AÑO XXII . Nº 223 . FLORIDA . OCTUBRE 2019

EL DIARIO MEDICO
Salud hoy

10 años de Hemocentro: primer centro público certificado internacionalmente en todas sus áreas

Hemocentro
Centro Regional de Medicina Transfusional de Maldonado
assesalud
HemoVida
10 AÑOS DE VIDA

DM
22 años juntos
SUSCRIPCIÓN GRATUITA POR INTERNET
www.eldiariomedico.com.uy

SALIÓ LA NUEVA LEY Y EL DECRETO REGLAMENTARIO

Certificado de defunción

AC. DR. ANTONIO TURNES

El pasado 16 de setiembre de 2019 el Poder Ejecutivo aprobó el Decreto No. 276/019 que reglamenta la Ley No. 19.628 del 21 de junio de 2018, que establece las NUEVAS CONDICIONES PARA EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

Aunque parezca mentira, este certificado estaba regulado por un viejo decreto de 1889, y es la primera vez que una ley se ocupa de establecer nuevas normas, que en parte mejoran las debilidades que tenía la hasta ahora vigente. Se terminaron los plazos en que el médico podía firmar un certificado de defunción si era un paciente agudo (24 horas) o crónico (7 días) desde la última vez que lo había visto. Se establece claramente que el médico DEBERÁ FIRMAR EL CERTIFICADO SI LA MUERTE ES NATURAL, y NO LO DEBERÁ FIRMAR SI ES DE CAUSA VIOLENTA O SOSPECHA DELITO. Veamos algunos detalles.

LA LEY NO. 19.628

La mencionada ley define (Art. 1): "El certificado de defunción es el documento médico -legal en el que se registra el fallecimiento de una persona o una defunción fetal, sus causas, estados mórbidos contribuyentes y demás datos que establezca la reglamentación."

(Art. 2): "Constitúyese una OBLIGACIÓN DE LOS MÉDICOS EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN en forma diligente, precisa, veraz y exhaustiva, ateniéndose a los criterios que establecerá la reglamentación para los distintos formularios a emplear para las defunciones fetales o de personas nacidas vivas."

(Art. 3): "A los efectos de la expedición del certificado de defunción LAS MUERTES PUEDEN SER NATURALES O VIOLENTAS."

"MUERTE NATURAL es la que resulta de un proceso patológico agudo o crónico. MUERTE VIOLENTA es aquella debida a causas externas, sea de etiología accidental, homicida o suicida."

OGLIGACIÓN DE FIRMAR

(Art. 4): "Los médicos que participaron de la asistencia de una persona fallecida están obligados a expedir el certificado de defunción, SALVO QUE SE TRATARA DE UNA MUERTE DE CAUSA VIOLENTA O EXISTA SOSPECHA FUNDADA DE UN DELITO, en cuyo caso deberá dar intervención a la autoridad judicial, quedando la expedición del certificado de defunción a cargo del médico forense que disponga el Juez competente, tras las pericias que éste ordene realizar."

SI SE DESCONOCE LA CAUSA, PERO ES NATURAL

(Art. 5): "Cuando el médico responsable de expedir el certificado de defunción desconozca la causa de muerte y no exista evidencia o sospecha de muerte violenta o delito, consignará en el certificado de defunción que se trató de una muerte natural de causa indeterminada.

Cuando correponda, el médico procurará la realización de una autopsia clínica en la forma establecida en el artículo 8° de la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, a los efectos de procurar determinar la causa de la muerte."

ESTÁ PROHIBIDO COBRAR POR EXPEDIRLO

(Art. 7): "Al médico le está prohibido el cobro por efectuar certificaciones de defunción."

EL DECRETO 276/019

El Decreto reitera los mismos conceptos de la ley, y amplía algunos detalles de procedimiento, estableciendo que:

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

(Art. 1): "El tratamiento de los datos se realizará con arreglo a lo dispuesto en la Ley N° 18.331 de 11 de agosto de 2008, de protección de datos personales y acción de habeas data."

(Art. 2): "El certificado de defunción deberá expedirse en formato electrónico, de conformidad con las disposiciones del Decreto N° 431/011 de 8 de diciembre de 2011. Cuando por causa de fuerza mayor el profesional médico no pueda expedir el certificado en formato electrónico, deberá expedirlo en formato papel, debiendo explicitar ante el Ministerio de Salud Pública los motivos de fuerza mayor que le impidieron expedirlo en formato electrónico."

SÓLO EL MÉDICO PUEDE EXPEDIRLO

(Art. 3): "La expedición del certificado de defunción ES UN ACTO MÉDICO reservado a los profesionales habilitados para ejercer la Medicina en el territorio de la República. Es obligación de los médicos, cuando les corresponda, el registro diligente, preciso, veraz y exhaustivo de la información requerida en el certificado de defunción."

NO PODRÁ INHUMARSE O CREMARSE SIN CERTIFICADO

(Art. 5): "Se prohíbe la inhumación, cremación y toda otra forma de disposición final de cadáveres sin la correspondiente presentación del certificado de defunción expedido por el médico. En tal sentido, los médicos que están obligados a expedir el certificado deberán cumplir con su obligación en la forma más diligente posible, no pudiendo excederse del plazo de veinticuatro horas. A este plazo máximo solo podrá llegarse en casos excepcionales y por causa debidamente justificada. Cuando el cuerpo deba ser objeto de pericia forense, los plazos serán dispuestos por la autoridad competente."

MUERTE VIOLENTA Y MINISTERIO PÚBLICO (FISCAL)

(Art. 8): "Los médicos que participaron de la asistencia de una persona fallecida durante el proceso patológico que causó la muerte están obligados a expedir el certificado de defunción, salvo que se tratara de una muerte violenta o exista sospecha fundada de la existencia de un delito, en cuyo caso deberá dar intervención al Ministerio Público, quedando la expedición del certificado de defunción a cargo del médico forense, tras las pericias que el Fiscal ordene practicar. Aquellos médicos que participaron de la asistencia de una persona fallecida y no expidieron el certificado de defunción por tratarse de una muerte violenta o sospechar fundadamente de la existencia de un delito deberán colaborar con la investigación criminal en la forma que disponga el Fiscal competente."

MUERTE EN UN CENTRO ASISTENCIAL

(Art. 9): "El hecho de que el fallecimiento se produzca en un centro asistencial y siempre que no se trate de muerte violenta ni exista sospecha fundada de un delito, HABILITARÁ A TODOS LOS MÉDICOS DEL SERVICIO A EXPEDIR EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN. En todo caso la responsabilidad por la referida expedición recaerá en quien determine el Jerarca de la Institución de Salud, quien en última instancia deberá asumirla personalmente."

(Art. 10): "Cuando el médico responsable de expedir el certificado de defunción desconozca la causa de muerte, siempre que no exista evidencia o sospecha de muerte violenta o sospecha fundada de delito, consignará en el certificado de defunción que se trató de una muerte natural de causa indeterminada. Cuando corresponda, el médico procurará la realización de una autopsia clínica en la forma establecida en el artículo 8° de la Ley N° 14.005 de 17 de agosto de 1971, a los efectos de procurar determinar la causa de la muerte. En los casos de menores de un año de vida fallecidos con el diagnóstico primario de muerte súbita del lactante, se procederá según lo dispuesto en la Ley N° 18.537 de 21 de agosto de 2009."

Los destacados en MAYÚSCULAS son del autor. Quedan claros ahora muchos aspectos que permanentemente eran objeto de dudas y eventuales conflictos con la Justicia.

Entre otros, la discusión a menudo estéril, de un paciente que fallece en un centro hospitalario público o privado, cuando no está el o los médicos tratantes, corresponde que cualquier médico lo firme, inclusive el director o subdirector del establecimiento.

Un paciente hospitalizado que ingresó por un siniestro de tránsito, o por lesiones producidas por intento de homicidio o autoeliminación, NO DEBE SER FIRMADO por los médicos de la institución, sino que se debe dar cuenta al Fiscal. Independientemente del tiempo que haya estado internado. Por cuanto de ese fallecimiento pueden derivar responsabilidades civiles y penales.

Lo mismo sucede con la constatación de la muerte que realizan los médicos de las emergencias móviles. Si consideran que es de causa natural, deben firmarlo, sin más trámite. Esto ha causado algunas controversias con las instituciones empleadoras; pero queda claro que es su responsabilidad hacerlo.

Se abre un nuevo capítulo en el desarrollo de los temas de salud pública, que es imprescindible conocer para evitar complicaciones.

Pueden consultarse la Ley y el Decreto en estos sitios:

https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19628-2018

https://www.impo.com.uy/bases/decretos/276-2019

La ley estaba promulgada hace más de un año, pero la tramitación del decreto reglamentario llevó muchos meses de consultas a las oficinas jurídicas de tres ministerios y recién el pasado mes se pudo dictar el decreto reglamentario. Por eso, EL DIARIO MÉDICO, preocupado por ayudar en su tarea cotidiana a los médicos del país, entrega esta información para cooperar con el mejor desempeño de sus tareas, recomendando especial atención a la observancia de estas normativas.

En este camino y con esta actitud queremos al futuro de este Uruguay

Octubre de 2019. Otra vez en cruces de caminos. Historia, hechos y realidades que cada cual interpretará como quiere.

Yo también lo haré. Sin mayores exigencias y sin ningún tinte académico. Solo observando y recordando el ayer y el hoy. Sin recurrir ni a texto ni a bibliografía alguna. Sólo a charla de amigos.

Me remonto por ejemplo, al 2005. Muchas personas sin recursos para atención oftalmológicas dignas. Solo accesible el Saint Bois donde un distinguido oftalmólogo operaba gratis de cataratas los días sábados, a decenas de pacientes. Muchos miles en todo el Uruguay enfrentando la realidad de una ceguera cercana.

En ese año, muchas voces miraban a Cuba y otras muchas con cegueras ideológicas se negaban a que el Estado abriera esa posibilidad. Se logró y más de 2000 compatriotas se operaron en Cuba. Era algo, pero eran miles los que aguardaban. Resistencias a la iniciativa del gobierno.

Al final en 2007 se abre el Hospital de Ojos "José Martí", un ancho cauce de esperanzas y muchos palos en la rueda: que médicos cubanos si, que cubanos no. Quienes pensaban en la gente y sus penurias, siguen la marcha. En 2008, el BPS y el PIT CNT firman un primer convenio y comienzan las primeras intervenciones quirúrgicas.

Las críticas se mantienen pero la marcha no se detiene. Hay que avanzar y en 2009 se da otro paso: se inicia la capacitación de profesionales uruguayos y la formación de residentes y pasantes. Se abren más ventanas de esperanzas para miles. La decisión se mantiene firme frente a críticas de muchos y silencios de otros.

Entre el 2009 y el 2018, se abren para miles y miles todas las puertas y ventanas del "José Martí". Operación Milagro imparable. Llegan mediante nuevos convenios pacientes de Sanidad Policial, de Sanidad Militar, de AEBU, de UTE, Chafose, Udelar y algún otro.

Se va a más y la marcha no se detiene. NOVENTA MIL cirugías, más de UN MILLÖN de consultas ambulatorias en todos los departamentos. Se introducen costosas e innovadoras tecnologías y equipamientos de última generación transformando al Hospital de Ojos, a aquel viejo Saint Bois, en CENTRO DE RERENCIA NACIONAL. Y nos consta que aún se va a más. Ahora pensando en 4 grandes CENTROS OFTALMOLÓGICOS REGIONALES para una gran RED DE SALUD VISUAL que llegue desde allí al Uruguay más profundo.

Todo lo anterior sin descuidar en el proceso una realidad que nos habla de capacitación continua de 200 funcionarios y 22 brigadistas cubanos; 40 residentes de oftalmología; 50 pasantes de Licenciatura de Oftalmología; un Centro Asociado Docente, etc.etc., todo pensando en los usuarios, en los miles que aún ven con angustia en todo el país el indescriptible temor a quedar ciegos.

Esto yo lo veo en cada día. No sólo en el campo de la oftalmología sino en el amplio espectro de la salud toda. En el contenido trascendente del Seguro de Salud, del Fonasa, del SNIS, en todos los renovados servicios de ASSE, conquistas que revolucionaron la realidad sanitaria nacional que hoy nadie discute aunque todos – y también la administración actual – sienten que aún queda mucho por hacer. Y que se hará.

Por eso es que queremos que este camino, con esta actitud, en conjunción de esfuerzos, sin palos artificiales e interesados en las ruedas, continúe sin detenciones ni marchas hacia atrás, sean quienes sean los que rijan nuestro destino –el de todos- a partir del 1º. de marzo del 2020.

El Diario Médico allí estará, con la honesta objetividad de siempre, difundiendo todo lo bueno que se haga para la dignidad de este pueblo nuestro y de su gente. 14.09.2019

Prof. Elbio Diego Alvarez Aguilar (DIRERCTOR)

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
Montevideo de Todos
Publicación científica nacional nacida en Florida, de INTERÉS DEPARTAMENTAL
FLORIDA Departamento Abierto

Garantía y tranquilidad en sangre para el país.

Hemocentro 10 años del Banco Reserva del Uruguay

En vísperas de un nuevo aniversario y en momentos que la Organización Panamericana de la Salud recomienda se fortalezcan los centros de hemoterapia, y que para su optimización no deberían contar con menos de 5.000 donantes anuales, nos es grato, a través de esta publicación, abrir las puertas del Hemocentro Regional de Medicina Transfusional de Maldonado para dar a conocer la labor que desarrollamos desde hace una década.

La OPS propone a los países asociados, el fomento de servicios nacionales integrados para la donación, con el fin de garantizar la calidad y seguridad de la sangre y los hemocomponentes en el momento y lugar donde se necesiten.

Además de la generación de infraestructura, la organización destaca el aumento de la donación voluntaria como clave de los sistemas de salud eficaces.

El Hemocentro Regional Maldonado es el primero y único de estas características en el país; es un servicio público que depende del Servicio Nacional de Sangre y pertenece a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Centraliza la donación y producción de hemocomponentes de la región este del país: Maldonado, Rocha, Lavalleja, Treinta y Tres y Cerro Largo.

El objetivo primario es la colecta y administración de los recursos sanguíneos de la zona y dar respuesta a su demanda. Los altos niveles de recolección y compromiso de la comunidad han permitido pasar ese límite geográfico y dotar a hospitales públicos de la capital y del resto del país del insustituible elemento. (ver mapas, gráfica 1)

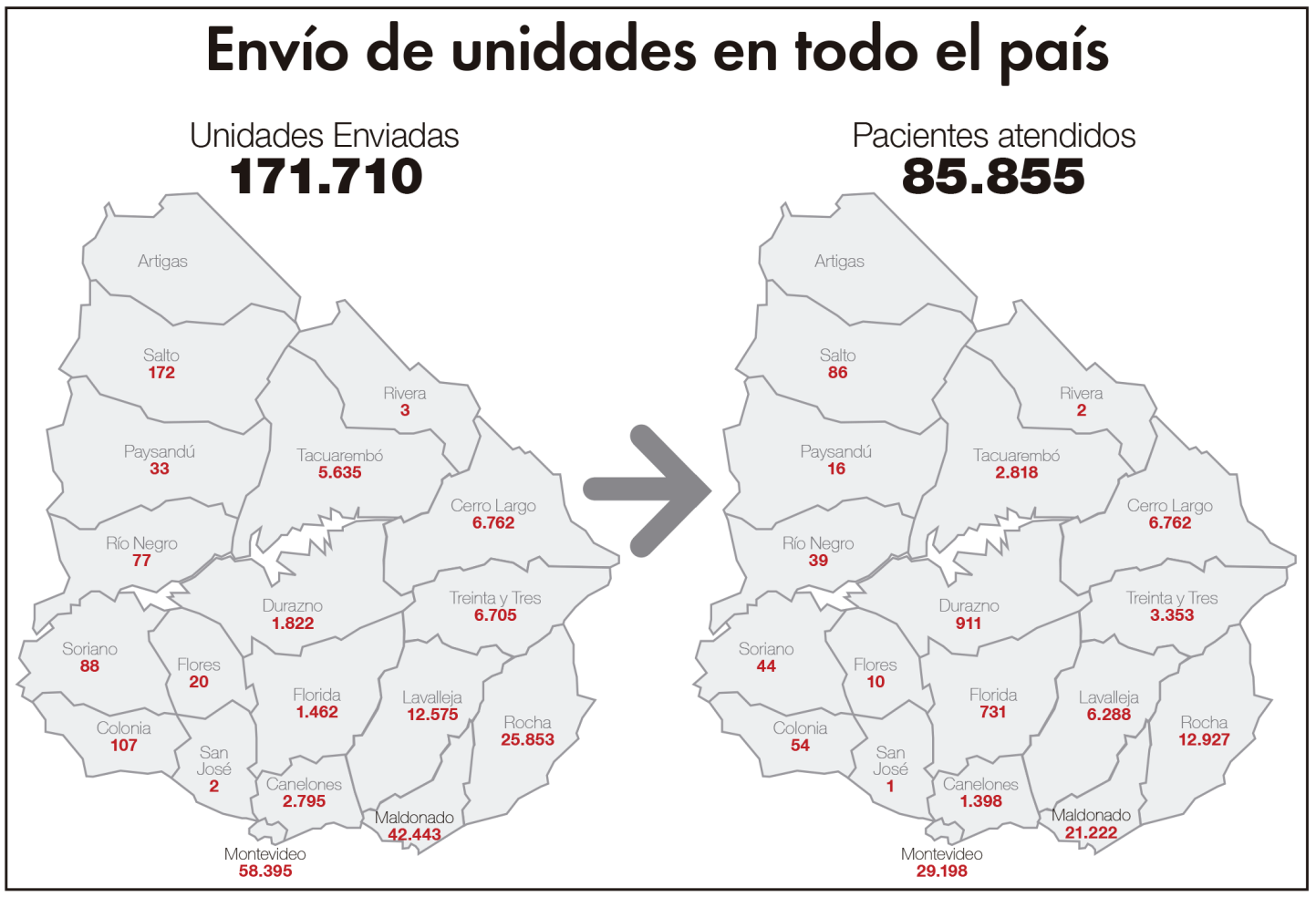
Además somos el principal suministrador del país del programa de procesamiento de plasma, resultado del acuerdo del Ministerio de Salud Pública con la Planta de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Mediante este acuerdo, el plasma no empleado en transfusiones se envía a la Universidad de Córdoba y retorna al país como medicamentos: Albúmina, Inmunoglobulina y Factor VIII de la coagulación; esto le ha significado un ahorro en la compra de medicamentos a la industria farmacéutica al Uruguay de: U$S 1.395.543 en 2015, U$S 1.461.805 año 2016, U$S 1.576.513 año 2017 y, U$S 1.792.364 año 2018.

Tras años de perfeccionamiento de nuestros procesos, obtuvimos la certificación UNIT – ISO 9001-2015, convirtiéndonos en la primera dependencia de ASSE de la región este que certifica todos sus sistemas de gestión. El reconocimiento de esta norma implica que nuestra institución esté dedicada a la mejora continua de todos los procesos a fin de satisfacer los objetivos propios y los de nuestros usuarios, favoreciendo la calidad del servicio, siendo pioneros en sistemas innovadores en la captación y fidelización de donantes. Es así que cumplimos con los estándares nacionales e internacionales de calidad y seguridad, lo que nos permite una correcta racionalización del producto y el alcance de índices de descarte por debajo de lo establecido por la OPS. Optimizamos los recursos humanos, técnicos y económicos. Apostamos fuertemente a la educación y promoción de la donación altruista y repetitiva de sangre, siendo reconocidos internacionalmente como un centro modelo por nuestra gestión ética, profesional y por la excelencia de los servicios prestados.

Mayor demanda

La zona que cubrimos tiene 400 mil residentes y más de 1 millón de visitantes en temporada estival. El paulatino crecimiento poblacional, el flujo de turistas, el aumento del parque automotor y de la siniestralidad provocan una mayor demanda de sangre.

Antes que existiera el Hemocentro, el departamento de Maldonado contaba con 3 mil donantes al año, cifra insuficiente para las necesidades requeridas. Además de la escasez



Gráfica 1

de donantes, no había una correcta racionalización de los recursos. Por ejemplo, los donantes para pacientes del interior internados en Montevideo debían trasladarse a la capital para hacerlo.

Este inconveniente fue visualizado por un grupo de personas que comenzó a trabajar y soñar en un banco de sangre local que centralizara el servicio y optimizara los procedimientos para dar una mejor respuesta a donantes y pacientes.

Vecinos, empresarios y profesionales se movilizaron para impulsar la idea, diseñar el edificio y conseguir fondos para su realización. Pasaron mas de diez años entre el plan inicial y la concreción del proyecto. Hasta que, el 20 de octubre de 2009 con la anuencia del Ministerio de Salud Pública abrimos las puertas de nuestra sede ubicada en la ciudad de Maldonado, contigua al hospital Dr. Elbio Rivero.

Fundación Hemovida

Aquel grupo heterogéneo que se fortaleció con el paso del tiempo, se constituyó en la Fundación Hemovida que continúa acompañando cada acción del Hemocentro.

Con su labor inicial, permitió que nuestra sociedad se sensibilizara sobre la importancia de la donación de sangre y que distinguiera al centro como una institución de referencia, valorado por la comunidad. Hemovida no solo fue promotora del Hemocentro sino que una vez instalado, también soñó acercar el mismo servicio a los lugares más alejados de la región. La adquisición de la Unidad Móvil de Colectas de Sangre, que la denominamos Hemobus, fue una inversión realizada por esta fundación y puesta al servicio de ASSE para facilitar la captación de donantes. Actualmente, la sociedad civil Hemovida propicia la adquisición de materiales, equipamiento, mantenimiento del edificio y financia la formación y capacitación del personal.

Formación

La conexión con instituciones de conocimiento es fundamental para el desarrollo de capacidades, por ello desde nuestra inauguración firmamos un convenio con la Escuela Uruguaya de Tecnología Médica (EUTM) para que estudiantes de la carrera de técnico en Hemoterapia pudieran utilizar nuestra infraestructura en las pasantías que son parte de su formación.

Fuimos la primer Unidad Docente Asistencial (UDA) en la región e impulsores del desarrollo de la carrera de técnico en Hemoterapia en el Centro Universitario Región Este de la UDELAR. Desde 2018 La Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM), facultad de Medicina forma profesionales en Maldonado.

Los acuerdos alcanzados con organizaciones líderes a nivel mundial como los hemocentros de Barcelona y Valencia permiten el intercambio y la profundización de conocimiento de nuestros técnicos. Desde el Hemocentro, alentamos, e impulsamos a participar en decenas de congresos internacionales; creamos las condiciones para que se puedan presentar trabajos, muchos de los cuales han sido premiados en distintos países de América.

Conectados

En el Hemocentro contamos con una red solidaria que permite obtener el insustituible recurso, los diversos convenios suscriptos con instituciones públicas y privadas, organizaciones sociales, culturales, deportivas, gremiales permiten acceder a nuevos donantes y mantener activos a los que repiten.

Ideamos y llevamos adelante el Programa Educativo, con el apoyo de ANEP, por el cual nos vinculamos a instituciones públicas y privadas de la región para sensibilizar a los más pequeños sobre la importancia de la donación. El trabajo se inicia con la visita al Hemocentro donde los escolares, liceales y estudiantes de UTU reciben material escrito y una charla explicativa a cargo de técnicos. Luego generamos conjuntamente piezas audiovisuales con sus testimonios que son usados en distintas campañas para la búsqueda de donantes. Finalmente, el Hemobus llega al centro educativo para concretar las donaciones. Estas jornadas son largamente esperadas por directores, maestros y niños que las viven con la emoción a flor de piel. El valor del aprendizaje los convierte en promotores calificados y promueve los valores implícitos en la donación: solidaridad, compromiso, responsabilidad hacia la vida. Los frutos de este modelo de captación de donantes ya están a la vista puesto que hemos comenzado a recibir a quienes fueran promotores en sus institutos de enseñanza siendo niños, hoy convertidos en donantes.

Debido a que los siniestros de tránsito concentran, en nuestro país, una importante demanda de sangre comprendimos que la promoción del respeto a las normas y el uso de los elementos de seguridad como cinturón y casco resulta clave. El Programa Educativo acerca a escolares de Maldonado, Rocha, Lavalleja, Treinta y Tres y Cerro Largo a la Escuelita de Tránsito de la Intendencia de Maldonado ubicada en el parque La Loma. Allí los pequeños reciben una clase sobre circulación y tránsito seguro a cargo de inspectores y experimentan los conocimientos adquiridos, apoyado con material gráfico producido por el Hemocentro. El aprendizaje de buenas prácticas en el tránsito resulta altamente positivo y motiva a los escolares a replicarlo en sus familias y entorno cercano.

Innovar es vida

Nuestro horizonte se amplió también, con los convenios de licencias de conducir firmados con las intendencias de Maldonado, Lavalleja y Rocha que permite a los conductores que donen sangre exonerar el costo del documento. Este innovador plan nos ha permitido obtener resultados altamente positivos en distintas áreas y avala la idea que para obtener resultados diferentes es necesario hacer cosas distintas. Con este acuerdo, hemos colaborado en la regularización de conductores que circulaban sin habilitación, obtuvimos nuevos donantes de franjas etarias jóvenes, de los cuales el 60% de vuelve a hacerlo de forma altruista.

El brazo solidario de la Región Este

Cada año tenemos el orgullo de contar con decenas de miles de donaciones de sangre, plasma o plaquetas destinada a pacientes de la región este y donde se requiera. El Hemocentro Regional de Maldonado es, según el Servicio Nacional de Sangre, el banco reserva del país, aportando el 25% de lo que se colecta en Uruguay. Estos resultados son fruto de la conciencia social alcanzada respecto a la importancia de la donación de sangre, las campañas que se realizan, el desarrollo de nuevos programas y los sistemas de captación y fidelización de donantes voluntarios y, sin duda, corolario del compromiso de una sociedad educada y solidaria, en vísperas de la celebración de lo que en inicio fue un sueño, aspiramos a seguir aportando lo necesario para que muchas personas salven, o mejoren su calidad de vida a través del cumplimiento de nuestro trabajo.

Buenas Prácticas en el Primer Nivel de Atención: Fueron reconocidas 11 experiencias de ASSE

Once experiencias llevadas adelante por los equipos de ASSE, en Montevideo y el Interior del país, fueron reconocidas en el Concurso de Buenas Prácticas en el Primer Nivel de Atención 2019, organizado por El Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). En esta edición, el énfasis estuvo puesto en la capacidad resolutiva, evaluando complementariamente los niveles de integralidad de las unidades asistenciales donde se desarrollan las prácticas.

El evento tuvo lugar el martes 8 de octubre, presidiendo la mesa el Ministro de Salud, Dr. Jorge Basso, y el Representante en Uruguay de OPS/OMS, Dr. Giovanni Escalante; participando en la actividad el Directorio de ASSE, encabezado por el Dr. Marcos Carámbula.

Se presentaron en total 93 experiencias: 49 de ASSE y 44 de instituciones privadas. Quedaron seleccionadas 20. De estas, 11 pertenecientes a ASSE fueron premiadas. De esta manera, el prestador público vuelve a poner el listón de la calidad dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Las experiencias premiadas correspondientes a ASSE fueron las siguientes:

• Policlínica Helios Sarthou, Unidad Docente Asistencial - UDA Saint Bois, Montevideo (Red Atención Primaria - RAP - Metropolitana): Fortalecimiento de la participación comunitaria para la atención integral a los problemas de salud en forma colectiva.

• Centro de Salud Sayago, Montevideo (RAP Metropolitana): Grupo "Calidad de Vida" - Promoviendo hábitos saludables.

• Centro de Salud Ciudad del Plata, San José (RAP Metropolitana): Atención a personas que viven con VIH.

• Policlínica Salvador Allende (RAP Canelones) - UDA. Barros Blancos: Dispositivo de Salud Mental con enfoque comunitario.

• Centro Salud Maroñas, Montevideo (RAP Metropolitana): Atención integral a adolescentes embarazadas menores de 15 años.

• Policlínica Balneario Buenos Aires (RAP Maldonado)- UDA: Espacio transdisciplinar para el abordaje de la complejidad en el Primer Nivel de Atención.

• Policlínica San Fernando (RAP Florida): Atención y Seguimiento a grupos de obesos, diabéticos e hipertensos.

• Policlínica Salvador Allende (RAP Canelones) - UDA. Barros Blancos: Visitas y atención domiciliaria a usuarios con enfermedades crónicas.

• Centro de Salud Giordano, Mvdeo, (RAP Metropolitana): Reperfilamiento de la Oficina de Atención al Usuario como aporte a la resolutividad.

• Centro Salud Ciudad de la Costa, Canelones (RAP Metropolitana): Inserción de la Medicina Familiar y Comunitaria.

• Policlínica Rural Migues, (RAP Canelones) - UDA: Práctica integral e interdisciplinaria con enfoque de atención a la salud individual, familiar y comunitaria.

El 17 de octubre se realizará un nuevo "Café Solidario" a beneficio del Maciel

El jueves 17 de octubre, se realizará la 10º edición del "Café Solidario" a beneficio del Hospital Maciel; iniciativa que cuenta con el apoyo del Municipio B y Grupo Centro, para todos los cafés y bares del Centro, Cordón y Ciudad Vieja. En esta oportunidad, lo recaudado será destinado a la adquisición de un electroencefalógrafo.

el Director del Hospital Maciel, Dr. Álvaro Villar, quien destacó que las diferentes ediciones del Café Solidario, y gracias a la solidaridad de los ciudadanos, han permitido la compra de diferentes equipos, que han posibilitado además acompañar los saltos de calidad que viene dando el Hospital.

Manifestó que usualmente, se adquieren equipos que están por fuera del estudio presupuestario y programa central de provisión de recursos del Hospital, y que el año pasado, por ejemplo, se

compró un equipo para traslados dentro del Hospital.

Villar aseveró que el electroencefalógrafo, posibilitará el estudio de ondas cerebrales en pacientes que se encuentran en estado de coma en el CTI, pudiendo regular de mejor forma la medicación. Por otro lado, posibilitará examinar aspectos relacionados con los trastornos del sueño; en este último caso, en el marco de un proyecto de la instalación de una futura Policlínica Neurológica.

Indicó que el electroencefalógrafo, es un equipo que cuenta de varias piezas, de las cuales ya se han adquirido algunas por parte del Hospital. Las que estarían faltando, son las que se comprarían a través del Café Solidario. Para ello, se requiere de unos 10 mil dólares, que es aproximadamente lo que se ha obtenido en los últimos dos años en esta jornada solidaria. "Es ayudar a curar personas", remató Villar.

Campaña Solidaria para el Depto. de Anestesia Pediátrica del Pereira Rossell

Una vez más, Supermercados Disco - dentro de sus acciones de responsabilidad social empresarial - y la Fundación Amigos del Pereira Rossell, llevan adelante una campaña solidaria, en esta oportunidad para ayudar con el Departamento de Anestesia Pediátrica, en la compra de un Videoendoscopio Flexible y un Videolaringoscopio. De esta manera, como otros años, los uruguayos y uruguayas estarán colaborando con este Centro de Referencia Nacional, tan querido por todos, y en el cual ASSE ha realizado - y sigue haciendo - inversiones millonarias tanto en materia de infraestructura como de equipamiento, que colocan a dicho Hospital a la vanguardia en el país, ofreciendo una asistencia con mejor calidad y más seguridad para los usuarios.

Así lo explicó el Subdirector del Hospital Pediátrico, Dr. Daniel Raggio, quien agregó que la campaña se extenderá durante 25 días, y que el equipamiento que se piensa adquirir, es "para uso de anestesistas dentro del Block Quirúrgico", permitiendo "un salto en calidad", y "un mejor y más seguro manejo de la vía aérea de nuestros pacientes pediátricos, que van desde niños con pocos días de

nacidos hasta los 15 años", expresó.

Agregó que la compra, se encuentra "enmarcado en un proyecto de mejora de infraestructura y equipamiento para el manejo de pacientes quirúrgicos", que incluye "obras de remodelación de las seis salas del Block, junto con su recepción y sala de recuperación".

En ese sentido, resaltó que se apunta a brindar una atención aún más humanizada, ya que "los padres podrán acompañar a su hijo hasta que es anestesiado, y podrán esperarlo en la sala de recuperación para que el niño los vea cuando se despierte".

Indicó que esta remodelación, irá acompañada de nuevos equipos, como seis lámparas cialíticas - que permiten iluminar el área quirúrgica para lograr una visualización óptima-, cuatro nuevas mesas de operaciones y un nuevo carro de anestesia. Este último equipo, estará ingresando al Hospital en el correr de los próximos días.

Por otra parte, cabe destacar que, en el lanzamiento de la campaña, realizado el jueves 19 de setiembre, se presentaron los aparatos adquiridos con los fondos recaudados en la campaña anterior. Se trata de dos ventiladores de última generación, destinados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico.

Hospital de Mercedes inauguró nuevas instalaciones de Salud Mental

Quedó inaugurado el viernes 4 de octubre, en el Hospital Departamental de Mercedes, el flamante nuevo edificio que alberga el Servicio de Salud Mental, con una impresionante presencia de la comunidad a pesar del mal tiempo que reinó ese día. Las nuevas instalaciones, se inscriben en la implementación de nueva Ley. Con una inversión de 13 millones de pesos, cuenta con 16 camas y espacios de integración, y brindará cobertura a usuarios de toda la Región. Actualmente, este Centro atiende por año, 10.300 consultas psiquiátricas y 4.500 psicológicas, de usuarios y usuarias de Mercedes, Dolores y Cardona.

El Presidente de ASSE, Dr. Marcos Carámbula, resaltó en la oportunidad que "lo primero es la dignidad", y en ese sentido comentó que las instalaciones cuentan con "16 camas distribuidas entre hombres y mujeres, con un criterio muy integral, con salas para los usuarios, con talleres", y con espacios "con mucha luz y muy integrados a la propia comunidad", desde los cuales "se puede visualizar el barrio".

Señaló que se trató de "una inversión de 13 millones de pesos", y que "es un esfuerzo importante". Al respecto, indicó que la idea es "ir paso a paso en este Hospital tan antiguo, para de a poco ir recomponiendo cada una de las áreas, para transformarlo en un lugar de mucha dignidad", como sucede con el Servicio de Salud Mental.

Destacó la importancia de tener espacios de esas características, y subrayó que la Unidad de Salud Mental tiene "mucho decoro y no genera sensación de aislamiento, sino todo lo contrario. La visitamos cuando las obras estaban en curso, y verla terminada nos llena de alegría", expresó el jerarca.

En tanto, la Directora del Hospital, Lic. Yannina Mondada, sostuvo que la Unidad "se adapta al nuevo paradigma de la Ley de Salud Mental", ya que "no solamente cambia estructuras, visiones y pautas de seguridad, sino que va acompañada de un plan funcional que implica cambios en el enfoque que hace a la enfermería, psicología y taller de rehabilitación, y al acompañamiento de los familiares".

Señaló que es un servicio para el tratamiento de pacientes en un momento de trastorno mental agudo, es decir, que se apunta, en concordancia con la nueva ley, "que el paciente venga lo menos posible y esté aquí la menor cantidad de días". Es decir, que "su sostén sea el afuera, en el Primer Nivel de Atención, con su familia y en la comunidad".

Afirmó que "ese es el espíritu de la nueva ley, y en esa base se rediseñó esta Unidad", que brindará cobertura a usuarios a nivel regional, en el contexto del trabajo en Red de ASSE, "visualizando desde la asistencia a domicilio del paciente y la contención de la familia, que es un componente importantísimo".

Asimismo, es relevante "reforzar el Primer Nivel de Atención y fortalecer la comunicación con el médico de familia antes de llegar a la internación".

Agregó que se está trabajando, a nivel departamental, para la implementación de Casas de Medio Camino, con el objetivo de "sostener a quien salió de Agudos, pero que aún le falta integrarse a la comunidad". En estos dispositivos, la persona podría estar hasta dos años.

Mondada expresó además, que el Hospital Departamental de Mercedes, atiende por año, 10.300 consultas psiquiátricas y 4.500 psicológicas, de usuarios y usuarias de Mercedes, Dolores y Cardona.

Día Mundial de la Salud Visual: Hospital de Ojos sigue asegurando acceso gratuito a tratamientos e intervenciones

En el Día Mundial de la Salud Visual, el Hospital deOjos "José Martí" de ASSE sigue asegurando acceso total y gratuito a lostratamientos a intervenciones que permitan superar patologías de la visión, con la incorporación de nuevo equipamiento único en Uruguay.

Se trata de un microquerátomo, que posibilitará perfeccionar los trasplantes de córnea y las cirugías refractivas.

30 años de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

La Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLCC), conmemoró sus treinta años, con un evento del que participaron el Ministro (i) de Salud, Dr. Jorge Quian, el Decano de la Facultad de Medicina, Prof. Dr. Jorge Martínez, el Presidente de la CHLCC, Dr. Álvaro Luongo y el Presidente de ASSE, Dr. Marcos Carámbula, quien en la ocasión recibió una placa de reconocimiento, ya que como Senador de la República, fue uno de los impulsores de la Ley que creó dicha Comisión.

El Dr. Luongo indicó que la incidencia de la enfermedad ha aumentado en el mundo y en nuestro país. No obstante, destacó que, en Uruguay, "hemos logrado bajar la mortalidad en muchísimos de estos tumores".

En ese sentido, puso como claro ejemplo el cáncer de mama: "hoy podemos decir que, de cada diez mujeres diagnosticadas, siete van a morir de otra cosa, y no de cáncer. Esto es magnífico", destacó.

En otro tipo de tumores, como es el caso del cáncer de pulmón, afirmó que "se ha bajado la incidencia, pero la mortalidad se mantiene alta". La disminución de la incidencia, significa "salvar vidas", expresó.

Luongo aseveró que "se ha hecho mucho; pero falta mucho por hacer", especialmente en lo que refiere a cáncer de cuello de útero, colon y recto.

En el caso del cáncer de cuello de útero, manifestó que la CHLCC, junto a ASSE y el MSP, se ha lanzado una campaña de estudio de HPV, la cual permitirá investigar el virus directamente. "Esto nos va a permitir llegar a un grupo muy duro de mujeres al que ahora no estamos llegando".

Subrayó que hay tumores que son prevenibles - a través de hábitos saludables- pero que en otros casos aún no se sabe, y que de ahí la importancia de trabajar en el diagnóstico precoz y oportuno.

30 AÑOS DE TRAYECTORIA

De acuerdo a lo publicado en su sitio web, La Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer es una institución referente en cáncer en Uruguay y hacia el exterior, cuyo propósito es reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad por enfermedades oncológicas en nuestro país.

Cifras: El cáncer con un 24,6% representa la segunda causa de muerte en Uruguay luego de las enfermedades cardiovasculares.

Cada año aproximadamente se diagnostican 16.000 casos nuevos de cáncer y se constata el fallecimiento de 8.000 uruguayos por esta enfermedad. Aproximadamente un tercio de tales muertes se deben a cánceres vinculados al tabaco: tráquea y pulmón, laringe, cavidad oral y faringe, esófago, vejiga, riñón, páncreas, cuello de útero, entre otros.

Los cánceres que más frecuentemente se registran:

*En hombres: próstata, pulmón y colon.

*En mujeres: mama, colon y cuello de útero.

En cuanto a los fallecimientos, los primeros lugares los ocupan:

*En hombres: los cánceres de pulmón, colo-rectal y próstata.

*En mujeres: cáncer de mama, colo-rectal y pulmón.

A lo largo de estos 30 años muchos han sido los logros, entre los que se cuentan la extensión de la mamografía como estudio de control para la detección oportuna de cáncer de mama a todo el país, al igual que la instauración del estudio del Papanicolaou como examen preventivo frente al cáncer de cuello de útero y la colaboración con el desarrollo de políticas de control del tabaquismo.

Asimismo, una de las áreas de la Comisión es el Registro Nacional de Cáncer con certificación internacional de proceso de calidad, así como un Centro de referencia de Documentación de información en Cáncer y un Programa que ha trabajado en la Capacitación Técnica del personal de salud en el tema específico.

En otra línea, se ha trabajado en forma permanente en la sensibilización e información con campañas y con una tarea comunitaria de educación a la población en territorio hasta el presente.

En suma, la Comisión sigue desarrollando y profundizando estos programas, a la vez que enfrenta nuevos desafíos como lo son la Historia Clínica Electrónica Oncológica, el seguir profundizando en otros tipos de cáncer como lo es el cáncer colo-rectal y varios proyectos a futuro.

Por otra parte, siendo octubre el Mes Internacional de Prevención de Cáncer de Mama, desde hace décadas se suma con múltiples acciones de carácter informativo y educativo movilizando cientos de instituciones en todo el país.

Asimismo, presentó un calendario- recetario que la Comisión ideó y desarrolló a partir de un llamado de recetas saludables entre estudiantes de Gastronomía de Educación Técnica Profesional (UTU). Para este proyecto, se convocó a la inspección de Gastronomía de Formación Técnica y a docentes de la Escuela de Nutrición de la Universidad de la República de las cátedras de Clínica y Educación.

Participaron activamente cerca de 200 jóvenes estudiantes, siendo seleccionadas 45 recetas que estarán a disposición de la población de todo el país a través del calendario impreso y un recetario digital.

Como en estos 30 años, cada día la Comisión sigue trabajando comprometida con su lema: "La vida está ganando".

Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama

El 19 de octubre es el Día Mundial del Cáncer de Mama, y durante todo el mes, se desarrollan en las distintas unidades asistenciales de ASSE, estrategias y acciones tendientes a concientizar y sensibilizar sobre esta enfermedad y la importancia de su diagnóstico precoz.

En Uruguay, 1 de cada 10 mujeres podrían desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida, siendo el cáncer más frecuente en las mujeres. Cada día, aproximadamente 5 mujeres uruguayas son diagnosticadas de esta enfermedad. El 1% de los cánceres de mama se presentan en hombres.

La OPS/OMS promueve un enfoque integral para la prevención y el control del cáncer de mama, incluyendo la educación para la salud, tamizaje y detección temprana, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos.

Desde la Dirección de Redes y Procesos Asistenciales de ASSE, se ha convocado a las distintas unidades asistenciales, a potenciar esfuerzos y realizar acciones de prevención de esta enfermedad.

En este sentido, se trabaja con las usuarias la estrategia de educación para la salud, donde se promueva mejorar el conocimiento y las habilidades personales de las mujeres, para bajar los factores de riesgo, conocer la importancia del tamizaje y la búsqueda de atención, promoviendo así la detección precoz.

La detección precoz, con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama, sigue siendo una estrategia relevante en el control de la enfermedad.

Cuando se detecta precozmente, se establece un diagnóstico adecuado y se dispone de tratamiento, las posibilidades de curación son elevadas.

De hecho, la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (CHLCC), refiere que, en Uruguay, se ha logrado bajar la mortalidad en forma sustancial. De cada diez mujeres diagnosticadas, siete van a fallecer de otra cosa, y no por esta patología.

Este logro se vincula precisamente a las acciones de prevención y detección precoz, y en ese sentido se destaca la ex-

tensión de la mamografía como estudio de control para la detección oportuna de cáncer de mama a todo el país.

El cáncer de mama es más frecuente luego de los 50 años de edad. El autoexamen y el control médico son claves. Es importante prestar atención a bultos, hundimientos, venas dilatadas, secreciones, hundimientos de pezón, cambios de color y temperatura.

*- Por más información:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11266:octoberbreast-cancer-awareness-month&Itemid=41587&lang=es

La fecundidad adolescente alcanza mínimo histórico en Uruguay

Las políticas sanitarias implementadas en los últimos años, provocaron un sostenido descenso en las tasas de embarazo adolescente no deseado. En 2016, los embarazos de adolescentes representaban el 14,2 % del total, en 2017 el 12,7 % y en el 2018 bajaron al 11,3%. Este guarismo ubica a Uruguay en el promedio de los países más desarrollados.

Este logro se basa en la aplicación de una serie de políticas en el campo de los derechos humanos y la igualdad de género, una política integral de salud sexual y reproductiva, con acceso universal a una amplia canasta de anticonceptivos en el marco de la elección libre e informada, educación sexual y políticas sociales.

Cabe destacar que, a pesar de estos logros, es necesario seguir profundizando las acciones, con el propósito de proteger a las niñas y adolescentes del país, sobre todo a las menores de 15 años, donde el embarazo está vinculado de algún modo a la violencia y a la restitución de derechos.

Así fue informado en ocasión de la presentación del mapa de ruta para la atención de menores de 15 años en situación de embarazo y de la campaña de comunicación 2019, realizada por parte de la "Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo No Intencional en Adolescentes", en evento desarrollado el jueves 26 de setiembre en el Ministerio de Salud Pública.

Cabe destacar que dicha Estrategia, iniciada en 2016, se encuentra integrada por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), los Ministerios de Salud Pública (MSP), Desarrollo Social (MIDES), Educación y Cultura (MEC), la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU), con el apoyo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad de la República (UdelaR) y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

En la oportunidad, el Subsecretario del MSP, Dr. Jorge Quian, indicó que la disminución del embarazo no intencional en adolescentes, fue uno de los objetivos sanitarios planteados para este período de gobierno, y que su descenso "nos estimula a seguir por este camino".

El jerarca significó que el embarazo en la adolescencia, "significa muchas veces dejar la escuela, el liceo, el trabajo", y "condiciona totalmente la vida de la mujer y también del recién nacido", dado que se trata de embarazos de riesgo y con más probabilidades de nacimientos prematuros.

El embarazo en menores de 15 años, destacó que, si bien no es alarmante cuantitativamente, "es grave por su significado", porque "en una enorme mayoría de los casos, implica muchas otras cosas: abuso, violencia en el núcleo familiar", etc. En ese sentido, aseveró que estas circunstancias, no dependen solamente del sector salud, sino también de la educación, de los cuidados y de otras redes.

Por otra parte, Quian valoró la dismi-

nución del segundo embarazo en adolescentes, lo que sí se puede contrarrestar con medidas sanitarias de forma más directa: "es una tarea fundamental de las Maternidades, aconsejar a esa madre y que ya salga con su método anticonceptivo", dijo.

En tanto, la Directora Gestión de Riesgo y Evaluación de Calidad de ASSE, Lic. Virginia Garófalo, subrayó que la institución ha logrado descender la cantidad de embarazos adolescentes "en los últimos cinco años", a través de estrategias y acciones "que involucran a los tres niveles de atención".

Al respecto, señaló que "el Primer Nivel juega el rol más importante, porque es el primer vínculo o contacto que el adolescente tiene con el sistema de salud", mientras que, en el Segundo Nivel, adquiere relevancia el control del binomio madre-hijo. Asimismo, afirmó que, al tratarse de adolescentes, se está frente a embarazos de riesgo, que son atendidos en el Tercer Nivel", en Centros de Referencia como el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

El mapa de ruta y la campaña de comunicación, se encuentra disponible en:
https://www.gub.uy/adolescencia

Primer Conversatorio Uruguayo sobre Medicina centrada en la persona

El Dr Oscar Cluzet ha estado vinculado desde hace mucho tiempo en las áreas éticas, de educación médica contínua, gremiales y asistenciales, en relación con las organizaciones del Sistema Federado.

Actualmente es el Coordinador del Comité de Educación Médica y preside la Comisión Asesora de Bioética de FEMI, desde el 2017 hasta el 2020, es Presidente de la Red Latinoamericana de Medicina Centrada en la Persona .

Dr. Oscar Cluzet actualmente qué actividad se está organizando?

El próximo 18 de octubre, se realizará en nuestro país el Primer Conversatorio Uruguayo sobre Medicina centrada en la persona, auspiciado por OPS y el Ministerio de Salud, y organizado por la Red Latinoamericana de Medicina centrada en la persona.

El conversatorio está estructurado sobre la base de dos conferencias que serán trasmitidas por vía streaming al propio locutorio de la OPS en Montevideo.

La primera estará a cargo del médico peruano Dr. Juan Enrique Mezzich, referente mundial por ser el fundador de la medicina centrada en la persona, profesor en Nueva York . En la segunda conferencia el Dr. Alberto Perales Cabrera – de la misma nacionalidad y quien fuera el Primer Presidente de la Red Latinoamericana, al cual yo tuve el honor de suceder- , va a disertar específicamente sobre el desarrollo en Latinoamérica de la medicina centrada en la persona.

Posteriormente habrá un panel integrado por representantes del Ministerio de Salud, de la Facultad de Medicina, del Claeh, de la Academia Nacional de Medicina, quienes serán los encargados de responder las inquietudes generadas en estas dos conferencias que seguramente llevarán a la reflexión y discusión.

Luego los asistentes del locutorio de la OPS realizarán unos 20 minutos a media hora de discusión, en un programa que ya está totalmente estructurado.

Nosotros creemos que esto representa el comienzo, el inicio en Uruguay de este tema, con el objetivo de poder difundirlo entre los médicos, para que luego llegue a la gente y a las comunidades.

Esta actividad es preparatoria de una Jornada posterior que se llevará a cabo en el 2020, en nuestro país, en fecha a determinar.

Hemos recibido mucho apoyo de la OPS en la parte organizativa, son ellos los que de alguna manera financian los costos que se generan en este tipo de eventos.

Creemos que la celebración de estas actividades son de gran importancia para que se comprenda que es, el porqué y cuanto significa la medicina centrada en la persona.

Qué es la Medicina centrada en las personas?

Nos han dicho y compartimos plenamente el punto de vista de que siempre la medicina se centró en la persona. Es verdad , desde tiempo inmemorial, pero algún día dejó de serlo para centrase en los intereses del médico, en los intereses de la industria farmacéutica, en terceros intereses alejados de los propios del paciente, hasta que surgió un movimiento reivindicativo de esa posición, que consideraba que el paciente era el centro de los esfuerzos médicos.

Se creó el Movimiento de Medicina centrada en la Persona, que tuvo sus antecedentes en la formulación recogida en Alma-Ata en 1978, pero que recién fue constituido como un movimiento efectivo en el año 2008.

Su historia es de este siglo, es reciente y recoge una vieja tradición de toda la vida que se ha renovado con nuevos conceptos que también permiten erigirlo en un nuevo paradigma.

Creemos que este punto de vista es extremadamente importante, porque hemos tratado de convertir al paciente, después de haberle dado el empoderamiento necesario para que pueda ejercer adecuadamente su autonomía, precedida de una correcta información del médico, hemos tratado de que ese paciente se transformara paulatinamente en un paciente participativo, de las decisiones de su propio proceso de tratamiento.

Como nos encontramos en Uruguay con respecto a este nuevo enfoque, el mismo está incidiendo en algún tipo de política sanitaria?

Formalmente desde el punto de vista del movimiento centrado en la persona, Uruguay está dando puntapiés iniciales, y es desde el Sistema Nacional Integrado de Salud, desde las políticas de salud, que se ha intentado darle participación a la persona.

Al entrar en vigencia la ley, se han efectuado varias acciones en distintos niveles, que colocan a las personas con un rol más participativo. Se necesita de alguna manera integrar un concepto abarcador, holístico de participación en todas las decisiones, de las personas y de las comunidades.

Afortunadamente se va a terminar la época en que los planes de salud de un país cualquiera se realizan desde el edificio central del Ministerio de Salud. Habrá una transformación, se les preguntará a las comunidades, cuales son sus necesidades y que proyectan hacer para poderlas resolverlas. Uruguay, con la concreción de su Sistema Nacional Integrado de Salud, ha utilizado varios mecanismos que aseguran la participación de la persona, por más que consideramos que aún falta enlazarlo con un movimiento como este, que además tiene una intención humanística y de reivindicación y defensa de los derechos humanos.

*Podés ser espectador del Conversatorio, el cual será transmitido por la Red de Videoconferencias de FEMI y a través del canal de YouTube de FEMIGremial el próximo viernes 18 de Octubre de 18 a 20 hs.

Encuentro anual de Psiquiatras del Interior

La Asociación de Psiquiatras del Interior realizará su segundo Encuentro Anual. Desde su fundación hace más de 30 años en el interior del país, este es el LXVI Encuentro.

Se desarrollará en las instalaciones del Hotel Arapey Termal de Salto, los días 9 y 10 de noviembre. En esta oportunidad la temática será " Diferentes encares terapéuticos de los trstornos afectivos a lo largo de la vida.

Contaremos con las exposiciones de dos afamados docentes, la Profesora Dra. Gabriela Garrido y el Profesor Dr.Guillermo Nicolás Jemar(Argentino)

El domingo se realizará la Asamblea Gremial correspondiente con la elección de nuevas autoridades.

Será un buen momento de intercambio, aprendizaje y confraternizar, además de con nuestros asociados, con los colegas de la Regional Norte del país.-

Comité Ejecutivo de Asociación de Psiquiatras del Interior

Curriculum Prof. Garrido: Médica especialista en Psiquiatría infantil, Directora de la Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina con afamada experiencia académica y profesional en nuestro país

Consejo de salarios sector público

Se firmó el acuerdo con respecto a ahorros de ASSE destinados a equiparación salarial de los colegas .

Concurrieron al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la Dra Patricia Nava , Dr Osvaldo Bianchi Presidenta y Secretario de FEMI respectivamente con la asesora legal Dr Alicia Queiro , junto con representantes de SMU, ASSE,MTSS,MS.

Se logra la concreción de un acuerdo largamente anhelado por los colegas en el cual se irá equiparando gradualmente el valor hora de aquellos colegas que trabajan más de doce horas.

Encuentro FEMI Agenda Salud Agradecimiento

El Comité Ejecutivo de FEMI agradece a todos los representantes del equipo de asesores de salud de los candidatos al gobierno, que participaron en el Encuentro Agenda Salud 2020-2025, organizado por FEMI.

En esta ocasión al Partido Colorado representado por el Dr.Ney Castillo; la Sra. Alicia Rossi, y el Sr. Alejandro Ramos, al Frente Amplio representado por los Dres Miguel Fernández Galeano, Daniel Borbonet y Federico Preve, al Partido Independiente con la presencia del Dr. Gustavo Mieres y al Partido Nacional con la asistencia del Sr. Hugo Odizzio.

Destacamos la enorme coincidencia en defender la reforma de la salud, el SNIS, y los desafíos y propuestas de mejora del mismo, tratándose diferentes visiones sobre: la rectoría, el financiamiento, la gestión, la complementación, ampliación de cobertura del FONASA, corralito, descentralización, formación de recursos humanos, reforma del trabajo médico, educación médica continua - entre otros - en pos de un sistema de salud eficiente y de calidad.

A propósito del Día Mundial de la Salud Mental: entrevista con la Prof. Dra. Sandra Romano

Según la catedrática, "la Ley de Salud Mental aprobada en 2017 establece un marco muy favorable a los cambios que se necesitan para transformar la atención de la salud mental hacia un modelo de salud mental comunitaria sustentado en un paradigma de recuperación".

El jueves 10 de octubre se celebró el Día Mundial de la Salud Mental cuyo mensaje se centró en la prevención del suicidio.

Ser Médico aprovechó esta ocasión para realizar una entrevista a la Prof. Dra. Sandra Romano, Directora de la Cátedra Psiquiátrica de la Facultad de Medicina-UdelaR y realizar así una puesta a punto en avances y dificultades de la especialidad en nuestro país.

Ser Médico (SM) ¿Cuáles son las mayores preocupaciones a nivel epidemiológico de médicos y médicas al respecto de la salud mental?

Dra. Sandra Romano (SR) Según la etapa vital y el ámbito de atención variñi el tipo de problemas de salud mental que presentan las personas al consultar en los servicios. La consideración de la dimensión psicosocial de la salud es relevante a lo largo de todo el ciclo vital y en todos los niveles de atención. Algunas situaciones son relevantes por su alta prevalencia, otras por el impacto en la vida de las personas a nivel individual, familiar y social.

Los cuadros de ansiedad y depresión en adultos plantean una importante demanda a los equipos básicos del primer nivel de atención. El uso problemático de sustancias es una preocupación en todas las edades, con especial relevancia en la población de adolescentes y jóvenes por su impacto en el desarrollo. El abuso de alcohol es un problema de alta prevalencia en todas las edades, invisibilizado por la legitimación social del consumo.

Dentro de las condiciones de afectación, importante y persistente en la vida de las personas están los problemas que agrupamos bajo la denominación de trastornos mentales graves y también los trastornos del espectro autista, de inicio en los primeros años de vida.

Las conductas suicidas y la violencia constituyen problemas socio-sanitarios de prevalencia creciente que afectan la salud de la población en todas las edades e interpelan a los equipos de salud en todos los niveles, en tanto profesionales y como ciudadanos y ciudadanas.

SM ¿Históricamente se relaciona al Uruguay con una tasa alta de suicidios, ¿es real este dato? ¿A qué se debe?

SR Sí es real, los informes anuales que realiza en Ministerio de Salud muestran que la tasa de suicidios siguió aumentando pese a las estrategias de prevención y respuesta en desarrollo.

En 2018 la tasa ascendió a 20,25 cada 100.000 personas, lo que nos ubica entre las más altas en América Latina. El tema del Día Mundial de la Salud Mental 2019 es la prevención de suicidio y con el lema "Unamos esfuerzos para prevenir el suicidio", se hace un llamado a toda la población a ser parte de una estrategia global de prevención.

Indudablemente es un problema de salud pública, pero también es evidente que una estrategia de prevención no puede involucrar únicamente a los servicios y profesionales de salud.

SM A partir de la aprobación de la ley de salud mental y reglamentación de la misma, ¿cree que hay un marco más favorable para trabajar? ¿Qué piensa que aportó y qué no?

SR La Ley de Salud Mental aprobada en 2017 establece un marco muy favorable a los cambios que se necesitan para transformar la atención de la salud mental hacia un modelo de salud mental comunitaria sustentado en un paradigma de recuperación. La ley parte de los principios del SNIS toma como referencia las recomendaciones internacionales sobre derechos humanos y salud mental y se plantea desde una estrategia de atención primaria de salud. Mandata cambios en la estructura y prácticas del sistema de salud en temas de SM.

De las disposiciones más difundidas es el límite 2025 para el cierre de las instituciones monovalentes de hospitalización a nivel privado y público, establece que las hospitalizaciones se deben realizar en las instituciones de salud general, hospitales y sanatorios, que se integraran con una red de estructuras alternativas en la comunidad. La atención en todos los dispositivos debe realizarse por un equipo multidisciplinario.

La ley profundiza en la atención integral de la salud de las personas con problemas más graves y solo menciona los aspectos vinculados a promoción, prevención y atención de problemas comunes.

Los aspectos relevantes que menos desarrolla la ley son las disposiciones para la atención de niños, niñas y adolescentes. No se plantean estrategias específicas para la población adulta mayor ni para poblaciones en condiciones de especial vulnerabilidad como son las personas privadas de libertad.

SM ¿Cuáles son los tres ejes en los que se debería hacer hincapié en la planificación en términos de salud mental de aquí a 10 años?

SR Rediseño, implementación y organización de una red de estructuras que permitan el desarrollo de un modelo de salud mental comunitaria, adecuada a la realidad sociodemográfica de los distintos territorios, accesible a todas las personas usuarias del SNIS, con una organización que incluya la participación de la población en los distintos niveles de decisión y funcionamiento.

Establecer una política de recursos humanos que considere distribución equitativa y permanencia de profesionales en

todo el país, formación permanente que desarrolle y fortalezca las competencias necesarias en cada disciplina, los conocimientos y habilidades para el trabajo en equipo y los aspectos actitudinales necesarios para que los servicios de salud sean garantes de derechos humanos.

Mejorar los sistemas de registro y monitoreo de los procesos de atención y sus resultados para integrar la evaluación como componente básico de la atención y así posibilitar la evolución del sistema en una orientación de búsqueda de mejora de la calidad de atención.

SM ¿Qué rol juega el SMU y las sociedades científicas en este proceso en términos de recursos humanos y formación, tanto médicos como de otras profesiones involucradas?

SR Deberíamos trabajar juntos desde SMU y las distintas sociedades científicas en establecer líneas de trabajo en común en torno a la definición de competencias transversales y específicas para mejorar la respuesta a la población en temas de salud mental y en torno a las necesidades territoriales de recursos humanos. La consideración de los aspectos de salud mental, la detección de los problemas de salud mental y la atención integral de la salud de las personas con enfermedades mentales es de competencia de todas las especialidades y profesiones de la salud, con especificidades según el rol de cada profesional y cada equipo. Un problema por todos conocidos es la inequidad en la distribución territorial de recursos humanos de salud, en psiquiatría esto es muy relevante pues el 80% de los psiquiatras residen y trabajan en la región metropolitana, similar a lo que ocurre en otras especialidades médicas y otras profesiones de la salud. Como organizaciones científicas y gremiales tenemos una responsabilidad social en aportar al análisis y respuestas a los problemas de salud de la población en todo el territorio. En temas de salud mental este es un momento dinámico y desafiante que deberíamos tomar como oportunidad

Centro de Salud Sayago conformó su Núcleo de Base

El pasado 7 de octubre, médicos trabajadores del Centro de Salud Sayago, se reunieron para conformar su núcleo de base.

De esta manera se confirma una vez más la validez de la herramienta gremial para que los médicos se organicen y logren sus reivindicaciones.

Los núcleos de base son la estructura organizativa del SMU en las instituciones médicas del país. Sus integrantes tienen la función de representar gremialmente a sus colegas en pos de obtener y garantizar las mejoras laborales y salariales para el sector.

Envejecimiento saludable y Seguridad Social

LIC. PABLO ANZALONE

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

Las representaciones sociales en el BPS han tomado una iniciativa muy importante al promover un Dialogo Nacional sobre Seguridad Social. Es una oportunidad para generar una reflexión amplia y participativa en un tema relevante.

En uno de sus eventos, el 21 de agosto en el Paraninfo expusieron sus ideas los candidatos presidenciales del Frente Amplio, P.Colorado,PI y UP acompañados por el rector Rodrigo Arim, el Cr. Enrique Iglesias y Fabio Bertranou, Director de la OIT para el Cono Sur de América Latina.

Nos parece muy compartible el principio que dejó firme Daniel Martínez: los desafíos en Seguridad Social nunca deben pasar por que los que tienen menos sean quienes paguen los ajustes. Eso es fundamental y Martínez lo reiteró una y otra vez.

Sus asesores Jimena Pardo y Braulio Zelko ampliaron en otras instancias estos conceptos, y resumiremos brevemente sus aportes en los siguientes párrafos.

En lo que refiere estrictamente al sistema de jubilaciones y pensiones, Uruguay es un país líder en América Latina: tiene un sistema que brinda cobertura a diversos riesgos mediante un conjunto amplio de instrumentos. 4 de cada 5 trabajadores activos se encuentra cubiertos por el sistema y casi la totalidad de los adultos de 65 años o más están cubiertos por -al menos- una prestación.

Las pasividades se han incrementado en promedio 65% desde que el Frente Amplio asumió el gobierno, mientras que el monto que perciben los pasivos de menores ingresos se ha triplicado en términos reales.

Esto ha permitido llevar los niveles de pobreza específicos en esta franja de edad a solamente 1,4%, lo que implicó sacar a más de 55 mil personas de 65 años o más de la pobreza.

Evidentemente, la contracara de una amplia cobertura y niveles de suficiencia relativamente buenos de las prestaciones es que el país destina un volumen importante de recursos al pago jubilaciones y pensiones. En este sentido tenemos niveles de gasto previsional cercanos a los de los países europeos.

Partiendo de esta base, sostiene Jimena Pardo, y centrándonos en que el fin del sistema es que proteja adecuadamente a la población, es que éste debe prepararse para administrar dos tensiones:- Lograr sustentabilidad financiera en el largo plazo y mantener los altos niveles de cobertura y protección que hoy tiene.

Asimismo, hay que administrar estas tensiones en el marco de dos desafíos:- El envejecimiento demográfico, que impone no sólo presiones financieras sino también mayores demandas de protección en otras áreas, típicamente hablamos de inversión social en cuidados y en salud, además de la protección previsional.-

El cambio en las formas de trabajo y en los diferentes tipos de arreglos sociales, donde, por un lado, la revolución tecnológica podrá volver obsoletas algunas tareas y crear otras nuevas, pero que sin dudas se hará bajo arreglos laborales (además de arreglos sociales) distintas al modelo de trabajo predominante cuando surgieron los seguros sociales. En sus comienzos, la seguridad social se diseñaba pensando en un trabajador (en su mayoría hombres) que ingresaba jóven como dependiente a una empresa y se mantenía en ella hasta su retiro, para posteriormente generar una pensión de sobrevivencia (a su esposa, que en ocasiones no habían tenido una trayectoria laboral remunerada). El mundo ya no hace eso, y esto nos exige repensar el diseño del sistema, para proteger en base a otras formas de arreglos sociales y familiares, que permitan definitivamente la incorporación plena de las mujeres al mercado laboral, que sean capaz, a su vez, de proteger a las personas que puedan estar quedando relegadas en el proceso de incorporación de tecnología, y a aquellos que van a tener los trabajos más dinámicos y de repente hoy ya están trabajando desde Uruguay para el exterior.

Desde este análisis Pardo y Zelko consideran que hay tres desafíos a atender en el mediano plazo: envejecimiento demográfico, nuevas formas de organización del trabajo y garantías para el financiamiento. A fin de atender estos desafíos es que se propone la convocatoria a la "reconstrucción del pacto de protección social" en el primer año del próximo gobierno.

Poca o ninguna confianza nos merecen las propuestas económicas de otros que hablan de "shock de austeridad"y reducción del gasto del Estado en 900 millones de dólares o las que quieren prescindir de 50 mil funcionarios públicos. Si abatir el déficit fiscal pasa a ser la prioridad absoluta, los efectos recesivos y la afectación de las políticas sociales (incluyendo la Salud y la Seguridad Social) será severa.

Nos interesa en estas líneas aportar a este Diálogo una mirada desde la salud y los cuidados, que enfatice la importancia de una estrategia de prevención de las situaciones de dependencia.

Uruguay presenta una transición demográfica acelerada, caracterizada por un envejecimiento pronunciado de la población, descendiendo la tasa de fecundidad, la mortalidad infantil y aumentando la expectativa de vida al nacer. El porcentaje de personas con más de 65 años era 2 % en 1908, 14% en 2011 y llegará a 22 % hacia el 2050 .

Esta situación es un avance social y sanitario significativo para el país, que nos exige pensar y actuar. Además del sistema previsional nos obliga a repensar la salud, los cuidados, la cultura y el urbanismo para que no se resientan por el cambio demográfico. Antes al contrario cada una de estas áreas debe contribuir para que pueda continuar la mejora de la situación social y el desarrollo humano, en el nuevo escenario. El accionar conjunto, la mirada intersectorial es imprescindible para ello.

OPS (2019) advierte que la ganancia en esperanza de vida, no necesariamente se ha acompañado en América Latina de un incremento equivalente de la "esperanza de vida con salud". Tampoco se tradujo en un mejoramiento de las desigualdades en materia de la esperanza de vida" entre y al interior de todos los países de la región. Las circunstancias que se viven en el continente durante los últimos años hacen que las personas puedan vivir más años pero muchas no tengan acceso a una buena vida en la edad avanzada. Entre otras cosas estas consecuencias negativas se dan por mala salud, por deficiencias de los servicios de salud, de cuidados y sobre todo por políticas económicas, sociales y culturales que impiden el desarrollo humano pleno de la población y su participación en la vida comunitaria (OPS 2019). En la región se estima que el 85% de la demanda de cuidados a largo plazo está dirigido a personas mayores de 65 años, que muchas veces sufren más de una enfermedad. La dependencia de cuidados en mayores de 80 años se estima en 30%.

Hasta el momento gran parte de la actividad de cuidados se ha basado en el trabajo no remunerado y no reconocido de las mujeres. Esta feminización de los cuidados de salud en el hogar afecta los derechos de las mujeres, creando desigualdades e inequidades, invisibilizadas por una mirada patriarcal que establece mandatos y roles estructurales.

Pero el envejecimiento no es sinónimo de multiplicidad de patologías que generan situaciones de dependencia generalizadas. Ese es solo uno de los escenarios posibles, el peor para la calidad de vida de las personas.

La realidad demográfica y epidemiológica establece que la principal causa de enfermedad y muerte prematura son (cada vez más) las enfermedades no transmisibles (ENT): las enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias y diabetes. De ahí que un elemento fundamental para el futuro sanitario del país es el modelo de atención y las estrategias de abordaje de estos problemas críticos. Un modelo que se limite a lo asistencialista es un generador de costos cada vez mayores, sin resultados sanitarios acordes. Un manejo acrítico de la tecnología y la medicación es como "un mono con metralleta" en el campo de la salud.

Una estrategia de APS renovada, con un modelo integral que jerarquice la prevención y promoción, que aumente la capacidad de resolución del primer nivel de atención y generalice la rehabilitación tendrá mejores resultados sanitarios.

La articulación eficaz entre el sistema de salud y el sistema de cuidados, se convierte en un factor decisivo, en una perspectiva demográfica y epidemiológica como la actual. La implementación de dispositivos que prevengan y retrasen la dependencia requiere de ambos sistemas actuando juntos con la comunidad.

La literatura internacional referida a la discapacidad y la dependencia de cuidados destaca que son prevenibles en una gran cantidad de casos. Eso debe ser asumido como una prioridad de las políticas sanitarias y sociales (OPS 2019b). Esa priorización pasa por desarrollar servicios de salud y cuidados con un enfoque intersectorial. Es necesario un financiamiento adecuado para garantizar el acceso a cuidados y atención de las personas que padecen de condiciones crónicas o transitorias de dependencia. Los países que no trabajen en prevenir las necesidades de largo plazo, retrasando las situaciones de dependencia ,ofreciendo cuidados integrados, tendrán consecuencias de deterioro en la calidad de vida e importantes costos .

Asumimos dos convicciones fundantes: a) que las personas con situaciones de dependencia no son objetos sino sujetos de todos estos procesos y ese rol activo es un derecho y al mismo tiempo una estrategia preventiva y terapéutica. Esa apuesta al aporte que pueden hacer los adultos mayores a la sociedad en múltiples planos, es una óptica contraria a la que los considera solo como un gasto creciente.

b) Que es mejor invertir en prevención y en promoción que gastar enormes recursos en intervenciones invasivas para prolongar levemente la vida. Es posible actuar para que la "esperanza de vida libre de discapacidad", crezca al mismo ritmo que la esperanza de vida.

Junto con la demografía hay transformaciones en la significación social de las edades y los atributos de las personas

sigue en pág. 16

viene de pág. 15

que llegan a cierta edad, ahora con mayor autonomía. Hay que tener en cuenta que las estructuras familiares han cambiado en este período, disminuyendo su amplitud, pero prolongandose con más generaciones en un sentido vertical. Aumenta la cantidad de personas mayores que viven solas, fenómeno que se da sobre todo en mujeres (hogares de viudas) y llega hoy al 24% del total.

Uruguay dió un paso fundamental con el inicio del Sistema Nacional de Cuidados que entronca con las definiciones del Sistema Nacional Integrado de Salud. Mirando hacia adelante se necesita una estrategia descentralizada con énfasis en la prevención, apoyada en las realidades, necesidades y capacidades locales. De esta forma se podrá proyectar un desarrollo futuro de los cuidados y la salud con fuerte protagonismo social de las personas y las organizaciones involucradas. Una estrategia de descentralización no se contrapone sino que se apoya en la creación de un Sistema Nacional. Un Sistema Nacional no es posible sin incrementar y articular los dispositivos y actores existentes a nivel de comunidades.Debemos sumar protagonistas locales para una estrategia general de cuidados.

Menciono un ejemplo interesante: la Interred de Adultos Mayores del Municipio A que nuclea a las Redes de las zonas comunales 14 (La Teja), 17 (Cerro) y 18 (Paso de la Arena) del oeste de Montevideo. La Red de la zona 14 tiene casi 20 organizaciones. Hace poco escuché a dos mujeres, representantes de la Interred fundamentar brillantemente su intenso accionar en el territorio. Si tuviera que decir las emociones que me suscitó su intervención creo que reconocimiento y admiración serían las más cercanas.

Hay dos principios básicos : la diversidad demográfica y socioterritorial y el empoderamiento de la sociedad civil. No todas las realidades locales son iguales y deben construirse respuestas adecuadas a la problemática especifica de cada territorio.

El Art. 9 de la Ley 19.353 que crea el Sistema Nacional de Cuidados el 27/11/2015, define "impulsar un modelo de prestaciones de cuidados integrales basado en políticas articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, intervención oportuna y, siempre que sea posible, la recuperación de la autonomía de aquellas personas que se encuentren en situación de dependencia. Y promover la participación articulada y coordinada de prestadores de servicios y prestaciones de cuidados, públicos y privados". Específicamente señala en su inciso G "Impulsar la descentralización territorial, buscando contemplar las necesidades específicas de cada comunidad y territorio, estableciendo acuerdos y acciones conjuntas con Gobiernos Departamentales y Municipales cuando correspondiere."

En la misma perspectiva, la implementación de programas de prevención y reducción de las situaciones de dependencia previsto por el Decreto 427 / 2016 de aplicación de la Ley N° 19.353, aparece como un determinante importante de la sostenibilidad del SNIC. Dichos programas deben operar como un mecanismo de regulación de las necesidades y demanda social de atención que el SNIC debe atender, así como de la distribución de servicios que debe proporcionar. Según este Decreto "Los Programas de Prevención y Reducción de las situaciones de dependencia tienen por finalidad prevenir, reducir, eliminar o retrasar la aparición de dependencia o adaptar el entorno para promover la autonomía de las personas en situación de dependencia. No se consideran servicios o prestaciones de cuidados en sí mismos, sino que constituyen acciones sectoriales, imprescindibles para la mayor autonomía de las personas en situación de dependencia."

Para terminar vale la pena volver a las afirmaciones de Fabio Bertranou de la OIT sobre la Seguridad Social uruguaya como avance democrático. Bertranou elogió la convocatoria a un Diálogo Social amplio y especialmente le asigna un gran valor a la construcción de una gobernanza donde participan las organizaciones sociales. En todos esos campos Uruguay está a la cabeza en América Latina.

Las estrategias sociosanitarias para prevenir la dependencia deben contribuir a ese Diálogo.

No Te Va Gustar realizará una función a beneficio del Hospital Pasteur

El Hospital Pasteur, perteneciente a la Administración de los Servicios de Salud del estado (ASSE), festeja su 97º aniversario con un show a beneficio. En esta oportunidad la destacada banda uruguaya "No Te Va Gustar" formará parte de esta gala con su espectáculo "Otras Canciones 25 años".

El espectáculo resume los 25 años de carrera de la banda uruguaya con versiones casi acústicas de muchos de sus éxitos y otras canciones que no siempre suenan en los shows eléctricos. El mismo se llevara a cabo el próximo lunes 4 de noviembre a las 21 horas en la sala principal del Teatro Solís.

De esta manera, NTVG suma su aporte junto al de toda la comunidad, para colaborar con la compra de un de un nuevo ecocardiógrafo móvil para el servicio de Emergencia.

El mismo permitirá la realización de ecocardiogramas, transtorácico, trasnesofágico y ecostress o eco-ejercicio, mejorando la cobertura de estudios para el Hospital y su área de referencia, reduciendo los tiempos de espera y permitiendo ampliar la coordinación y cobertura con el primer nivel de atención (policlínicas de ASSE). Este equipo permite ver y evaluar la funcionalidad del corazón y detectar cardiopatías isquémicas (obstrucción de arterias coronarias), engrosamiento o debilidad del músculo cardíaco, enfermedades congénitas del corazón, aneurismas (dilatación) de aorta y enfermedades de las válvulas cardíacas.

Dicho espectáculo se suma al realizado el pasado año "Un tango Solidario por el Pasteur" a partir del cual fue posible lograr la recaudación para la compra de un equipo de acondicionamiento térmico para las salas de internación del segundo piso de nuestro Hospital, el cual ya se encuentra instalado y en funcionamiento.

Maciel compra equipo para diagnosticar trastornos de sueño

La clasificación internacional de trastornos de sueño numera 65 patologías, siendo las más frecuentes el insomnio, que implica dificultades para comenzar y mantener el sueño, despertar precoz, sensaciones de cansancio; y los asociados a problemas respiratorios

En el Hospital Maciel funciona un centro del sueño; y a partir de lo recaudado por el café solidario, adquirirán un equipo para realizar un diagnóstico más preciso.

Cecilia Orellana, neuróloga especializada en medicina del sueño, explicó que el origen del insomnio es multifactorial. Puede darse por un dolor crónico, trastornos neurológicas, psiquiátricos, respiratorios, y/o una inadecuada higiene del sueño.

Sobre este último punto, aconseja unas 7 u 8 horas de sueño; acostarse y despertar a la misma hora regularmente; comer hasta dos horas antes de dormir y evitar que sea en abundancia.

Además, la experta explicó que se debe evitar la sobre estimulación antes de dormir y la automedicación.

Este jueves se celebrará la décima edición de Café Solidario, para completar la compra del electroencefalógrafo; en bares del Centro, Ciudad Vieja y Cordón. Este instrumento permitirá realizar el estudio de la actividad del cerebro en pacientes que estén en coma o en CTI.

El año pasado adquirieron un equipo para los traslados dentro del hospital que mejora la seguridad del paciente. Este año, el objetivo es recolectar 10 mil dólares para completar la compra. Fuente- Subrayado-14.10.2019

Ministro Jorge Basso: Desde que se aprobó Ley de Salud Mental no se internó a más personas en colonias ni se habilitaron

"A nivel nacional e internacional, se promueve que, en caso de internar, sea en hospitales generales" y no en centros de atención monovalentes, recordó el ministro Jorge Basso en el marco del Día Mundial de la Salud Mental. Entiende que el Gobierno viene cumpliendo el compromiso asumido tras la promulgación de la ley y no se internó a más personas en colonias. Dijo que se está logrando una eliminación progresiva del modelo.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) conmemoró el jueves 10 el Día Mundial de la Salud Mental con la presentación de los avances del Plan Nacional de Salud Mental y la campaña de comunicación "Pasale por arriba al estigma" de la Comisión Honoraria Patronato del Psicópata (CHPP). La actividad fue presidida por el ministro Jorge Basso, acompañado del representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Giovanni Escalante, y el responsable de Salud Mental de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Horacio Porciúncula.

Basso recordó que Uruguay está en un proceso de "bajar a tierra" la Ley de Salud Mental, que calificó como un hito en la salud pública del país, dado que las leyes existentes eran de 1936 y 1948. "Fue una ley muy trabajada, con fuerte participación de todos los actores, de múltiples organizaciones de la sociedad civil, familiares, el Instituto Nacional de Derechos Humanos, de la academia en sus distintas expresiones, tanto psiquiatría como psicología, la Facultad de Enfermería, la de Ciencias Sociales, más de 30 organizaciones participaron", repasó. En este sentido, recordó el compromiso del ministerio para proseguir con la política de participación para elaborar los decretos reglamentarios como las ordenanzas.

Sobre el tema específico, definió que "superar el estigma que tiene la población sobre la salud mental es algo multifactorial vinculado a lo cultural. Tiene que ver con lo que propone la ley de desinstitucionalizar al paciente, eliminar en forma progresiva la internación en colonias, lo que se logró. No se internó más nadie luego de promulgada la ley y eso da cuenta de los cambios", dijo Basso. Recordó que una comisión de contralor inspecciona todas las estructuras existentes con más de 45 días de internación.

No se habilitó ningún nuevo centro de atención monovalente. "A nivel nacional e internacional, se promueve que, en caso de internar, sea en los hospitales generales", repasó. Hay experiencias concretas, sobre todo de ASSE, con unidades o módulos intermedios de contención y atención integral a los pacientes con patologías de salud mental. Esto es lo que se conoce como estructuras de medio camino.

ATENCIÓN GARANTIZADA

Más de 52.000 consultas con buena resolutividad se realizaron en 15 meses de aplicación de Ley de Urgencia y Emergencia

La Ley de Urgencia y Emergencia, vigente desde el 1.º de julio de 2018, permitió atender más de 52.000 consultas de salud de distintos tipos en algún punto de Uruguay, pese a no tratarse de usuarios del prestador al que concurrieron. Los departamentos de Montevideo, Canelones, Maldonado y Rocha fueron los que registraron mayor flujo, informó este viernes 11 el ministro Jorge Basso, al visitar el hospital de Rocha.

"No se generó ninguna dificultad, lo cual es fundamental, porque tiene que ver con la concepción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)", comentó Basso acerca de la implementación de la Ley de Urgencia y Emergencia, durante la recorrida por Rocha, que incluyó una disertación dirigida a los equipos de salud del lugar respecto de la marcha de la reforma y una recorrida por el hospital departamental.

La norma permite que cada usuario en cualquier punto del país, en caso de necesitar una atención rápida, la reciba, no solamente en su prestador, sino en cualquier institución del SNIS. Para concretarlo, se generó un mecanismo que aranceló los distintos procedimientos, lo que permite resolver adecuadamente el tema.

Cuando han transcurrido 15 meses de aplicación, los registros, al 11 de octubre, indican que se recibieron 52.469 consultas, 35.076 de ellas de urgencia y las restantes de emergencia. Los departamentos donde más se efectivizó fueron Montevideo, Canelones, Maldonado y Rocha, informó el ministro de Salud Pública, en diálogo con un equipo de la Secretaría de Comunicación Institucional.

En 15 años se invirtieron 400 millones de dólares en ASSE

"Rocha es un centro que conocemos hace muchísimos años, con un hospital en obras, un plan director y una serie de escenarios que la dirección maneja en el esfuerzo de lograr la articulación en el primer nivel de atención, con una vasta red de policlínicas que tiene ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) en el departamento y la estructura asistencial para resolver los problemas que requieran algunas prestaciones hospitalarias", relató.

Basso insistió en el desafío de continuar mejorando la infraestructura, en un contexto de 15 años en los que se invirtieron 400 millones de dólares en ASSE. "Eso tiene que ver con el deterioro que tenía la institucionalidad del prestador público previo a la reforma sanitaria", apuntó.

"Hoy tenemos hospitales con distinto grado de desarrollo, algunos nuevos y otros en proceso de transformación y cambio, en busca de resolver el confort y la calidad de la atención", indicó.

En este caso puntual, destacó el esfuerzo que se realiza en la dotación de recursos humanos. El ministro dijo que se trabaja para resolver la contingencia que a veces se genera de no contar con determinados especialistas, lo que implica la derivación del paciente. En algunos casos, se recurre a la complementación, a la compra y venta de servicios con el sector privado; en otros, se hicieron llamados para incorporar personal.

En otro orden, Basso aseguró que en Uruguay hay pleno empleo en el sector salud y las remuneraciones son buenas. "Hay que generar estímulos de distinto tipo, entre ellos, académicos, formativos, para ir consolidando una dotación estable que dé cierta tranquilidad", sostuvo.

VERÓNICA PINO

Artista plástico que surge con exitosa muestra en el Centro Cultural Goes

Verónica Pino es una de las artistas plásticas emergentes. Sus últimas obras como retratista se expusieron con singular éxito de público en muestra que se abrió el viernes 11 y permanecerá hasta el domingo 20 en el Centro Cultural Goes.

En sus cuadros –en los que se mezcla lo estético con lo ético- se nota una coherencia interna para llegar a una unidad cohesionada de continuidad indivisible que mereció excelentes comentarios del público asistente.

Su biografía, el texto con el que acompaña la presentación de su página web (www.veronicapino.com) y parte de su serie de retratos al óleo, nos exime de otros comentarios. El tiempo y la crítica juzgarán los pasos futuros de esta artista.

Monitoreo: busca evitar obstáculos para la lactancia materna

El Ministerio de Salud (MSP), con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), presentaron los resultados del monitoreo de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna en Uruguay.

El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna, aprobado por la trigésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud en el año 1981, establece una serie de recomendaciones para asegurar que la comercialización de estos productos no obstaculice la lactancia materna natural.

El monitoreo es parte del plan de acción trazado por el MSP que define la implementación de un diagnóstico de situación para mejorar el cumplimiento del Código.

El ministro interino de Salud, Jorge Quian, aseguró que "la lactancia materna es insustituible, promueve una unión íntima entre la mamá y el bebé que es sumamente beneficiosa para ambos, ya sea en el plano de la salud como en lo emocional. Los papás también deben participar de todo este proceso cuidando a ambos y favoreciendo la lactancia. Desde el MSP debemos promover y convencer sobre los beneficios de la lactancia y seguir trabajando en facilitar todo lo posible para que sea un hecho".

De acuerdo al monitoreo que se realizó en Montevideo entre marzo y junio de 2019, utilizando la metodología NetCode propuesta por la OMS y UNICEF -metodología que permite comparar al país con la región y el mundo- se observó un buen cumplimiento del Código en los servicios de salud del país, con baja incidencia de promociones.

Paralelamente, se requiere mayor capacitación en el tema, con énfasis en los objetivos y el alcance del Código.

Solidaridad y reconocimiento

En ocasión del 57º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y la 71ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (OMS- OPS), celebrado en Washington, el ministro de Salud Pública Jorge Basso manifestó la solidaridad de Uruguay hacia la población de Bahamas, en virtud de las pérdidas humanas y materiales relacionadas con el pasaje del huracán Dorian. Además, destacó los logros del país en materia de salud registrados en los últimos años.

Basso destacó la presentación del informe anual presentado por el Consejo Directivo de OPS, en el que el organismo da cuenta de la compleja realidad del continente, con énfasis en la carga de las enfermedades no transmisibles sumada a los brotes de enfermedades infecciosas.

"En ese contexto, la OPS se centró en sus funciones sustantivas vinculada a promover cooperación técnica y asesoramiento, con un espíritu de colaboración entre todos los países para que nadie quede atrás, haciendo honor a su mejor historia", subrayó.

Uruguay cumple 12 años de su reforma sanitaria, consolidando el acceso universal a la cobertura de la salud de toda la población, en especial la de los más vulnerables, de la mano de un aumento del gasto público en salud (más del 6% del PBI) y disminuyendo a un 16% el gasto de bolsillo de cada persona.

"Como resultado de este esfuerzo construido a partir de la definición de los Objetivos Sanitarios Nacionales, se han disminuido el embarazo adolescente no intencional, ha seguido la tendencia a la baja de la mortalidad infantil (mínimo histórico), ha disminuido la mortalidad materna con cero muerte materna a causa de abortos, ha disminuido la mortalidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares, ha disminuido la mortalidad por cáncer de todos los sitios, entre otras mejoras de los indicadores sanitarios", afirmó el ministro, que también hizo hincapié en la consolidación de la historia clínica electrónica que hoy abarca al 90% de la población.

"El esfuerzo por hacer que el primer nivel de atención sea resolutivo, en el marco de una atención de calidad que mejore la calidad del gasto, es un desafío que tiene ocupada a la autoridad sanitaria, promoviendo el trabajo en redes y estimulando las buenas prácticas de los equipos de salud en el territorio", concluyó.

Ampliación y nuevos servicios en Policlínica "Dr. Yannicelli" de Malvín Norte

En el marco de un convenio firmado entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) del Ministerio del Interior, tuvo lugar este lunes 7 de octubre, la reinauguración de la Policlínica "Dr. Alberto Yanicelli", perteneciente a la Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana. Cabe señalar que las obras de remodelación de la misma tuvieron la activa participación de personas privadas de libertad.

La Directora de la Policlínica Dra. Marianela Mures, manifestó su alegría por la reapertura y señaló que "la Policlínica constituye un eslabón más de la Red Metropolitana de ASSE (...) y contamos con un equipo capacitado y experiente en las diferentes especialidades: vamos a contar con médicos generales y de familia, ginecólogos, partera, pediatras, nutricionista, psicóloga, auxiliares y licenciada en enfermería, vacunas, odontología y próximamente farmacia". Además, agradeció a todos lo que hicieron posible la remodelación y resaltó el trabajo de los funcionarios.

En tanto, la Directora de la RAP Metropolitana, Dra. Ana Noble, resaltó que "reabrimos con nuevos servicios: farmacia, odontología y algunas especialidades", teniendo en cuenta "la misión que tenemos en el primer nivel de atención: mejorar la resolutividad". En ese sentido, añadió que "en ASSE estamos acercando los servicios a la población, en territorio, descentralizando y creando más servicios". Noble agradeció el trabajo realizado por las personas privadas de libertad, en el marco del convenio con el Instituto Nacional de Rehabilitación. "Su trabajo es para la gente del barrio", dijo.

Por su parte, el Subdirector General de la Salud del MSP, Dr. Gilberto Ríos, destacó la importancia "de seguir consolidando la estructura del primer nivel de atención, cercana a los usuarios y a la población". Expresó que "en este caso", se ha dado una "buena articulación del Estado en sus estructuras", con el papel trascendente de ASSE "aportando al cambio de modelo de atención".

La Directora del INR, Dra. Ana Juanche, expresó "la enorme alegría" de "culminar una etapa más, un aporte más en este proceso del convenio que hemos iniciado con ASSE, a través de la RAP Metropolitana, para reconvertir, reconstruir, mejorar y hacer accesibles los servicios de salud a nuestra población". Indicó que las tareas de refacción fueron realizadas "en tiempo record, por personas privadas de libertad que pertenecen al Polo Industrial de la Unidad Nº 4 de Santiago Vázquez".

Agregó que el proceso de refacción de la Policlínica, "nos muestra como sociedad toda: la proximidad, la necesidad de no mirar algunos fenómenos con lejanía, sino justamente con cercanía para poder ser lo que mejor somos, todos juntos, que es la mancomunión del trabajo cooperativo y colaborativo sin importar las circunstancias transitorias que atraviese la vida de algunos".

"Hay una Salud Pública defendida por sus trabajadores y su gente"

Por su lado, el Presidente de ASSE, Dr. Marcos Carámbula, expresó en nombre del Directorio, las felicitaciones por la iniciativa a los referentes de la Policlínica, de la RAP Metropolitana y de la Región Sur, además de mencionar su satisfacción por el trabajo conjunto con el INR.

Reflexionó sobre el concepto de que "tantas veces se habla de los empleados públicos: la Salud Pública la defienden los trabajadores y trabajadoras que están en el Primer Nivel de Atención. Esto no lo digo para quedar bien; lo digo después de haber trabajado 30 años en hospitales. Sé que, en la Salud Pública, el principal sostén, son quienes están en la primera línea, en la cercanía con el enfermo, con la familia con el usuario". Asimismo, reseñó la importancia que tuvo históricamente la Policlínica para el barrio".

Destacó la importancia de "la suma de los trabajadores de la Salud y los vecinos que pelean por su Policlínica y por su Derecho a la Salud", y agradeció a los trabajadores del INR. "Es el reconocer el derecho al trabajo, al reintegro, el derecho al trabajo" (...).

Aseveró que "el pueblo uruguayo ha conquistado derechos fundamentales, y tenemos que defenderlos; así como avanzar (...) en el primer nivel, desde los trabajadores, desde la comunidad (...) y fortaleciendo los hospitales de referencia". Afirmó que "hay Salud Pública defendida por sus trabajadores y por su gente, que quiere seguir avanzando en una sociedad de Derechos como la que soñamos todos".

Durante el transcurso de la ceremonia, se hizo entrega de certificados en agradecimiento a los trabajadores del INR por lo realizado en la Policlínica.

Participaron del acto la Vicepresidenta de ASSE, Dra. Marlene Sica, el Vocal del organismo, Esc. Julio Martínez, la Directora de la Región Sur, Dra. Virginia Longo, entre otras autoridades.

Semana Nacional de la Salud Bucal con actividades de promoción en escuelas públicas y privadas y junto a la comunidad

Comenzó el lunes 7 de octubre, una nueva edición de la Semana Nacional de la Salud Bucal, que ahora funciona en la órbita de ASSE con el nombre de "María Auxiliadora Delgado". El lanzamiento de las actividades, tuvo lugar en la Escuela Nº 89 "Ibiray" del barrio Villa Española, hasta donde también llegó el ómnibus reacondicionado y completamente equipado para la promoción, prevención y asistencia odontológica. Cabe resaltar que, durante la semana, se realizará la entrega a todas las escuelas públicas y privadas del país, de materiales educativos promoviendo la higiene bucal y hábitos saludables para una salud integral.

La Vicepresidenta de ASSE, Dra. Marlene Sica, destacó "la renovación" del Programa Nacional de Salud Bucal Escolar, y el "desafío de universalizarlo, no solo a las escuelas públicas sino también a las privadas, a lo largo y ancho de todo el país". En ese sentido, expresó que el propósito no hace solamente a la educación, la promoción y la prevención de la salud bucal, sino también a la asistencia.

Valoró las instancias de sensibilización como la realizada en la Escuela "Ibiray", y resaltó que "los niños son agentes promotores de salud por naturaleza", no solo por su capacidad de aprender, sino también por transmitir ese conocimiento a sus familias y a los adultos que los rodean.

Sica señaló que, durante el transcurso de la Semana, se desarrollarán actividades en los diferentes departamentos del país, en conjunto con la comunidad, y en colaboración con las comisiones fomento de escuelas, las direcciones departamentales de salud y las instituciones educativas.

Por su parte, la Directora de la Escuela Nº 89, Carla Verase, sostuvo que el Programa de Salud Bucal "nos permite atender el derecho a la salud", y que marcó "un antes y un después". Al respecto, manifestó que "se va viendo de a poquito el cambio de hábitos en la salud bucal de los chiquilines", que "en la escuela va acompañado de la merienda saludable".

Verase subrayó la tarea desplegada por la comisión fomento de la escuela, y que el trabajo que se viene desarrollando a nivel de salud bucal, se está expandiendo a las familias, "ya que los propios niños piden a sus padres ser atendidos en el ómnibus por sus odontólogos", expresó.

Residentes de ASSE y sector privado cobrarán variable por capacitación

Ya se encuentran abiertas las inscripciones para ambos sectores

A partir de un convenio firmado este 8 de octubre, las y los médicos residentes de ASSE accederán al pago del variable por capacitación. Los residentes del sector privado fueron incluidos en el convenio colectivo del sector firmado en octubre de 2018.

A partir de este acuerdo, hay dos colectivos que están incluidos: los residentes de ASSE y los residentes de los prestadores privados que pueden hacer el curso igual que cualquier médico, inscribiéndose en https://campus.msp.gub.uy/

Las y los residentes de ASSE deberán inscribirse y realizar el curso antes del 24 de noviembre. Estas inscripciones se realizan en la web https://moose.asse.com.uy/

La Dra. Lucía Araújo integrante de la comisión de Residentes del SMU destacó a Ser Médico que "es muy positivo que residentes de ASSE y privados puedan acceder al cobro de la partida variable como el resto de los médicos de estas instituciones. De esta forma lograrán una mejora salarial y el acceso a formación".

VII Jornadas de Novedades Terapéuticas: "Intercambiando Ideas Podremos Intercambiar Medicamentos"

El jueves 3 de octubre, se llevó a cabo en el Salón de Actos de ASSE, la segunda instancia de las VII Jornadas de Novedades Terapéuticas 2019: "Intercambiando Ideas Podremos Intercambiar Medicamentos", enfocadas a las alternativas en Medicamentos de uso frecuente, genéricos y biosimilares. Este tipo de actividades, se organizan anualmente por el Departamento de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR), y cuenta con el apoyo de ASSE, Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Fondo Nacional de Recursos (FNR), Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP), Ministerio de Salud Pública (MSP), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Instituto Pasteur de Montevideo (IP).

Así lo explicó la a Q.F. Natalia Medero, de la Gerencia Asistencial de ASSE, quien agregó que, en la oportunidad, se abordó el tema de "la intercambiabilidad de medicamentos de síntesis química"; en tanto que, durante la primera jornada, realizada en la sede del Sindicato Médico del Uruguay, se trató desde el punto de vista del "origen biológico y biotecnológico, es decir, los biosimilares".

En cuanto a los medicamentos de síntesis química, señaló que se realizaron diferentes exposiciones, "vinculadas a la regularización y a las definiciones de lo que son los equivalentes terapéuticos".

Destacó que es una temática "de suma importancia para ASSE, ya que tiene que ver con la planificación de los medicamentos que se incluyen en los vademécums y cómo satisface las necesidades de sus usuarios, con distintos tipos de medicamentos que pueden resultar equivalentes terapéuticos intercambiables".

La jornada estuvo dirigida a médicos, del primer nivel de atención, especialistas, químicos farmacéuticos y todo el personal de la salud que tiene que ver en la cadena del medicamento.

DERECHOS HUMANOS -BAYARDI SOBRE DETENIDOS DESAPARECIDOS

“La búsqueda debe continuar y hay que dar respuestas al conjunto de la sociedad y a sus familiares en particular”

“Se llegó a la identificación genética de los restos encontrados a fines de agosto en el Batallón 13 y corresponden al compañero Eduardo Bleier”, informó el ministro de Defensa, José Bayardi. Los cinco cuerpos de detenidos desaparecidos encontrados desde 2005 en predios militares “son la confirmación de que la búsqueda debe continuar y hay que dar respuestas al conjunto de la sociedad y a sus familiares en particular”, añadió.

“Cuando uno encuentra restos tiene cierta conmoción para aquellos que han estado comprometidos con la causa de los derechos humanos, y particularmente los familiares”, dijo Bayardi en entrevista con la Secretaría de Comunicación Institucional. “Cuando a ello se incorpora un nombre e identificación, vuelve una vez más a sentirse conmocionado”, enfatizó.

“En este caso en particular, me comprende la general de la ley, porque tengo una relación de amistad muy importante con Gerardo (uno de sus hijos), sé todo lo que ha pasado su familia en estos largos 44 años desde la desaparición de Bleier”, reflexionó el ministro de Defensa Nacional.

Bleier, detenido el 29 de octubre de 1975, cuando tenía 47 años de edad, nació en Batlle y Ordoñez en el seno de una familia judía, era odontólogo de profesión y tenía cuatro hijos.

Integró el Comité Central del Partido Comunista del Uruguay y fue secretario departamental de esa colectividad política. Estuvo recluido en dos centros clandestinos de detención de la dictadura (1973-1985) en Montevideo, según la investigación oficial de la Secretaría de Derechos Humanos para el Pasado Reciente, actualizada a enero pasado.

Tras años de no conocerse nada de su paradero, finalmente se supo que Bleier murió en el centro clandestino identificado por los represores como “300 Carlos” y por los detenidos como “Infierno grande”, ubicado en Montevideo, a causa de las torturas a que fue sometido entre el 1.º y el 5 de julio de 1976, según confirmó la Comisión para la Paz en su documento de 2003 y lo expresado en el informe de las Fuerzas Armadas al Presidente de la República de 2005.

“Tuvo un fuerte compromiso por la militancia política y social, con responsabilidades en el Partido Comunista”, recordó Bayardi. Cuando vino la represión, que se llamó “Operación Morgan”, en 1975, tenía responsabilidades en el ejecutivo de la época del Partido, agregó.

“Fue sometido a un alto grado de ensañamiento, tanto que la duda es si fue sometido a tortura cinco u ocho meses, lo que demuestra la catadura moral de quienes llevaron adelante esto”, apuntó Bayardi. “Todos los relatos demuestran la saña militar que se centró en la agresión incalificable que terminó con la vida de Bleier”, complementó.

“Dentro de esa conmoción hay una cuota que tiene que ver con la satisfacción de dar respuesta a una familia y la ratificación de varios hechos”, indicó. “En primer lugar, que hubo mentiras en el pasado respecto de lo sucedido con los compatriotas detenidos desaparecidos y, en segundo lugar, la confirmación de que la búsqueda debe continuar, que hay que dar respuestas al conjunto de la sociedad y a los familiares en particular”, reflexionó.

“Hay un compromiso, más allá de todo lo que he escuchado, importante en la búsqueda de detenidos desaparecidos”, sostuvo Bayardi. “En todos estos años se han excavado 125.000 metros cuadrados de terreno, pero si agregamos la profundidad y lo transformamos en metros cúbicos, la remoción llega a una cifra muy importante, que continúa”, insistió.

Detalló que la comunicación a la familia de Bleier correspondió al Grupo Verdad y Justicia, dirigido por Felipe Michelini, luego se informó a la organización Madres y Familiares de Uruguayos Detenidos Desaparecidos y finalmente al Gobierno nacional.

Bayardi precisó que todos los cuerpos de detenidos desaparecidos fueron encontrados a partir de que el Frente Amplio llegó al Gobierno en 2005. El primero de ellos fue Ubagésner Chaves Sosa, encontrado en 2005 en la chacra de Pando, luego le siguieron Fernando Miranda, también en 2005, pero en el Batallón 13, y Julio Castro, en 2011, y Ricardo Blanco Valiente, en 2012, ambos en el Batallón 14.

“La valoración política es que hay una actitud muy crítica sobre las autoridades militares de la época, que no asumieron nunca la responsabilidad de lo que se había hecho, trataron de ocultar los crímenes y, en ese contexto, quedó al descubierto la saña con la que actuaron”, puntualizó Bayardi.

“Esa tarea de búsqueda es permanente y es una respuesta a la sociedad y en especial a los familiares de las víctimas”, reafirmó. “El compromiso en la construcción de una sociedad democrática es satisfacer las respuestas que cada uno de sus ciudadanos tengan y hay que hacer honor a la memoria de los detenidos desaparecidos” por la última dictadura, subrayó.

Derechos humanos

En el mes internacional de la lucha contra el cáncer de mama en la mujer, la Sociedad Uruguaya de Sexología invita a la jornada científica:

"La sexualidad y el cáncer de mama"

Coordina: Dr. Santiago Cedrés

19:00 - 19:20 hs. ***"Impacto del diagnóstico en la relación de pareja"***

Lic. Roxana Gaudio

Licenciada en Psicología. Posgrado en Psiconeuroinmunoendocrinología y Psicoterapia focal.
Diplomada en terapia sistémica de parejas. Especializada en Logoterapia y Análisis Existencial.

19:20 - 19:40 hs. ***"Repercusiones psicológicas del diagnóstico y tratamiento"***

Dra. Laura Sarubbo

Médica Psiquiatra. Prof. Agda. de la Clínica Psiquiátrica Facultad de Medicina UdelaR.
Magister en Psiconeurofarmacología Universidad Favaloro, Argentina.
Especialista en Psicogeriatría ANA. Diploma en Psicoterapia en servicios de Salud UdelaR.
Psicoterapeuta individual y vincular acreditada por FUPSI y por FLP.

19:40 - 20:00 hs. ***"Oncosexología: Cómo impacta esta patología en la respuesta sexual"***

Dra. Sandra Murelle

Oncóloga Médica – Diplomada en Medicina Sexual.
Integrante de la Unidad de Medicina Sexual del Hospital Pasteur.
Diplomada en Cuidados Paliativos. Directiva fundadora de la Sociedad de Cuidados Paliativos.

20:00 hs. ***Lunch de camaradería y entrega de certificados***

Jueves 31 de Octubre 2019

Hotel Hilton Garden Inn
Dr. Luis Bonavita 1315

Dirigido a: profesionales de la medicina, psicología, sexología o educación sexual.
La asistencia otorga créditos para acreditación en FLASSES.
Actividad gratuita con inscripción - Lugares limitados
Inscripciones: sus@sus.org.uy – Tel.: 2407 9584
www.susuruguay.org

Eurofarma
Antrofi
Paroxet
Sop
Tamiram 750

Seguridad del Paciente: ASSE promueve jornadas de difusión del trabajo en territorio

El 17 de setiembre, se conmemoró el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, establecido por la Organización Panamericana de la Salud (OMS). En ese contexto, el Comité de Seguridad del Paciente (COSEPA) de ASSE central, perteneciente a la Dirección Gestión del Riesgo y Evaluación de la Calidad (DGRyEC) y con el aval de la Gerencia Asistencial, viene promoviendo, a través de los COSEPAS locales, jornadas de difusión del trabajo que se realiza en territorio.

Así lo explicó la referente en la temática de la Dirección Gestión del Riesgo y Evaluación de la Calidad, Lic. Laura Capote, quien agregó que el objetivo es mejorar la calidad de la atención y seguridad de los usuarios mediante el desarrollo de la Cultura en Seguridad en las Unidades Asistenciales pertenecientes a ASSE.

En ese sentido, las jornadas difundirán los trabajos en sensibilización, capacitaciones e implementación de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente que están desarrollando las COSEPAS Departamentales, Hospitalarias y de las Redes de Atención Primaria, en diferentes lugares del país.

En particular, el énfasis está puesto, precisamente, en el proceso de ejecución de dichas prácticas, que fueron propuestas para la aprobación del trabajo final en el Curso en Seguridad del Paciente dictado entre octubre y noviembre del año pasado.

Cabe acotar que dicha capacitación, estuvo especialmente diseñada para las unidades asistenciales de ASSE, y fue organizado por la Dirección de Gestión del Riesgo y Evaluación de la Calidad de ASSE en conjunto con del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del MSP.

En dicho curso, se abordó la Seguridad del Paciente en todos los niveles asistenciales, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de atención de los usuarios, de acuerdo a los lineamientos estratégicos planteados por el Directorio, en consonancia con el Objetivo Sanitario Nacional de Mejora de la Calidad de los Procesos Asistenciales de Salud.

En ese marco, se promovió la conformación de Comisiones de Seguridad del Paciente (COSEPAS) en las Unidades Asistenciales de ASSE, en consonancia con los lineamientos planteados en el Objetivo Estratégico 4 del MSP: "Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención a la salud".

Asimismo, se brindaron herramientas metodológicas que fortalezcan el trabajo de las COSEPAS hospitalarios y departamentales conformados y en funcionamiento; además de promover el trabajo en equipo interdisciplinario en la prevención, reporte y análisis de eventos adversos, generando una cultura de calidad de seguridad en los distintos servicios asistenciales. En definitiva, se apunta a crear y fortalecer capacidades nacionales para evaluar, medir y mejorar la seguridad del paciente.

Cabe acotar que, en el mundo, anualmente, se producen 134 millones de eventos adversos, de acuerdo a las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los mismos, pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema.

La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

FORMAR PARA CUIDAR

Certificación en competencia laboral

"Son 117 las personas de Colonia, Canelones, Montevideo, San José y Soriano que trabajan en centros de larga estadía para personas mayores las que certificaron sus competencias laborales en cuidados y se integraron al Registro Nacional de Cuidados", informó Julio Bango. La certificación los habilita a desempeñarse en residenciales de larga estadía como asistentes personales y en centros de día.

El secretario nacional de Cuidados, Julio Bango, subrayó, en ocasión de la entrega de certificados, este martes 8 en la sala Vaz Ferreira de la Biblioteca Nacional, que una de las preocupaciones centrales es la formación de recursos humanos en cuidados. En este caso, el trabajo para la certificación por competencias se realizó en conjunto con Uruguay Certifica, que está integrado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (Inefop), el Consejo de Educación Técnico Profesional de la Universidad del Trabajo de Uruguay (CETP-UTU), el Plenario Intersindical de Trabajadores-Convención Nacional de Trabajadores (PT-CNT), la Cámara de Industria del Uruguay y la Cámara Nacional de Comercio y Servicios.

Las trayectorias laborales de los cuidadores que trabajan en centros de larga estadía son certificadas por un equipo de evaluación integrado por expertos en este perfil y capacitadas por Uruguay Certifica. Este proceso consistió en entrevistas, observación del desempeño de estas personas en su lugar de trabajo y aprobación de sus conocimientos sobre la tarea.

Con esta certificación de saberes, además de poner en valor las trayectorias laborales de estos trabajadores, los residenciales y hogares pueden cumplir con lo establecido en el decreto n.º 356/2016, relativo a la regulación, habilitación y fiscalización en materia social de los establecimientos para cuidados a personas mayores.

"Para la formación de estas 117 personas, hemos tenido el apoyo de las gremiales que agrupan a residenciales, que han visto la formación como una oportunidad que no tiene costos económicos y permite mejorar la calidad de los servicios que brindan", dijo el jerarca. Bango agregó que se continuará con una segunda etapa con 400 personas más para certificar.

"Son 4.000 las personas que se han formado para atención a la dependencia, a lo que se debe sumar 3.000 que se han formado en el Centro de Formación (Cenfores) del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) para atender niños y niñas", afirmó el secretario de Cuidados.

Residenciales habilitados pasaron de 18 a 250 en tres años

Bango dijo que en 2016 había solamente 18 residenciales habilitados y que actualmente son 250 en términos de calidad de servicios. Informó que en tres años se han generado condiciones para que las personas que viven allí puedan tener una vida digna dentro de sus limitaciones. En tal sentido, destacó la línea de créditos para residenciales a través de República Microfinanzas, préstamos blandos de hasta 550.000 pesos para mejorar infraestructura, equipamiento, mobiliario, capacitación y formación de personal.

En tanto, la representante del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en la Comisión Uruguay Certifica, Gabriela Rodríguez, alentó a los participantes de los cursos a seguir formándose y destacó que el 50 % de ellos ya fue invitado porque tienen las condiciones para culminar los estudios de educación secundaria.

Día Internacional del Trastorno Específico del Lenguaje

• ASSE ha aumentado sensiblemente la cantidad de fonoaudiólogos

En el Día Internacional del Trastorno Específico del Lenguaje, que se conmemora el 30 de setiembre, se realizó una jornada de concientización en el Salón de Actos de ASSE, en conjunto con la Licenciatura en Fonoaudiología de la Universidad de la República y de la Asociación de Padres de Niños con estas dificultades. Cabe destacar que, en los últimos años, ASSE ha aumentado sensiblemente la cantidad de fonoaudiólogos, apostando a la detección temprana y a un mejor tratamiento.

La Directora de la Licenciatura de Fonoaudiología de la UdelaR e integrante del equipo de la Policlínica Centro Hospitalario Pereira Rossell, Prof. Ag. Lic. Fga. Silvia Palermo, expresó que el objetivo de la jornada, es concientizar sobre esta temática y hacerla visible, teniendo en cuenta que "aproximadamente el 40% de los niños uruguayos, tienen algún tipo de alteración del lenguaje".

En ese sentido, refirió que el Trastorno Específico del Lenguaje (TEL), "es una de las modalidades", pero "tenemos muchísimos niños con dificultades en la adquisición del lenguaje". De ahí la importancia de sensibilizar sobre esta temática, s, dado que cuanto antes se detecte y se trate, el niño va a poder revertir la situación. Al respecto, resaltó la importancia de estar atentos al desarrollo adecuado del lenguaje en los niños.

Agregó que "aquellos chicos que tienen trastornos más específicos, necesitan de un tratamiento que es largo", en el cual "hay que ser muy consecuente", y que "necesita mucho del apoyo familiar", pero que fundamentalmente requiere de un abordaje profesional e interdisciplinario.

Afirmó que ASSE ha aumentado los cupos fonoaudiólogos en todos los Hospitales del país. "Los niños tienen un tratamiento en forma semanal, individual y responsable", dijo.

Enfatizó que cuando se habla de este tipo de tratamiento, no se trata solamente de la atención del niño en la consulta, sino de "un trabajo interdisciplinario", que implica "el contacto con el pediatra tratante" y con servicios de rehabilitación, como pueden ser psicomotricidad y pedagogía, así como el contacto con la escuela y la maestra del niño y reuniones con los padres.

El testimonio de Antonella: "No se rindan; tiene solución y hay avances"

Antonella Rodríguez cursa cuarto año del liceo y quiere optar por quinto año biológico. Su propósito: ser médica.

Ella es una de las protagonistas del video que se presentó en la oportunidad. Ella es además puede narrar en primera persona, porque es ejemplo de una persona que no se deja amedrentar frente a las dificultades; en este caso, de trastorno del lenguaje.

A aquellos que tienen trastornos como ella, les dice segura que "no se rindan, que "tiene solución" y hay avances". Afirma que "da bastante trabajo, pero con esfuerzo se puede", siguiendo las indicaciones del personal de salud y con el apoyo de su familia. "Gracias a mis padres que nunca me dejaron", expresó.

En tanto Gabriel, padre de la protagonista, dijo que siempre estuvo "orgulloso de sus dos hijas: Antonella y María Fernanda". Relató que se dio cuenta de que Antonella tenía dificultades en el lenguaje cuando ella tenía un año y medio o dos. "Era muy inteligente y vivaz, pero no hablaba bien. No le podía entender y la hermana me traducía", recordó.

Contó que con su mujer buscaron ayuda. "En ese momento no es como ahora, que uno está más informado... (...) La tuvimos bastante complicada... No fue fácil: en la escuela, con los compañeros... Hasta con la misma familia, porque más allá que todos apoyaban y querían ayudar no sabían cómo".

Comentó que, en ese entonces, Antonella "se sentía como rechazada. Nosotros tratábamos de integrarla. Pero todo lo que nosotros trabajábamos en la casa, se nos explotaba en el afuera. Era complicado porque teníamos que mostrarle a ella que no nos afectaba lo que le estaba pasando, pero sí nos afectaba. Teníamos que 'inventarle' un mundo que afuera no estaba (..) Le decíamos que las cosas había que tomarlas de cómo y de quién venían; que a ella tenía que importarle lo que nosotros y su familia pensábamos y hacíamos por ella, y que lo demás era cuento".

En ese sentido,.... dijo que "lo peor fue el bullying, la discriminación, el abuso. Verla que llega a tu casa llorando, sufriendo, porque 'tal o cuál le dijo qué'. Y uno no puede hacer nada, más que darle herramientas para que pueda defenderse".

Antonella ya está en el liceo. Se nota su fortaleza. "Estoy orgulloso de mis dos hijas", expresó; y como consejo para los padres "el estar atentos, como un halcón, pero sin que ellos se den cuenta", a los efectos de detectar algún trastorno del lenguaje.

INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DOCENTE ASISTENCIAL EN SALUD PÚBLICA Y ASSE

Diez años de funcionamiento de las Unidades Docentes Asistenciales

El miércoles 2 de octubre, se celebraron los 10 años de funcionamiento de las Unidades Docentes Asistenciales (UDAs), que fortalecen la integración y desarrollo docente asistencial del sector público de salud. De hecho, la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR) y ASSE, vienen desplegando desde 2009 un trabajo conjunto, contribuyendo al desarrollo social y fortalecimiento de recursos humanos, siendo una herramienta de enorme importancia estratégica para la atención a la salud y producción de conocimiento.

El evento tuvo lugar en el Ministerio de Salud Pública, integrando la mesa de autoridades, el Subsecretario de dicha Cartera, Dr. Jorge Quian, el Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Miguel Martínez y el Presidente de ASSE, Dr. Marcos Carámbula.

Es importante destacar que las Unidades Docentes Asistenciales (UDAs), se trata de un Programa de Formación y Fortalecimiento de los Recursos Humanos de los Prestadores Públicos de Servicios de Salud, creado por Ley de Rendición de Cuentas N°18.362 en el año 2008.

Posteriormente, mediante un convenio entre la Facultad de Medicina de la UdelaR y ASSE, se promueve el desarrollo sostenido y progresivo de UDAs como ámbitos de interacción óptima de los recursos humanos de ambas partes, para cumplir con la atención a la salud, la enseñanza de grado, la formación de posgrado, la extensión y la investigación.

Al respecto, la Adjunta a la Gerencia General de ASSE, Dra. María Miralles, precisó que "estamos rindiendo cuentas de los 10 años de formación del Programa UDAs, enfocado a fortalecer la formación de los recursos humanos necesarios para el Sistema Nacional Integrado de Salud" (SNIS).

Reseñó que en el año 2009, se pusieron en funcionamiento las primeras UDAs, y que posteriormente, por Ley de Presupuesto, se incorporó a todos los docentes de la Facultad de Medicina con actividad asistencial, reconociendo de esa forma sus funciones en los Hospitales y el Primer Nivel de Atención de ASSE.

Señaló además, que dicho Programa "está estructurada con un Nivel de Gestión que define los lineamientos políticos, con delegados de Facultad de Medicina, Ministerio de Salud Pública y ASSE"; así como posee "una Unidad de Coordinación con el apoyo técnico requerido".

En definitiva, se trata de "proyectos específicos, que permiten la atención en territorio, pero también la formación de los recursos humanos, tanto de pregrado y posgrado", así como la tarea asistencial de los docentes, reconocida mediante el Sub-Programa UDAS - Facultad de Medicina. De esta manera, "tratamos de favorecer la mayor dedicación horario, tanto para la docencia como para la asistencia".

Por otro lado, resaltó que también se apoya la formación de pregrado de la Facultad de Medicina, Escuelas de Tecnología Médica y Parteras, respectivamente; además de posibilitar el acceso de más posgrados y apoyando el Programa de Residencias.

Consideró "fundamental continuar en este camino de complementación (...), definiendo cuáles son las prioridades de formación de recursos humanos para el Sistema Nacional Integrado de Salud, tanto a nivel de Facultad de Medicina, como de Licenciaturas, Escuela de Tecnología Médica, Escuela de Parteras y Facultad de Enfermería".

Miralles subrayó que, en el año 2018, se realizaron 2.800 pregrados, apoyándose además posgrados descentralizados. "Eso significa que, a nivel de territorio, tenemos una fuerte presencia, en 15 de los 19 departamentos, lo que permite la descentralización de la enseñanza, que es otro objetivo fundamental", manifestó.

Cabe reseñar que el Sub -Programa para la "Consolidación de Unidades Docentes - Asistenciales, representa una iniciativa de enorme importancia estratégica para la Facultad de Medicina y ASSE, pues propone avances significativos en la formación de recursos humanos, atención a la salud, producción de conocimiento y desarrollo del SNIS, fortaleciendo áreas imprescindibles que están impactando en la cobertura, niveles de resolutividad y calidad asistencial.

SEGUINOS EN TWITTER
@DMUruguay3

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

Inspira uruguay realiza carrera a beneficio del Hemocentro

El lanzamiento de la marca Inspira Uruguay y su primera actividad solidaria, a beneficio del Hemocentro se realizó en Punta del Este, el 10 de octubre y contó con la presencia de autoridades departamentales, empresarios, residentes y visitantes del balneario.

La marca Inspira Uruguay es una alianza entre la Fundación Hemovida, asociación civil que acompaña las acciones del Hemocentro Regional de Maldonado y Fendi Chateau, desarrollo inmobiliario de Punta del Este y tiene como fin recaudar fondos para organizaciones sociales del departamento.

"Inspírate a correr por la vida", una carrera 10k y 5k familiar e inclusiva da inicio a su agenda.

La competencia lleva el nombre "Pocho" Pérez Portillo, en homenaje al periodista reconocido en el departamento. Será el sábado 2 de noviembre, a las 16.30 horas, con partida y llegada en la parada 17 de playa Mansa. La inscripción es de 550 pesos uruguayos, se realiza en los locales de cobranza de Redpagos y en el sitio de Suca Sports: www.sucaweb.com Todo lo recaudado será para el Hemocentro Regional de Maldonado. Colaboran en esta acción solidaria: Fendi Chateau Punta del Este, Intendencia de Maldonado, Junta Departamental de Maldonado, Municipio de Punta del Este, Municipio de Maldonado, Municipio de Piriápolis, Agadu, Redpagos, Coca Cola y The Grand Hotel.

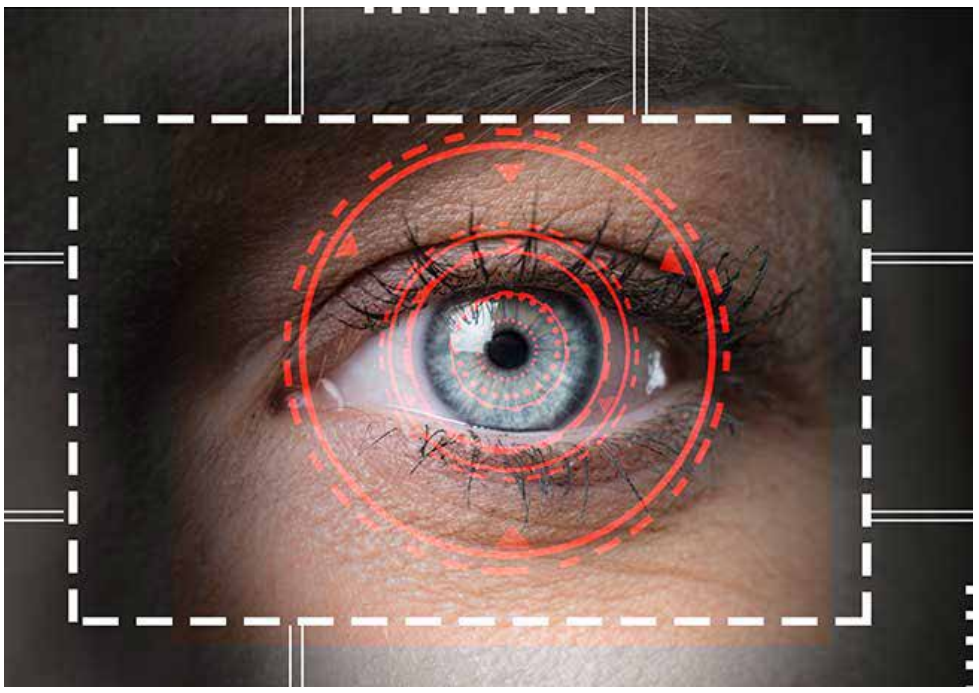
En la oportunidad, se firmó un convenio solidario con Anda por el cual los funcionarios de todo el país quedan cubiertos en caso de necesitar sangre y en contrapartida, el Hemocentro hará jornadas periódicas de recolección con los funcionarios de la empresa.

En la oportunidad, se firmó un convenio solidario con Anda por el cual los funcionarios de todo el país quedan cubiertos en caso de necesitar sangre y en contrapartida, el Hemocentro hará jornadas periódicas de recolección con los funcionarios de la empresa.

UNA REVISIÓN DE SU ALCANCE

Herramientas de eHealth para la autoevaluación de la agudeza visual

La discapacidad visual aumenta año tras año, con estimaciones globales de 237,1 millones afectadas por discapacidad visual moderada o grave para 2020. Las herramientas de detección de eHealth podrían ayudar a abordar éste y otros trastornos al aumentar la identificación de los mismos y promover su corrección



INTRODUCCIÓN

La discapacidad visual aumenta año tras año, con estimaciones globales de 237,1 millones afectadas por discapacidad visual moderada o grave para 2020. La discapacidad visual tiene impactos negativos en la calidad de vida, la salud mental y física, impide el rendimiento en la escuela, reduce la empleabilidad y la productividad y se asocia con un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas en las personas mayores.

Los errores de refracción no corregidos y las cataratas no operadas son las principales causas globales de discapacidad visual y más del 80% de todas las discapacidades visuales se pueden prevenir. Los errores de refracción no corregidos son responsables del 53% de la discapacidad visual. Se estima que la contribución de los errores de refracción no corregidos a todos los problemas de visión moderados a graves es mayor en los países de ingresos bajos y medios que en los países de ingresos altos.

Una razón potencial para la prevalencia de los errores de refracción no corregidos puede ser la falta de acceso a los servicios de salud visual.

En algunos países de ingresos bajos y medios, los servicios de salud visual solo se ofrecen en los niveles de atención secundaria y terciaria, no a nivel comunitario.

La disponibilidad de exámenes oculares en los hogares de las personas, vivir solos, el costo de la atención y las percepciones de que la disminución de la agudeza visual es normal con el envejecimiento también se asocian con los errores de refracción no corregidos. Las herramientas de detección de eHealth pueden ayudar a abordar éstos y otros trastornos tales como la degeneración macular al aumentar la identificación de los mismos y promover su corrección.

Con el crecimiento de la tecnología, la creciente cantidad de herramientas en línea y el potencial de ahorro en costos de atención médica, la inversión en salud digital crece año tras año. Dos tercios de la población mundial ahora están conectados a través de dispositivos móviles.

Sin embargo, la calidad de las herramientas de eHealth es incierta. Los desarrolladores de herramientas de eHealth generalmente no tienen capacitación en salud y los profesionales de la salud no están involucrados en el desarrollo de la mayoría de las herramientas.

Los objetivos de la revisión fueron (i) proporcionar una visión general de las herramientas en línea o basadas en aplicaciones para la autoevaluación de la agudeza visual; y (ii) identificar y criticar la calidad de estas herramientas con respecto a la validez y confiabilidad. La revisión excluyó las aplicaciones de software destinadas al uso clínico profesional.

La revisión se centró en las herramientas para la autoevaluación de la agudeza visual porque la agudeza visual es un fuerte predictor de la calidad de vida relacionada con la visión autoinformada y las definiciones de discapacidad visual de la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (2018) se basan en la agudeza visual; La agudeza visual es el índice primario de discapacidad visual.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda sistemática entre mayo de 2017 y mayo de 2018 para identificar las herramientas de detección de candidatos para su inclusión. El motor de búsqueda Google se usó para identificar herramientas en línea y Google Play y Apple App Store se usaron para identificar aplicaciones de teléfonos inteligentes y tabletas.

Los términos de búsqueda utilizados fueron “En línea” O “basado en Internet” Y “Visión” O “Ojo” Y “Prueba” O “Pantalla” O “Verificar”, examinándose los primeros cien resultados. Estos fueron ordenados automáticamente según su relevancia por el motor de búsqueda.

Los criterios de inclusión fueron:

(i) Las pruebas se concibieron como pruebas autoadministradas de agudeza visual que se pueden completar sin el apoyo de un profesional.

(ii) Las pruebas proporcionan algunos comentarios sobre el rendimiento

(iii) Las pruebas se alojaron en línea o como una aplicación para teléfonos inteligentes.

(iv) Las pruebas estaban disponibles gratuitamente o de bajo costo.

Se excluyeron 48 pruebas diseñadas para su uso por profesionales.

RESULTADOS

Después de analizar los resultados, se evaluaron 92 herramientas para determinar su elegibilidad, y se seleccionaron 42 pruebas móviles y / o en línea para su revisión. Todas las pruebas tardaron entre 5 y 20 minutos en completarse, incluidos el tiempo de configuración y calibración. Varias pruebas no especificaron la prueba de un ojo a la vez, por lo que se clasificaron como pruebas de visión binocular.

OPTOTIPOS

Habían veintiuna herramientas que usaban una mezcla de optotipos estándar; dentro de estas, cinco también ofrecían optotipos no estándar y tres opciones incluidas para imágenes o números. Veinte herramientas solo proporcionaron optotipos alternativos. Una herramienta incluía solo optotipos numéricos.

Interfaz de presentación y respuesta

La mayoría de las herramientas (n =25) presentaron los optotipos uno por uno y ninguno ofreció los optipos con el amontonamiento como opción. Este formato se empleó para los optotipos que requerían que el participante decidiera sobre la orientación de la figura, por ejemplo Landolt C o volteo E. Para dispositivos móviles, se podría usar un gesto de deslizamiento para registrar la respuesta a la dirección del optotipo.

El segundo formato de presentación más común fue presentar el cuadro completo (n = 11). Diez se encontraron a través de búsquedas en Google en línea y estaban destinadas para su uso con una interfaz de computadora de escritorio / portátil. También hubo un pequeño número que presentó los optotipos utilizando métodos no validados.

CALIBRACIÓN

La mayoría de las herramientas (n = 38) proporcionó instrucciones para completar la prueba de manera estándar, por ejemplo, posicionamiento a la distancia correcta de la pantalla. Seis herramientas proporcionaron información sobre la distancia de prueba dependiendo de la resolución de la pantalla.

Tres herramientas adicionales incluyeron un cuadro estándar de Snellen con la adición de una barra de calibración: el usuario debe medir la barra de calibración en centímetros y el resultado es la distancia que el usuario debe pararse desde la pantalla en pies.

Cuatro herramientas proporcionaron un procedimiento de calibración, que implicó la estandarización del tamaño del optotipo mediante el uso de un objeto de referencia (como una tarjeta de crédito) para ajustar el tamaño de la imagen de manera apropiada utilizando los conmutadores en pantalla.

Las herramientas que ofrecían procedimientos de calibración eran solo aquellas en plataformas alojadas en la web. Ninguna herramienta en plataformas móviles proporcionó opciones de calibración.

La mayoría de las herramientas (n = 32) incluían una declaración de que eran herramientas de detección y que no estaban destinadas a reemplazar las pruebas profesionales. Las herramientas recomendaban consultar a un profesional si el usuario tenía alguna inquietud sobre su visión, y recomendaban pruebas de visión periódicas.

Presentación de resultados

La presentación de resultados varió ampliamente. La más común (n=13) fue la fracción de Snellen con la mayoría medida en pies (n =9). Cinco de esas trece herramientas simplemente proporcionaron información sobre la puntuación de la tabla y el usuario debía interpretar los resultados siguiendo las instrucciones. Por ejemplo, se requeriría que el usuario determinara el puntaje de Snellen en función de qué línea se leyó (por ejemplo, la tercera línea sería equivalente a 20/40).

Las 11 herramientas restantes proporcionaron automáticamente una fracción de Snellen junto con una explicación (por ejemplo, “20/100 significa que cuando te paras a 20 pies de la tabla puedes ver lo que puede ver una persona normal de pie a 100 pies de distancia, 20/100 se considera moderada discapacidad visual”).

Dieciocho herramientas proporcionaron una puntuación de rendimiento visual pero sin ninguna otra interpretación. Por ejemplo, algunas herramientas proporcionan un puntaje porcentual o rendimiento visual categorizado como de riesgo bajo, medio o alto.

Cuatro herramientas produjeron un

sigue en pág. 30

viene de pág. 29

valor decimal simple sin más aclaraciones. Dos herramientas proporcionaron una receta basada en dioptrías para la visión de cerca. Por último, cinco herramientas dieron un puntaje no estándar basado en porcentaje para cada ojo (ej., Izq 80%, Der 75%) sin detalles de cómo se calculan o interpretan estos porcentajes.

Validez y fiabilidad

Se devolvieron cinco encuestas electrónicas y se realizaron 37 búsquedas adicionales para descubrir datos de validez o confiabilidad. Las cinco herramientas que respondieron a la encuesta informaron la recopilación de datos de confiabilidad y validez, pero no presentaron ningún dato que respalde este caso.

DISCUSIÓN

Las herramientas de autoevaluación de la visión en línea pueden ayudar a abordar la creciente carga de la discapacidad visual tanto en países de altos ingresos como en países de ingresos bajos y medios. Sin embargo, de las 42 herramientas para la autoevaluación de la agudeza visual que se incluyeron para su revisión, solo una herramienta informó datos de validez. Y para esa herramienta, no se informó el número y los tipos de pacientes en la validación.

Ninguna herramienta reportó datos de confiabilidad. La incierta validez y confiabilidad de la mayoría de las herramientas es preocupante porque las herramientas poco confiables pueden pasar por alto casos de discapacidad visual o pueden causar ansiedad indebida al identificar falsamente los casos.

Las aplicaciones de eHealth de mala calidad pueden comprometer la seguridad del paciente (por ejemplo, en relación con el cálculo de la dosis, o la detección de melanoma).

Puede haber problemas similares para las herramientas de evaluación de la visión. Las herramientas de evaluación de la visión que se identificaron en las tiendas de aplicaciones móviles solían clasificarse en las secciones “Médica” o “Salud y estado físico”.

El uso de dicha terminología puede aumentar la probabilidad de que los usuarios confíen en estas herramientas para obtener información médica. Es necesario establecer estándares regulatorios para las herramientas de autoevaluación de la visión para garantizar que la seguridad del usuario no se vea comprometida.

Una posible solución puede ser el respaldo de agencias nacionales de salud creíbles y / u ONGs basadas en un conjunto de estándares acordados internacionalmente que tengan en cuenta la eficacia y seguridad de las herramientas de eHealth .

Por lo tanto, puede ser que la falta de confiabilidad en las aplicaciones de autocomprobación no sea un problema tecnológico, sino que se deba a la falta de conciencia por parte de los desarrolladores de aplicaciones con respecto a las características de la prueba ópticamente importantes (por ejemplo, el estilo de los optotipos, su espacio).

Las pautas que involucran estándares mínimos de calidad pueden ser útiles para garantizar que las aplicaciones de autoevaluación sean de confiabilidad comparable a los sistemas profesionales.

Además de los sistemas de certificación de calidad para las herramientas de eHealth, las herramientas de eHealth para la discapacidad visual deben incluir un vínculo claro a la atención que respalde a los usuarios que actúan sobre el resultado de la prueba de visión. Las herramientas de autoevaluación de agudeza visual en esta revisión dirigieron al usuario a visitar a un profesional para obtener más consejos o pruebas.

No incluir un enlace específico a servicios clínicos o de apoyo puede significar que solo una pequeña proporción de las personas que no aprueban un examen de visión actúen luego en base a los resultados obtenidos. Las posibilidades adicionales pueden incluir la vinculación directa de las aplicaciones de autoevaluación con los servicios clínicos y / o la atención prestada de forma remota a través de videoconferencia u otras tecnologías.

Este tipo de atención de teleHealth está en aumento, por ejemplo, en la entrega remota de un programa de ejercicios de rehabilitación cardíaca o en la autogestión del cuidado de la piel, donde una aplicación de eHealth permite la comunicación bidireccional entre el paciente y el médico.

El paradigma de atención remota es interesante, pero una limitación importante de este paradigma es el uso de una herramienta de Internet de confiabilidad incierta que no puede proporcionar un examen completo de la salud ocular y que puede dar como resultado que los usuarios se sientan falsamente tranquilizados por el hallazgo de agudeza visual normal.

Una limitación de esta revisión fue que solo ofrece una instantánea de las herramientas de visión de autoevaluación en un momento dado en un panorama que cambia constantemente. Sin embargo, es probable que los problemas relacionados con la calidad y los vínculos con la atención identificados en esta revisión puedan aplicarse a las herramientas de autoevaluación que pueden publicarse en los meses y años posteriores a esta revisión.

Una limitación adicional es que solo se evaluaron las herramientas para la autoevaluación de la agudeza visual; Las herramientas pueden evaluar parámetros adicionales que pueden estar relacionados con condiciones específicas de salud ocular. Sin embargo, el enfoque en la agudeza visual es válido, ya que éste es uno de los principales indicadores de discapacidad visual.

CONCLUSIONES

• Las herramientas de visión de eHealth tienen potencial para enfrentar una carga creciente asociada con la discapacidad visual, particularmente en países de ingresos bajos y medios, pero la validez y fiabilidad de la mayoría no se ha establecido.

• Es necesario garantizar que las herramientas de visión de eHealth sean de buena calidad. Las soluciones incluyen los marcos establecidos para la regulación que tienen en cuenta la accesibilidad, la privacidad y el contenido, y la creación de bancos de herramientas de alta calidad por parte de las agencias nacionales de salud u otras organizaciones en las que los usuarios pueden confiar.

• También existe la necesidad de vincular efectivamente las autoevaluaciones de la agudeza visual con una vía de atención, lo que también podría implicar la atención prestada de forma remota.

Autor: W. Kent Yeung , P. Dawes , A. Pye y colaboradores NPJ Digital Medicinevolume 2, Article number: 82 (2019)

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD | 08 OCT 19

Violencia, aislamiento social, hipervigilancia y problemas de salud

El aislamiento social y la soledad se asociaron con una actividad física limitada, no tomar medicamentos, nutrición deficiente, consumo excesivo de alcohol y fumar

RESUMEN

El aislamiento social es un predictor clave de mortalidad en los EE. UU. y puede aumentar en las comunidades afectadas por la violencia. Los estudios cualitativos han documentado que las personas que viven en vecindarios de alto crimen a menudo informan que están confinadas en sus hogares debido a preocupaciones de seguridad.

Sin embargo, pocos estudios cuantitativos han evaluado empíricamente las relaciones entre la exposición a la violencia y el aislamiento social. En 2018, realizamos encuestas en persona de una hora de duración con 504 adultos en Chicago, Illinois.

La exposición previa a la violencia comunitaria se asoció con una reducción de 3.3 puntos (en una escala de 100 puntos) en la frecuencia de interacción con los confidentes de la red, una reducción de 7.3 puntos en el apoyo social percibido de los amigos y un aumento de 7.8 puntos en la soledad.

En un momento en que los líderes de salud pública y de políticas piden soluciones a la “epidemia de soledad”, identificar a las poblaciones en mayor riesgo debido a la violencia podría ayudar a focalizar las intervenciones y garantizar un acceso equitativo a apoyo social y médico.

La exposición a la violencia puede afectar negativamente la salud física y psicosocial de una persona, según dos nuevos estudios en coautoría de la epidemióloga social de la Universidad de Chicago Medicine, Elizabeth L. Tung, MD.

Los estudios se basaron en encuestas en persona de más de 500 adultos que viven en vecindarios de Chicago con altas tasas de delitos violentos, y en grupos minoritarios predominantemente raciales y étnicos. Los resultados se publicaron el 7 de octubre en la edición de octubre de la revista Health Affairs.

El primer informe, “Aislamiento social, soledad y exposición a la violencia en adultos urbanos”, encontró que el aislamiento social y la soledad se asociaron con una actividad física limitada, no tomar medicamentos adecuadamente, una nutrición deficiente, consumo ex-

sigue en pág. 31

viene de pág. 30

cesivo de alcohol y fumar.

Los datos mostraron que cuanta más violencia experimentaba una persona en su propia comunidad, más solitaria era.

La mayor soledad se encontró entre las personas que estuvieron expuestas a la violencia en la comunidad y dieron positivo en las evaluaciones para el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Los resultados del estudio son particularmente problemáticos para las personas mayores que viven en barrios violentos, que son más propensos a la soledad y que ya pueden tener problemas de salud crónicos como diabetes, obesidad o enfermedades cardíacas, dijo Tung. La soledad es un problema de salud cada vez mayor, y un predictor clave de mortalidad en los Estados Unidos. El setenta y siete por ciento de los encuestados del estudio tenían 50 años o más.

"La asociación entre la exposición a la violencia y la soledad es realmente interesante, porque hay un vínculo tan fuerte", dijo Tung. "La omnipresencia de la violencia parece ser más evidente ahora que nunca.

¿Qué hace esa sensación de violencia en nuestra cultura en general a la soledad?"

La retirada social podría ser una estrategia de supervivencia en barrios violentos, pero no es una buena opción a largo plazo.

"Alguien que está socialmente aislado y solo tiene un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, al igual que alguien con antecedentes de tabaquismo. La soledad es un problema de salud pública con implicaciones reales para la salud", dijo Peek. "La violencia afecta más que solo a las víctimas, sino a toda la comunidad. La salud de todos se ve potencialmente afectada".

Los hallazgos del estudio se relacionan con una conversación más amplia en todo el país sobre cómo los problemas como la soledad, la inseguridad alimentaria y la vivienda afectan la salud física y psicológica de una persona, agregó Peek.

"Nuestro sistema de atención médica está cambiando y evolucionando, y estamos comenzando a pensar no solo en la atención médica sino también en las necesidades sociales de nuestros pacientes, y estamos tratando de usar el sistema médico como una forma de integrar esas necesidades. Tener un enfoque más holístico ayudará mejor a nuestros resultados de salud ", dijo.

Los autores del estudio fueron Tung, Peek, Louise C. Hawkley, investigadora sénior de investigación de NORC de la Universidad de Chicago, y la profesora de sociología de la Universidad de Chicago, Kathleen A. Cagney.

El segundo informe, "Manteniendo la guardia alta: hipervigilancia entre los residentes urbanos afectados por la violencia comunitaria y policial", dirigido por Nichole A. Smith, estudiante de medicina de la Facultad de medicina Pritzker de la Universidad de Chicago, cuantificó una conexión entre la exposición a la comunidad y violencia policial e hipervigilancia.

La hipervigilancia, un estado emocional elevado de sentirse siempre "en guardia", puede evitar que las personas tomen decisiones de estilo de vida saludables.

La hipervigilancia crónica puede provocar hipertensión, enfermedad cardiovascular, deterioro de la memoria, trastornos de ansiedad y dificultad para regular las emociones.

"Es un fenómeno muy bien estudiado, principalmente en veteranos. Pero está muy poco estudiado en entornos comunitarios donde tienes esta exposición crónica a la violencia", dijo Tung.

El estudio encontró una asociación sorprendentemente fuerte entre la hipervigilancia y la exposición a la violencia policial más que la violencia comunitaria. La exposición a la violencia comunitaria resultó en un aumento del 5.5% en el puntaje de hipervigilancia, mientras que la exposición a la violencia policial se asoció con un aumento del 9.8%. Los participantes que experimentaron un evento traumático durante una detención policial se asociaron con un aumento del 20% en las puntuaciones de hipervigilancia.

Los hallazgos sugieren una asociación compleja entre la violencia policial y la salud mental y física de los miembros de la comunidad. Planteó la cuestión de si la hipervigilancia, tanto entre los residentes como entre los agentes de policía, podría conducir a escalamientos perjudiciales durante las paradas policiales.

El estudio dijo que una mayor vigilancia policial basada en el trauma y las oportunidades para actividades de construcción de lazos entre la policía y los miembros de la comunidad, como la liga de béisbol de la policía CAPS con miembros de la comunidad, podrían ayudar a reducir la hipervigilancia en ambos lados y evitar que las situaciones se conviertan en dañinas.

Tung se inspiró para hacer estos dos estudios después de que notó que muchos de sus pacientes que viven en barrios violentos estaban luchando por seguir sus regímenes de salud prescritos.

"Ellos dudarían en unirse a grupos de caminantes porque tenían miedo de caminar en sus vecindarios. O les preguntaría: '¿Por qué no recibieron sus medicamentos a tiempo?' Y decían: 'Bueno, solo podía conseguir un aventón por la noche y no quiero salir de casa por la noche'. Ese tipo de cosas estaba surgiendo mucho más ", dijo Tung.

Autor: Elizabeth L. Tung, Louise C. Hawkley, Kathleen A. Cagney, and Monica E. Peek Fuente: Health AffairsVol. 38, No. 10: Violence & Health https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00563 Social Isolation, Loneliness, And Violence Exposure In Urban Adults. Centro Médico de la Universidad de Chicago.FUENTE INTRAMED

MENOR RENDIMIENTO COGNITIVO | 08 OCT 19

Las caídas en los ingresos no solo dañan la billetera, también el cerebro

Ingresos inestables en la edad adulta joven relacionados con problemas de pensamiento en la mediana edad

Los adultos jóvenes que experimentan caídas de ingresos anuales del 25 por ciento o más pueden estar en mayor riesgo de tener problemas de pensamiento y una reducción de la salud cerebral en la mediana edad, según un estudio publicado en línea en Neurology®, la revista médica del Academia Americana de Neurología.

"La volatilidad de los ingresos está en un nivel récord desde principios de la década de 1980 y hay una creciente evidencia de que puede tener efectos generalizados en la salud", dijo la autora principal del estudio Adina Zeki Al Hazzouri, PhD, profesora asistente de epidemiología en la Escuela de Salud Pública Columbia Mailman. "Nuestro estudio siguió a los participantes en los Estados Unidos durante más de 30 años, incluido el tiempo de recesión a fines de la década de 2000, cuando muchas personas experimentaron inestabilidad financiera. Nuestros resultados proporcionan evidencia de que la mayor volatilidad de los ingresos durante los años pico de ingresos se asocia con un peor envejecimiento cerebral en la mediana edad". "

El estudio incluyó a 3.287 personas que tenían entre 23 y 35 años al comienzo del estudio y se inscribieron en el estudio de Desarrollo de Riesgo de Arterias Coronarias en adultos jóvenes (CARDIA), que incluye una población racialmente diversa. Los participantes informaron su ingreso familiar anual antes de impuestos cada tres o cinco años durante 20 años, de 1990 a 2010.

Los investigadores examinaron con qué frecuencia disminuyeron los ingresos, así como el porcentaje de cambio en los ingresos entre 1990 y 2010 para cada participante. Según el número de caídas de ingresos, los participantes se dividieron en tres grupos: 1.780 personas que no tuvieron una caída de ingresos; 1,108 que tuvieron una caída del 25 por ciento o más del ingreso anterior informado; y 399 personas que tuvieron dos o más de esas gotas.

A los participantes se les realizaron pruebas de pensamiento y memoria que midieron qué tan bien completaron las tareas y cuánto tiempo les llevó completarlas. Para una prueba, los participantes usaron una clave que emparejó los números del 1 al 9 con símbolos. Luego se les dio una lista de números y tuvieron que escribir los símbolos correspondientes.

Los investigadores encontraron que las personas con dos o más caídas de ingresos tuvieron peores desempeños en la realización de tareas que las personas sin caídas de ingresos. En promedio, obtuvieron puntajes peores en 3.74 puntos o 2.8 por ciento.

"Como referencia, este bajo rendimiento es mayor de lo que normalmente se ve debido a un año de envejecimiento, lo que equivale a una puntuación peor en solo 0.71 puntos en promedio o 0.53 por ciento", dijo el primer autor Leslie Grasset, PhD, de Inserm Research Centro en Burdeos, Francia.

Los participantes con más caídas de ingresos también obtuvieron peores resultados en cuanto al tiempo que llevó completar algunas tareas.

Los resultados fueron los mismos después de que los investigadores ajustaron otros factores que podrían afectar las habilidades de pensamiento, como la presión arterial alta, el nivel educativo, la actividad física y el tabaquismo.

No hubo diferencias entre los grupos en las pruebas que midieron la memoria verbal.

Del grupo de estudio, 707 participantes también tuvieron escáneres cerebrales con imágenes de resonancia magnética (MRI) al comienzo del estudio y 20 años después para medir su volumen cerebral total, así como los volúmenes de varias áreas del cerebro.

Los investigadores encontraron que, en comparación con las personas sin reducción de ingresos, las personas con dos o más reducciones de ingresos tenían un volumen cerebral total menor. Las personas con una o más caídas de ingresos también tenían una conectividad reducida en el cerebro, lo que significa que había menos conexiones entre diferentes áreas del cerebro.

Según los investigadores, puede haber varias explicaciones de por qué un ingreso inestable puede influir en la salud del cerebro, incluido que las personas con un ingreso más bajo o inestable pueden tener un acceso reducido a una atención médica de alta calidad que puede resultar en un peor manejo de las enfermedades como la diabetes o el manejo de comportamientos poco saludables como fumar y beber.

Si bien el estudio no prueba que las caídas en los ingresos disminuyan la salud del cerebro, sí refuerza la necesidad de realizar estudios adicionales que examinen el papel que juegan los factores sociales y financieros en el envejecimiento cerebral.

CONCLUSIÓN

La volatilidad de los ingresos durante un período de 20 años de ingresos formativos se asoció con una peor función cognitiva e integridad cerebral en la mediana edad.

Autor: Leslie Grasset, M. Maria Glymour, Tali Elfassy, Samuel L. Swift, Kristine Yaffe, Archana Singh-Manoux, Adina Zeki Al Hazzouri Fuente: Neurology DOI: https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000008463 Relation between 20-year income volatility and brain health in midlife

MECANISMOS MOLECULARES QUE REGULAN EL OXÍGENO

Premio Nobel de Medicina y Fisiología 2019

Investigación sobre los mecanismos moleculares que subyacen en la forma en que las células se adaptan a las variaciones en el suministro de oxígeno

• William G. Kaelin, Jr. nació en 1957 en Nueva York. Obtuvo un M.D. de la Universidad de Duke, Durham. Realizó su formación especializada en medicina interna y oncología en la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, y en el Instituto del Cáncer Dana-Farber, Boston. Estableció su propio laboratorio de investigación en el Instituto del Cáncer Dana-Farber y se convirtió en profesor titular en la Escuela de Medicina de Harvard en 2002. Es investigador del Instituto Médico Howard Hughes desde 1998.

• Sir Peter J. Ratcliffe nació en 1954 en Lancashire, Reino Unido. Estudió medicina en Gonville y Caius College en la Universidad de Cambridge e hizo su formación especializada en nefrología en Oxford. Estableció un grupo de investigación independiente en la Universidad de Oxford y se convirtió en profesor titular en 1996. Es Director de Investigación Clínica en el Instituto Francis Crick, Londres, Director del Instituto Target Discovery en Oxford y Miembro del Instituto Ludwig para la Investigación del Cáncer.

• Gregg L. Semenza nació en 1956 en Nueva York. Obtuvo su B.A. en biología de la Universidad de Harvard, Boston. Recibió un doctorado / doctorado de la Universidad de Pensilvania, Facultad de Medicina, Filadelfia en 1984 y se formó como especialista en pediatría en la Universidad de Duke, Durham. Realizó capacitación posdoctoral en la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, donde también estableció un grupo de investigación independiente. Se convirtió en profesor titular en la Universidad Johns Hopkins en 1999 y desde 2003 es el Director del Programa de Investigación Vascular en el Instituto Johns Hopkins de Ingeniería Celular.

LAS INVESTIGACIONES

Los galardonados con medicina 2019 William G. Kaelin Jr, Sir Peter J. Ratcliffe y Gregg L. Semenza han identificado maquinaria molecular que regula la actividad de los genes en respuesta a los niveles variables de oxígeno.

La importancia fundamental del oxígeno se ha entendido durante siglos, pero se desconoce cómo las células se adaptan a los cambios en los niveles de oxígeno. El trabajo premiado con el Nobel de este año revela los mecanismos moleculares que subyacen en la forma en que las células se adaptan a las variaciones en el suministro de oxígeno.

Durante la evolución, se desarrollaron mecanismos para garantizar un suministro suficiente de oxígeno a los tejidos y las células. El cuerpo carotídeo, adyacente a los vasos sanguíneos grandes a ambos lados del cuello, contiene células especializadas que detectan los niveles de oxígeno en la sangre.

El Premio Nobel de Fisiología o Medicina de 1938 a Corneille Heymans otorgó descubrimientos que muestran cómo la detección de oxígeno en la sangre a través del cuerpo carotídeo controla nuestra frecuencia respiratoria al comunicarse directamente con el cerebro.

La detección de oxígeno es fundamental para una gran cantidad de enfermedades. Los descubrimientos realizados por los galardonados con el premioNobel de este año tienen una importancia fundamental para la fisiología y han allanado el camino para nuevas estrategias prometedoras para combatir la anemia, el cáncer y muchas otras enfermedades.

HIF ENTRA EN ESCENA

Además de la adaptación rápida controlada por el cuerpo carotídeo a niveles bajos de oxígeno (hipoxia), existen otras adaptaciones fisiológicas fundamentales. Una respuesta fisiológica clave a la hipoxia es el aumento de los niveles de la hormona eritropoyetina (EPO), que conduce a una mayor producción de glóbulos rojos (eritropoyesis). La importancia del control hormonal de la eritropoyesis ya se conocía a principios del siglo XX, pero la forma en que este proceso fue controlado por el O2 siguió siendo un misterio.

Gregg Semenza estudió el gen EPO y cómo está regulado por niveles variables de oxígeno. Al usar ratones modificados con genes, se demostró que segmentos específicos de ADN ubicados al lado del gen EPO median la respuesta a la hipoxia. Sir Peter Ratcliffe también estudió la

regulación dependiente de O2 del gen EPO, y ambos grupos de investigación encontraron que el mecanismo de detección de oxígeno estaba presente en prácticamente todos los tejidos, no solo en las células renales donde normalmente se produce EPO. Estos fueron hallazgos importantes que muestran que el mecanismo era general y funcional en muchos tipos de células diferentes.

Semenza deseaba identificar los componentes celulares que median esta respuesta. En las células hepáticas cultivadas descubrió un complejo proteico que se une al segmento de ADN identificado de una manera dependiente del oxígeno. Llamó a este complejo el factor inducible por hipoxia (HIF).

Se iniciaron grandes esfuerzos para purificar el complejo HIF, y en 1995, Semenza pudo publicar algunos de sus hallazgos clave, incluida la identificación de los genes que codifican HIF. Se descubrió que HIF consistía en dos proteínas de unión a ADN diferentes, llamadas factores de transcripción, ahora llamados HIF-1α y ARNT. Ahora los investigadores podrían comenzar a resolver el rompecabezas, permitiéndoles comprender qué componentes adicionales estaban involucrados y cómo funciona la maquinaria.

Cuando los niveles de oxígeno son bajos (hipoxia), HIF-1α está protegido de la degradación y se acumula en el núcleo, donde se asocia con ARNT y se une a secuencias de ADN específicas (HRE) en genes regulados por hipoxia.

A niveles normales de oxígeno, el proteasoma degrada rápidamente HIF-1α. El oxígeno regula el proceso de degradación mediante la adición de grupos hidroxilo (OH) a HIF-1α.

La proteína VHL puede reconocer y formar un complejo con HIF-1α que conduce a su degradación de una manera dependiente del oxígeno.

La enfermedad de von Hippel-Lindau: un socio inesperado

Cuando los niveles de oxígeno son altos, las células contienen muy poco HIF-1α. Sin embargo, cuando los niveles de oxígeno son bajos, la cantidad de HIF-1α aumenta para que pueda unirse y así regular el gen EPO y otros genes con segmentos de ADN que se unen a HIF (Figura 1). Varios grupos de investigación mostraron que HIF-1α, que normalmente se degrada rápidamente, está protegido de la degradación en la hipoxia.

A niveles normales de oxígeno, una máquina celular llamada proteasoma, reconocida por el Premio Nobel de Química 2004 a Aaron Ciechanover, Avram Hershko e Irwin Rose, degrada el HIF-1α. En tales condiciones, se agrega un péptido pequeño, ubiquitina, a la proteína HIF-1α. La ubiquitina funciona como una etiqueta para proteínas destinadas a la degradación en el proteasoma. Cómo la ubiquitina se une al HIF-1α de manera dependiente del oxígeno siguió siendo una cuestión central.

La respuesta vino de una dirección inesperada. Casi al mismo tiempo que Semenza y Ratcliffe estaban explorando la regulación del gen EPO, el investigador del cáncer William Kaelin, Jr. estaba investigando un síndrome hereditario, la enfermedad de von Hippel-Lindau (enfermedad de VHL). Esta enfermedad genética conduce a un riesgo dramáticamente mayor de ciertos tipos de cáncer en familias con mutaciones de VHL heredadas. Kaelin demostró que el gen VHL codifica una proteína que previene la aparición de cáncer.

Kaelin también mostró que las células cancerosas que carecen de un gen VHL funcional expresan niveles anormalmente altos de genes regulados por hipoxia; pero que cuando el gen VHL se reintrodujo en las células cancerosas, se restablecieron los niveles normales.

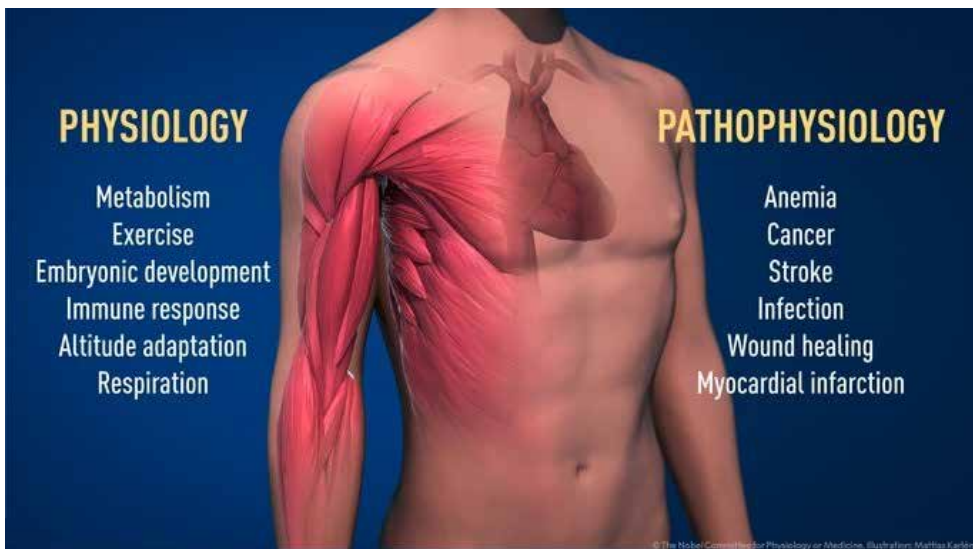
Esta fue una pista importante que muestra que la BVS estuvo de alguna manera involucrada en el control de las respuestas a la hipoxia. Se obtuvieron pistas adicionales de varios grupos de investigación que muestran que VHL es parte de un complejo que etiqueta las proteínas con ubiquitina, marcándolas para la degradación en el proteasoma.

Ratcliffe y su grupo de investigación hicieron un descubrimiento clave: demostrar que VHL puede interactuar físicamente con HIF-1α y es necesario para su degradación a niveles normales de oxígeno. Esto vincula de modo concluyente VHL a HIF-1α.

El oxígeno da forma a la fisiología y la patología

Gracias al trabajo innovador de estos

sigue en pág. 33



viene de pág. 32

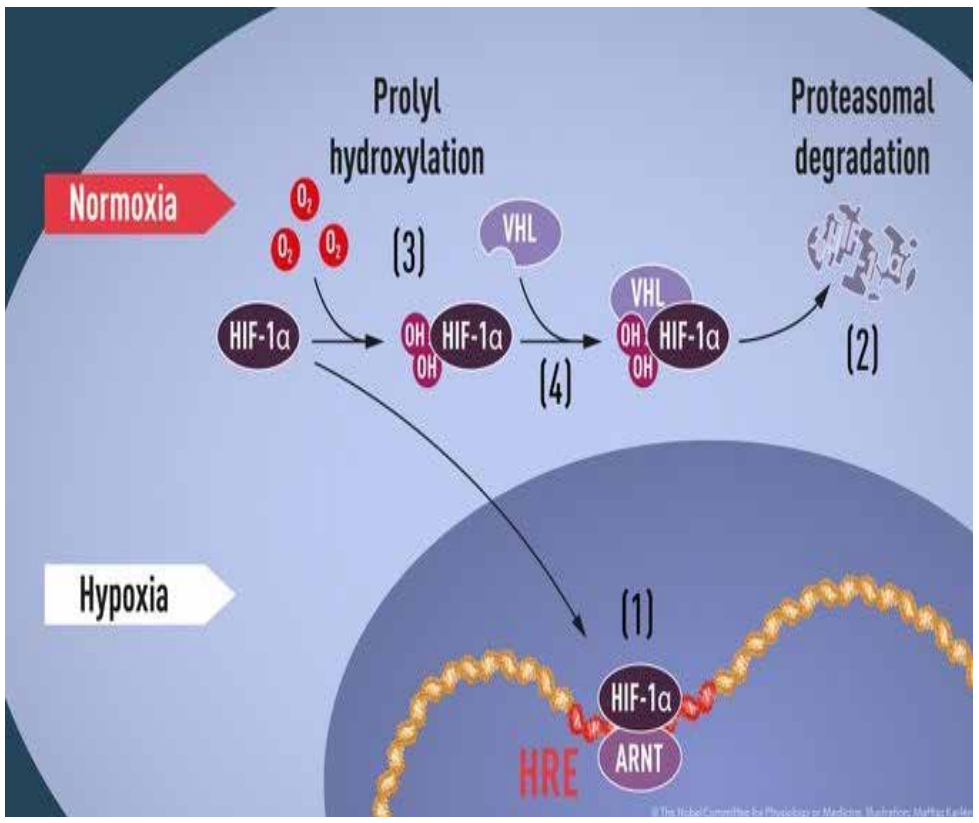
premios Nobel, sabemos mucho más sobre cómo los diferentes niveles de oxígeno regulan los procesos fisiológicos fundamentales. La detección de oxígeno permite a las células adaptar su metabolismo a niveles bajos de oxígeno: por ejemplo, en nuestros músculos durante el ejercicio intenso.

Otros ejemplos de procesos adaptativos controlados por la detección de oxígeno incluyen la generación de nuevos vasos sanguíneos y la producción de glóbulos rojos. Nuestro sistema inmunológico y muchas otras funciones fisiológicas también están afinadas por la maquinaria de detección de O2. Incluso se ha demostrado que la detección de oxígeno es esencial durante el desarrollo fetal para controlar la formación normal de vasos sanguíneos y el desarrollo de placenta.

La detección de oxígeno es fundamental para una gran cantidad de enfermedades.

Por ejemplo, los pacientes con insuficiencia renal crónica a menudo sufren anemia severa debido a la disminución de la expresión de EPO. La EPO es producida por células en el riñón y es esencial para controlar la formación de glóbulos rojos. Además, la maquinaria regulada por el oxígeno tiene un papel importante en el cáncer. En los tumores, la maquinaria regulada por oxígeno se utiliza para estimular la formación de vasos sanguíneos y remodelar el metabolismo para la proliferación efectiva de células cancerosas.

Intensos esfuerzos continuos en laboratorios académicos y compañías farmacéuticas ahora se centran en el desarrollo de medicamentos que pueden interferir con diferentes estados de enfermedad al activar o bloquear la maquinaria de detección de oxígeno.



LA VELOCIDAD Y EL COSTO ENERGÉTICO DE CAMINAR SON PREDICTORES

Regreso al trabajo después de un ACV en adultos jóvenes

La velocidad al caminar predice el regreso al empleo después de un accidente cerebrovascular en adultos jóvenes

Una cuarta parte de las personas que sufren un derrame cerebral son menores de 65 años (definidas como adultos jóvenes), y hasta el 44% no podrán regresar al trabajo después del accidente cerebrovascular, principalmente debido a dificultades para caminar.

Los impactos del accidente cerebrovascular en los adultos jóvenes incluyen posibles consecuencias educativas, sociales, económicas y funcionales, que se agravan cuando las personas no pueden regresar al trabajo. La capacidad para caminar es un dominio funcional clave de las actividades de la vida diaria que se pueden cuantificar fácilmente.

Ningún estudio de investigación ha analizado exhaustivamente el rendimiento de la marcha en el golpe posterior de un adulto joven.

El objetivo principal de este estudio es investigar cómo un derrame cerebral en adultos jóvenes afecta el rendimiento de la caminata (por ejemplo, la velocidad de la caminata y el costo metabólico) en comparación con los controles sanos de la misma edad.

El objetivo secundario es determinar la capacidad predictiva de los parámetros de rendimiento al caminar para volver al empleo después del accidente cerebrovascular.

Este estudio incluyó a 46 adultos jóvenes (de 18 a 65 años) con antecedentes de accidente cerebrovascular en los últimos 3 años y controles sanos y de la misma edad. Los investigadores utilizaron el análisis tridimensional de la marcha para evaluar la velocidad de la marcha y utilizaron un analizador de gases para medir el consumo de oxígeno para calcular los gastos de energía metabólica asociados con la marcha.

Casi todos los que regresaron al trabajo caminó más rápido que 0.93 m / s.

De los participantes del estudio, 10 (23%) regresaron al trabajo durante el seguimiento. La velocidad al caminar fue un fuerte predictor del retorno al empleo: aquellos que podían caminar a más de 0.93 m / s tenían muchas más probabilidades de regresar al trabajo; solo una persona que había regresado al trabajo caminaba más lento que este umbral.

Como se esperaba, una velocidad de marcha más lenta se correlacionó con un aumento del costo metabólico de la marcha.

CONCLUSIONES

Este estudio es el primero en capturar los parámetros de rendimiento al caminar de adultos jóvenes que han sufrido un derrame cerebral e identifica una marcha más lenta y menos eficiente.

La velocidad al caminar surgió como el predictor más fuerte para el retorno al empleo.

Se recomienda que la velocidad de marcha se use como un indicador clínico simple pero sensible del rendimiento funcional para guiar la rehabilitación e informar la preparación para el regreso al trabajo después del accidente cerebrovascular.

COMENTARIO

Una postura más amplia, una longitud de paso más corta, la espasticidad y la debilidad pueden reducir la eficiencia de la marcha, aumentar las demandas metabólicas y reducir la velocidad de la marcha.

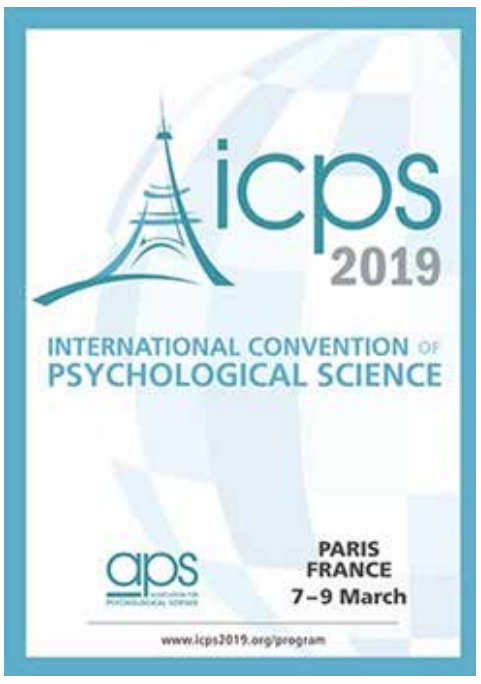
Sin embargo, no se incorporó en este análisis una contabilidad completa de los déficits de accidente cerebrovascular, incluidos los miembros superiores, la visión y los dominios cognitivos, así como las funciones particulares de empleo en juego.

Los estudios futuros deberían combinar la velocidad de marcha con otros factores importantes que podrían contribuir a la probabilidad de volver al empleo. Se requieren tamaños de muestra más grandes y validación externa antes de que este umbral se aplique ampliamente en la práctica clínica. Autor: Hannah L. Jarvis, Steven J. Brown, Michelle Price, Claire Butterworth, Renee Groenevelt, el al Fuente: https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.025614Stroke.;0:STROKEAHA.119.025614 Return to Employment After Stroke in Young Adults

SENTIR ES VER, ES CREER...

Interocepción: cómo entendemos las sensaciones internas de nuestro cuerpo

"Nuestros cerebros no evolucionaron para reaccionar ante el mundo que nos rodea, sino para predecir lo que nos sucederá a continuación"



Es común concebir el cerebro como un órgano diseñado para reaccionar a los estímulos del mundo exterior. Un libro pesado se cae de una mesa junto a usted y su cerebro le permite ver, escuchar y sentir el impacto. Sin embargo, mire un video silenciado de un libro que se cae de una mesa, y su cerebro aún puede generar una versión de estas sensaciones, lo que hace que salte al golpe ilusorio del libro golpeando el suelo a pesar de que las señales que normalmente procesaríamos como sonido o vibración están ausentes.

Esto se debe a que nuestros cerebros no evolucionaron para reaccionar ante el mundo que nos rodea, sino para predecir lo que nos sucederá a continuación, explica la presidenta de APS, Lisa Feldman Barrett, de la Northeastern University.

"Los cerebros no evolucionaron para la racionalidad", dijo Barrett.

"No evolucionaron para que pienses o percibas el mundo con precisión. Ni siquiera evolucionaron realmente para que lo veas, oigas o sientas. Los cerebros evolucionaron para regular un cuerpo para que pudiera moverse alrededor del mundo de manera eficiente".

La tarea central de un cerebro que trabaja al servicio del cuerpo es la alostasis: regular los sistemas internos del cuerpo anticipándose a las necesidades y preparándose para satisfacerlas antes de que surjan.

La interocepción, la representación de su cerebro de las sensaciones de su propio cuerpo, es la consecuencia sensorial de esta actividad, dice Barrett, y es fundamental para todo, desde el pensamiento, la emoción, la toma de decisiones y nuestro sentido del yo.

"Su cuerpo es parte de su mente, no de una manera mística, sino de una manera biológica muy real"

Dijo durante un Simposio de Ciencia Integrativa en la Convención Internacional de Ciencias Psicológicas (ICPS) de 2019 en París. "Esto significa que hay una parte de tu cuerpo en cada concepto que haces, incluso en estados que consideramos cognición fría".

Para mantener la alostasis, continuó Barrett, el cerebro debe construir continuamente conceptos que guíen al cuerpo integrando fragmentos de información sensorial con recuerdos de experiencias similares del pasado. La creación de este modelo interno de su cuerpo en el mundo permite al cerebro inferir las causas de los datos sensoriales que recibe a través de la retina y otros órganos sensoriales.

"Este proceso predictivo es la forma en que su cerebro navega por el mundo, guía sus acciones y construye sus experiencias", dijo.

El trabajo de Barrett con MRI funcional (fMRI) también ha arrojado luz sobre el papel de la red de modo predeterminado del cerebro, que ayuda a iniciar señales de predicción, y la red de prominencia, que ayuda a determinar qué datos sensoriales inesperados son importantes para aprender en un momento dado. La investigación de Barrett muestra que ambas redes, trabajando en concierto, contribuyen a la alostasis y sus consecuencias interoceptivas.

Irónicamente, señala Barrett, las cortezas límbicas de estas regiones, una vez ridiculizadas como la "bestia interior" emocionalmente reactiva del cerebro, pueden estar estrechamente vinculadas a los procesos anticipatorios que construyen nuestra percepción del mundo.

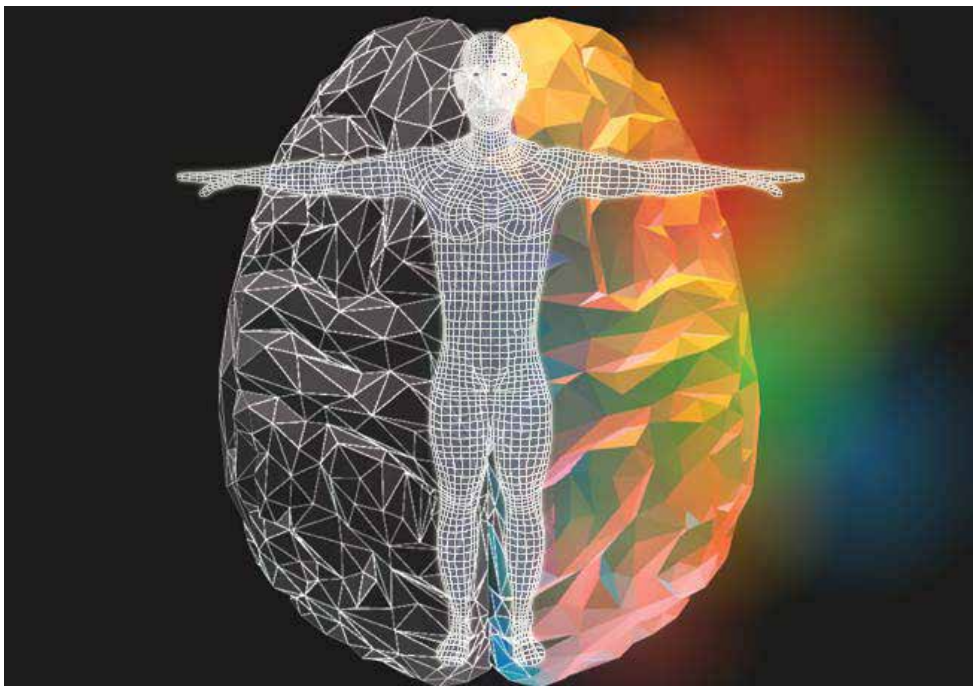
(Mis) procesos predictivos

Mantener la alostasis es muy similar a administrar un presupuesto para el cuerpo, en el que la glucosa, el agua, la sal y otros compuestos biológicos constituyen la moneda, dice Barrett; como con cualquier presupuesto, es posible tener un déficit metabólico. Cuando esto sucede, el cerebro reducirá el gasto en dos cosas "costosas": mover el cuerpo y aprender nueva información. Esto puede provocar fatiga, confusión y anhedonia y, a la larga, depresión.

La interrupción alostática es solo uno de los muchos factores que contribuyen a la depresión, señala Barrett. Apreciar la base física de los síntomas puede ser útil para las personas que sufren el trastorno, que a menudo sienten que no pueden controlar sus pensamientos y sentimientos negativos.

"A veces te sientes miserable por una razón puramente física", dijo. "No son los pensamientos los que impulsan los sentimientos, sino los sentimientos que impulsan los pensamientos".

Las diferencias en los procesos predictivos respaldados por la interocepción también pueden contribuir a la psicopatología, dice Martin Paulus, de la Universidad de California en San Diego.



Las personas sanas, explica, tienen un conjunto de expectativas sobre el estado del mundo que actualizan al observar y evaluar nuevas pruebas relativas a experiencias pasadas.

Un ciclista, por ejemplo, puede tener un modelo de carrera donde puede andar en bicicleta en la carretera que se basa en la cercanía de los autos a la acera, que actualizaría continuamente en función de los sonidos de los autos que se acercan y la distancia a la que ve que los vehículos lo pasan.

"No es que la percepción sea un proceso pasivo", dijo Paulus. "La percepción es un proceso activo basado en lo que son tus experiencias anteriores".

Sin embargo, este proceso puede salir mal. Un individuo sano podría percibir un aumento en la frecuencia cardíaca al llegar a una fiesta como un indicador de emoción, escribieron Paulus y Murray Stein (Universidad de California, San Diego) en Brain Structure & Function; alguien con ansiedad, sin embargo, puede interpretar esa misma señal interoceptiva como predicción de peligro inminente.

Paulus, Stein y su colega Justin Feinstein (Universidad de Tulsa) investigaron más a fondo la base de estos esquemas de predicción interoceptiva en psiquiatría biológica a través de un estudio fMRI de 26 participantes, la mitad de los cuales tenían un alto nivel de ansiedad. Los resultados mostraron que los participantes en los dos grupos se desempeñaron igualmente bien en una serie de tareas en las que tuvieron que elegir entre dos opciones. Sin embargo, incluso cuando había pocas posibilidades de elegir incorrectamente, los individuos muy ansiosos demostraron una actividad significativamente mayor en el cingulado anterior, una región del cerebro involucrada en la diferenciación entre señales predictivas y no predictivas.

Esto sugiere que las personas propensas a la ansiedad pueden necesitar dedicar más recursos de procesamiento a la toma de decisiones para distinguir las fluctuaciones ordinarias en su estado fisiológico de las señales que predicen un daño potencial, afirmó Paulus.

Las personas que experimentan este tipo de falla interoceptiva, incluidas las personas con depresión, explicó, no cambiarán a una creencia más adaptativa sobre el estado del mundo, incluso ante la evidencia que demuestra que su comprensión actual es incorrecta.

"A menudo se puede presentar a esta persona evidencia de que la ansiedad es realmente irracional o no tiene base, y sin embargo, existe una fuerte resistencia a aprender esa nueva información", dijo.

La rigidez del contexto, por otro lado, puede llevar a las personas a aplicar inapropiadamente sus experiencias pasadas a su comprensión de una situación no relacionada, por ejemplo, si un excursionista que tuvo un encuentro con un oso en el camino comenzó a esperar osos en cada esquina de su viaje diario.

Las señales interoceptivas también pueden llevarnos por mal camino cuando las señales de nuestro cuerpo entran en conflicto con nuestro mejor interés, lo que interfiere con nuestras capacidades intuitivas de toma de decisiones.

Para investigar este efecto, Barnaby D. Dunn (Unidad de Cognición y Ciencias del Cerebro del Consejo de Investigación Médica, Reino Unido) y sus colegas monitorearon las frecuencias cardíacas de 92 participantes mientras completaban la tarea de juego de Iowa. Esta medida de pensamiento intuitivo depende de que las personas identifiquen que dos de los cuatro mazos de cartas disponibles para ellos contienen principalmente cartas rentables, mientras que los otros dos mazos tienen más probabilidades de restar de su puntaje final. Después de completar esta tarea, los participantes contaron sus latidos durante varios intervalos de tiempo, que los investigadores

sigue en pág. 35

viene de pág. 34

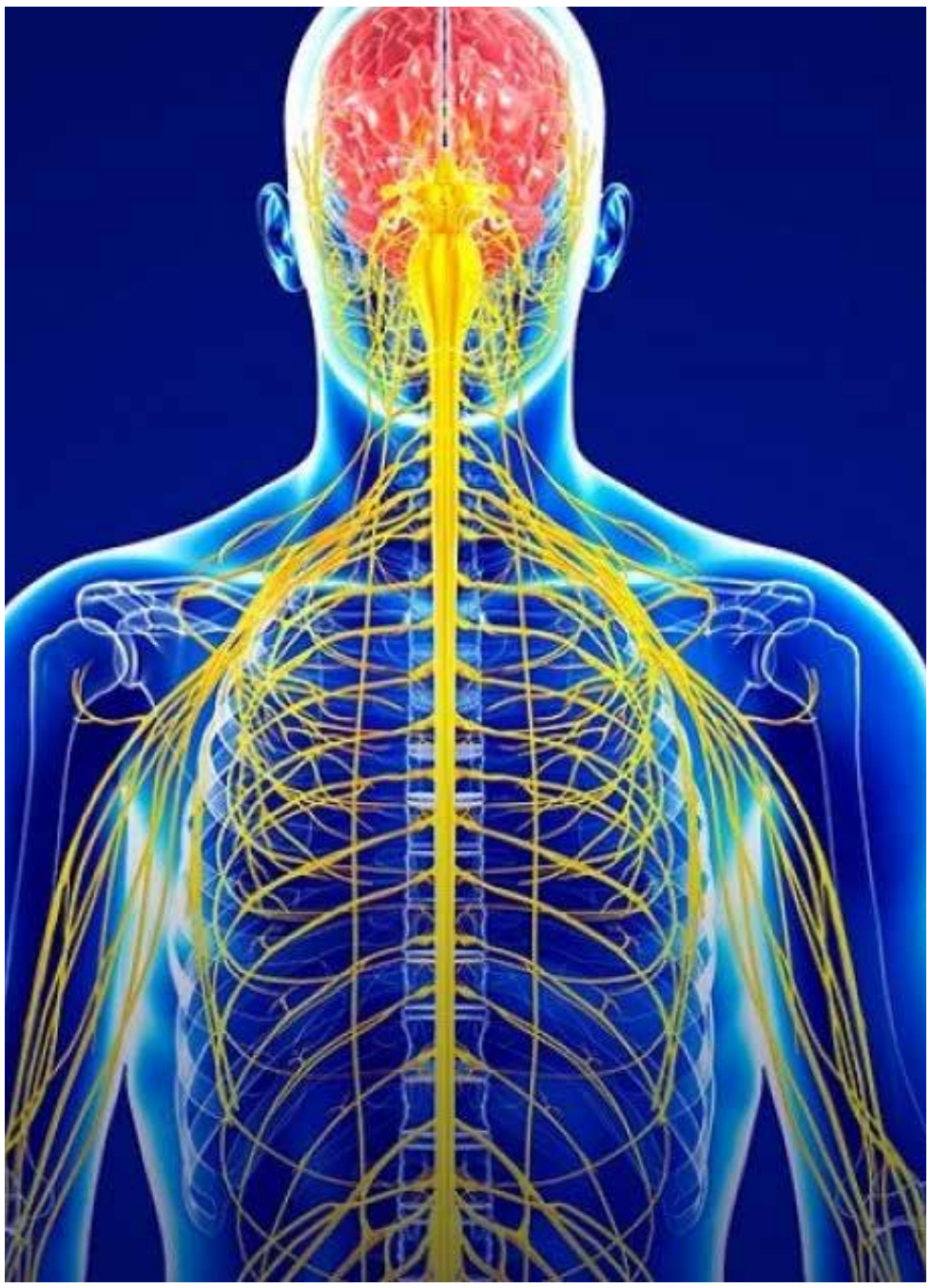
compararon con las medidas electrocardiográficas (EKG) reales de las frecuencias cardíacas de los participantes.

En general, escribieron los investigadores en Psychological Science, los participantes con interocepción más precisa tenían más probabilidades de tomar decisiones que se alineaban con su actividad cardíaca, es decir, elegir un mazo en respuesta a un aumento en la frecuencia cardíaca. Sin embargo, si su ritmo cardíaco aumentara anticipando la elección de los mazos incorrectos, esto podría llevar a las personas a obtener un puntaje peor que aquellos que tenían menos conciencia de la actividad de su cuerpo.

El estudio longitudinal en curso Tulsa 1000 de Paulus se centra en identificar cómo este tipo de modos de falla predictiva contribuyen a varias psicopatologías que involucran el uso de sustancias y el comportamiento alimentario. Un aspecto del estudio coloca a la interocepción cardíaca en el centro del escenario, y les pide a los participantes que cuenten sus latidos para evaluar su conciencia de sus propios cuerpos.

"Lo que me gustaría hacer es ver si podemos construir, en un sentido literal, el electrocardiograma para el psiquiatra", dijo Paulus.

Además de respaldar diagnósticos más precisos, esto podría permitir a los profesionales comunicar cómo las fallas en los procesos predictivos que se basan en la interocepción pueden contribuir a la psicopatología de manera individual, concluyó.



ESCUCHA A TU CORAZÓN

En ausencia de información del mundo exterior, el cerebro podría generar su propia actividad espontánea, pero también es posible que dicha actividad refleje la información visceral del procesamiento cerebral de nuestros órganos internos, dijo Catherine Tallon-Baudry, quien estudia neurociencia cognitiva en École Normale Supérieure en Francia.

El corazón y el tracto gastrointestinal generan su propia actividad eléctrica (esto es lo que permite que el corazón de un donante que se mantiene en almacenamiento en frío continúe latiendo por sí solo) y, durante el desarrollo fetal, estos órganos comienzan a contraerse antes de que el cerebro se vuelva completamente activo. Esto sugiere que el cerebro se desarrolla en respuesta a estos órganos.

"Tendemos a pensar que el cerebro está sentado en la cima de la pirámide, y está controlando el cuerpo en general, en realidad, probablemente sea al revés", dijo Tallon-Baudry.

Una indicación de esto es la forma en que la información se transmite hacia y desde el cerebro a través de las vías sensoriales del cuerpo: el 80% de las fibras en el nervio vago asciende desde órganos como el estómago y el corazón al cerebro, mientras que solo el 20% desciende en la dirección inversa.

Sin embargo, esta interacción sensorial puede ser algo más que una simple regulación alostática: la investigación de Tallon-Baudry sugiere que también puede apoyar la toma de perspectiva en primera persona, un elemento fundamental para nuestro sentido de identidad.

Para ser consciente, se necesita tener un sujeto de conciencia, explica, y la interocepción de las señales de nuestros órganos puede ayudar a nuestros cerebros a unir la información entrante, incluida la vista, la ubicación del cuerpo y las categorías cognitivas, en un punto de vista singular.

Tallon-Baudry dijo que las discusiones sobre la conciencia pueden desviarse fácilmente hacia el territorio filosófico, pero su trabajo se centra principalmente en los aspectos mecánicos de este fenómeno.

"Sabemos que hay una gran cantidad de procesamiento de información inconsciente en el cerebro, por lo que tener una perspectiva en primera persona no es necesariamente un modo predeterminado". Necesitamos un mecanismo para explicarlo", dijo.

En un estudio del Journal of Neuroscience que investiga el vínculo entre el corazón y la perspectiva en primera persona, Tallon-Baudry y sus colegas Mariana Babo-Rebelo y Craig G. Richter (École Normale Supérieure) monitorearon la actividad cardíaca y cerebral de 16 individuos usando magnetoencefalografía (MEG) mientras sus mentes vagaban. Los participantes fueron interrumpidos periódicamente por un estímulo visual, momento en el cual informaron el contenido de sus pensamientos. Durante los pensamientos que los participantes informaron más tarde acerca de sí mismos, los individuos demostraron una mayor respuesta neuronal a sus propios latidos cardíacos en la red de modo predeterminado que durante los pensamientos sobre alguien u otra cosa.

"La forma en que el cerebro responde a los latidos del corazón distingue entre uno mismo y el otro", dijo Tallon-Baudry.

Una aplicación de este y otros hallazgos relacionados con los insumos viscerales, señaló, es ayudar en la difícil tarea de evaluar a los pacientes en estados que no responden, como los que emergen de los comas. Tallon-Baudry explicó que monitorear la respuesta del cerebro a la frecuencia cardíaca puede revelar signos transitorios de conciencia en estos pacientes, lo que puede tener serias consecuencias para las decisiones al final de la vida.

SENTIR ES VER, ES CREER

La interocepción de los aportes de nuestros corazones también puede influir en nuestras percepciones visuales, dijo Manos Tsakiris (Royal Holloway University of London, Reino Unido), miembro de APS: si lo que estamos viendo está allí o no.

La codificación predictiva defectuosa puede contribuir a una variedad de fenómenos, señala. En los Estados Unidos, por ejemplo, los individuos negros tienen más del doble de probabilidades que los blancos de estar desarmados cuando son asesinados durante los encuentros con la policía, quienes a veces informan de la identificación errónea de objetos como teléfonos como pistolas y otras armas.

Este sesgo racial también se ha demostrado en el laboratorio, donde los participantes blancos que participan en tareas de identificación de armas y tiradores en primera persona son más propensos a informar haber visto un arma o disparar su arma digital en respuesta a imágenes de individuos negros.

En un estudio similar de Nature Communications de 30 participantes blancos, Tsakiris y sus colegas monitorearon los ciclos cardíacos de las personas usando ECG durante una tarea de identificación de armas. Los investigadores descubrieron que los individuos tenían más probabilidades de identificar un objeto no amenazante como una pistola cuando seguía una imagen de un individuo negro presentado durante la sístole cardíaca, cuando se expulsa sangre del corazón, que durante la diástole cardíaca o entre latidos cardíacos.

Esto sugiere que la actividad cardíaca continua, y la sístole cardíaca en particular, que se cree que mejora la percepción de los estímulos inductores de miedo, puede influir en la expresión del sesgo, Tsakiris y sus colegas Ruben T. Azevedo (Universidad de Kent, Reino Unido), Sarah N Garfinkel (Universidad de Sussex, Reino Unido) y Hugo D. Critchley (Brighton and Sussex Medical School) escribieron.

"En lugar de decir que ver es creer, deberíamos pensar más en creer que ver", dijo Tsakiris. "Los tipos de creencias y experiencias previas que tienes dominan la percepción".

La respuesta de nuestro cuerpo a las imágenes también puede configurar la forma en que vemos nuestro mundo sociopolítico, lo que, a veces, puede dificultar la separación de los hechos de la ficción, dice. En su investigación en curso, descubrió que la aceleración del corazón en respuesta a las imágenes de fotoperiodismo del sufrimiento humano se correlaciona con juzgar que la imagen es real, en lugar de representada o editada. Las personas que tienen dificultades para etiquetar sus propias emociones, por otro lado, tienen más probabilidades de descartar esas imágenes como falsas.

Un factor que no parece jugar un papel en estos estudios, señala Tsakiris, es la orientación política: se descubrió que tanto los conservadores como los liberales usaban la excitación como un índice de realidad, aunque el vínculo entre la excitación y la realidad percibida era más fuerte en los participantes mayores. .

"Las imágenes, desde pinturas hasta íconos, fotoperiodismo y más, siempre han sido agentes culturales muy poderosos que dan forma a la cultura y la forma en que experimentamos los eventos sociales y políticos, especialmente cuando ocurren de manera remota", dijo Tsakiris.

A menudo se piensa que estas imágenes son "testigos verdaderos de la realidad", continuó, pero al mismo tiempo, reflejan nuestras creencias. Es esta ilusión de autenticidad, respaldada por las propiedades interoceptivas que construyen nuestras realidades, lo que puede hacer que estas y otras percepciones sean tan poderosas. Autor: Kim Armstrong Fuente: APS Interoception: How We Understand Our Body's Inner Sensations- FUENTEINTRAMED