



**Prof. Elbio D. Alvarez:**  
Un compromiso que  
no admite pausas: la  
seguridad del paciente.  
Pág. 3



**Dr. Antonio Turnes:**  
Luis Yarzabal Terra  
(1938 - 2026).  
Pág. 2



AÑO XXIX . N° 301 . FLORIDA . ABRIL 2026

# EL DIARIO MEDICO

*Salud hoy*

## Reabrió sus puertas el Servicio Nacional de Sangre



Info en páginas 24 y 25

**ANM presenta resultados del  
Premio Nacional de Medicina 2025**

**Presidente de ASSE recorrió las  
obras del Pereira Rossell**



Info en página 11



Info en página 22

### RESUMEN

**Espacio del Colegio  
Médico del Uruguay.**  
Págs. 4 a 10

**Dr. Antonio Turnes:**  
Juan Amílcar Lorenzelli  
Tonna (1945 - 2026)  
Págs. 13 a 17

**Dr. Pablo Anzalone:**  
Formación/es juveniles  
de salud y autonomía  
Págs. 17 y 18

**Dr. Néstor Campos Pierri:**  
El tránsito problema de  
todos; solución entre todos,  
todos ayudamos.  
Págs. 19 y 20

**Marciano Durán:**  
No somos raros...  
somos uruguayos.  
Pág. 21

**Informaciones  
destacadas Nacionales**  
Págs. 22 a 28

**Espacio de la Federación  
Médica del Interior**  
Págs. 29 y 30

**Espacio del Sindicato  
Médico del Uruguay**  
Págs. 31 a 33

SUSCRIPCIÓN GRATUITA  
POR INTERNET

[www.eldiariomedico.com.uy](http://www.eldiariomedico.com.uy)





# Luis Yarzabal Terra (1938 – 2026)

Falleció en Montevideo el 24 de marzo de 2026 el querido colega y amigo Dr. Luis Alberto Yarzabal Terra. Nacido en Melo (Cerro Largo) el 1° de febrero de 1938 su padre fue el Maestro Héctor Yarzabal, que trabajó muchos años como maestro rural en Cerro Largo, conformando el famoso grupo de La Mina, junto a Miguel Soler, que tanto bregaron por jerarquizar las escuelas rurales de nuestro Uruguay profundo.



AC. DR. ANTONIO TURNES

Luis Yarzabal hizo sus estudios primarios y secundarios entre Melo y Canelones; luego obtuvo su diploma de Doctor en Medicina en el año 1964, y más tarde, su Título de Especialista en Inmunología Parasitaria en Francia.

Se formó en la Facultad de Medicina como investigador científico en las áreas de Micología y Parasitología. Realizó sus estudios de postgrado en la Universidad de Lille, Francia, especializándose en Inmunología parasitaria, disciplina que contribuyó a configurar como tal junto con los profesores Jean Biguet y André Capron.

Participó activamente en la Asociación de Estudiantes de Medicina (AEM) y el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), desempeñando los cargos de Prosecretario de la Junta Directiva del Centro de Asistencia del SMU (1964/65) y vocal del Comité Ejecutivo del SMU (1966/67).

En 1966 comenzó su carrera académica como instructor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Montevideo, alcanzando en esa Cátedra el grado de profesor asistente. Trabajó inicialmente con el Prof. Pablo Purriel, y luego con el Prof. Jorge Bouton.

Paralelamente se desempeñó como investigador en el Instituto de Higiene de Montevideo y como neumotisiólogo en el Ministerio de Salud Pública (Hospital Saint Bois). Actuó como profesor visitante en el Instituto Bacteriológico de Chile (1972/73) y la Universidad de Panamá (1973/74). Desde 1974 hasta 1977, se desempeñó como investigador asociado en el Instituto Pasteur de Lille, Francia. En 1978 obtuvo por concurso el cargo de profesor agregado de la Universidad Central de Venezuela. Desde esa posición fundó en 1982 el Centro Amazónico para Investigación y Control de Enfermedades Tropicales (CAICET) del Estado Amazonas, Venezuela, dirigiéndolo hasta 1988. Durante ese período formó parte de la Comisión de Ciencias Médicas del CONICIT (Venezuela) y fue profesor invitado de la Universidad de Belém do Pará, Brasil, y del Instituto de Medicina Tropical «Pedro Kourí» de La Habana, Cuba. Desde 1989 hasta 1993 fue Director del Instituto de Higiene de Montevideo, profesor grado V de la Universidad de la República del Uruguay y Presidente de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de esa misma casa de estudios. Fue un cercano y permanente colaborador del Rector de la Universidad de la República Ing. Quím. Jorge Brovetto.

Ha publicado más de 100 artículos y monografías sobre inmunobiología de micosis y enfermedades parasitarias, así como varios libros.

El Sindicato Médico del Uruguay le confirió en 2011 la Distinción Sindical al mérito científico y en el ejercicio profesional.

Desde la dirección del IESALC UNESCO organizó y coordinó la Conferencia Regional de Educación Superior realizada en La Habana, Cuba, en 1996, y formó parte del equipo organizador de la Conferencia Mundial sobre el mismo tema



realizada en la sede de la Unesco en París, en 1998.

Entre 2005 y 2010, ejerció los cargos de director Nacional de Educación Pública y presidente del CODICEN.

Desde 2011 hasta 2017 integró y presidió la Junta de Transparencia y Ética Pública (JUTEP) de Uruguay. En 2014-2016 presidió el Comité Científico Asesor de la Junta Nacional de Drogas, Uruguay. Como asesor temporal de la OPS OMS ha formado parte de los Equipos Internacionales de Verificación de la eliminación de la oncocercosis en Ecuador (2014), México (2015) y Guatemala (2016), así como del Grupo Revisor del Dossier preparado por México (2016) para validación de la eliminación del tracoma en ese país. Desde 2017 es docente adscripto honorario del Departamento de Parasitología y Micología de la Facultad de Medicina Udelar.

Ha publicado 12 libros y más de 120 artículos científicos sobre biología parasitaria, inmuno-parasitología, microbiología y educación superior. En esas publicaciones comunicó contribuciones al estudio de las micosis pulmonares, investigaciones sobre diagnóstico inmunológico de la hidatidosis, avances en el conocimiento de diversos antígenos parasitarios e investigaciones multidisciplinarias sobre la oncocercosis en América.

En 2017 le fue conferido el título de doctor honoris causa por la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

En 2020 coordinó y animó la publicación Desarraigos y resiliencias Trayecto-

rias de cinco científicos uruguayos en el exilio, reuniendo las experiencias de cinco parasitólogos (Carlos Botto Eduardo Dei-Cas Jorge Guisantes Josep M. Torres y el propio Luis A. Yarzabal) en Bélgica, España, Francia, y Venezuela.

Debe recordarse su largo contacto y ayuda médica a la comunidad indígena yanomami, en la selva del Orinoco. Los yanomami son un pueblo indígena seminómada de aproximadamente 38,000 personas que habita la selva amazónica entre Brasil y Venezuela. Desde hace décadas enfrentan una crisis severa por la invasión de los buscadores de oro ilegales ("garimpeiros"), que provoca desnutrición, enfermedades como la malaria y contaminación por mercurio.

Fui su alumno en parasitología, cuando la cátedra era dirigida por el Prof. Juan Enrique Mackinnon; entonces allí Yarzabal iniciaba su larga y brillante carrera docente.

Luis compartió su larga experiencia antropológica, científica y humana con generosidad. Fue un antiguo amigo de EL DIARIO MÉDICO, a quien concedió entrevista cuando iniciaba su tarea al frente de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), hace más de veinte años, compartiendo experiencias transmitidas por su padre sobre las Misiones Socio pedagógicas con el Director Prof. Elbio Álvarez que también participó varios años de esas actividades, en diversas zonas rurales marginales de Florida

Dejó un hondo y agradecido recuerdo a todos los que le conocimos.



LORENA  
TABORDA  
CONTADORA

IVA - IRF - IASS - FONASA

Certificados de Ingresos

Liquidación de Sueldos

cra.lorenataborda@gmail.com

098 939 239



# Un compromiso que no admite pausas: la seguridad del paciente



**PROF. ELBIO  
D. ÁLVAREZ**

Hoy 14 de abril Uruguay conmemora un nuevo Día Nacional de la Seguridad del paciente. La fecha no es casual ni decorativa; nace del dolor y la exigencia de justicia tras la tragedia del Hospital Saint Bois en 2012, donde un incendio provocado por fallas estructurales y organizativas costó la vida a varias personas internadas.

Aquel horror nos dejó una triste lección: en salud los márgenes de error se pagan con vidas. A más de una década de aquel episodio

el sistema de salud uruguayo ha recorrido un camino importante, aunque aún desigual.

Se han implementado sistemas de notificación de eventos adversos, protocolos de cirugía segura, identificación inequívoca de pacientes y campañas para prevenir caídas o úlceras por presión. El Ministerio de Salud Pública y la Comisión Técnica de Seguridad del Paciente han promovido auditorías y actividades de capacitación.

Y lo más importante: existe hoy una conciencia extendida entre los equipos de salud en el sentido que el error no es solo una falla individual, sino que casi siempre, es una falla del sistema.

No obstante el camino que se viene recorriendo los números nacionales y regionales siguen siendo inquietantes: entre el 8% y el 12% de los pacientes hospitalizados sufre algún evento adverso prevenible tales como infecciones asociadas a la atención, errores de medicación, caídas, úlceras por presión, retrasos en diagnósticos o comunicaciones deficientes entre turnos siguen siendo moneda corriente en muchos servicios, tanto públicos como privados.

Por eso quizás lo más importante que podamos señalar

desde este modesto espacio, es la brecha entre el discurso y la práctica cotidiana. Sobrecarga laboral, rotación de profesionales, falta de tiempo para el reporte no punitivo de incidentes y, en algunos casos, una cultura jerárquica que desalienta el cuestionamiento, y todo ello conspira contra la seguridad. Es que el profesional de la salud trabaja muchas veces al límite del agotamiento; y el agotamiento es el mejor aliado del error.

En otro sentido creemos que la seguridad del paciente no se construye castigando al médico o a la enfermera que comete un error, sino entendiendo por qué ocurrió y rediseñando procesos y, a la vez, madurando en el acompañamiento a los profesionales como "segundas víctimas" del incidente y en la transparencia activa con los pacientes y su familia cuando algo sale mal.

Omitimos hacer propuestas para encarar este delicado tema porque ello escapa al objetivo de esta editorial.

Digamos sí que el Día Nacional de la Seguridad del Paciente no debe ser una jornada de auto felicitación ni de rituales vacíos. Es una oportunidad para recordar que cada vez que un paciente ingresa a un centro de salud, entrega su vulnerabilidad a cambio de un pacto de cuidado. Violar ese pacto, aunque sea por omisión o por inercia, es una herida ética que el sistema no puede permitirse.

La Seguridad no es un costo. Es una inversión en humanidad. Y en cada acto médico, en cada medicamento, en cada traslado, hay una vida que confía.

No defraudemos esa confianza. 14 de abril de 2026.

*Prof. Elbio Diego Álvarez Aguilar (DIRECTOR)*

**NOTA. Por considerarlo un deber ético agradezco la colaboración de fuentes especializadas en la estructuración de esta editorial.**

#### DIRECTOR RESPONSABLE Y COORDINADOR GRAL.:

Prof. Elbio D. Álvarez - Adj. Lic. Sebastián Álvarez Melgar

#### COORDINADOR MÉDICO Y DIRECCIÓN TÉCNICA:

Dr. Juan José Arén Frontera

#### ADMINISTRACIÓN Y EDICIÓN

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

#### DOMICILIO

Dr. González 978 - C.P. 94000 - Florida

18 de Julio 1485 Piso 2 - Montevideo - Uruguay.

Teléfono: 4432 5867 - Acel 099 351 366

E-MAIL: eldiariomedico@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

Ac. Dr. Antonio Turnes; Dr. Miguel Fernández Galeano;

Ac. Dr. Néstor Campos; Dr. Pablo Vázquez;

Dra. Silvia Melgar; Dr. Gustavo Grecco;

Dr. Homero Bagnulo; Dr. Ramón Soto;

Lic. Pablo Anzalone; Dr. Uruguay Russi;

Dr. Jorge Venegas.

#### DISEÑO GRÁFICO Y DIAGRAMACIÓN

Marcelo Cortazzo Seoane - 099 120 067 - tercerojopubli@gmail.com

#### FOTOGRAFÍA Y LOGÍSTICA

Diego Álvarez Melgar - 095 505 811

#### DISEÑO WEB Y ADJUNTO A DIRECCIÓN

Lic. Sebastián Álvarez Melgar - PUMES S.R.L.

#### PRODUCCIÓN:

Acel: 099 351 366 | e-mail: elbiodiego@gmail.com

<http://www.eldiariomedico.com.uy>

Los artículos firmados son de exclusiva responsabilidad de sus autores. Se autoriza la reproducción total o parcial de lo publicado en esta edición mencionando la fuente



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



Publicación científica  
nacional nacida  
en Florida, de interés  
departamental  
(Res. 19486/2002)





# Con foco en Cuidados Paliativos, el CMU inició el Ciclo III de Desarrollo Profesional Médico Continuo y mantiene abiertas las inscripciones

El Colegio Médico del Uruguay (CMU) dio comienzo formal al Ciclo III de su programa de Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC), centrando sus primeras semanas de formación en el módulo de Dolor y Cuidados Paliativos (adultos). Este ciclo, que se extenderá hasta junio, forma parte de una propuesta académica enfocada en las "Habilidades Transversales", herramientas consideradas determinantes para la relación médico-paciente y la gestión del riesgo clínico.

## FORMACIÓN CLAVE ANTE LA REGLAMENTACIÓN DE LA LEY DE CUIDADOS PALIATIVOS

La realización de este módulo resulta particularmente oportuna debido a la reciente reglamentación de la Ley N° 20.179 (Cuidados Paliativos). Mediante el Decreto N° 201/025, el Poder Ejecutivo estableció las garantías para el ejercicio de este derecho, transformando la asistencia paliativa en una prestación obligatoria para todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

En este contexto, la institución decidió reabrir las inscripciones teniendo en cuenta que la formación que ofrece el CMU permite a los profesionales actualizarse en una asistencia que ahora debe ser universal, integral, continua y brindada por equipos capacitados, asegurando

que el paciente sea abordado en un plazo menor a 48 horas si así lo requiere.

## INSCRIPCIONES ABIERTAS Y MODALIDAD DE CURSADA

Para las y los médicos interesados que aún no se han sumado, las inscripciones permanecen abiertas a través de la web oficial. Es importante destacar los siguientes puntos:

\* Costo: La capacitación no tiene costo para las y los médicos colegiados.

\* Modalidad: Se utiliza un formato híbrido, que combina una actividad inicial sincrónica (presencial o vía Zoom de 3 a 4 horas) con actividades asincrónicas en el campus virtual, estimadas en 3 horas semanales de resolución de casos y participación en foros.

\* Certificación: Se otorga con el cumplimiento del 80% de asistencia y participación.

## ¿CÓMO PARTICIPAR?

Los interesados deben ingresar a la plataforma [educa.colegiomedico.org.uy](http://educa.colegiomedico.org.uy) y seleccionar el módulo de su interés.

Ante cualquier duda, el CMU dispone de los correos [curso\\_dpmmc@colegiomedico.org.uy](mailto:curso_dpmmc@colegiomedico.org.uy) y [secretaria@colegiomedico.org.uy](mailto:secretaria@colegiomedico.org.uy), además de una línea de atención vía WhatsApp al 095 912 167.

## ¡YA COMENZAMOS!

El CMU dio inicio al Ciclo 3 del programa de Desarrollo Profesional Médico Continuo.



Este ciclo aborda habilidades clave para la práctica médica, fundamentales en la relación médico-paciente y la gestión del riesgo clínico.

## FORMACIÓN CLAVE HOY

El ciclo incluye el módulo de **Dolor y Cuidados Paliativos**, en un contexto especialmente relevante:

- ✓ Nueva reglamentación de la Ley de Cuidados Paliativos.
- ✓ Prestación obligatoria en todo el sistema de salud.
- ✓ Atención integral, continua y oportuna.



Una oportunidad para actualizarse en una práctica que hoy es esencial.

**COMENZÓ EL CICLO 3 DEL CURSO DPMC EDICIÓN 2026**

**Habilidades Transversales**  
Con foco en **Cuidados Paliativos**

Extensión de inscripciones Continuar leyendo >>



# Nueva edición de los "Cuadernos de Bioética" del CMU: toma de decisiones compartidas en la práctica clínica

En un esfuerzo por dotar al cuerpo médico nacional de herramientas conceptuales y prácticas para los dilemas éticos cotidianos, la Comisión Asesora de Bioética del Colegio Médico del Uruguay (CMU) anuncia la próxima publicación de su nueva obra: **Cuaderno de Bioética: Toma de Decisiones en Salud**. Esta publicación colectiva reúne a destacados profesionales de la medicina, el derecho y la bioética para abordar el núcleo mismo del encuentro clínico: **quién decide, cómo se decide y bajo qué marco ético**.



## EL PACIENTE EN EL CENTRO: LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS (TDC)

El eje transversal de este cuaderno es la Toma de Decisiones Compartidas (TDC), un proceso dialógico donde el equipo asistencial y el paciente trabajan en conjunto para adoptar decisiones diagnósticas y terapéuticas. Este mode-

lo, que se erige como la expresión más acabada de la Medicina Centrada en la Persona, busca superar el histórico paternalismo médico, reconociendo que los pacientes que participan activamente en su salud no solo expresan mayor satisfacción, sino que obtienen mejores resultados clínicos y una adherencia más sólida a los tratamientos.

La TDC es un imperativo ético-político que redefine la práctica médica, transformando la asimetría de la relación clínica en un espacio de deliberación basado en la mejor evidencia científica y el respeto a los valores de cada individuo.

Un recorrido por todos los escenarios clínicos

La relevancia de esta nueva edición radica en su capacidad para aterrizar la bioética en escenarios diversos y complejos:

- **Infancia y Adolescencia:** El cuaderno aborda la doctrina del "menor maduro" y el principio de autonomía progresiva, instando a reconocer a los niños y adolescentes como sujetos de derecho cuya opinión debe ser integrada según su nivel de desarrollo.

- **Salud Mental:** Se analiza la competencia desde la Ley de Salud Mental (No. 19.529), proponiendo que el rol del médico es apoyar la toma de decisiones en lugar de sustituirlas, respetando la dignidad de quienes padecen trastornos mentales.

- **Cuidados Críticos y UCI:** Los Dres. Lombardi y Giordano plantean el dilema ético frente al avance tecnológico, recuperando la máxima: "todo lo que se puede y se debe hacer, se hace", subrayando la importancia de adecuar el esfuerzo terapéutico según los valores y proyectos de vida del paciente grave.

- **Cuidados Paliativos:** Se profundiza en la planificación avanzada de cuidados y el respeto por la dignidad en el final de la vida, instando a que estas conversaciones ocurran de manera temprana y no solo en momentos de crisis.

- **Discapacidad:** Bajo el modelo social de la discapacidad, se interpela a los médicos a corregir la "injusticia epistémica", garantizando que los prejuicios sobre la deficiencia no silencien la voz

y las preferencias de las personas con discapacidad.

- **Salud Pública:** La Dra. Delia Sánchez analiza las decisiones colectivas —evidenciadas por la reciente pandemia— y el balance necesario entre la libertad individual, la incertidumbre científica y el bienestar común.

Un marco de pensamiento para el médico uruguayo

El Colegio Médico publica este material convencido de que la formación ética es una práctica cotidiana. En un contexto normativo uruguayo robusto, donde leyes como la 18.335 (Derechos y Obligaciones de Pacientes) ya obligan a la participación del usuario, este cuaderno ofrece algo que las guías técnicas no pueden reemplazar: un marco de pensamiento.

Como concluye la Comisión, compartir una decisión difícil no es una debilidad profesional, sino la expresión más alta de la competencia clínica. La TDC no es un requisito burocrático, es la respuesta a una pregunta fundamental de cada paciente: ¿me van a tratar como una persona o como una enfermedad?

El Cuaderno de Bioética: Toma de Decisiones en Salud estará disponible para todos los médicos del país a través de los canales oficiales del Colegio Médico del Uruguay.



## ¡SE EXTENDIERON LAS INSCRIPCIONES!



### CICLO 3

**Habilidades transversales:** Enfocado en herramientas determinantes para la relación médico-paciente y la gestión del riesgo.  
Abril a junio, 2026

### COSTO:

La capacitación es completamente gratuita para todos los médicos colegiados.

### MODALIDAD:

Híbrida. Cada módulo consta de una actividad inicial sincrónica (presencial o vía Zoom de 3-4 horas) y actividades asincrónicas en el campus virtual (3 horas semanales de resolución de casos y foros).

### CERTIFICACIÓN:

Se requiere un 80% de asistencia y participación para la acreditación del curso completo.

Encontrá toda la información en la web del CMU: [colegiomedico.org.uy](http://colegiomedico.org.uy)





# CMU realizó un conversatorio sobre oportunidades, acceso y barreras que enfrentan las mujeres y disidencias en el campo de la salud

Bajo el título "Equidad de género en la profesión médica", el Colegio Médico del Uruguay (CMU) realizó un conversatorio destinado a reflexionar sobre la distribución de oportunidades, el acceso a espacios de decisión y las barreras que enfrentan las mujeres y disidencias en el campo de la salud. La actividad, moderada por la Dra. María Parada (Regional Este), contó con las ponencias de Cecilia Carpena (MSP), la Dra. Malena Amarillos y la Dra. Mónica Xavier.



## REALIDAD DEL MERCADO LABORAL EN SALUD

Cecilia Carpena presentó datos descriptivos que sitúan a la salud como uno de los sectores más feminizados del país (73%). Sin embargo, los datos revelan brechas significativas:

- Segregación vertical: Mientras que en las especialidades médicas generales las mujeres representan cerca del 67%, en los cargos de dirección médica el porcentaje baja al 47%.
- Brecha salarial y multiempleo: Aunque las mujeres son mayoría, se apropian de una proporción menor de la masa salarial total debido a la segregación horizontal (ocupar áreas de cuidados menos remuneradas). Además, presentan menores niveles de multiempleo que los hombres, concentrando más horas en su

lugar principal, lo que sugiere una adaptación a las cargas de cuidado familiar.

## EL "TECHO DE CRISTAL" Y LOS SESGOS CULTURALES

La Dra. Malena Amarillos abordó los obstáculos invisibles que condicionan el ascenso de las médicas. Destacó que, a pesar de que el 60% de la matrícula de la Facultad de Medicina está feminizada, en 150 años solo ha existido una decana mujer.

- Sesgos cognitivos: Persiste la difi-



cultad social para asociar la "eminencia médica" con el género femenino, un sesgo reforzado incluso por inteligencias artificiales.

- Desafíos de la maternidad: Las médicas retrasan significativamente la maternidad en pos de su carrera, y muchas manifiestan haber renunciado a oportunidades de ascenso para priorizar la crianza. Se mencionó el concepto de que cuando una mujer rompe el techo de cristal, a menudo es porque otra mujer sostiene los cuidados en el hogar.

## AUTONOMÍA, VIOLENCIA E INTERSECCIONALIDAD

La Dra. Mónica Xavier aportó una mirada política y social, enfatizando que la desigualdad de género debe analizarse de forma interseccional (considerando raza, edad y procedencia).

- Penalización de la maternidad: En Uruguay, una mujer que tiene su primer hijo percibe, promedialmente, un 40% menos de remuneración salarial tras una década y tiene menos chances de inser-

tarse en el mercado laboral decente.

- Violencia: Se alertó sobre la alta prevalencia de violencia digital y política, así como la necesidad de que los varones se involucren en el cambio cultural interpellando las nuevas masculinidades.

## HACIA UNA TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL

El evento concluyó con la intervención del presidente del Consejo Nacional del CMU, Dr. Álvaro Niggemeyer, quien anunció el proyecto de generar dentro del Colegio Médico una comisión de acoso, violencia y discriminación. Se subrayó que la equidad no es solo un tema de justicia, sino de calidad asistencial, ya que la discriminación que sufren las colegas suele reflejarse en el trato hacia los pacientes.

Finalmente, se dejó planteada una pregunta para el colectivo: ¿hasta qué punto se está dispuesto a ceder espacios de poder para que la equidad sea una realidad transformadora y no solo declarativa?

**TALLER**  
**MANEJO DE VÍA DE AIRE**  
Para médicos generales

**FECHA**  
Sábado 18 de abril.  
De 8:30 a 12:30 horas.

**MODALIDAD PRESENCIAL**  
Sede del Colegio Médico del Uruguay.  
Ciudad de Bahía Blanca 2452.

**Organiza:** Regional Montevideo.  
 > Inscripciones a través de la web del CMU.  
 > Cupos limitados.



Organiza:  
Regional  
Montevideo  
del CMU



colegiomedico.org.uy





# Alimentación en Uruguay: entre las prácticas y las políticas

En Uruguay, como en muchos países de América Latina, los cambios en los sistemas alimentarios, los estilos de vida y las políticas públicas han generado tensiones entre lo que las personas comen cotidianamente y lo que las políticas sanitarias y sociales promueven como alimentación saludable.



La Regional Montevideo del Colegio Médico del Uruguay organizó una actividad denominada “Alimentación: entre las prácticas y las políticas en Uruguay”, llevada a cabo el 24 de marzo de este año, en la que participaron referentes relevantes en la temática, incluyendo el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Nacional de Alimentación (INDA) y la Universidad de la República. A lo largo del encuentro, se analizaron los desafíos actuales, se presentaron evidencias sobre la situación nutricional de la población en el país y se discutieron posibles estrategias para mejorar la alimentación desde una perspectiva integral.

Este artículo resume los principales contenidos de la actividad, destacando los ejes conceptuales y las líneas de acción planteadas. Uno de los primeros puntos que emergió fue la necesidad de comprender la alimentación más allá de una dimensión exclusivamente biológica o nutricional. Comer no es simplemente ingerir nutrientes: implica prácticas sociales, hábitos culturales, disponibilidad económica y condiciones estructurales. Se destacó que las decisiones alimentarias no son completamente individuales, sino que están fuertemente condicionadas por factores como el ingreso económico de los hogares, la disponibilidad y accesibilidad de alimentos, las estrategias de marketing de la industria alimentaria, las tradiciones culturales y familiares y la organización del tiempo, entre otros. En este sentido, se planteó que la responsabilidad por la

alimentación saludable no puede recaer únicamente en los individuos, sino que debe ser compartida por el Estado, las instituciones y la sociedad en su conjunto.

Otro eje relevante fue el análisis de la transición nutricional que atraviesa Uruguay. Se señaló que el país, como otros de la región, ha experimentado cambios significativos en los patrones alimentarios en las últimas décadas. Entre los principales fenómenos identificados se mencionaron el aumento del consumo de alimentos ultraprocesados, la disminución del consumo de alimentos frescos y preparaciones tradicionales, y el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles como obesidad, diabetes e hipertensión. Se destacó especialmente el impacto en la infancia y la adolescencia, donde se observan tasas crecientes de sobrepeso y obesidad, lo que plantea desafíos importantes para el sistema de salud y las políticas públicas.

Un aspecto central abordado en la actividad fue la desigualdad en el acceso a una alimentación saludable. Se enfatizó que no todas las personas tienen las mismas posibilidades de elegir qué comer y que las poblaciones en situación de vulnerabilidad enfrentan múltiples barreras. Desde esta perspectiva, la alimentación se configura como un problema de justicia social, en el que las políticas públicas tienen un rol clave para reducir inequidades.

Durante la actividad también se revisaron las principales políticas implementadas en Uruguay en materia de alimentación y nutrición. Entre ellas se destacó el etiquetado frontal como una herramienta fundamental para informar a la población sobre el contenido nutricional de los alimentos, que busca facilitar decisiones informadas por parte de los consumidores. Asimismo, se explicó el rol clave del INDA en la implementación de programas dirigidos a poblaciones vulnerables, como transferencias



alimentarias, comedores y apoyo a instituciones sociales. También se discutió la importancia de generar entornos que favorezcan elecciones saludables, por ejemplo mediante la promoción de la alimentación saludable en centros educativos.

Para reducir la tensión entre prácticas y políticas —es decir, la distancia que puede existir entre lo que las políticas promueven y lo que las personas efectivamente hacen en su vida cotidiana— se planteó la necesidad de diseñar políticas más sensibles a las realidades sociales, involucrar a la comunidad en su elaboración y evaluar continuamente su impacto. El trabajo intersectorial e interdisciplinario es fundamental para lograr un abordaje integral de la temáti-

ca. Además, considerar la alimentación como un derecho humano implica que el Estado tiene la obligación de garantizar la disponibilidad de alimentos, la accesibilidad económica y física, así como su calidad y adecuación cultural.

Finalmente, en la actividad se plantearon una serie de desafíos para el futuro. En definitiva, avanzar hacia una alimentación más saludable y equitativa en Uruguay implica no solo mejorar las políticas existentes, sino también transformar los sistemas alimentarios y las condiciones sociales que las sustentan.

Los invitamos a ver la actividad, que quedó grabada en el canal de YouTube del CMU: <https://www.youtube.com/watch?v=hORGOUghHeg&t=591s>




**ACTIVIDAD**

## ¿CÓMO LA MICROBIOTA INFLUYE EN LA SALUD?

**FECHA**  
Viernes 22 de mayo, 17:30 h

**MODALIDAD VIRTUAL**

- Encuentro por la plataforma Zoom.
- Transmisión vía streaming a través del canal oficial de YouTube del CMU.

**TEMARIO**

- Definición.
- Eje intestino cerebro.
- Microbiota y metabolismo.
- Inflamación sistémica de bajo grado.
- Estrategias prácticas para modular la microbiota. Pre y probióticos.

**CONFERENCISTA**  
**Dra. Milena Vignolo**, Endocrinóloga. Diplomada en microbiota y suplementación vitamínica.

**Organiza:** Regional Oeste del CMU.

- Inscripciones escribiendo a [secretariaoeste@colegiomedico.org.uy](mailto:secretariaoeste@colegiomedico.org.uy)
- Actividad **sin costo**.



Organiza:  
Regional  
Oeste  
del CMU

[colegiomedico.org.uy](http://colegiomedico.org.uy)





# Regional Montevideo: Coloquio "Importancia de la vacunación para la salud individual y colectiva"

El Regional Montevideo del Colegio Médico del Uruguay llevó a cabo un coloquio que reunió a expertos para analizar la situación de las inmunizaciones en el país, subrayando su impacto tanto en el bienestar personal como en la salud pública. La actividad contó con la participación de la Dra. Catalina Pérez (Udelar/MSP), el Dr. Steven Tapia (Udelar/MSP), la Dra. Noelia Esperanza (OPS) y el Dr. Wilson Benia (OPS).



## LA VACUNACIÓN COMO DERECHO Y ESTRATEGIA FUNDAMENTAL

La Dra. Catalina Pérez inició el intercambio definiendo a la vacunación no solo como una herramienta técnica, sino como un derecho de las personas que, de no respetarse, vulnera su seguridad. Destacó que es la estrategia de salud pública más costo-efectiva después del agua potable, capaz de erradicar enfermedades y controlar brotes, como el de sarampión. No obstante, advirtió que las vacunas suelen ser "víctimas de su propio éxito": al dejar de verse las enfermedades, la población tiende a subestimar la importancia de mantener las coberturas.

Pérez detalló las innovaciones del esquema uruguayo para 2024-2026, incluyendo la vacunación contra el Virus Respiratorio Sincitial (VRS) en embarazadas para proteger a lactantes y la transición a la vacuna BPH9 con una sola dosis como estrategia poblacional segura.

## INMUNIZACIÓN A LO LARGO

## DE TODO EL CICLO VITAL

Por su parte, el Dr. Steven Tapia centró su exposición en la relevancia de la vacunación en adultos, un grupo que representa más del 70% de la población uruguaya. Resaltó que la inmunización contribuye sustancialmente a aumentar la supervivencia y favorecer un envejecimiento saludable, reduciendo complicaciones y hospitalizaciones por patologías respiratorias y otras condiciones crónicas.

Tapia hizo un llamado de atención sobre la "fatiga vacunal" observada tras la pandemia de COVID-19, ejemplificada en el descenso de la cobertura contra la gripe entre el personal de salud (que cayó al 33% en 2023). Enfatizó que la recomendación médica directa es el factor decisivo para que el paciente acepte la vacuna.

## DESAFÍOS: PERCEPCIÓN, CONFIANZA Y "VACILACIÓN"

La Dra. Noelia Esperanza presentó datos de un estudio de la OPS sobre conocimientos y actitudes en Uruguay realizado en 2024. Aunque el Programa Nacional de Inmunizaciones es ejemplar en la región por su gratuidad y universalidad, el estudio reveló que la confianza en el sistema y en los médicos ha mostrado leves descensos en comparación con 2017.

Esperanza introdujo el concepto de "vacilación vacunal", un fenómeno complejo influenciado por la complacencia (percepción de bajo riesgo), la



conveniencia y la confianza. Señaló que el 41% de los encuestados cree que no se deberían dar tantas vacunas a la vez a los niños, lo que evidencia la necesidad de mejorar la narrativa comunicacional y segmentar la información según el público.

## EL ROL DEL MÉDICO: UN IMPERATIVO ÉTICO

Para cerrar, el Dr. Wilson Benia reafirmó que involucrarse como prescriptores de vacunas es un imperativo ético para todo el equipo de salud, independientemente del nivel de atención. Instó a los colegas a no evitar las "conversaciones difíciles" con los pacientes sobre sus dudas o temores, ya que el espacio de la consulta es el nodo crítico para garantizar la equidad y salvar vidas.

El evento concluyó con la convicción de que, aunque Uruguay tiene fortalezas históricas en su sistema de vacunas, el desafío actual radica en mantener la confianza social e integrar la prevención en la práctica clínica cotidiana de cada médico.





# El Colegio Médico del Uruguay impulsa la formación quirúrgica de vanguardia en el interior del país

Reforzando su compromiso con la descentralización del conocimiento y la mejora de la calidad asistencial en todo el territorio nacional, el Colegio Médico del Uruguay (CMU) a través de la Regional Norte, acompañó recientemente el desarrollo de jornadas de alta especialización en el Hospital de Paysandú, consolidando el rol de las instituciones médicas como motores de actualización profesional fuera de la capital.

## DESCENTRALIZACIÓN Y EXCELENCIA ACADÉMICA

La actividad, centrada en la "Introducción al ultrasonido crítico", no fue solo una instancia técnica, sino parte de una estrategia integral donde la articulación del CMU resulta clave para promover la educación médica continua en los servicios del interior. Este apoyo institucional permite que cirujanos, médicos de emergencia y residentes de la región

accedan a herramientas diagnósticas de punta, como la ecografía Point of Care (POCUS), sin necesidad de trasladarse a Montevideo.

Desde el CMU se subraya la importancia de este tipo de alianzas con la Asociación Médica de Paysandú y los servicios públicos para fortalecer el perfil académico del hospital y generar recursos humanos altamente calificados en escenarios agudos.



## UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA DECISIÓN CLÍNICA

El respaldo del Colegio Médico a estas jornadas permitió la formación intensiva en el manejo de ecografía como una extensión del examen clínico, integrando tecnologías portátiles para mejorar la precisión diagnóstica en situaciones críticas.

Bajo la instrucción de expertos como el Dr. Gonzalo Lacuesta (intensivista) y el Dr. Daniel Chirico (emergentólogo), los participantes entrenaron en:

- Protocolo FAST y evaluación torácica: Herramientas vitales para el manejo del paciente con trauma o compromiso respiratorio.
- Procedimientos guiados: Ejecución de accesos venosos y toracocentesis con

mayor seguridad para el paciente.

- Diagnóstico vascular: Detección de trombosis venosa profunda y patologías arteriales periféricas.

La educación como imperativo de gestión

Para el Colegio Médico del Uruguay, acompañar estas instancias reafirma que los centros de salud del interior son verdaderos espacios de producción de conocimiento.

Esta iniciativa en Paysandú marca un hito en el esfuerzo por reducir los tiempos de decisión clínica y optimizar los resultados para los usuarios de la salud pública uruguaya, mediante un modelo de formación que combina la teoría sólida con el entrenamiento práctico intensivo.





# Conversatorio: perspectiva de género en el ámbito de la salud

El pasado 19 de marzo, el Consejo Regional Sur realizó en la ciudad de Florida un conversatorio sobre perspectiva de género en el ámbito de la salud, desarrollado en modalidad híbrida. La actividad estuvo dirigida a profesionales médicos y usuarios del sistema de salud.



Durante la instancia se abordaron distintos enfoques vinculados al género, tanto desde el ejercicio profesional como desde la experiencia de los usuarios, generando un espacio de intercambio y reflexión.

El conversatorio contó con la valiosa participación de la Dra. Virginia Cardozo (especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Udelar; magíster en Género y Políticas de Igualdad, FLACSO Uruguay), la Dra. Karina Carreño (especialista en Gestión de Servicios de Salud, UCU; diplomada en Género y Políticas de Igualdad, FLACSO Uruguay) y la Lic. en Psicología Valentina Pisano (integrante del Instituto Nacional de las Mujeres – MIDES).

La actividad se encuentra disponible en el canal de YouTube del Colegio Médico del Uruguay, y el Consejo proyecta repli-

carla en otros territorios del padrón sur.

## 2ª EDICIÓN DEL SEMINARIO: "EL SINIESTRO DE TRÁNSITO COMO FENÓMENO COMPLEJO: VER AL OTRO ES SALVAR VIDAS"

El Consejo Regional Sur, en conjunto con la ULOSEV de Las Toscas y Parque del Plata, UNASEV y otros actores institucionales y sociales, se encuentra organizando la segunda edición de este seminario, en el marco de "Mayo Amarillo" en referencia a la siniestralidad vial.

La actividad se realizará el próximo 27 de mayo en el Espacio DINAMO (Atlántida), con alcance nacional, y tendrá como objetivo fortalecer el espacio académico, promoviendo el intercambio de conocimientos y la sensibilización frente a una problemática de alto impacto social y sanitario.

## EL SEMINARIO SE ESTRUCTURARÁ EN TRES EJES TEMÁTICOS:

- Eje 1: "Ver y ser visto" - Visibilidad y percepción del motociclista.
- Eje 2: Impacto sanitario de los siniestros con motociclistas
- Eje 3: "Entorno seguro" - Infraestructura y elementos de protección personal.





# La Academia Nacional de Medicina presenta los resultados de la investigación ganadora del Gran Premio Nacional de Medicina 2025

En una sesión plenaria de alto nivel técnico celebrada en el Salón de Actos de la Academia Nacional de Medicina (ANM), las doctoras Andrea Arbelo y Mariana Guirado expusieron detalladamente los hallazgos del trabajo titulado: "Fondo Nacional de Recursos: programa de prevención secundaria cardiovascular a 20 años del inicio de su implementación". Esta investigación, galardonada con el Gran Premio Nacional de Medicina 2025, representa un análisis exhaustivo y sin precedentes sobre el impacto de un modelo de atención estructurado en la supervivencia de los pacientes uruguayos.

La investigación premiada tiene como autores a los Dres. Andrea Arbelo Etchart, Marcela Baldizzoni Montes, Rosana Gambogi Irigaray, Mariana Girado Arnabal, Carolina Majó Bellagamba, Álvaro Nieggemeyer Venditto, Gustavo Saona Olivera e Isabel Wald Braudakis.

## VEINTE AÑOS DE EVIDENCIA: UN "VIDEOCLIP" DE LA SALUD CARDIOVASCULAR

La exposición se centró en un estudio observacional y analítico de una cohorte histórica de 53,227 procedimientos de revascularización miocárdica (angioplastias y cirugías cardíacas) financiados por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) entre los años 2003 y 2022. A través de un riguroso procesamiento estadístico que incluyó la técnica de propensity score para garantizar la comparabilidad de los

grupos, la investigación arrojó resultados contundentes sobre los beneficios de integrar programas de prevención.

## LOS ASPECTOS CENTRALES DE LA INVESTIGACIÓN DESTACAN:

- Aumento de la supervivencia: La mediana de supervivencia para los pacientes dentro del programa fue de 19 años, frente a los 16.8 años del grupo control.
- Reducción de la mortalidad: Se observó un efecto protector significativo con un riesgo de muerte reducido en un 19% (Hazard Ratio de 0.81), beneficio que se mantuvo tanto en el subsector público como en el privado.
- Ganancia en expectativa de vida: Los pacientes que participaron en el programa ganaron, en promedio, 0.82 años de vida adicionales.
- Adherencia excepcional: El programa



ma alcanzó una tasa de adherencia a la medicación del 96.9%, un éxito atribuido en gran medida a la entrega gratuita de fármacos básicos que elimina las barreras de acceso económico.

Durante la sesión, el académico Washington Vignolo resaltó que el estudio no es solo una "fotografía" del momento, sino un "videoclip largo" que confirma que un programa bien estructurado salva vidas de manera sostenida en el tiempo.

## DESAFÍOS CONDUCTUALES Y EL MODELO DE ATENCIÓN

A pesar del éxito clínico y farmacológico, las doctoras Arbelo y Guirado señalaron que las metas que dependen de cambios en el estilo de vida —como el descenso de peso, la dieta saludable y el ejercicio— presentan niveles de cumplimiento inferiores al 50%. Esto subraya la importancia de fortalecer el modelo de atención multidisciplinario (médico, enfermería, nutrición y psicología) que el FNR ha implementado durante dos décadas.

## EL ROL DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA Y UN GESTO DE COMPROMISO

La Academia Nacional de Medicina, institución honoraria creada por ley para

fomentar la investigación y asesorar a los poderes públicos, reafirmó con esta jornada su misión de elevar la calidad de la medicina nacional. El Gran Premio Nacional de Medicina es la distinción más importante que otorga la institución a trabajos de especial significación para el país.

Este trabajo consolida a la investigación científica uruguaya como un insumo vital para el Sistema Nacional Integrado de Salud, demostrando que la prevención secundaria no solo es una decisión ética y médica, sino una política pública eficiente y equitativa.



## CUIDADO DENTAL

UNA SONRISA ES LO MÁS LINDO QUE PODÉS PONERTE!

Dra. Martinez Colombo



Niños y adultos  
Ortodoncia invisible sin brackets

- Ortodoncia
- Implantes dentales
- Profilaxis bucal (eliminación de sarro)
- Prótesis completas y parciales
- Blanqueamientos
- Placa de bruxismo

Agendá tu consulta por Whatsapp!

Zona Pocitos, Montevideo

Whatsapp  
098225333

Instagram  
@clinicadentalestetica pocitos





# Gestión de la Calidad y Sistemas Integrados (Salud)

Válido para el diploma: **Especialista en Gestión de la Calidad en Organizaciones de Salud UNIT-ISO 7101**



## OBJETIVO:

Presentar la gestión de la calidad como parte de los sistemas integrados de gestión en las organizaciones del área de la Salud, tomando como referencia las normas técnicas internacionales enfocadas a la gestión integral de las mismas.

## CONTENIDO:

- Generalidades
- Las normas de sistemas de gestión en el contexto de la normalización nacional e internacional. Presentación de las normas UNIT-ISO 9000 y otras normas de sistemas de gestión
- Principios generales de gestión en las organizaciones
- Información documentada en los sistemas de gestión
- Gestión de los recursos
- Gestión de las operaciones, los procesos y las actividades
- Significación del seguimiento y medición en los sistemas de gestión
- Gestión de las no conformidades
- Evaluación del desempeño de los sistemas de gestión
- Análisis de los datos. Obtención de la información
- Mejora continua de los sistemas de gestión
- Implantación de los sistemas de gestión y su organización

## PRECIOS Y DESCUENTOS:

- Organizaciones Socias de UNIT: **\$15.400**
- No socios: **\$17.500**
- Pymes, docentes y estudiantes universitarios: **30% de descuento.**

## INFORMES E INSCRIPCIONES:

📍 Pza. Independencia 812    📞 2901 2048    ✉ [capacitacion@unit.org.uy](mailto:capacitacion@unit.org.uy)    🌐 [www.unit.org.uy](http://www.unit.org.uy)



# Juan Amílcar Lorenzelli Tonna (1945 – 2026)

Falleció en la ciudad de Artigas, el 4 de abril de 2026 el estimado Dr. Amílcar Lorenzelli, referente de la medicina en aquel Departamento y uno de los iniciadores de GREMEDA, una de las instituciones de raíz gremial que promovió su fundación y llevó adelante la construcción del sanatorio. En su homenaje transcribimos aquí las memorias que él transmitió sobre los comienzos de aquella experiencia pionera.

## ENTREVISTA AL DR. AMÍLCAR LORENZELLI<sup>1</sup>

*“Tener la posibilidad de aliviar el dolor del otro para mí ha sido esencial. El médico tiene que intentar curar y, si no puede, debe intentar aliviar y, de no poder, consolar.”*

### ¿Así que te gusta escribir a mano?

Yo tengo muchas cosas escritas, me encanta escribir. Ya escribí a máquina, a lápiz o como fuera; ahora ya me acostumbro a escribir en la computadora. La gran ventaja es que todo queda guardado...

¿Sabías que Onetti y Rodó escribían hasta en el puño de la camisa, frente a cualquier idea que tuvieran?

Hay una anécdota de Onetti con Galeano. Onetti lo ve a Galeano escribiendo una de sus obras en la máquina de escribir y le dice: “¿Pero vos escribís a máquina? No sabés lo que te perdés por no escribir a mano”.

### Me encanta que te guste escribir y que ten la oportunidad de escribir la historia de GREMEDA...

En mi caso, siempre me gustaron las ciencias naturales. Desde chico y con el paso del tiempo me fui interesando por los problemas sociales, pero el interés por la biología siempre estuvo ahí. En nuestra época todo era muy difícil; fijate que a los 15 años teníamos que elegir qué queríamos ser... Como me sentía atraído por las ciencias naturales, opté por la medicina, y la medicina me atrapó. No te voy a decir que las cosas fueron sencillas ni fáciles, pero fue una verdadera construcción que fui haciendo con el tiempo y que terminó atrapándome para el resto de la vida.

Soy artiguense, del interior del departamento, y siempre tuve la idea de volver, fundamentalmente porque no me gustaba la vida de Montevideo. Pero en el momento en que elegí volver no fue ese el factor determinante, sino que fueron las circunstancias que estaba viviendo el país. Te estoy hablando del año 1977, te estoy hablando de plena dictadura militar en nuestro país.

Yo hice una buena carrera, me recibí bien, hice un buen internado, concursé para cirujano, obtuve el cargo, pero en aquellos años era muy difícil. Me interesaba la carrera docente; tenía posibilidades de haber podido seguir un tiempo más, pero tuve que venirme en un momento en que estaba trabajando bien, me estaba desarrollando profesionalmente, fundamentalmente porque en la dictadura surgió la necesidad de presentar un certificado de la fe democrática para seguir ejerciendo cargos públicos,

y a mí no me lo dieron. Entonces eso significaba que las puertas de la Facultad se me cerraban y que en Salud Pública no podía tener aspiraciones de continuar trabajando.

Pero estaba trabajando bien como cirujano y muy insertado en el medio. Entonces optamos por venir y realmente hoy creo que fue una decisión muy acertada en lo familiar. Fijate que me vine de Montevideo siendo padre de tres hijos y con Griselda embarazada del cuarto (Marcos), que nació en Artigas a los cuatro meses de habernos instalado. Y el quinto vino después, Juan Pablo. Acá me desarrollé profesionalmente como cirujano; traje el cargo de Montevideo y, como acá había necesidad, me dejaron.

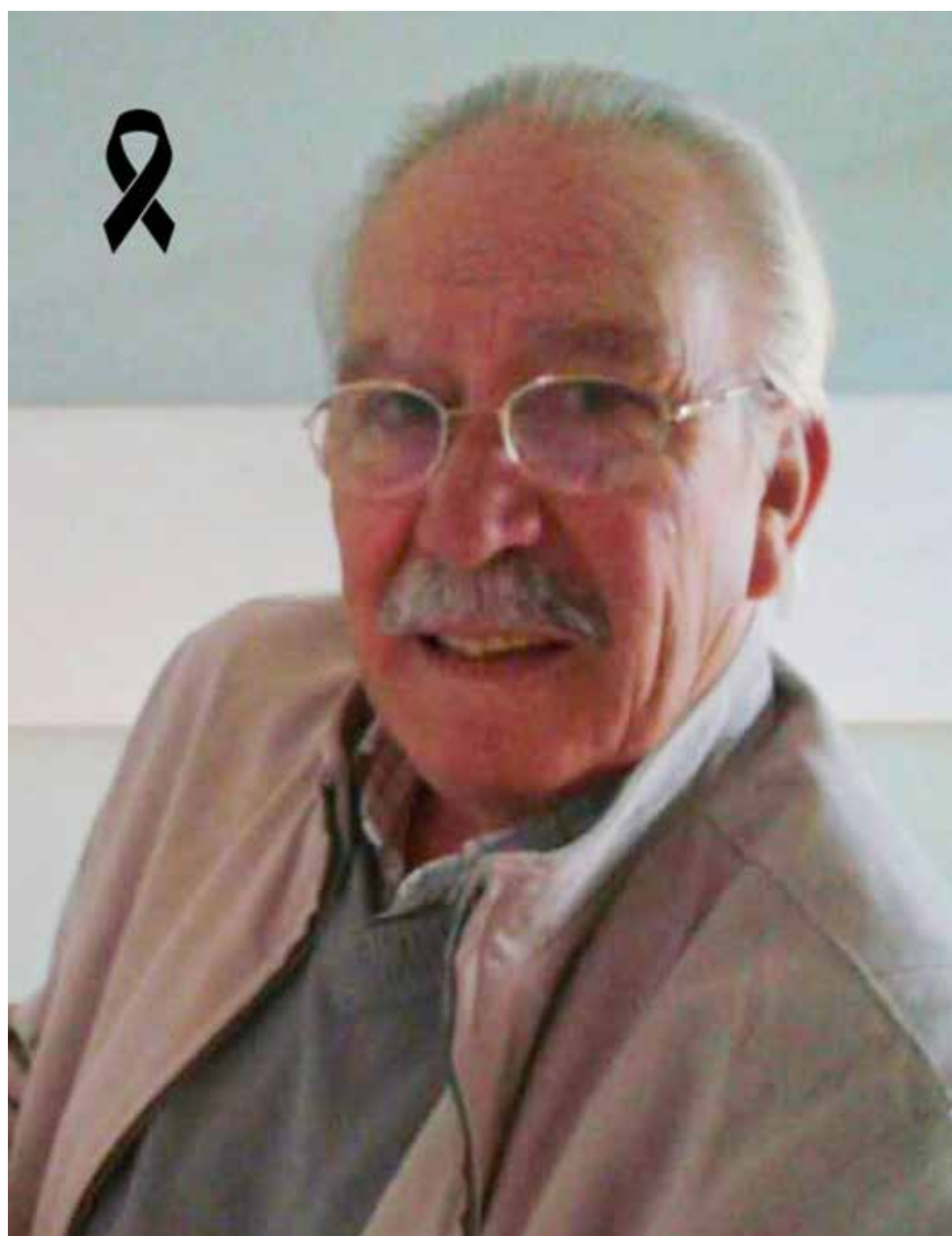
Mis sueños siempre fueron, desde que me inicié en la medicina, ser un buen médico. Ese era un objetivo claro; no sé si lo he logrado pero me esforcé para realizarlo. Trabajé siempre intentando mejorar, tratando de superarme y de no parar de estudiar jamás, de trabajar intensamente y de atender lo mejor posible a la gente.

Tener la posibilidad de aliviar el dolor del otro para mí ha sido esencial. El médico tiene que intentar curar y, si no puede, debe intentar aliviar y, de no poder... consolar. Yo siempre sentí que con la gente me manejaba bien, iba a andar bien porque me sentía muy cómodo.

Sabía también que iba a tener dificultades porque en mi profesión y especialización la carrera se vuelve muy competitiva. Esto tiene que ver con varias cosas: con los egos y también con una realidad económica.

En aquella época el grueso del ingreso de los profesionales era la medicina particular, porque no estaba desarrollada la medicina colectivizada. Era la medicina para unos pocos, para los que podían pagar, o sea que era una torta que se repartía y si venía otro nuevo también iba a comer de esa torta. Por chico que fuera el medio, era competitivo en ese sentido. Y si llegabas y caías bien en el pueblo, era peor.

En el mundo se venía desarrollando la medicina colectivizada, pero en el interior de nuestro país estaba en pañales. En Artigas, el desarrollo se había dado con la influencia del doctor Juan de Dios Gómez Gotuzzo (Juanacho).



Este médico llegó en la década del sesenta, con una gran formación médica pero además con una gran formación gremial y política, con un sentido colectivo de la medicina. Fijate que lo primero que hizo fue intentar unir a los médicos en un sindicato y lo hizo: fundó el Sindicato Médico de Artigas. Nucleó a todos los médicos del departamento, a los de Bella Unión, Gomensoro, Cabellos, a todos los hizo participar.

En 1967 pasé un tiempo en Artigas y por razones familiares fui mucho al Hospital. En esa época Juanacho estaba organizando el convenio con los bancarios, con AEBU. Era un convenio de asistencia para el bancario y su familia. Juanacho siempre fue un adelantado en lo que tiene que ver con la medicina colectivizada; vio la necesidad de construir un sanatorio y lo hizo.

También recuerdo haber visto exhibida en la Asociación Agropecuaria, en esos viajes que hacía como estudiante en los años 64, 65, la maqueta de un gran sanatorio que él proyectó y que después no se pudo hacer por motivos económicos. Esto significa que ya desde esa época se veía la necesidad en el medio de contar con un sanatorio. No hay duda de que fue en esa época cuando comenzó a germinar algo muy importante.

En el resto del mundo la medicina se venía colectivizando en todos lados; venían surgiendo los seguros de salud, la

medicina prepaga... En Montevideo ya se había desarrollado el mutualismo de forma muy fuerte; en la década del ochenta el CASMU tenía cerca de 300.000 afiliados. Yo también trabajé en el CASMU.

En el interior la historia era otra: este sistema estaba muy poco desarrollado. Había un centro médico en Salto, pero eran iniciativas locales, no había un desarrollo integral de la medicina. Ese progreso vino a darlo la FEMI en la década de los ochenta.

La realidad era que, en el interior, con los sanatorios privados se llegaba a muy poca gente. En Artigas nos fuimos encontrando compañeros generacionales, fuimos llegando y coincidiendo. Es el caso de Blima, de Martín Sánchez, de Silvio Ríos, de Neneco Bianchi. Enrique Dieste es un poco menor y llegamos juntos.

Nos fuimos juntando; estábamos un poco descontraídos y fue Neneco Bianchi, tal vez por ser el mayor de esta tanda de médicos y el más experimentado, el que logró articularnos como grupo. Y todo se fue dando naturalmente. Había mucha afinidad, afinidad generacional, pero principalmente de sueños.

Esto también tiene que ver con el imperio de la necesidad, porque ya había un grupo fuerte de médicos que eran los dueños del Sanatorio Artigas; eran los que tenían los medios de producción. Si

<sup>1</sup>DÍAZ, Paola: *Cuando el compromiso es de todos. A 25 años del Sanatorio de GREMEDA-FEMI. Mastergraf, 2014, pp.: 21-36.*



viene de pág. 13

bien no eran muchos los integrantes de esa sociedad anónima, eran un grupo muy fuerte formado por médicos muy prestigiosos, entre los que estaban Juancho, Esther, Franco, Juan, Vignolo. Y había otro grupo, que también era fuerte en número, que tenía el control del Hospital de Artigas y no había accedido al Sanatorio.

Nosotros estábamos en el medio de esos dos grupos y nos llamaban “los médicos nuevos”. Nuestro grupo comenzó a reunirse en forma periódica, generalmente los viernes, para comer chorizos y a veces un asado. La casa más confortable, la más grande y la que tenía churrasquera, era la de Neneco Bianchi. Y como nos juntábamos los viernes algunos colegas nos bautizaron “los lobizones”.

En esas reuniones fuimos madurando ideas, compartiendo sueños y también compartiendo lo que pasaba en el resto del mundo, y sentíamos que no podíamos quedarnos afuera de esos cambios. Pensá que no era fácil venir a trabajar una ciudad con las características de Artigas.

Pero fuimos creciendo individual y colectivamente. Había y se percibía un espíritu solidario muy lindo, nos ayudábamos. El que tenía un enfermo grave compartía el caso entre todos. Y esa fue la gran base, esos fueron los cimientos, nuestras raíces, la sensación de que no estábamos solos, de que habíamos logrado formar un grupo muy unido.

En esas charlas de los viernes se iban sumando conceptos, íbamos sumando argumentos, conocimientos y fuerzas. Fuimos marchando, fuimos yendo y así accedimos a la Dirección de CASMA – así se llamaba el Centro de Asistencia del Sindicato Médico de Artigas –. En 1982 ya había integrantes de nuestro grupo en la Directiva.

Después fuimos adquiriendo más fuerza, porque fueron llegando otros colegas con especialidades que no había en Artigas. Llegaron Pereda, Castelli, De Souza Oronoz y el grupo fue aumentando.

Y a medida que fue aumentando, fueron aumentando las posibilidades de acceder a la Dirección, porque con el grupo del Sanatorio Artigas teníamos afinidad, y era mutua. Recuerdo que en 1982 accedió a la Directiva el doctor Juan. La semilla existía, las ganas también, y todos nosotros soñábamos con trabajar en las mejores condiciones, o



por lo menos en otras.

Todo comenzó de manera bastante fortuita. En 1979 fui a un congreso de cirugía en Córdoba (Argentina) y allá en el hall se estaban exponiendo distintos elementos y equipos relacionados con la salud; a mí lo que me llamó la atención fue el stand de arquitectura hospitalaria.

Empecé a conversar con esas personas y eran una empresa de arquitectos e ingenieros que se dedicaban a hacer hospitales “llave en mano”. Te entregaban el hospital pronto y estaban trabajando prácticamente en toda América Latina, haciendo hospitales en Bolivia, en Perú, en Chile. Esto indicaba el gran desarrollo que venía teniendo la salud en Latinoamérica.

Me quedé con el contacto de este grupo de empresarios y un par de años después fui a Río de Janeiro, a otro congreso, de cirugía vascular, donde encontré a una empresa brasilera que estaba en el mismo tema de “hospitales llave en mano”. Se llamaba Medical House. Esta empresa tenía equipadas como 75.000 camas en Brasil y ya estaba haciendo hospitales en África.

Yo me entusiasmaba, soñaba con un sanatorio con esas características para Artigas. Traía folletos con fotos y se los mostraba a la barra de acá, al grupo de los asados. Estas cosas novedosas iban entusiasmando a todos y llegó un momento en que hubo que decidir qué íbamos a hacer.

Esto ocurrió en 1982 y se decidió en una asamblea. Eran momentos complicados: la dictadura militar venía de perder

el plebiscito de 1980, vivíamos una crisis económica muy grande, y el gran tema eran los recursos, ¿de dónde saldrían?

La idea estaba, la decisión también y la unión del grupo también. Pero el problema era de dónde salían los recursos, y los recursos vinieron de una manera imprevista. La propia dictadura aportó los recursos, porque el ministro de Salud Pública de ese momento, [Luis] Givogre, emitió unos decretos regularizando la actividad de las instituciones de asistencia médica colectiva y de las cooperativas de profesionales médicos.

En aquella época había categorías de mutualistas de acuerdo al desarrollo que tuvieran. Nosotros no teníamos ningún desarrollo porque tercerizábamos todos los servicios; lo que teníamos eran los recursos humanos. No teníamos farmacia, contratábamos el sanatorio, la radiología, el laboratorio..., no teníamos nada. Nuestra cuota estaba en el piso. Pero en esos dichos decretos regularizadores de las actividades de asistencia médica se equilibraron todas las cuotas, se igualaron. Y aumentaron de la noche a la mañana notoriamente.

Ahí se tomó la decisión más importante de este grupo médico, porque de golpe y porrazo nos encontramos con aquel plus de dinero que llegaba todos los meses. Además, la institución había crecido en su número de afiliados. Habían entrado otras afiliaciones colectivas: los municipales, la policía, los jubilados, se mantenía el convenio con los bancarios...

Teníamos 8.000 afiliados, entraron las afiliaciones por DISSE y el Sanatorio

Artigas ya no era suficiente, y a estos afiliados teníamos que atenderlos en el Hospital, lo cual era un acto de discriminación. Intenta imaginarte la siguiente situación: cuando yo llegué a Artigas el Sanatorio tenía seis camas y después aumentó dos camas más, una sala de operaciones, una sala de partos, una sala de radiología, un consultorio de curaciones y no había CTI.

Pero con ese plus generado por la diferencia de las cuotas surgió nuevamente la interrogante de qué hacer con el dinero. Había quienes querían aumentar los sueldos, y realmente los sueldos que pagábamos eran muy bajos.

Así fuimos a una asamblea para que el cuerpo médico democráticamente decidiera qué hacer. Nuestra postura era desarrollar la medicina, juntar esa plata para tener la posibilidad de desarrollar la medicina en todo el departamento de Artigas. Ganamos la asamblea, triunfó nuestra posición sobre la de los colegas que querían mejores remuneraciones y así empezamos a ahorrar.

Teníamos a un contador que era un fenómeno, el contador Carlos Odriozola, el Cacho. Él fue como nuestro hermano mayor para todo esto. Él supo guiarnos en todos los temas económicos, porque nosotros no teníamos experiencia en nada de esto. Imaginate, ¿qué experiencia administrativa íbamos a tener? El Cacho fue el artífice de todo, enseñándonos, cuidándonos, guiándonos hasta que más o menos nos fuimos formando.

En 1983, ya con el deseo de hacer las cosas y con plata, porque no te olvides de que ahorrábamos todos los meses, se iban dando todas las condiciones. Así decidimos intentar un proyecto en la casona de la calle Berreta. Hablamos con el arquitecto Becker, se llegó a elaborar un anteproyecto, pero realmente quedaba todo muy comprimido.

En ese momento yo viajaba a Bella Unión a atender y allá se estaba haciendo un bloc quirúrgico en el hospital. Coincidíamos los martes con el arquitecto de Salud Pública que iba cada 15 días a supervisar esa obra. Era un hombre muy accesible. Le mostré nuestro anteproyecto y me dijo que nos iba a quedar todo muy comprimido; me explicó que los espacios en los sanatorios modernos debían ser amplios, que había que tener en cuenta el tamaño de las camillas y las entradas de las habitaciones. Entonces esa opción no corría.

Cuando la gente de Artigas se enteró de que pensábamos construir un sanatorio, hasta nos ofrecieron un hotel y fuimos a verlo, pero al final decidimos salir a ver terrenos. Mirábamos por todos lados. Intentamos ver y analizar el terreno que tenía el Sanatorio Artigas en la calle Diego Lamas esquina Río Branco, que era muy apropiado pero muy caro a la vez.

Pero una tarde de esas en que salíamos a buscar terrenos y a tomar mate con mi mujer y mis hijos, Griselda – mi esposa – me señaló el terreno que estaba al lado del Centro de Salud. Miré para adentro y había árboles y un pastizal altísimo; estaba cercado por un tejido y me di cuenta de que era grande. En la reunión



sigue en pág. 15



*viene de pág. 14*

de los viernes se lo comenté a la barra y esa misma noche empezaron a desfilar a ver el terreno.

Justo esa semana ocurrieron una cantidad de coincidencias: llegó el ministro de Salud Pública a nuestra ciudad, el mismo que había aprobado todos los decretos que nos habían favorecido. Este hombre era contador, no era médico, y se caracterizaba por vender bienes de Salud Pública; incluso le vendió al Hospital Pedro Visca casas y propiedades de ese ministerio. Pensé que en la dictadura militar él podía hacer esas cosas, no tenía que pedir venia a nadie; podían hacer lo que querían.

Entonces nos reunimos y dijimos: "Vamos a plantearle que nos vendan el terreno". Otros decían: "El ministro nos va a sacar corriendo".

Pero como no hay peor gestión que la que no se hace, le pedimos al director departamental del Hospital de Artigas, que era Mario Sarasúa, que lograra que el ministro nos recibiera. Y así salió la reunión, donde concurrieron Enrique Dieste, Neneco Bianchi y Silvio Ríos. Así le plantearon la compra del terreno.

"Sí, cómo no", contestó el ministro. "Hablen con un agrimensor, que el doctor Sarasúa ordene una tasación y lo vendemos". Imaginate: al otro día hablamos con el agrimensor Saldaña para que hiciera la medición.

Salió la tasación por 160 mil nuevos pesos y aceptamos, sin discutir el precio. Pero Mario Sarasúa puso la condición al ministro de que esa plata fuera para el Hospital de Artigas, que el dinero del terreno quedara en Artigas.

A nosotros nos pareció excelente. Nos fuimos a Montevideo y firmamos el compromiso de venta en el Ministerio. Quedó todo encomendado para que Jurídica del Ministerio hiciera los papeles, pero cuando empezaron a buscar..., ese terreno no era de Salud Pública. No encontraban las escrituras y ni siquiera

aparecía el Centro de Salud de Artigas como propiedad del Ministerio.

Entonces, ¿de quién era ese terreno? Fuimos a Catastro para obtener los datos y descubrimos que era de la Intendencia de Artigas. Bueno, en ese momento el intendente era un militar de apellido Bértola. "Vamos a hablar con Bértola", dijo la barra.

Le planteamos el tema, la necesidad de construir un sanatorio; le explicamos el plan de desarrollo que pretendíamos llevar adelante. El intendente también se estaba enterando en ese momento de que el terreno era de la Intendencia y nos dijo: "Se los vendo".

Y nosotros continuamos: "Perece el dinero tiene que ir para el Hospital de Artigas, porque ese es el convenio que hicimos con el Ministerio de Salud Pública". "Bueno, está bien, la Intendencia lo dona al Hospital", respondió Bértola.

A partir de ese momento se agilizaron todos los trámites, pero ¿te das cuenta de cómo van ocurriendo las cosas? En ese momento teníamos el plano, el terreno, la plata. Era el momento de hacer el proyecto para construir el Sanatorio.

El lugar tenía una ventaja: todos los medios de transporte colectivo confluían ahí. Surgió una duda de si podía ser un terreno inundable, pero averiguamos y las crecientes nunca habían llegado hasta ahí, ni la más grande, que fue la de 1959.

A propósito de inundaciones, en el 2001 hubo una muy grande que llegó a la esquina del Sanatorio. Ahí yo le pedí a la gente de mantenimiento que protegiera las esquinas de abajo con bolsas de arena y eso me costó la burla de varios compañeros. Pero había que evitar que entrara el agua y que inundara el piso de abajo, donde están todas las instalaciones eléctricas.

Siguiendo con la historia, te cuento que elaboramos un programa con todos los servicios que queríamos que tuviera el Sanatorio. Éramos conscientes de que estábamos creando nuevas fuentes de trabajo en áreas que antes no existían



en Artigas, recursos humanos nuevos en una sociedad que se caracterizaba por la alta desocupación.

Decidimos que para elaborar el proyecto tenían que participar arquitectos de Artigas, arquitectos conocidos o familiares de varios médicos. Nosotros les dábamos el plano del terreno con la caída y con el proyecto de lo que queríamos. También invitamos a dos empresas extranjeras, una de Córdoba (Argentina) y otra brasilera.

El doctor Tabaré Caputi, que es un colega muy conceptuado, estaba dirigiendo las obras de un sanatorio en Pando y trabajaba con un grupo de arquitectos con los que habló para que conformaran el tribunal que elegiría al mejor anteproyecto. Pero un buen día recibimos una comunicación de la Sociedad de Arquitectos del Uruguay, de que no se podía hacer un concurso con esas características. Y nosotros respondimos: "Esto no es un concurso, es una invitación". "Eso se debe hacer a través de la Sociedad de Arquitectos del Uruguay", respondieron.

Frente a esto, fui a Montevideo a ha-

blar con Hugo Damasco, un médico de Gomensoro que era administrador de los servicios de salud y trabajaba en el Ministerio de Salud Pública, para saber si podía darnos una mano. Me dijo: "Andá y hablá con el arquitecto Nasa, que es el que está haciendo la reforma del Hospital Militar, y hace poco vino con un curso hecho en Francia sobre hospitales".

Bueno, me fui a hablar con ese hombre. Me recibió muy bien. Su hermano era cirujano en el Hospital Maciel y nos conocíamos. Le pregunté si agarraba ese viaje de venir a juzgar los anteproyectos y me dijo que sí. Y en la fecha estipulada se juzgaron los anteproyectos, pero no quedamos con ninguno porque no conformaron nuestras expectativas.

Se hizo una convocatoria nacional y decidimos llamar a precio a los equipos que habíamos invitado de Montevideo. Uno estaba trabajando en el CASMU, otro en la Española, otro en Casa de Galicia y otro en el Hospital Militar. Neneco Bianchi fui el que hizo la gestión con los cuatro grupos, les pidió precio y elegimos en base al llamado de precios.

Quedamos con el grupo que estaba trabajando en el Hospital Militar, porque fueron los que presentaron precios más bajos. Fue un equipo fenomenal por lo que trabajaron y por todo lo que hicieron. Éramos conscientes de que el Sanatorio era la infraestructura que necesitábamos, pero teníamos que llenarlo con recursos humanos de excelencia, comprometidos con nuestro proyecto de salud. Nosotros queríamos centralizar todo, que todo estuviera en un solo lugar, para economizar costos, controlar y administrar en forma eficiente. Tener todo a la vista nos permitiría tener todo bajo control. Esas eran las características que queríamos y lo logramos.

Desde el punto de vista social, el Sanatorio de GREMEDA fue impactante para nuestra sociedad. Comenzaron a trabajar 400 personas. La selección de los recursos humanos implicó una gran inversión. La parte de enfermería universitaria fue por concurso, con un tribunal dirigido por la jefa de Enfermería del Hospital de Clínicas, que también era artiguense, y por la jefa de Enfermería del Hospital de Artigas, que era la licenciada Carmen



*sigue en pág. 16*



*sigue en pág. 15*

Rosales. En ese interín la FEMI realizó el primer curso de administrador y lo hicimos Neneco Bianchi y yo.

Puedo asegurarte que el Sanatorio me atrapó, me atrapó su construcción. Yo fui el director de Obras; andaba con los albañiles dos o tres veces al día, subiendo y bajando andamios. Uno con 40 años hace cualquier cosa; también deja gran parte de su vida ahí adentro. El tema de la construcción de hospitales me interesó y hacer la obra me enamoró.

En esa obra tuvimos un viento a favor muy importante. Estábamos saliendo de la dictadura militar; el intendente de la transición era Basilio Borgato. Yo era el médico de su familia, atendía a su madre, y él sabía que estábamos con el tema del Sanatorio porque todo el pueblo era lo que más comentaba.

Un día me llamaron para hacer una consulta a domicilio y él me dijo: "Doctor, ¿ustedes están por hacer un sanatorio? ¿Qué le parece si hacemos un convenio, un contrato? La Intendencia de Artigas pone el personal, pone la maquinaria, pone los camiones, y ustedes pagan con la asistencia médica a los municipales?"

Era un negocio redondo. Cuando salí de allí me fui corriendo a lo de Enrique Dieste y a lo de Neneco y les conté lo que me había dicho el intendente. Al otro día me comuniqué con el contador Odriozola y me dijo: "No podemos desperdiciar esta oportunidad. Vamos a hablar del contrato". El Cacho fue categórico.

Fuimos a la Intendencia y en dos patadas se hizo el contrato. Lo firmaron el intendente Borgato y Juan Carlos Apao-laza, que era el secretario, Danilo Linares y yo firmamos por GREMEDA.

Esto fue un gran adelanto para la época. Pienso en la ley que hoy, en el 2014, está de moda: la ley de participación público-privada. Esto que hicimos fue pura participación público-privada, y no sé si hay otros casos como este.

El contrato que firmamos fue por la estructura de hormigón armado de la primera etapa del Sanatorio, que consistía en los servicios generales y 20 camas. El proyecto era todo, pero nosotros íbamos a ir haciéndolo por etapas.

Teníamos plata ahorrada, pero desde el principio dijimos que no íbamos a apurarnos. Íbamos a hacer el Sanatorio tranquilos y sin contraer deudas, pagando el edificio, porque lo que había que hacer en forma masiva era el equipamiento, ya que, una vez que tenés el edificio, tiene que ser equipado todo junto, y eso implicaba un gran desembolso económico.

Cuando se hizo la primera etapa, el contrato terminó en el mes de abril y el doctor [Luis Eduardo] Juan asumió como intendente de Artigas en el mes de febrero y nos dijo: "Cuando termine esta etapa, el contrato debe terminar porque yo tengo que sacar gente de la Intendencia".

Había que achicar el número de empleados municipales; se vivía un momento complicado, entonces los que iban a salir de la Intendencia eran los obreros que estaban construyendo el Sanatorio de GREMEDA. Decidimos seguir la obra con nuestra propia administración. Era como crear una empresa constructora



propia y eso fue lo que hicimos. Contratamos personal, a ese personal que iba a quedar cesante de parte de la Intendencia.

Cuando terminamos la obra quedaban algunos detalles: faltaba hacer las instalaciones de los gases medicinales y el aire acondicionado central, porque el resto estaba prácticamente todo hecho. Lo increíble era que todo era mano de obra artiguense. Cuando terminó la obra, esta empresa constructora creada por nosotros se disolvía; los funcionarios fueron a seguro de paro y GREMEDA les dio a todos una compensación en efectivo.

Nuestros albañiles tenían cubierta la asistencia en salud de ellos y de sus familias, gratuitamente. Lo impresionante fue ser testigo de cómo se iba transformando esa obra. Me arrepiento de haber sacado tan pocas fotos.

El que siempre salía como modelo de las fotos que tengo era mi hijo Juasn Pablo: yo lo llevaba en brazos cuando empezó la obra; él tenía cuatro meses y creció con la obra hasta que andaba arriba de los andamios.

Lo interesante es que siempre estuvo todo nuestro grupo de amigos médicos involucrados.

Críticas tuvimos un montón. Una vez vinieron fantasías de carnaval de Río de Janeiro, de lujo, a presentarse al Club Uruguay, y la ganadora era brutal; se llamaba Pompa Faraónica. Y un colega médico a nuestro Sanatorio lo bautizó Pompa Faraónica; obviamente no estaba de acuerdo con la construcción.

Pero realmente era una obra impactante, sobre todo porque se realizó en una ciudad como la de Artigas. Las etapas fueron: construir, equipar, seleccionar recursos humanos y ponerlo a funcionar.

Con respecto a equipar al Sanatorio, habíamos leído mucho y nos habíamos informado. Teníamos conocimientos de todo lo que necesitábamos.

Lo que te juro que no sé es cómo nos dio el tiempo para todo. Y no te hablo de mi caso en particular, te hablo en plural, porque me refiero a todo el grupo. Hasta ahora no me explico cómo pudimos hacer eso. Fue mucho tiempo de nuestras vidas y horas del día destinados a transformar el sueño de tener pronto el Sanatorio.

Pensé que trabajábamos intensamente

en nuestras profesiones. Estábamos en nuestro momento de mayor capacidad de trabajo, en pleno desarrollo familiar, llenos de hijos chicos, de desarrollo profesional, porque todos seguíamos estudiando y haciendo cursos; nunca dejamos de capacitarnos en este tiempo.

No sé, pienso y no sé cómo nos daba el tiempo para todo. Había que pensar seriamente en qué tipo de recursos humanos queríamos que formaran parte de nuestro Sanatorio. Los mandos medios, las enfermeras universitarias para nosotros eran fundamentales.

Cuando se cerró el Sanatorio Artigas, GREMEDA absorbió el personal. Las camas de ese sanatorio son las que destinamos a la asistencia externa, las que se prestan a los enfermos críticos, los que están en sus domicilios; son ocho camas. Los sillones fueron los que se utilizaron durante un buen tiempo. La mesa de operaciones la refaccionamos y la mandamos a Bella Unión, como segunda mesa de operaciones.

Lo interesante de todo esto es que nosotros supimos repartir las actividades porque uno o dos no podían encargarse de todo. Supimos dividirnos tareas: a mí me tocó la de infraestructura, Bianchi era la dirección técnica, Dieste era el director administrativo y con el contador Odriozola se encargaron de hacer la estructura administrativa de la empresa.

Desde que estábamos en la calle Berreta, Ríos era el director de servicios médicos, el que tenía que ver con toda la parte asistencial de la institución. Fuimos dividiendo tareas para poder ser más eficientes. Pereda, por ejemplo, se dedicó a la farmacia.

Durante todo este tiempo fueron llegando más médicos a nuestra ciudad y los recibimos bien a todos. Puntualmente salimos a buscar a especialistas que necesitábamos, como el caso del doctor Favaro, del doctor Muguruza, que eran imprescindibles, porque era mucho el trabajo y se necesitaba gente. Además, eran conocidos nuestros y conocíamos los valores intrínsecos que tenía cada uno. Contar con Cecilia Gómez en la dirección del laboratorio era fundamental.

Quiero ubicarte en la década que estábamos viviendo, entre la década del ochenta y del noventa. Fue una década neoliberal en nuestro país y en la región,

entonces las tercerizaciones de servicios estaban ahí, estaban de moda. Todo era tercerizar, flexibilidad laboral y tercerizar funciones.

Nosotros frente a esta realidad tuvimos una discusión profunda en la Directiva que nos llevó varias reuniones, porque había compañeros que querían tercerizar algunos de los servicios, como cocina, limpieza y ropas.

Yo defendía la posición de que nosotros teníamos que gestionar todos los servicios, porque era una obligación, una responsabilidad gestionar todo este tipo de actividades. La ropa es responsabilidad de la empresa, el manejo de los alimentos es parte de los tratamientos de los pacientes que están internados.

Entonces los compañeros fueron entendiendo, tal vez por cansancio, pero el hecho es que logramos montar todos los servicios. Fijate que toda la ropa del Sanatorio se hizo allí, se bordaron los monogramas en las sábanas...

Te estoy hablando de mucha gente trabajando a la vez, quiero que te imagines a mucha gente trabajando en nuestra ciudad, en un mismo lugar; fue algo inédito.

Recuerdo cuando elaboré el proyecto de recursos humanos. Lo hice en horas de la noche, en el tiempo que me sobraba. Fue en Montevideo, mientras hacía un curso, en el hotel donde me hospedaba. Durante las noches iba escribiendo en unas hojitas cuadrículadas cada servicio y la cantidad de gente que necesitaban, con los horarios respectivos y los turnos.

No te quiero mentir, pero asustaba la cantidad de gente que íbamos a necesitar. Cuando lo presenté en la Directiva, la única objeción que se hizo fue poner una unidad de enfermería universitaria más que la que yo había proyectado; el resto de los servicios entraron a funcionar así.

Esto fue el comienzo. Después nos fuimos adaptando a los cambios. Pero empezar era muy importante, y antes de abrir el Sanatorio ya estaban los servicios armados. A las costureras se las veía haciendo ropas a todo trapo.

¡Si me acordaré del día del Sanatorio inaugurado! Si te digo que el día antes operé a mi hijo de apendicitis, allá en el Sanatorio Artigas, en calle Berreta... Él se enfermó de mañana y de tarde lo operé. Era el único enfermo que había en el Sanatorio, porque al otro día los funcionarios comenzaban a trabajar en GREMEDA.

Esa noche quedó Chichi Landa y yo le dije: "Acomodá lo que falta, que mañana nos mudamos". Y así fue, salí con mi gurí en brazos, lo puse en el auto porque yo lo traía para casa. Chichí subió al auto cargada de cajas y fui yo el que cerró con llave las puertas del Sanatorio Artigas... Las cosas que me hacés recordar.

Esto fue muy simbólico para mí y me emociona poder contártelo. Cerré una puerta, pero se estaba abriendo la del otro sanatorio, el sanatorio nuevo, el Sanatorio de GREMEDA.

Aunque no lo creas, ese día, en ese momento, entró a nuestro sanatorio una muchacha muy joven con un parto complicado. Hubo que hacerle una ce-

*sigue en pág. 17*



viene de pág. 16

sárea de urgencia; fue Mario Sarasúa el que la hizo, y ella salió directo para el CTI por un problema en su presión arterial. Con ella se inauguró el bloc quirúrgico, se inauguró el CTI y la maternidad con el niño que había nacido. Fue una niña. Yo dejé la foto en la Dirección de GREMEDA, porque nacimos trayendo una vida a este mundo.

Eso no fue todo, porque mientras construíamos nuestro Sanatorio estábamos también construyendo el Sanatorio de Bella Unión, y esto fue sumamente impactante para esa ciudad y para toda la zona. En 1985 empezamos a hacer la parte de servicios externos de Bella Unión; esto significaba que GREMEDA había empezado a crecer y que no podía parar.

Las cosas se iban dando de manera impactante con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la nuestra gente. Para los médicos comenzaba una nueva etapa; nuestras condiciones de trabajo cambiaron, mejoraron. Cambiaron las consultas en los domicilios de los médicos. Yo tenía un fichero con 5.000 fichas de personas que habían venido a mi domicilio a consultar conmigo.

Estos 25 años han pasado rapidísimo. Como dice Gardel, "es un soplo la vida". Uno lo que tiene que hacer a esta altura de la vida es mirar para atrás y ver lo que hizo, analizar si estamos conformes con lo que hicimos. Fuimos un grupo hermoso de médicos que coincidimos en un

sueño y lo transformamos en proyecto, y ese proyecto en realidad.

GREMEDA siempre ha sido un proyecto colectivo y todos fueron aportes de un grupo muy unido, de gente muy inteligente, con mucha capacidad de trabajo, muy responsables. Y no tuvimos miedo de mirar lejos, no le tuvimos miedo al futuro ni al desafío de desarrollar la medicina en todo el departamento de Artigas.

Porque Bella Unión era uno y después fue otro. Tenía un nivel de medicina general, no había cirugía. Hicimos un convenio con Salud Pública, equipamos el bloc quirúrgico porque ellos no lo podían equipar. Trajimos cirujanos, anestesiastas, ginecólogos; se formó un verdadero equipo de salud y la medicina en Bella Unión fue otra. Y esto significa que la calidad de vida de la gente en Bella Unión fue otra.

Nuestro proyecto era departamental; no se agotaba en hacer el Sanatorio, sino que nosotros queríamos desarrollar la medicina en todo el departamento. Y queríamos desarrollarla al mejor nivel que pudiéramos. Partíamos de la base de que estábamos a 600 kilómetros de distancia de Montevideo.

Tuve la oportunidad de operar en el Hospital de Artigas a gente que no podía ir a Montevideo porque no tenía recursos. Operé a un prematuro de 1.300 kilos que no podía viajar. Los padres eran de campaña y me decían: "¡Qué vamos a hacer a Montevideo, doctor? ¿Es grave lo que tiene nuestro hijito?". "Sí, es gra-

ve", les respondía yo. "¿Se puede morir, doctor?" "Sí, se puede morir." "¿Cómo traemos el cuerpecito de allá? No podemos viajar, doctor, ¿usted nos entiende?" Lo operé en Artigas y el niño anduvo bien, se salvó. Increíblemente se salvó.

Te cuento esta historia para que entiendas cuál era el sentimiento de este grupo de médicos. No queríamos que la población de nuestro departamento anduviera "rampando" por Montevideo, pasando necesidades, pasando mal. Queríamos que las cosas se solucionaran acá, que la salud en Artigas tuviera nivel como para solucionar sin tener que viajar.

La gran frustración que tuve fue en 1995, cuando estuvimos a punto de comprar un tomógrafo y a último momento la barra no se animó, y era lo que necesitábamos. Yo sentía que no teníamos que parar, que había que avanzar. GREMEDA no puede parar. Todos los proyectos deben profundizarse a medida que la demanda va exigiendo. La tecnología va muy rápido y hay que adaptarse a los cambios, hay que ponerse al día, hay que actualizarse. No hay que tener miedo.

En este momento la veo a GREMEDA un poquito comprimida por la cantidad de afiliados. Aquel proyecto que hicimos nosotros, aquello que parecía tan grande, está quedando chico por la cantidad de nuevos ingresos. Creo que llegó el momento de ampliar nuestro sueño y para eso tiene que haber gente que esté dispuesta a hacerlo.

Nosotros fuimos verdaderos militantes

en todo sentido: militantes de una idea, militantes de un sueño. Las utopías existen y hay que correr tras ellas.

El mundo que les tocó a mis hijos no es el mismo y quizás el diálogo de médico a médico no es suficiente, pero ellos captaron todo y fueron testigos de cómo se hicieron las cosas. Y tienen ganas de hacer cosas y de contribuir a la comunidad como debe ser. Porque lo que hacemos los médicos es comprometernos con nuestra comunidad, con la gente.

Con respecto a los médicos jóvenes, siento que tienen un gran cariño y un gran respeto por lo que hacen, por su profesión y por sus colegas. Pero debe existir unidad, tienen que unirse y tienen que afiliarse a un proyecto común de salud. Porque los que tienen que definir qué futuro en salud quieren son ellos, en base a sus visiones, a sus necesidades y también en base a sus temores.

Indudablemente el mundo en que vivimos hoy es más individualista que el mundo en que vivíamos nosotros hace 25 años, y este individualismo es una barrera importante para soñar colectivamente.

El tipo de cosas que hicimos nosotros no se repite ni se reproduce; nuestros colegas jóvenes harán cosas diferentes, pero el valor y el compromiso son básicos para concretar los sueños. Hay que perder el miedo a enfrentar dificultades, porque la vida está teñida de estas cosas, hay que tratar de luchar y sobreponerse, detenerse jamás.

## Formación de promotoras/es juveniles de salud y autonomía:

**Recogemos en este artículo experiencias y propuestas que han sido elaboradas y llevadas a la práctica colectivamente en distintos barrios y departamentos del país.**

### ANTECEDENTES:

En el año 2024 se desarrolló una primera versión de este curso cuya línea de acción estaba

vinculada al fortalecimiento de la participación y la formación de las adolescencias en

relación a la promoción de salud. La Red de Municipios y Comunidades Saludables, Intendencia de Montevideo, el Programa APEX, Instituto de Psicología de la Salud y otras organizaciones sociales y comunitarias generaron actividades conjuntas para el desarrollo de "Jóvenes con Voz/s".

La propuesta se fundamentó a partir de las experiencias realizadas en 2023 en la preparación del Congreso Pablo Carlevaro, entre las que se destacan: la Conferencia sobre Adolescencias en la ciudad de Bella Unión el 27 de mayo; el Encuentro en el Parque Punta Espinillo los días 7 y 8 de octubre; y el taller de Adolescencias y Juventudes en el Congreso Pablo Carlevaro el 9 de noviembre de 2023 en el Salón Dorado del Centro de Conferencias de la Intendencia de Montevideo.

Vale destacar especialmente la formación de Promotores y Promotoras

de Salud Adolescente de las Policlínica "Casavalle" y "Los Ángeles" (desde 2022) y la Policlínica "Casabo" (desde 2023) del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo, así como los procesos participativos y de construcción de ciudadanía del grupo ApexAndo del Programa APEX, entre otros.

En el año 2024 esta planificación inicial fue superada por el interés que suscitó la propuesta en distintas zonas y departamentos. Se sumaron entonces un curso de promotores juveniles en La Cruz de Carrasco, otro en Montevideo Rural y con otras modalidades en Rocha, Bella Unión y Rivera.

La declaración de interés educativo a este proyecto por parte del Codicen (Resolución N° 1848/2025) fue un aval importante, trabajando conjuntamente con el DSIE Depto de Integración Educativa y DDHH Dpto. de Derechos Humanos de la ANEP.

Durante el año 2025 se continuó ampliando la realización de cursos de Jóvenes con Voz en Rivera, Bella Unión y Salto, así como en Montevideo en Casavalle, La Cruz de Carrasco, Utu Pajas Blancas, Utu Rincón del Cerro, Liceo 43, Liceo 46, Centro Cultural Oeste 11,

Municipio G y Municipio B.

Todas las experiencias descritas se han vinculado fuertemente a las metodologías de Educación Popular y el fortalecimiento de las grupalidades adolescentes.

La realización de un Encuentro de colectivos juveniles de Montevideo en el Hotel del Prado y de un segundo campamento en Punta Espinillo en 2024 fue continuada en 2025 con un Encuentro de colectivos juveniles del Oeste en el Centro de Defensa Agraria, dos campamentos en Atlántida y uno en Parador Tajés. Tanto en el año 2024 como en 2025 la participación de los promotores juveniles en el Congreso de Infancias y Adolescencias fue muy significativa para sus protagonistas.

Se está avanzando en la labor conjunta entre ANEP, ASSE y el Frente Social de Salud para asegurar la continuidad y la ampliación en esta línea. La misma se enmarca en la estrategia de Grupalidades que se viene llevando adelante en acuerdo entre el Frente Social de la Salud, el directorio de ASSE con el apoyo del MSP y algunas áreas de Udelar (ver <https://redmunicipioscomunidadesaludables.com/formacion-en-grupalidades-23-febrero-de-2026/> y EXPERIENCIAS DESTACADAS EN GRUPALIDADES – [redmunicipioscomunidadesaludables.com](https://redmunicipioscomunidadesaludables.com/)).



DR. PABLO ANZALONE

Lic. en Educación, Magister y Doctor en Sociología. Integrante de la Red de Municipios y Comunidades Saludables de Uruguay y del Frente Social de la Salud. Consultor de OPS en Salud Comunitaria.

En 2026 se acordó un plan de trabajo que apunta a ampliar la cantidad de cursos en distintos departamentos del país, potenciando la experiencia.

### RESUMEN DE LA ACTIVIDAD

La generación de espacios colectivos y

*sigue en pág. 18*



viene de pág. 17

participativos de adolescencias responden a una necesidad del tejido social en relación con una población particularmente afectada en diversos planos. Al mismo tiempo apunta a la construcción de valores solidarios, comunitarios y al fortalecimiento de vínculos y entramado social integrador.

El Curso de Promotoras/es Juveniles Jóvenes con Voz tiene como principal actividad la organización de jornadas formativas y de intercambio en distintas zonas del país. Estas zonas son en 2026 los Municipios A, B, C, D, F y G de Montevideo y los departamentos de Canelones, Río Negro, Paysandú, Salto, Artigas, Rivera, Treinta y Tres, Rocha y Maldonado.

El curso tiene 6 módulos que se desarrollan en talleres presenciales, con una dinámica semanal. Existe autonomía para incorporar o jerarquizar temas según las realidades locales a partir de metodologías de Educación Popular. El diseño es descentralizado con la organización a cargo de grupos motores de actores locales comprometidos en la labor conjunta en este plano con apoyo de los referentes nacionales cuando ello sea necesario.

Promotores adolescentes de cada zona acompañados por referentes adultos participarán en los talleres de las demás zonas aportando a los mismos, transmitiendo sus experiencias y fortaleciendo el vínculo en red. Uno de los objetivos es la elaboración de un Diagnóstico Local Joven en cada una de las zonas y el desarrollo de capacidades en este aspecto por parte de los actores locales. La elaboración e implementación de proyectos de promoción de salud es, asimismo, un objetivo prioritario.

### OBJETIVOS:

#### Objetivo General

Promover la formación para la Participación de Jóvenes y Adolescentes para visibilizar, reflexionar y actuar en la mejora del cotidiano vivir de este sector de la población, avanzando en el ejercicio de sus derechos a través de la labor de colectivos, espacios adolescentes y trabajo en red. Es una línea de acción enmarcada en la estrategia de Grupalidades como forma de avanzar en el cambio del modelo de atención y profundización de la APS renovada.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimular el ejercicio de derechos y la construcción de la voz colectiva de adolescentes y jóvenes en sus comunidades que permita un abordaje integral de sus problemas y necesidades.

Promover la participación de adolescentes y jóvenes en las políticas públicas que los involucren a nivel local y nacional, abatiendo las desigualdades existentes.

Desarrollar acciones y vínculos intergeneracionales fortaleciendo el entramado social comunitario.

Ampliar las grupalidades de adolescentes y jóvenes articulando entre el sistema educativo, el sistema de salud, la cultura y el deporte.

### CONTENIDOS

#### 1) MÓDULO: Participación Social Innovadora

– Diagnóstico Local Participativo Joven y Adolescente. Grupalidades adolescentes como Agentes de Cambio. Rol de los Promotores Jóvenes con Vos/z. Espacios Adolescentes y Jóvenes con Vos/z (Escucha e Intercambio de Saberes). Promoción de Exposición de Ideas del Adolescente – Integración Social de las Ideas. Pedagogías de la inclusión y la igualdad. Pedagogías de la memoria. – Coordinación Interinstitucional y Comunitaria. REDES. Espacios de incidencia política y cultural para los adolescentes. Planificación Estratégica. Microproyectos. Relacionamiento con la comunidad. Vínculos entre educación, salud, deporte y cultura en los barrios.

#### 2) MÓDULO: Salud Mental Adolescente. Salud vincular

– Malestares Psicológicos. Soledades. Prevención de Suicidios. Violencias y Convivencia. Desnaturalizando las Violencias en los vínculos, en el hogar, noviazgos, centros educativos, barrios. Inseguridad de los contextos cotidianos. – Diversión Segura. Habilidades Sociales. Problemas en Centros Educativos. Bullying. Acoso. Identidad familiar y antecedentes. Problemas en la familia. Influencia de Internet. Acoso Digital - Consumos de sustancias. Racismo. Xenofobia.

#### 3) MÓDULO: Promoción de Salud en las adolescencias

– Ambientes Saludables. Activos de Salud Comunitarios. Derechos de adolescentes y jóvenes en la atención a la salud. – Nutrición. Acceso a Alimentación Saludable. Imagen y Salud. – Actividad física. Deportes, ejercicios y actividades lúdico recreativas. Pensamiento crítico ante los mandatos del mercado en los medios de comunicación. Desmedicalización y despatologización. – Discapacidades. Accesibilidad. Derechos. Lenguaje de señas. Empatía y solidaridad. Inclusión social y cultural.

#### 4) MÓDULO: Salud sexual integral

Educación Sexual Integral. Género. Diversidad sexual. Derechos. Embarazo no intencional. Enfermedades de Transmisión Sexual. Explotación sexual y trata. Vínculos libres de violencias.

#### 5) MÓDULO: Ambiente y trabajo

– Lo ambiental: el cuidado de la vida. El espacio común/colectivo, los bienes comunes. Vínculos con la naturaleza. Protección del medio ambiente. Agroecología.

– Acceso a trabajo digno. Importancia de Curriculum, Derechos laborales. Seguridad en el trabajo. Oferta y Orientación Laboral. Desafíos de estudiar y trabajar. Proyectos educativo-laborales.

#### 6) MÓDULO: Educación y Cultura en jóvenes y adolescencias

Educación y su alcance en nuestros tiempos. Ampliaciones diversas del tiempo pedagógico. Continuidad en el sistema educativo. Investigación con participación adolescente. Ciencia y realidades cotidianas.

Educación en valores solidarios, par-

ticipativos, comunitarios, en clave de derechos.

Cultura como factor protector y desarrollador de personalidad. Danza, Teatro, Murga, Radio, Comunicación audiovisual. Vida con proyectos.

### METODOLOGÍAS

El curso se desarrolla en formato de taller y se encuadra en un marco de horizontalidad y confianza donde los roles adultos deberán siempre ser habilitantes de la palabra y la autonomía adolescente.

Los contenidos de cada módulo deberán partir de sus intereses, en formato lúdico, integrando recursos didácticos y audiovisuales. Cada taller deberá prestar especial atención a brindar herramientas prácticas para la vida adolescente, de acuerdo a los contextos locales y comunitarios.

Se tendrá en cuenta en el armado de los equipos de formación, en el lenguaje a utilizar, así como en los ejemplos de referencia: la perspectiva de género y diversidad, los contextos de violencias, vulneraciones y discriminaciones que caracterizan los ámbitos vitales de las adolescencias de muchos de los territorios.

Se desarrollarán metodologías de educación popular y se impulsará la investigación desde los jóvenes y adolescentes como abordaje de un conocimiento mayor de determinadas realidades.

En todos los cursos se realizarán previamente Encuentros de Escucha locales para recoger las preocupaciones, priorizaciones y formas de abordaje que respondan a las realidades particulares, incluyéndolas en la curricula de cada curso.

Estudiantes universitarios de distintas disciplinas podrán acompañar este proceso de formación comunitaria como parte de su actividad curricular.

Se invitará a todos los participantes a asistir a Seminarios virtuales sobre Diagnóstico Local Participativo y Planes de Acción que se implementará para todas las franjas etarias. Se articulará con cursos de formación de promotores comunitarios adultos de acuerdo a cada realidad. Los proyectos, acciones y eventos intergeneracionales serán priorizados promoviendo el vínculo empático entre generaciones y el fortalecimiento del tejido comunitario.

La realización de los cursos se complementa con la implementación de Encuentros Regionales y Campamentos donde se puedan compartir los intercambios integrando a los colectivos participantes de los cursos utilizando metodologías lúdicas.

Esta línea de trabajo tiene también una dimensión regional a través de la Red de Municipios y Comunidades Saludables, del Movimiento de Municipios Comunidades y Ciudades Saludables y del Grupo Jóvenes Por la Salud. Apoyado por OPS el MMCCS ha aprobado la propuesta de la Red MCS Uruguay de creación de una Comisión Temática de Participación Social a nivel regional. En este ámbito se realizó a fines de 2025 un llamado a la presentación de experiencias de participación social local bajo la forma de videos breves. El resultado inicial

fueron 74 experiencias de 11 países que conforman la videoteca regional. Está prevista la ampliación de estas convocatorias y la realización de encuentros regionales de dialogo entre experiencias de participación social en distintos países durante 2026.

### PRODUCTOS DEL CURSO

– Se propondrán diferentes formatos (poster-papelógrafos, audiovisual, creación plástica, escena teatral, fotografía, etc.) como evaluación final con la presentación colectiva en cada instancia.

– Relatoría de los encuentros desde las miradas adolescentes participantes y las personas

adultas que acompañan las jornadas.

– Producciones plásticas, fotográficas o audiovisuales de los cursos y encuentros.

– Convocatoria a muestras de expresiones artísticas de los jóvenes promotores.

– Diagnóstico local realizado por adolescencias.

– Elaboración de proyectos-planes sobre acciones futuras en promoción de salud.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

– Anzalone, P. (2024) Una Red de Jóvenes con Voz. Semanario Crónicas. Disponible en: Una Red de Jóvenes con Voz/s

– Calmels, D. (2023). Jugar. Un estudio de las prácticas lúdicas. Buenos Aires. Paidós.

– Codicen (2025) Declaración de Interés Educativo a “Jóvenes con Voz”. Disponible en AAA0250221848.pdf

– Codicen. Resolución declarando de interés educativo a Jóvenes con Voz. res-1848-2025\_exp-2025251001184.pdf

– Falco, G, Anzalone, P, Ibañez, R. (2024) Formación de promotoras y promotores, y red de jóvenes con voz/s. La Diaria 16 set/2024. Disponible en Formación de promotoras y promotores, y red de jóvenes con voz/s | la diaria | Uruguay

– García, A. (2020). Entretejiendo miradas, relatos entre Educadores Populares, niños y niñas. Colección Sociedad en Movimiento. Editorial Universidad Nacional de Luján.

– Intendencia de Montevideo (2024) Campamento de la Red de Jóvenes y Adolescentes con Voz/s. Disponible en Campamento de la Red de Jóvenes y Adolescentes con Voz/s | Portal institucional

– Lutereau, L. (2021). Esos raros adolescentes nuevos. Buenos Aires. Paidós.

– OPS (2025) Jóvenes con Voz/s: OPS apoya la formación de nuevos promotores comunitarios de salud en Uruguay. Disponible en Jóvenes con Voz/s: OPS apoya la formación de nuevos promotores comunitarios de salud en Uruguay - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. -Red de Municipios y Comunidades Saludables. (2021). Construyendo salud desde los territorios. Disponible en Red de Municipios y comunidades saludables - Construyendo salud desde los territorios - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

– Torrado, C.; Di Landro, G. (2015) Adolescencias saludables, Presente, de la Serie Prácticas y Saberes Nro. 4, Programa APEX, Universidad de la República. Nro. de páginas: 92. Editorial: APEX/UDELAR, Montevideo.



# El tránsito problema de todos; solución entre todos, todos ayudamos

Este tema me ha preocupado desde los últimos 30 años del siglo XX y cada vez me preocupa más, en los casi 30 años del Siglo XXI.



**AC. DR. NESTOR CAMPOS PIERRI**  
*Prof. Ad Honorem*  
 Fac. Medicina (UDELAR)  
 Integrante de la Academia  
 Nacional de Medicina  
 Ex-Docente libre Escuela  
 Graduados Fac. Medicina  
 Integrante Com. Bioética I  
 Investigación CENUR Lit. Norte  
 Presidente Colegio Médico  
 del Uruguay 2015-2018

Se le llamo la enfermedad olvidada del siglo anterior y a cómo va será, la enfermedad olvidada de los siglos XX y XXI.

Esta temática, es muy extensa, trataré de señalar algunas cosas, ya que, si no, la nota sería muy extensa, y capaz menos leíble.

Fui Cirujano e Intensivista, vi todos los desastres del tránsito, vidas jóvenes perdidas, familias destrozadas. secuelas invalidantes, perdidas materiales de centenares de miles de dólares / año, gastados por la sociedad, y que lo pudiéramos utilizar en mejorar nuestra sociedad en varios aspectos que realmente necesitan muchos recursos materiales.

Publique en El Diario Medico (EDM):

- EDM No. 253. Abril 2022. El trauma la enfermedad olvidada. Siniestros de tránsito.

- EDM No. 284. Noviembre 2024. Que nos está pasando en el tránsito.

“La reducción de los siniestros de tránsito no depende de una sola medida, sino de un enfoque de salud pública. La evidencia internacional muestra que los países que lograron bajar la mortalidad aplicaron 4 pilares: velocidad, alcohol, infraestructura y fiscalización.”

Muchos de ellos hemos aplicado y otros serán de futuro. Aunque la infraestructura se esta trabajando, doble vía, rotondas, banquetas adecuadas, carriles dobles especiales, ciclovías por ejemplo, pasajes para peatones que eviten las rutas, adecuada iluminación de sectores que lo ameriten. etc.

“El tema es que cuando se diseñan los espacios, tienen que diseñarse con criterios de seguridad.”

Esto es muy importante ya que cada vez tenemos mas vehiculos circulando en forma simultanea.

“Naciones Unidas en su diseño de Acción por la Seguridad Vial establece

que se debe trabajar en cinco pilares básicos, y que son los vehículos más seguros, las vías de tránsito más seguras y la fiscalización permanente, constante, con sanciones efectivas que retiren a los conductores riesgosos o peligrosos de las vías de tránsito.”

Por eso hoy la OMS dice: “La velocidad es el principal factor de riesgo en siniestros de tránsito.” No dice “agravante”, dice factor de riesgo para que ocurra el siniestro.

Esto lo señalo por que en algun momento se dijo que la velocidad no era causa de siniestros de tránsito, pero que si producían, era mayores las consecuencias.

Por qué la velocidad PRODUCE el siniestro (no solo agrava):

- o Disminuye el tiempo de reacción útil, a mayor velocidad, más metros recorre el auto durante el tiempo de reacción (distancia de percepción—reacción). Si duplicas la velocidad → la distancia de frenado se cuadruplica.

- o Muchas colisiones ocurren porque el vehículo no logra detenerse a tiempo.

- o Reduce el campo visual, vision túnel. Menor visión periférica, menor capacidad de detectar peatones, motos, bicicletas, menor capacidad de corregir la trayectoria. Esto está muy estudiado en oftalmología del tránsito.

- o Las consecuencias son mayores por la energía cinética, recordar que la velocidad es mas significativa que la masa, depende del cuadrado de la velocidad.

- o “No es lo mismo chocar, que chocar rápido.” “La velocidad determina la probabilidad del siniestro y la probabilidad de muerte.”

Aparentemente colocamos muchos radares de control de velocidad en las rutas y en vías ciudadanas donde se presta para que los conductores aceleren.

Tenemos muchos miles de vehículos móviles, cada vez más, con una infraestructura vial con pocas modificaciones al respecto.

Hemos aumentado el número de siniestros graves de tránsito que día a día los medios nos muestran.

Y como dice el titulo de esta nota, reflexión, el tránsito es un problema de todos y todos debemos ayudar,

No nos podemos entregar, la idea de esta nota no es criticar, si no sumar, unirme con lo que puedo ayudar.

No es culpar a nadie, si no reflexionar algunos aspectos que creo puedan servir.

Reitero, esta problemática es de todos y todos tenemos que ayudar, y sobre todo los que circulan.

“La seguridad vial no es un problema de tránsito. Es un problema de salud pública, de justicia y de responsabilidad colectiva.”

En el último año 2025, la cantidad total de siniestros en las calles y rutas del país



ascendió a 22.482, frente a los 21.597 registrados en 2024. Como consecuencia directa de esta escalada, el número de personas lesionadas también experimentó un incremento, pasando de 27.300 a 28.342 heridos.

No obstante, los motociclistas representaron en promedio el 33% del total de usuarios fallecidos, hay números que los llevan a más del 50%.

El 81% de los motociclistas utilizaban casco al momento del siniestro, aunque con variaciones según el departamento.

Valores estables del indicador con leve reducción del 0,68% respecto al 2023 (de 1,46 a 1,45 fallecidos cada 10.000 vehículos).

Total de heridos 23.833, leves 35%, 4038 lesiones de gravedad, 471 fallecidos, la mitad de ellos motocicletas, automoviles y camionetas 26%, peatones 26%.

En los conductores solo el 5,5% eran positivo la medición de alcohol

De 20- 24 años , 16,1% de los fallecidos, datos 2025

En la web se pueden conseguir todos los datos que quieran.

En 2011 Uruguay firmo un acuerdo, ONU, para reducir el numero de siniestros en tránsito, pero por el momento venimos fracasando en un porcentaje muy elevado.

En este momento se esta discutiendo si hay que bajar o no el costo de las multas, y que hacer con este dinero.

Me preguntaria los radares estan bien ubicados y las velocidades que permiten son las adecuadas?

Los cambios de velocidades, se ven adecuadamente ?

Si estamos convencido de lo anterior, me afilio a no bajar el costo de la multa, ya que si esta todo bien, el que comete una infracción debe ser castigado. Solo con dinero ?, ya que para una persona solvente y otra con menos capacidad económica, la pena no es igual.

Una pequeña, disgregación sobre los birrodados, en especial las motos.

El cuerpo es la carrocería. El cuerpo recibe la energía directamente.

A igual velocidad, la probabilidad de morir en moto es 10–20 veces mayor que en auto. Va haber cada vez mas motos en Uruguay y Latinoamérica, porque son baratas, consumen poco, se financian fácilon herramienta de trabajo (delivery, cadetería), mermiten moverse rápido en ciudad, etc. Muchos vehículos vulnerables circulando aumenta los lesionados graves.

El auto no ve la moto. Auto gira a la izquierda y choca moto de frente, auto sale de estacionamiento embiste moto circulando, auto cambia de carril y la moto esta en punto ciego, cruces. El conductor del auto se baja sin mirar por el espejo retrovisor y la moto se lleva puesta la puerta. No es solo imprudencia, es problema perceptivo, el cerebro detecta peor objetos pequeños y rápidos.

El tema de conducción bajo los efectos del alcohol, creo que esta bien laudado y muy de acuerdo con la política de cero ingesta.

“Es importante tambien, controles aleatorios masivos (no solo nocturnos), controles también en drogas (cannabis, cocaína, benzodiazepinas)”.

Las causas de los siniestros de tránsito, estan bien documentados y voy a señalar, en mi muy modesta opinión, aquellos que creo que son significativos y a veces no son tenidos tan en cuenta

## •PREPARACION TEORICA DE LOS CONDUCTORES:

¿Es suficiente lo que se enseña.?

Creo que para circular en ciudad es adecuada tanto en la teoría como en la práctica, así como cuando se toman las pruebas para certificar dichos conocimiento.

Creo que para circular en rutas y diferentes tipos de carreteras en insuficiente, en los dos aspectos teóricos y prácticos.

Recordemos que los siniestros de tránsito mas importante en cuanto a lesionados y muertos, son justamente

*sigue en pág. 20*



viene de pág. 19

en esta area.

Si bien tengo mi licencia de conducir vigente, he resuelto no manejar mas en rutas (80 años) y me ha permitido ser critico con respeto al manejo de la gente, y lo que me parece que muchas de las faltas es por insuficiencia de conocimiento. Esto lo hago cuando viajo de copiloto de Montevideo a Salto, mi ciudad natal y recuerdo que son 500 kms., voy a sugerir aquello que por experiencia (lo que veo en las rutas), me parece que puede ayudar.

Enseñar manejo en rutas en lo teorico: lineas amarillas; no parar o levantar peatones en la cima de un cerro; al subir una pendiente, aminorar la marcha, puede venir en sentido contrario otro vehiculo o puede ir en el mismo sentido a una menor velocidad y lo embiste de atrás, etc.

El manejo en diferentes materiales de la ruta ( bituminoso, pedregullo, barro, etc.

Situacion climatica: Lluvia, neblina, etc. Disminuye la vision, aquaplane (pierden los neumaticos adherencia al suelo), precisa mayor distancia para el frenado, etc.

No voy. señalar todas las posibilidades ya que no es la intencion de esta nota.

Como controlamos la parte practica, el salir a la ruta con el que te otorgara la licencia, es un poco dificil, pero que cada Intendencia departamental compre un simulador, que inclusive te da un puntaje totalmente objetivo, es posible.

Esto no es un gasto, sino una inversion, ya que disminuira los gastos ocasionados por los siniestros, sin contar el numero de vidas que se salvarian.

Con respeto a la educacion de todos: conductores, acompañantes, peatones, seria bueno asociar grupo de discusión (similar a alcoholicos anonimos) que permita concientizar a todos de los riesgos del tránsito, y las medidas que deben practicar, por ejemplo cuantos saben que conducir de noche aumentan mas del 60% la incidencia de siniestros.

Vemos muchos peatones en ruta caminan en la direccion de los vehiculos, aumentando la posibilidad que los

embistan de atras, asi que siempre caminar del lado que vemos los vehiculos, contrario al tránsito.

Algo que veo a menudo, que un vehiculo grande por lo general camion de carga, a veces de varias toneladas, se desplaza por una ruta y se genera una caravana detrás del mismo, y siempre aparece un conductor ansioso, que infinge una norma y produciendo un grave riesgo en el grupo, es preferible estar seguro, que correr ningun peligro.

Siempre cruzar con semaforo en verde, pero igual detenerse algo en el mismo, ya que por la mano que esta en rojo, puede venir un conductor distraido, o un vehiculo escapando de la autoridad y nos choca sin que sea nuestra culpa, pero nos lesiona a nosotros o a nuestros acompañantes. Asimismo debemos oír lo que pasa en el medio que nos rodea, si llevamos los parlantes muy altos y todo cerrado, podemos no escuchar algo que nos puede lesionar desde el exterior del vehiculo.

Lo unico que me tiro el alma abajo, es: "No, las medidas educativas está demostrado que no mueven la aguja en seguridad vial."

"El Banco Mundial publicó un estudio que hizo de cuáles medidas eran efectivas y cuáles no, tomando en cuenta todo lo que se había publicado y se había intentado a nivel global y demostró claramente que las medidas educativas de concientización, las campañas de concientización no tienen efectos salvo en casos puntuales y específicos y que no vale la pena insistir en ello."

Tendremos que cambiar la estrategia de la educación sobre prevencion de siniestros de transito?

### • CONDUCIR CON SUEÑO

Muchisimos siniestros graves a diario, no tengo dudas que esta es la causa.

Esta estudiado que el sueño, disminuye la respuestas, es como si conducis alcoholizado.

Hay muchos estudios científicos con respeto a esta tematica que asi lo avalan.

Cuando uno piensa que tiene sueño, tiene que parar y si manejas un omnibus o un camión esto es mas imperioso.

bus o un camión esto es mas imperioso.

Esto explica muchos siniestros, como, invadir la senda contraria, despistes y vuelcos, y muchiimos mas.

Es preferible llegar mas tarde, despues de dormir aunque sea poco tiempo ya que renueva tu atencion, que no llegar o "matar" a uno o varios inocentes.

### • PERDIDA DE ATENCION

La atención se pierde despues de realizar algo monotomo, como estudiar, manejar, etc.

Por eso cuando se realizan viajes prolongados es aconsejable, parar, caminar o cambiar de conductor.

En los viajes, hasta que uno no llegó a destino, se debe mantener la misma atención, en general cuando faltan pocos kilometros del destino, hay tendencia a disminuir la atencion, explicaria como un cofactor que la mayoría de los siniestros son cerca de las ciudades, ya que se piensa que el viaje terminó, esto ha sido estudiado y corroborado en nuestro país.

Un tema que hay que señalar, en la atención del conductor, el uso de telefonos moviles, los vehiculos modernos poseen sistemas que te traducen lo escrito a oral y podes escuchar por el parlante del auto. Lo mejor seria no usarlo, pero esto puede ayudar.

### • CARTELERIA O SEÑALETICA EN LAS RUTAS

El cartel debe señalar, lo que pasa en ese momento, `si el cartel dice una cosa y no existe lo que señala pasa a ser un "cartel mentiroso", y como al mentiroso aunque en algun momento puede decir una verdad, después no le crees.

A la salida de Salto antes del puente sobre el río Dayman, hay un cartel que dice: "Pare control Policial"; y ese control hace muchos años que no se realiza.

"Gente trabajando" o similares y no vez a nadie, todo eso lleva que el conductor deja de hacer caso a la señalética.

### • USO DE CASCO EN BIRRODADOS; USO DEL CITURON, SISTEMA DE RETENCION INFANTIL

Son medidas de prevencion secundarias, si el siniestro se produce, intenta reducir las consecuencias.

En Uruguay el problema es: casco mal abrochado; niños sin silla de contencion adecuadamente instalada; cinturón atrás no se usa por lo general, se cree que es mas importante el del asiento delantero. Es importante que todos los pasajeros utilicen cinturones y que no salgan despedidos del vehiculo.

Insistimos en el casco de los birrodados, sobre todo en las motos. En trauma se ve mucho, casco sin abrochar, casco tipo "sandía", casco abierto, casco viejo. Y pasa esto, en el impacto el casco sale volando, llevando al TEC grave

El casco bien usado reduce: 40% mortalidad y 70% TEC grave, cuantos conductores realmente estan convencidos de esto.

Cuantos llevan la luz prendida? no es para ver, es para que te vean.

"el tema es que si uno se enfoca en tratar de mejorar la seguridad vial y en fiscalizar un único factor fracasa. Porque los siniestros, la enorme mayoría, si uno los analiza en detalle y no buscando el culpable nada más, va a encontrar que hay múltiples factores que incidieron en su ocurrencia."

Hay que respetar y proteger a un fiscalizador del tránsito (policia o inspector), recordar, no es tu enemigo, es un representante de la sociedad que esta trabajando para evitar un siniestro de transito o gracias a ellos pueden haber evitado, tu muerte o de algun ser querido.

Esta propuesto un Fondo Nacional de Seguridad Vial, para uso de la UNASEV.

Será el coordinador de los organismos y entidades públicas y privadas comprometidas con la seguridad vial e implementa el plan de acción de la seguridad vial del Gobierno; su misión es prevenir y reducir los siniestros de tránsito.

Es la Dirección encargada del manejo y la gestión de la información y el conocimiento relacionado con la seguridad vial en el país. Apoya y orienta el diseño, monitoreo, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en Seguridad Vial.

Creo que lo que se recaude de multas y otros deberían ir para la promoción e información permanente, sobre este flagelo que día a día cobra víctimas, repito permanente, ya que en nuestro país hay movimientos muy buenos, como el MAYO AMARILLO, pero son transitorios y no permanente como creo que es necesario.

Los medios de difusión deberían comprometerse también en la información y capaz que sería adecuado de que una vez que se conozca la causa del siniestro comunicar al público, ya que sería de mucha enseñanza para evitar o minimizar esa causa.

No utilice el termino de accidente de tránsito, sino siniestro. El accidente es algo fortuito sin causa, pero los siniestros son siempre causados por algo y ahí que sean prevenibles.

Reitero lo del encabezado de la nota, **TRANSITO PROBLEMA DE TODOS, COMPROMISO DE TODOS**, para minimizarlos en su número como en sus consecuencias. Creo que esto puede llevar a un compromiso de todos.







# NO SOMOS RAROS... SOMOS URUGUAYOS.



MARCIANO DURÁN

En el "Plan de lectura" programado para esta semana con más tiempo para leer, comparto la actualización de los Uruguayos Incoherentes.

URUGUAYOS INCOHERENTES DE AMÉRICA Y DEL MUNDO (actualizada)

Somos distintos.

Somos uruguayos.

Por lo tanto, incoherentes.

Y no sólo porque tenemos un Penal de Libertad, un Arroyo Seco, un Cerro Chato y un Estadio Charrúa en medio del Parque Rivera.

Somos incoherentes por mucho más que eso.

Por ejemplo, hay llamadas en Montevideo, en Durazno y en San Carlos... ¡Pero no hay llamadas en Tambores!

Vean... ¡la edificación más importante de este país la hizo un tipo de apellido Scasso!

¿Ustedes pueden creer que una plaza que se llama Cagancha no tenga baño?

¿Cómo entender que la OFI sesione en Montevideo?

¿Alguien me puede explicar cómo es posible que los montevideanos cada vez que vienen al interior digan que van para afuera?

¿Cómo entender que Aguas Dulces tenga solo agua salada, que por Tarariras no pase ningún río, que después de La Paz vengan Las Piedras, que los duraznos sean de Canelones, y que en la Isla de Flores no haya ni siquiera un cartucho?

¿Cómo entender que los "Treinta y tres orientales" hayan sido como cuarenta,

o que un húngaro nos hizo el himno nacional?

Sí, es entendible; después de todo vivimos en un país que ni nombre tiene.

Sólo sabemos que nuestra república está al oriente de un río llamado Uruguay.

Definitivamente somos una manga de incoherentes.

Por donde nos busquen.

Por ejemplo, veamos un poquito la política uruguaya:

Rubio no sólo que no es rubio, sino que, como si fuera poco, es calvo.

¡Blanco era colorado!

Iglesias no va a misa y Ache no tiene hache.

En cualquier tema sucede lo mismo.

¿Cómo se llama la banda que gusta más?

"No te va a gustar".

El escudo de Florida dice "Libertad y Progreso".

Pero Libertad está en San José y Progreso en Canelones.

El Fata Delgado está cada vez más gordo.

El músico que anda más clarito es el Negro Rada.

Carrero anda en auto.

Peinado no tiene un pelo.

Casal es uno solo, Viudez es casado.

Carrasco es del campo y Del Campo es de la ciudad.

Hornos era un jugador frío, Rocha de Salto, Peña de Nacional y a Gesto nunca se le movió un solo músculo de la cara.

Somos raros...

La mitad de los habitantes de mi país nació en Montevideo junto al puerto...

pero ellos no son porteños; para nosotros "porteños" son todos los argentinos, incluyendo los que nacieron en el medio de la Pampa.

Somos raros...

Mi país no tiene términos medios: el 80 por ciento siempre llega tarde y el 25 por ciento restante hace cola para todo.

Eso sí... somos bastante buenos para las matemáticas.

En mi país al único lugar que llegamos en hora es a los entierros.

Y eso siempre y cuando seamos el muerto.

¿Incoherentes?

A la Playa Chihuahua en Punta del Este se puede ir desnudo... ¡pero no se puede llevar perros!

¡En Tres Cruces hay una sola cruz, la Piedra Alta es más baja que un eucalipto

y en Empalme Olmos plantan peras!

El Goyo Álvarez podría haber muerto cualquier día. Tenía trescientos sesenta y cinco días para elegir. Es más, se murió en un año bisiesto. O sea: tenía trescientos sesenta y seis días para elegir.

Pero se murió el 28 de diciembre: ¡el Día de los Inocentes!

¡El lugar más al sur del Uruguay es Punta del Este! ¿Esa ciudad no debería llamarse Punta del Sur?

El periodista de TV que les habla mejor y más suave a los invitados es Antonio Ladra.

Dicen que el que los escuchaba mejor era el Sordo González.

¿Usted sabe en qué mes se fundó San José de Mayo?

¡No! Error. San José de Mayo se fundó en junio.

Somos raros...

Tenemos una carnicería que se llama El Novillo Alegre.

Alegre estará el que está en la otra punta del tenedor, el que se come al novillo.

¿Cuál es el cuerpo del ejército más duro y más rígido?

¡Los Blandengues!

Uno de los compositores más prolíficos es Fernando Condon.

Claudio Rojo es negro.

El Cuarteto de Nos tiene cinco integrantes (y eso no está bien)

La Radio Rural está en pleno Montevideo.

Los gurises de nuestras selecciones juveniles estaban a cargo de un Coito.

¿Un coito con menores?

¿Un coito con niños en los vestuarios? Lamentable.

Muslera usa visera y Vizera usa muslera.

Durante mucho tiempo el campeonato que abría el año en nuestro país era el Clausura y el que lo cerraba era el apertura.

¿Tienen idea de cómo se llama la Escuela Nacional de Vitivinicultura?

¿Escuela de Vitivinicultura, Calidad y Estilo?

¡No!

La escuela de Vitivinicultura de este país se llama: Tomás Berreta.

Y el año pasado llegó el Frente Amplio al gobierno y fue peor:

Pusieron a Sastre en la Dirección Nacional de Aguas. ¡Ese cargo era de Ríos, pero no: a Ríos lo mandaron al Ministerio de Salud! ¡Sastre a Industria!

¿Danza como presidente de ASSE en vez llevarlo al SODRE?

Podrían haber probado con Bailón, pero no, la mandaron a la ANEP.

¿Fachola en el Ministerio de Economía?

Bue...

¿Un Porro en Relaciones Exteriores?

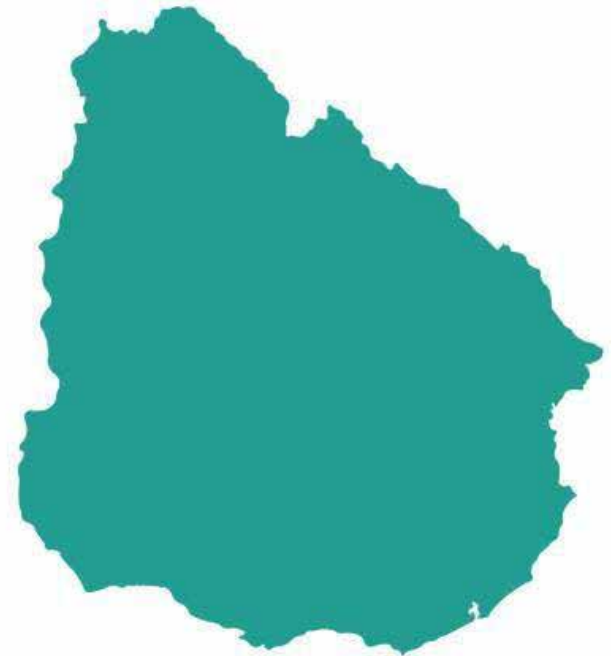
¿En serio?

¡Están de vivos!

Mi última pregunta:

¿Cómo no se dieron cuenta de que la directora nacional de Bomberos -la comisario Vasconcellos- tendría que haber ido al Correo?

Incoherentes, completamente incoherentes.





EL PEREIRA ROSSELL AVANZA

# Presidente de ASSE visitó el Pereira Rossell y recorrió las obras que se realizan

El Centro Hospitalario Pereira Rossell está refaccionando sus instalaciones. El director del hospital, doctor Gustavo Giachetto y la arquitecta Fernanda Bayardi guiaron al doctor Álvaro Danza, presidente de ASSE, quien visitó las obras.

El presidente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Álvaro Danza, recorrió las instalaciones del Centro Hospitalario Pereira Rossell para interiorizarse del avance de obras y refacciones que apuntan a fortalecer la atención pediátrica y materna en uno de los centros de referencia del país.

Durante la visita, Danza estuvo acompañado por el director del hospital, Gustavo Giachetto, y por la arquitecta Fernanda Bayardi, integrante del equipo técnico responsable de los proyectos en ejecución.

La recorrida se centró principalmente en el área del Hospital del Niño, donde, según explicó Danza, se avanzó tanto en

la planificación del plan invierno como en la evaluación de nuevas infraestructuras que ya se encuentran en etapas muy avanzadas: "Hoy tocó recorrida a uno de los hospitales emblemáticos de ASSE. Estuvimos trabajando con el equipo de gestión y conversando sobre la planificación del plan invierno, que ya está muy bien encaminada, y también recorriendo las obras nuevas que se vienen", expresó.

El jerarca destacó especialmente la construcción de un nuevo policlínico de 450 metros cuadrados que contará con 13 consultorios, así como la incorporación de diez salas de internación que totalizan 420 metros cuadrados. Estas salas estarán diseñadas para albergar



hasta 20 pacientes y contarán con baño individual: "Como queremos en ASSE, para dignificar la atención, para dignificar la calidad del trabajo y para atender mejor a nuestros usuarios y estar cada vez más cerca de sus necesidades", subrayó.

Giachetto, por su parte, valoró el impacto que tendrán estas obras en el funcionamiento global del hospital: "Creemos que las obras que se están haciendo serán un salto cualitativo en la atención ambulatoria, en la organización, y un aporte a la calidad en las salas de internación", afirmó. En esa línea, destacó que la incorporación de habitaciones con baño privado marcará un cambio sustancial en las condiciones de internación: "Por primera vez tendremos salas con baño privado para los pacientes, lo que significa avanzar en una atención más humana y empática".

Desde el área técnica, Bayardi brindó detalles sobre el alcance de las intervenciones y el trabajo que viene desarrollando el equipo de arquitectura del hospital: "Como parte del equipo de arquitectos del Pereira Rossell, estamos ejecutando dos obras importantes en este momento", explicó. En relación al nuevo policlínico, indicó que se trata de "un policlínico polivalente de 13 consultorios que, sumado a los existentes, permitirá alcanzar más de 30 espacios de atención, mejorando significativamente la capacidad de respuesta ambulatoria".

La arquitecta también detalló que esta área incluirá una sala de procedimientos,

espacios destinados a funcionarios y servicios para los usuarios, lo que permitirá optimizar la circulación y la organización interna del centro de salud: "La obra consta de 450 metros cuadrados y está pensada para integrar y potenciar lo que ya funciona en planta baja", señaló.

En cuanto al sector de internación pediátrica, Bayardi explicó que se trabaja en el segundo piso en la generación de diez nuevas salas: "En el área pediátrica estamos creando diez salas de internación, con un total de 420 metros cuadrados, cada una con duchas individuales, además de áreas específicas para acompañantes y para el equipo médico", precisó. Asimismo, agregó que el proyecto incluye un sector de cuidados moderados con capacidad para diez camas, así como intervenciones complementarias en áreas de apoyo.

"La idea es generar espacios más adecuados tanto para los pacientes como para sus familias y para el personal de salud, mejorando no solo la infraestructura sino también las condiciones de trabajo y de atención", sostuvo.

Las autoridades coincidieron en que estas obras, cuya finalización está prevista para fines de mayo, representan un paso clave en el proceso de modernización del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Se trata de intervenciones que no solo amplían la capacidad instalada, sino que también incorporan criterios de calidad, confort y humanización, alineados con los objetivos estratégicos de ASSE.





## HOSPITAL DE CLINICAS

# Uruguay desarrollará nueva terapia celular para tratar cánceres hematológicos

El convenio firmado entre el Hospital de Clínicas y el Instituto Nacional de Donaciones y Trasplantes (INDT) significa "un salto cualitativo para el país", aseguró la ministra de Salud Pública, Cristina Lustemberg. El objetivo es desarrollar terapias celulares innovadoras para tratar diversos tipos de cánceres hematológicos, informó, por su parte, el director del Clínicas, Álvaro Villar.

La firma del acuerdo se concretó este miércoles 8 en la sede del Ministerio de Salud Pública, a fin de establecer criterios generales para aplicar en el funcionamiento del Centro de Producción de Terapias Avanzadas (Ceprotea), donde se desarrollarán terapias celulares innovadoras, "que están dando muy buenos resultados en el resto del mundo", adelantó Lustemberg.

La secretaria de Estado repasó las etapas por las que atravesó la creación de este centro, que data del año 2017, y detalló la misión específica del instituto "Este Gobierno tiene como objetivo llegar con salud de calidad y oportuna

a todos los que la necesiten", subrayó.

Tratamiento innovador en Uruguay Villar, en tanto, detalló que este laboratorio de alta tecnología trabajará en terapias celulares que serán utilizadas en tratamientos de algunos tipos de cáncer hematológico. "Es una técnica de avanzada, muy compleja que estará a disposición de nuestros pacientes", dijo.

Explicó que este tipo de terapias lograron resultados muy buenos a nivel mundial y también en los primeros casos aplicados en la fundación Pérez Scremini, en Uruguay. Por eso, el acuerdo implica mejorar el acceso de toda la población a estas terapias y extenderlas a otros tipos



de cánceres.

En la mesa de oradores, también estuvieron presentes, la encargada del

instituto, Adriana Tiscornia, y la responsable de la cátedra de Hematología de la Universidad de la República, Sofía Grille.

## MSP presentó estrategia en salud mental hacia 2030 para "superar definitivamente el paradigma biomédico en la atención"

**MONTEVIDEO (Uypress)-** El Ministerio de Salud Pública (MSP) presentó su "estrategia nacional de salud mental y bienestar 2025-2030", documento que apunta a "superar definitivamente el paradigma biomédico, tutelar, asistencialista y asilar en la atención" del tema, que abarca "parte de la propuesta" del gobierno de Orsi en la materia.

"A través de esta estrategia se busca avanzar en la consolidación del modelo de atención comunitario propuesto por la Ley de Salud Mental [de 2017], con fuerte anclaje territorial y con enfoque de derechos humanos, apuntando a superar definitivamente el paradigma biomédico, tutelar, asistencialista y asilar en la atención de la salud mental", indica el documento, con fecha de noviembre de 2025 pero publicado en la web del organismo este martes.

Además de la mencionada norma, se integran y "potencian las líneas ya trazadas" por documentos elaborados en el gobierno anterior, del presidente Luis Lacalle Pou: el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 y la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025.

El MSP indica que la estrategia nacional que elaboró "comparte el marco conceptual" con el primero de esos dos últimos documentos, "haciendo énfasis en los determinantes sociales y la conexión social en su sentido más amplio".

"Esto implica promover redes que contrarresten la desconexión social desde un enfoque integral e inclusivo, articulando el rol de la salud con los demás componentes esenciales en la vida de las personas", profundiza la publicación.

De esta manera, el Ministerio de Salud considera que, "además del énfasis" en el derecho y bien colectivo, la "idea fuerza" de la estrategia 2025-2030 son "las conexiones sociales como pilares de la salud mental".

Para avanzar hacia un modelo de atención basado en esos principios, la cartera propuso siete líneas estratégicas que "orientan las acciones desde el sector salud y los distintos actores sociales".

Estas son: rectoría y gobernanza; interinstitucionalidad/intersectorialidad; atención integral basada en un enfoque comunitario; promoción, prevención y participación comunitaria; gestión humana, formación y capacitación; monitoreo y evaluación, y prevención de la conducta suicida.

Así, se presentan más de 50 medi-



das a través de esos siete ejes para implementar. Entre ellas, se incluye el fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento en Drogas; garantizar la atención de calidad al inicio de la vida y durante los primeros años; atender a personas con la Condición del Espectro Autista; comunicar y sensibilizar "contra el estigma en salud mental"; implementar programas de prevención del uso problemático de drogas en el ámbito educativo; impulsar la investigación en

materia de "salud mental digital"; capacitar para el abordaje de la prevención de suicidios; diseñar e implementar la formación para referentes comunitarios, y mejorar el sistema nacional de vigilancia, evaluación e investigación relacionado con la conducta suicida. MSP: Estrategia Nacional de Salud Mental y Bienestar 2025 2030 by José Legaspi

**Foto: Santiago Mazzarovich / adhoc-FOTOS UyPress - Agencia Uruguaya de Noticias**



## NUEVO TOMÓGRAFO

# Paysandú suma un nuevo tomógrafo que mejora el acceso al diagnóstico en el hospital departamental

La ministra de Salud Pública, Cristina Lustemberg, participó junto al presidente de ASSE, autoridades del organismo, el intendente de Paysandú Nicolás Olivera, legisladores departamentales, autoridades del Hospital de Paysandú, representantes del CUDIM, de COMEPA y equipos de salud, en la inauguración de un nuevo tomógrafo en el hospital departamental, en el marco de una recorrida por el departamento.

Durante la inauguración, la ministra destacó la importancia de recorrer el territorio para conocer de primera mano la realidad de los servicios. "Una de las mejores maneras de conocer realmente el funcionamiento del sistema es recorrerlo de forma directa y, sobre todo, conversar con quienes día a día sostienen la atención", señaló. En ese sentido, subrayó que estas instancias permiten "escuchar necesidades en terreno, comprender las dificultades que enfrenta el sistema y recoger propuestas que ayuden a mejorar la calidad, la cobertura y el acceso a la salud".

La incorporación del tomógrafo representa un avance significativo para el hospital departamental y para los más de 65 mil usuarios de ASSE en Paysandú, al fortalecer la capacidad de diagnóstico en el propio territorio. Hasta el momento, los estudios de tomografía se realizaban mediante la compra de servicios a prestadores externos, lo que implicaba traslados, coordinaciones y, en algunos casos, demoras en la atención.

"El tomógrafo ya no es un equipamiento especializado, sino que es un instrumento más del arsenal diagnóstico de imagenología", afirmó Lustemberg, y agregó que se trata de una herramienta "muy necesaria para mejorar la oportunidad y el acceso a la resolución

de problemas de salud que requieren una tomografía para tomar decisiones terapéuticas".

El presidente de ASSE destacó el impacto de esta incorporación en la capacidad de respuesta del hospital. "Este tomógrafo permitirá aumentar la resolutivez del hospital, dando respuesta a patologías traumáticas, oncológicas y cerebrovasculares, entre otras, fundamentales para una atención de calidad".

Asimismo, subrayó el alcance territorial del nuevo equipamiento. "Es un equipo que está en el hospital, pero es para todo el departamento: usuarios de localidades como Guichón o Young ya no tendrán que recurrir al sector privado para realizarse estos estudios".

La ministra remarcó que el nuevo equipamiento permitirá optimizar los tiempos de atención y mejorar la respuesta ante situaciones de urgencia y de coordinación. "Fortalece la capacidad diagnóstica y acelera decisiones clínicas tanto en emergencias como en consultas coordinadas", expresó. Asimismo, indicó que su puesta en funcionamiento contribuirá a "mejorar la calidad de atención, evitando demoras y traslados innecesarios".

El Hospital de Paysandú es un centro de referencia en la región, con una alta demanda asistencial, miles de consultas



mensuales en su servicio de emergencia y una importante actividad quirúrgica. En ese contexto, la incorporación de este tipo de tecnología resulta clave para acompañar el volumen de atención y mejorar la resolutivez del sistema.

Durante su intervención, la ministra también destacó el trabajo articulado que hizo posible esta incorporación, reconociendo a los equipos de ASSE, del hospital y de las instituciones involucradas. "Solo en equipo y trabajando coordinadamente, y con el apoyo de la comunidad, se obtienen logros como este", afirmó.

Lustemberg subrayó que la incorporación de tecnología debe ir acompañada de una gestión comprometida y de equipos de salud fortalecidos. "La tec-

nología sola no alcanza; es la suma de tecnología, gente comprometida y una gestión responsable la que transforma comunidades", concluyó.

El presidente de ASSE también destacó el sentido de esta inversión en el sistema público. "Al inaugurar este tomógrafo no solo encendemos una tecnología de última generación, encendemos la esperanza de que el hospital público puede y debe ser el mejor lugar para atenderse".

La puesta en funcionamiento del tomógrafo en Paysandú se inscribe en la estrategia del Ministerio de Salud Pública de fortalecer el acceso a servicios de salud en todo el territorio nacional, acercando soluciones a la población y mejorando la calidad de atención.

## Reabrió sus puertas el Servicio Nacional de Sangre

A poco más de dos años del incendio que, el 9 de enero de 2024, devastó sus instalaciones y arrasó con su reserva de sangre, el Servicio Nacional de Sangre reabrió sus puertas a fines del mes pasado en su sede de 8 de Octubre y Garibaldi. La reapertura marca el cierre de una etapa crítica y el inicio de una nueva fase para un organismo clave en el sistema sanitario uruguayo.

La ceremonia contó con la presencia de autoridades de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), encabezadas por su presidente, Álvaro Danza, así como representantes de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, liderados por el general Mario Moreira. También participaron funcionarios, donantes y público en general, protagonistas silenciosos de un proceso de reconstrucción que puso a prueba la resiliencia institucional.

La directora interina del Servicio Nacional de Sangre, doctora Lilia López, recordó con crudeza el impacto del siniestro. "Por una chispa se desató un incendio con una destrucción muy importante. Se destruyó el edificio, equipamiento de alto costo y lo más valioso que teníamos: nuestra reserva de sangre", señaló.

El golpe fue particularmente severo no solo por las pérdidas materiales, sino por el momento en que ocurrió. Enero es un mes en el que históricamente dis-

minuyen las donaciones, lo que vuelve aún más necesario contar con reservas suficientes para sostener la demanda asistencial. "Lo que veíamos era sangre carbonizada, algo que nunca había visto en mi vida", expresó López, dando cuenta de la magnitud de la tragedia.

Sin embargo, la respuesta fue inmediata. Apenas 24 horas después del incendio, equipos técnicos ya se encontraban operativos, primero en el Hemocentro, luego en el SMI y finalmente en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, donde el servicio funcionó durante dos años. Paralelamente, se organizaron jornadas especiales de donación para recomponer el stock, una tarea considerada prioritaria para garantizar la continuidad de la atención.

El Servicio Nacional de Sangre cumple un rol estratégico: además de abastecer a ASSE, procesa estudios de enfermedades transmisibles de donantes de gran parte del país, con excepción de la región Este, cubierta por el Hemocentro de Maldonado. "Hay muchos pacientes que dependen de nosotros", subrayó López, quien destacó especialmente el compromiso de los donantes: "Son el tesoro más grande que tenemos".

Por su parte, el presidente de ASSE, Álvaro Danza, evocó el impacto personal que le generó el incendio, ocurrido en su propio barrio. "Fue una tragedia para todos", afirmó. En su intervención, destacó la importancia de la continuidad de las



viene de pág. 24

políticas públicas: "Esta obra comenzó en la administración previa. El Uruguay necesita continuidad en los procesos, no borrón y cuenta nueva".

Las obras de reconstrucción comenzaron el 18 de febrero de 2025, antes del inicio de la actual gestión, y fueron retomadas como una prioridad. Danza subrayó el valor estratégico del servicio, no solo para ASSE sino para todo el sistema de salud, ya que funciona como reserva para múltiples prestadores que requieren hemoderivados.

Asimismo, resaltó el compromiso del equipo humano: "El personal se puso el trabajo al hombro, con el objetivo de mantener el servicio vivo a pesar de la adversidad". También valoró el rol de la Sanidad Militar en la contingencia, destacando la complementación público-pública como una herramienta clave para fortalecer el sistema sanitario y optimizar el uso de recursos estatales.

En esa línea, mencionó avances en acuerdos entre ASSE y el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, particularmente

en el uso de camas de CTI para adultos, pediátricos y neonatales, lo que permite reducir la contratación de servicios externos y reforzar el sector público.

Desde la Dirección Nacional de Sanidad Militar, la doctora Mónica Noble recordó la rapidez con la que se organizó la respuesta institucional. "El mismo día del incendio comenzamos a reunirnos. Cuando recibimos el llamado de la doctora López, ya teníamos una mesa de trabajo armada", explicó.

El hospital militar adaptó espacios, reasignó áreas previstas para otras funciones y movilizó equipos técnicos de arquitectura, ingeniería y servicios hospitalarios para permitir la instalación completa del Servicio Nacional de Sangre. El trabajo conjunto se extendió durante meses, en una dinámica de coordinación permanente.

Noble destacó también la integración entre equipos: funcionarios del Servicio Nacional de Sangre y de Sanidad Militar trabajaron codo a codo, facilitando la operativa gracias al conocimiento previo entre profesionales. "Si no tuviéramos el Servicio Nacional de Sangre, no podríamos



cumplir con nuestras tareas asistenciales", afirmó, subrayando el carácter estratégico del organismo.

La reapertura del servicio no solo simboliza la recuperación de una infraestructura, sino también la consolidación de una red institucional y solidaridad social. En un sistema que depende de la donación voluntaria y del trabajo coordinado, la experiencia dejó en evidencia que, incluso ante la adversidad más extrema, la respuesta colectiva puede sostener lo esencial: la vida.

### "EL ÚNICO BANCO EN EL QUE TENGO FONDOS, ES EN EL BANCO DE SANGRE"

César Lasa estaba sentado en una de las sillas de atrás. Uno de tantos en el acto, si no fuera porque ya una trabajadora nos había informado que "el señor de camisa verde es uno de nuestros donantes". Así que terminada la ceremonia que dio inicio a la inauguración, nos dio su testimonio, llenito de esa calidez humana que es de imaginar en una persona que fue durante 40 años donador voluntario: "En el trabajo quise formar un club de donantes con los compañeros y no hubo mucho acuerdo, así que empecé a donar solo. Las primeras veces doné porque sí, nomás; después me enteré de esto del donante voluntario permanente y las veces que podía donaba", indica.

Lasa tiene naturalizada su condición de donante, de tal manera que cuando habla, aquello que el común de las personas suele considerar un sacrificio, para él es parte de una rutina: "Cuando empezó, mucho tiempo más acá, lo de la aféresis

[procedimiento en el que se extraen únicamente las plaquetas de la sangre, retornando el resto de los componentes al donante], empecé a donar plaquetas".

A sus 66 años, no puede donar más: "Me jubilé de donante, y siempre bromeo con que en el único banco que tengo fondos es en el Banco de Sangre", dice César, en alusión a que a los donantes voluntarios se les da un cheque que puede ser utilizado por ellos o por quienes designen para exonerar de donante en caso de una cirugía o un tratamiento que lo requiera: "Eso hace que uno tenga protegida a la familia", aclara, y agrega que los hijos también están viendo la posibilidad de seguir sus pasos: "Es la herencia que dejamos..."





## SOLIDARIDAD SERRANA

# Minas y Abril: tres días de actividad cultural por ASSE

Con presencia de autoridades nacionales y departamentales, encabezadas por el presidente Yamandú Orsi y el intendente Daniel Ximénez, se llevó adelante una nueva edición de Minas y Abril, festival cultural que recauda fondos para el Hospital Alfredo Vidal y Fuentes y las policlínicas de ASSE.

Esperado durante todo el año, Minas y Abril es una tradición profundamente arraigada en Lavalleja. La población serrana -o lavallejina- vive cada edición con expectativa, atenta incluso a las condiciones climáticas que, como es habitual en otoño, pueden ser cambiantes. Este año, la incertidumbre por el tiempo no fue la excepción, pero el 10 de abril llegó con condiciones favorables y permitió el desarrollo de una verdadera fiesta popular, en beneficio directo del hospital departamental, las policlínicas y sus usuarios.

La programación artística convocó a miles de personas durante las tres jornadas. El viernes, el cierre estuvo a cargo de La Vela Puerca, mientras que el sábado se destacó la actuación del dúo Larbañois-Carrero, en una jornada que contó con la presencia del presidente Yamandú Orsi. El domingo, en tanto, comenzó con una tradicional marcha de caballería gaucha que recorrió la ciudad y pasó frente al hospital, donde aguardaba la ministra de Salud Pública, Cristina Lustemberg.

Articulación institucional y cercanía con la comunidad

Para las autoridades de ASSE, las actividades comenzaron desde temprano el sábado. El vicepresidente del organismo, Daniel Olesker, y la vocal Marcela Cuadrado mantuvieron una reunión de trabajo con las autoridades del hospital y de la Red de Atención Primaria (RAP Lavalleja), responsable de las policlínicas del departamento.

El encuentro tuvo como objetivo evaluar la gestión, identificando avances y también necesidades en los distintos servicios de salud. Tras varias horas de intercambio, las autoridades se trasladaron al Parque Rodó de Minas para participar de las actividades culturales junto a la comunidad.

En ese contexto, se produjo la llegada no prevista del presidente Orsi, gesto que fue valorado por Olesker como una señal de cercanía. El jerarca destacó la presencia del mandatario como la de "un presidente que tiene cercanía con la gente y un interés especial por las actividades solidarias que involucran a la población".

El domingo, en tanto, la presencia de autoridades estaba prevista en el marco



del desfile gauchesco. La ministra Lustemberg, el presidente de ASSE, Álvaro Danza, y el gerente general Federico Martiarena se ubicaron frente al hospital para acompañar el paso de las y los jinetes.

La escena sintetizó el espíritu del evento: una comunidad organizada en torno a una causa solidaria, vinculada a una institución con 122 años de historia,

como el Hospital Alfredo Vidal y Fuentes, y a una red de policlínicas que garantiza la atención en todo el territorio departamental.

Minas y Abril volvió a demostrar que la cultura, la tradición y la solidaridad pueden conjugarse en una misma celebración, fortaleciendo el vínculo entre las instituciones públicas de salud y la ciudadanía.





## VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL

# Vacunarse contra el VRS protege a recién nacidos

**Se recomienda que toda mujer embarazada (entre las 32 y 36 semanas más seis días de gestación) se vacune contra el virus respiratorio sincicial (VRS) para prevenir enfermedades respiratorias dentro de los primeros seis meses de vida del recién nacido. Está disponible en todos los vacunatorios del país.**

Profesionales de la salud, recomiendan a mujeres embarazadas vacunarse contra el VRS durante la gestación como una medida clave para proteger a los recién nacidos.

Para entender de qué se trata, el virus respiratorio sincicial (VRS) es uno de los principales responsables de infecciones respiratorias agudas en niños y niñas pequeños, especialmente durante los primeros dos años de vida. Cada año, con la llegada de los meses más fríos, este

virus vuelve a circular con fuerza en la comunidad y se convierte en una de las principales causas de consultas médicas y hospitalizaciones pediátricas.

En Uruguay, la circulación del VRS presenta un patrón claramente estacional, con mayor detección entre los meses de abril y setiembre. Frente a este escenario, la vacunación durante el embarazo se consolida como una estrategia fundamental para proteger a los recién nacidos en una etapa especialmente vulnerable.

La vacuna contra el VRS está recomendada en mujeres embarazadas de cualquier edad que se encuentren entre la semana 32 y la semana 36 más 6 días de gestación. Su objetivo es generar anticuerpos en la madre que luego se transfieren al bebé a través de la placenta, brindándole protección durante sus primeros seis meses de vida, período en el que el riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad es mayor.

La inmunización debe realizarse al menos dos semanas antes del nacimiento para asegurar el adecuado pasaje de anticuerpos. Se trata de una única dosis y la evidencia científica disponible respalda su eficacia y seguridad: la vacuna previene hasta un 80% de las formas graves de la enfermedad durante los primeros tres meses de vida y hasta un 70% durante los primeros seis meses. Además, contribuye a reducir de forma significativa las consultas médicas por infecciones respiratorias graves en ese mismo período.

Otro aspecto relevante es que la vacuna contra el VRS puede administrarse junto con otras vacunas recomendadas

durante el embarazo, como la triple bacteriana acelular (DpaT), la antigripal y la vacuna contra la covid-19, sin que ello represente riesgos adicionales.

La vacunación se realiza en todos los vacunatorios del país y forma parte de las estrategias de prevención orientadas a disminuir la carga de enfermedad respiratoria en la primera infancia. En un contexto de alta circulación de VRS durante el invierno, inmunizarse durante el embarazo constituye un acto clave de cuidado hacia el recién nacido.

## EN 2025 SE VACUNARON MÁS DE 14.000 MUJERES URUGUAYAS CONTRA EL VRS

La doctora Mónica Gorgoroso, directora de Salud Sexual y Reproductiva, informa que, en el año 2025, "más de 14.000 mujeres uruguayas se dieron la vacuna contra el VRS", y asegura que "no hubo efectos secundarios, ni sobre la salud de las mujeres ni sobre la salud de los niños".

Gorgoroso invita a acercarse al puesto de salud e informarse y, por supuesto, recomienda vacunarse.

## Campaña de Vacunación contra VRS 2026

Dirección Primer Nivel de Atención -  
Dra. Clara Niz

Dirección de Salud de Niñez y Adolescencia - Dra.  
Estefanía Cabo



Piense y realice  
una opción inteligente

20  
años

Publicite en...

**EL DIARIO MEDICO**  
Salud hoy

099 351 366

[www.eldiariomedico.com.uy](http://www.eldiariomedico.com.uy)

Protegé a tu  
bebé.

Entre las **32 y 36** semanas  
de embarazo vacunate contra  
el virus respiratorio VRS

Esta vacuna está recomendada  
cualquiera sea tu edad





## REGLAMENTACIÓN

# El Estado uruguayo reconoce la endometriosis como problema de salud pública

En el marco de la inauguración del nuevo tomógrafo del Hospital de Paysandú, el Ministerio de Salud Pública informó que quedó firmada la reglamentación de la Ley N.º 20.374 sobre endometriosis, que entrará en vigencia en los próximos días.

La reglamentación de esta ley constituye un paso relevante para el sistema de salud, ya que por primera vez el Estado uruguayo reconoce la endometriosis como un problema de salud pública y establece lineamientos para garantizar el acceso al diagnóstico y tratamiento integral de esta enfermedad.

La endometriosis es una enfermedad crónica, inflamatoria y sistémica caracterizada por la presencia de tejido similar al endometrio fuera del útero, que puede generar dolor pélvico crónico, menstruaciones dolorosas, alteraciones digestivas o urinarias, infertilidad y un impacto significativo en la calidad de vida de quienes la padecen. Se estima que afecta aproximadamente al 10% de las mujeres en edad reproductiva y que está presente en hasta el 50% de los casos de infertilidad.

En ese sentido, la ministra subrayó la magnitud del problema: "Afecta aproximadamente al 10% de las mujeres en edad reproductiva y se encuentra en hasta el 50% de los casos de infertilidad".

Uno de los principales desafíos asociados a esta enfermedad es el retraso diagnóstico, que puede demorar entre 7 y 10 años desde la aparición de los síntomas hasta su confirmación, lo que agrava su impacto en la salud y en la vida cotidiana. Sobre este punto, Lustemberg remarcó: "Es impactante que muchas mujeres tengan un retraso de entre 7 y 10 años desde la primera consulta hasta el diagnóstico".

La reglamentación establece el rol rector del Ministerio de Salud Pública



en la promoción de la sensibilización, la generación de información epidemiológica y el monitoreo de la enfermedad, así como la posibilidad de articular con instituciones académicas y científicas para fortalecer la investigación y la formación de equipos de salud.

Asimismo, dispone que los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán garantizar un abordaje integral que contemple diagnóstico oportuno, seguimiento clínico, rehabilitación y atención multidisciplinaria. En este sentido, la ministra explicó que la reglamentación implica nuevas obligaciones para el sistema: "Al estar reglamentada, obliga a todos los prestadores públicos y privados a mejorar el diagnóstico precoz y la capacitación de los equipos de salud".

La normativa también promueve la complementación entre prestadores para asegurar el acceso a estudios y tratamientos cuando no se disponga de los recursos necesarios en un mismo servicio, fortaleciendo la coordinación dentro del sistema de salud.

En paralelo, el Ministerio de Salud Pública avanza junto al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en la elaboración de un manual para el abordaje clínico de la endometriosis, actualmente en proceso de validación. Este instrumento busca orientar la detección precoz desde el primer nivel de atención, mejorar la evaluación clínica con enfoque biopsicosocial y asegurar la derivación oportuna y la continuidad asistencial en el sistema.

Sobre este proceso, Lustemberg señaló que se está trabajando en herramientas concretas para los equipos de salud: "Estamos elaborando una guía para orientar

y capacitar a los equipos en la detección temprana de esta enfermedad".

El enfoque propuesto es centrado en la persona, con perspectiva de género, derechos humanos y ciclo de vida, con el objetivo de reducir el retraso diagnóstico y mejorar la calidad de vida de quienes viven con esta enfermedad.

Finalmente, la ministra destacó el alcance estructural de la medida: "Por primera vez el Estado uruguayo reconoce la endometriosis como una enfermedad que obliga al sistema de salud a poner todos sus recursos para diagnosticarla de forma precoz".

La reglamentación de la ley de endometriosis se inscribe en la estrategia del Ministerio de Salud Pública de fortalecer el acceso a la salud en todo el territorio, promoviendo políticas públicas que atiendan problemáticas históricamente invisibilizadas y mejoren la respuesta del sistema de salud.



Montevideo  
Costa de Oro  
Piriapolis  
Punta del Este

CORTINAS DE ENROLLAR  
ELECTRICIDAD  
SANITARIA  
PINTURA

Roberto Triunfo



099 153 720 [mantenimientohogaryempresas](#)

Visítanos en  
TWITTER

EL DIARIO  
MEDICO



## Curso Arritmias en la Urgencia 2026

Con foco en la formación continua, FEMI acerca 5 becas para el curso online de Arritmias en la Urgencia 2026: Abordaje práctico del paciente agudo, organizado por redEMC (Red de Educación Médica Continua para Iberoamérica).

El curso es online y se desarrolla del 30 de abril al 25 de junio.

Está dirigido a Médicos Urgenciólogos/Emergentólogos, Médicos de Unidades Móviles, Intensivistas, Cardiólogos, Internistas y otros profesionales interesados en la temática.

Los interesados deben inscribirse para el sorteo de las becas enviando un mail a [secretaria@femi.com.uy](mailto:secretaria@femi.com.uy) (indicando nombre completo, cédula, celular, perfil profesional y gremio al que pertenecen) antes del lunes 13 de abril de 2026.



**FEMI sortea 5 becas  
para el curso online  
certificado**

Arritmias en la Urgencia  
2026: Abordaje práctico  
del paciente agudo



**Postulaciones para las becas**

Hasta el **lunes 13 de abril** en  
[secretaria@femi.com.uy](mailto:secretaria@femi.com.uy)

## En los 60 años de Femi saludo del Comité Ejecutivo

**Queridos colegas,**

Setenta años después de aquel primer paso fundacional, FEMI sigue siendo mucho más que una federación médica: es una comunidad viva, somos ustedes, en constante transformación, con cambios a los que hemos tenido que adaptarnos todos y desarrollando en cada territorio la capacidad de enfrentar los desafíos de cada época.

Hoy, más que nunca, nos encontramos en un mundo que exige respuestas nuevas a problemas complejos. La salud atraviesa fronteras, integra disciplinas y demanda una mirada amplia, ética y humana. En este contexto, FEMI siempre supo ser un puente: entre generaciones, entre territorios, entre saberes y experiencias, en el que la base es la defensa de los derechos de los médicos del interior. Hemos aprendido a escuchar, a dialogar incluso sin ser escuchados y a construir consensos, convencidos de que la diversidad nos fortalece y la unidad nos proyecta.

Celebrar 60 años no es solo honrar el pasado o recordar lo que fuimos. Es renovar nuestro compromiso con el presente y trabajar juntos para lo que queremos ser hoy como gremios de médicos, y en el futuro.

Es reconocer a quienes, desde cada rincón de los muchos interiores que tiene nuestro Uruguay, sostienen todos los días su vocación de servicio y la defensa de la salud. Es apostar al desarrollo profesional y a la formación continua, para que las nuevas generaciones encuentren en FEMI un espacio de crecimiento y de participación Y, especialmente, para que lo encuentren en el interior.

Miramos hacia adelante. Los valores que nos fundaron -solidaridad, equidad, justicia y respeto- siguen siendo la bandera que elevamos en cada asamblea, en cada negociación. Nuestra mayor fortaleza está en la capacidad de adaptarnos sin perder la esencia, de transformar sin olvidar el sentido de nuestra misión y de ser capaces de mostrar a los colegas por qué es importante más FEMI.

A cada socia y socio, a cada gremio, asociación y agrupación, a cada médico que integra ésta gran familia, nuestro más sincero agradecimiento. Sigamos construyendo juntos una FEMI abierta, plural y comprometida con el bienestar de todas las comunidades del interior.

Por muchos años más de trabajo, de lucha, de sueños y de conquistas compartidas.

**Comité Ejecutivo  
FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR**

## Dr. Juan Amílcar Loenzelli

Con profundo pesar comunicamos el fallecimiento del Dr. Juan Amílcar Lorenzelli Tonna, cirujano retirado y referente de Artigas en FEMI.

Acompañamos a su familia, amigos, colegas y al gremio médico de Artigas en este momento de dolor. Q.E.P.D.



**Dr. Juan Amílcar  
Lorenzelli Tonna**



# FEMI ofrece 2 becas para el 47° Congreso nacional de medicina interna

**FEMI**  
FEDERACION MEDICA DEL INTERIOR

FEMI ofrece 2 becas para el 47° Congreso nacional de medicina interna, el VIII Congreso nacional de enfermedades infecciosas, las Jornadas rioplatenses de medicina interna y el 10° Congreso del foro interamericano de medicina interna.

Los congresos se realizarán del 5 al 8 de mayo en el Centro de Convenciones del Hotel Radisson en Montevideo.

Participarán de este evento científico invitados extranjeros de destacadísima

actuación en la especialidad, los que abordarán conjuntamente con los profesionales uruguayos, diversos temas vinculados a la Medicina Interna y a la Infectología.

Los interesados deben inscribirse para el sorteo de las becas enviando un mail a [secretaria@femi.com.uy](mailto:secretaria@femi.com.uy) (indicando nombre completo, cédula, celular y gremio al que pertenecen) antes del viernes 24 de abril de 2026.



## FEMI sortea 2 becas para:

el 47° Congreso nacional de medicina interna y el VIII Congreso nacional de enfermedades infecciosas



## Postulaciones para las becas

Hasta el **viernes 24 de abril**  
en [secretaria@femi.com.uy](mailto:secretaria@femi.com.uy)



**FEMI**  
FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR



Los congresos se realizarán  
del **5 al 8 de mayo** en el **Hotel Radisson en Montevideo.**





# Alción Complejo Vacacional anuncia nuevas tarifas para la temporada del 15 de marzo al 30 de abril

Alción Complejo Vacacional informa los valores oficiales que regirán para las reservas y estancias del 15 de marzo al 30 de abril de 2026, para socios SBA, socios SMU y público en general.



**Sindicato Médico  
DEL URUGUAY**

Ubicado en el balneario Solís, el Complejo Vacacional Alción ofrece cabañas integradas al entorno natural, áreas verdes y espacios comunes, en un entorno pensado para el descanso, el encuentro y el disfrute en familia.

## SOCIOS SMU

– Tarifas diferenciadas entre semana y fines de semana. Durante turismo todos los días rigen las tarifas de los fines de semana.

## TARIFAS ENTRE SEMANA

- Cabaña 4 personas: USD 70 (base

doble)

- Cabaña 6 personas: USD 90 (base doble)

Tarifa fines de semana

- Cabaña 4 personas: USD 90 (base doble)

- Cabaña 6 personas: USD 110 (base doble)

Socios SBA

– Tarifas diferenciadas entre semana y fines de semana. Durante turismo todos los días rigen las tarifas de los fines de semana.

– Promoción 3x2 entre semana (pagan 2 noches y la tercera es gratis). \*No válida para turismo.

– Beneficio extra: 1 hora más de check out – Check out a las 11:00

– Prioridad a la hora de hacer las reservas.

## TARIFAS ENTRE SEMANA

- Cabaña 4 personas: USD 55 (base doble)

- Cabaña 6 personas: USD 75 (base doble)



## TARIFAS FIN DE SEMANA

- Cabaña 4 personas: USD 75 (base doble)

- Cabaña 6 personas: USD 95 (base doble)

Rack (Público en General) – Se mantienen las tarifas para todo el período entre semana y para fines de semana

- Cabaña 4 Personas: USD 110 (base doble)

- Cabaña 6 personas: USD 130 (base

doble)

Nota: En todos los casos por cada adulto extra se agregan USD 10 y por cada menor entre 6 y 17 años se agregan USD 5. Los menores de 5 años son gratis.

Reservas y más información en el sitio web del Alción.

Por consultas, comunicarse al correo electrónico [informacion@alcion.com.uy](mailto:informacion@alcion.com.uy) o vía WhatsApp al 095 221 396 (No se atienden llamadas telefónicas)

## La ciencia salva vidas



**Sindicato Médico  
DEL URUGUAY**

Martes 7 de abril de 2026

“Juntos por la salud. Apoyemos la ciencia” es la consigna que la Organización Mundial de la Salud propone para este año. El Sindicato Médico del Uruguay se suma a este llamado con la convicción de que el conocimiento científico salva vidas, si se pone al servicio de las personas.

Hay una tendencia a pensar la ciencia como algo que ocurre lejos, en laboratorios de otros países o en las páginas de revistas especializadas. Pero la ciencia está también en una consulta del interior, en la guardia de un hospital público, en la policlínica del barrio. Está cada vez que un médico o médica toma una decisión clínica basada en evidencia. Eso también es ciencia, y ocurre todos los días.

En Uruguay, además, se produce ciencia. Nuestro país cuenta con un ecosistema científico en salud que genera conocimiento valioso, forma investigadores e investigadoras y nos conecta con



las grandes redes científicas del mundo. El Instituto Pasteur de Montevideo, el Hospital de Clínicas, el Centro Uruguayo de Imagenología Molecular (CUDIM), el Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable, la Comisión Sectorial de Investigación Científica, la Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica Montevideo y la Agencia Nacional de Investigación e Innovación son parte

de ese tejido. Su trabajo se traduce en diagnósticos más precisos, tratamientos más efectivos y políticas de salud mejor fundamentadas. Sin ellas, la medicina uruguaya repetiría lo que otros descubren, pero con ellas, en Uruguay también surgen hallazgos.

Apoyar la ciencia también significa apoyar a quienes la practican. Los médicos y médicas sostienen la ciencia cada

vez que atienden, diagnostican, investigan o se actualizan. Y para hacerlo se necesitan condiciones reales: tiempo, estabilidad, acceso a formación. Sin eso, la mejor evidencia del mundo puede llegar tarde o no llegar. Las condiciones laborales dignas no son un reclamo separado del avance científico médico, sino que son una condición para que se concrete.

Todo esto es resultado de décadas de inversión pública en ciencia, de una universidad pública que hace investigación y de profesionales que eligieron apostar por la ciencia en este país.

El SMU nació en 1920 con una convicción que sigue siendo la nuestra: la medicina debe estar al servicio de las personas, no del mercado. La salud es un derecho, no una mercancía.

En este Día Mundial de la Salud renovamos ese compromiso: con la ciencia, con la ética médica y con una medicina que ponga a las personas en el centro.



# Running y caminata del SMU: se realizó el sorteo y se conformó la lista de prelación

La Comisión de Bienestar del SMU informa que, debido a la alta demanda registrada para participar en los grupos de running y caminata, se llevó a cabo el sorteo correspondiente entre las personas inscriptas. Como resultado, quedaron definidos los cupos titulares y se elaboró una lista de prelación para cada grupo, que será utilizada en caso de generarse vacantes.

La propuesta, dirigida a socias y socios del SMU, tiene como objetivo promover la actividad física, el bienestar y la generación de espacios de encuentro entre colegas. Las actividades se desarrollarán dos veces por semana, con acompañamiento docente y planificación adaptada a los distintos niveles de participantes.

## FUNCIONAMIENTO

### DEL GRUPO

La Comisión de Bienestar destaca la importancia del compromiso con la asistencia, dado que existe lista de espera para participar. Las personas seleccionadas deberán mantener su cuota social al día y podrán justificar inasistencias por motivos de salud u otras causas de fuerza mayor. Asimismo, se establece un máximo de faltas mensuales sin justificación, a efectos de favorecer la rotación de cupos en caso de ser necesario.

El SMU asumirá los costos docentes y los materiales que se utilicen durante las clases, en el marco de esta iniciativa orientada a promover hábitos saludables entre socios y socias.

Las personas sorteadas serán contactadas por las vías habituales.

Por consultas, dirigirse a [secretariaco-misiones@smu.org.uy](mailto:secretariaco-misiones@smu.org.uy).



# Instituto de Cardiología Integral (ICI) llamado externo a médicos pediatras intensivistas y neonatólogos

**El Instituto de Cardiología Integral (ICI) convoca a médicos interesados en integrar la nómina de profesionales que desempeñarán funciones, en la modalidad de guardia interna dentro de la Unidad de cuidados intensivos (CTI) Pediátrico y Neonatal de la Institución.**



**Instituto de Cardiología Integral**

## 1. CONSIDERACIONES GENERALES

El presente llamado tiene como finalidad la conformación de una nómina de médicos Pediatras Intensivistas y Neonatólogos para el desempeño de funciones en el CTI Pediátrico y Neonatal del Instituto de Cardiología Integral (ICI).

La contratación se realizará bajo la modalidad de arrendamiento de servicios profesionales.

## 2. OBJETIVO DEL LLAMADO

Conformar una lista de profesionales médicos que podrán ser convocados para cubrir necesidades asistenciales en el CTI Pediátrico y Neonatal del Instituto

de Cardiología Integral.

La integración a la nómina no implica obligación de contratación inmediata por parte de la Institución.

## 3. REQUISITOS DE LOS ASPIRANTES

A la fecha de cierre del período de inscripción 30 abril del presente año, los postulantes deberán cumplir con los siguientes requisitos:

a) Poseer título de Doctor en Medicina, expedido o revalidado por la Universidad de la República (UDELAR), o título equivalente otorgado por universidades privadas reconocidas por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), debidamente registrado ante el Ministerio de Salud Pública (MSP).

b) Poseer título de Especialista en Pediatría Intensiva, o haber cursado al menos el primer año completo de la especialidad.

y/o  
c) Poseer título de Especialista en Neonatología, o haber cursado al menos el segundo año completo de la especialidad.

d) Presentar currículum vitae actualizado.

e) Acreditar experiencia laboral documentada.

f) Presentar constancia de inscripción vigente en el Colegio Médico del Uruguay.

g) se considerará experiencia y progra-

mas formativos en el área de la subespecialidad de cuidados críticos cardiovasculares pediátricos y/o neonatales.

## 4. PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

La documentación deberá presentarse en las oficinas del Instituto de Cardiología Integral (ICI), sito en 8 de octubre 2519 Bis, Montevideo o por correo electrónico a [direcciontecnica@ici.org.uy](mailto:direcciontecnica@ici.org.uy)

Deberá adjuntar fotocopia de la documentación probatoria, incluyendo:

- Título profesional
- Cédula de identidad
- Otros documentos que respalden la información declarada

## 5. ORDENAMIENTO DE LOS ASPIRANTES

Entre todos los postulantes que cumplan con los requisitos establecidos en el punto 3, se realizará un ordenamiento aleatorio, a efectos de determinar el orden de convocatoria.

Del resultado de dicho procedimiento se elaborará una nómina única de médicos habilitados para ser convocados.

## 6. DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

Las funciones para desempeñar incluyen:

- Brindar atención médica a pacientes internados en el CTI Pediátrico y Neonatal del ICI con patología cardiovascular médica y/o quirúrgica.

• Registrar en los sistemas de información institucionales todas las actuaciones médicas realizadas.

• Participar en ateneos clínicos y discusiones de casos junto al equipo médico-quirúrgico.

• Participar en instancias de formación y actualización vinculadas a la atención del paciente crítico y al uso de nuevas tecnologías, tales como:

- o Ecocardiografía
- o ECMO
- o Dispositivos de asistencia ventricular, entre otros.

• Cumplir con las normas, reglamentos y protocolos establecidos por la Institución y el servicio.

El desempeño de estas tareas será presencial en la atención asistencial y presencial o virtual en instancias académicas, reuniones clínicas o ateneos.

## 7. FORMA DE PAGO Y CONDICIONES

La Administración abonará al profesional convocado los valores correspondientes según lo establecido en el régimen de arrendamiento de servicios profesionales vigente en la Institución, dentro de los 5 días hábiles siguientes al cierre del mes anterior.

**8 de octubre 2519 bis - CP 11.600 - Montevideo - Uruguay**

**Tel: (+598) 2 487.27.37\* - e-mail: [ici@ici.org.uy](mailto:ici@ici.org.uy) - web: [www.ici.org.uy](http://www.ici.org.uy)**



# Llamado externo a pediatras intensivistas y neonatólogos/as



**Sindicato Médico  
DEL URUGUAY**

El Instituto de Cardiología Integral (ICI) abrió un llamado externo dirigido a médicas y médicos pediatras intensivistas y neonatólogos para desempeñar funciones en el CTI Pediátrico y Neonatal de la institución.

La convocatoria tiene como objetivo

conformar una lista de médicos que podrán ser convocados para cubrir necesidades asistenciales bajo la modalidad de guardia interna. La integración a la nómina no implica contratación inmediata.

¿Quiénes pueden postular? Profesionales con título de Doctor en Medicina habilitado en el país, que cuenten con formación en Pediatría Intensiva y/o Neonatología (completa o en curso), además de experiencia documentada y registro vigente en el Colegio Médico del Uruguay.

Fecha de cierre: 30 de abril de 2026.

Las postulaciones pueden realizarse de forma presencial en las oficinas del ICI, sito en 8 de octubre 2519 Bis, Montevideo o por correo electrónico a [direcciontecnica@ici.org.uy](mailto:direcciontecnica@ici.org.uy), adjuntando la documentación correspondiente.



## Misión de Cultura del SMU anuncia nuevas actividades para el año



La Comisión de Cultura invita a socios y socias a integrarse a las nuevas actividades y reuniones pautadas para 2026.

Las actividades se iniciaron el martes 7 de abril, y se desarrollan en la sede secundaria del SMU ubicada en Arenal Grande 1305 esquina Chaná.

Coro: Los martes de 19:30 a 21:00 horas.

Teatro: Los martes de 14:00 a 16:00 horas.

Las reuniones de la Comisión se realizarán el segundo y cuarto martes de cada mes, a las 16:00 horas, en la sede central del SMU (Lord Ponsonby 2430).

El grupo de coro y el de teatro continúan incorporando a quienes tengan interés en participar.

Las socias y los socios pueden enviar inquietudes, ideas y sugerencias para fortalecer las acciones de esta Comisión al correo [comisiondecultura@smu.org.uy](mailto:comisiondecultura@smu.org.uy)



## Declaración del IASS 2025: plazos, cuotas



Este año el proceso de declaración incorpora cambios en la cantidad de cuotas disponibles para el pago del saldo. Te informamos todo lo que necesitás saber.

**Novedad 2025**

Si la declaración se presenta antes del 29 de junio, el pago del saldo correspondiente al 31 de diciembre de 2025 podrá realizarse en 7 cuotas iguales.

**Plazos del proceso**

Inicio de presentación: 15 de abril de 2026

Fecha límite para 7 cuotas: 29 de junio de 2026

Primera cuota: 30 de junio de 2026

Última cuota: 31 de diciembre de 2026

**Aviso importante**

Para socios y socias que realizan aporte voluntario superior a 400\$, la declaración de IASS es sin costo.





Coordinación y selección:  
Lic. Psic. Sebastián Álvarez Melgar



SALUD  
Y CIENCIA

POR MARÍA ÁNGELA BERNARDO ÁLVAREZ

## ¿Quién decide hasta dónde puede llegar la ciencia?

**“Hace unas semanas, dos preciosas niñas chinas llamadas Lulu y Nana llegaron al mundo llorando, tan sanas como cualquier otro bebé”. Así comenzaba el vídeo en el que He Jiankui, profesor de la Southern University of Science and Technology de China, anunciaba en noviembre de 2018 el nacimiento, por primera vez en la historia, de bebés modificados genéticamente de forma intencionada. Su equipo utilizó la revolucionaria tecnología CRISPR para alterar el gen CCR5, relacionado con la infección por VIH, en el genoma de 31 embriones de siete parejas de China y Tailandia en las que el padre era seropositivo.**

Aunque argumentaron que la edición con CRISPR podría paliar un grave problema de salud pública, la modificación no tenía fines preventivos ni terapéuticos: era una mejora genética (enhancement). Además, la variante que pretendían introducir se ha relacionado con una mayor predisposición a otras infecciones y la tecnología no había demostrado su seguridad ni su eficacia.

Por último, ni siquiera lograron experimentalmente los cambios deseados en el genoma.

Aun así, los científicos siguieron adelante e implantaron trece embriones en cinco mujeres. Como resultado, nacieron las gemelas Lulu y Nana, y un tercer bebé cuya identidad se desconoce.

### CIRUGÍA GENÉTICA

El experimento, descrito por Jiankui como una “cirugía genética”, generó un fuerte rechazo internacional al considerarse “irresponsable, peligroso e inmoral”. El científico y dos de sus colaboradores, Zhang Renli y Qin Jinzhou, fueron condenados a penas de prisión y al pago de multas por la comisión de delitos de práctica médica ilegal y falsificación documental.

En la actualidad, se desconoce si las intervenciones genéticas han podido afectar a la salud de los menores editados. Lo que resulta evidente es que el caso ilustra los riesgos de una tecnología de doble uso, que ofrece grandes promesas y esperanzas en biomedicina y, al mismo tiempo, puede suponer graves amenazas, dado que los efectos sobre el

bienestar y la integridad de las personas editadas aún no se han investigado ni se comprenden lo suficiente.

### UNA TECNOLOGÍA DE DOBLE USO

Casi una década después, dos compañías estadounidenses, Manhattan Project y Preventive, han comenzado a investigar el uso de la edición genética en embriones humanos con el propósito de erradicar, en teoría, dolencias como la fibrosis quística, el mal de Alzheimer, la distrofia muscular de Duchenne y la enfermedad de Huntington. Estas aproximaciones difieren sustancialmente de Casgevy, la primera terapia génica aprobada basada en CRISPR, en este caso para tratar a pacientes con beta-talasemia y anemia de células falciformes, cuyos cambios no se transmiten a la descendencia pues se llevan a cabo sobre células somáticas.

En realidad, estas empresas persiguen objetivos muy diferentes. Su idea es modificar el genoma en estadios tempranos del desarrollo embrionario, es decir, en la línea germinal, para producir variaciones que pueden ser potencialmente heredables. Este tipo de intervenciones se consideran prohibidas en los países firmantes del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo), entre los que se encuentra España.

En Estados Unidos, donde operan estas empresas, se limitan estas prácticas, pero diversas fuentes apuntan que dicha regulación podría flexibilizarse bajo la administración Trump, lo que abriría



la puerta a experimentos que plantean numerosos interrogantes sociales, éticos y jurídicos.

### EXPERIMENTOS QUE PLANTEAN NUMEROSOS INTERROGANTES SOCIALES, ÉTICOS Y JURÍDICOS

En este contexto, cabe preguntarse quién debe fijar los límites en torno a las modificaciones sobre el genoma humano de la línea germinal, tanto en el ámbito experimental como en la práctica clínica, y bajo qué modelo de gobernanza se debe actuar. Estas cuestiones no son triviales, aunque tampoco resultan completamente novedosas. La historia de la biotecnología proporciona ejemplos de los cuales es posible extraer enseñanzas valiosas para el debate actual.

No es la primera vez que la investigación en el ámbito de la biotecnología se enfrenta a una tecnología con un potencial beneficio pero que, al mismo tiempo, también conlleva riesgos inherentes. El precedente más cercano es el desarrollo de la tecnología del ADN recombinante, también conocida como ingeniería genética, y el modo en el que la comunidad científica afrontó su vertiginosa irrupción a mediados de los años setenta del siglo pasado.

En 1973 se llevó a cabo la primera conferencia de Asilomar, un evento que congregó a más de un centenar de científicos con el fin de examinar los riesgos asociados a ciertos elementos y agentes empleados en los experimentos de biología molecular de la época. Fue la primera

ocasión en la que la propia comunidad científica valoró la posibilidad de fijar límites al ejercicio de la libertad de investigación por motivos de seguridad.

En 1975 se celebró la segunda y más conocida conferencia de Asilomar, justo después de la publicación de un manuscrito sobre las cuestiones más controvertidas de la ingeniería genética, artículo que también advertía sobre las consecuencias “impredecibles” del ADN recombinante.

En este segundo encuentro, en el que participaron un centenar de investigadores punteros en ingeniería genética, junto a periodistas y juristas especializados, se discutió sobre si podía o no levantarse la moratoria voluntaria que la propia comunidad científica se había autoimpuesto y, en caso afirmativo, en qué condiciones podrían reiniciarse los experimentos de forma segura. Sin duda, la segunda reunión de Asilomar implicó un cambio de actitud trascendental: frente a épocas pasadas, quienes se dedicaban a investigaciones de vanguardia en biotecnología eran muy conscientes de la importancia y de los potenciales riesgos de modificar la materia viva a nivel molecular.

Sin embargo, el consenso sobre este modelo de gobernanza, profundamente tecnocrático, no fue unánime debido a dos motivos principales. Por un lado, porque las conferencias de Asilomar se centraron en los aspectos relacionados con la seguridad, obviando otras cues-

*sigue en pág. 35*



viene de pág. 34

tiones vinculadas, por ejemplo, con los valores y principios éticos y jurídicos en juego, así como otros temas relacionados con la autonomía, la justicia social o la solidaridad. Por otro lado, según argumentó un colectivo crítico de la Universidad de Harvard y del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT, en inglés), las conclusiones de Asilomar se alcanzaron sin una adecuada participación y deliberación ciudadana.

Esa exclusión se intentó subsanar ese mismo año en Cambridge (Massachusetts, Estados Unidos), la ciudad donde se ubican la Universidad de Harvard y el MIT, que pretendían por entonces construir laboratorios de alta seguridad para experimentos sobre ingeniería genética. Ante los temores existentes en aquella época, el Consejo municipal impuso una moratoria de seis meses y creó una comisión formada por personas legas en biotecnología con el propósito de que debatieran sobre su idoneidad. Tras reunirse durante meses y analizar más de 75 testimonios, tanto a favor como en contra de la tecnología del ADN recombinante, el comité publicó un informe en 1977 recomendando continuar con las investigaciones, pero con indicaciones más estrictas que las directrices que

habían establecido a nivel federal los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) de Estados Unidos.

Aunque este ejemplo se limitó a una pequeña región, sin duda conforma el primer precedente de gobernanza democrática de la biotecnología y muestra que la ciudadanía, incluidos quienes no tienen formación ni experiencia profesional especializada, puede deliberar sobre cuestiones técnicas complejas y tomar decisiones razonables y argumentadas.

### GOBERNANZA DEMOCRÁTICA DE LA BIOTECNOLOGÍA

Asimismo, el modelo propuesto en las conferencias de Asilomar, que constituyó un punto de inflexión en la historia de la biotecnología, resulta hoy difícilmente replicable. En la actualidad, los desafíos éticos, legales y sociales de la edición genética con CRISPR, más aun después del irresponsable experimento del equipo liderado por He Jiankui, exigen una discusión más amplia que garantice una participación pública inclusiva y diversa. Es decir, en línea con lo que establece el artículo 28 del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo), resulta esencial que las cuestiones fundamentales que plantean los avances en biología y medicina, como

precisamente ocurre con las biotecnologías emergentes, sean “objeto de un debate público apropiado”.

Este precepto legal no es una mera declaración de intenciones, sino que fija un mandato jurídicamente vinculante en los Estados que han ratificado el Convenio, como España, mediante el que se reconoce que las decisiones que pueden tener consecuencias para el conjunto de la humanidad requieren una deliberación verdaderamente democrática, y no solo consensos sobre las cuestiones de naturaleza científico-técnica. En otras palabras, nos encontramos ante la exigencia de virar hacia un modelo de gobernanza democrática muy distinto al de Asilomar, y más cercano al impulsado en Cambridge a mediados de los años setenta, en el que también se garantice una información veraz y rigurosa sobre las posibilidades reales de CRISPR, evitando así las falsas expectativas y los miedos infundados.

Sin embargo, la investigación empírica más reciente sobre deliberación pública y toma de decisiones en torno a la edición genética muestra importantes lagunas en la construcción de un modelo de gobernanza verdaderamente democrático. A modo ilustrativo, una revisión publicada en European Journal of Human Genetics en 2024 puso de ma-

nifiesto un incremento de los esfuerzos encaminados a fomentar la participación ciudadana, si bien con sesgos que han favorecido a personas blancas y con elevada formación académica, y con metodologías que exigían el acceso a internet, lo que limitaba a quienes tenían bajos recursos socioeconómicos.

Otro estudio, publicado en Journal of Community Genetics en 2024, también dio a conocer las reticencias de la comunidad científica hacia la deliberación pública en cuestiones relacionadas con la edición genética. En general, estas prácticas se entendían no como un debate público apropiado, en los términos del Convenio de Oviedo, sino más bien como una actividad asociada a la mera transmisión unidireccional de información sobre la evidencia científica relativa a las intervenciones sobre el genoma humano. Este enfoque incurre en el denostado modelo de déficit cognitivo, una barrera estructural que puede limitar la puesta en marcha de un modelo de gobernanza plenamente democrático, limitando también los términos y las personas implicadas en el debate, y arrastrando así los mismos sesgos y problemas planteados en las conferencias de Asilomar hace casi medio siglo.

Fuente: <https://theconversation.com>

POR LUIS FELIPE REYES

# Millones de personas tienen la bacteria que causa la tuberculosis sin saberlo

**Cada 24 de marzo se conmemora el Día Mundial de la Tuberculosis. Y, sin embargo, es una fecha que pasa casi desapercibida, quizá porque muchos la ven como una enfermedad del pasado. Algo lejano, asociado a otra época, a novelas o a contextos muy específicos.**

Pero la realidad es mucho menos cómoda: la tuberculosis sigue siendo una de las principales causas de muerte por infección en el mundo. Y, sorprendentemente, convive silenciosamente con muchos de nosotros.

### UNA BACTERIA QUE VIVE EN MILLONES DE PERSONAS

Se estima que una de cada cuatro personas en el planeta tiene en su organismo la bacteria que causa la tuberculosis. Sí, una de cada cuatro. En la mayoría de los casos, este microorganismo (*Mycobacterium tuberculosis*) permanece “dormido”. No causa síntomas, no se

detecta fácilmente y no genera enfermedad. Es lo que se conoce como infección latente.

Pero esa aparente tranquilidad es engañosa. En determinadas circunstancias —por ejemplo, cuando el sistema inmune se debilita—, la bacteria puede activarse y provocar una enfermedad que afecta principalmente a los pulmones, pero que también puede comprometer otros órganos.

Esto significa que la tuberculosis no es solo un problema de quienes enferman: es una infección ampliamente distribuida, una especie de “reserva silenciosa” global que puede reactivarse en cual-

quier momento.

### UN PROBLEMA GLOBAL, PERO PROFUNDAMENTE DESIGUAL

En 2021, se detectaron alrededor de 9,4 millones de casos nuevos de tuberculosis y se produjeron 1,35 millones de muertes a manos de esta enfermedad en el mundo. Son cifras tremendas, pero por sí solas no cuentan toda la historia. Lo más importante es cómo se distribuyen.

La tuberculosis no afecta a todos por igual. En muchos países de ingresos altos, la enfermedad ha disminuido de forma sostenida en las últimas décadas. Es poco frecuente, suele diagnosticarse de manera temprana y el tratamiento está disponible.

En cambio, en regiones de África, Asia y América Latina sigue siendo una realidad

cotidiana. Allí, factores como el hacinamiento, la pobreza, la desnutrición o el acceso limitado a los servicios de salud favorecen la transmisión y progresión de la enfermedad.

En otras palabras, la tuberculosis no es solo una infección: también es un reflejo de las desigualdades globales.

### AVANCES REALES... PERO DEMASIADO LENTOS

Sería injusto decir que no ha habido progreso: lo ha habido, y es importante reconocerlo. Desde la década de 1990, la incidencia y la mortalidad por tuberculosis han disminuido a nivel global. La expansión de los programas de control, el acceso a tratamientos eficaces y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia han contribuido a estos avances. Sin embargo, el ritmo de mejora no es suficiente.

La Organización Mundial de la Salud estableció metas ambiciosas en la estrategia “End TB”, con objetivos intermedios para 2020. Entre ellos, reducir la incidencia en un 20 % y la mortalidad en un 35 % respecto a 2015. Pero el mundo no alcanzó esos objetivos. Entre 2015 y 2020, la incidencia global de tuberculosis disminuyó solo un 6,3 % y la mortalidad un 11,9 %. Avanzamos, pero mucho más despacio de lo necesario.

Si mantenemos este ritmo, será muy difícil alcanzar las metas planteadas



sigue en pág. 36



viene de pág. 35

para 2035.

No todos avanzan al mismo ritmo

Además, el progreso ha sido desigual. Algunos países han logrado avances notables, gracias a estrategias innovadoras como la búsqueda activa de casos, el uso de tecnologías diagnósticas más rápidas o programas de apoyo social para garantizar que los pacientes completen el tratamiento. Pero estos ejemplos siguen siendo la excepción, no la regla.

También hay diferencias entre las poblaciones. Por ejemplo, los datos muestran que los avances han sido más rápidos en niños, pero lentos en adultos mayores, que corren mayor riesgo de morir por tuberculosis.

Esto relevante porque la población mundial envejece rápidamente y por-

que, si no se adoptan las estrategias de control, este grupo podría convertirse en foco creciente de la enfermedad.

### FACTORES QUE SIGUEN IMPULSANDO LA ENFERMEDAD

Parte del desafío radica en que la tuberculosis no depende únicamente de la bacteria, sino también de factores que aumentan el riesgo de desarrollarla. Entre ellos destacan el tabaquismo, el consumo de alcohol y la diabetes. De hecho, estimaciones recientes sugieren que una proporción importante de las muertes por tuberculosis podría evitarse si estos factores se redujeran. Esto refuerza la idea de que la enfermedad no puede abordarse de forma aislada: requiere un enfoque integral que combine intervenciones médicas, sociales y de salud pública.

A este escenario se suma un problema más preocupante: la tuberculosis resistente a los antibióticos. El tratamiento estándar es largo y complejo, y exige una adherencia estricta. Cuando estos tratamientos no se completan adecuadamente, o cuando los sistemas de salud no garantizan el acceso continuo a los medicamentos, pueden aparecer cepas resistentes.

Estas formas de tuberculosis son mucho más difíciles de tratar: requieren terapias más prolongadas, más costosas y con más efectos adversos. Y lo más preocupante es que ya están presentes en múltiples regiones del mundo.

### EL RETO DE IMPLEMENTAR DE FORMA EQUITATIVA EL CONOCIMIENTO

Más allá de los números, la tuberculo-

sis nos habla de algo más profundo: nos habla de desigualdad, de sistemas de salud que no siempre llegan a quienes más lo necesitan, de condiciones de vida que facilitan la transmisión de enfermedades que podemos prevenir. Pero también nos habla de oportunidades.

La tuberculosis se puede prevenir. Es diagnosticable y tratable. Sabemos qué funciona y cómo reducir su impacto. El problema no es la falta de conocimiento, es la falta de implementación equitativa de ese conocimiento.

Reducir su impacto en América Latina, especialmente en las poblaciones más vulnerables de la región, exige una respuesta global coordinada, equitativa y ambiciosa. Las enfermedades que creemos lejanas suelen ser las que más nos sorprenden cuando vuelven a aparecer.

POR JESSICA MOUZO

# Por qué los fármacos como Ozempic no funcionan igual para todos: influye la edad, el sexo y también los genes

Un estudio identifica variantes genéticas relacionadas con el apetito que afectan a la pérdida de peso y a los efectos secundarios de los medicamentos

Un puñado de innovadores fármacos para perder peso han revolucionado el tratamiento de la obesidad. Fórmulas como la semaglutida y la tirzepatida —más conocidas por sus marcas comerciales, Ozempic, Wegovy y Mounjaro— imitan el efecto de las hormonas que de forma natural generan la sensación de saciedad y ayudan a perder entre el 15% y el 25% del peso del paciente, según los ensayos clínicos. Su potencial es abrumador, impensable hace unos años; pero el éxito no está siendo homogéneo. En la vida real, cada caso es un mundo y la eficacia de estos medicamentos depende de muchos factores: influyen la edad, el sexo, la dosis, el fármaco y, según un estudio publicado este miércoles en la revista Nature, también existe cierta base genética que condiciona el resultado del tratamiento.

En concreto, la nueva investigación ha identificado un par de variantes genéticas que modulan la pérdida de peso y el riesgo de efectos secundarios. Los autores sugieren que estos hallazgos podrían servir, en el futuro, para afinar mejor el tratamiento, la dosis y la duración de la terapia en cada caso.

En el universo Ozempic, el abanico de experiencias es inmenso e impredecible: personas con más o menos pérdida de peso; gente con efectos secundarios incómodos, como náuseas y vómitos, y otra que lo tolera mejor; individuos que logran mantener la pérdida de grasa corporal en el tiempo y otros que, en cuanto terminan el tratamiento, tienen una alta reganancia. “Antes de nuestro estudio, sabíamos que existía una enorme variabilidad en la respuesta de las personas a

estos fármacos”, confirma Adam Auton, autor del estudio. “En los ensayos clínicos de semaglutida, la pérdida de peso promedio fue de alrededor del 10%, pero algunas personas perdieron más del 25% de su peso corporal, mientras que otras casi no perdieron o incluso aumentaron de peso. Por lo tanto, la variabilidad estaba bien establecida; lo que no se entendía bien era el porqué”, relata.

Para la ciencia es todavía un misterio por qué en unos casos funciona mejor que en otros. Saben que hay variables que influyen, pero no tienen todas las piezas del puzzle. “Conocíamos algunos de los factores no genéticos relevantes”, cuenta Auton, vicepresidente de Genética Humana en 23andme, una empresa biotecnológica que fabrica test genéticos. Por ejemplo, “las mujeres suelen responder mejor que los hombres”. Además, las personas sin diabetes tipo 2 tienden a perder más peso que las que la padecen. “El fármaco específico, la dosis y la duración del tratamiento también influyen”, explica Auton. “Pero incluso después de tener en cuenta todos estos factores, aún existía mucha variabilidad inexplicable entre los individuos”, remacha.

Algunos estudios han demostrado que las mujeres pierden más peso que los hombres —un 12,2% menos de índice de masa corporal (IMC) en ellas frente al 10% menos en ellos—. También parece que en las personas de ascendencia europea, la medicación es más eficaz; y que a más edad es más difícil perder peso (cada 10 años adicionales hay una reducción del 0,5 % en el cambio de IMC). Sobre la influencia genética,



Auton admite que existían “indicios” de que desempeñaba un papel, “pero nada concluyente”.

Su investigación, publicada en la revista Nature, abriga de la mejor ciencia mundial, ha ahondado en ese campo y ha encontrado nuevas piezas para armar el rompecabezas. Tras estudiar el genoma de 27.000 personas que tomaban los fármacos antiobesidad, los científicos descubrieron dos variantes genéticas que influyen en la pérdida de peso y en los efectos secundarios vinculados a semaglutida y tirzepatida. Encontraron estas diferencias en los genes diana a los que se dirigen estos medicamentos: los receptores GLP-1 y GIP.

“La primera es una variante en el gen del receptor GLP-1, la proteína a la que se unen los fármacos GLP-1 para producir sus efectos. Descubrimos que un cambio específico en este gen se asocia con una mayor pérdida de peso. Cada copia de esta variante que porta una persona corresponde a aproximadamente tres cuartos de kilogramo de pérdida de peso adicional”, apunta Auton. La segunda va-

riante identificada se encuentra en el gen del receptor GIP, que es el otro objetivo específico de la tirzepatida (Mounjaro). “Esta variante se asocia con un mayor riesgo de náuseas y vómitos”, anota el científico.

### UN SALTO HACIA LA MEDICINA DE PRECISIÓN

Auton asegura que sus hallazgos “sientan las bases de una verdadera medicina de precisión en el tratamiento de la obesidad”. “Históricamente, la prescripción de estos medicamentos ha implicado cierto grado de ensayo y error, pero nuestro estudio demuestra que combinar el perfil genético del paciente con su historial clínico puede ayudar a predecir su tratamiento desde el principio”. El científico cree que, en el futuro, este tipo de información “podría guiar la estrategia de tratamiento del médico, incluyendo la elección específica del fármaco, la dosis óptima y la rapidez con la que se debe aumentar la dosis

sigue en pág. 37



viene de pág. 36

con el tiempo”.

Catalina Picó y Andreu Palou, del grupo Nutrigenómica, Biomarcadores y Evaluación de riesgos del CIBEROBN, en la Universidad de las Islas Baleares, coinciden en que este trabajo “sienta unas primeras bases para enfoques de medicina de precisión” en obesidad. En una respuesta conjunta, estos investigadores, que no han participado en el estudio de 23andme, ven “previsible”, no obstante, “que existan otras variantes genéticas y factores adicionales aún no identificados” que justifiquen la variabilidad de resultados.

José M. Ordovás, profesor de Nutrición y Genómica en la Universidad de Tufts, ve esta investigación “científicamente sólida y relevante”, pero pide “prudencia” en la interpretación de las implicaciones clínicas. Para empezar, porque el efecto de estas variantes genéticas es “modesto”,

enfatisa. Y “una parte relevante de los datos es autorreportada, la cohorte está enriquecida en mujeres y en personas de ascendencia europea y los autores son actuales o antiguos empleados de 23andMe, por lo que será importante validar estos resultados de forma prospectiva, independiente y en poblaciones más diversas”, reflexiona el experto en el portal Science Media Center.

También Andreea Ciudin, jefa de la Unidad de Tratamiento Integral de la Obesidad del Hospital Vall d’Hebron de Barcelona y miembro de la junta directiva de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, considera este estudio “un paso adelante” hacia la medicina de precisión en obesidad, pero critica que en este y otros estudios no se tenga en cuenta el tipo de obesidad de cada paciente: “No se hizo un fenotipado y se mete a todo el mundo en el mismo saco, tanto los que tienen problemas en GLP-1 o GIP y, por tanto, estos fármacos

les funcionarán mejor, como a los que tienen obesidad por otras causas”. La endocrinóloga defiende que “el peso de la genética no ha salido tan importante” y sospecha que es porque hay una parte de la variabilidad que también se debe al fenotipo de obesidad.

#### CUESTIONES POR RESOLVER

Quedan, con todo, muchas cuestiones por resolver. Auton admite que no comprenden del todo por qué existen diferencias en la respuesta a los fármacos. “Podemos describir los patrones: las mujeres y las personas más jóvenes tienden a responder mejor, pero las explicaciones biológicas siguen siendo en gran medida una incógnita”. Una hipótesis para la diferencia de género es que hombres y mujeres tienen una composición corporal y un perfil hormonal diferente. La forma en la que sus cuerpos regulan el apetito y el metabolismo es distinta.

En cuanto al impacto de la edad, puede deberse a que el metabolismo se ralentiza con los años y también a que las personas mayores “tienen más probabilidades de padecer otras afecciones, como la diabetes tipo 2, que reducen la eficacia de estos fármacos para la pérdida de peso”, arguye Auton.

El científico admite que las causas tras esa variabilidad de experiencias con los fármacos requieren más investigación. De hecho, subraya, hay que “tener cuidado de no recurrir a explicaciones puramente biológicas para patrones que también pueden tener raíces sociales o estructurales”. Por ejemplo, las diferencias de ascendencia podrían reflejar variables biológicas, pero también podrían estar influenciadas por diferencias en el acceso a la atención médica, los patrones de prescripción, la dieta u otros factores ambientales que es importante diferenciar de la biología.

Fuente: El País Madrid

POR ORIOL GÜELL

# El mayor estudio sobre el hígado alerta de los estragos silenciosos de la mala dieta y el alcohol: “Nunca me había dolido nada”

Uno de cada 60 adultos sufre sin saberlo fibrosis hepática, una dolencia en la que el órgano se vuelve rígido, afecta a su funcionamiento y puede evolucionar a cirrosis y cáncer

Josep Maria Martínez, presidente de la Asociación de Enfermos y Trasplantados Hepáticos de Cataluña, en el congreso de la Asociación Española para el Estudio del Hígado. Víctor Sainz

Una mañana, mientras caminaba por la plaza Vella de Terrassa (Barcelona), el mundo empezó a tambalearse alrededor de Josep María Martínez. “Me desperté en el hospital y no reconocía a nadie, ni siquiera a mi marido o a mi hijo”, recuerda. Tenía 49 años y sobrepeso —mide 1,70 metros y pesaba 115 kilos—, aunque tampoco le daba demasiada importancia ni creía tener mala salud. “Pero me diagnosticaron cirrosis. Había tantas cicatrices en mi hígado que ya no podía filtrar bien las toxinas. Algunas de ellas se acumularon en el cerebro y pasó lo que pasó”, recuerda.

Un trasplante de hígado le salvó la vida. Hoy tiene 60 años y cada semana hace senderismo y sale a correr. “Ahora me encuentro en plena forma. Pero lo más chocante de entonces es que nunca me había encontrado mal ni dolido nada hasta el día que ocurrió todo eso”, explica el paciente, que hoy preside la Asociación de Enfermos y Trasplantados Hepáticos de Cataluña y es vicepresidente de la federación nacional que agrupa a estas entidades autonómicas.

El caso describe bien una realidad poco conocida sobre la prevalencia de la fibrosis hepática, cuya magnitud empieza a aflorar. El Proyecto LiverScreen, el mayor estudio europeo realizado sobre la dolencia —30.000 participantes en nueve países—, revela ahora que el 1,6% de la población mayor de 40 años (una

de cada 60 personas) la sufre sin saberlo.

La fibrosis se produce cuando el hígado ya no es capaz de reparar las lesiones producidas por el mal estilo de vida (dieta, alcohol, sedentarismo...), y estas se convierten en cicatrices que le impiden funcionar adecuadamente. La posibilidad de padecerla es mayor si el paciente sufre factores de riesgo bien conocidos como obesidad, diabetes e hipertensión, entre otros. Y la fibrosis es un paso clave hacia complicaciones muy graves como la cirrosis y el cáncer de hígado, asociados a una elevada mortalidad. Cada año fallecen en España unas 12.000 personas por enfermedades hepáticas.

“El estudio es importante por dos razones. Primero, porque revela la elevada prevalencia, hasta ahora desconocida, de una dolencia en la que la arquitectura del hígado ya está alterada. Y segundo, porque el objetivo del proyecto es detectar a los pacientes antes de que desarrollen síntomas, en atención primaria. Esto nos permite intervenir para evitar que la enfermedad hepática avance [como en el caso de Josep Maria Martínez] y requiera hospitalizaciones con pronósticos delicados y tratamientos muy complejos”, destaca Rafael Bañares, catedrático de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y presidente de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH).

Los resultados del estudio, que serán publicados en breve en una revista científica de alto impacto, han sido avanzados en el reciente congreso de la AEEH, celebrado recientemente en Madrid. Pere Ginés, investigador principal y consultor



senior en Hepatología del Hospital Clínic (Barcelona), resalta el gran adelanto que supone el diagnóstico precoz.

“La enfermedad hepática se desarrolla muy lentamente, incluso durante 25 o 30 años. El paciente no irá al médico porque no tiene síntomas y los análisis habituales muchas veces tampoco la detectan. La gran novedad del nuevo enfoque es que ahora la podemos detectar en fases iniciales. Esto nos permite identificar la causa, tratarla y prevenir el avance hacia cirrosis o cáncer de hígado. El origen puede ser la mala dieta, el consumo de alcohol, el sedentarismo..., pero en ese punto aún estamos a tiempo de prevenirlo”, expone Ginés.

Rosario Hernández participa en el

proyecto como médico de familia en el centro de salud La Marina (Barcelona). Si el objetivo final de LiverScreen es diagnosticar a los pacientes asintomáticos muchos años antes de que los daños en el hígado sean irreversibles, el papel de la atención primaria es primordial. “Proponemos a los pacientes mayores de 40 años a los que su médico ha solicitado un análisis de sangre si quieren participar en el estudio. Con ellos, utilizamos una ecuación que tiene en cuenta la edad, sexo y los resultados del análisis en glucosa, plaquetas y tres enzimas hepáticas (AST, ALT y GGT)”, explica.

Los resultados de esta fórmula, simple

sigue en pág. 38



viene de pág. 37

de utilizar y efectiva, son unos indicadores mucho más fiables sobre la fibrosis que las transaminasas solas (la ALT y la AST), el modo más utilizado para vigilar la salud del hígado. Las transaminasas, explican los expertos, "no son un buen biomarcador en relación a la fibrosis, ya que tenerlas un poco elevadas no indica necesariamente que exista la dolencia, ni tenerlas normales permite descartarla".

Unos resultados de la ecuación (llamada Risk Score) alterados sí muestran que existe riesgo de fibrosis. Para confirmarlo o descartarlo, los pacientes son sometidos a una prueba no invasiva llamada "elastografía de transición" —más conocida por la marca comercial FibroScan—,

similar a una ecografía y que mide la rigidez causada por las cicatrices.

"Hay pacientes a los que diagnosticamos fibrosis en el estudio y lo podías sospechar por lo que conoces de ellos. Pero en otros no, y te llevas una sorpresa. Por esto es importante este trabajo desde primaria, porque permite un diagnóstico precoz", afirma Rosario Hernández, también miembro del grupo de estudio de hígado graso metabólico de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria (CAMFiC).

La presencia de fibrosis en el hígado se mide en una escala que va de F0 —ausencia de cicatrices— a F4, que es cuando la cirrosis ya se ha desarrollado. Los grados que van de 1 a 3 se consideran leve, moderada y avanzada, respectivamente, y son el objetivo del

programa LiverScreen para prevenir que el paciente llegue a desarrollar cirrosis.

La historia del proyecto se remonta a un congreso europeo de hepatología celebrado en Barcelona hace una década. "Nos reunimos un grupo de investigadores europeos y decidimos formar un equipo que trabajara en la posibilidad de desarrollar el diagnóstico precoz de la enfermedad hepática crónica en fase silente asintomática", recuerda Pere Ginés.

Una pandemia y varios impulsos y parones más tarde, LiverScreen es hoy una realidad. "Su fortaleza es el gran número de pacientes participantes, más de 30.000 de nueve países [Alemania, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, España, Francia, Italia, Países Bajos y Reino Unido], que representan las distintas

realidades existentes en Europa", indica este especialista.

El presidente de la AEEH, por su parte, incide en la importancia de involucrar a la atención primaria en la detección precoz de las enfermedades hepáticas, lo que permitiría su atención temprana y la prevención de muchos casos de cirrosis y cáncer de hígado. "Todo el mundo tiene asumido que vas al médico de familia y te puede encargar pruebas y hacer el control del corazón y la circulación, entre muchas otras dolencias. Pero no ocurre lo mismo con el hígado. Y este es un objetivo que debe ser prioritario si tenemos en cuenta la enorme carga de la enfermedad y su impacto social", concluye Rafael Bañares, que ejerce de especialista en el Hospital Gregorio Marañón (Madrid).

POR CRISTINA G. LUCIO

# El caso del 'paciente Oslo', la décima curación del VIH a través de un trasplante de células madre

**Cuatro años después de la intervención, el paciente, que recibió el trasplante de su hermano, sigue sin rastro del virus en su organismo**

Ya son 10 las personas que han conseguido 'librarse' del VIH tras someterse a un particular trasplante de células madre. El llamado 'paciente Oslo', cuyos detalles publica este lunes la revista Nature Microbiology, es el último caso en unirse a esta nómina que demuestra que el VIH se puede curar.

El paciente, de 63 años, llevaba más de 15 años viviendo con el VIH cuando, en 2020, le diagnosticaron una enfermedad de la sangre -un síndrome mielodisplásico- que le hacía candidato a un trasplante de células madre, lo que coloquialmente se conoce como trasplante de médula.

Conocedores de la experiencia previa existente, los médicos e investigadores del Hospital Universitario de Oslo (Noruega) que le atendieron empezaron a buscar entre los posibles donantes compatibles un caso que presentara una característica muy particular: dos copias de una mutación poco frecuente, -denominada CCR5Delta 32 y localizada en el gen CCR5-, que confiere una especie de 'escudo' frente al virus.

Para su sorpresa, el donante estaba más cerca de lo que esperaban, ya que el propio hermano del paciente tenía el perfil que buscaban. El trasplante se llevó a cabo con éxito y dos años después de la intervención, los investigadores decidieron suspender el tratamiento con fármacos antirretrovirales, que en personas con VIH habitualmente permiten mantener el virus a raya.

Para comprobar la efectividad del abordaje, unos meses más tarde, los investigadores realizaron distintas pruebas al paciente. Todas ellas demostraron que no quedaba rastro del VIH en su organismo. Ni había virus con capacidad de

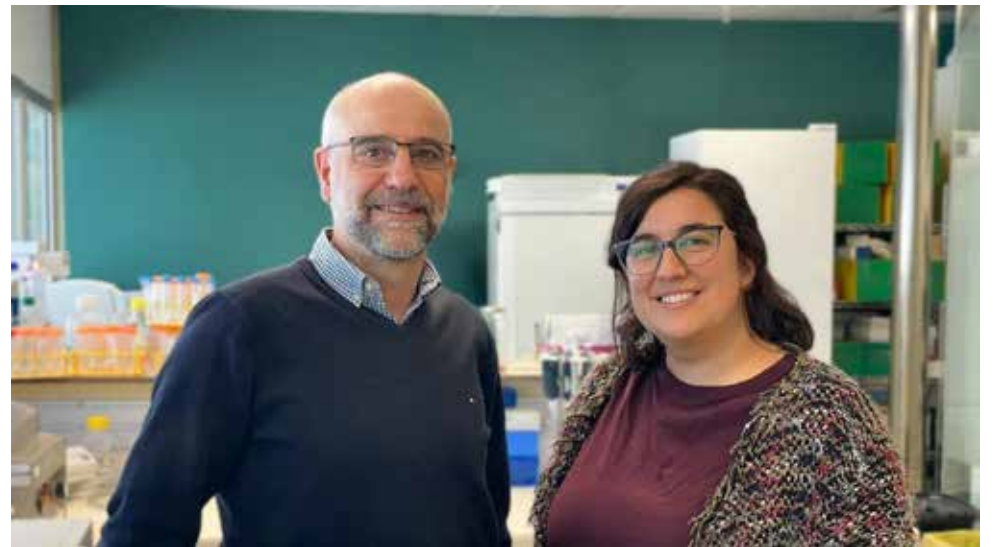
replicación en sangre ni tampoco en el tracto digestivo, uno de los principales reservorios del patógeno. La respuesta inmunitaria frente al virus también fue disminuyendo paulatinamente.

Cuatro años después de haber dejado la medicación sin la que la mayoría de pacientes no pueden evitar que el virus reaparezca, el paciente continúa sin rastro detectable del virus, señalan en la revista científica.

"Hitos como este nos hacen avanzar hacia estrategias que permitan alcanzar una curación del VIH aplicable a todos los afectados", señala Javier Martínez-Picado, investigador ICREA en IrsiCaixa y coordinador de IciStem 2.0, el consorcio internacional dedicado al estudio de la curación del VIH mediante trasplantes de células madre, que también ha participado en el caso del 'paciente Oslo'.

Los trasplantes de células madre son abordajes muy complejos y que acarrear elevados riesgos, por lo que su generalización como terapia para curar el VIH no se plantea. Pero su empleo en pacientes seropositivos que eran candidatos a la terapia por tener un cáncer hematológico -como este- sí permite extraer muchas lecciones para entender cómo hacer frente al virus y tratar de emular los efectos del abordaje de una forma menos invasiva.

"Una de las líneas que ya está en marcha es la de diseñar células CAR-T, que ya se emplean en el ámbito del cáncer, para que sean las células inmunitarias del propio paciente las que reconozcan y destruyan las células diana del VIH", explica Martínez-Picado. Esta estrategia permitiría 'resetear' el sistema y limpiar todos los linfocitos CD4 infectados de



forma que el organismo pudiera repoblarse solo con células sanas. Esta estrategia, que lidera María Salgado, también firmante del trabajo, se está probando ya en ratones, señala el investigador.

Pero, además, explica, también se está explorando la utilización de terapias génicas que permitan modificar el gen CCR5 de forma que pueda introducirse la mutación CCR5Delta32 que actúa como un escudo frente al virus ya que bloquea su entrada en las células.

## SIN FONDOS POR LOS RECORTES DE TRUMP

El 'paciente Oslo' -que es el octavo caso publicado en la literatura científica a los que se suman otros dos presentados en congresos internacionales- presenta algunas características que le diferencian de otros pacientes, señala Martínez-Picado.

La primera de ellas es su edad, más avanzada que otros pacientes tratados y que aumentaba el riesgo de la intervención.

Además, es la primera vez que el abordaje se realiza por un síndrome mielodisplásico. Según explica Martínez-Picado,

hasta ahora el tratamiento sobre todo se había aplicado en casos de leucemia y algún linfoma, por lo que este caso aporta nuevos datos sobre la versatilidad de la intervención.

Por otro lado, es la primera vez que el donante empleado era familiar directo del receptor. Según explica Martínez-Picado, esta mutación que confiere un escudo frente al virus no es frecuente -tiene una prevalencia de aproximadamente el 1% en Europa-. Sin embargo, su distribución es variable y es mucho más frecuente en el norte de Europa -con una prevalencia del 2,5%- que en países como en España, donde se sitúa en un 0,5%. Por lo tanto, aunque dar con un donante compatible que también tenga la mutación se parece a encontrar una aguja en un pajar, en el caso de países como Noruega o Suecia, conseguirlo es un poco más fácil.

Por último, en el caso del 'paciente Oslo', los investigadores pudieron comprobar, mediante biopsias de tejido gastrointestinal, que no quedaban rastros del virus en sus reservorios principales.

sigue en pág. 39



viene de pág. 38

Desde su puesta en marcha, el consorcio IciStem ha llevado a cabo un seguimiento a 40 personas con VIH sometidas a un trasplante de células madre, cuatro de las cuales han interrumpido el tratamiento y mantienen el virus indetectable.

A esos cuatro casos hay que sumarles otros seis descritos fuera del consorcio, lo que suponen los 10 casos de remisión del VIH que se conocen.

No serán los últimos. Hay varios casos en seguimiento cuya evolución todavía está por confirmar pero que dan muestras de eliminación del virus.

Lamentablemente, la viabilidad de la

investigación corre peligro por falta de financiación. "La financiación, desde el año 2014 se ha dado prácticamente en exclusiva por Estados Unidos, pero hace unos meses la administración Trump nos dejó sin fondos", explica Martínez-Picado.

Desde entonces, el proyecto se encuentra en "una situación muy difícil"

que pese a las peticiones realizadas tanto a organismos europeos como estatales o autonómicos no ha recibido respuesta.

Si no se revierte la situación, está a riesgo de perderse la posición de liderazgo que se había alcanzado con la investigación, lamenta.

Fuente: [elmundo.es](https://elmundo.es)

## Diferencias en bacterias intestinales en niños con autismo

**El conjunto de bacterias del intestino de niños y niñas con autismo presenta diferencias significativas en comparación a niños sin el trastorno.**

El estudio que observó estos resultados, realizado por el Institut Pasteur de Montevideo junto a la Escuela de Nutrición de la Universidad de la República (Udelar) y el Centro Hospitalario Pereira Rosell, arrojó nuevos datos que ayudan a entender mejor la relación entre el intestino y el trastorno del espectro autista (TEA).

La investigación comenzó en 2023 y busca ofrecer una mirada preliminar para seguir analizando y comprender si la diferencia en la microbiota intestinal —la comunidad de bacterias y otros microorganismos que habitan naturalmente el intestino de cada persona— puede ser un factor para tratar o mejorar la calidad de vida de quienes tienen autismo.

Este año, el equipo de investigación publicó un artículo en la revista *Frontiers in Microbiomes* que señala que el 93% de los niños con TEA que participaron del estudio presentaron síntomas gastrointestinales que impactan su calidad de vida. Las bacterias que analizaron se asocian con esta sintomatología.

### LOS NIÑOS Y NIÑAS CON AUTISMO DEL ESTUDIO

#### PRESENTARON:

- Disminución de las bacterias *Faecalibacterium* y *Coprococcus*, encargadas de producir butirato —un ácido clave para mantener la barrera intestinal sana y disminuir la inflamación del órgano—. Su deficiencia sugiere un posible mecanismo mediante el cual el desequilibrio de la microbiota intestinal podría influir en las vías del neurodesarrollo.

- Mayor presencia de *Sellimonas*. Son bacterias vinculadas a los trastornos del eje intestino-cerebro.

- Menos Muchos niños con TEA usan fármacos antipsicóticos, que el estudio asoció con menor presencia de *Akkermansia*, una bacteria vinculada a la reducción de la irritación intestinal.

En conjunto, el estudio halló diferencias notables en la composición del microbioma intestinal de niños con autismo, lo que abre las puertas a nuevas investigaciones sobre el tema.

A su vez, señala que las intervenciones farmacológicas podrían explicar parte de la variación de bacterias, por lo que deberían ser consideradas en la investigación clínica.

El estudio se realizó en base a una



muestra de 50 niños y niñas uruguayos con autismo, y sus hermanos sin el trastorno. Se analizaron muestras de materia fecal y saliva.

Su objetivo es desarrollar herramientas más precisas para diagnosticar el autismo. Actualmente, se diagnostica mediante una evaluación clínica que considera el comportamiento, el desarrollo y los antecedentes de la persona, pero aún no existe un examen médico específico. Además, el estudio puede ofrecer información útil para diseñar dietas que se adapten mejor a las necesidades de los pacientes con el trastorno y reducir

los problemas gastrointestinales.

#### ARTÍCULO CIENTÍFICO EN:

Peñalba F, Guisande A, Lamberti L, Rusiñol C, Irastorza M, Konik F, Iglesias C, Mendive P, Garrido G, Parada A and Riera N (2026) Gut microbiota and its association with gastrointestinal symptoms and pharmacological treatments in a sibling-matched cohort with autism spectrum disorder. *Front. Microbiomes* 5:1777385. doi: 10.3389/frmbi.2026.1777385

Fuente: <https://pasteur.uy>

## Resolve Therapeutics y el IP Montevideo colaboran para identificar los desencadenantes de ARN libre de células en la autoinmunidad

**Resolve Therapeutics y el Institut Pasteur de Montevideo anuncian una colaboración para utilizar REJOIN-seq con el fin de identificar las moléculas de ARN libre (cfRNA) que impulsan la producción de citocinas y la inflamación en las enfermedades autoinmunes.**

Resolve Therapeutics, una empresa biofarmacéutica de última generación que está transformando el tratamiento de las enfermedades autoinmunes con medicamentos innovadores no inmunosupresores ([resolvetherapeutics.com](https://resolvetherapeutics.com)), y el Institut Pasteur de Montevideo ([pasteur.uy](https://pasteur.uy)), sede del Laboratorio de Genómica Funcional —un laboratorio líder de ciencia básica a la vanguardia de la investigación sobre el ARN libre (cfRNA) en las enfermedades humanas— y la startup B4-RNA, colaborarán para identificar los desencadenantes centrales upstream que impulsan la inflamación en las enfermedades autoinmunes.

El ARN propio dañado o modificado y las moléculas de ARN retroviral endógeno que circulan en la sangre son los desencadenantes más inmediatos de una cascada inflamatoria auto-perpetuante presente en enfermedades como el lupus y el síndrome de Sjögren. Debido a que estas moléculas son inherentemente frágiles, no se capturan mediante métodos de secuenciación convencionales, lo que resulta en la pérdida de información crítica relacionada con la enfermedad. REJOIN-seq es una nueva tecnología innovadora desarrollada en el IP Montevideo que restaura y repara el cfRNA parcialmente degradado, permitiendo la secuenciación

de moléculas que hasta ahora se perdían con los métodos convencionales.

"Incorporar la tecnología de secuenciación de ARN de próxima generación del IP Montevideo dentro de los programas clínicos de Resolve brinda una oportunidad única para avanzar significativamente en nuestra comprensión del cfRNA en las enfermedades autoinmunes", comentó el Dr. James Posada, director ejecutivo de Resolve Therapeutics. "El Dr. Tosar del IP Montevideo ha publicado algunos de los trabajos científicos más rigurosos y precisos en el campo del cfRNA; estamos encantados de trabajar con su equipo", añadió el Dr. Posada.

"Estamos convencidos de que combinar nuestra tecnología REJOIN-seq de próxima generación con los programas clínicos de Resolve permitirá descubrir información sobre los eventos iniciales

que desencadenan la cascada inflamatoria en la autoinmunidad", comentó el Dr. Juan Tosar, jefe de genómica funcional en el IP Montevideo.

#### ACERCA DEL INSTITUT PASTEUR DE MONTEVIDEO

El Institut Pasteur de Montevideo es una institución académica de investigación biomédica en Montevideo, Uruguay. Su misión es producir ciencia de calidad internacional en el campo de la biología, articulando aplicaciones de la investigación y la formación de recursos humanos especializados. El instituto es miembro de la Red Pasteur, una alianza de 32 instituciones científicas en 25 países y 5 continentes, que fomenta una comunidad dinámica y diversa de conocimiento

*sigue en pág. 40*



viene de pág. 39

y experiencia.

### ACERCA DE RESOLVE THERAPEUTICS

Resolve es una empresa biofarmacéutica de nueva generación que desarrolla fármacos potencialmente transformadores no inmunosupresores dirigidos al cfrRNA dañino y a las trampas extracelulares de neutrófilos (NETs) en enfermedades inflamatorias crónicas y agudas. RSLV-132, un activo clínico en etapa intermedia, ha completado cinco ensayos clínicos aleatorizados controlados con placebo que demostraron mejoras en la actividad de la enfermedad en Sjögren y lupus. RSLV-145, un compuesto de acción dual con actividad catalítica tanto de RNasa como de DNasa, se está desarrollando para el accidente cerebrovascular isquémico agudo, donde se sabe que las NETs causan malos resultados clínicos. Para más información, visite: Resolve

Fuente: <https://pasteur.uy>



POR ROSALÍA SIERRA

# La IA mejora la lectura de mamografías: detecta más tumores, sobre todo los más agresivos, y reduce los que pasaban desapercibidos

**Un ensayo clínico sueco con más de 100.000 mujeres muestra que la IA en el cribado mamográfico detecta más cánceres relevantes y reduce un 12 % los tumores de intervalo sin aumentar falsos positivos**

La inteligencia artificial (IA) da un paso relevante en el cribado poblacional del cáncer de mama. Un ensayo clínico aleatorizado con más de 100.000 mujeres en Suecia demuestra que el uso de IA en la lectura de mamografías permite identificar más tumores clínicamente relevantes, reducir los cánceres de intervalo y aliviar la carga asistencial de los radiólogos, sin incrementar los falsos positivos.

Los resultados, publicados en The Lancet, proceden del estudio MASAI, el primero de estas características realizado a gran escala en un entorno real de cribado.

Entre abril de 2021 y diciembre de 2022, más de 100.000 mujeres fueron asignadas de forma aleatoria a dos estrategias: cribado mamográfico asistido por IA o el procedimiento estándar de doble lectura, en el que dos radiólogos evalúan cada mamografía sin apoyo algorítmico.

El grupo con IA registró una reducción del 12% en la tasa de cánceres de intervalo, aquellos tumores que aparecen entre rondas de cribado y que suelen asociarse a mayor agresividad y peor pronóstico.

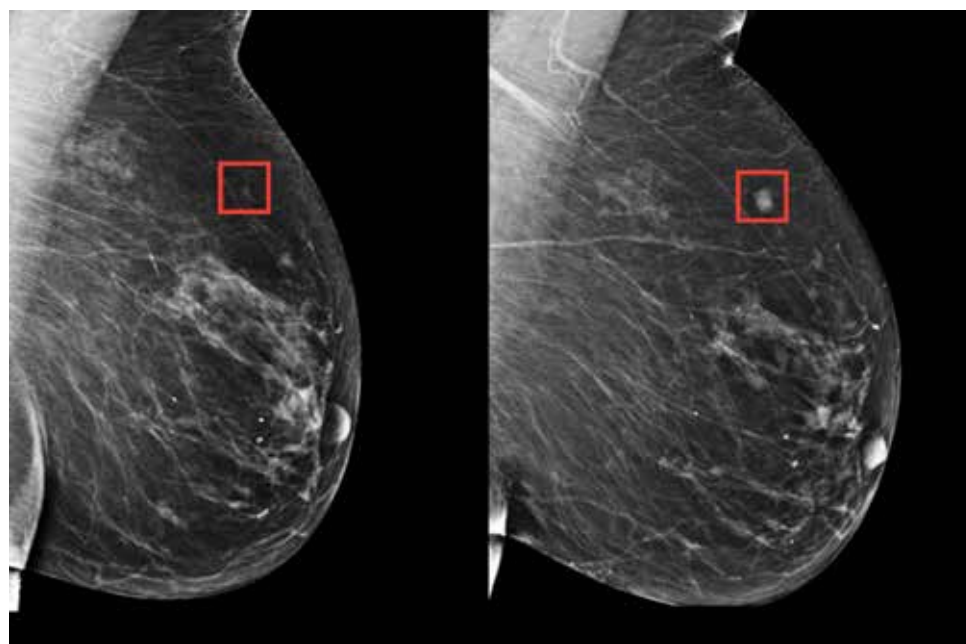
Para Ignacio Miranda Gómez, responsable de la Unidad de Diagnóstico por Imagen de Mama del International Breast Cancer Center (IBCC) y del Centro Médico Teknon, el principal valor del estudio reside en su diseño. "El ensayo MASAI destaca por ser aleatorizado, prospectivo y a gran escala, comparado directamente con la doble lectura con-

vencional en un programa poblacional. Esto le confiere un nivel de evidencia claramente superior al de estudios previos de validación técnica", subraya al SMC España.

Desde el punto de vista clínico, el estudio va más allá de los indicadores habituales del cribado, como la tasa de detección o el número de rellamadas. Según Miranda, "analiza objetivos realmente relevantes, como la reducción de cánceres de intervalo, el estadio tumoral, la agresividad biológica y el impacto sobre la carga de trabajo", un enfoque poco frecuente en este tipo de investigaciones.

Los resultados muestran que la IA no solo detecta más cánceres, sino que los identifica antes. El cribado asistido por algoritmos se asoció a una disminución de tumores invasivos de mayor tamaño y de subtipos biológicamente más agresivos. "Esto sugiere que la IA mejora la identificación de lesiones sutiles, difíciles de valorar para el ojo humano, logrando una detección más precoz y en fases biológicamente más favorables", explica el especialista.

Uno de los puntos clave es que esta mejora diagnóstica no se produce a costa de un aumento de falsos positivos. Las tasas se mantuvieron en torno al 1,5%, un dato que, según Miranda, "evita la sobrecarga del sistema, reduce la ansiedad de las pacientes y refuerza la idea de que la IA actúa como una herramienta de discriminación específica, no como un amplificador indiscriminado



de sospechas".

El estudio también plantea un nuevo modelo organizativo para los servicios de radiología. La IA se integra en el flujo de trabajo como herramienta de triaje, permitiendo clasificar los casos de bajo riesgo y concentrar la doble lectura humana en los estudios con mayor probabilidad de malignidad.

Este enfoque se tradujo en una reducción previa del 44% de la carga de lectura, un aspecto especialmente relevante en un contexto de escasez de radiólogos especializados en mama. "No se trata de sustituir al radiólogo, sino de redefinir de forma realista su papel y optimizar el tiempo para los casos complejos", apunta Miranda.

### LIMITACIONES DE LA IA EN EL CRIBADO

Pese a sus resultados, el ensayo

presenta limitaciones. Se ha realizado exclusivamente en Suecia, con un único sistema de IA, un tipo concreto de mamógrafo y radiólogos con experiencia moderada-alta, lo que podría limitar la extrapolación a otros entornos sanitarios. Además, no se analizaron variables como raza o etnia, ni se evaluaron desenlaces a largo plazo o el coste-efectividad de la implantación de la IA.

Aun así, el potencial impacto es amplio. "Si estos resultados se confirman, clínicamente permitirían una detección más temprana y una posible reducción de la mortalidad; para los sistemas sanitarios supondrían una mejora de la eficiencia y un alivio de la carga asistencial; y a nivel profesional exigirían formación específica en IA y marcos regulatorios claros", señala Miranda.

Fuente: [elmundo.es](http://elmundo.es)



POR JUAN LEÓN GARCÍA

# “Si la inestabilidad en Oriente Medio se prolonga, los cuellos de botella logísticos pueden convertirse en desabastecimientos reales”

Álvaro Hidalgo Vega, presidente de la Fundación Weber y director del Grupo de Investigación en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de la UCLM

“Vamos a cortar todo el comercio con España”, arremetió a principios de marzo el presidente de los Estados Unidos, Donald J. Trump, en respuesta a la postura que expresó el Gobierno respecto a la ofensiva que iniciaron conjuntamente este país e Israel contra Irán. Las primeras voces que se pronunciaron para sopesar la viabilidad de la amenaza subrayaron que, como Estado miembro de la Unión Europea (UE), cualquier acuerdo comercial vigente y sus condiciones se negocian en grupo, y no por país.

“Cuando hablamos de aranceles, guerras comerciales y geopolítica, corremos el riesgo de quedarnos en el análisis macroeconómico y olvidar que, al final de la cadena, hay personas que necesitan sus medicamentos”, pone de relieve en una entrevista con iSanidad Álvaro Hidalgo Vega, presidente de la Fundación Weber y Director del Grupo de Investigación en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria (GIES) de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM).

Y se detiene en el impacto que estas decisiones tienen para los pacientes, “un aspecto que a veces queda en segundo plano en el debate público”. “Los desabastecimientos no son una abstracción: son un paciente crónico que no encuentra su tratamiento en la farmacia, son retrasos en terapias oncológicas, son problemas de salud pública”, ejemplifica.

No obstante, Hidalgo ve oportunidades para nuestro país en mitad de la crisis. Destaca, por ejemplo, “los mimbres” industriales, científicos, logísticos y de capital humano “para convertirse en un pilar de la autonomía estratégica europea en salud”. No perder esta ocasión requiere decidir y actuar. Desde la fundación que preside, abogan por qué la política farmacéutica “se aborde con una visión integral, que combine la sostenibilidad económica del sistema con la equidad en el acceso y la calidad de la atención”.

“Muchos principios activos farmacéuticos (API) y productos intermedios requieren derivados petroquímicos para su síntesis, desde el paracetamol hasta los antibióticos”

**¿Qué repercusiones está teniendo —y tendrá— la guerra que Israel y EEUU han desatado en Oriente Medio para la industria farmacéutica y de la tecnología sanitaria española?**

La escalada bélica en Oriente Medio,

con la intervención directa de Estados Unidos e Israel contra Irán desde finales de febrero de 2026, está generando la mayor interrupción del suministro energético desde la crisis de los años setenta, según ha reconocido la propia Agencia Internacional de la Energía. Para la industria farmacéutica y de tecnología sanitaria española, las repercusiones son múltiples y se transmiten por varios canales.

En primer lugar, el encarecimiento de la energía y del transporte marítimo. La amenaza sobre el estrecho de Ormuz —por donde transita una parte sustancial del petróleo y gas natural licuado que abastece a Europa— está disparando los costes logísticos. Muchos principios activos farmacéuticos (API) y productos intermedios requieren derivados petroquímicos para su síntesis, desde el paracetamol hasta los antibióticos. España, como país importador neto de energía, sufre directamente este encarecimiento.

En segundo lugar, la alteración de las rutas logísticas. Ya veníamos arrastrando problemas desde la crisis del Mar Rojo, que obligó a desviar buques por el Cabo de Buena Esperanza, incrementando los plazos de entrega y los costes de flete. La extensión del conflicto a Irán añade una capa adicional de incertidumbre a estas rutas, cruciales para el comercio entre Asia y Europa.

“Si la inestabilidad en Oriente Medio se prolonga, los cuellos de botella logísticos pueden convertirse en desabastecimientos reales”

En tercer lugar, y quizá lo más preocupante a medio plazo, está la presión sobre las cadenas de suministro de principios activos. La mayor parte de los API que utilizan las plantas europeas se fabrican en China e India. Si la inestabilidad en Oriente Medio se prolonga, los cuellos de botella logísticos pueden convertirse en desabastecimientos reales. De hecho, la Aemps ya registró más de 2.500 presentaciones de medicamentos con problemas de suministro a lo largo de 2024, y las tensiones actuales no harán sino agravar esta tendencia.

En cuanto a la tecnología sanitaria, la dependencia de componentes electrónicos de origen asiático hace que equipos de diagnóstico, dispositivos médicos y sistemas de monitorización también se vean afectados por el encarecimiento y los retrasos en las cadenas de suministro globales.



**¿Qué sectores y áreas de la salud se verán más afectadas en España y Europa? ¿Con qué planes cuenta la UE y el Gobierno para atenuar los efectos que puede tener de cara a posibles desabastecimientos de fármacos?**

Los ámbitos más vulnerables son aquellos cuya producción depende en mayor medida de principios activos de origen asiático y de derivados petroquímicos. En concreto, los antibióticos de uso generalista, los antidepresivos —como ya estamos comprobando con los problemas de suministro de clomipramina—, los antidiabéticos orales y determinados medicamentos genéricos de alta rotación son los más expuestos. China ha reforzado en los últimos años su control sobre las exportaciones de ciertos productos químicos y farmacéuticos, lo que añade un factor de riesgo geopolítico a la ya de por sí frágil cadena de suministro.

En el ámbito de la tecnología sanitaria, la oncología radiológica y el diagnóstico por imagen son particularmente sensibles, ya que dependen de equipos y componentes de alta tecnología cuyas cadenas de suministro son globalizadas y concentradas en pocos fabricantes.

“Los antibióticos de uso generalista, los antidepresivos, los antidiabéticos orales y determinados medicamentos genéricos de alta rotación son los más expuestos”

En cuanto a los planes institucionales, la Unión Europea ha dado un paso significativo con la propuesta de la Ley de Medicamentos Críticos, presentada formalmente por la Comisión en marzo de 2025. Esta norma prevé la creación y actualización regular de una lista de

medicamentos críticos a nivel europeo, la constitución de reservas estratégicas, mecanismos de contratación pública conjunta entre Estados miembros e incentivos para relocalizar la fabricación de principios activos esenciales dentro de la UE.

A nivel nacional, la Aemps puso en marcha el Plan de Garantías de Abastecimiento de Medicamentos de Uso Humano 2025-2030, con un enfoque estructural que busca reforzar la capacidad de respuesta del sistema ante interrupciones. Además, el Gobierno aprobó en marzo de 2026 un plan de emergencia económica que moviliza 5.000 millones de euros para mitigar el impacto del conflicto en Oriente Medio, incluyendo medidas que indirectamente protegen al sector sanitario, como la reducción del IVA de los combustibles.

**Al mismo tiempo que la situación geopolítica está desestabilizada, el presidente de los Estados Unidos, Donald Trump, amenaza a España con cortar los lazos comerciales. España, como parte de la UE, negocia todo acuerdo comercial en bloque. ¿Hasta qué punto es de real este órdago, y cree que afectaría de manera significativa a las importaciones y exportaciones del sector farmacéutico en nuestro país?**

Conviene situar las cosas en su contexto. España, como Estado miembro de la UE, no negocia acuerdos comerciales bilateralmente, sino a través de Bruselas. Por tanto, la amenaza específica de Trump hacia España tiene un

*sigue en pág. 42*



viene de pág. 41

componente retórico importante, pero el impacto real se materializa a través de la política arancelaria general hacia la Unión Europea.

“Para el sector farmacéutico, la exposición es relevante: la industria farmacéutica es el sector manufacturero español más expuesto al mercado estadounidense”

Dicho esto, los números son elocuentes. La Cámara de Comercio de España estima que los aranceles impuestos por Trump podrían reducir un 14% las exportaciones españolas a Estados Unidos. Para el sector farmacéutico, la exposición es relevante: la industria farmacéutica es el sector manufacturero español más expuesto al mercado estadounidense, con un 8,3% de su valor añadido bruto dependiendo de la relación comercial con EEUU. Las exportaciones farmacéuticas españolas a Estados Unidos pasaron de 239 millones de euros en 2023 a 571 millones en 2024, un crecimiento notable que ahora queda amenazado.

Trump ha llegado a anunciar un arancel del 100% sobre productos farmacéuticos patentados y aranceles del 15 al 30% sobre medicamentos europeos en general. Si estas medidas se materializan plenamente, pondrían en riesgo hasta 120.000 millones de euros en exportaciones farmacéuticas europeas, según cálculos de la propia industria. En el caso español, el impacto directo sobre las exportaciones sería significativo pero acotado, dado que EEUU representa en torno al 6% del total exportado por el sector farmacéutico español.

Sin embargo, el riesgo más sutil y potencialmente más dañino está en la vertiente importadora: aproximadamente el 24% de los insumos necesarios para la fabricación farmacéutica en Europa provienen de Estados Unidos. Un encarecimiento de estos insumos se trasladaría a los costes de producción y, en última instancia, a la sostenibilidad del sistema de precios regulados que tenemos en España.

Ya estamos viendo que las farmacéuticas españolas están empezando a redirigir parte de sus ventas hacia Europa y Latinoamérica como respuesta adaptativa a los aranceles aplicados desde abril de 2025. Esta diversificación de mercados es una señal clara de que la amenaza es real y ya está modificando las estrategias empresariales.

“Aproximadamente el 24% de los insumos necesarios para la fabricación farmacéutica en Europa provienen de Estados Unidos”

**¿Podría explicarnos en qué medida el sector sanitario español es sensible al contexto externo? ¿Con qué mecanismos cuenta para atenuar las repercusiones que le pudieran impactar?**

El sector sanitario español es altamente sensible al contexto internacional, y lo es en mayor medida de lo que generalmente se percibe. España cuenta con 181 plantas de producción farmacéutica, emplea a más de 63.500 personas directamente y exporta más de 17.000 millones de euros anuales, con el 80%



de la producción nacional destinándose a mercados exteriores. Estas cifras revelan un sector fuertemente integrado en las cadenas globales de valor y, por tanto, expuesto a cualquier perturbación geopolítica o comercial.

La sensibilidad se manifiesta por el lado de los insumos —dependencia de principios activos de China e India, de componentes tecnológicos de Asia, de energía importada— y por el lado de los mercados de destino, donde la diversificación geográfica se ve ahora amenazada por políticas proteccionistas.

En cuanto a los mecanismos de atenuación, España dispone de varios instrumentos. El Plan Profarma 2025-2026 del Ministerio de Industria busca posicionar a España como líder europeo en producción farmacéutica, con incentivos a la inversión industrial y a la I+D. La Aemps, a través de su Plan de Garantías de Abastecimiento 2025-2030, ha reforzado los mecanismos de monitorización temprana y gestión de desabastecimientos. Además, la inversión del sector privado en I+D —que alcanzó los 1.533 millones de euros en 2024, su máximo histórico— genera capacidades de innovación que actúan como amortiguador frente a las crisis externas.

“El modelo de precios regulados español, con márgenes muy comprimidos, deja poco espacio para absorber incrementos de costes”

No obstante, estos mecanismos son insuficientes si no se abordan las vulnerabilidades estructurales. El modelo de precios regulados español, con márgenes muy comprimidos, deja poco espacio para absorber incrementos de costes. Y la concentración de la producción de genéricos en unos pocos países fuera de Europa sigue siendo el talón de Aquiles del sistema.

**Visto el panorama actual, ¿qué estrate-**

**tegias pueden seguir las compañías farmacéuticas y de tecnología sanitaria?**

Las compañías se enfrentan a un entorno de múltiples riesgos simultáneos, lo que exige estrategias articuladas en varios ejes.

El primero es la diversificación de proveedores y rutas logísticas. La concentración excesiva en proveedores asiáticos de principios activos es un riesgo que las empresas ya están empezando a abordar, buscando fuentes alternativas en Europa, Oriente Próximo y América Latina. Al mismo tiempo, la diversificación de rutas de transporte —evitando la dependencia exclusiva de las rutas que pasan por el Mar Rojo y el estrecho de Ormuz— se ha convertido en una prioridad operativa.

El segundo eje es la diversificación de mercados de destino. Ya estamos viendo cómo las farmacéuticas españolas están redirigiéndose hacia Europa y Latinoamérica ante los aranceles estadounidenses. Es una respuesta racional, pero debe ir acompañada de una estrategia industrial a largo plazo, no limitarse a una reacción táctica.

El tercero es la apuesta decidida por la I+D y la innovación. Las compañías que invierten en investigación generan productos diferenciados y de alto valor añadido, menos vulnerables a las guerras de aranceles que los genéricos de bajo coste. La biotecnología y las terapias avanzadas ofrecen un espacio de crecimiento donde España tiene capacidades reales.

“La autonomía estratégica en el ámbito farmacéutico ha dejado de ser un concepto aspiracional para convertirse en una necesidad urgente”

El cuarto es el refuerzo de las alianzas estratégicas, tanto entre empresas como con las administraciones públicas. Los acuerdos de colaboración público-privada

para garantizar el suministro de medicamentos esenciales, la participación en los mecanismos de compra conjunta europea y la integración en los programas de inversión de la Ley de Medicamentos Críticos de la UE son oportunidades que no deben desaprovecharse.

Finalmente, la digitalización de las cadenas de suministro y la incorporación de sistemas de inteligencia artificial para la predicción de riesgos logísticos y de demanda pueden mejorar significativamente la resiliencia operativa del sector.

**La autonomía estratégica es un objetivo que tanto desde Europa como desde los gobiernos nacionales no paran de mencionar en los últimos años. ¿Cree que se llegará a materializar en la UE? ¿En qué posición estaría España y dónde podría liderar esa autonomía estratégica europea?**

La autonomía estratégica en el ámbito farmacéutico ha dejado de ser un concepto aspiracional para convertirse en una necesidad urgente. La confluencia de la guerra en Oriente Medio, los aranceles estadounidenses y la creciente inestabilidad de las cadenas globales de suministro ha acelerado la toma de conciencia en Bruselas. La Ley de Medicamentos Críticos es la plasmación normativa de esa urgencia.

Ahora bien, ¿se materializará efectivamente? Soy moderadamente optimista. Los ministros de Sanidad de la UE ya están debatiendo activamente la hoja de ruta, y la propuesta de la Comisión incluye incentivos concretos —como la simplificación regulatoria y el acceso preferente a financiación— para las empresas que fabriquen medicamentos críticos dentro de la Unión. Sin embargo, la autonomía total es una quimera: no se trata de producir todo en Europa, sino de garantizar que tenemos capacidad para fabricar lo esencial y que nuestras cadenas de suministro son suficientemente resilientes.

“El Plan Profarma 2025-2026 apunta en la dirección correcta al buscar convertir a España en líder europeo en producción farmacéutica”

España está en una posición privilegiada para liderar este proceso. Disponemos de 181 plantas de producción, una base científica sólida, capacidades logísticas relevantes y una ubicación geográfica estratégica como puerta de entrada a Europa desde el Mediterráneo y el Atlántico. El Plan Profarma 2025-2026 apunta en la dirección correcta al buscar convertir a España en líder europeo en producción farmacéutica.

¿Dónde puede liderar España concretamente? En la fabricación de medicamentos biológicos y biosimilares, donde ya contamos con capacidades industriales relevantes; en la producción de vacunas, un ámbito que la pandemia demostró como crítico; en la creación de reservas estratégicas de medicamentos, una iniciativa que ya se está reclamando desde varios ámbitos; y en la investigación en terapias avanzadas y medicina de precisión, donde nuestros centros de investigación y hospitales de referencia tienen un reconocimiento internacional.

**Fuente: isanidad.com**