

DM EL DIARIO MÉDICO

Salud hoy

||| AÑO XVII | N° 166 | FLORIDA | AGOSTO 2014 |||



80.000
LECTORES
EN TODO EL PAIS

Publicación técnica de
actualización
permanente de
INTERES MUNICIPAL
(Res. 2531/02)

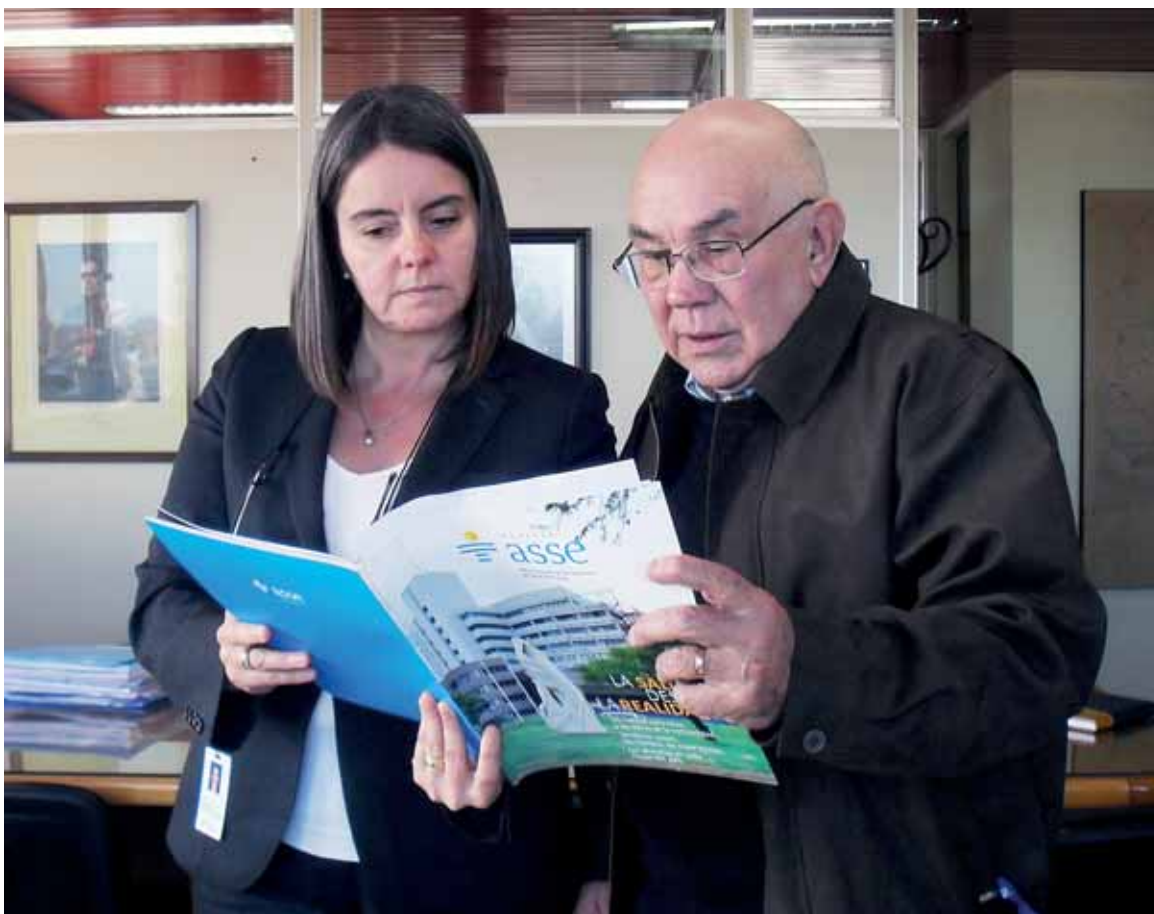


Publicación científica
nacional nacida en
Florida, de INTERES
DEPARTAMENTAL
(Res. 19486/2002)



FLORIDA
Departamento Abierto

Entrevista a la Dra. Beatriz Silva, Presidenta de ASSE



El martes 12, desde primera hora de la tarde, mantuvimos una larga entrevista con la Presidenta de ASSE Dra. Beatriz Silva, procurando rescatar aspectos que en medio de una campaña mediática y quizás por el acostumbramiento de nuestro pueblo a una asistencia que en otras regiones del mundo es referente y modelo, intenta desconocerse, minimizando la realidad y procurando con informaciones sesgadas que no se la confronte con otra realidad de un pasado no tan lejano donde la salud era un bien poco accesible a la gran mayoría de los uruguayos y existía la infame brecha de atención diferenciada según la realidad socioeconómica del usuario. **Información en págs. 8 y 9**



Homenaje de la comunidad de Capilla del Sauce al Dr. Hugo Dibarbouré Icasuriaga Pág. 4



Intervención neuroquirúrgica de un tumor cerebral (Glioma) Pág. 7



Empalme Nicolich cuenta con una renovada Policlínica. Pág. 10



ESTA PUBLICACIÓN LLEGA A USTED
A TRAVÉS DE CORREO URUGUAYO



UN REFERENTE DE LA CIRUGÍA DE AMÉRICA Y EL MUNDO

Raúl C. Praderi González - (1928-2014)

Falleció en Montevideo el 1° de agosto de 2014, a los 86 años, el Prof. Emérito Dr. Raúl Carlos Praderi González, un amigo de *EL DIARIO MÉDICO* que se engalanó con sus anécdotas y referencias. Una de las figuras de mayor trascendencia internacional de la Cirugía del siglo XX. Había nacido en esta ciudad el 18 de setiembre de 1927, graduándose en agosto de 1956.



DR. ANTONIO
TURNES

Hijo de José Alberto Praderi (1891-1975), un destacado pediatra, que fue un gran gremialista y un universitario ejemplar y hermano del Prof. Dr. Luis A. Praderi González (1923-1996), otro destacado y querido Profesor de Clínica Quirúrgica.

Raúl Praderi fue un hombre multifacético, un auténtico espíritu renacentista. Nada de lo humano le fue ajeno.

Fue Anatomista primero, como Disector y Prosector; actuó como Prosector de Anatomía Quirúrgica y Medicina Operatoria; fue un cirujano de urgencia ejemplar, tanto en el Hospital de Clínicas y el Hospital Maciel, como en el Servicio de Urgencia del CASMU, por muchos años. Uno de los que primero intervino sin dudar a los pacientes añosos, en situaciones críticas, salvando muchas vidas. Hay cientos de anécdotas, pero no puedo olvidar la vez que salvó la vida a un paciente que se asfixiaba en un ascensor del Hospital de Clínicas, haciéndole una traqueostomía en el viaje. Como se decía de los cirujanos antiguos, era *rápido, veloz y astuto*.

Paralelamente a su brillante carrera quirúrgica, que culminó

como Profesor Director de Clínica Quirúrgica, cultivó la pintura, sobre todo de marinas. Es memorable la exposición que organizó en Punta del Este en ocasión de una de las ediciones de la Regata Whitebread, una de las más importantes del mundo, donde exhibió y vendió toda su producción de los grandes veleros que competían. Amante de la fotografía, cuando desde joven salía en auto por las rutas, siempre con su cámara atenta a captar las hermosuras del suelo patrio. Recorrió los ríos y lagunas del Uruguay en canoa, haciendo varios libros que son referentes, con múltiples ediciones. Siendo todavía Practicante hizo en 1950 un viaje por el Amazonas en un barco de paletas, que le permitió conocer en una aventura extraordinaria las intimidades de ese país continente que es el Brasil, otra fuente inagotable de su rico anecdotario. Fue un navegante con amplísimos conocimientos que hizo proezas en distintos ámbitos geográficos, siendo uno de los mayores conocedores de nuestra Geografía e Historia.

Fue un Historiador de la Medicina, que dejó importantes aportes, particularmente en la historia de la Cirugía en el Uruguay, en un memorable trabajo que hizo junto al recordado Prof. Luis Bergalli, prematuramente fallecido, que se ubica en Internet: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/hist-cirug.pdf> Era un gran bi-

bliófilo y conservó una biblioteca completísima particularmente en lo referente a Cirugía Digestiva e Hídridosis. Concurrió permanente a los Congresos Internacionales de Hídridología, donde era rodeado afectuosamente por sus discípulos.

Concurrió a cientos de Congresos Internacionales de Cirugía, particularmente vinculado a la cirugía bilio-pancreática, en la que fue un Maestro de trascendencia. Había registrado en una libreta más de 850 viajes a los cuatro rincones del mundo. En virtud de ese amplio conocimiento y de las innovaciones técnicas que introdujo, particularmente el tubo trans-hepático para el tratamiento de los cánceres de la vía biliar, fue invitado a prologar los más famosos tratados de cirugía digestiva del siglo pasado. Escribió *Cien Años de Cirugía Biliar*, en 1982, que luego se tradujo al inglés y dio la vuelta al mundo en 1988. Diez años más tarde en una nueva publicación hizo una revisión de *Cien años de Cirugía Pancreática*, que también reprodujeron antes publicaciones internacionales. En el 50° Congreso Uruguayo de Cirugía, realizado en noviembre de 1999, dictó una Conferencia sobre el mismo tema que puede leerse también en Internet: <http://www.mednet.org.uy/cq3/bibliografia/cir-pan100.pdf>

Fue un Profesor que se formó en la Escuela de Abel Chifflet, a quien tuvo por su Maestro y por el cual sintió profundo afecto. Fue cálido y estimulante para sus alumnos y discípulos, muchos de los cuales fueron luego Profesores de Cirugía o Especialidades quirúrgicas. Los estimulaba como médicos, como cirujanos y como personas, con su torrente de humanismo y su energía vital desbordante. En cada rincón del Uruguay hay uno o varios cirujanos que se formaron bajo su atenta tutoría.

En la Sociedad de Cirugía del Uruguay fue Editor de su revista científica durante más de 17 años, y organizador de la Biblioteca de la Sociedad, cuando la instaló en el piso 19 (ala Este) del Hospital de Clínicas, en la década de 1960.

Participó de las actividades gremiales tanto en el Sindicato Médico del Uruguay, donde integró por varios periodos el Comité Ejecutivo, y también en la Junta Directiva del Centro de Asistencia, en la década de 1990 a 2000, siendo Vicepresidente de esta última acompañando a la floridense María Rosa Remedio.

En ocasión de los homenajes que se le tributaron a los 15 años de la muerte del Dr. Vladimir Roslik, en el Salón de los Pasos Perdidos del Palacio Legislativo,



integró la Comisión Organizadora e hizo declaraciones a la revista *Noticias*, manifestó «Fue una infamia lo que se hizo con él».

<http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/separ99/art8.htm>

Hombre de humor cáustico, presentó en el Congreso Uruguayo de Cirugía que se realizó en la ciudad de Salto, en 1998, los *Consejos del Viejo Minchaca*, que constituye un autoretrato irónico de su propia trayectoria, paseándonos por la Historia de la Medicina y de su intensa y variada actividad. (*Cirugía del Uruguay 1999*; 69: 5-8). Ese congreso, organizado y presidido por el Dr. Néstor Campos Pierri, donde entre otros aforismos dejó marcados aquellos de: *Es mejor ser gordo y operar flacos que ser flaco y operar gordos. Más vale operar bien y ligero que mal y despacio. Los ayudantes buenos siguen las reglas de las tres eses: secan, separan y se quedan callados. La mujer cuando es joven es linda por fuera y cuando vieja es linda por dentro.*

Miembro destacado de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, donde hizo singulares aportes y protagonizó memorables discusiones, integró también la Academia Uruguaya de Historia Marítima y Fluvial. En esta condición participó en la conmemoración de los 200 años de la Batalla de Trafalgar, con una conferencia memorable brindada en la Escuela Naval, ante un público especializado que quedó fascinado por su exposición, así como la de otro viejo amigo también miembro de la misma Academia, el Dr. Milton Rizzi Castro que en la ocasión deleitó con una conferencia sobre el Almirante Horatio Nelson, el héroe de esa Batalla memorable. Los médicos historiadores hicieron el deleite de todos los más de trescientos asistentes.

Fue Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina desde el 8 de agosto de 1991 y Presidente de la misma en el período 2003-2004.

Entre otras distinciones que recibió él gustaba destacar que era Miembro correspondiente extranjero de las Academias Argen-

tina y Peruana de Cirugía y del Colegio Brasileiro de Cirurgiões.

Conocido en los ámbitos académicos y quirúrgicos latinoamericanos, norteamericanos y europeos, era respetado como una autoridad en todos los temas en que había hecho importantes aportes.

A sus pacientes los trataba y defendía contra todos los obstáculos que en las grandes instituciones se daban, en épocas difíciles, para concretar operaciones. A ellos les explicaba claramente su diagnóstico, les hacía un dibujo que quedaba en la historia clínica de lo que se proponía hacer para tratarlos y los acompañaba en las vicisitudes de su post-operatorio. Operando cierta vez una peritonitis tuberculosa se pinchó el dedo índice de su mano derecha y luego hizo una artritis tuberculosa, de la que curó gracias a los tratamientos del Dr. José Suárez Meléndez, y cuando ya estaba mejor, operaba con una férula de acero, porque su pasión por la cirugía era irrefrenable.

Fue delegado del Sindicato Médico del Uruguay a la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer durante varios lustros.

Se ha ido una de las figuras más importantes, un referente de la Cirugía del siglo XX, un universitario ejemplar, multifacético y de una energía formidable para hacer mucho y hacerlo bien. Con él muere uno de los mejores exponentes de la Cirugía uruguaya de trascendencia universal, un Maestro, un amigo.

El Ac. Prof. Dr. Raúl Praderi fue un gran amigo de El Diario Médico y de su Director en cuyo domicilio compartía con humor parte de su rico anecdotario. Durante muchas épocas fue uno de nuestros columnistas de privilegio, figurando desde hace años en nuestro staff de colaboradores y, no obstante diferencias políticas sobre las que también bromeábamos, nunca alteraron las mismas una relación en la que siempre sobrevolaron los más profundos principios humanistas. Por ello, un hasta siempre estimado y respetable amigo.

HOTEL DUNAS

Avda. Principal frente a Termas
e-mail: dunasapart@gmail.com
Tel.: 47369777 - Fax: 47369035
Termas del Dayman - Salto, Uruguay

EDITORIAL

«Que las muertes no oscurezcan la realidad»



PROF. ELBIO
D. ÁLVAREZ

Publicamos en esta edición una entrevista a la Dra. Beatriz Silva, Presidenta de ASSE institución que – junto al Ministerio de Salud Pública – han sido objeto en estos días de un acoso mediático verdaderamente inaudito, tal como si todos los críticos de hoy estuvieran siendo víctimas de una amnesia absoluta.

Por cierto que ni ASSE ni el MSP necesitan de personeros para poner las cosas en su lugar. Nosotros como librepensadores no tenemos vocación ni espíritu de tales.

Pero la salud nos importa. El Lema de esta publicación es precisamente «Salud hoy» y frente a los ríos de tinta y a las altisonantes voces y gesticulantes imágenes que ingresan en los hogares a través de audiciones radiales y televisivas, a pocas de las cuales se les ocurre realizar una mirada retrospectiva no demasiado extensa para recordar un pasado no muy lejano, sentimos el deber mínimo de refrescar algunas memorias que parecen extraviadas.

No caeremos en adjetivaciones, ni incluso por ahora, en juicios de valor. Nos limitaremos en el reducido espacio de un editorial, a recordar y preguntar.

¿Recuerdan los uruguayos que, entre 1985 y 2002 cerraron 116 mutualistas y que además de colapsar el sistema sanitario, 170 mil compatriotas usuarios del sistema fueron duramente afectados en sus derechos?.

¿Recuerdan los uruguayos que en años del gobierno anterior al 2005, fueron intervenidas 8 mutualistas de Montevideo, de las cuales 7 cerraron?.

¿Saben los uruguayos que nuestro país presenta la tasa de mortalidad materna más baja del continente, y está a punto de lograr una mayor reducción?.

¿Saben los uruguayos que la mortalidad infantil pasó de 13.7 por mil en 2002 a 8.8 en 2013 y que en 1993 pasados 8 años de la dictadura la tasa era de 20.2 niños que fallecían cada mil?.

Podríamos seguir. Pero sería importante que todos nos preguntásemos por qué toda esta inmensa mejora y de menos muertes de niños, jóvenes adolescentes embarazadas y madres en el país de estos últimos años.

¿Por qué se habla tanto de cosas puntuales que sí nos duelen y mucho, pero que no es bueno sobredimensionarlas en lo que parece un intento por crear una psicosis contra el sistema de salud uruguayo, que está siendo tomado como ejemplo en el mundo?.

Los indicadores que hemos citado y otros cientos que omitimos no son sólo números, son vidas salvadas, de las cuales un alto porcentaje de las mismas se rescatan de la muerte en instituciones de ASSE tan vapuleadas en lo que parece ser una campaña más interesada en los réditos políticos que en los réditos que significan la mejora de la salud de nuestra gente.

Y aunque duela lo haremos porque la verdad a veces con dolor entra y hace pensar.

Preguntamos por último a quienes fueron sus usuarios, si recuerdan a Círculo Napolitano, Asociación Fraternidad, UDEM, Mutualista Batlle, Mutualista Pasteur, Mutual Batlle-Pasteur, Asociación de Empleados Civiles de la Nación, Sociedad Italiana, Mutualista del Partido Nacional, Parma de Beisso, OMA, Frigorífico Nacional, Central Médica, Uruguay-España, CEMECO, Sanatorio Panamericano, MIDU, OMA- España, OCA Larghero, COMAEC. ¿Los y las recuerdan?.

Todas instituciones que cerraron en el período que hemos nombrado determinando que 170 mil compatriotas quedaron de la noche a la mañana sin asistencia.. No hay que olvidar entonces, como que no hay que olvidar que luego, hasta que surgió el Seguro de Salud que hoy brinda el Estado que es nuestro, ingresaban al sistema los jóvenes y los adultos sanos, y que los mayores o quienes tenían alguna patología cualesquiera fuera su edad, quedaban fuera de un derecho a la salud que hoy es de todos o tenían que pagar gruesas sumas para su atención..

Salimos en el 2005 de un sistema lleno de inequidades y prácticamente destrozado «por la lógica mercantil» impuesta por quienes precisamente hoy pretenden transformarse en jueces de una realidad que, en su proceso dinámico de construcción puede tener fallas, pero que se van superando por los instrumentos que la propia estructura del sistema ha previsto.

Finalizamos con una frase del Dr. Alberto Cid que escuchamos hoy: «Me entristece ver morir pero que las muertes no oscurezcan la realidad». 14.08.2014

Prof. Elbio D. Álvarez Aguilar (DIRECTOR)

12 Consejos sobre Consentimiento Informado

1º) Es un **deber ético** de todos los médicos (arts. 6 y 7 de la Declaración Universal sobre Bioética y DDHH).-

2º) Es un **deber legal** (arts. 16 al 26 de la Ley 18335 de Derechos y Deberes de los Usuarios) y su reglamentación (Decreto 274/010).-

3º) Es la máxima expresión de la **correcta relación médico-paciente**.-

4º) Es parte necesaria y fundamental de la **Consulta Médica**.

ca. Que no se reduce a la firma del formulario que se usa en procedimientos invasivos.-

5º) Los documentos firmados por el paciente de aceptación o rechazo, es la culminación de un **diálogo informativo** correcto y completo.-

6º) No deben hacerse solo como **protección jurídica** del médico pues no cubre la eventual negligencia, imprudencia o impericia.-

7º) Se puede dar el caso que

pacientes no bien informados, rechacen una terapéutica o un estudio que pueda salvar su vida : se cree un incumplimiento del **principio de beneficencia**.-

8º) Los reclamos por actuación médica son generalmente fruto de la **mala comunicación médica** (equipo-familia).-

9º) No olvidar, la **Historia Clínica** es parte fundamental del acto médico: una necesidad asistencial y medio de interconsulta básico.-

10º) El Consentimiento Informado jamás será un mero acto administrativo (de ventanilla) ni mandado hacer mediante otro personal sanitario para acceder a un acto médico: es una **obligación ético-moral** con la buena y clara información, en una consulta médica.-

11º) Los formularios de C. I. (parte final del diálogo) no son definitivos. Los avances inexorables de la ciencia y la tecnología hacen que deban ser **perio-**

dicamente revisados. Acá hacemos valer la presencia de las Comisiones de Bioética Institucionales que pueden colaborar eficazmente.-

12º) Finalmente que la **calidad y la calidez humana** que deseamos recibir nosotros, se la brindemos a nuestros pacientes y sus familias.-

Dr. Juan José Di Génova (Presidente Alternativo de la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud (MSP)).-

DIRECTOR RESPONSABLE Y COORDINADOR GRAL.:

Prof. Elbio D. Álvarez

COORDINADOR MÉDICO Y DIRECCIÓN TÉCNICA:

Dr. Juan José Arén Frontera

ADMINISTRACIÓN Y EDICIÓN

PUMEEES S.R.L. (Publicaciones Médicas Especializadas)

DOMICILIO

Dr. González 978 - C.P. 94000 - Florida - Uruguay. Telefax: 435 23833 - Ancel 099 351 366
E-MAIL: elbioalvarez@eldiariomedico.com.uy
M.I.E. y M. 299108 - M.E.C. Exp. N° 1105/98 (T. XI F. 184)

COLABORAN CON EL DIARIO MEDICO:

COLUMNISTAS INVITADOS

Dr. Antonio Turnes; Prof; Dr. Flores Colombino;

Dr. Fernando de Santiago; Br. Federico Stipanivic;

Dr. Pablo Vázquez; Dr. Alvaro Margolis;

Dra. Silvia Melgar; Dr. Homero Bagnulo;

Prof. Dr. Néstor Campos; Dr. Daniel Pazos;

Dr. Enrique Dieste; Dr. Tabaré Caputi;

Dra. Claudia Melgar; Dr. Uruguay Russi; Tecnóloga Anny Milai Melo;

Dra. Gabriela Piriz Alvarez; Dr. Miguel Fernández Galeano.

FOTOGRAFÍA Y LOGÍSTICA

Diego Alvarez Melgar 095 505 811

DISEÑO GRÁFICO Y DIAGRAMACIÓN

Marcelo Cortazzo Seoane 099 120 067 - 435 22069

DISEÑO WEB Y ADJUNTO A DIRECCIÓN

Sebastián Alvarez Melgar - PUMEEES S.R.L.

PRODUCCION:

Teléfonos: 2408 37 97 - 435 23833 - Ancel: 099 351 366

eldiariomedico@eldiariomedico.com.uy

<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. No debe utilizarse con fines de propaganda, venta o publicidad.

NOTA DEL PROF. ELBIO D. ÁLVAREZ CON APORTES DEL DR. JORGE CUENCA

Homenaje de la comunidad de Capilla del Sauce al Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga

El domingo 15 del pasado mes de julio la comunidad de Capilla del Sauce (Dpto. de Florida), ubicada a 100 kms. de la capital departamental, realizó un conmovedor homenaje al Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga.

Para la comunidad médica del país, para los médicos rurales, para el Sindicato Médico del Uruguay, para la Facultad de Medicina, para los integrantes de la comunidad de médicos de familia, para los estudiosos que han estudiado sus obras y sus aportes al desarrollo de la medicina de este país y, en especial, de la medicina rural, hablar del Dr. Hugo Dibarboure parecería redundante.

No obstante no podemos resistirnos a dar un breve y muy sintético pantallazo de su multifacética personalidad, recopilando datos de aquí y de allá. Lo haremos abusando de la información que gentilmente nos enviara el **Dr. Jorge Cuenca**, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, de quien Hugo fuera para él «**docente, tutor y referente en lo académico y humano**», que naturalmente, estuvo presente en el emotivo y sentido homenaje de la gente de aquella localidad.

NACIÓ EN FLORIDA EN 1929 Y SE FORMÓ EN LA FACULTAD EN UNA ÉPOCA HEROICA

Hugo Dibarboure nació en nuestra ciudad de Florida un 1º de octubre de 1929, por lo que, dentro de unos días conmemorará 85 años de su inquieta, inteligente y creadora vida.

Se formó como médico en la Facultad de Medicina de la UDELAR, en la época heroica en la que la formación de pregrado se continuaba a través de una fuerte formación clínica hospitalaria en un internado que duraba varios años.

TEMPRANAMENTE SE RADICÓ CON SU FAMILIA EN CAPILLA DEL SAUCE

Tempranamente llamado por su vocación y formación profundamente humanista, se radicó con su familia en Capilla del Sauce, poblado del interior rural (distante 183 kms. de Montevideo), donde practicó la medicina clínica desde 1963 a 1971. Allí crecieron sus 4 hijos mayores, hijos de su primera esposa también médica.

INCANSABLE Y PERSEVERANTE EN LA IRREDUCTIBLE DEFENSA DE SUS PACIENTES

Hizo realidad en Capilla y su entorno la máxima de «tratar de solucionar la mayor cantidad de problemas allí mismo donde viven las personas», una de sus preocupaciones fue la de realizar todos los controles clínicos y paraclínicos de las embarazadas en su localidad, evitando los desplazamientos innecesarios de las pacientes y familias con las consiguientes consecuencias.

Incansable y perseverante en la tarea, irreducible en la defensa de sus pacientes como personas íntegras, luchador contra el maltrato del poder médico sanitario «per se» contra los usuarios («un luchador por la equidad»).

Alegre en la rutina, cordial en el trato, inigualable en la memoria y la evocación, Hugo Dibarboure lee en varios idiomas (inglés, francés y catalán) y ha traducido textos médicos del inglés y del francés al español. Se ha convertido en una referencia permanente para los médicos generales, para los médicos rurales, para los médicos de familia y comunitarios y para muchos colegas de otras especialidades.

UN ANECDOTARIO INMENSAMENTE RICO PARTE DE LOS CUALES RECOGE EN SUS «HISTORIAS»

El anecdotario de Hugo de esa época es inmensamente rico. Un médico gaucho, profundamente estudioso, que se arremangaba sus pantalones tanto para jugar al fútbol o para cruzar arroyos crecidos para atender un parto en algún rancho lejano y aislado. A quienes no lo conocen o no lo conocieron, los invitamos a leer sus libros «Historias».

Tenemos la suerte de conocerlo desde hace muchos años. Trabajamos y aprendimos de él en las actividades de campo y de investigación de las viejas Misiones Socio pedagógicas, en las cuales nos mostró su compromiso con la realidad de las familias rurales, su situación social y económica, la explotación en verdaderos feudos de algunas zonas, y los para él fuertes desafíos profesionales de una época profundamente fermental para todos.

FUE LÍDER EN UNA GENERACIÓN MILITANTE DE PROFESIONALES

En un rico grupo de varios colegas y amigos de una militante generación de profesionales, se destacó por su liderazgo en la actividad sindical, política, científica y en las más diversas áreas del quehacer humano y profesional.

En lo personal el destino quiso que en 1971 un grupo de amigos nos encomendaran, junto a otro compañero, la honrosa tarea de convencerlo para que fuese el primer candidato del Frente Amplio a la Intendencia de Florida. No fue fácil, pero su vocación militante lo llevó a aceptar lo que era un duro y sacrificado desafío para la época.

FUNDÓ LA REVISTA MÉDICA DEL URUGUAY JUNTO A MACEDO, BARRET DÍAZ Y BAGNULO

Salteamos varias etapas de su formación profesional y títulos obtenidos, para recordar que en agosto de 1974 junto a Juan Carlos Macedo, Barrett Díaz Pose y Hugo Bagnulo, funda la Revista Médica del Uruguay, publicación científica del Sindicato Médico del Uruguay, cuyo primer Consejo Editorial integró desde 1974 hasta 1994, salvo el período 1975 y 1985.

SU DERROTERO EN DICTADURA Y SU EXILIO



Debido a la persecución ideológica política que sufriera, como tantos compatriotas en la década de los 70, comienza el derrotero que lo lleva primero a Villa Cardal (1975), más tarde a Montevideo, y finalmente al exilio forzoso. Ejerció su profesión lejos de su país, primero en Venezuela y finalmente en España, donde obtiene además el título en varias especialidades.

REGRESA EN 1985 Y VIAJA SEMANALMENTE A SU CAPILLA DEL SAUCE

De regreso a Uruguay en 1985, obtiene en 1988m la especialidad en Salud Pública en la Facultad de Medicina, continuando su labor profesional en diversas áreas, no dejando de viajar nunca a su Capilla del Sauce para ejercer honorariamente y encontrarse con sus vecinos, paisanos y amigos.

EL PUEBLO, SIN DIFERENCIAS, LE RINDE SU HOMENAJE

El 15 de julio la comunidad capillense, sin matices ni diferencias de naturaleza alguna – con la misma actitud humana con la que Hugo ejerció su pro-

fesión -, le rindió su homenaje entre «cantos, guitarras, payadas, bandoneón y almuerzo compartido, demostrando su cariño y afecto hacia él, Hilda y Leda, en reconocimiento a la labor por ellos realizada desde la policlínica de Salud Pública hacia la comunidad y la extensa zona rural de influencia de la localidad».

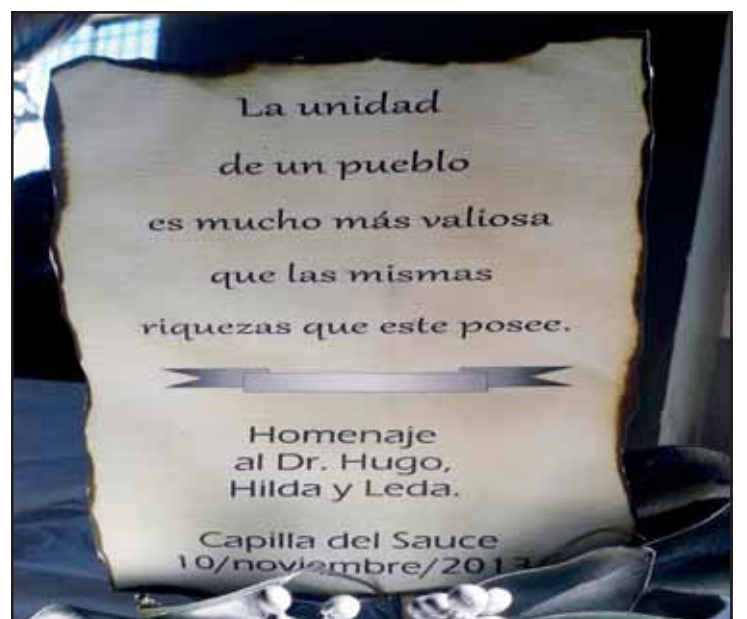
TEXTO LEÍDO EN EL HOMENAJE

«Hombre, Médico, Padre, Amigo, Vecino, llegó a Capilla allá por los años 60. Con voluntad y entrega supo ganarse el cariño y respeto de todos los habitantes, equipando y revalorizando los servicios de la policlínica aún más allá de su deber.

Montado en su bicicleta negra y con su portafolio a cuestas recorrió calle a calle, casa a casa, atendiendo el llamado de tal o cual vecino, cumpliendo su servicio no solo como médico sino como amigo.

Sería infinita la lista de actividades que este gran hombre desarrolló en nuestro pueblo pero lo más importante es que perduran hasta hoy en nuestros corazones.

¡A él un gran aplauso!





FRONTERA
URUGUAY
EE.UU.



GEORGIA	756
SOUTH CAROLINA	900
NEW YORK	2053

GRACIAS **MODERNIDAD**
POR ACERCARNOS A ESAS COSAS
QUE NOS GUSTAN.



Con Casilla Mía comprá en Estados Unidos y recibí tus paquetes en todo el Uruguay. Además contá con una tarjeta **Alfa BROU - Correo Uruguayo** gratis por dos años.



EL CORREO
URUGUAYO
**LLEGA HASTA
DONDE QUIERAS.**

Intercambio del equipo de Trasplante Cardíaco con centros de Argentina

En el marco conceptual de educación médica continúa, y de la necesaria puesta al día en procedimientos del Centro Cardiológico, una delegación del Sanatorio Americano viajó a Buenos Aires a visitar distintos centros asistenciales.



La misma estuvo encabezada por el presidente de la institución, el Dr. Ariel Bango, su director técnico, el Dr. Uruguay Russi, los Dres. Ramón Scola y Daniel Chafes, como coordinadores jefes de trasplante cardíaco, y el Sr. Richart López en su función de jefe de perfusión.

El objetivo del viaje fue visitar centros terciarios con manejo en técnicas de alta complejidad y reconocida experiencia en el área de la insuficiencia cardíaca y trasplante, y establecer con ellos acuerdos para futura coordinación en distintos ámbitos.

Tanto en el Hospital Italiano de Buenos Aires, como en el Hospital provincial Evita Perón, se recibió un trato de elevada consideración y cordialidad que permitió un amplio intercambio y participación.

Desde el punto de vista académico fue una experiencia muy productiva ya que se pudo hacer una puesta al día en las distintas fases de los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, en lo médico como en lo quirúrgico.

En los encuentros e intercambios de varias jornadas con el Dr. Belzitti, jefe de insuficiencia cardíaca del Hospital Italiano, se discutió ampliamente el tema del manejo del paciente con insuficiencia cardíaca grave, el del que está en lista de espera, y

los protocolos en el manejo del trasplantado.

Destacamos que cuentan con la posibilidad, en su sistema de salud, que financia el uso de técnicas de sostén en la insuficiencia cardíaca descompensada, como es el caso del uso del balón de contra pulsación intra aórtica del paciente en lista de espera así como el del ECMO (por su siglas en inglés de membrana de oxigenación extracorpórea). El ECMO es usado para asistencias cortas, de varios días, como puente al trasplante de urgencia, o como puente a otros sistemas de asistencia ventricular más prolongados. Han incurrido en la asistencia con sistemas como el Berlin Heart y el Heart Mate, con asistencias de más de 60 días y posterior trasplante exitoso. Vimos en esos días un paciente con miocarditis fulminante, el que asistido con ECMO recuperó función y pudo ser explantado del sistema.

Lamentablemente aún en nuestro país no contamos con políticas que nos permitan financiar y llevar adelante, en forma sostenida, un programa de asistencia ventricular y pulmonar con ECMO o corazón artificial; aunque ya en el 2008 incurrimos en el tema con la asistencia bi ventricular pulsátil en una paciente con falla cardíaca con etiología de miocardiopatía puerperal, demostrando que esta técnica es viable en nuestro medio ya que la asistimos por 42 días, aunque lamentablemente no se pudo obtener un donante.

Este tipo de asistencia hemodinámica, en el contexto de un programa y de políticas de sa-



lud que contemplen estas situaciones, sin dudas salvaría muchas vidas además de equiparar las posibilidades que tienen los pacientes que están afiliados a centros con capacidad de asistir con balón por ejemplo, con aquellos que en sus lugares de asistencia (pública o privada) no cuentan con esa posibilidad técnica. En este sentido allí también tienen la posibilidad de ingresar a la unidad coronaria a los pacientes en lista de espera (de donde provengan en cuanto a prestación) para tratamientos con diuréticos intravenosos, e inotrópicos como milrinona y levosimendan. Estas prestaciones son de extrema importancia a la hora de sostener un paciente con insuficiencia cardíaca avanzada en lista de espera para trasplante, y permite muchas veces hacer la diferencia en la evolución luego del trasplante.

El jefe de perfusión del sanatorio tuvo la oportunidad de asistir a block con el Dr. Vazquez, cardiólogo y perfusionista del Hospital Italiano, de amplia experiencia y reconocida trayectoria.

Con respecto al manejo del corazón desnervado y en el post operatorio del trasplante se destaca el énfasis en el monitoreo del ventrículo derecho. La utilización del sistema de catéter de Swan Ganz, sin termo dilución con gradiente por frío, es especialmente útil en estos pacientes y es uno de los elementos que se intentarán incorporar en lo que a novedades se refiere.

Este permite el análisis permanente del gasto cardíaco, el volumen sistólico y la fracción de eyección del VD, así como sus presiones de llenado y las de la poscarga del mismo, a través de medición continua de las presiones de arteria pulmonar en conjunto. Este monitoreo nos permitirá valorar en forma continua la dinámica del VD, su función sistólica así como su pre y post carga, elementos estos claves en el manejo del corazón trasplantado y la hemodinamia de las primeras horas del trasplante.

VISITA AL HOSPITAL PRESIDENTE PERON AVELLANEDA

Un aspecto importante de nuestra visita fue coordinar con el Hospital Presidente Perón de Avellaneda para reunirnos con el Dr. Jorge C. Trainini Director Ejecutivo de dicho Centro y Jefe de Cirugía Cardíaca del mismo. Nuestra intención fue saber su opinión sobre el tratamiento de la insuficiencia cardíaca terminal y conocer su visión del tema en especial sobre el trasplante cardíaco.

En su locución por demás atrayente pudimos comprobar una visión diferente a los padrones clásicos establecidos internacionalmente sobre el tema, con una visión más realista del mismo enfocado en el tipo poblacional, nivel socio económico así como la disponibilidad de donantes, realidad muy similar en nuestro país, donde los pacientes portadores de Insuficien-

cia Cardíaca Terminal superan el número de potenciales donantes, dando una alternativa acotada a un número muy reducido de pacientes que se beneficiarían con un Trasplante Cardíaco.

En ese sentido el Dr. Trainini y su equipo desarrollaron técnicas alternativas al TX Cardíaco. Dentro de ellas ocupa un lugar importante el implante de células madre con el propósito de que estas células pluripotenciales sean capaces de transformarse en miocitos con capacidad contráctil, si bien no obtuvieron resultados alentadores en la mejoría de la FV si lo obtuvieron en mejoría de la clase funcional de los pacientes.

Otro aspecto revelador que nos motivó del Dr. Trainini es la comprensión de que la I. C. de causa miocardiopática no solo se debe al deterioro de la fuerza contráctil miocárdica expresada en la sístole ventricular sino que le da mucha importancia a la función diastólica miocárdica tanto en sentido de dilatación como de patrón de rigidez. Dándole sentido a la importancia de la función «espirativa» del VI.

Con ese sentido ha desarrollado técnicas de remodelación ventricular dirigidas a mejorar no solo la función sistólica sino la diastólica.

En base a estos nuevos conceptos en la fisiopatología de la I. C. nos pareció oportuno invitarlo a nuestras jornadas a lo cual él accedió gustoso en compartir y debatir distintos aspectos del tema.



POR PRIMERA VEZ EN EL INTERIOR Y EN HOSPITAL DE TACUAREMBÓ

Intervención neuroquirúrgica a un joven portador de un tumor cerebral (Glioma)

En el Hospital Regional de Tacuarembó se realizó por primera vez en el Interior del País, una intervención neuroquirúrgica a un paciente de 22 años, procedente de Salto, portador de un tumor cerebral (Glioma) extenso, localizado en el área motora y del lenguaje.

EQUIPAMIENTO DE ÚLTIMA GENERACIÓN

Para la misma se contó con equipamiento de última generación en el Block Quirúrgico inteligente: microscopios de avanzada, cialíticas con conexión satelital, Neuronavegador (construido junto a la Facultad de Ingeniería de la UdelaR) y equipo de transmisión de imágenes en tiempo real, entre otros.

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

El equipo multidisciplinario estuvo integrado por los Neurocirujanos Gonzalo Bertullo y Pablo Pereda, el Neurofisiólogo Daniel Cibils, los Anestesiólogos Gabriel Vázquez y Ubaldo Luque. El profesor Gustavo Grünberg, integrante de la Cátedra de Anestesiología, concurrió junto a residentes de dicha especialidad, iniciándose así las pasantías de postgrados. Para esto se tuvo en cuenta el nivel técnico y el alto número de procedimientos que se realiza en este Centro.

MONITOREO DE LAS FUNCIONES DE ALTA INTEGRACIÓN CEREBRAL

Durante la operación se monitorizó las funciones de alta integración cerebral; se despertó transitoriamente al paciente en el transcurso de la misma, a fin de lograr daño mínimo durante la resección tumoral. La estimulación cerebral directa con electrodos permite reconocer las áreas neuronales críticas que controlan diferentes funciones del organismo.

RETO: SACAR EL TUMOR SIN LESIONAR EL LENGUAJE NI LAS FIBRAS DEL ÁREA MOTORA

«El reto de la cirugía era poder sacar el tumor sin lesionar el lenguaje ni las fibras del área motora», declaró Pereda quien fue el ayudante del neurocirujano Gonzalo Bertullo en la intervención.

Pereda explicó que para estas operaciones, hay un momento en que los pacientes tienen que estar completamente despiertos y sin el tubo para ayudarlos a respirar.

«Por lo tanto, hay que entubar al paciente con el cerebro expuesto», dijo. «Lo interesante de esta cirugía es que es la primera vez que se hace fuera de Montevideo y que se puede reunir en el interior del país la tecnología y los técnicos necesarios para llevarla a cabo», agregó el director del Cerenet.

SE REQUIERE UN EQUIPO ALTAMENTE ESPECIALIZADO

Este tipo de operaciones son poco frecuentes en nuestro País, y requieren, como en este caso, un equipo altamente competitivo y entrenado, además de las condiciones físicas adecuadas del Block Quirúrgico y Unidad de Terapia Intensiva.

A LAS 12 HORAS EL PACIENTE SE ENCONTRABA HABLANDO Y CONTENTO

A las 12 horas del postoperatorio, el paciente se encontraba en CTI hablando, muy contento, sin ningún déficit motor, con una tomografía de control que muestra la exéresis completa del tumor, esperando pasar a sala general, junto a sus seres queridos. La familia, proveniente de Salto, ha manifestado su gran satisfacción con el Hospital donde está su hijo.

EL CENTRO DE TACUAREMBÓ ES EL QUE MÁS NEUROCIRUGÍA REALIZA

El CeReNeT (Centro Regional de Neurocirugía de Tacuarembó) es el centro del País que más neurocirugías realiza (30 por mes). En los últimos 10 años se



han realizado más de 10.000 consultas y más de 3.000 intervenciones neuroquirúrgicas. Un tercio corresponden a tumores encefálicos, un tercio a patología vascular y un tercio a traumatizados de cráneo y columna. Este Hospital ha introducido más de 8 procedimientos de avanzada en el País y fue declarado «De Interés Nacional» por el Parlamento en setiembre de 2008, por unanimidad.

«OPERACIONES DE ESTE NIVEL SOLO PUEDE REALIZARSE EN 2 O 3 INSTITUCIONES DEL PAÍS»

Gustavo Grünberg, profesor adjunto de la cátedra de Anes-

tesiología, destacó: «La verdad que nos encontramos con un hospital que tiene una excelente sala de operaciones, y la cátedra de Anestesiología, que próximamente vendrá a formar sus residentes, va a encontrar un excelente lugar de trabajo. La cirugía de hoy que hicimos es bastante compleja y no se realiza frecuentemente.»

El Neurofisiólogo, Daniel Cibils, comentó: «cirugías de este nivel de complejidad sólo pueden ser realizadas en 2 o 3 instituciones del País. El Hospital de Tacuarembó tiene toda la infraestructura necesaria para realizar estos procedimientos en el mejor nivel»

DR. CIRO FERREIRA: TODO ES POSIBLE CUANDO SE MANCOMUNA ESFUERZO EN PRO DE LA SALUD DE LA GENTE

Según el Director del Hospital de Tacuarembó, Dr. Ciro Ferreira: «Una vez más se demuestra que este tipo de emprendimientos son posible hacerlos cuando se mancomunan esfuerzos en pro de la salud de la gente. Adquieren mayor dimensión aún, cuando se trata de un hospital público ubicado a 400 km de Montevideo, donde se concentra la mayor parte de la tecnología del País».

Nota de nuestro Corresponsal en Tacuarembó

La piel como órgano de barrera



TEC. ANNY MILAI MELO

La piel es el órgano más extenso de nuestro organismo. Cubre nuestro cuerpo externamente y los órganos internos consiguiendo que todo el organismo se muestre como algo compacto. Su grosor depende de la zona que cubre, siendo muy fina en párpados, mientras que en plantas de manos y pies es más gruesa.

Contiene receptores de sensaciones, la piel es el órgano de la sensibilidad. Nos permite percibir diferentes grados de temperatura, nos pone en alerta de que debemos proteger a nuestro cuerpo del calor o frío que podría dañarlo. Por medio del tacto percibimos una multitud de sensaciones tanto placenteras como dolorosas.

La piel también nos ayuda a regular la temperatura corporal, por medio de las glándulas sudoríparas y los capilares. Cuando hace frío los capilares se contraen, llega menos sangre a la piel y se produce una pérdida menor de calor. Cuando hace calor los capilares se dilatan y las glándulas sudoríparas producen más sudor que sale a la superficie de la piel. El sudor se evapora y arrastra con el calor por la que el cuerpo se enfría.

La piel es imprescindible para nuestro organismo ya que es la primera línea de defensa contra los elementos del mundo externo. Es la barrera contra la invasión de microorganismos, evita el contacto de los objetos con otros tejidos y previene que productos químicos accedan a los mismos. Sin la piel, nuestro organismo se encontraría desprotegido. La mayor parte de esta capacidad protectora reside en el estrato córneo, a cuyo nivel se encuentra la denominada "Barrera Cutánea". Éste actúa como barrera de dos vías, minimizando la pérdida de agua,

electrolitos y disminuyendo la penetración de sustancias potencialmente nocivas desde el medio externo.

La Barrera Cutánea presenta una permeabilidad selectiva, bajo condiciones adecuadas la piel es relativamente permeable a todas las moléculas, desde xenobióticos de bajo peso molecular hasta proteínas de alto peso molecular. El grado de permeabilidad varía dependiendo del estado fisiológico cutáneo, la presencia de patologías y las propiedades químicas de las sustancias.

El estrato córneo permite una moderada pérdida acuosa fisiológica, lo cual hidrata sus capas más externas. El agua es retenida en ésta actuando como un agente plastificador de la queratina corneocitaria manteniendo su flexibilidad, su capacidad protectora y facilitando la maduración celular. Cuando el contenido normal de la capa córnea disminuye mucho, se produce xerosis con predisposición a la fisuración y pérdida de barrera.



TRANSPARENTE GESTIÓN CUYO ÚNICO NORTE ES EL DERECHO A LA SALUD

Entrevista del Prof. Elbio D. Álvarez a la Dra. Beatriz Silva, Presidenta de ASSE

El martes 12, desde primera hora de la tarde, mantuvimos una larga entrevista con la Presidenta de ASSE Dra. Beatriz Silva, procurando rescatar aspectos que en medio de una campaña mediática y quizás por el acostumbramiento de nuestro pueblo a una asistencia que en otras regiones del mundo es referente y modelo, intenta desconocerse, minimizando la realidad y procurando con informaciones sesgadas que no se la confronte con otra realidad de un pasado no tan lejano donde la salud era un bien poco accesible a la gran mayoría de los uruguayos y existía la infame brecha de atención diferenciada según la realidad socioeconómica del usuario. Un pasado que ha quedado atrás por la irreversible realidad del FONASA y del Sistema Nacional Integrado de Salud en proceso de construcción desde el 2005 y de concreción desde el 2008, en un país donde la salud es un derecho y no una mercancía. En agenda abierta, procuramos una entrevista proactiva, sin referencia alguna a hechos recientes, conociendo la «asepsia» con la que la Dra. Silva acostumbra a tratar temas del organismo que preside.

ASSE COMIENZA A RECUPERAR USUARIOS

¿...?. En el 2007 teníamos 1.301.347 usuarios y en el 2013 1.266.934, es decir que en todo este período hay unos 40 mil usuarios de diferencia pero, a la vez que bajamos un poco respeto del 2007, del 2010 hasta ahora han ido subiendo los usuarios y recuperándolos sistemáticamente.

En ese mismo período pasamos de tener 18.467 usuarios FONASA a 359.318. Pero si observamos a finales de junio de este año, ya estamos próximos a los 370 mil. Es decir, que seguimos teniendo usuarios que aceptan estar en ASSE, ya sea los que quedan de oficio y los que quedan por elección. Este crecimiento se mantiene durante todo el año.

BAJA LA MIGRACIÓN DE ASSE AL PRIVADO

¿...?. Si observamos los números de los febreros del 2009 al 2014, vemos cómo ha cambiado nuestra población. Así constatamos que en cada apertura del corralito, desde el 2010 hemos ido bajando sistemáticamente la cantidad de afiliados que se van de ASSE. En el 2010 se fueron el 10.8% y en este 2014 se fueron el 7.2%. Es decir que baja la migración de ASSE hacia el sector privado en forma porcentual, lo que es un



indicador positivo para ASSE.

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN USUARIA

¿...?. En cuanto al número de usuarios Río Negro sigue siendo en los últimos años el departamento que más población usuaria de ASSE tiene (el 64% de la población), y el que menos tiene es Montevideo (25%), siguiéndolo Canelones, Maldonado y San José.

Haciendo un análisis de la Muestra Continua de Hogares, estudiamos el perfil de la población de ASSE y constatamos que desde el 2008 hasta ahora hemos tenido un envejecimiento importante en nuestra población usuaria. Se pasó del 43,7 % en 2008 al 76,2, lo que supone que la población usuaria mayor va aumentando también en ASSE en forma constante.

EL 80% DE LOS USUARIOS SE ENCUENTRAN EN EL QUINTIL UNO Y DOS DE INGRESOS

¿...?. Otro hecho relevante que define el esfuerzo que debemos hacer como Institución es como se compone nuestra población por nivel de ingreso. Así, el 56% de los usuarios de ASSE se encuentra en el primer quintil de ingreso, mientras que en los privados sólo el 14% pertenecen a ese quintil. Pero aún más, entre los dos primeros quintiles tenemos el 80% de nuestra población usuaria.

SE REQUIERE EL ESFUERZO DE TODOS

¿...?. Claro. Atender a esa población requiere de muchos esfuerzos de todos nuestros recursos humanos. Ir a buscarlos,

procurar que el niño asista a los controles de la visita domiciliaria porque muchas veces la familia se muda y no avisa, requiere acompañar a madres o padres que por su nivel de educación no prestan la atención debida a su salud, y muchos etc. . Esto además te lo muestra esta gráfica que indica que sólo el 2% de los usuarios de ASSE están en el quinto quintil, lo que reafirma que nuestra población usuaria tiene una característica bien distinta a la actividad privada.

LAS REDES Y EL EQUIPO DE GESTIÓN REGIONAL

¿...?. En cuanto a las franjas etarias como ya te expliqué tenemos una población cuyo 63% está entre los 15 y los 64 años, pero ha aumentado la población de 65 años y más y disminuimos la población menor.

Toda esta realidad significa un esfuerzo distinto y con respecto a las Redes a las que se refiere tu pregunta, te destaco varios aspectos positivos. Uno, la conformación del Equipo de Gestión Regional y a pesar de que algunas regiones marchan mejor que otras, la integración de todos los directores de unidades ejecutoras de las distintas regiones tanto del litoral. Nivel como de los Hospitales de referencia regional posibilitan fuertes actividades de colaboración, complementación y coordinación entre las distintas unidades.

Intercambio de ambulancias, priorización de determinados procedimientos de compra de acuerdo a las distintas necesidades, ayuda de unos a otros para llenar vacíos transitorios, están asegurando la continuidad de la

gestión.

DESCENTRALIZACIÓN DE LAS AUDITORÍAS

¿...?. Lo anterior unido a la descentralización en tres de las auditorías delegadas del Tribunal de Cuentas y la conformación de dos auditorías delegadas en la Región Norte (para el Norte Litoral y para el Norte Centro) y otra para la Región Este procurando achicar los tiempos de análisis de las auditorías del tribunal de Cuentas, aseguran un adecuado control de la gestión.

SE RENOVÓ LA FLOTA EN UN TERCIO EN 3 AÑOS

¿...?. Sobre este tema de las ambulancias ya considerado en otros ámbitos, me limito a darte algunos datos. Actualmente contamos con 352 ambulancias. En la región del Oeste que es la más grande y extendida con núcleos poblados muy chicos, 107 ambulancias; en la del Norte 93; en la del Este 86 ambulancias y 76 en Montevideo donde están todas las ambulancias especializadas y además Montevideo y Canelones (región Sur), son los departamentos que tienen más cantidad de usuarios (se superan los 400 mil), y siendo las más chicas en territorio es sin embargo la más grande en cuanto al número de usuarios.

En el período 2010- 2013 compramos 128 ambulancias, es decir que renovamos prácticamente un tercio de la flota en los últimos 3 años.

COMPRAS Y RECAMBIO DE LAS UNIDADES

Con respecto a las compras de las ambulancias sabemos que se han mejorado los pliegos de li-

citación para el recambio de todos los móviles. Esos pliegos tienen varios requisitos para el proveedor y el comprador, y entre otras cosas, establecen que se deben recambiar los móviles cada año o año y medio, o cada 100 mil kilómetros.

Eso, al estar definido en los pliegos, permite un recambio más «aceitado», ya que definen además cuáles deben ser las condiciones de los móviles que ASSE entrega al proveedor para poder recibir las nuevas.

Para que el pago sea menor y a veces nulo, los requisitos establecen que los móviles que se entregan deben estar en buenas condiciones de tapicería, de chapa, de motor, de cubiertas, tener un uso adecuado de acuerdo al tiempo etc. Es decir en buenas condiciones para que el recambio sea posible y favorable para los intereses de ASSE y aceptable para el proveedor.

Ocurre a veces que no siempre quien va a recibir un móvil nuevo tiene la posibilidad de contar con los créditos para financiar la reparación del viejo que debe entregar en condiciones aceptables para el proveedor. Y en algunos casos ocurre que se acuerda documentalmente con el proveedor el recambio de algunos de los elementos del nuevo para el viejo. Ejemplo, los asientos: el proveedor debe recibir el viejo con los asientos en condiciones. Y un Hospital tal, no es lo común pero es legal, a veces no tiene la posibilidad o el dinero para reparar algo (los asientos en el caso), entonces, documento mediante, le pide que le dé la ambulancia nueva y que a la vieja le recambia el asiento. Tiene entonces una ambulancia nueva, **que es lo que necesitaba**, con asientos viejos que después reparará.

¿Es un hecho delictivo per se o es un hecho de buena administración? Nos preguntamos nosotros. Por supuesto que puede haber alguna irregularidad en ese recambio o que exista alguien que tenga una actitud inadecuada. Pero como norma, están definidas en el pliego de recambio de los móviles las condiciones en que deben realizarse. Si se constata que no hay adecuación a lo establecido habrá omisión administrativa o conducta penal. La documentación establecerá si se adoptó un procedimiento de excepción y los motivos, o se realizó de acuerdo al procedimiento general, ambos previstos en el pliego de condiciones. A la administración y a la justicia es a quienes corresponde investigar eso.

sigue en pág. 9

En el año 2013 récord histórico de ejecución de los rubros de inversión

viene de pág. 8

Dejamos estas reflexiones y datos personales obtenidos para seguir nuestra charla con la Dra. Beatriz Silva.

VAYAMOS A LO ESENCIAL

¿...?. Sí, deja eso de lado porque lo importante sobre el tema de las ambulancias es que desde el 2005 al 2013 se compraron 128 ambulancias y de 1995 al 2004 (período similar de años), se compraron 97 con rubros de ASSE. El tema de las ambulancias es sin duda un tema reclamado en los pueblos chicos y nosotros, si bien no en todos los lugares hemos logrado dar respuesta a ese reclamo, en la mayoría de los pueblos se cuenta hoy con ambulancia y lo que estamos reclamando de los prestadores locales es que mejoren el uso y la complementación de las existentes. En aquellos lugares donde no se ha formalizado la complementación somos los únicos responsables de los traslados.

Lamentablemente no podemos estar en todos los pequeños núcleos dispersos, de los que surgen muchas veces los reclamos, pero no podemos ubicar un móvil permanente en un centro de 80 o 100 usuarios de ASSE, aunque quisiéramos hacerlo.

INVERSIONES EN OBRAS

¿...?. En estos años hemos ido ejecutando muy celosamente los fondos de inversión. En el año 2013 tuvimos un record histórico de ejecución de los rubros de inversión, nos gastamos todo el crédito y toda la plata que teníamos, construyendo y comprando equipamiento: grandes obras de servicios de amplia complejidad pero también Policlínicas en distintos lugares, ejecutando más de 20 mil metros cuadrados en obras nuevas y remodelaciones por un monto superior a 706 millones de pesos, y entre 2010 y 2013 construimos o remodelamos una planta en terreno que supera los 400 mil metros cuadrados.

LAS GRANDES OBRAS Y LOS EQUIPAMIENTOS.

¿...?. Para citarte las grandes obras: Centro Hospitalario Libertad; Nuevo Hospital Pasteur; Tomógrafo de Tacuarembó; Block del Maciel; CTI de Minas; CTI de Rivera, Tomógrafo de Rio Negro; Emergencia de Pando; Maternidad de Paysandú.

Y en Equipamiento solo en 2013 para no abundar, Auoclaves (1); ECG (14); Cardio Desfibriladores(16), Cialíticas (13); Mesas Quirúrgicas (9); Carros Anestesia (8); Ventiladores (18); Compresores de Aire (2); Concentradores de Oxígeno(370);

Microtomos (2); Electrobisturi (10) y más,, distribuidos en Bella Unión, Rap Montevideo, H. Maciel, Migue, San Jacinto, Paysandú, Florida, Lavalleja, Maldonado, Aiguá, Las Piedras.

RECURSOS HUMANOS

¿...?. Es mucho lo que tendríamos para hablar en cuanto a distribución y mejoramiento de nuestros recursos humanos y la disparidad existente entre números de médicos y licenciadas y auxiliares de enfermería, así como su distribución no igualitaria en el territorio nacional. Todos ellos problemas viejos tanto en el sector público como en el privado. Lo venimos encarando junto a los prestadores privados.

Pero, ¿qué estamos haciendo?. Con la Facultad de Medicina y con la Facultad de Enfermería distintos enfoques. Con la Facultad de Medicina el programa de fortalecimiento de los recursos y la creación de las unidades docentes asistenciales, y ahora usamos parte de ese programa (una parte bastante marginal) para la contratación del fortalecimiento del servicio de enfermería profesional en cuidados intensivos de adultos, con la finalidad de hacer un piloto que evalúe si una modalidad parecida de formación de recursos humanos profesionales de enfermería en CTI de adultos tiene buen resultado respecto de los egresados del post grado de formación de enfermería profesional con formación en especialidad de CTI, que es uno de los puntos críticos del sistema todo. Esto último con la Facultad de Enfermería.

Estamos ejecutando también el marco de las UDAs Rurales puestos de enfermería, estamos analizando con rubros que la Ley de Rendición de Cuentas del año pasado nos dio una actividad de formación y extensión horaria para licenciados de enfermería de servicios de cuidados intensivos en niños y recién nacidos para tratar de estimular la formación de personal sumamente crítico que es muy escaso en número de país; estamos apoyando todos los procesos de profesionalización de nuestros auxiliares que quieren hacer la carrera de licenciados. Todo con la finalidad de apostar a contar con un mayor número de profesionales en el mercado y fundamentalmente en el interior..

SOLA ASSE NO LOGRARÍA EL OBJETIVO PROPUESTO

¿...?. No, claro que no podemos hacerlo solos. No lograríamos el objetivo por más que nosotros tengamos más de un millón 300 mil usuarios (somos el prestador que atiende más del

30% de la población), el esfuerzo tenemos que hacerlo en conjunto con el sector privado. Sabemos que hay otros prestadores que están teniendo residenciado de enfermería, que están formando recursos humanos pero nos parece que lograríamos resultados mayores si uniéramos esfuerzos.

NÚMEROS QUE INDICAN LO QUE SE HA AVANZADO

-Diminución de la brecha: en 2004 ASSE tenía el 30% del gasto por usuario y por año respecto al privado y en el 2012 representa el 83%, producto del avance realizado. Se está dando más y mejor asistencia pero aún lejos de lo que nos hemos propuesto y hacia lo que vamos caminando.

-El dinero de ASSE rinde mucho menos, en la medida que por Montepío, Fonasa, FNV y FRL, aporta el 25.5%, Patronato y C. de Apoyo el 12.625%, contra el 5.125% que aportan las IAMC.

-Por lo tanto lo que ASSE gasta en Recursos Humanos rinde un 20% menos que en la actividad privada y por eso también se sigue teniendo salarios diferenciales que a veces hace difícil

lograr los Recursos Humanos necesarios.

- Uno de los temas fundamentales logrado por ASSE además de poner en terreno el plan estratégico es seguir profesionalizando la gestión, seguir formando los Recursos Humanos (más de 1.000 personas han participado de distintos cursos) .

- Por las diferencias salariales, hay una migración importante del personal de enfermería de ASSE donde ingresa y se forma y luego se va al sector privado... pero son condiciones de trabajo y es natural que así ocurra nos dice la Dra. Beatriz Silva.

-Se creó la figura del médico de referencia contando a diciembre del 2013 con 207.682 pacientes adscriptos y 1.198 médicos Referentes de Primer Nivel.

-Se crearon 15 Unidades Docentes Asistenciales (UDAs) de Medicina Familiar y Comunitaria (Montevideo 4, Interior 5 y Rurales 6)

-23 nuevas Policlínicas y ampliación de nuevas urgencias; 48 policlínicas remodeladas, 120 policlínicas y/o consultorios con obras de mantenimiento.

-Aumento sostenido de consultas del Primer Nivel de Atención:

26% consultas médicas de urgencia en 2010, 13% en 2013, es decir un aumento en consultas NO URGENTES.

-Se ha aumentado el número de camas de CTI, pasando de 77 a 133 en todo el país.

-Servicios Especiales que no brindan otros prestadores: Colonia Etchepare y Santín Carlos Rossi; Hospital Hogar Dr. Piñeyro del Campo; Servicio Nacional de Sangre; Portal Amarillo y Red de atención a usuario con consumo problemático de drogas; Servicio de Atención Integral a las Personas Privadas de Libertad; Atención de Personas en Situación de calle.

Volvemos al lugar común de nuestras entrevistas: un extenso contenido ha quedado en el disco duro de nuestra memoria de la larga charla con la Dra. Beatriz Silva. Esperamos no haber desvirtuado el contenido de sus planteos. Sobre ellos volveremos en alguna edición de este año. Agradecemos naturalmente el tiempo que la Presidenta nos otorgara y su disposición a brindarnos rica información no publicada totalmente en ésta.

Prof. Elbio D. Álvarez Aguilar

agendate esta fecha
VIERNES 3 DE OCTUBRE 2014
SALAS DEL LATU - MONTEVIDEO - URUGUAY



escuchá
estas jornadas tienen mucho para decirte.
de corazón

XII Jornadas Internacionales de Cardiología
XI Jornadas de Enfermería en Cardiología

El Centro Cardiológico Americano te invita a participar del mayor evento de la especialidad, pensado y desarrollado para todos los integrantes de los equipos de salud.

SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACIÓN DE ST
PATOLOGÍA DEL PERICARDIO
PATOLOGÍA DEL VENTRÍCULO DERECHO Y LA VÁLVULA TRICÚSPIDE
INSUFICIENCIA CARDÍACA NOVEDADES, INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA







PRESENCIA DE ALTAS AUTORIDADES ENCABEZADAS POR EL PRESIDENTE

Empalme Nicolich cuenta con una renovada Policlínica

En el marco del 8vo. Aniversario del Municipio de Nicolich, viernes 7 de agosto, fueron presentadas las obras de remodelación de la Policlínica de Empalme Nicolich, perteneciente al Centro de Salud de Ciudad de la Costa de ASSE. La misma se encuentra ubicada junto al Centro Cívico de la mencionada localidad. En la ocasión, se realizó el lanzamiento de un Puesto de Atención Ciudadana, dependiente de la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información (AGESIC).

PRESENCIA DEL PRESIDENTE MUJICA Y ALTAS AUTORIDADES

Del evento participaron el Presidente de la República, Sr. José Mujica; el Intendente de Canelones, Dr. Marcos Carámbula; la Ministra de Salud Pública, Dra. Susana Muñiz; integrantes del Directorio de ASSE, encabezados por su Presidenta, Dra. Beatriz Silva; el Vocal, Dr. Marcelo Sosa; el Representante de los Usuarios, Sr. Wilfredo López; el Director de la RAP Metropolitana de ASSE, Dr. Ramiro Draper; la Directora del Centro de Salud de Ciudad de la Costa, Lic. Alicia Martínez; la Médica Referente de la Policlínica, Dra. Daniela Ferrari; el Alcalde del Municipio de Nicolich, Sr. Rúben Moreno; el Director Ejecutivo de AGESIC, Ing. José Clastornik; entre otras autoridades nacionales y departamentales.

CARÁMBULA: SATISFACCIÓN POR TRANSFORMACIÓN DE CONSTRUCCIONES PRECARIAS EN CENTRO CÍVICO

El Intendente de Canelones manifestó su satisfacción por haber transformado un espacio

de construcciones precarias en un centro cívico con una policlínica de salud pública de primer nivel.

Resaltó que se han inaugurado 24 policlínicas de primer nivel de ASSE en Canelones durante los últimos cuatro años.

«El derecho a la salud se conquista, como lo conquistaron ustedes», expresó a los presentes. «Se puede, este pueblo uruguayo muestra que se puede y Nicolich es el mayor ejemplo de un pueblo organizado», acotó.

DR. RAMIRO DRAPER: TERMINA OTRA ETAPA DEL PROCESO DE JUSTICIA SOCIAL

El Director de la RAP Metropolitana expresó su alegría y señaló que la Policlínica «es uno de los eslabones de la reforma de la salud y de lo que se propuso determinada gente cuando accedimos a transformar la salud que hoy está delineada, con una reforma en marcha y con un cambio de modelo de atención». «Termina hoy una etapa de ese proceso de justicia social con ésta policlínica maravillosa y con una deuda que hoy estamos concretando», concluyó.

DRA. DANIELA FERRARI: UNIDAD QUE SE TRADUCE EN OBRAS.

La Médica referente de la Policlínica indicó que «esto se logró porque se trabaja en red y esa unidad se traduce en estas pequeñas cosas». También destacó el compromiso de los trabajadores de ASSE.

ING. JOSÉ CLASTORNIK: IMPLEMENTACIÓN DE NUEVO SERVICIO ELECTRÓNICO

Seguidamente, el Director Ejecutivo de AGESIC hizo referencia a la implementación del nuevo servicio electrónico al que los ciudadanos podrán acceder para realizar los trámites, «esto fue posible gracias a los esfuerzos de la intendencia de Canelones por descentralizar y fortalecer los espacios de cercanía a la ciudadanía».

Vale recordar que Los Puntos de Atención Ciudadana (PAC) son un servicio de atención personalizada que el Estado brinda a los ciudadanos que deben realizar trámites u obtener información de la Administración Pública.

Los PAC se enmarcan en el nuevo modelo de atención a los ciudadanos, el cual busca fortalecer los vínculos entre estos y el Estado. Apuntan a brindar un servicio ágil y personalizado, que ahorra tiempo y evita costos de traslado.

DRA. BEATRIZ SILVA: AGRADECIMIENTO A LOS VECINOS, A LOS TRABAJADORES Y A LOS USUARIOS Y AL EQUIPO DE SALUD

Por su parte, la Presidenta de ASSE, agradeció «a quienes abrieron su casa para que funcionara la policlínica durante las



reformas», «a los trabajadores que asumieron el desafío de trabajar en distintas casas y a los usuarios que también asumieron ir a distintas casas a ver a su misma familia, que era el equipo de salud, que los ha ido acompañando».

Destacó la materialización de uno de los ejes estratégicos propuestos por ASSE «el de integración a la comunidad, la participación ciudadana como un eje fundamental de hacer que el derecho a la salud sea un derecho, pero también el derecho de los equipos de salud».

«NUESTROS TRABAJADORES ESTÁN DE PIE TRABAJANDO JUNTO A LA GENTE...»

«Nuestros trabajadores están todos de pie, trabajando junto a la gente, gastando sus zapatos, poniendo su corazón y su esfuerzo cada día. Pero solos no lo pueden hacer, solo lo hacen si tiene una comunidad comprometida que los acompañe, que les exija que les pida y que los ayude en los momentos difíciles. Y la comunidad de Nicolich así lo ha demostrado en estos últimos meses», expresó.

«Sigamos de pie, luchando, trabajando por un servicio de to-

dos y para todos porque se lo merecen», concluyó.

DRA. SUSANA MUÑIZ: AGRADECIMIENTO AL GOBIERNO DE DINAMARCA

En tanto, la Ministra de Salud subrayó la participación de los vecinos del barrio y agradeció al gobierno de Dinamarca.

La Policlínica cuenta «con un equipo detrás y con una verdadera concepción de medicina familiar y comunitaria», enfatizó.

PRESIDENTE MUJICA: UNA REALIDAD PRODUCTO DEL ESFUERZO DEL ESTADO Y DE LOS CIUDADANOS

El Presidente de la República, recordó los antecedentes de la policlínica, fundada originalmente a partir de una donación realizada por el gobierno de Dinamarca para asistir a las madres embarazadas y a los niños de la zona. En tal sentido, agradeció al gobierno de Dinamarca por su apoyo en esta iniciativa, a la vez que destacó el esfuerzo realizado por la comunidad de Nicolich para recuperar este espacio. Explicó que la reincorporación de este centro de salud perteneciente a la red asistencial de ASSE fue producto de los esfuerzos del Estado y de los individuos. «Las personas pasan y los pueblos quedan, esta es una muestra de lo importancia que tiene que la sociedad civil participe de la gestión del Estado». Además exhortó a los ciudadanos a «cuidar a los bienes públicos, que son para el conjunto de la sociedad».

Cabe señalar que la remodelada Policlínica brinda los servicios de Medicina Familiar y Comunitaria, pediatría, partera, médico internista, endocrinólogo, cardiólogo, odontólogo, psicólogo, agente social educativo, licenciado en trabajo social, enfermería, farmacia y administración.

El Ministerio de salud pública y ASSE Explicaron ante el parlamento el proceso de fortalecimiento del mayor prestador de salud



Leer esta información en la página 17 de esta Edición en Internet www.aldiariomedico.com.uy

Certificación en buenas prácticas de alimentación

El Centro de Primer Nivel de Libertad, perteneciente a la Red de Atención Primaria (RAP) de San José, fue acreditado el jueves 7 de este mes como Centro en las Buenas Prácticas en la Alimentación del Lactante y Niño/a Pequeño/a.

Los servicios cuya calidad se certifica apuntan a promover controles regulares de salud en embarazadas desde el primer trimestre, las ventajas de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, el conocimiento de padres y madres de los principios básicos de la salud y alimentación de los niños y las modificaciones de los hábitos alimenticios del grupo familiar.

Participaron del evento la Presidenta del Directorio de ASSE, Dra. Beatriz Silva; el Representante de los Usuarios, Sr. Wilfredo López; la Directora de la RAP de San José, Lic. Lorena Saavedra; la Directora del Centro de Primer Nivel de Libertad, Dra. Ana María Pineyrúa; la Lic. en Nut. Isella Arocha, entre otras autoridades.

Inauguran obras en el Sanatorio de COMEPA FEMI Paysandú

Las inversiones en obra de infraestructura y servicio son la expresión de la convicción de una política de superación dijo el Dr. Yamandú Fernández en Paysandú



El presidente en ejercicio de la Federación Médica del Interior, Dr. Yamandú Fernández, dijo que las inauguraciones de nuevos servicios asistenciales, que regularmente se dan a lo largo y ancho del interior del país - y no solamente en las capitales departamentales - no son otra cosa que la expresión de la convicción de una política de desarrollo federal, no como

un fin en sí mismo sino como herramienta para favorecer la salud de nuestra gente.

El Dr. Yamandú Fernández participó de la inauguración del Nivel 2 del Nuevo Sanatorio Modelo de COMEPA FEMI Paysandú, el que está destinado en su totalidad a la atención ginecológica y materno - infantil, compartiendo la mesa de oradores junto al Subsecretario del Ministerio de Salud Pública, Dr. Leonel Briozzo, el presidente de la institución sanducera de nuestra Federación, Dr. Daniel

Lijtenstein, y los jefes de los sectores gineco obstétrico y cuidados especiales pediátricos y neonatales, Dres. Carlos Leoni y Luis Martínez Arroyo.

La obra facilita el desarrollo de una asistencia integral, optimizando los recursos y aumentando las posibilidades diagnósticas y terapéuticas para favorecer que todos los sanduceros inicien su vida con las mismas oportunidades.

Este emprendimiento reafirma la apuesta a la regionalización, ampliando un centro de medicina altamente especializado a orillas del Río Uruguay, el que permite un acceso más rápido y económico a una respuesta inmediata ante una situación extrema de un bebé, niño o adolescente en el litoral y norte del país, e incorpora las primeras salas de nacer del departamento.

El nuevo CTI Pediátrico y neonatal amplía el área física e incorpora nueva tecnología, dividiendo el centro en dos sectores, uno destinado a cuidados especiales con 6 camas y otro para niños y adolescentes con 4 camas, centralizando la emergencia para favorecer el control total de las áreas

Por su parte la nueva área de internación gineco obstétrico dispone de 8 salas de internación, 2 salas de nacer, las que permiten realizar el trabajo de pre parto, parto y post parto en



la propia sala de internación, con el apoyo del equipo de salud y la participación del padre y/o familiares cercanos a la madre y el bebé, y 2 salas convencionales de parto.



25 Aniversario Gremial Médica de Soriano

En el marco de las actividades previstas por la celebración del 25 aniversario de la Gremial, se realizó una Jornada científica el viernes 25 de noviembre, en la ciudad de Mercedes

El tema central fue el "Lupus Eritematoso Sistémico, estando a cargo de dos prestigiosos colegas los Dres. Rosario Jurado y Enrique Mendez, quienes efectuaron un enfoque general dirigido a pacientes pediátricos y adultos.

Por la noche se efectuó una cena de camaradería en la Sociedad Italiana de la mencionada ciudad.



Lactancia Materna: un triunfo para toda la vida

La Federación Médica del Interior celebra con entusiasmo la Semana Mundial de la Lactancia Materna, que como es tradicional se festeja del 1° de agosto al 7, y que este año lleva por lema «**Lactancia materna: un triunfo para toda la vida**»



Nos enorgullece poder decir que las 23 instituciones asistenciales de la organización, participan en las Comisiones de Buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño (BPA), en las que interviene todo el equipo de salud.

Existe un compromiso y constituye una prioridad en las políticas sociales y de salud actuales que se refleja en diferentes actividades de capacitación, que se realizan en forma periódica.

Por ello se destaca la importancia de **mantener, promover, apoyar y aumentar el apoyo** a la lactancia materna exclusiva y a demanda durante los primeros seis meses de vida, sugiriendo que se extienda hasta los dos años.

Este proceso se acompaña a nivel regional, ya que en varios países además de Uruguay, como Chile y Costa Rica se han impulsado cambios importantes en las leyes sociales que benefician a las mujeres, como son las licencias extendidas que permiten que la madre esté más tiempo con el lactante y de esta forma incentivar esta importante práctica.

Finalmente el Programa Niñez del Ministerio de Salud Pública, que fue determinante en la creación de estas comisiones, este año quiere hacer una puesta a punto y evaluar las fortalezas y debilidades, que han surgido con la marcha del programa, con el objetivo de mejorarlo así como de analizar la re acreditación del mismo en el próximo año.

Ahora nos podés seguir en Twitter



@FEMIcomunica

FEMI Gremial en Facebook



www.femi.com.uy

80.000 lectores en todo el País

Publicación técnica de actualización permanente de INTERES MUNICIPAL (Res. 2531/02)



Publicación científica nacional nacida en Florida, de INTERES DEPARTAMENTAL (Res. 19486/2002)



Montevideo de Todos



FLORIDA Departamento Abierto

Noche de la nostalgia 24 de agosto de 2014



La Federación Médica del Interior se adhiere a la campaña de prevención y a los operativos de control que se efectuarán con motivo de la celebración de la Noche de la Nostalgia Edición 2014, con el objetivo de evitar los siniestros en el tránsito.

La Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV) conjuntamente con la Asociación General de Autores del Uruguay (AGADU) y la Dirección Nacional de Policía realizaron una Conferencia de Prensa en la Torre Ejecutiva de Presidencia de la República, para informar a la opinión pública sobre las medidas que se instrumentarán.



Este año los controles serán históricos, ya que coincidiendo con este acontecimiento, se comenzará a detectar el consumo de marihuana en conductores.

Para ello se cuenta con una partida de tres mil equipos que permiten, en pocos minutos con una prueba de saliva, saber si

el conductor consumió drogas.

Desde UNASEV se insiste en que la población debe saber, «que así como **no** se puede asociarla conducción de vehículos y el consumo de alcohol; tampoco se puede consumir marihuana y conducir vehículos, puesto que el efecto es el mismo».

25 años de Formación de pregrado Facultad de Medicina- Salto

En el marco de la celebración de los 25 años de formación de pregrado de la Facultad de Medicina, se realizó el viernes 15 de agosto, a las 20 hrs., en el Aula Magna de la Universidad- Regional Norte-Salto, la entrega de los títulos universitarios, a 9 médicos de Salto y 3 de Paysandú, que han culminado su carrera.

Estuvieron presentes el Intendente de Salto Alvaro Compa, el Director del Hospital Dr. Juan Pablo Cesio, el Decano Interino de la Facultad de Medicina Dr. Julio Vignolo, los ex Decanos Dres. Pablo Carlevaro y Felipe Schelotto, el Director del departamento de Educación Médica Prof. Dr. Gastón Garcés y el Prof. Adscripto Honorario de la Clínica Quirúrgica Dr. Néstor Campos y autoridades vinculadas al sector salud.

Este acontecimiento enorgullece a la Federación, ya que la Facultad de Medicina, principal formadora de recursos humanos en salud, que siempre ha priorizado la calidad y excelencia en la educación, ha logrado la permanencia y el egreso de médicos que a lo largo de estos años han estado trabajando en Salto, Paysandú, Bella Unión y Rivera, desempeñándose con absoluta solvencia y profesionalismo.



LEEME EN INTERNET

Puedes leer más información, esta edición ampliada y las anteriores en:
www.eldiariomedico.com.uy

EN VARIOS ESTADOS DE EEUU

Obligatoriedad de la notificación de densidad mamaria en mamografía



DR. GUSTAVO FIGUEREDO CASADEI

Médico Imagenólogo
COMERO lampp
Especialista en Mastología
Universidad de Montevideo
Correo electrónico:
figueredo.gustavo@gmail.com

En el año 2009 el estado de Connecticut promulgó una ley obligando a incluir la notificación de la densidad mamaria en el informe mamográfico remitido tanto a médicos referentes como a pacientes, y obligando además a las aseguradoras médicas, a proveer métodos alternativos de evaluación si las pacientes poseían mamas densas, en mamografías normales de screening.

Dicha norma surgió como consecuencia de movimientos de usuarias afectadas por cán-

cer mamario avanzado, con mamografías recientes previas normales. Recordamos que en algunos países, cuando a una paciente se le realiza una mamografía de cribado o screening, (búsqueda de patología en población asintomática) dicho resultado le es remitido a ella directamente. Este informe es una síntesis del informe del radiólogo, y no una copia fiel del mismo, notificándole el resultado como «normal» o si debe consultar nuevamente; al estar «abreviado» se omite habitualmente describir la densidad de la mama.

Una de las principales impulsoras de este movimiento fue la Dra. (Phd) Nancy Capello, distinguida con varios reconocimientos por su labor de difusión y sensibilización de autoridades políticas y de la población, sobre esta problemática.

Desde entonces 14 estados de EEUU han adoptado similar criterio, esperándose que se extienda a todos. Dichas normativas generarán una mayor com-

plejidad en la solicitud de estudios, para lo cual algunos grupos multidisciplinarios están creando pautas que comentaremos más adelante. En este artículo, comentaremos algunos criterios dados por un grupo de California, «The California Breast Density information Group» (CBDIG) que pretende establecer algunas pautas para guiar al médico y pacientes.

QUE SE ENTIENDE ENTONCES POR MAMAS DENSAS?

En términos generales, en una mamografía se pueden apreciar estructuras «blancas» y otras «oscuras». Las estructuras blancas mayoritariamente corresponden a tejido fibroglandular y las oscuras a adiposo.

Habitualmente el tejido fibroglandular predomina en la paciente joven, mientras que el adiposo se incrementa con la edad. Esto no es absoluto, dado que la mama es un órgano dinámico y muy cambiante, por motivos hormonales, nutriciona-

les, etc. Una mama más «oscura» tiene más grasa y es poco densa, mientras que una mama «blanca» tiene más tejido fibroglandular y es más densa. Dentro de estos dos extremos existen grados intermedios.

Existen varias maneras de clasificar la densidad en mamografía, una de las más utilizadas es la del Colegio Americano de Radiología.

En su clasificación BI-RADS, ha distinguido 4 patrones visuales que serían:

- I. Casi totalmente grasas.
- II. Densidades dispersas de tejido fibroglandular
- III. Heterogéneamente densas.
- IV. Extremadamente densas.

Los porcentajes de estos grupos en una población, corresponden a 10% para los grupos I y IV y 40% para los grupos II y III respectivamente.

De acuerdo a esta legislación que se había comentado, en los grupos III y IV de mamas heterogéneamente densas y extremadamente densas, o sea el 50% del total, deberá constar en

el informe que tienen «mamas densas»

CUALES SON LAS CONSECUENCIAS DE TENER MAMAS «DENSAS»?

Fundamentalmente referidos a dos aspectos:

1. Incremento del riesgo de cáncer en mamas densas.

Cuando este riesgo se compara con un grupo promedio de densidades, en el grupo de mamas heterogéneamente densas es 1.2 veces mayor, y en el de mamas extremadamente densas 2.1 mayor. Por lo tanto, la densidad es un factor de riesgo, pero no muy fuerte. Para ponerlo en contexto, el riesgo de cáncer mamario en una mujer con mamas extremadamente densas es similar al de otra mujer con un pariente de primer grado que haya padecido cáncer de mama unilateral postmenopáusico.

2. Disminución de la sensibilidad de la mamografía

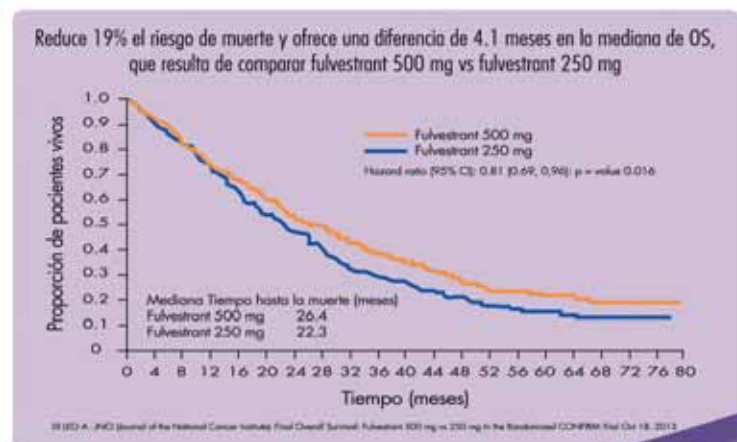
sigue en pág. 14

Resultado del estudio CONFIRM

En cáncer de mama

NUEVA DOSIS LOGRA MEJORES RESULTADOS...
en Sobrevida Global (OS)

Protocolizado a través del F.N.R.



AstraZeneca
La Salud Nos Conecta



FASLODEX™
fulvestrant
500_{MG}

viene de pág. 13

Está demostrado que la sensibilidad de la mamografía disminuye con el incremento de la densidad. Esto está debido al efecto de «enmascaramiento» u «ocultamiento» producido por los tejidos densos que inducen una pérdida de contraste con el tumor.

Comparado con un grupo promedio, la reducción de la sensibilidad es del 7% para las mamas heterogéneamente densas, y del 13% para las mamas extremadamente densas. Esta reducción de la sensibilidad es uno de los principales motivos que lleva a pedir estudios adicionales.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

La mamografía en todavía al día de la fecha el único método válido de screening, y ha demostrado disminuir la mortalidad en todos los tipos de densidades mamarias. Por lo tanto las alternativas diagnósticas deben ser «además de la mamografía» en vez de «en lugar de la mamografía».

Los métodos adicionales de screening más empleados son:

1. Ultrasonido.
2. Resonancia magnética
3. Tomosíntesis.

Asociados a la mamografía, tanto el ultrasonido como la resonancia, tienen una tasa de detección más elevada de cáncer que cuando se realiza únicamente la mamografía. Sin embargo, el ultrasonido tiene más falsos positivos, con mayor tasa de biopsias con resultado benigno. Algunos estudios han mostrado que el ultrasonido complementario descubre hasta 3 cánceres ocultos por mil pacientes estudiadas con mamografías normales, por lo que

mostraría el beneficio del screening con este método; sin embargo hay varios cuestionamientos para que esta conclusión se tome como válida. En nuestro país, por ser un método ampliamente disponible y económico parece ser una buena opción como complemento.

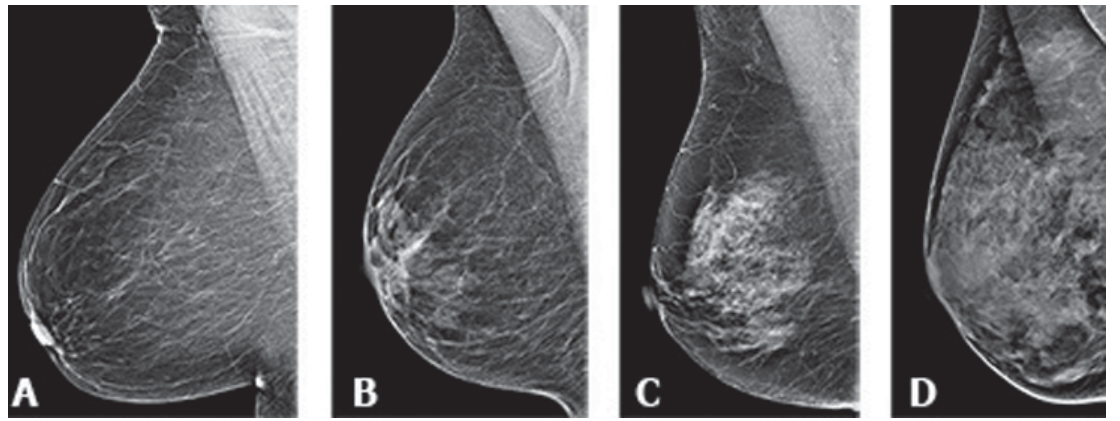
La resonancia magnética es aún poco disponible y costosa, y se debe emplear en casos seleccionados.

La tomosíntesis, está todavía poco difundida, y se muestra como un método promisorio. Algunos ensayos estiman que incrementaría la detección de cáncer en valores igual al ultrasonido, pero no tanto como la resonancia y con menor número de falsos positivos que el ultrasonido.

DIFERENTES ESCENARIOS CLÍNICOS.

Frente a la posibilidad de tener que brindar estudios complementarios al 50% de las mamografías, como habíamos mencionado antes, el CBDIG ha tratado de crear un marco para pautar diferentes escenarios clínicos, y ayudar a médicos y pacientes, a elegir la mejor opción de estudio complementario. Vale mencionar que estas recomendaciones, no necesariamente son aceptadas en todos lados, y varían según los países, sistema de salud, etc. Si bien en Uruguay, (donde aún hay multiplicidad de criterios de informes mamográficos) es habitual mencionar la densidad mamaria, pensamos que estas pautas ser de ayuda para el médico referente.

Uno de los aspectos importantes de la ley enunciada en California, es que busca que se establezca un diálogo entre la paciente y el médico, sobre la conveniencia de otros métodos



1	CASI TOTALMENTE GRASA: La mamografía es muy eficaz, capaz de detectar tumores muy pequeños
2	DENSIDADES DISPERSAS DE TEJIDO FIBROGLANDULAR: Leve reducción de la sensibilidad
3	TEJIDO HETEROGÉNEO DENSO: Reducción moderada de la sensibilidad
4	TEJIDO EXTREMADAMENTE DENSO: Importante reducción de la sensibilidad

de screening, y sus posibles inconvenientes, sobre todo falsos positivos. Esto se basa en las tendencias actuales de la medicina centrada en el paciente, donde éste es parte activa en la toma de decisiones sobre su salud.

Como concepto importante, en la medida de mayor riesgo, mayor beneficio habrá con métodos adicionales de screening.

Paciente con mamas no densas (mamas casi totalmente grasas y densidades fibroglandulares dispersas) con resultado normal en la mamografía

NO REQUIEREN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

Pacientes con mamas densas (mamas heterogéneamente densas y extremadamente densas) con resultado normal en la mamografía

En estos casos, se debería hacer un enfoque de riesgo individual con modelos matemáticos, realizado por médicos especialistas, algo imposible de realizar por el enorme número de pacientes a manejar.

Para simplificar se plantea hacer un «triage» identificando grupos de alto y muy alto riesgo, en los cuales están indicados claramente estudios complementarios

GRUPOS DE MUY ALTO Y ALTO RIESGO MUY ALTO RIESGO

1. Mutaciones del gen BRCA
2. Antecedentes de trata-

miento radiante torácico

ALTO RIESGO

1. Historia en familiar de primer grado con CA mamario premenopáusico, o CA de ovario.

2. Historia personal de atipia mamaria en biopsia previa.

3. Ca mamario previo

Para estos grupos y fundamentalmente para el grupo de muy alto riesgo, el Colegio Americano de Radiólogos, y la Sociedad Americana de Cáncer recomiendan resonancia mamaria anual y mamografía anual. Para los otros grupos se recomienda consulta con especialista para una valoración específica de riesgo según modelos matemáticos. Sin embargo, estas pautas de manejo de riesgo no tienen consenso unánime, y por ejemplo en algunas guías se recomienda también resonancia anual para el grupo de alto riesgo.

PACIENTES CON MAMAS DENSAS SIN RIESGO

Son las pacientes sin otros riesgos que sólo el de tener mamas densas.

Es el grupo más numeroso y donde la toma de decisiones impacta fuertemente en el sistema sanitario.

La probabilidad de cáncer es baja, por lo tanto el beneficio de un screening complementario es menor, mientras los inconvenientes de éste permanecen, por ejemplo por biopsias innecesarias en falsos positivos en

ultrasonido.

Por éste y otros motivos que escapan al contenido de este artículo, el CBDIG no indica sistemáticamente al ultrasonido como complemento.

Sin embargo, algunos grupos tienen una opinión contraria y lo plantean siempre.

Para abordar la problemática en nuestro país de este grupo numeroso, pensamos que el ultrasonido realizado por imagenólogos dedicados al área mamaria, y que puedan evaluar conjuntamente la mamografía al momento del estudio, tiene un gran valor dado su alta sensibilidad, bajo costo y disponibilidad.

Destacamos este hecho que es suma importancia; el profesional que realiza un ultrasonido mamario, debe poder interpretar la mamografía que aporta su paciente, para hacer una búsqueda dirigida hacia zonas dudosas o sospechosas. Esto permite una más alta tasa de detección de patología, y menos falsos positivos.

Bibliografía sugerida

The California breast density information group: a collaborative response to the issues of breast density, breast cancer risk, and breast density notification legislation. Radiology. 2013 Dec;269(3):887-92

Tabar Lazlo. Understanding the breast in health and disease. C&C Offset 2012

<http://www.breastdensity.info/>

<http://www.areyoudense.org/>

<http://www.areyoudenseadvocacy.org/>

ASSE inauguró obras de remodelación en la Policlínica de Cuchilla Alta

Fueron inauguradas las obras de remodelación en la Policlínica Cuchilla Alta, perteneciente a la Red de Atención Primaria (RAP) Canelones Este - Región Sur.

En el acto se hicieron presentes el Secretario General de la Intendencia de Canelones, Prof. Yamandú Orsi; el Subsecretario de Salud Pública, Prof. Dr. Leonel Briozzo; integrantes del Directorio de ASSE, encabezados por su Vicepresidente, Dr. Enrique Soto; el Vocal, Dr. Marcelo Sosa y el Representante de los Usuarios, Sr. Wilfredo López; la Directora de la Red de Atención Primaria (RAP) Canelones Este, Lic. Claudia López; la Alcaldesa del Municipio de Floresta, Sra. Isabel Helmo; entre otras autoridades.

Participaron además la Directora de la Región Sur de ASSE, Dra. Estela Nogueira; el equipo de Dirección del Hospital de Pando, alumnos de la Escuela N° 95, funcionarios y usuarios.

Vale señalar que dicho centro de salud cuenta con 1300 historias clínicas y brinda los servicios de Medicina Familiar y Comunitaria, Obstetra Partera, Farmacia, Laboratorio y Sector de Afiliaciones.

DE LA COMISIÓN H. DE ZONOSIS

Homenaje al Intendente de Colonia Dr. Walter Zimmer



El miércoles 16 de julio concurrimos a Colonia del Sacramento, para ser parte de un justo homenaje realizado por el Presidente de la Comisión Honoraria de Zoonosis, Dr. Ciro Ferreira Márquez, al señor Intendente Municipal de Colonia, el médico Dr. Walter Zimmer.

En una sencilla ceremonia realizada en el local de la Intendencia, rodeado por sus más cercanos familiares, colaboradores y personalidades de la comunidad coloniense, hicieron uso de la palabra el Dr. Antonio L. Turnes, y el Dr. Ciro Ferreira.

PALABRAS DEL DR. ANTONIO TURNES A UN VIEJO COMPAÑERO Y ENTRAÑABLE AMIGO

El primero se refirió al significado del acto, que quiso hacerse durante el Congreso Iberoamericano de Hidatidología realizado los días 29 y 30 de abril en la Ciudad de Colonia, pero que por los hechos de notoriedad, no pudieron concretarse. Se refirió al Intendente de Colonia como un viejo compañero y entrañable amigo, desde sus tiempos de estudiante. El sentido del homenaje era tributar el agradecimiento y el cariño de la comunidad que ha escogido desde el 21 de setiembre de 1941 a la Ciudad de Colonia del Sacramento, como Capital Mundial de la Hidatidosis. Allí se fundó en aquella fecha, entre médicos y veterinarios argentinos, brasileños y uruguayos la Asociación Internacional de Hidatidología. Pero ha vuelto múltiples veces a reunirse en ese lugar, que es su cuna. Y particularmente durante los diez años que ha llevado al frente de la Intendencia Municipal de Colonia el Dr. Walter Zimmer, éste siempre ha actuado como un magnífico anfitrión, poniendo la mayor disposición y ofreciendo las posibilidades de ese progresista Departamento para que en la ciudad de Colonia tuvieran lugar las reiteradas reuniones internacionales vinculadas a la Hidatidosis. Que han congregado a científicos de los cuatro rincones del mundo para debatir los progresos que se van registrando para procurar la erradicación de una enfermedad que tiene un fuerte componente cultural. Esa hospitalidad es lo que fueron a agradecer los promotores del acto.

DR. CIRO FERREIRA: AGRADECIMIENTO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE HIDATIDOLOGÍA

El Dr. Ciro Ferreira, por su parte, manifestó su alegría de poder brindar ahora este homenaje que debió ser diferido, como un auténtico testimonio de agradecimiento de la Asociación Internacional de Hidatidología, que se hizo presente también a través de una carta de su Presidente el Prof. Dr. Antonio Menezes da Silva, desde Portugal, que expresó con toda elocuencia el sentido del agradecimiento por tantas buenas acogidas en estos diez años, que regocijaron el alma de todos cuantos se reunieron en Colonia para sus debates científicos y educativos.

EMOCIONADO AGRADECIMIENTO DEL DR. ZIMMER

Cerrando el acto hizo uso de la palabra, para agradecer el homenaje, el Dr. Walter Zimmer, quien al término del acto recibió un hermoso objeto artesanal traído desde Tacuarembó por el Dr. Ciro Ferreira, que reproduce un caballo criollo ensillado, en una hermosa reproducción con una base de madera dura, protegida por una cúpula de acrílico transparente.

EL DIARIO MÉDICO estuvo presente para registrar esta ceremonia y compartir un homenaje que hizo vibrar el alma de todos los presentes, en medio de un ambiente de profunda emotividad.

DECRETO DE GOBIERNO

ASSE lidera Red Integrada de Efectores Públicos

El Poder Ejecutivo aprobó la reglamentación de organización y funcionamiento del Consejo Directivo Honorario de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS), según un decreto firmado por el Presidente José Mujica. Dicho consejo estará integrado por un representante titular y uno alterno de cada uno de los organismos públicos integrantes y será presidido por un representante de ASSE.

La norma firmada el 11 de agosto reglamenta la constitución, integración, objetivo, conformación de autoridades, cometidos, coordinación, funcionamiento y financiamiento de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud que engloba a todas las entidades que gestionan servicios de salud en el subsistema público de atención.

El articulado prescribe que el Consejo Directivo Honorario estará integrado por un represen-

tante titular y uno alterno de cada uno de los organismos públicos que formen parte de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud y será presidido por el representante de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Además menciona que cada representante poseerá potestades suficientes para tomar decisiones y respaldo para asumir compromisos. El texto adjunto al decreto explica los deberes y facultades que tienen los miembros y el presidente, además de manifestar como se realizará cada sesión ordinaria o extraordinaria del citado consejo.

«Se procurará que todas las decisiones sean adoptadas por consenso», y en caso de no alcanzarlo «cualquiera de los integrantes podrá solicitar que el asunto se someta a votación por mayoría simple de presentes», remarca el adjunto, aseverando además que las deci-

siones «tendrán carácter de recomendaciones».

La ley del Presupuesto Nacional N.º 18.719, en su artículo 741, creó la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS). Esta red se originó a partir de la ley 18.161 que creó a ASSE como un organismo descentralizado, con la asignación entre sus competencias de la coordinación de los demás organismos del Estado que presten servicios de salud.

Surge también a partir de la ley 18.211 de creación del SNIS. Está integrada por representantes del M. del Interior (Sanidad Policial) M. de Defensa (Sanidad Militar), intendencias, Banco de Seguros del Estado, Banco de Previsión Social, Hospital de Clínicas y ASSE. El objetivo de la RIEPS se centra en el fortalecimiento de los servicios públicos, procura maximizar las fortalezas de cada organismo integrante.

Si tiene perro sáquele patente



En el 2014
más vigilancia,
más prevención,
más educación,
más salud.



Comisión
Zoonosis

Al servicio de la gente y los animales

RECOPILACIÓN INFORMATIVA

Financiamiento de Rentas Generales a salud pública pasó de 95 a 79 % en período 2000-2012

Una investigación sobre gastos y financiamiento de la salud pública entre 2000 y 2012 concluye en que Rentas Generales pasó de aportar un 95 % de la financiación a un 79 %, gracias a los aportes del Fondo Nacional de Salud, en ese lapso. Por otro lado, las inversiones promedian el 4,5 % del total, dentro del período analizado. En relación al producto interno bruto, se destina a salud pública el 3 %.

«Estructura de Gastos y Financiamiento de la Salud Pública en Uruguay», período 2000 al 2012, es un libro elaborado Ariel Rodríguez Machado y presentado el 11 de agosto, con el aval de la ministra de Salud Pública, Susana Muñiz, quien participó del lanzamiento.

MATERIAL NECESARIO PARA QUIENES TOMAN DECISIONES

Muñiz resaltó la importancia de contar con publicaciones como la de Rodríguez, «elaborada con seriedad y en base a datos públicos, que intenta sistematizar información muy valiosa, especialmente para un mi-

nisterio tan vasto como el de Salud Pública». «Es un material muy necesario para quienes toman decisiones», subrayó.

Según lo informado por el autor, la publicación está basada en datos disponibles a la ciudadanía sobre la ejecución presupuestal que se presenta en cada Ley de Rendición de Cuentas.

OBJETIVO: ESTUDIAR LA ESTRUCTURA DE COSTOS DEL ORGANISMO

El primer objetivo del libro es estudiar la estructura de costos de cada organismo, para lo que distinguió tres conceptos globales: Gastos de Funcionamiento, Remuneraciones e Inversiones, y su comparación entre sí. En segundo término analiza el financiamiento y su origen.

La participación de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en el total de fondos destinados a salud estatal asciende al 75 % y el Hospital de Clínicas, el Policial y el Militar ocupan el 25 % restante. En el período estudiado se observa un crecimiento del monto destinado en la actualidad a servicios de



salud y se destaca que durante la crisis del año 2002 los guarismos de gastos fueron negativos.

EL GASTO TOTAL DE SALUD PÚBLICA Y PRIVADA ES DEL 8.5% DEL PBI. SALUD PÚBLICA ENTRE EL 2 Y EL 3%

Por otro lado, el valor empleado en salud pública representa entre el 2 % y el 3 % del producto interno bruto (PIB), mientras que el gasto total de salud (pública y privada) es aproximadamente del 8,5 %.

río analizado, siempre superior al de salud pública.

Rentas Generales pasó de ser en el año 2001 la fuente principal de financiamiento con el 95 %, al 79 % en 2012, debido a la inclusión de otros recursos como «Recursos con afectación especial» o «Fondos de Terceros, declarados por ley».

EL FONASA DETERMINÓ QUE EL PRESUPUESTO DE ASSE PASE A SER FINANCIADO EN UN 20% DEL TOTAL

La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, determinó que el presupuesto de ASSE pase a ser financiado en un 20 % del total, por «recursos con afectación especial», fuente que se prevé crezca sostenidamente con el tiempo, según lo determina la profundización de la reforma.

El autor del libro, Ariel Rodríguez Machado, trabajó en la Gerencia Administrativa de ASSE y actualmente ocupa un cargo de confianza en el Ministerio de Salud Pública.

Levemir®
Insulina detemir



Novo Rapid®
Insulina Aspártica

Ambas indicadas para el uso en la mujer embarazada

La combinación de Levemir® + Novo Rapid® durante el embarazo provee de estrictos controles de la glucemia y muy bajo riesgo de hipoglucemias en mujeres con DM1.

Levemir®

Insulina Basal análoga de larga duración con el 1er. estudio clínico randomizado y controlado en embarazo.



Novo Rapid®

Eficacia comprobada y seguridad durante el embarazo - respaldado por una década de experiencia clínica.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASSE

Explicaron ante el parlamento el proceso de fortalecimiento del mayor prestador de salud

La Administración de los Servicios de Salud del Estado ha reorganizado su estructura institucional, incluyendo la agrupación de Unidades Asistenciales con criterio territorial y la planificación de la reestructura de las gerencias de apoyo. En este sentido, queremos decir que un mecanismo que sin duda va a generar un cambio cualitativo en los controles será la permanente realización de auditorías delegadas del Tribunal de Cuentas Regionales.

ASSE cuenta con 1:267.000 usuarios, 833 unidades asistenciales y 44 hospitales de diferente complejidad que trabajan en una red integrada de servicios de salud con base regional.

Resulta esencial lograr la mejora de la gestión en el marco del proceso de descentralización. Para ello, se definieron procedimientos de ejecución de las obras y la instrumentación de un sistema de planificación y control de la ejecución de los créditos, mediante la presentación de Programaciones Anuales de Compras en todo el país.

También se realizó el registro, confección de estadísticas y control de la regularización de los procedimientos de compras en el marco de la normativa vigente.

Se diseñó, aprobó y puso en práctica la Guía de Compras de ASSE, uniformizando todas las etapas relacionadas con los procedimientos de compras descentralizados en todas las unidades ejecutoras.

Se planificó la instalación y puesta en funcionamiento de un sistema de registro, mantenimiento y control de los bienes muebles de ASSE, vehículos y equipamiento, en todas las unidades ejecutoras.

Se desarrolló un Programa de Mejora de la Gestión enfocada hacia la «gestión de calidad» de los servicios de ASSE, en función de lo cual se obtuvieron nueve premios en el Modelo Compromiso con la Gestión Pública-Edición 2013, del Instituto Nacional de la Calidad, Inacal.

ASSE realizará una licitación para la adquisición de un sistema informático centralizado de contabilidad integral, patrimonial y de costos, que brinde la información necesaria para la gestión a nivel de la Unidad Ejecutora y Región, en el marco de un convenio suscrito con la Facultad de Ciencias Económicas.

Destacar la implantación del Sistema de Gestión de Consultas, de la Gestión de Demanda Quirúrgica y del Sistema Webfar-

ma, y el establecimiento del Programa Médico de Referencia. Señalamos, asimismo, el proyecto de Salud Uy y de teleimagenología. En la flota de vehículos se instaló y se puso en funcionamiento un sistema de monitoreo centralizado de carga y consumos, que es el Sisconve, y un sistema de control y ubicación de la flota con GPS.

En cuanto a los recursos humanos, se creó la Gerencia de Recursos Humanos; se implementó un plan de capacitación que se gestiona con la Organización Panamericana de la Salud. Además, hay que tener en cuenta la actualización en gestión de calidad, que ya mencionó la Presidenta del Directorio.

Desde el MSP como autoridad sanitaria, hemos advertido que el crecimiento y el avance que significó la reforma han generado nuevos desafíos que requieren la formación en nuevas capacidades. Por este motivo hemos trabajado en forma permanente con la Universidad de la República, no solo en la formación de disciplinas típicas sino agregando la gestión de múltiples títulos, entre los que se destacan cursos, maestrías y otros posgrados. Uno de los más importantes es el de Gestión de Servicios de Salud. En términos generales, el objetivo de dicho posgrado hacia el interior de las instituciones de salud es el logro de una gestión más eficiente, eficaz y profesional. A su vez, hacia la sociedad en su conjunto los objetivos refieren a lograr mayor pertinencia, calidad y equidad en los servicios de salud.

El Ministerio generó, con la Universidad de la República y la Organización Panamericana de la Salud, una Escuela de Gobierno en Salud Pública –vamos en la segunda edición– que ya ha brindado importantes cursos a un gran número de funcionarios de nuestra Cartera y de ASSE.

En este marco, con la Universidad de la República se ha trabajado también –y esto lo hemos presentado varias veces en la Comisión de Salud– en la conformación de Unidades Docentes Asistenciales, tanto del área médica como no médica.

Obviamente, todas estas tareas demuestran que ASSE y el Ministerio están trabajando en pos de los compromisos asumidos en la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Hoy en día se sigue universalizando la cobertura: hay 2:350.000 uruguayos afiliados al Fonasa. Sin duda, este creci-



miento apareja un sinfín de dificultades de gestión y de administración. Sin perjuicio de ello, hemos demostrado que ASSE ha trabajado a conciencia para superar lo que podríamos denominar –por decirlo de alguna manera– «dolores de crecimiento».

Los delitos no suelen surgir de las investigaciones administrativas; pocas veces quedan probados en este tipo de investigación. Sin lugar a dudas, es la Policía y el Poder Judicial quienes tienen las herramientas para investigar delitos y hallar a los responsables. Ellos poseen herramientas que la Administración no tiene, como es la posibilidad de las escuchas telefónicas. Este caso puntual –y quiero dejar esto bien en claro– no fue la excepción: las principales múltiples pruebas que refiere el Juez en el auto de procesamiento a quien quedó privado de libertad surgieron a través de escuchas telefónicas.

Ya lo dijimos y volvemos a decirlo: desde la Administración se colaboró con la Policía y la Justicia desde el inicio mismo de la investigación. Más de 5.000 fojas fueron enviadas a los investigadores. Esto muestra lo complejo de la situación investigada y la vocación de transparencia de la Institución.

Mucho se ha insistido en decir que ASSE no tiene orden administrativo, y eso no es así. No compartimos –para nada– esas afirmaciones. ASSE es una institución que avanza, que mejora y que tiene un rumbo y un rol que cumplir en la reforma de la salud. Sin lugar a dudas, se trata de una institución grande y compleja, con más de 27.000 funcionarios, que tiene errores, pero está trabajando en ellos. Y las personas que incurrieron en delitos son la excepción, no la regla.

El Ministerio es consciente de la necesidad de incrementar los controles, no solamente sobre ASSE sino sobre todos los pres-

tadores del sistema. Ello deberá ser tenido en cuenta en el próximo presupuesto quinquenal, porque el ejercicio de policía sanitaria, control y fiscalización implica la necesidad de más funcionarios, especialmente capacitados, comprometidos y con dedicación exclusiva.

Asimismo, estamos absolutamente convencidos –y es un mandato de la propia ley– de que el camino es fortalecer la participación, los controles y la profesionalización de la gestión. En ese sentido hemos trabajado y queremos seguir haciéndolo. Si hay más personas que participen, con mejor preparación, habrá un mayor control y un más adecuado funcionamiento del sistema.

Queremos reafirmar la voluntad de todo el Gobierno de seguir mejorando las instituciones públicas, que tanto hacen por la población de nuestro país y, en muchos casos, por los más desposeídos. En ese sentido, reiteramos nuestro agradecimiento por la convocatoria al Parlamento. Estamos convencidos de que este episodio nos servirá para mejorar los controles, las instituciones y –nuestro principal objetivo– la atención y la salud de nuestra población. En ese marco, responderemos afirmativamente –como corresponde– a todas las convocatorias que nos haga el Parlamento. Lo mismo decimos en lo que respecta a estudiar –con el mayor detalle– todas las observaciones que realice el Tribunal de Cuentas, y también a comparecer y brindar la mayor información que tengamos –y podamos– a la Justicia.

Finalmente, instamos a toda la ciudadanía a que presente las denuncias que deba realizar, porque cuanto más controles haya, mejores serán los servicios que podremos brindar. Sin duda, la salud precisa más participación: con más participación hay más controles, y, con más con-

troles, menos irregularidades y mayor transparencia.

En segundo término, queremos reafirmar nuestra voluntad de encontrar un camino de enmienda y rectificación. Compartimos las ideas expresadas por el Vicepresidente de la República, Cr. Danilo Astori cuando reflexionó ante los hechos que motivaron la convocatoria al parlamento y dijo «contribuir a actualizar la información, hacerla más rigurosa y asumir conciencia sobre lo que ha significado esta muy triste experiencia que estamos viviendo». Sobre este episodio «es necesario hacer autocritica», al tiempo que enfatizó la necesidad de saber tomar las medidas que sean necesarias, no solo para que esto se termine sino para algo aún más importante: que no vuelva a repetirse. No haremos referencia a periodos anteriores porque a nuestro entender no debemos, ni los unos ni los otros, «partidizar» el tema, sino trabajar para que estos hechos no vuelvan a suceder.

Para finalizar podemos citar los índices de transparencia de la organización Transparencia Internacional, cuyos delegados en Uruguay son personas de reconocida trayectoria. Sus nueve miembros fundadores fueron: la doctora Jacinta Balbela, el doctor Alberto Zumarán, el doctor Héctor Lescano, Víctor Vaillant, Jorge Arteagabeitia, Monseñor Luis del Castillo, Pastor Emilio Castro, José D'Elia y Gustavo Vilaró. Se trata, sin lugar a dudas, de los nombres de personas sumamente acreditadas. La organización, presente en más de 100 países, construye índices fidedignos en base a percepción y encuestas validadas de corrupción, no frente a acusaciones o a sentencias, porque sabemos cuán difícil es que la corrupción se denuncie. Lo cierto es que en este índice Uruguay ha avanzado y mejorado, logrando pasar del lugar 40 al lugar 20 en los últimos 15 años. Ni que hablar que hay que seguir mejorando y fortaleciendo la salud, pero en modo alguno permitiremos que se tomen estos hechos para opacar el trabajo de miles de personas honradas que hay en la Salud y, en particular, en ASSE.

Convocamos, pues, a respetar el trabajo de los miles de funcionarios honestos, gente de principios que día a día trabaja por la salud de todas las uruguayas y todos los uruguayos y, en particular, por la población más vulnerable.

LANZAMIENTO DEL PROGRAMA «CLUB DE COCINA Y NUTRICIÓN»

«10% de la población de Uruguay es diabética»

«El 10% de los uruguayos son diabéticos, porcentaje que coincide a nivel mundial», aseguró la ministra de Salud Pública, Dra. Susana Muñiz, quien participó junto con la Directora General de Salud, Dra. Marlene Sica, del lanzamiento del ciclo 2014 del programa «Club de cocina y nutrición», que realizan conjuntamente la Asociación de Diabéticos y la Asociación Celiaca del Uruguay.

ALIANZA ESTRATÉGICA ENTRE EL MINISTERIO Y LA ADU

La Asociación de Diabéticos del Uruguay (ADU) realiza desde 2006 talleres de cocina y nutrición, con el objetivo de enseñar a cocinar de una manera rica y saludable a pacientes que padecen esta enfermedad. A partir de este año, la Asociación Celiaca del Uruguay (ACELU) se unió a esta iniciativa.

La ministra Muñiz destacó en forma positiva y productiva la alianza estratégica de ambas instituciones, que permite llevar a cabo esta iniciativa. La diabetes y la celiaquía son patologías que se tratan con una dieta específica, lo que implica la necesidad de ingerir determinados alimentos y que, además,

sean ricos. Esta combinación permite una mayor adherencia al tratamiento, aseguró.

CAPACITACIÓN A FUNCIONARIOS DE CANTINAS DE ESCUELAS Y LICEOS

En tal sentido se continuará capacitando a los funcionarios que se encargan de las cantinas en las escuelas y en los liceos. Desde marzo de este año, por Ley, los establecimientos educativos públicos y privados deben incluir para la venta productos aptos para diabéticos y celíacos.

Muñiz indicó que en Uruguay, como en el mundo en general, 10% de la población es diabética. Recordó que existen dos tipos de diabetes, la que se inicia en niños y adolescentes y genera dependencia de la insulina; y la que se manifiesta en los adultos y está relacionada a determinados factores de riesgo.

En cuanto a los celíacos, la ministra sostuvo que es más difícil de estimar la cantidad de personas que sufren esta enfermedad, debido a que el diagnóstico también es más difícil de conocer. Puntualizó que es muy bajo el porcentaje de personas diagnosticadas en Uruguay; se



considera que existe un número mayor de celíacos ocultos.

LA DIABETES

Clarissa Solari, educadora de ADU, explicó que el programa «Club de cocina y nutrición» se desarrolla desde el 2006. A partir de este año, ACELU se une a esta iniciativa con el objetivo de optimizar los recursos y lograr una mayor difusión del trabajo que realizan ambas instituciones.

La diabetes es una enfermedad crónica, que se produce por

exceso de glucosa en la sangre. La diabetes I se manifiesta en niños y adolescentes y es autoinmune porque el cuerpo mata las células que segregan insulina y las mismas dejan de funcionar. La diabetes II, es una enfermedad hereditaria, el páncreas libera menos insulina de la que debería y no actúa correctamente.

Explicó, además, que a través del programa ADU Educa, la institución trabaja con el Consejo Directivo Central de la Administración Pública (CODI-

CEN), recibiendo a escolares que participan en diferentes talleres, donde se les brinda información de la enfermedad para que compartan con sus familias. «El objetivo principal de nuestra institución es educar en prevención».

LA CELIAQUÍA

La vicepresidenta de ACELU, Ana Bayce, dijo que si bien en Uruguay hay un registro de los celíacos, no todos están anotados, porque la asociación es la única institución y concentra a la población de Montevideo.

Bayce señaló que una de cada 100 personas serían celíacos. Estimó que serían 34 mil los uruguayos que tendrían esta enfermedad, aunque los registrados son entre 10 y 12 mil personas.

La celiaquía es una intolerancia permanente al gluten que se manifiesta con una atrofia vellositaria del intestino que produce una mala absorción de nutrientes, que afecta a todo el organismo. «Una dieta correcta es fundamental para el tratamiento de esta enfermedad», afirmó Bayce.

En los sitios web www.adu.org.uy y www.acelu.org se puede leer más información sobre estas enfermedades.

ESENCIALIDAD

Recolección y traslado de residuos hospitalarios es normal en instituciones de salud

(11.08.2014). Tras la declaración de esencialidad de los servicios de recolección, traslado y procesamiento de residuos sólidos hospitalarios el domingo 10, la Ministra de Salud Pública, Dra. Susana Muñiz, destacó que desde el lunes 11 se está realizando la fiscalización en los prestadores para establecer la situación de cada uno. En tal sentido, afirmó que la recolección es prácticamente normal en todas las instituciones de salud.

El decreto que se concretó el 10 de agosto, a consecuencia de los reiterados paros realizados por los trabajadores del sector, que imposibilitaron el correcto tratamiento de los residuos tendrá una vigencia máxima de 30 días.

En tal sentido, la Ministra señaló que el lunes 11 se realizaron varias recolecciones y los fiscalizadores están asistiendo a los lugares de los distintos prestadores para saber si la situación se normalizó. Explicó que

aún resta saber en que situación se encuentra la planta de disposición final. De todas formas, en las instituciones la situación es casi normal en este momento, aclaró Muñiz. También informó que las instituciones que presentaban mayores problemas eran el Hospital Maciel y el Sanatorio Americano.

Recordó que el sindicato acató este decreto de esencialidad, pero solicitó un aumento de salarial, negociación que se lleva adelante con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Muñiz dijo que seguramente en las próximas horas, las partes lleguen a un acuerdo.

La ministra puntualizó que más allá de las negociaciones es obligación del Estado proteger la salud de la población.

Sobre la exposición sanitaria de los trabajadores que trasladan este tipo de residuos, Muñiz dijo que se realizan fiscalizaciones al respecto y se exigirá, en los casos que sean necesarios, cumplir con las medidas

de seguridad para proteger la salud de los trabajadores, tanto de los funcionarios de las instituciones prestadoras como de quienes trasladan los residuos sanitarios peligrosos.

SINDICATO DE ENFERMERÍA

En relación a las denuncias del sindicato de enfermería por falta de personal, Muñiz dijo que estas denuncias se reciben en forma semanal. En tal sentido se realizaron fiscalizaciones, así como recomendaciones y sugerencias al prestador de salud. Explicó que algunas de las quejas responden a problemas estructurales debido a la carencia de enfermería a nivel de todo el país, tanto en el ámbito público como privado.

CONTROLES DEL ÉBOLA-URUGUAY NO SE ENCUENTRA EN RIESGO PERO SE DEBE ESTAR ALERTA

Respecto a la situación del vi-



rus ébola, Muñiz dijo que el lunes 11 se realizó una teleconferencia con la Organización Mundial de la Salud donde participaron autoridades del Ministerio de Defensa Nacional y la Dirección General de la Salud.

La secretaria de Estado dijo que se monitorea constantemente la situación de los compatriotas en África. También informó que se establecerán una

serie de recomendaciones y trabajos a nivel mundial que irán variando de acuerdo a cómo se siga propagando este brote.

Recordó que Uruguay no se encuentra en un riesgo inminente para la llegada de la enfermedad, pero que de todas formas en las próximas horas se emitirán alertas y cuidados a tomar en cuenta por parte de la población.