ser querido que esté pasando por la enfermedad, una llamada, una visita para hacerle ver que no está solo.
- También puedes realizarte los exámenes médicos que te puedan corresponder en tu caso, cuidar tu salud evitando factores de riesgo.
- Puedes hacer todo lo que se te ocurra para informarte y concienciar a los demás, incluyendo las redes sociales con el hashtag #DiaMundialContraElCancer.
- Realizar alguna donación para la investigación contra el cáncer.
- E incluso puedes consultar la lista de actividades a nivel mundial para el Día Mundial contra el Cáncer,

SATISFACCIÓN MUY ALTA DE USUARIOS CON EL SERVICIO

1200 personas con Teleasistencia

En dos años de implementación, 1200 personas mayores de 65 años eligieron Teleasistencia en casa, servicio impulsado por el Sistema de Cuidados. Un 70% de personas reciben un subsidio total del servicio y un 20% un subsidio de 67%. El 95 % de las personas dice estar muy satisfecha con la prestación.

El Programa de Teleasistencia en casa funciona a través de una pulsera o collar que, al ser presionado, activa la comunicación con un centro de servicios que está disponible a toda hora todos los días. El objetivo es que personas en situación de dependencia leve o moderada puedan avisar a su familia, vecinos y a un servicio médico sobre cualquier incidente que ocurra en su hogar.

Según informe especial respecto a Teleasistencia publicado en octubre 2019, una de cada dos personas que disponen de esta modalidad vive en Montevideo y seis de cada diez fueron postuladas por un familiar o persona cercana. En tanto el 57 % contrató el servicio por la necesidad de sentirse seguras; el 27 % porque vivían solas; y el 12 % para apoyar el cuidado que recibía de alguna persona de su familia.

Entre las personas que acceden a esta posibilidad de servicio existe una percepción de bienestar. El 96 % de los usuarios consideran que el servicio brindó tranquilidad a su vida cotidiana, el 91 % tiene la sensación de estar acompañado; y dos de cada tres perciben que contar con teleasistencia en casa mejoró su estado de ánimo.

QUIENES PUEDEN POSTULARSE

Actualmente pueden postularse a este sistema, las personas con 70 años de edad o más que cuenten en su hogar con instalación de teléfono fijo para llamadas salientes y electricidad. Para las personas que perciben menos de 12.462 pesos, el subsidio es total, la cuota no implica costo. Para quienes ganen entre 12.462 y

24.924 pesos, el subsidio es de 67 %, con una cuota de 356 pesos por mes; desde 24.924 a 45.694 pesos la cuota es de 724 pesos, con un subsidio de 33 % y, si los ingresos son mayores a este monto, la cuota mensual es de 1.080 pesos.

Las empresas habilitadas que están autorizadas para brindar servicios de teleasistencia son ANDA, Cavida, Centel, Helpline y Confianza.

FEPREMI EN CIFRAS

850000
Afiliados

3500
Médicos dependientes

14000
funcionarios no médicos dependientes

35
Sanatorios en todo el país

21
CTI de adultos

7
CTI neonatológicos y de niños

10
IMAES de hemodiálisis en el interior

500
millones de dólares en infraestructura instalada

MÁS SANEAMIENTO ES IGUAL MÁS SALUD

Más de 400 familias accederán a saneamiento en ciudades de Rocha y Chuy

El resultado del cumplimiento de los objetivos de OSE en Rocha es satisfactorio, pues se ha instalado saneamiento en varios barrios (de la capital departamental) y hecho mejoras en los balnearios de la costa atlántica, destacó el viernes 7 el presidente del ente, Milton Machado, tras inaugurar obras por unos 860.000 dólares y firmar un convenio de saneamiento en Chuy, en la frontera con Brasil, por 351.000 dólares.

Machado y el Intendente de Rocha, Aníbal Pereyra, inauguraron el viernes 7 el sistema de saneamiento de redes y bombeo en los barrios Jardines, La Rural y CURE (Centro Universitario de la Región Este) de la capital departamental. La obra, cuya inversión requirió 860.000 dólares, mejorará la calidad de vida de familias radicadas en aproximadamente 100 viviendas.

La infraestructura instalada comprende la construcción de 455 metros de tuberías por gravedad y un sistema de bombeo con 950 metros de longitud. Además, se amplió 1.700 metros la red de colectores frente a la cooperativa COVIURO en el barrio La Rural y hacia el barrio Jardines.

"Lo más importante es que la gente se conecte al saneamiento, de forma de optimizar la inversión en infraestructura instalada a fin de mejorar la calidad de vida y las condiciones sanitarias", añadió el presidente de la Administración de las Obras Sanitarias del Estado en entrevista con la Secretaría de Comunicación Institucional.

EN EL CHUY, 2.888 METROS DE RED DE COLECTORES

Posteriormente, las autoridades firmaron un convenio de trabajo conjunto para concretar el saneamiento de la zona este del barrio Samuel Prilliac de la ciudad de Chuy. Las obras consisten en 2.888 metros de red de colectores, 135 cámaras de conexión en aceras, un sistema de bombeo con sus correspondientes instalaciones, una línea de impulsión y los trabajos necesarios para el tendido de la tubería.

ESTÁN COMPRENDIDAS 290 VIVIENDAS.

Este proyecto dotará de servicio de saneamiento a 290 viviendas, de las cuales las ubicadas frente a las nuevas redes de alcantarillado deberán conectarse al saneamiento, también se construirán pavimentos y pluviales del barrio. La empresa estatal invertirá 351.000 dólares para el tendido de redes, la construcción de las cámaras de conexión y la ejecución de los sistemas de bombeo.

"El resultado del cumplimiento de los objetivos en Rocha es satisfactorio, porque llevamos varios barrios con la instalación de saneamiento y las mejoras en los balnearios del departamento. Año a año se ha ido mejorando, se solucionan dificultades, porque en el verano la población se traslada a veranear incrementando el régimen normal estacionario a uno o dos meses de verano.

OSE invirtió en infraestructura para tener una calidad y estándar de servicio con construcción de nuevos tanques, extensión de redes y mejoras generales en la gestión general", reflexionó Machado.

MÁS VIVIENDAS ES IGUAL A MEJOR VIDA Y MÁS SALUD

Ministerio de Vivienda inauguró 70 viviendas en Cerro Largo y Rocha

"El Ministerio de Vivienda invirtió en Cerro Largo en este período de Gobierno casi 10 millones de dólares, sin contar lo realizado por Mevir, el Plan Juntos y el Plan de Mejoramiento de Barrios que construyó infraestructura", dijo el viernes 7 en Melo la ministra Eneida de León, al acompañar a los vecinos a recibir las llaves de 24 soluciones habitacionales. Luego inauguró 46 casas de la cooperativa Covisama en Chuy, Rocha.

La ministra inauguró las viviendas en Melo en compañía del director nacional de la cartera, Salvador Schelotto, el intendente de Cerro Largo, Pablo Duarte Couto, y la secretaria general de ese gobierno, Carmen Tort, en el marco de un acto que tuvo lugar a la hora 10:00 en el complejo ubicado en José Possolo y Julián Murguía de esa ciudad.

PARTICIPACIÓN Y ESFUERZO DE LOS VECINOS

La participación y el esfuerzo de los vecinos, que organizados lograron seguir adelante con el proyecto de obras y de esa forma construir ciudadanía y ciudad, fue destacado por De León. "Los usuarios pagarán cuotas de acuerdo a sus ingresos y el ministerio asegura el subsidio de acuerdo a la composición del grupo familiar y sus ingresos", explicó.

Añadió que el llamado público fue realizado por el Ministerio de Vivienda en conjunto con la Intendencia Departamental y los interesados se anotaron en la oficina local del ministerio y la intendencia realizó en forma posterior un sorteo público.

PROYECTO DE UN CONVENIO FIRMADO EN 2011

Ese proyecto surge de un convenio firmado en 2011 entre el Ministerio de Vivienda y la Intendencia de Cerro Largo, en el que originalmente se acordó la construcción de 67 viviendas de las que ya se habían entregado 11 y ahora se suman 24.

También De León afirmó que el ministerio construirá las 32 viviendas restantes para completar el proyecto original y que, en tal sentido, ya se realizó el llamado a licitación correspondiente entre empresas constructoras y también la adjudicación de obras.

sigue en pág. 24

viene de pág. 12

EN CERRO LARGO VARIAS COOPERATIVAS EN MARCHA

Destacó luego que en Cerro Largo hay varias cooperativas en marcha, lo cual calificó como una gran solución habitacional porque crea solidaridad y participación entre los vecinos, que aportan horas de trabajo, pilares que consolidan una comunidad y un barrio.

También el viernes 7, la ciudad rochense de Chuy, en la frontera con Brasil, para participar de la inauguración de 46 unidades de 2, 3 y 4 dormitorios que la cooperativa Covisama construyó por el sistema de ayuda mutua y con financiamiento de la cartera.

Las obras insumieron 28 meses, cuando estaba proyectado que fueran 30.

EDUCACIÓN Y RECREACIÓN

Unos 300 escolares participaron este verano de campamento en laguna Negra, Rocha

El campamento de laguna Negra, en el departamento de Rocha, es una de las propuestas recreativas que el Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) brindó a unos 300 escolares este verano. El espacio, con características especiales en plena naturaleza, es parte de Campamentos Educativos de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), por lo que, además de niños, concurren alumnos de enseñanza media.

El predio donde se instaló el campamento es de amplias dimensiones y se ubica a orillas de la laguna Negra, entre Castillos y el parque Santa Teresa, en el noroeste del departamento de Rocha. Cuenta con todo lo necesario para el esparcimiento y la diversión de hasta 160 personas, aunque los grupos que visitan el complejo no suelen superar los 90 integrantes, ya que se estima que es una cifra adecuada para un correcto funcionamiento de la propuesta, habitualmente de tres días y dos noches.

Durante todo el año visitan este lugar escolares, liceales y alumnos de la Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU), dado que es parte del programa Campamentos Educativos de la ANEP. En enero y febrero, Primaria utiliza el espacio para llevar niños que participan del programa Verano Educativo y que provienen de distintos puntos de Uruguay, generalmente de dos escuelas del interior del país.

El lugar incluye canchas para la práctica deportiva, parque arbolado para juegos y espacio para compartir tiempo de descanso, más un amplio comedor y un salón de usos múltiples, doce habitaciones con baño privado y batería de baños de uso común, lo cual garantiza una buena estancia de los niños y adolescentes. Los alumnos pernoctan junto con los maestros que los acompañan desde su lugar de origen.

"Es una sede bien agreste, bien natural, que se diferencia bastante de otras que se transitan. Aquí todo lo que se hace es en base a lo lúdico y lo recreativo", relató Leticia Pérez, una de las integrantes del equipo coordinador de Chaka Hanan, proyecto integrado por profesionales de la educación, tiempo libre, ludopedagogía, psicología, música y gestión cultural, que está a cargo de dos espacios que componen Campamentos Educativos de la ANEP. Uno es este, de laguna Negra, llamado Colonia Don Bosco, y el otro es El Retoño, en Solymar, Canelones.

En la laguna Negra los participantes pueden llevar a cabo actividades acuáticas y en la arena. "Quizás donde viven hay zonas de baño de arroyo o río, pero no tienen la presencia de la playa, el poder jugar en la arena, entrar al agua y que sea arena el piso, que tenga olas... Eso a veces los sorprende y siempre están las ganas de meterse al agua", explicó entre risas Leticia al equipo de la Secretaría de Comunicación Institucional que visitó el sitio. "Vienen en junio y en la evaluación ponen 'lo que no me gustó fue que no me metí al agua' y es porque es junio y hace frío", narró.

La propuesta de juego en el agua se repite cada uno de los tres días, ya que es el diferencial de la experiencia de verano. A esta se agregan otras actividades como una kermesse elaborada por los propios campistas, una caminata por el monte de higuerones, una fiesta de despedida en la que los niños exponen sus habilidades artísticas y un fogón tradicional en este tipo de jornadas.

En esta oportunidad, 90 niños provenientes de la escuela n.° 48 de Cerro Chato y de la n.° 9 de Tupambaé participaron de la experiencia, pero durante el año la sede recibe unos 3.000 visitantes, de un total de aproximadamente 18.000 niños y jóvenes que forman parte de este tipo de propuestas en los distintos locales de los que las instituciones educativas disponen.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

Sistema de Respuesta a la Violencia Basada en Género

El Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social, en el período de gobierno 2015-2019, ha incrementado sustantivamente su ejecución presupuestal en programas y proyectos orientados a la igualdad de género y, especialmente, a la prevención y lucha contra la violencia doméstica, la trata con fines de explotación sexual, entre las dimensiones más acuciantes de la violencia basada en género (VBG) en nuestro país.

A continuación se presentan las cifras de los recursos destinados por el Instituto Nacional de las Mujeres-MIDES, al combate de la violencia de género, de todo el período de gobierno, en el marco de la política de transparencia del instituto.

¿QUÉ COMPONENTES TIENE EL SISTEMA DE RESPUESTA DE INMUJERES?

1. Redes departamentales de Respuesta a la violencia basada en género compuesta por:

1. 33 Servicios de atención especializada psico-social legal a situaciones de violencia doméstica de parejas o ex parejas. Asesoramiento y derivación responsable en otras manifestaciones de violencia de género.

2. 18 Dispositivos de articulación territorial.

3. 1 Equipo territorial de Montevideo.

4. 12 Equipos de atención a varones agresores, en 17 puntos del país.

2. Portal de ingreso a centros de protección.

3. 4 centros de protección transitoria a mujeres en situación de violencia doméstica.

4. Alojamientos transitorios para situaciones de urgencia.

5. Servicio telefónico de orientación y consulta en violencia doméstica 0800 4141.

6. 2 servicios de atención a mujeres en situación de vulnerabilidad a la trata con fines de explotación sexual.

7. Consolidación de procesos de salida de estas situaciones: soluciones habitacionales (subsidios y garantías de alquiler —en convenio—) y capacitación para el empleo, pasantías laborales y trabajo protegido (en convenio).

Además de nuestro Sistema de Respuesta, realizamos acciones de investigación y prevención a la VBG; contamos, desde 2016, con la campaña "Noviazgos Libres de Violencia. 50 días de reflexión"; y en 2019 se realizó la II Encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones.

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL EN VBG POR RUBRO Y TOTAL POR AÑO EN PESOS (INMUJERES/ MIDES)

*Los recursos destinados a la VBG en 2019 se incrementaron un 188,5% en relación a de los recursos destinados en 2015

Además de gestionar el Sistema de Respuesta, Inmujeres/MIDES participa y preside espacios interinstitucionales para la erradicación de la violencia de género, desarrolla instancias de capacitación y formación a funcionariado público y operadores sociales, implementa campañas de prevención de la VBG y promoción de derechos; produce información confiable y oportuna sobre esta problemática.

Las cifras aquí presentadas solo corresponden a los recursos de Inmujeres para su Sistema de Respuesta, no están incluidos los recursos del Sistema Interinstitucional de Respuesta, integrado por las instituciones públicas del Consejo Nacional Consultivo Por Una Vida Libre de Violencia de Género. Tampoco incluye la producción de materiales educativos y de sensibilización (gráficos y audiovisuales) de promoción de derechos realizados con el apoyo de la cooperación internacional.

VIVIR SIN VIOLENCIA DE GÉNERO, COMPROMISO DE ESTADO.

Una oportunidad valiosa- 9º. Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud (https://ciics2020.com/)

MAG. PABLO ANZALONE

www.pabloanzalone.blogspot.com
www.cuadernosdeltaller.com
Licenciado en Ciencias
de la Educación
Magister en Sociología

El Noveno Congreso de Investigación Cualitativa en Salud "CIICS 2020" se realizará en Uruguay, 11, 12 y 13 de noviembre de 2020. Este evento nos plantea un doble desafío, uno a nivel local que permita dar un salto en materia de investigación cualitativa de salud y otro iberoamericano que escuche, analice y debata sobre las experiencias, los obstáculos y los avances en la región.

La problemática latinoamericana e iberoamericana en materia de salud se ubica en el primer plano de la escena regional. ¿Qué pasó con las reformas de la salud en el continente? ¿Cómo han afectado a las políticas de salud los cambios de gobierno y de paradigma sanitario? ¿Qué efectos en materia de salud ha tenido el agravamiento de la situación social?. Los congresos CIICS han visibilizado la producción latinoamericana y sus avances.

A nivel nacional el noveno Congreso es una oportunidad para divulgar investigaciones que profundicen y problematicen el desarrollo del SNIS y contribuyan a las acciones de los diferentes protagonistas en esta nueva etapa, llena de incertidumbres y riesgos por el cambio de gobierno nacional.

La Participación Social es un tema relevante a investigar y también forma parte de una metodología de abordaje de los problemas de salud. La voz de los sujetos en la construcción de políticas públicas es una clave en temas como la salud imbricados fuertemente con lo que sucede en la sociedad, determinados por múltiples factores socio ambientales y culturales. De esta forma se evita que la investigación quede centrada en lo académico y se la compromete en dos direcciones : a) el SNIS con sus distintos actores, jerarquizando específicamente los usuarios y movimientos a nivel de la sociedad. b) los Objetivos Sanitarios Nacionales como priorización fundada de problemas de salud, con objetivos y lineamientos de acción para su abordaje.

Los fenómenos en materia de salud incorporan valores y sentidos que deben ser comprendidos, dando cuenta de sus significados, del sentido que adquieren para la sociedad y para los diferentes actores. Son procesos históricos donde las percepciones de los protagonistas son un elemento clave, que no pueden ser investigados solo con metodologías cuantitativas. El carácter cualitativo de la investigación se apoya en la realización de una doble hermenéutica de interpretación de lo que ha sido interpretado por los actores.

Desde la finalización del 8° CIICS, en setiembre de 2018, se han realizado diversas actividades preparatorias orientadas a la convocatoria de noviembre 2020. De algunas de dichas actividades surgen señalamientos de la significación del evento:

Como señaló Fernando Bertolotto, docente de Facultad de Enfermería, es importante que se haga el congreso en el sur del continente. Avanzar en la investigación cualitativa de salud es una necesidad del país, incluyendo en particular la participación social en salud, que es un tema sensible. Poner en común lo que se está haciendo en Uruguay en este plano ya es un paso fermental. Pero aprender de las mejores experiencias internacionales es una gran oportunidad para las políticas de salud en nuestro país, para la academia, para el SNIS, para los movimientos sociales.

No empezamos de cero, hay valiosos esfuerzos realizados en esta dirección, pero está claro que hay un déficit a resolver.

Alejandra Lopez profesora de Facultad de Psicología, destacó que la Psicología ha desarrollado mucha investigación cualitativa, incorporándola en el grado y en los posgrados. Es muy importante colocar la investigación cualitativa en salud en el campo de la interdisciplina y la intersectorialidad.

Debemos concebir la salud como un campo de trabajo interdisciplinario. Dos de los retos principales en Uruguay son incentivar la producción de calidad en las investigaciones cualitativas

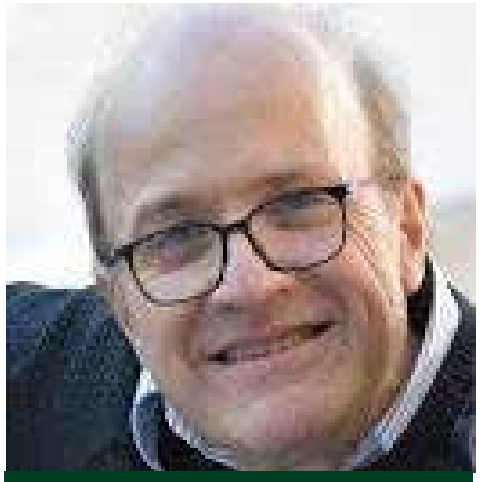
y, a su vez, mostrar la utilidad de la investigación cualitativa para las políticas públicas.

Silvana Blanco, desde Facultad de Odontología, jerarquiza la investigacion cualitativa y en general la investigación pero también cuestiona que existen pocas experiencias. En muchos casos la orientación universitaria se centra demasiado en la formación de profesionales para el mercado, subestimando la extensión y la investigación.

La experiencia del 8vo congreso realizado en Florianópolis en 2018 recogió, según Denise Guerreiro (Universidad Federal de Santa Catarina UFCS), temáticas que vienen desde los primeros congresos, como la justicia social, la ciudadanía, la circulación de saberes y desafios en salud, el compromiso con la ética, la transdisciplinariedad, la colaboración iberoamericana en investigación cualitativa. En la presentación realizada el 18 de noviembre de 2018 en salones del Instituto de Higiene (Fmed-UdelaR, primer actividad preparatoria del CIICS 2020) la Dra. Guerreiro incluyó la definición de un tema central, tres ejes temáticos, con 900 trabajos presentados, agrupados por temáticas, la implementación de simposios temáticos, cursos, talleres, "Rodas de conversa", "Trillas dialógicas", Cine debate, posters, videos, presentación de libros y conversaciones con sus autores, " Isla de la magia", "Espacio salud y bienestar", entre otras actividades. Participaron 1190 personas de distintos países.

Uno de los promotores principales del CIICS ha sido Francisco Mercado (Universidad de Guadalajara México) imprevistamente fallecido el 6 de enero de 2019. Entre sus muchos aportes cabe destacar la propuesta de organizar el CIICS coordinando con la "Red de Colaboración Internacional en Investigación Participativa en Salud". (ICPHR, su sigla en inglés) Este Grupo se define por su trabajo en la investigación participativa de los problemas de salud y en la investigación cualitativa de los mismos . Tiene una década de existencia, se reunió en 2018 en la Universidad de Alberta y en 2019 en Baltimore abordando el tema de la desigualdad en salud en las ciudades. La Red tiene tres grupos : hispanoparlantes, alemanes, angloparlantes. Es básicamente un grupo anglosajón que tiene particular interés en generar reuniones y actividades fuera del mundo desarrollado. Esta Red realizará su encuentro anual los días en los días previos al CIICS, con la participación de más de 70 investigadores internacionales que vendrán a Uruguay y podremos intercambiar sus avances y experiencias. No solo quieren escuchar a los expertos sino también presentar diversas experiencias. www.icthr.org es la página de esta Red. Vale la pena visitarlos.

Francisco Mercado recogió en su momento las críticas realizadas por Roberto Castro (Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM, UNAM, Mexico) en el CIICS 2018, sobre la calidad de la investigación cualitativa. Una producción centrada en Colombia,



SOC.RODOLFO LEVIN

Brasil y México, únicos países que aparecen en las revistas arbitradas, con pocas comunicaciones sobre lo que se investiga y escasos mapeos de lo realizado por múltiples actores no solo por parte de la academia.

Debemos revalorar el rol de la investigación cualitativa en las reformas sanitarias, en la elaboración, en la implementación y la evaluación de las políticas de salud. La investigación debe estar comprometida con los problemas de salud de la población, en el sentido amplio e integral de la salud y también con los sistemas de salud. En esa perspectiva no dejemos de lado la calidad.

De cara a los desafíos futuros es válido dejar planteadas algunas interrogantes que ordenen el pensamiento y la acción: ¿Cuales serían las contribuciones de las investigaciones cualitativas a las políticas de salud ? ¿Cómo definir prioridades? ¿De qué manera las investigaciones contribuyen al abordaje de los Objetivos de Desarrollo del Milenio? ¿En el caso de Uruguay como aportan a los OSN, los Objetivos Sanitarios Nacionales?¿Cómo construir alianzas? ¿Cual es el rol de los usuarios y sus organizaciones en estos procesos?

ACTIVIDADES PREPARATORIAS

A partir de la resolución del VIII Congreso en setiembre de 2018 se creó un grupo de trabajo integrado por el Mgr. Fernando Bertolotto (Facultad de Enfermería) , la Dra. Alejandra López Gómez (Facultad de Psicología) y el Mgr.Rodolfo Levin (Facultad de Medicina) que se constituyó como Secretariado Ejecutivo del CIICS2020 comenzando a desarrollar diferentes actividades preparatorias.

.- Mesa Redonda sobre " La enseñanza de la Investigación Cualitativa. Experiencias recientes y alternativas", realizada el 12 de setiembre de 2018 en el Salón de Actos de la Facultad de Psicología, con un panel que incluyó a Francisco Mercado, Alejandra López Gómez, Rodolfo Levin, Fernando Bertolotto, Leticia Robles.

.- Presencia de Científicos visitantes: Dra. Denise Guerreiro y Dra. María Itayra

sigue en pág. 24

Llevando el Derecho a la Salud Visual al ex Penal de Libertad: Fueron entregados lentes por parte del Hospital de Ojos

Culminando con una tarea que se viene desplegando de forma interinstitucional desde el pasado año en la Unidad N° 3, ex Penal de Libertad, el miércoles 12 de febrero, fueron entregados lentes a personas recluidas, tras la tarea de pesquisa realizada oportunamente por el equipo del Hospital de Ojos, en sinergia con el Servicio de Atención de ASSE que funciona en los Centros de Reclusión, el Programa de Atención a las Personas en Situación de Discapacidad (PRODIS) del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) y personal de la propia Unidad.

Como es de conocimiento público, el equipo del Hospital de Ojos "José Martí", desarrolla su tarea no solo en Montevideo, sino en los distintos departamentos del país, y desde el pasado año alcanzó también a las personas privadas de libertad. De hecho, en noviembre de 2019, efectuaron una pesquisa en el Comcar, así como también en el ex Penal de Libertad.

Precisamente en este último, la tarea concluyó con la entrega de lentes a las personas que así lo requerían, explicó la Adjunta a la Dirección del Hospital de Ojos, quien destacó el trabajo interinstitucional que permitió "brindar a las

personas privadas de libertad el derecho a la salud ocular". Destacó, asimismo, el trabajo llevado adelante el pasado año, con pesquisas a cargo "de un equipo interdisciplinario del Hospital de Ojos, integrado por médicos, oftalmólogos, licenciados en oftalmología y enfermería".

Por su parte, el Subdirector Técnico del ex Penal de Libertad, Guzmán Herrero, resaltó que la labor desarrollada en 2019 alcanzó a todas las celdas. "Los equipos de ASSE y del Instituto Nacional de Rehabilitación, detectamos que había muchas dificultades visuales", y valoró la necesidad de "atender a esta población tan olvidada", en este caso concreto, en materia de salud ocular.

Herrero subrayó que "se trabajó en equipo en todo momento: ASSE, el Hospital de Ojos y el equipo del Penal", lo que posibilitó la atención de "150 personas privadas de libertad" que presentaban problemas de visión.

Expresó que se trata de un hecho "inédito", que "genera satisfacción y hace que esta vocación valga la pena". Manifestó asimismo su deseo, de que "sea la primera oportunidad de otras tantas, y poder continuar con este proceso con el Hospital de Ojos", dijo.

viene de pág. 23

Coelho de Souza Padilha (Universidad Federal de Sta. Catarina, UFCS) de 28-30 de noviembre de 2018, con el doble objetivo de generar una actividad académica (Taller La Pesquisa histórica en el campo de la investigación cualitativa) y a la vez realizar la primera presentación pública del grupo de trabajo local CIICS2020, y tener reuniones con organizaciones interesadas en la realización del Congreso.

.- Actividades de la Dra Denise Gastaldo (19,20 y 21 marzo de 2019) (Centre for Critical Qualitative Health Research. University of Toronto, Canadá).

a: Curso Taller de Educación Permanente: Generando datos cualitativos de calidad dirigido a estudiantes de posgrado con proyecto de investigación en preparación o en desarrollo:

b: Conferencia sobre Las narrativas del cuerpo. La metodología de mapas corporales narrados" en el Salón de actos de la Facultad de Psicología.

.-Conferencia de la Dra Leticia Robles (Universidad de Guadalajara Mexico) sobre Los avatares de la publicación en la investigación cualitativa, en junio de 2019 en la ciudad de Paysandú.

.- Actividades de difusión del CIICS2020 en eventos internacionales:

-37 Congreso Interamericano de Psicología. La Habana, Cuba. 15 al 19 de julio de 2019.

-8° Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa. Lisboa, Portugal.16-19 julio 2019

- XXX Congreso ALASS.CALASS 2019. Montreal ,Canadá. 22 al 24 de agosto de 2019.

.-Visita académica Dr. Benno de Keijzer (Universidad Veracruzana, México) del 15 al 20 de octubre de 2019, brindando el curso Investigación en genero y salud: una mirada cualitativa y el conversatorio Hombres: entre el riesgo y el cuidado.

.-Visita académica de Dr. Mauro Serapioni (Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, Portugal) ,del 17 al 22 de octubre de 2019 para la realización de : a) Curso Ciudadanía y participación social en los sistemas de salud. Una perspectiva internacional. b) Conferencia abierta sobre Participación social en los sistemas de salud-avances, desafios y aspectos criticos. c) Conferencia Métodos cuantitativos y cualitativos , actividad académica dirigida a posgrados de la Facultad de Ciencias Sociales.

Otras actividades están planificadas para el 2020.

CONCLUSIONES

Investigación y formación del personal de salud son dos caminos que se entrecruzan permanentemente. No solo en los estudios de grado sino también en los de posgrados, cada vez más necesarios . La interdisciplina por ej. no surge de la mera voluntad de los actores, menos aún de los discursos que la invocan. Su construcción efectiva debe iniciarse en el período de formación del personal mediante interacciones interinstitucionales de las entidades formadoras y continuar retroalimentándose a lo largo de toda la trayectoria laboral. Sin investigación sobre los procesos es imposible actuar eficazmente y generar políticas públicas integrales.

Pero la formación no se limita a los/las trabajadores de la salud, sino que incluye necesariamente a los usuarios y sus organizaciones, a las comunidades y sus diversos actores institucionales y sociales. Fortalecer el accionar social en la salud requiere formación de los actores, de las personas y los colectivos. Esa formación no puede encararse como el aprendizaje simple de conceptos y doctrinas ya elaboradas, sino que exige investigación sobre la realidad, para construir las mejores respuestas. Por eso formación-investigación-acción no son separables, se potencian entre sí y se necesitan para constituirse.

Existen debates metodológicos de larga data en las ciencias, incluyendo las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Bajo la influencia de las corrientes positivistas la investigación cuantitativa fue considerada el camino privilegiado de la ciencia, en una visión reduccionista cada vez mas cuestionada. En la actualidad los planteos más avanzados proponen un dialogo permanente entre ambas metodologías cuantitativas y cualitativas.

La perspectiva de derechos aplicada a la salud, significa pensar en las dimensiones e instrumentos para su ejercicio pleno, a través de un rol activo de los protagonistas, las personas y los colectivos. Allí las metodologías cualitativas tienen una validez incontrastable.

El sector salud no ha sido preparado para liderar una respuesta integral-intersectorial a los problemas de la población y los trabajadores de la salud deben redefinir su papel para poder promover activamente la participación de organizaciones y comunidades locales (Helena Espinosa 2001 pp2) . La producción de conocimientos nuevos y mayores sobre estos procesos es un elemento esencial para que los actores puedan reflexionar, corregir, ampliar, insistir, pensar el largo plazo y también lo cotidiano.

Por eso instancias como el Noveno Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud son una gran oportunidad. Su tema central: CALIDAD, ETICA Y TRANSFORMACIÓN SOCIAL está en el centro de nuestras preocupaciones.

Análisis de los Capítulos de Salud en la Ley de Urgente Consideración

DR. MIGUEL A. FERNÁNDEZ GALEANO

Prestigia una vez más esta publicación la presencia del Dr. Miguel Fernández Galeano, con un profundo y reflexivo análisis de los capítulos referidos a la salud, contenidos en el proyecto de Ley de Urgente Consideración del gobierno que asumirá los destinos del país el 1º. de marzo.

Pese a que a esta altura el distinguido columnista no necesita presentación, hemos considerado adecuado, en momentos en que se aleja de un lugar clave en el SNIS y en ASSE, rescatar muy sintéticamente, aspectos de su rico currículo. Así recordamos que su rica formación académica, cursos, concursos y proyectos determinaron su selección y designación com:

Especialista en Administración de Servicios de Salud de la Facultad de Medicina Universidad de la República (UDELAR). Especialista en Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Consultor Nacional de la Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS, 2010- 2014. Presidente del Fondo Nacional de Recursos, 2005-2010. Conferencista en Argentina, Brasil, Bolivia, Bahamas, Canadá, Chile, China, Costa Rica, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, España, Francia, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Perú, Paraguay, República Dominicana y Venezuela en Congresos, Seminarios, Talleres y actividades científicas organizados por instituciones académicas, de Gobierno y del Sistema de Naciones Unidas. Fue también Legislador Departamental, Director General de la División Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM).1995 – 2000 y Director General de la División Salud y Programas Sociales de la IMM. 2000 - 2005

Nosotros lo recordamos en su creadora presencia como Vice Ministro de Salud Pública (2005-2015), periodo en el cual se gestó el Sistema Nacional Integrado de Salud del cual fue factótum principal, sistema que cambió radicalmente la realidad sanitaria del país recreando e implantando en el sistema la concepción de la SALUD COMO DERECHO accesible por igual a todos los habitantes del país. Allí fiel a sus principios y antecedentes trasladó y concretó mucho de lo que germinara en la 8ª. Convención Médica Nacional (2004-2008) cuya Comisión Permanente integró con su natural solvencia y formación profesional, como lo reiteró en la 9ª. Convención.

A continuación su aporte:

ANÁLISIS DE LOS CAPÍTULOS DE SALUD EN LA LUC

Nivel 1: primera interpretación y valoración de los artículos referidos a salud en el documento:

• incorporaciones o modificaciones al marco legal y normativo vigente

• elementos positivos y negativos contenidos en las propuestas

1. CONSIDERACIONES GENERALES

• **Ninguno de los veintidós artículos** (incluidos en los capítulos III, IV, V y VI de la Sección VIII de la LUC) **referidos a salud modifica o incorpora aspectos sustantivos de la arquitectura jurídico institucional en la que se apoya el SNIS, ni cambia en ninguno de sus contenidos sus leyes constitutivas.** Ello supone un reconocimiento tácito del futuro gobierno a una de las reformas estructurales implementada por los gobiernos del Frente Amplio. Tomando en consideración el alcance y la proyección de las propuestas consideradas en el proyecto presentado, los posibles cambios en el funcionamiento del sistema de salud no se producirían a partir de la aplicación de esta ley. Desde ese punto de vista, en este tema la LUC no afecta los avances conquistados por Uruguay en materia de acceso y cobertura universal a la salud y en la garantía efectiva del derecho a la salud.

• **Ninguna de las propuestas incorporadas justifica un tratamiento de urgente consideración.**

En algún caso, como sucede con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, porque por su alcance y naturaleza sería aconsejable un tratamiento informado y consensuado con múltiples actores políticos, académicos y sociales que tienen legítimos intereses, experiencia acumulada y miradas particulares para aportar a la mejor concreción de la propuesta.

En otro caso, como acontece con la propuesta de impulsar la Telemedicina porque se trata de artículos programáticos y genéricos que no incluyen elementos innovadores que impulsen efectivamente y regulen esta importante herramienta para la gestión de los procesos asistenciales. Una ley particular que promueva y regule la utilización de la Telemedicina no debería quedar restringida a un conjunto de buenos deseos generales sin entrar a la consideración de componentes medulares para el crecimiento y desarrollo de las nuevas tecnologías de la información en el campo de la salud. Una ley marco necesita de tiempo de consulta y elaboración que no parece que exista en un tratamiento de urgencia. De aprobarse estos artículos, se pierde la oportunidad de elaborar una propuesta consolidada acorde con la relevancia del tema y recogiendo las mejores prácticas y la legislación que la acompañan a nivel internacional.

Finalmente, tampoco se justifica la urgencia en temas como apuntar algunas garantías legales para el personal de salud en la implementación de la Historia Clínica Electrónica, las que debidamente justificadas ética y conceptualmente (ver consideraciones en el apartado 3) se podrían establecer por decreto reglamentario como se ha hecho con un conjunto definiciones operativas de aspectos que fueron necesarios para llegar a marzo de 2020 en condiciones de universalizar su uso a nivel nacional para todos los efectores del sistema de salud.

• **La propuesta de nuevas fuentes de financiamiento para los medicamentos de alto costo y tecnologías complejas** que podría ser considerada como una prioridad, como lo analizaremos en el análisis particular del artículo correspondiente, **tiene un efecto residual para las necesidades crecientes del FNR** y por el contrario su aprobación podría generar la falsa idea de que **es posible mantener e incorporar nuevas prestaciones reduciendo el aporte de rentas generales** en un escenario de restricciones presupuestales en el marco de la regla fiscal establecida en el propio proyecto de LUC.

2. CREACIÓN DE LA AGENCIA DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE MEDICAMENTOS DE ALTO PRECIO Y TÉCNICAS COMPLEJAS

(Capítulo III artículos 378 – 386)

• Como lo señalamos en el apartado de consideraciones generales entendemos que para esta iniciativa **no se justifica un tratamiento de urgente consideración** dado que por su naturaleza y alcance sería aconsejable un tratamiento informado y consensuado con múltiples actores políticos, académicos y sociales que tienen legítimos intereses, experiencia y miradas particulares para aportar a la mejor concreción de esta propuesta.

• También resulta fundamental un **análisis riguroso que permita evaluar resultados a la luz de la experiencia acumulada a nivel internacional** en países que vienen implementando la evaluación como herramienta estratégica para establecer mecanismos objetivos de priorización que permitan garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud ante el crecimiento exponencial de nuevos desarrollos terapéuticos y diagnósticos que, a pesar de que no siempre demuestran con evidencia científica ser eficaces, que tienen consecuencias presupuestarias cada vez mayores y empujan el proceso de judicialización de la medicina.

• **La Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETES) incluidos los medicamentos y la creación de agencias (AETES) para tales fines admite diferentes alternativas y formatos institucionales y la experiencia en los países que la vienen implementando ha sido variada.** De una revisión sistemática de lo que sucede a nivel internacional se verifica que **modelos de agencias** integradas a los sistemas de salud a través de los ministerios, agencias independientes de carácter de público pero que funcionan con participación e incidencia directa de los ministerios de salud, agencias vinculadas a grandes hospitales, agencias que funcionan en ámbitos académicos o estrictamente privadas sin fines de lucro.

sigue en pág. 26

viene de pág. 25

• En nuestro medio, en el ámbito de la última Convención Médica Nacional (Novena CMN) se ha discutido ampliamente esta iniciativa, se han manifestado las diferentes visiones en cuanto a sus ventajas y desventajas y finalmente se ha promovido y consensuado la necesidad de la creación de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias en el país. En este punto corresponde señalar que, en relación a la propuesta de agencia, las autoridades del SMU han señalado recientemente que, "si bien ven con buenos ojos que haya inquietud de concretar la aspiración de agencia de evaluación de tecnología, pero no parece ser este el formato ni el tipo de agencia que estaba planteado en la Convención Médica ni en los postulados del SMU: ni por su estructura ni por su constitución ni por los mecanismos que propone"[1]

• Podemos afirmar que Uruguay ya ha transitado por el camino de la **generación de capacidades, y posee un cuerpo de conocimientos, metodologías y técnicos capacitados.** Ha buscado un modelo organizativo que por diversas razones no ha terminado de consolidarse. Ello no significa dejar de valorar el avance que supuso el Decreto del Poder Ejecutivo 178/018 por el cual se crea la **Unidad Especializada de ETES, con carácter de agencia, dependiente de la División Evaluación Sanitaria de la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP.** Las actividades de ETES en Uruguay se iniciaron el año 2007 y en el año 2013 **se reconoció a la División Evaluación Sanitaria como agencia (AETES) por parte de la Red Internacional de agencias de evaluación sanitaria.**

• Sobre la creación y los cometidos de la Agencia (Artículos 378 y 379)

Sin entrar en la discusión sobre si debería o no existir una agencia que funciona fuera de los servicios propios MSP como lo es en la actualidad, en la propuesta presentada en la LUC debería quedar claro la diferencia de conceptos entre **Agencia Reguladora de Medicamentos (ARM) y Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)**. Se entiende que la propuesta de la LUC se refiere a la creación de una AETS por lo tanto el término "control" correspondería más a los fines de la regulación como concepto, más que al ámbito de la evaluación de tecnologías sanitarias. Tomando la referencia internacional **la regulación y rectoría son ámbitos que deben permanecer dentro del Ministerio de Salud** dado que hacen a sus fines sustantivos definidos en la Ley Orgánica de Salud Pública y la propia Ley 18.211 de creación del SNIS.

• **La agencia reguladora de medicamentos y productos sanitarios** tienen como objetivo proporcionar a la ciudadanía, garantías sobre la calidad y seguridad de los medicamentos, productos sanitarios, dispositivos, y otros productos (hay un proyecto en ese sentido, el que se viene discutiendo entre la autoridad sanitaria y las Cámaras de especialidades farmacéuticas).

• En tanto **las agencias de evaluación de tecnologías tienen su finalidad en el apoyo a la toma de decisiones vinculadas al ciclo de las tecnologías sanitarias en sus diferentes etapas,** incorporación, uso y abandono mediante la elaboración de informes breves, informes rápidos, síntesis de la evidencia, identificación temprana, guías de práctica clínica, desarrollo de instrumentos metodológicos, elaboración de recomendaciones.

• Respecto al hecho de que en l**a propuesta de agencia se haga referencia exclusivamente a medicamentos de alto precio y técnicas complejas se entiende que limita el ámbito de trabajo y sus fines de cara al sistema de salud en su conjunto.** En su término más amplio el concepto de tecnologías sanitarias comprende medicamentos, dispositivos, equipamiento, instalaciones o modelos organizativos de la atención sanitaria para todos los niveles de atención y de complejidad, sin diferenciación respecto a su precio, costo o complejidad de las mismas. "El Instituto de Medicina de los Estados Unidos define como tecnología sanitaria a medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, así como a los sistemas de organización, administración y soporte dentro de los cuales se proporciona dicha atención. Incluye prácticas y procedimientos clínicos, instrumental médico, productos farmacéuticos, sistemas de organización"

• El hecho de definir a la AETES como un **nuevo organismo de derecho público no estatal** le otorga flexibilidad en la gestión elemento que es relevante para la captación y retención de recursos humanos calificados y para otras actividades vinculadas al funcionamiento de la organización. Sin embargo, no se debería dejar de considerar que la proliferación de instituciones de derecho público no estatal para resolver ineficiencias o restricciones que tiene la gestión pública estatal no siempre ha garantizado los resultados esperados y en cualquier caso supone la duplicación de estructuras dependientes del estado con las consecuencias que ello tiene en el incremento de costos e inversiones en forma paralela a las estructuras existente del estado.

• **La propuesta de AETES mantiene dependencia del Ministerio de Salud Pública** lo cual asegura la presencia de la rectoría en establecimiento de prioridades en función de las necesidades que tiene el sistema de salud y su vinculación con el plan de prestaciones universales. Este punto, que ha sido cuestionado por algunos actores, nos parece que se debería mantener con ese criterio, de hecho, así funcionan las agencias en la mayoría de los países donde existen. Se debe garantizar la independencia técnica, pero **la autoridad sanitaria no se puede ni debe privar de la toma final de las decisiones**, tanto por razones de rectoría sanitaria como por la responsabilidad inexcusable que supone la valoración del impacto presupuestal que significa la incorporación de forma universal de una nueva tecnología.

• **Consejo Directivo (Artículo 380) Respeto a la constitución del órgano político de conducción de la agencia hay una integración que podría dificultar su funcionamiento y representatividad.** Entendemos que resulta adecuado que participen el MSP y el FNR. La JUNASA como tal no tiene una institucionalidad, sino que es un órgano de conducción colegiado con representación multisectorial y habría que definir la forma en la cual participa. La participación de la Escuela de Graduados da presencia al ámbito académico lo cual es correcto. Con ello busca dar participación al ámbito académico. Sin embargo, llama la atención que una agencia de evaluación de medicamentos no esté integrada, por ejemplo, por los especialistas en medicamentos –la cátedra de Farmacología y se entiende que este organismo tendría que incluir el análisis económico, y para eso necesariamente tendría que estar el Ministerio de Economía y Finanzas. Respeto al resto de los integrantes no se comprende la justificación de su participación en carácter de representación de esas instituciones. Tampoco se prevé la integración de parte de los prestadores integrales que son un actor fundamental en el adecuado uso de las TS.

• Respecto a la **designación del presidente** mediante la propuesta de al menos cinco de los miembros se establece un mecanismo que es complicado. Al ser quien preside el órgano de conducción política debería ser designado por el poder ejecutivo sea por iniciativa del MSP o directamente por el MSP.

• **Planificación y Gestión (Artículo 381).** Este es un punto clave y debería ser el corazón de la propuesta, sin embargo, **está muy poco desarrollado en la propuesta del LUC**. Se deja librado al nuevo órgano de conducción de la agencia la elaboración de una propuesta de funcionamiento, la definición compleja sobre las herramientas metodológicas a aplicar, la selección del personal en un plazo de escasos 90 días. La razón de ser de la agencia está en definir qué, cómo, cuándo y con quienes se va a establecer el proceso de evaluación. El Proyecto no hace tampoco ninguna referencia a las capacidades acumuladas en el MSP por parte de la Unidad Especializada de ETES, creada en el 2018 con carácter de agencia y dependiente de la División Evaluación Sanitaria de la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP. **No se empezaría de cero**, las actividades de ETES en Uruguay se iniciaron el año 2007 y en el año 2013 se reconoció a la División Evaluación Sanitaria como agencia (AETES) por parte de la Red Internacional de agencias de evaluación sanitaria. Cuando no hay pasado en temas que son complejos y en los que existió mucho esfuerzo, se elige el peor de los caminos para la construcción de políticas públicas vigorosas y sustentables. En este punto aparece un fundamento más sobre la inconveniencia de tratar este tema en un proyecto de consideración urgente.

• **Financiamiento y recursos de la Agencia (Artículo382). Respecto del financiamiento a través de proventos entendemos que de ningún modo constituye un mecanismo de financiación sustentable.** En cierto modo la propuesta de financiamiento revela en este punto un gran desconocimiento de las necesidades estratégicas que tienen este tipo de agencias. Salvo que se omitan las verdaderas necesidades para dejar de explicitar los verdaderos costos de instalar una nueva agencia que funcionaría en forma independiente de las estructuras actuales. El financiamiento a través de la producción de informes de evaluación no permitiría mantener una estructura estable y permanente en donde el aspecto más relevante es que sea una organización atractiva para la captación y permanencia de técnicos con dedicación exclusiva o con alta dedicación. La fuente de financiamiento debería ser mixta. Se debe asegurar un presupuesto para el funcionamiento estable complementado con un financiamiento por resultados a través de la elaboración de productos, establecimiento de convenios o elaboración de informes a solicitud de partes interesadas del sistema de salud que pueden ser organismos públicos, instituciones privadas, o compromisos de gestión con el propio MSP o el plan operativo anual.

• **Estudios y dictámenes (Artículo 383)** Es comprensible que los informes no sean vinculantes, pero no así las razones por la cual deba justificarse ante la agencia la no aplicación de las recomendaciones. Conceptualmente son dos ámbitos absolutamente independientes. Evaluación e incorporación y uso deben mantenerse diferenciadas a fin de garantizar la sustentabilidad del sistema de salud. Actualmente y de acuerdo al diseño que existe en nuestro sistema de salud la incorporación de TS es un proceso complejo que requiere además del análisis técnico de la evidencia, evaluación económica y de impacto presupuestal, procesos que ya están regulados, procesos de negociación y de asignación de financiamiento. Lo que sí es razonable y las agencias lo realizan, es que se establezcan mecanismos de consulta abierta sobre los informes sobre los cuales pueden opinar los ámbitos académicos, los ciudadanos y las instituciones.

• **Derogaciones (Artículo 386).** Se elimina la Comisión Técnico Asesora (CTA) cuyos fines actuales son de asesoramiento a la DIGESA y al FNR sobre la incorporación de nuevas prestaciones. No se logra interpretar las razones. No se toma en cuenta que, durante un periodo, que no será breve, el FNR deberá tomar definiciones que no podrán esperar que la nueva agencia tenga el rodaje necesario para asumir las competencias que la ley le asigna a la CTA dentro del FNR.

3. EFECTOS DEL REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE (CAPÍTULO IV - ARTÍCULOS 387-390)

• Con la inclusión de este capítulo IV en la sección VIII l**os médicos que completen adecuadamente la historia clínica tendrían un elemento a favor en casos de demandas por mala praxis**. La actual administración impulsó la implementación historia clínica electrónica nacional, que en 2020 pretende incluir este año al 100% de los usuarios del sistema de salud. [2]

• **Se pretende que el registro sea una presunción simple de buena práctica, que el médico lo tome como una garan-**

sigue en pág. 27

viene de pág. 26

tía de que cumplió con los procedimientos correctos, un primer argumento que se esgrime es que se pretende estimular el buen llenado de la HCEN que en muchos casos se percibe como una carga de trabajo adicional.

• El proyecto de ley dice que "en caso de demanda civil o denuncia penal como consecuencia de una presunta situación de mala praxis en la atención de la salud humana" el registro en la historia clínica del paciente de todos los procedimientos realizados por el personal de salud y la aplicación de protocolos y guías clínicas aprobados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) **"se configurará presunción simple a favor del personal de salud".** Especifica que los protocolos y guías clínicas aprobadas por el MSP serán de aplicación obligatoria y que a falta de ellos deberán aplicarse las directivas asistenciales dispuestas por la Dirección Técnica de la institución donde se atiende el paciente; si tampoco las hay, tendrá que aplicar lo que hayan dispuesto las cátedras de las especialidades que intervienen en ese proceso asistencial. [3]

• **El último artículo de este capítulo IV (artículo 390)** plantea que cuando la indicación de un medicamento sea hecha en soporte papel "deberá figurar en la historia clínica como mínimo, forma farmacéutica, posología, vía de administración y concentración del medicamento indicado al paciente" (la Ley de Presupuesto 2015-2019 lo había dispuesto ya para la receta electrónica). [4]

• El registro en la historia clínica es obligatorio y **no se comparte que algo que hay que hacer sea considerado un atenuante o una presunción simple a favor del personal de salud.**

• El proyecto se ubica dentro de una práctica corriente y cada vez más extendida de **estimular una medicina defensiva, algo que apunta a proteger a las instituciones y al personal de salud y debilita y cercena los derechos de los usuarios.** Más que a través de una ley o reglamentos, para promover el llenado adecuado de las historias clínicas resulta más eficiente que las instituciones de salud realicen auditorías, una práctica en desuso últimamente, porque de esa forma se genera "una cultura de registro". [5]

• **La Historia Clínica del paciente debe ser una herramienta que brinde garantías a todos, a los profesionales de la salud, sin duda, pero muy especialmente a los usuarios que son los verdaderos propietarios de la misma. Los artículos proyectados más que promover el adecuado llenado de las historias parecen estar encaminado a proteger a las instituciones prestadoras de los juicios de mala praxis. En principio no parece la mejor opción con independencia de un análisis jurídico sobre su pertinencia que será necesario realizar en profundidad.**

4. PROMOCIÓN Y REGULACIÓN DE LA TELEMEDICINA" (CAPÍTULO V- ARTÍCULOS 391-398)

• Se trata de ocho artículos de carácter programático y genéricos que **no incluyen elementos innovadores que impulsen efectivamente y regulen esta importante herramienta para la gestión de los procesos asistenciales.** Una ley particular que promueva y regule la utilización de la Telemedicina no debería quedar restringida a un conjunto de buenos deseos generales sin entrar a la consideración de componentes medulares para **promover y regular en favor del sistema** el crecimiento y desarrollo de las nuevas tecnologías de la información en el campo de la salud.

• Una ley marco necesita de tiempo de consulta y elaboración que no parece que exista en un tratamiento de urgencia. **De aprobarse estos artículos, se pierde la oportunidad de elaborar una propuesta consolidada acorde con la relevancia del tema y recogiendo las mejores prácticas y la legislación que la acompañan a nivel internacional.**

• El proyecto de ley busca "establecer los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telemedicina como prestación de los servicios de salud". El texto es prácticamente idéntico al proyecto de ley de telemedicina que presento Martín Lema en setiembre de 2019 que fue votado por unanimidad en la Cámara de Diputados, pero que no llegó a ser tratado en el Senado. [6]

• **No compartimos el concepto de la telemedicina como una prestación específica y se puede correr el riesgo de que en lugar de concebirla como una herramienta para mejorar y facilitar los procesos de atención se la conciba como un producto más para ofrecer en el mercado de la salud. Habría que tener mucho cuidado que no se estableciera una suerte de mercantilización de la herramienta.**

• **Definición (Artículo 392) El proyecto define de manera insuficiente a la telemedicina** como "la práctica de la atención médica con la ayuda de comunicaciones interactivas de sonido, imágenes y datos" que puede emplearse tanto en la consulta, el diagnóstico, el tratamiento, así como en la enseñanza y "transferencia de datos médicos". Pensamos que es necesario establecer una definición que la enmarque dentro de las necesidades de los cuidados de las personas y los aportes que la misma puede hacer a los cambios imprescindibles en los modelos de atención y gestión de la salud.

• **Principios (Articulo 393).** En este artículo se establecen principios como si la telemedicina fuera un fin en sí mismo y que además fuera capaz per se de proveer calidad, equidad etc. No parece este el mejor enfoque, ver a la Telemedicina aislada de las necesidades concretas que tiene el sistema de salud aquí y ahora.

• **Consentimiento expreso del usuario para cada acto (Artículo 397). Nos parece inconveniente e impracticable** porque llevaría al absurdo de pedirle autorización para que informen remotamente un estudio de imagen o cualquier otro informe paraclínico.

• **Convenios para interconsulta con profesionales del exterior (Articulo 398) limita inconvenientemente uno de los beneficios más obvios para nuestro país como sería la interconsulta con profesionales referentes a nivel internacional.** Un convenio previo lleva meses, con suerte, no contamos con antecedentes de exija dicho requisito en otros países.

• Los servicios de telemedicina -que podrán ser instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados o de naturaleza mixta que brinden prestaciones de salud- deben ser reconocidos por el MSP dentro de un plazo de 90 días de promulgada la ley. **Cada institución no tiene por qué tener un servicio de telemedicina y no tiene por qué existir servicios de telemedicina autónomos en tanto la telemedicina es un complemento para la gestión de los procesos asistenciales y debe ser usada para la interconsulta entre los equipos de salud dentro de las redes integradas de servicios de salud.**

5. RECURSOS PARA FINANCIAR TRATAMIENTOS DE ALTO COSTO (ARTÍCULO 399)

• **Este artículo le asigna al FNR una nueva fuente de financiamiento**. Incorpora al FNR a las instituciones u organizaciones que pueden recibir donaciones desde diferentes sujetos posibilitando que los mismos tengan beneficios fiscales respecto a sus obligaciones en relación al Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas (IRAE).

• **Desde el punto de vista conceptual busca una solución al financiamiento de prestaciones y medicamentos fuera del PIAS y FTM y evitar los procesos de judicialización.** En otras palabras, un fondo especial para la cobertura de medicamentos de alto costo y procedimiento fuera del PIAS, incluido el capítulo de medicamentos y prestaciones cubiertas por el FNR, el que forma parte del mismo.

• Como señalamos en el apartado de consideraciones generales, l**a propuesta tendría en el mejor de los casos un efecto residual para las necesidades crecientes del FNR** y por el contrario su aprobación podría generar la falsa idea de que **es posible mantener e incorporar nuevas prestaciones reduciendo el aporte de rentas generales** en un escenario de restricciones presupuestales en el marco de la regla fiscal establecida en el propio proyecto de LUC.

• **Es claro que en caso de que sea aprobado este artículo los fondos pasibles de obtener serian absolutamente insuficientes.** Las razones radican por un lado, en el altísimo costo que tienen algunos medicamentos que se pretenden incorporar, solo a título de ejemplo mencionar un medicamento que hoy tiene un costo de 1,200.000 anuales que existen fuertes presiones para incorporarlo y por otro lado tenemos que el FNR "competiría" con organizaciones e instituciones que tienen un importante arraigo e imagen en la opinión pública y que comprende a fundaciones, instituciones benéficas, instituciones deportivas, educativas y otras de diversa índole que apoyan fundamentalmente actividades sociales. Todas estas instituciones ocupan un rol dentro de la sociedad y son en su mayoría reconocidas y promocionadas pro diferentes ámbitos y actores de la sociedad.

• Como consecuencia se establecería a nivel del FNR una limitante por disponibilidad de fondos para afrontar las tecnologías fuera del PIAS y eventualmente obligaría a solventarlas por vía de la financiación que recibe el FNR desde las otras fuentes y que están destinadas a la cobertura de las prestaciones actuales. **El riesgo de ello es el desfinanciamiento, y conduciría a la necesidad del aumento de cuota para solventar estos tratamientos.** Como la mayoría de las cuotas las paga el FONASA esto supondría un incremento inmanejable del aporte del presupuesto anual de rentas generales. Algo similar a ello ocurrió cuando existían fondos especiales provenientes de impuestos a los juegos de azar para solventar los actos médicos en el exterior, los cuales resultaron insuficientes y obligó a "unificar a los dos Fondos".

• Desde el punto de vista organizativo agrega una función al FNR que lo vuelve vulnerable a la judicialización dado que se establece un mecanismo de financiamiento con un fin determinado. Es irrelevante en el momento de las sentencias judiciales si el FNR tiene disponible o no fondos para solventar gastos extra PIAS. ¿Qué pasaría si no los tiene?

• Asimismo, requeriría generar un ámbito de estudio y de procedimientos para llevar a cabo el estudio de las solicitudes y la pertinencia de las mismas. En donde radicaría ese ámbito. ¿Es potestad del MSP es del FNR? Ya en el actual Ministerio había originado a través de una ordenanza el establecimiento de algunos procedimientos para acceder a medicamentos por fuera del Formulario Terapéutico de Medicamentos. La misma fue derogada en diciembre de 2018 concomitantemente con la incorporación de 11 medicamentos al FTM bajo cobertura del FNR.

[1] *Declaraciones del Presidente del SMU, Dr. Gerardo Griecco en La Diaria https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2020/1/critican-que-la-agencia-de-evaluacion-de-medicamentos-propuesta-por-luis-lacalle-pou-no-es-independiente-del-poder-ejecutivo-ni-de-la-industria/*

[2] *Nota de Amanda Muñoz en La Diaria https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2020/1/medicos-que-completen-la-historia-clinica-tendrian-un-elemento-a-favor-en-casos-de-demandas-por-mala-praxis/*

[3] *Ídem. 2*

[4] *Ídem. 2*

[5] *Declaraciones de Raúl Lombardi a la Diaria https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2020/1/medicos-que-completen-la-historia-clinica-tendrian-un-elemento-a-favor-en-casos-de-demandas-por-mala-praxis/*

[6] *Nota de Amanda Muñoz en la Diaria https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2020/1/medicos-que-completen-la-historia-clinica-tendrian-un-elemento-a-favor-en-casos-de-demandas-por-mala-praxis/*

AC. DR. NÉSTOR CAPOS DESDE SALTO

Jornadas Interinstitucionales de la Escuela de Graduados de la Fac. de Medicina en el norte del país

(MARZO-ABRIL 2020)- Si bien desde 1988 se imparten cursos de la Facultad de Medicina, este año se completó la carrera de Doctor en Medicina, en el CENUR (Centro Universitario), Litoral Noroeste, en las sedes de Paysandú y Salto.

A la Escuela de Graduados (EG) de nuestra Facultad le pareció necesario realizar jornadas de estudio, valorando necesidades actuales y futuras de especialistas que se forman en la Escuela para buscar una solución al déficit de algunas especialidades, sobre todo, en la región norte de nuestro país y por lo tanto con problemas para la asistencia de los pobladores de dicha zona, la más alejada de la capital.

Tanto de médicos como de otras carreras impartidas por de Facultad de Medicina, Escuela Universitaria de Tecnología y Escuela de Parteras.

Es decir, descentralizar la E. de G., de tal manera de poder desarrollar los post grado donde se precisan, por un lado, democratizar el acceso y a su vez formar especialistas que sean necesarios para una asistencia de calidad. Estando dentro de la política actual de la Universidad.

REUNIÓN POR DEPARTAMENTO GEOGRÁFICO

Con tal fin se resolvió hacer en marzo una reunión por departamento geográfico, con los actores que intervienen en esta problemática: delegados de los prestadores públicos y privados, delegado del sindicato médico local, delegado de la sede universitaria departamental (donde se realizaran las reuniones) asi como delegados del equipo docente de la E. de G.

En esta reunión se elaborará un documento por departamento que será analizado en su conjunto en las plenarias de abril.

Se preparó una guía para la discusión sobre algunos temas y para conocer la realidad directamente.

¿Qué necesidad de especialidades médicas en su departamento que dificulte la asistencia médica a corto, mediano y largo plazo?

¿Qué residencias o posgrados se están realizando en su departamento? ¿Quién financia cada cargo?

¿En su departamento se podría realizar residencias y post grados, o aumentar las plazas de las que se realizan actualmente?

¿Su institución puede funcionar como centro docente asociado? ¿En qué especialidades? De poder realizarlas, ¿con qué recursos humanos y materiales cuenta?

Asi como otros temas relacionados con recursos humanos y asistencia.

FECHAS DEFINIDAS PARA LAS JORNADAS DEPARTAMENTALES

Las fechas ya definidas para las Jornadas Departamentales:

Viernes 20 de marzo: Artigas. Rivera

Sábado 21 de marzo: Salto. Tacuarembó.

Viernes 27 de marzo: Paysandú

Sábado 28 de marzo: Rio Negro.

REUNIONES PLENARIAS

Las reuniones plenarias se desarrollarán el viernes 17 de abril en la sede Salto y el sábado 18 en la sede Paysandú, en donde se realizará:

*Presentación de un documento por cada departamento que intervino en marzo.

*Discusión grupal.

*Conclusiones y presentación del director de la Escuela de Graduados.

Aparte de los delegados departamentales se invitará a participar en este último evento delegados de las autoridades de las instituciones participantes, para que conozcan directamente la situación.

Posteriormente la E. de G. elevará un documento al Consejo de la Facultad, a efectos de poder participar todos los actores necesarios para ir solucionando la asistencia donde haya problemas.

Conociendo la realidad actual podemos tomar las decisiones más adecuadas posibles.

Recomendaciones del MSP frente a la confirmación de dos casos de sarampión

14 de Febrero, 2020. El Ministerio de Salud Pública informa que se confirmaron dos casos de sarampión relacionados a un caso importado. Se trata de un adulto y un lactante de 11 meses, que presentan una buena evolución. Ambos convivieron con una ciudadana argentina que visitó Uruguay entre el 1 y el 4 de febrero y que posteriormente fue diagnosticada de sarampión.

Se recuerda a la población que el sarampión es un problema significativo en la región y la ocurrencia de casos importados obliga a reforzar las medidas de vacunación que están recomendadas por el MSP:

- Personas mayores 15 meses y nacidas luego de 1967 deben tener dos dosis de vacuna Sarampión, Rubeola y Paperas (SRP).

- En el marco de la actual campaña de vacunación, la vacuna SRP se administra según pauta en dos dosis: a los 12 y a los 15 meses de edad.

- En niños que cuenten con una sola dosis, se puede administrar la segunda en cualquier momento, siempre que haya transcurrido al menos 1 mes respecto a la primera.

- En el caso de lactantes de 6 a 12 meses que han tenido contacto con casos de sarampión o viajarán a zonas donde existe transmisión se recomienda adelantar la primera dosis de esta vacuna. En este caso, de todas formas, deberán recibir las dos dosis previstas en el calendario en forma adicional.

- Los lactantes menores de 6 meses, mujeres embarazadas, personas con alergia grave al huevo y aquellos con inmunosupresión severa no pueden ser vacunados.

La vacuna está disponible en todos los puestos de vacunación del país. Para conocer dónde se encuentran y sus horarios ingrese aquí: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/campanas/vacunate-ganamos-todas-ganamos-todos

Por consultas sobre vacunas ingrese a: https://www.gub.uy/tramites/solicitud-informacion-vacunas

MÁS EDUCACIÓN, MEJOR SALUD

Gobiernos de Uruguay y China invirtieron 3 millones de dólares en nuevo local para escuela de Casavalle, en Montevideo

A poco de comenzar el año lectivo, el nuevo local de la escuela n.° 319 del barrio Casavalle, en Montevideo, está prácticamente terminado. Son 12 aulas para 360 niños que asisten en modalidad de tiempo completo, construidas a partir de la cooperación con el Gobierno de China. La inversión fue de casi tres millones de dólares, dos millones de los cuales fueron aportados por el país asiático.

Las autoridades del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) y de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) recorrieron las obras este martes 11, junto con los representantes de la Embajada de China y de la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI), quienes forman parte del proyecto con apoyo financiero.

El nuevo local de la escuela de tiempo completo, lindero a la plaza De Palos, será inaugurado en marzo. Tiene capacidad para 360 niños distribuidos en tres niveles, con 12 aulas, comedor, cocina industrial, servicios de cocina, servicios higiénicos, áreas de circulación, sala de maestros, dirección y espacios exteriores, incluidos patios y zona de juegos y deportes.

1.800 METROS CUADRADOS EDIFICADOS Y 2.000 EN ÁREAS PAVIMENTADAS Y ESPACIOS VERDES

El total del área edificada es de 1.800 metros cuadrados y suma otros 2.000 entre áreas pavimentadas exteriores y espacios verdes. El diseño tiene un carácter abierto con cerramientos perimetrales que permiten la visibilidad del entorno inmediato. La inversión fue de casi 3 millones dólares, las dos terceras partes fueron aportadas por el Gobierno chino y el resto por el uruguayo.

La concreción de este proyecto coincide con la celebración de los 30 años de relaciones diplomáticas ininterrumpidas entre ambos países y forma parte del plan Cuenca Casavalle, una iniciativa del Municipio D de Montevideo, que

desde hace 10 años procura revitalizar la zona y mejorar la calidad de vida de sus habitantes mediante infraestructura barrial renovada y proyectos de integración social, seguridad, salud, vivienda, empleo y educación, desde un enfoque de derechos.

UNA ESCUELA EMBLEMÁTICA CON UN DISEÑO DEL PRIMER MUNDO

El consejero Héctor Florit la concibe como una escuela emblemática con un diseño del primer mundo. Entiende que era necesaria en un barrio que se encuentra en expansión en materia demográfica. Recordó que esta no es la única obra que Primaria tiene en la zona, como, por ejemplo, la refacción de la escuela Rumania, con la construcción de un jardín de infantes. "Estamos asegurando la mejor oferta de escuelas públicas en esta zona", dijo.

El jerarca consideró que el plan de obras actual de Primaria le asegura al país una planta física de excelencia. Solo en educación inicial hay 51 obras nuevas, 44 por participación público-privada (PPP) y siete por modalidad tradicional. Además, se firmó el segundo convenio por PPP con escuelas de tiempo completo y de educación especial, que se suman a las que se realizan a través de la Corporación Nacional para el Desarrollo (CND) y al Proyecto de Apoyo a la Escuela Pública Uruguaya (PAEPU). "Estamos asegurando que las próximas generaciones tengan una planta edilicia destacada y funcional para una escuela del siglo XXI", apuntó.

En 2020 se sumarán entre 30 y 40 centros, sobre todo jardines de infantes por PPP, que serán inaugurados en el segundo semestre del año. Para dimensionar el alcance de la planta física de Primaria, que representa un millón de metros cuadrados de edificación, se puede decir que la misma equivale a una ciudad de 40.000 habitantes.

ÚLTIMA ENCUESTA GATS 2017

Consumo de tabaco en jóvenes de entre 15 y 24 años bajó de 24,7 % a 14,6 % en ocho años

14 de Febrero, 2020. La última encuesta GATS revela una baja en el consumo de tabaco entre la población más joven en Uruguay. Entre personas de 15 y 24 años, la prevalencia de fumadores varió de 24,7 % en 2009 a 14,6 % en 2017. El ministro de Salud Pública, Jorge Basso, aseguró que en los Gobiernos de Tabaré Vázquez la lucha contra el consumo de esta sustancia se volvió una política de Estado y que confía en que continúe esta evolución.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular organizaron el seminario "El control de tabaco en Uruguay, un camino a continuar", realizado este jueves 13 en la sede ministerial. En el evento fueron presentadas tres publicaciones: Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS, por su sigla en inglés), Balance y perspectivas del Centro de Cooperación Internacional para el Control del Tabaco y El control del tabaco en Uruguay en perspectiva histórica.

El acto estuvo presidido por Basso, acompañado por el ministro interino de Relaciones Exteriores, Ariel Bergamino; el representante en Uruguay de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Giovanni Escalante; el responsable del Programa Nacional para el Control de Tabaco, Enrique Soto, y el director ejecutivo de la comisión, Mario Zelarayán.

La última encuesta GATS, de 2017, demuestra la tendencia progresiva a la disminución de la prevalencia de fumadores en el país, particularmente en la población joven, por ejemplo, la reducción en el consumo de tabaco, de 24,7 % a 14,6 % en ocho años, entre los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años y de 30,4 a 29 % en la población de entre 25 y 44 años. Entre los 45 y los 64 años disminuyó de 28,6 a 26 % y en mayores de 65 años aumentó de 8,1 % a 9 %.

La encuesta indica que el 72 % de los actuales fumadores desean dejar de fumar y que el 10 % de ellos quiere dejar de hacerlo en el próximo mes, por lo que constata una oportunidad en favor de las campañas al respecto.

"Seguimos trabajando intensamente para disminuir la prevalencia del tabaquismo en la población, dado que las enfermedades no transmisibles son el principal problema sanitario que tenemos. Cómo incide el tabaquismo, así como los alimentos y el sedentarismo, es clave para prevenir enfermedades", sostuvo Basso, quien recordó las políticas de Estado lideradas por el presidente Tabaré Vázquez durante sus dos presidencias (2005-2010 y 2015-2020).

El foco está puesto en la población de menores recursos y en las mujeres, explicó el jerarca. En estas últimas se registró un incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón. También se atienden otras formas de consumo de tabaco, como los cigarrillos electrónicos, que no son recomendados ni para disminuir el consumo ni para reducir las enfermedades provocadas por el tabaco. Asimismo, Basso insistió en el cumplimiento de la prohibición de fumar en espacios públicos e informó que se han realizado 8.000 inspecciones anuales, de las cuales el 10 % terminan en infracciones.

Los 13 desafíos de la salud mundial para la década

Una pandemia global inminente, el cambio climático, el conflicto que impide controlar los brotes, los mitos de la vacunación, la resistencia a los antibióticos, y los productos alimenticios nocivos son sólo algunos de los obstáculos para prevenir millones de muertes en esta década que comienza. Eliminar muchos de ellos no es una cuestión médica sino política.

La Organización Mundial de la Salud publicó una lista de 13 desafíos que amenazan la sanidad en el planeta para la nueva década.

Según su director, Tedros Adhanom Gebreyesus, la lista refleja la profunda preocupación por el hecho de que los líderes mundiales no están invirtiendo suficientes recursos en las prioridades sanitarias ni en los sistemas básicos de salud, lo que pone vidas, medios de subsistencia y economías en peligro. Para Tedros, aunque ninguno de esos problemas es fácil de abordar, la salud pública es, en última instancia, "una elección política" como demuestra el hecho de que la diferencia de la esperanza de vida es de hasta 18 años según uno viva en un país rico o en uno pobre.

"Tenemos que darnos cuenta de que la salud es una inversión en el futuro. Los países invierten mucho en proteger a su gente de los ataques terroristas, pero no contra el ataque de un virus, que podría ser mucho más mortal y mucho más dañino económica y socialmente. Una pandemia podría poner de rodillas a la economía y a las naciones", dijo.

Agregó que todos los desafíos en la lista requieren una respuesta que vaya más allá de los ministerios de salud, ya que son amenazas compartidas y todos los países tienen la responsabilidad de actuar.

Con la fecha límite para los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 acercándose rápidamente, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha subrayado que los próximos 10 años deben ser una década dedicada a la acción.

"Esto significa abogar por fondos nacionales para abordar las brechas en los sistemas y la infraestructura de salud, así como brindar apoyo a los países más vulnerables. Invertir ahora salvará vidas, y dinero, más adelante. El costo de no hacer nada es uno que no podemos pagar. Los Gobiernos, las comunidades y las agencias internacionales deben trabajar juntos para lograr estos objetivos críticos. No hay atajos para un mundo más saludable".

1. PONER LA SALUD EN MEDIO DEL DEBATE CLIMÁTICO

La crisis climática es una crisis de salud. La contaminación del aire mata a aproximadamente 7 millones de personas cada año, mientras que el cambio climático provoca desastres naturales más extremos, exacerba la desnutrición y alimenta la propagación de enfermedades infecciosas como la malaria.

Las mismas emisiones que causan el calentamiento global son responsables de más de una cuarta parte de las muertes por ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, cánceres de pulmón y enfermedades respiratorias crónicas. Los líderes de los sectores público y privado deben trabajar juntos para limpiar nuestro aire y mitigar los impactos del cambio climático en la salud.

En 2019, más de 80 ciudades en más de 50 países se comprometieron con las pautas de calidad del aire de la OMS y acordaron alinear sus políticas climáticas y de contaminación. Este año, la Organización trabajará para desarrollar un conjunto de opciones de políticas para que los Gobiernos eviten o reduzcan los riesgos para la salud de polución.

2. QUE LA SALUD ALCANCE LUGARES EN CONFLICTOS Y CRISIS

En 2019, la mayoría de los brotes de enfermedades que requieren el nivel más alto de respuesta se produjeron en países con conflictos prolongados.

Además, los trabajadores de la salud y las instalaciones continúan siendo a menudo el objetivo de ataques: el año pasado, la Organización Mundial de la Salud registró 978 atentados contra infraestructura y operaciones de salud en 11 países, que resultaron en 193 muertes.

El conflicto también está obligando a un número récord de personas a abandonar sus hogares, dejando a decenas de millones de hombres, mujeres y niños con poco acceso a la atención médica, a veces durante años.

En 2019, la Organización respondió a 58 emergencias en 50 países: se implementaron equipos médicos móviles, se mejoraron los sistemas de detección y alerta de enfermedades, se realizaron campañas de vacunación, se distribuyeron medicamentos y se capacitó a los trabajadores de la salud.

Actualmente trabaja para salvar vidas y prevenir el sufrimiento directamente ayudando a fortalecer los sistemas de salud, mejorar la preparación del personal médico y ampliar la disponibilidad de financiamiento de contingencia a largo plazo para emergencias complejas.

Pero la salud es solo una parte de la ecuación, se necesitan soluciones políticas para resolver conflictos prolongados, dejar de descuidar los sistemas de salud más débiles y proteger a los trabajadores e instalaciones de atención médica de los ataques.

3. HACER QUE LA ATENCIÓN MÉDICA SEA MÁS JUSTA

sigue en pág. 31

viene de pág. 30

Las brechas socioeconómicas persistentes y crecientes resultan en grandes discrepancias en la calidad de la salud de las personas.

No solo hay una diferencia de 18 años en la esperanza de vida entre los países ricos y pobres, sino también una marcada brecha dentro de los países e incluso dentro de las ciudades.

Mientras tanto, el aumento global de las enfermedades no transmisibles, como el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes tienen una carga desproporcionadamente grande en los países de bajos y medianos ingresos y puede agotar rápidamente los recursos de los hogares más pobres.

La OMS trabaja para mejorar la atención infantil y materna, la nutrición, la igualdad de género, la salud mental y el acceso a agua y saneamiento adecuados. Este año, la Organización proporcionará orientación sobre cómo los países pueden reducir mejor la desigualdad en la atención de la salud, mejorando la gobernanza y la gestión de los servicios de salud públicos y privados.

Una de las mejores maneras de reducir las desigualdades es a través de la atención primaria de salud, que aborda la mayoría de las necesidades de una persona. Todos los países deberían asignar un 1% más de su Producto Interno Bruto a este tipo de atención, para que más personas tengan acceso a los servicios esenciales de calidad que necesitan, cerca de sus hogares.

4. AMPLIAR EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS

Alrededor de un tercio de las personas del mundo carecen de acceso a medicamentos, vacunas, herramientas de diagnóstico y otros productos de salud esenciales. El bajo acceso a productos de salud puede poner en peligro a los pacientes y aumentar la resistencia a los antibióticos. Los medicamentos y otros productos de salud son el segundo gasto más grande para la mayoría de los sistemas de salud (después del personal) y el componente más importante del gasto privado en salud en los países de ingresos bajos y medianos.

Este año, la OMS centrará su atención en las áreas prioritarias para el acceso mundial a estos vitales recursos, entre las que se incluyen la lucha contra productos médicos de calidad inferior y falsificados; mejorar la capacidad de los países de bajos ingresos para garantizar la calidad de los productos médicos en toda la cadena de suministro; y mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles, incluida la diabetes.

5. DETENER LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Las dolencias infecciosas como el VIH, la tuberculosis, la hepatitis viral, la malaria, las enfermedades tropicales desatendidas y las infecciones de transmisión sexual matarán a unos 4 millones de personas en 2020, en su mayoría pobres.

Al mismo tiempo, las enfermedades que pueden ser prevenidas mediante la vacunación continúan matando, como el sarampión, que costó 140.000 vidas en 2019, muchas de ellas niños. Aunque la polio se ha llevado al borde de la erradicación, hubo 156 casos el año pasado, la mayor cantidad desde 2014.

Las causas fundamentales de este flagelo son los niveles insuficientes de financiamiento y la debilidad de los sistemas de salud en los países endémicos, junto con la falta de compromiso de los países ricos.

Existe una necesidad urgente de una mayor voluntad política y financiación para los servicios esenciales de salud. También es necesario el fortalecimiento de los sistemas de vacunación, así como concentrar más esfuerzos para mitigar los efectos de la resistencia a los medicamentos. Es igualmente necesario invertir en investigación y desarrollo de nuevos diagnósticos, medicamentos y vacunas.

6. UNA PANDEMIA INEVITABLE

Cada año, el mundo gasta mucho más en responder a brotes de enfermedades, desastres naturales y otras emergencias de salud que en prepararse para afrontarlos y prevenirlos. Una pandemia de un nuevo virus altamente infeccioso en el aire, muy probablemente una cepa de gripe, a la que la mayoría de las personas carece de inmunidad, es inevitable.

No se trata de si otra pandemia atacará, sino cuándo y cuánto atacará, ya que se extenderá rápidamente y potencialmente amenazará a millones de vidas.

Las enfermedades transmitidas por vectores como el dengue, la malaria, el zika, el Chikunguña y la fiebre amarilla se están extendiendo a medida que las poblaciones de mosquitos se trasladan a nuevas áreas, avivadas por el cambio climático.

La OMS asesora a los países sobre inversiones basadas en datos para fortalecer los sistemas de salud y la infraestructura para mantener a las poblaciones seguras cuando se producen emergencias. El informe de la Junta de Monitoreo de la Preparación Global de 2019 identificó siete pasos concretos que los países y las instituciones multilaterales deberían adoptar, incluida una mayor cooperación internacional, un mayor enfoque interno en la preparación y una mayor financiación.

7. ASEGURAR ALIMENTOS Y PRODUCTOS SALUDABLES PARA TODOS

La falta de alimentos, los alimentos inseguros y las dietas poco saludables son responsables de casi un tercio de la carga actual mundial de enfermedades.

El hambre y la inseguridad alimentaria siguen afectando a millones, y la escasez de alimentos se explota perniciosamente como arma de guerra.

Al mismo tiempo, a medida que las personas consumen alimentos y bebidas con alto contenido de azúcar, grasas saturadas, grasas trans y sal, el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades relacionadas con la dieta están aumentando a nivel mundial.

El consumo de tabaco está disminuyendo en algunos lugares, pero está aumentando en la mayoría de los países, mientras se acumulan pruebas sobre los riesgos para la salud de los cigarrillos electrónicos.

La OMS trabaja con los países para desarrollar políticas públicas basadas en la ciencia, inversiones y reformas del sector privado para remodelar los sistemas alimentarios y proporcionar dietas saludables y sostenibles.

En 2019, la industria alimentaria se comprometió a eliminar las grasas trans para 2023, pero se necesita hacer más.

8. INVERTIR EN LAS PERSONAS QUE DEFIENDEN NUESTRA SALUD.

La subinversión crónica en la educación y el empleo de los trabajadores de la salud, junto con la falta de un salario digno, ha provocado la escasez de trabajadores de la salud en todo el mundo. Esto pone en peligro los servicios de salud y asistencia social y los sistemas de salud sostenibles. El mundo necesitará 18 millones de trabajadores de salud adicionales para 2030, principalmente en países de bajos y medianos ingresos, incluidos 9 millones de enfermeras y parteras.

Para impulsar la acción y alentar la inversión en educación, habilidades y empleos, la Asamblea Mundial de la Salud ha designado 2020 como el Año de la Enfermera y la Partera. La OMS emitirá un informe integral sobre el estado de la enfermería en el Día Mundial de la Salud en abril. Además, está trabajando con los países para estimular nuevas inversiones, capacitar a los trabajadores de la salud y pagarles salarios dignos.

9. PROTEGER A LOS ADOLESCENTES

Más de un millón de adolescentes de entre 10 y 19 años mueren cada año. Las principales causas de muerte en este grupo de edad son las lesiones en la carretera, el VIH, el suicidio, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la violencia interpersonal. El uso nocivo del alcohol, el tabaco y las drogas, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición previa al maltrato infantil aumentan el riesgo.

En 2020, la OMS emitirá una nueva guía para los encargados de formular políticas, profesionales de la salud y educadores, llamada Helping Adolescents Thrive. El objetivo es promover la salud mental de las adolescentes y prevenir el uso de drogas, alcohol, autolesiones y violencia interpersonal, así como proporcionar a los jóvenes información sobre la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, anticoncepción y atención durante el embarazo y el parto.

10. GANARSE LA CONFIANZA PÚBLICA

La confianza ayuda a determinar si es probable que los pacientes dependan de los servicios de salud y sigan los consejos de un trabajador sanitario en torno a las vacunas, tomar medicamentos o usar condones. La salud pública se ve comprometida por la difusión incontrolada de información errónea en las redes sociales, así como por la erosión de la confianza en las instituciones públicas. El movimiento contra la vacunación ha sido un factor importante en el aumento de muertes en enfermedades prevenibles.

La OMS está trabajando con los países para fortalecer la atención primaria de salud, para que las personas puedan acceder fácilmente a servicios efectivos y asequibles, de personas que conocen y en las que confían, en sus propias comunidades. La Organización también se ha aliado con Facebook, Pinterest y otras plataformas de redes sociales para garantizar que sus usuarios reciban información confiable sobre las vacunas y otros problemas de salud.

Para la OMS, construir una alfabetización científica y educación para la salud es vital. También hay una necesidad de autorreflexión: los científicos y la comunidad de salud pública deben hacer un mejor trabajo al escuchar a las comunidades a las que sirven.

11. USO POSITIVO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Las nuevas tecnologías están revolucionando nuestra capacidad para prevenir, diagnosticar y tratar muchas enfermedades. La edición del genoma, la biología sintética y las tecnologías de salud digital, como la inteligencia artificial, pueden resolver muchos problemas, pero también plantean nuevas preguntas y desafíos para el monitoreo y la regulación. Sin una comprensión más profunda de sus implicaciones éticas y sociales, estas nuevas tecnologías, que incluyen la capacidad de crear nuevos organismos, podrían dañar a las personas a las que deben ayudar.

En 2019, la OMS estableció nuevos comités asesores para la edición del genoma humano y la salud digital, reuniendo a los principales expertos mundiales para revisar la evidencia y brindar orientación. La OMS también está trabajando con los países para permitirles planificar, adoptar y beneficiarse de nuevas herramientas que brindan soluciones clínicas y de salud pública, al tiempo que respaldan una mejor regulación de su desarrollo y uso.

12. PROTEGER LOS MEDICAMENTOS QUE NOS PROTEGEN

La resistencia antimicrobiana amenaza con enviar la medicina moderna a décadas anteriores a la era en la que no se habían descubierto antibióticos, cuando incluso las cirugías de rutina eran peligrosas.

El aumento de la resistencia se debe a una miríada de factores que se han unido para crear una infusión aterradora, incluida la prescripción y uso no regulado de antibióticos, la falta de acceso a medicamentos de calidad y asequibles, y la falta de agua limpia, saneamiento, higiene y prevención y control de infecciones.

La OMS colabora con las autoridades nacionales e internacionales en los sectores del medio ambiente, la agricultura y los animales para reducir la amenaza al abordar sus causas fundamentales, al tiempo que aboga por la investigación y el desarrollo de nuevos antibióticos.

13. MANTENER LA ATENCIÓN MÉDICA LIMPIA

Aproximadamente uno de cada cuatro establecimientos de salud en todo el mundo carece de servicios básicos de agua.

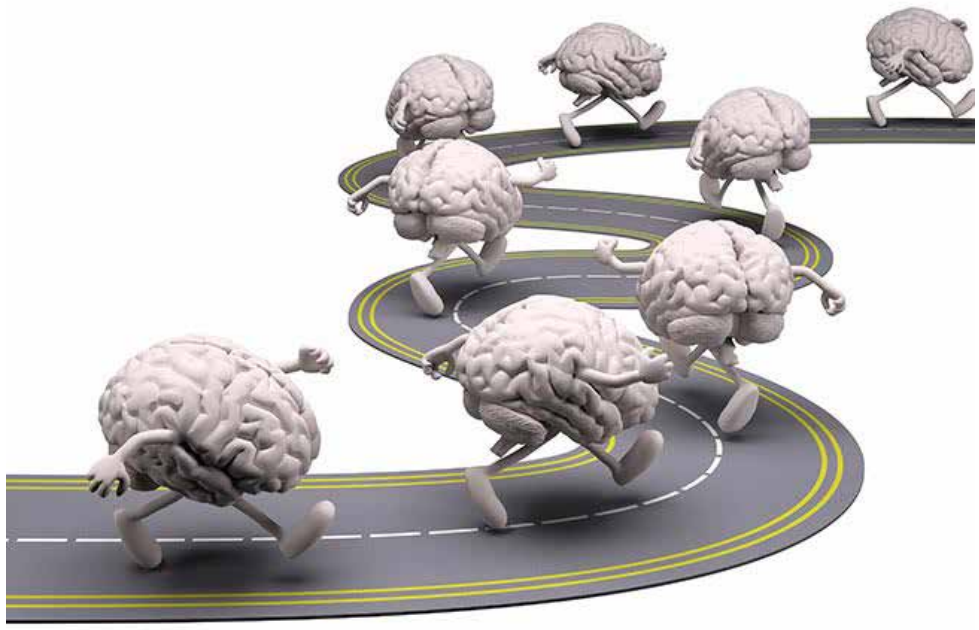
Los servicios de agua, saneamiento e higiene son críticos para un sistema de salud en funcionamiento. La falta de estos elementos básicos conduce a una atención de baja calidad y una mayor probabilidad de infección para pacientes y trabajadores de la salud. Todo esto sucede en un contexto de miles de millones de personas en todo el mundo que viven en comunidades sin agua potable o servicios de saneamiento adecuados, los cuales son los principales impulsores de las enfermedades.

La OMS coopera actualmente con 35 países de ingresos bajos y medios para mejorar las condiciones de agua, saneamiento e higiene en sus instalaciones de salud.

LA TEORÍA DE LA EVOLUCIÓN APORTA LAS RAZONES

¿Por qué el cerebro necesita ejercicio?

La historia evolutiva de los humanos explica por qué la actividad física es importante para la salud del cerebro.



En la década de 1990, los investigadores anunciaron una serie de descubrimientos que alterarían un principio fundamental de la neurociencia. Durante décadas, se entendió que el cerebro maduro era incapaz de desarrollar nuevas neuronas. Una vez que un individuo alcanza la edad adulta el cerebro comeienza a perder neuronas en lugar de ganarlas.

Pero se estaba acumulando evidencia de que el cerebro adulto podría, de hecho, generar nuevas neuronas.

En un experimento particularmente sorprendente con ratones, los científicos descubrieron que simplemente correr sobre una rueda condujo al nacimiento de nuevas neuronas en el hipocampo, una estructura cerebral asociada con la memoria.

Desde entonces, otros estudios han establecido que el ejercicio también tiene efectos positivos en el cerebro de los humanos, especialmente a medida que envejecemos, y que incluso puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedad de Alzheimer y otras afecciones neurodegenerativas. Pero la investigación planteó una pregunta clave: ¿por qué el ejercicio afecta al cerebro?

La actividad física mejora la función de muchos sistemas de órganos en el cuerpo, pero los efectos generalmente están relacionados con un mejor rendimiento deportivo. Por ejemplo, cuando camina o corre, sus músculos demandan más oxígeno y, con el tiempo, su sistema cardiovascular responde aumentando el tamaño del corazón y construyendo nuevos vasos sanguíneos. Los cambios cardiovasculares son principalmente una respuesta a los desafíos físicos del ejercicio, que pueden mejorar la resistencia. Pero, ¿qué desafío provoca una respuesta del cerebro?

Responder esta pregunta requiere que reconsideremos nuestros puntos de vista sobre el ejercicio. Las personas a menudo consideran que caminar y correr son actividades que el cuerpo puede realizar en piloto automático. Pero la investigación llevada a cabo durante la última década indicaría que esta sabiduría popular está equivocada.

El ejercicio parece ser tanto una actividad cognitiva como física.

De hecho, este vínculo entre la actividad física y la salud del cerebro puede remontarse a millones de años hasta el origen de los rasgos distintivos de la humanidad.

Si podemos entender mejor por qué y cómo el ejercicio involucra al cerebro, quizás podamos aprovechar las vías fisiológicas relevantes para diseñar rutinas de ejercicio novedosas que impulsen la cognición de las personas a medida que envejecen, trabajo que hemos comenzado a emprender, afirman los autores.

HACIENDO FLEXIONES CON EL CEREBRO

Para explorar por qué el ejercicio beneficia al cerebro, primero debemos considerar qué aspectos de la estructura cerebral y la cognición parecen responder mejor a él. Cuando los investigadores del Instituto Salk de Estudios Biológicos en La Jolla, California, liderados por Fred Gage y Henriette Van Praag, mostraron en la década de 1990 que correr aumentó el nacimiento de nuevas neuronas del hipocampo en ratones, notaron que este proceso parecía estar vinculado a la producción de una proteína llamada factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF).

El BDNF se produce en todo el cuerpo y en el cerebro, y promueve tanto el crecimiento como la supervivencia de las neuronas nacientes.

El grupo de Salk y otros continuaron demostrando que la neurogénesis inducida por el ejercicio está asociada con un mejor rendimiento en tareas relacionadas con la memoria en roedores. Los resultados de estos estudios fueron sorprendentes porque la atrofia del hipocampo está ampliamente relacionada con las dificultades de memoria durante el envejecimiento humano saludable y se produce en mayor medida en personas con enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer. Los hallazgos en roedores proporcionaron una visión inicial de cómo el ejercicio podría contrarrestar esta disminución.

Después de este trabajo en animales, los investigadores llevaron a cabo una serie de investigaciones que determinaron que en los humanos, al igual que en los roedores, el ejercicio aeróbico conduce a la producción de BDNF y aumenta la estructura, es decir, el tamaño y la conectividad, de las áreas clave del cerebro, incluido el hipocampo. En un ensayo aleatorio realizado en la Universidad de Illinois en Urbana-Champaign por Kirk Erickson y Arthur Kramer, 12 meses de ejercicio aeróbico condujeron a un aumento en los niveles de BDNF, un aumento en el tamaño del hipocampo y mejoras en la memoria en adultos mayores.

Otros investigadores han encontrado asociaciones entre el ejercicio y el hipocampo en una variedad de estudios observacionales. En nuestro propio estudio de más de 7,000 adultos de mediana edad a adultos mayores en el Reino Unido, publicado en 2019 en Brain Imaging and Behavior, demostramos que las personas que dedicaron más tiempo a una actividad física moderada a vigorosa tenían volúmenes de hipocampo más grandes.

Aunque todavía no es posible decir si estos efectos en los humanos están relacionados con la neurogénesis u otras formas de plasticidad cerebral, como el aumento de las conexiones entre las neuronas existentes, los resultados indican claramente que el ejercicio puede beneficiar el hipocampo del cerebro y sus funciones cognitivas.

Los investigadores también han documentado vínculos claros entre el ejercicio aeróbico y los beneficios para otras partes del cerebro, incluida la expansión de la corteza prefrontal. Tal aumento de esta región se ha relacionado con funciones cognitivas ejecutivas más agudas, que involucran aspectos de planificación, toma de decisiones y multitarea, habilidades que, como la memoria, tienden a disminuir con un envejecimiento saludable y se degradan aún más en presencia de Alzheimer. Los científicos sospechan que el aumento de las conexiones entre las neuronas existentes, en lugar del nacimiento de nuevas neuronas, son responsables de los efectos beneficiosos del ejercicio en la corteza prefrontal y otras regiones del cerebro fuera del hipocampo.

VERTICAL Y ACTIVO

Con la creciente evidencia de que el ejercicio aeróbico puede mejorar la salud del cerebro, especialmente en adultos mayores, el siguiente paso fue descubrir exactamente qué desafíos cognitivos plantea la actividad física que desencadenan esta respuesta adaptativa. Comenzamos a pensar que examinar la relación evolutiva entre el cerebro y el cuerpo podría ser un buen lugar para comenzar.

Los homínidos (el grupo que incluye a los humanos modernos y nuestros parientes cercanos y extintos) se separaron del linaje que los llevó a nuestros parientes vivos más cercanos, los chimpancés y los bonobos, entre seis y siete millones de años atrás. En ese tiempo, los homínidos desarrollaron una serie de adaptaciones anatómicas y conductuales que nos distinguen de otros primates. Creemos que dos de estos cambios evolutivos en particular vinculan el ejercicio a la función cerebral de manera que las personas puedan hacer uso de la actualidad.

Primero, nuestros antepasados pasaron de caminar a cuatro patas a caminar erguidos solo con las patas traseras. Esta postura bípeda significa que hay momentos en que nuestros cuerpos se equilibran precariamente sobre un pie en lugar de dos o más extremidades como en otros simios. Para lograr esta tarea, nuestros cerebros deben coordinar una gran cantidad de información y, en el proceso, hacer ajustes a la actividad muscular en todo el cuerpo para mantener nuestro equilibrio. Al coordinar estas acciones, también debemos estar atentos a cualquier obstáculo ambiental. En otras palabras, simplemente porque somos bípedos, nuestros cerebros pueden estar más desafiados cognitivamente que los de nuestros antepasados cuadrúpedos.

Segundo, la forma de vida de los homínidos cambió para incorporar niveles más altos de actividad aeróbica. La evidencia fósil indica que en las primeras etapas de la evolución humana, nuestros antepasados fueron probablemente simios bípedos relativamente sedentarios que comieron principalmente plantas. Sin embargo, hace unos dos millones de años, a medida que los hábitats se secaban bajo un clima frío, al menos un grupo de humanos ancestrales comenzó a alimentarse de una nueva manera, cazando animales y recolectando alimentos vegetales. La caza y la recolección dominaron las estrategias de subsistencia humana durante casi dos millones de años hasta el advenimiento de la agricultura y el pastoreo hace unos 10.000 años. Con Herman Pontzer de la Universidad de Duke y Brian Wood de la Universidad de California, Los Ángeles, hemos demostrado que debido a las largas distancias recorridas en busca de alimento, la caza y la recolección implican mucha más actividad aeróbica que en otros simios.

El aumento de las demandas en el cerebro acompañó este cambio hacia una rutina más activa físicamente. Cuando buscan comida lejos, los cazadores-recolectores deben inspeccionar sus alrededores para asegurarse de saber dónde están. Este tipo de navegación espacial se basa en el hipocampo, la mis-

sigue en pág. 33

viene de pág. 32

ma región del cerebro que se beneficia del ejercicio y que tiende a atrofiarse a medida que envejecemos. Además, tienen que escanear el paisaje en busca de signos de comida, utilizando información sensorial de sus sistemas visuales y auditivos. Deben recordar dónde han estado antes y cuándo estaban disponibles ciertos tipos de alimentos.

El cerebro utiliza esta información de la memoria a corto y largo plazo, lo que permite a las personas tomar decisiones y planificar sus rutas, tareas cognitivas que son apoyadas por el hipocampo y la corteza prefrontal, entre otras regiones. Los cazadores-recolectores a menudo también se alimentan en grupos, en cuyo caso pueden tener conversaciones mientras sus cerebros mantienen el equilibrio y los mantienen ubicados espacialmente en su entorno. Toda esta multitarea está controlada, en parte, por la corteza prefrontal, que también tiende a disminuir con la edad.

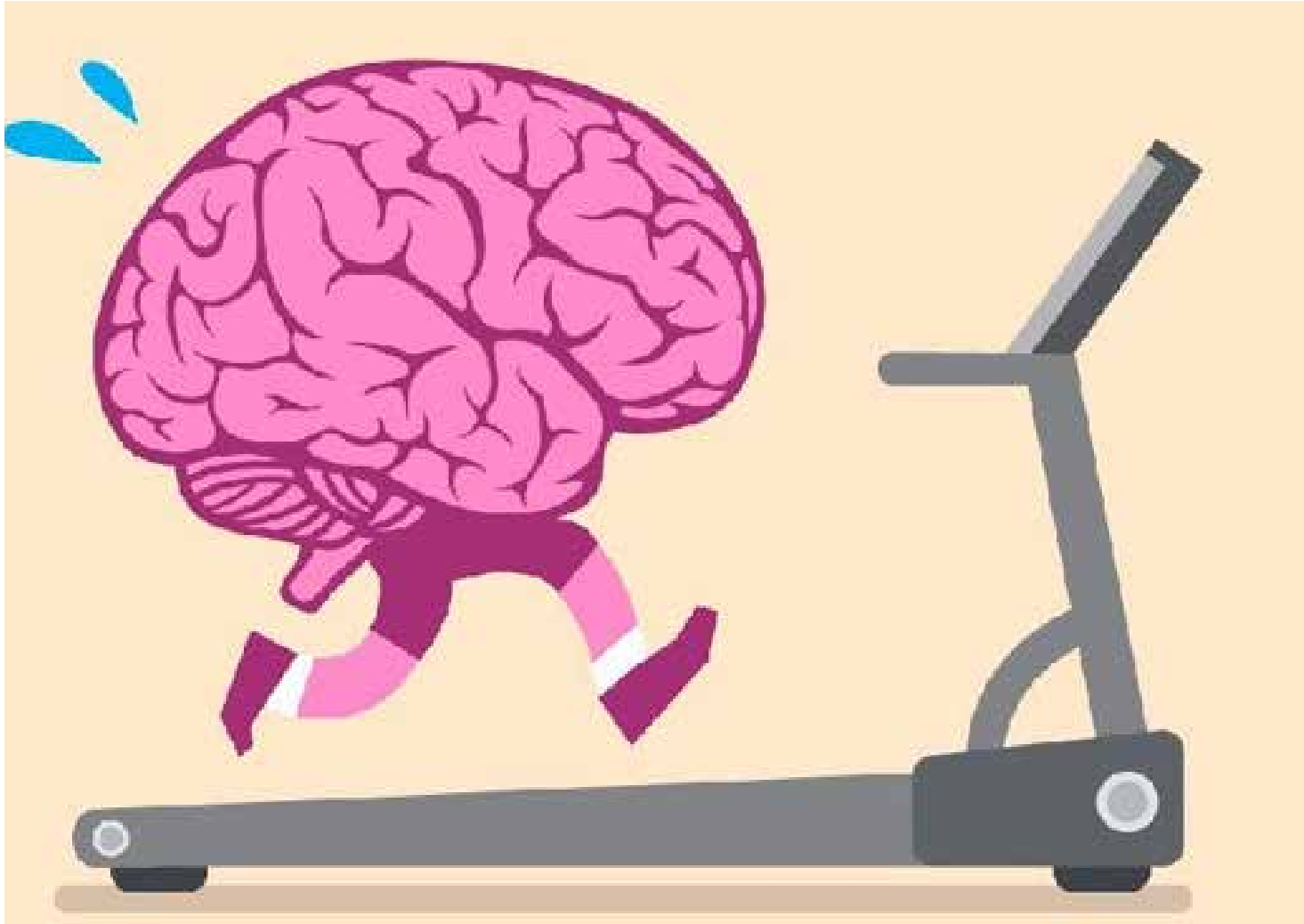
Aunque cualquier animal en busca de alimento debe navegar y descubrir dónde encontrar comida, los cazadores-recolectores deben realizar estas funciones durante las caminatas rápidas que pueden extenderse por más de 20 kilómetros. A altas velocidades, la multitarea se vuelve aún más difícil y requiere un procesamiento de información más rápido.

Desde una perspectiva evolutiva, tendría sentido tener un cerebro listo para responder a una serie de desafíos durante y después de la búsqueda de alimentos para maximizar las posibilidades de éxito en esa tarea. Pero los recursos fisiológicos necesarios para construir y mantener dicho cerebro, incluidos los que apoyan el nacimiento y la supervivencia de nuevas neuronas, le cuestan energía al cuerpo, lo que significa que si no usamos regularmente este sistema, es probable que perdamos estos beneficios.

Esta perspectiva evolutiva de la neurociencia sobre el ejercicio y el cerebro tiene profundas implicaciones para los humanos de hoy. En nuestra sociedad moderna, no necesitamos participar en actividades físicas aeróbicas para encontrar comida para sobrevivir. La atrofia cerebral y los declives cognitivos concomitantes que ocurren comúnmente durante el envejecimiento pueden estar en parte relacionados con nuestros hábitos sedentarios.

Pero simplemente hacer más ejercicio puede no dar cuenta del potencial total de la actividad física para mantener a raya el deterioro cerebral. De hecho, nuestro modelo sugiere que incluso las personas que ya realizan mucha actividad aeróbica pueden querer repensar sus rutinas. Es posible que no siempre hagamos ejercicio de manera que aprovechemos al máximo nuestros mecanismos evolucionados para mantener el rendimiento cerebral.

Piense en las formas en que muchos de nosotros hacemos nuestro ejercicio aeróbico. A menudo vamos a gimnasios y usamos una máquina de ejercicios estacionaria; la tarea más exigente cognitivamente en un entrenamiento de este tipo podría ser decidir qué canal mirar



en la televisión incorporada. Además, estas máquinas eliminan algunas de las exigencias de mantener el equilibrio y ajustar la velocidad, entre muchos otros desafíos cognitivos intrínsecos del movimiento a través de un entorno cambiante.

¿QUÉ PASA SI ESTA FORMA DE EJERCICIO NOS ESTÁ FALLANDO?

Nuestros antepasados evolucionaron en un mundo impredecible. ¿Qué pasaría si pudiéramos modificar nuestras rutinas de ejercicio para incluir desafíos cognitivos como los que enfrentan nuestros antepasados cazadores-recolectores?

Si podemos aumentar los efectos del ejercicio al incluir una actividad cognitivamente exigente, entonces quizás podamos aumentar la eficacia de los regímenes de ejercicio destinados a aumentar la cognición durante el envejecimiento e incluso alterar el curso de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer.

MOVERSE Y PENSAR

De hecho, un número creciente de investigaciones sugiere que el ejercicio que estimula cognitivamente puede beneficiar al cerebro más que el ejercicio que no genera tales demandas cognitivas. Por ejemplo, Gerd Kempermann y sus colegas del Centro de Terapias Regenerativas de Dresde en Alemania exploraron esta posibilidad comparando el crecimiento y la supervivencia de nuevas neuronas en el hipocampo del ratón después del ejercicio solo o después del ejercicio combinado con el acceso a un entorno enriquecido cognitivamente. Encontraron un efecto aditivo: el ejercicio solo era bueno para el hipocampo, pero combinar la actividad física con las demandas cognitivas en un entorno estimulante fue aún mejor, lo que condujo a más neuronas nuevas. El uso del cerebro durante y después del ejercicio pareció desencadenar una mayor supervivencia de las neuronas.

Nosotros y otros, afirman los autores, hemos comenzado recientemente a extender estos estudios de animales a humanos, con resultados alentadores. Por ejemplo, los investigadores han estado explorando la combinación de ejercicio y desafíos cognitivos en individuos que experimentan un deterioro cognitivo notable. Cay Anderson-Hanley de Union College en Schenectady, Nueva York, ha probado el ejercicio simultáneo y las intervenciones cognitivas en personas con deterioro cognitivo leve, una condición asociada con un mayor riesgo de Alzheimer.

Ciertamente, se necesita más trabajo en poblaciones como esta antes de que podamos sacar conclusiones firmes, pero los resultados hasta ahora sugieren que las personas que ya están experimentando algún deterioro cognitivo pueden beneficiarse del ejercicio mientras juegan un videojuego mentalmente exigente. En estudios de adultos sanos, Anderson-Hanley y sus colegas también han demostrado que hacer ejercicio y jugar un videojuego cognitivo desafiante al mismo tiempo puede provocar un mayor aumento en el BDNF circulante que el ejercicio solo. Estos hallazgos refuerzan aún más la idea de que el BDNF es fundamental para lograr beneficios cerebrales inducidos por el ejercicio.

Además de las intervenciones especialmente diseñadas, similares a las descritas aquí, es posible que la participación en deportes que requieren combinaciones de tareas cognitivas y aeróbicas sea una forma de activar estos beneficios cerebrales. Por ejemplo, recientemente demostramos que los corredores universitarios de todo el país que se entrenan ampliamente en senderos al aire libre han aumentado la conectividad entre las regiones cerebrales asociadas con las funciones cognitivas ejecutivas en comparación con los adultos jóvenes sanos pero más sedentarios. El trabajo futuro nos ayudará a comprender si estos beneficios también son mayores que los observados en los corredores que entrenan en entornos menos complejos, por ejemplo, en una cinta de correr.

Queda mucho por descubrir. Aunque todavía es demasiado pronto para hacer recetas específicas para combinar ejercicio y tareas cognitivas, podemos decir con certeza que el ejercicio es un jugador clave para preservar la función cerebral a medida que envejecemos.

Las pautas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. sugieren que las personas deben realizar ejercicio aeróbico durante al menos 150 minutos a la semana a una intensidad moderada o al menos 75 minutos a la semana a una intensidad vigorosa (o una combinación equivalente de los dos). Cumplir o exceder estas recomendaciones de ejercicio es bueno para el cuerpo y puede mejorar la salud del cerebro.

Los ensayos clínicos nos darán mucho más información sobre la eficacia del ejercicio cognitivamente comprometido: qué tipos de actividades mentales y físicas son las más impactantes, por ejemplo, y la intensidad y duración óptimas del ejercicio para aumentar la cognición. Pero a la luz de la evidencia que tenemos hasta ahora, creemos que con una investigación cuidadosa y continua podemos enfocarnos en las vías fisiológicas que unen el cerebro y el cuerpo y explotar la capacidad adaptativa evolucionada de nuestro cerebro para la plasticidad inducida por el ejercicio durante el envejecimiento. Al final, ejercitar tanto el cuerpo como el cerebro durante el ejercicio puede ayudar a mantener la mente aguda de por vida. Autor: David A. Raichlen, Gene E. Alexander Fuente: Scientific American Why Your Brain Needs Exercise- IntraMed

OMS-DATOS Y CIFRAS

Violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer -especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual- constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.

- En un estudio multipaís de la OMS, el 15%-71% de las mujeres de 15 a 49 años refirieron haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida.
- Estas formas de violencia pueden dar lugar a problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva y otros problemas de salud, y aumentar la vulnerabilidad al VIH.
- Entre los factores de riesgo de comisión de actos violentos cabe citar un bajo nivel de instrucción, el hecho de haber sufrido maltrato infantil o haber presenciado escenas de violencia en la familia, el uso nocivo del alcohol, actitudes de aceptación de la violencia y las desigualdades de género.
- Entre los factores de riesgo de ser víctima de la pareja o de violencia sexual figuran un bajo nivel de instrucción, el hecho de haber presenciado escenas de violencia entre los progenitores, la exposición a maltrato durante la infancia, y actitudes de aceptación de la violencia y las desigualdades de género.
- En entornos de ingresos altos, hay ciertos indicios de la eficacia de los programas escolares de prevención de la violencia de pareja (o violencia en el noviazgo) entre los jóvenes.
- En los entornos de ingresos bajos, aparecen como prometedoras otras estrategias de prevención primaria, como la microfinanciación unida a la formación en igualdad de género y las iniciativas comunitarias dirigidas contra la desigualdad de género o tendentes a mejorar la comunicación y las aptitudes para las relaciones interpersonales.
- Las situaciones de conflicto, posconflicto y desplazamiento pueden agravar la violencia y dar lugar a nuevas formas de violencia contra las mujeres.

INTRODUCCIÓN

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".

La violencia de pareja se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.

La violencia sexual es cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto.

ALCANCE DEL PROBLEMA

Las estimaciones más precisas de la prevalencia de la violencia de pareja y la violencia sexual en entornos sin conflictos son las proporcionadas por encuestas poblacionales basadas en el testimonio de las víctimas. En un estudio de la OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer (WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women) realizado en 10 países, en su mayoría en desarrollo, se observó que en las mujeres de 15 a 49 años:

-entre el 15% de ellas en el Japón y el 70% en Etiopía y el Perú referían haber sufrido a lo largo de su vida violencia física o sexual perpetrada por su pareja;

-entre un 0,3% y un 11,5% referían haber sufrido violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja después de cumplidos 15 años; la primera experiencia sexual había sido forzada en muchos casos (17% en la Tanzanía rural, 24% en el Perú rural, y 30% en zonas rurales de Bangladesh). La violencia de pareja y la violencia sexual son perpetradas en su mayoría por hombres contra mujeres y niñas. El abuso sexual infantil afecta a niños y niñas. En los estudios internacionales realizados, aproximadamente el 20% de las mujeres y el 5%-10% de los hombres refieren haber sido víctimas de violencia sexual en la infancia.

Los estudios poblacionales sobre la violencia en las relaciones entre los jóvenes («violencia en el noviazgo») indican que este problema afecta a una proporción considerable de la población joven. Por ejemplo, en un estudio realizado en Sudáfrica entre personas de 13 a 23 años, el 42% de las mujeres y el 38% de los hombres refirieron haber sido víctimas de violencia física en el noviazgo.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos.

Entre los factores de riesgo de ambas, violencia de pareja y violencia sexual, se encuentran los siguientes:

un bajo nivel de instrucción (autores de violencia sexual y víctimas de violencia sexual);

la exposición al maltrato infantil (autores y víctimas);

la experiencia de violencia familiar (autores y víctimas);

el trastorno de personalidad antisocial (autores);

el uso nocivo del alcohol (autores y víctimas);

el hecho de tener muchas parejas o de inspirar sospechas de infidelidad en la pareja (autores);

las actitudes de aceptación de la violencia (autores y víctimas).

Entre los factores asociados específicamente a la violencia de pareja cabe citar:

los antecedentes de violencia (autores y víctimas);

la discordia e insatisfacción marital (autores y víctimas).

Y entre los factores asociados específicamente a la violencia sexual destacan:

la creencia en el honor de la familia y la pureza sexual;

las ideologías que consagran los privilegios sexuales del hombre, y

la levedad de las sanciones legales contra los actos de violencia sexual.

La desigualdad de la mujer con respecto al hombre y el uso normativo de la violencia para resolver los conflictos están estrechamente asociados tanto a la violencia de pareja como a la violencia sexual ejercida por cualquier persona.

Consecuencias para la salud

La violencia de pareja y la violencia sexual producen a las víctimas supervivientes y a sus hijos graves problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos a corto y a largo plazo, y tienen un elevado costo económico y social.

Entre los efectos en la salud física se encuentran las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general. En algunos casos se producen traumatismos, a veces mortales.

La violencia de pareja y la violencia sexual pueden ocasionar embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos, e infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH. La violencia de pareja durante el embarazo también aumenta la probabilidad de aborto espontáneo, muerte prenatal, parto prematuro y bajo peso al nacer.

Estas formas de violencia pueden ser causa de depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastornos alimentarios, sufrimiento emocional e intento de suicidio.

La violencia sexual, sobre todo en la infancia, también puede incrementar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como las prácticas sexuales de riesgo en fases posteriores de la vida. Asimismo se asocia a la comisión (en el hombre) y el padecimiento (en la mujer) de actos de violencia.

REPERCUSIÓN EN LOS NIÑOS

Los niños que crecen en familias en las que hay violencia pueden sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales. Estos trastornos pueden asociarse también a la comisión o el padecimiento de actos de violencia en fases posteriores de su vida. La violencia de pareja también se ha asociado a mayores tasas de mortalidad y morbilidad en los menores de 5 años (por ejemplo, por enfermedades diarreicas y malnutrición).

COSTOS SOCIALES Y ECONÓMICOS

Los costos sociales y económicos de este problema son enormes y repercuten en toda la sociedad. Las mujeres pueden llegar a encontrarse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos.

PREVENCIÓN Y RESPUESTA

En la actualidad hay pocas intervenciones cuya eficacia se haya demostrado mediante estudios bien diseñados. Son necesarios más recursos para reforzar la prevención de la violencia de pareja y la violencia sexual, sobre todo la prevención primaria, es decir, para impedir que se produzca el primer episodio.

Respecto a la prevención primaria, hay algunos datos correspondientes a países de ingresos altos que sugieren que los programas escolares de prevención de

sigue en pág. 35

viene de pág. 34

la violencia en las relaciones de noviazgo son eficaces. No obstante, todavía no se ha evaluado su posible eficacia en entornos con recursos escasos. Otras estrategias de prevención primaria que se han revelado prometedoras pero deberían ser evaluadas más a fondo son por ejemplo las que combinan la microfinanciación con la formación en materia de igualdad de género, las que fomentan la comunicación y las relaciones interpersonales dentro de la comunidad, las que reducen el acceso al alcohol y su uso nocivo, y las que tratan de cambiar las normas culturales en materia de género.

Para propiciar cambios duraderos, es importante que se promulguen leyes y se formulen políticas que protejan a la mujer; que combatan la discriminación de la mujer y fomenten la igualdad de género, y que ayuden a adoptar normas culturales más pacíficas.

Una respuesta adecuada del sector de la salud puede ser de gran ayuda para la prevención de la violencia contra la mujer y la respuesta consiguiente. La sensibilización y la formación de los prestadores de servicios de salud y de otro tipo constituyen por tanto otra estrategia importante. Para abordar de forma integral las consecuencias de la violencia y las necesidades de las víctimas y supervivientes se requiere una respuesta multisectorial.

EFECTOS DE LA DIETA Y LOS RITMOS CIRCADIANOS

Cómo aumenta la inmunidad intestinal contra las amenazas entrantes

Comer provoca que los nervios del intestino liberen una hormona llamada VIP, lo que inicia la actividad de las células inmunes

Investigadores del Instituto Walter y Eliza Hall descubrieron, en modelos de laboratorio, que comer desencadena una 'reacción en cadena' hormonal en el intestino.

Comer causa que una hormona llamada VIP inicie la actividad de las células inmunes en respuesta a patógenos potencialmente entrantes o bacterias 'malas'. Los investigadores también encontraron que la inmunidad aumentó en las comidas anticipadas, lo que indica que mantener patrones de alimentación regulares podría ser más importante de lo que se pensaba.

Con el aumento de las condiciones asociadas con la inflamación crónica en el intestino, como el intestino irritable y la enfermedad de Crohn, una mejor comprensión de los mecanismos de protección temprana que rigen la salud intestinal podría ayudar a los investigadores a desarrollar estrategias de prevención contra la inflamación y la enfermedad no deseadas.

La investigación, dirigida por el profesor Gabrielle Belz y el Dr. Cyril Seillet del Instituto Walter y Eliza Hall, se publicó en la revista Nature Immunology.

DE UN VISTAZO

Comer activa las células inmunes en el intestino que protegen contra los patógenos y preservan la salud intestinal. La inmunidad en el intestino también aumenta en las comidas regulares en previsión de comer y un riesgo potencialmente mayor de infección.

Un nuevo estudio realizado por investigadores del Instituto Walter y Eliza Hall en Melbourne, Australia, reveló cómo los mecanismos de protección intestinal aumentan significativamente con la ingesta de alimentos y en los momentos del día en que se anticipan las comidas en función de los hábitos alimenticios regulares.

Comer provoca que los nervios del intestino liberen una hormona llamada VIP, lo que inicia la actividad de las células inmunes en respuesta a los patógenos potencialmente entrantes o bacterias 'malas'. Este video muestra la red nerviosa (roja) dentro del intestino delgado que secreta VIP (verde) alrededor de un grupo de células inmunes (azul).

Comprender las complejas interacciones entre la alimentación, la salud intestinal y la inflamación podría ayudar en el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento para enfermedades inflamatorias crónicas.

ARMADO CONTRA INVASORES

El profesor Belz dijo que el equipo demostró, por primera vez, que la activación de VIP inducida por alimentos en modelos preclínicos era vital para un subconjunto de células inmunes llamadas ILC3 para montar una respuesta protectora en el intestino.

"La ingesta de alimentos 'enciende' VIP, que juega un papel crítico en alertar al ejército intestinal de células inmunes ILC3. En respuesta, las ILC3 secretan interleucina-22 (IL-22), que se convierte en una acción protectora para defenderse contra los patógenos y mantener el tejido integridad.

"También demostramos que una deficiencia en VIP limita la producción de IL-22, que a su vez afecta negativamente la capacidad del sistema inmunitario para prevenir la inflamación no deseada", dijo.

Los investigadores utilizaron técnicas de imagen avanzadas para identificar los 'jugadores' integrales a la inmunidad protectora en el intestino. Utilizando una nueva técnica de imagen que hace que el tejido sea translúcido, los investigadores pudieron capturar imágenes 3D de alta resolución de cómo interactúan las células inmunes VIP e ILC3 para proteger el intestino. Los resultados mostraron su proximidad, lo que confirmó su interdependencia.

COMIDAS REGULARES CLAVE PARA LA SALUD INTESTINAL

Los investigadores también mostraron que los genes del 'reloj circadiano' podrían permitir que el intestino aumente la inmunidad en anticipación de las comidas regulares.

El Dr. Seillet dijo que la inmunidad intestinal basal fluctuaba a lo largo del día, en función de los ritmos circadianos y una respuesta anticipatoria a los patrones de alimentación regulares.

"Vimos que la inmunidad intestinal no solo aumenta con la ingesta de alimentos. También aumenta y disminuye debido a la maquinaria celular incorporada regulada por el gen del reloj circadiano Bmal1, que parece activar las células inmunes cuando es probable que coma", dijo el Dr. Seillet.

"Si bien se necesita más trabajo para comprender mejor este mecanismo anticipatorio, los resultados son muy interesantes y podrían ayudar a explicar por qué las interrupciones en los ritmos circadianos y los patrones de alimentación regulares podrían aumentar la inflamación crónica en el intestino".

EFECTO PROTECTOR

El Dr. Seillet dijo que un conocimiento detallado sobre los mecanismos para la protección intestinal y la reparación de los tejidos podría ser útil para prevenir la inflamación intestinal temprana, antes de que ocurriera la enfermedad.

"Los próximos pasos de nuestra investigación incluyen obtener una comprensión molecular de qué propiedades de los alimentos son responsables de iniciar el proceso de inmunidad protectora", dijo.

"Por ejemplo, ¿hay ciertas dietas que generan una respuesta más protectora que otras?"

El estudio fue apoyado por el Gobierno de Victoria y el Consejo Nacional de Investigación Médica y de Salud de Australia. Autor: Cyril Seillet, Kylie Luong, Julie Tellier, Nicolas Jacquelot, Rui Dong Shen, et al. Fuente: Nature Immunology volume https://doi.org/10.1038/s41590-019-0567-y The neuropeptide VIP confers anticipatory mucosal immunity by regulating ILC3 activity.IntraMed

FUERA DE LÍNEA: TOCAR A LOS PACIENTES ES EL PRIMER IDIOMA

¿Por qué los médicos ya no tocan a los pacientes?

La impersonalización del encuentro clínico ha sido un grave revés para la medicina

Habiendo tenido el privilegio de asistir a clínicas en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido casi todas las semanas desde marzo de este año, puedo decir honestamente que en ningún momento ningún médico, cirujano o anestesista ha completado algo que se aproxime a un examen físico. (Incluso tomar un historial médico ha sido un ejercicio asombrosamente superficial. Las enfermeras son más exhaustivas, aunque usan una lista de verificación).

Estas observaciones no pretenden ser críticas. Podría argumentar que, dado que mi "queja de presentación" no se refería al corazón, los pulmones, el abdomen o el sistema neurológico, un examen físico completo era innecesario. Pero como alguien que asistió a la escuela de medicina en la década de 1980, tenía la importancia de la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación grabada en mi alma clínica emergente.

Las páginas y páginas de hallazgos que escribimos basados en extensas historias y exámenes físicos se conformaron a un patrón de detalles extraordinarios que se nos exhortó, de hecho se nos exigió que describiéramos. Pero no hoy. O, al menos, no en la práctica cotidiana de la medicina. El examen físico parece haberse convertido en un anacronismo, un vestigio remanente, de atención clínica.

¿Deberíamos llorar o celebrar la desaparición de la imposición de manos?

En muchos sentidos debemos alegrarnos. Me trasladaron por resonancia magnética con contraste y tomografías PET-CT, me sometieron a numerosos ECG, exámenes de ultrasonido y ecocardiogramas, me pincharon con agujas de biopsia y me senté en colas gigantes esperando que los tubos de ensayo se llenaran con mi sangre.

¿QUIÉN NECESITA MÉDICOS?

La precisión de la medicina tecnológica moderna triunfa sobre cualquier cosa que nuestros sentidos humanos defectuosos puedan detectar. Los médicos que he visto han sido en su mayoría magníficos. Pero sus roles han sido extrañamente ambiguos. Uno prescinde rápidamente de las razones clínicas de nuestro encuentro, pasando a lamentaciones entretenidas y escandalosas sobre el manejo del hospital.

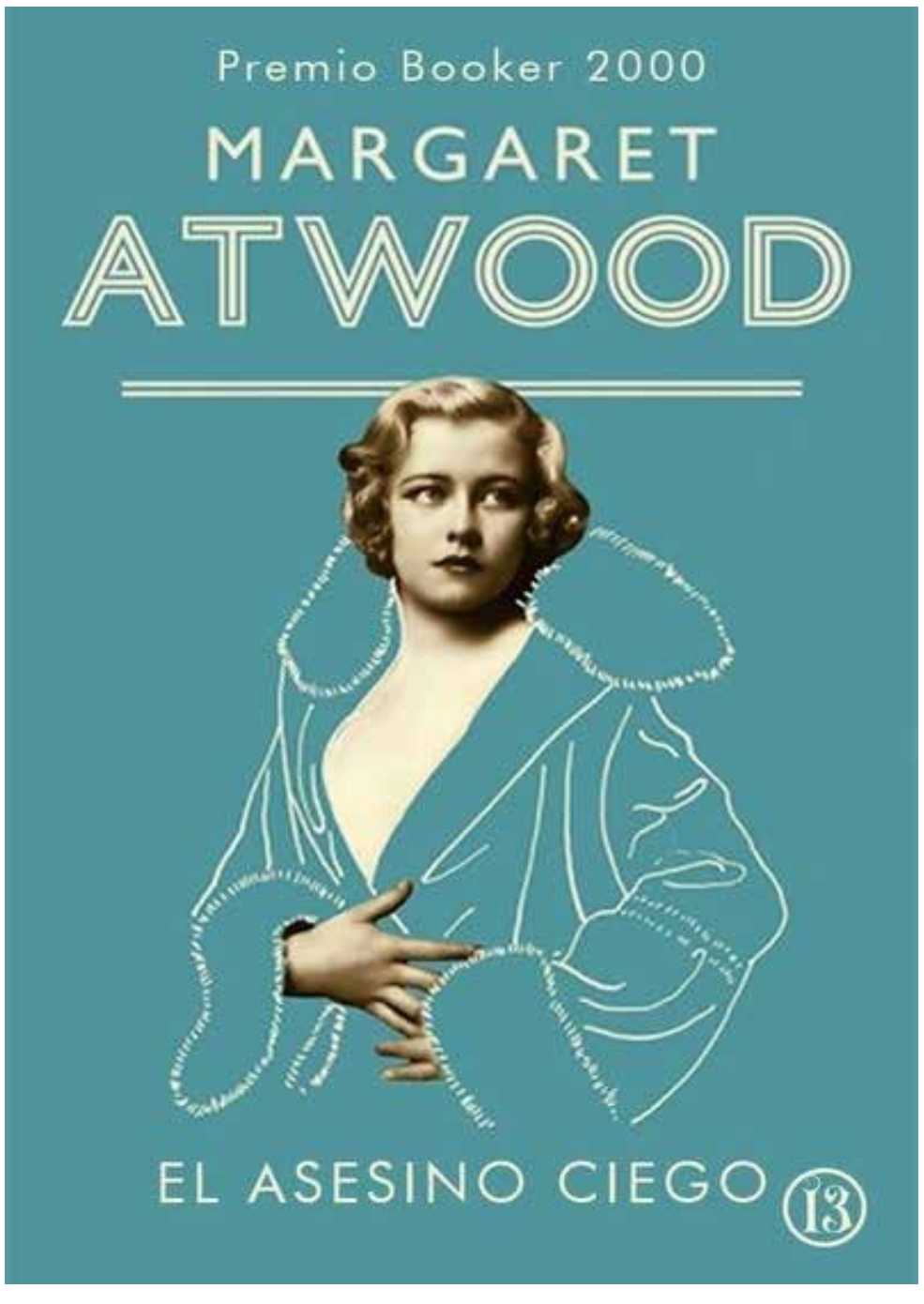
Otra es más fría, incluso helada, llamando (gritando) el nombre de un paciente en medio de la clínica. Se espera que el paciente siga al consultor como un estudiante malcriado de la escuela. Al entrar en la sala de la clínica, te sientas y luego ves una cara inexpresiva y bastante aterradora leer el informe de patología (o lo que sea) desde una computadora.

De una manera desarmadoramente directa, y sin una sombra de contacto visual, usted aprende si la última pieza de tejido extraída está libre o no de enfermedad. El consultor es impasible, inconmovible, ya que transmiten su destino. Y a través de todos estos intercambios, no hay contacto. De hecho, lo contrario. Separación absoluta Sin examen de manos. No hay búsqueda atenta de ganglios linfáticos agrandados. Sin sensación de pulso, radial, braquial, carotídeo u otro. No se mide la presión venosa yugular. Ninguna inspección o palpación del praecordium. No hay auscultación del corazón. Sin percusión o auscultación del tórax. Sin examen abdominal. Y el sistema nervioso puede simplemente no existir. He probado estas percepciones con amigos que todavía ven pacientes. Están sorprendidos de que yo esté sorprendido.

EVITAR EL CONTACTO ES UNA MALA MEDICINA.

Estoy tan cautivado como cualquier otro por las nuevas tecnologías médicas. Honro (de hecho, ahora dependo) el descubrimiento de nuevos medicamentos para controlar afecciones que antes no se podían tratar. Admiro los logros de los médicos en un entorno clínico cada vez más presionado. Pero un examen clínico no se trata solo de obtener evidencia para formar un diagnóstico diferencial. El examen clínico, y el lugar central de contacto en ese examen, se trata de fomentar una conexión física y mental entre el médico y el paciente.

El tacto significa la naturaleza humana de la situación en que se enfrentan el paciente y el médico. El tacto humaniza esa situación. El tacto genera confianza, tranquilidad y un sentido de comunión. El tacto se trata de fomentar un vínculo social de simpatía, compasión y ternura entre dos extraños. El tacto puede incluso transmitir la idea de supervivencia.

La impersonalización del encuentro clínico ha sido un grave revés para la medicina. La subestimación de la importancia del tacto niega la necesidad universal de conexión física en las relaciones humanas, de cualquier tipo. El tacto, expresado a través del examen físico, comunica comodidad y preocupación. El tacto fomenta la cooperación. Es hora de devolver el tacto a la medicina.

Autor: Richard Horton Fuente: The Lancet DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32280-9 Offline: Touch—the first language-FUENTE- IntraMed