



Prof. Elbio D. Alvarez:
Sindicato Médico del Uruguay: 106 años de humanidad y resistencia.
Pág. 3



Dra. Marcelo Cuadrado:
El primer nivel de atención: la base de una población más sana.
Pág. 4



AÑO XXIX . Nº 305 . FLORIDA . AGOSTO 2026

EL DIARIO MEDICO

Salud hoy

Rivera inauguró su CTI neonatal



Info en páginas 25 y 26

Comenzó la construcción de la policlínica de Estación Atlántida

Discurso del Dr. José Minarrieta por los 106 años del SMU



Info en páginas 27 y 28



Info en página 32

RESUMEN

Dr. Antonio Turnes:
Cien años de la Sociedad de Ginecología del Uruguay
Págs. 2, 5 y 6

Espacio del Colegio Médico del Uruguay.
Págs. 13 a 22

Dr. Pablo Anzalone:
Encuentro Nacional de Varones Anti patriarcales "hacia la igualdad", una mirada desde la salud
Pág. 23

Hospital de Tacuarembó:
"Inauguró" nuevo procedimiento que es único en la salud pública.
Pág. 28

Informaciones destacadas Nacionales
Págs. 24 a 28

Espacio de la Federación Médica del Interior
Págs. 29 a 31

Espacio del Sindicato Médico del Uruguay
Págs. 32 a 35

SUSCRIPCIÓN GRATUITA
POR INTERNET

www.eldiariomedico.com.uy



Cien años de la Sociedad de Ginecotocología del Uruguay

Cuando en 1884 Enrique Pouey fue uno de los primeros egresados de la Facultad de Medicina de Montevideo, recibió una beca para ampliar sus estudios en Europa. Él como Francisco Soca y Joaquín de Salterain, también becados por el gobierno del Gral. Máximo Santos, eligió París para ampliar sus estudios. Tanto Pouey como Soca – vista la calidad de la preparación con que habían egresado de una Facultad recién formada – optaron por cursar nuevamente la carrera en la Facultad de Medicina de París. Soca, con especial dedicación a la pediatría y clínica médica y Pouey a la cirugía y ginecología.

Por su parte, José Enrique Pons ha escrito hace años, para el sitio web de la SGU una síntesis histórica que se transcribe:

ANTECEDENTES

Desde la fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, en 1875, la formación profesional de los médicos nacionales fue rigurosa. Algunas décadas después, la fundación del Hospital Pereira Rossell, en 1908, condujo a que los especialistas nacionales más destacados confluyeran allí. En la segunda década del siglo XX comenzó en Uruguay la creación de Sociedades de diversas especialidades médicas, siendo pionera la Sociedad Uruguaya de Pediatría en 1915. Ese mismo año se construyeron en el Pereira Rossell los pabellones de Obstetricia y Ginecología, con lo cual las especialidades (al comienzo separadas funcionalmente, aunque no en la práctica extrahospitalaria) siguieron un camino parecido a la pediatría, instalada en ese hospital desde su inauguración. Precisamente, la coincidencia en el mismo ámbito geográfico de la medicina de niños y de mujeres condujo a que se comenzaran a realizar reuniones de médicos del Hospital Pereira Rossell donde actuaban conjuntamente ginecólogos, obstetras y pediatras.

FUNDACIÓN DE LA SOCIEDAD GINECOTOCOLÓGICA DEL URUGUAY

Augusto Turenne (1870–1948), primer profesor de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina, había abrazado la idea de crear una Sociedad, a semejanza de la de Pediatría. Con su habitual impulso, propuso las bases para la fundación y logró la entusiasta adhesión de un grupo de especialistas, quienes se reunieron el 5 de mayo de 1926, en el hoy lamen-



Enrique Pouey

tablemente demolido Anfiteatro de la Maternidad del Hospital Pereira Rossell, para realizar la sesión inaugural de la que pasó a llamarse Sociedad Ginecotológica del Uruguay (SGU). "Ginecotología" fue un neologismo propuesto por Turenne, conjuntando ginecología con obstetricia (tología). Entendió que era correcto colocar "gineco" en primer lugar, por abarcar a la mujer en todas sus etapas vitales. Su propuesta fue aceptada, aunque con objeciones, por ejemplo, de Juan Pou Orfila (1876–1947), quien sostenía que "Ginecología" era suficiente para englobar ambas. En 1944, se volvió

sigue en pág. 5



AC. DR. ANTONIO TURNES

De regreso a Montevideo, años después, Pouey sería elegido primer profesor de Ginecología, desde la creación de la primera cátedra en 1895 como interino, y desde 1899 en propiedad. Anteriormente había sido profesor de Medicina Operatoria.

En 1926, Augusto Turenne, profesor de obstetricia, promovió la creación de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay. Con anterioridad había sido promotor de la creación del Sindicato Médico del Uruguay, en 1920, del Foto Club Uruguayo, del Automóvil Club del Uruguay en 1918. Fue él, discípulo de Pouey, quien redactó las bases para la creación de la Sociedad, y le propuso el nombre, reuniendo la ginecología y la obstetricia, también denominada tología. Para esa época ya la ginecología, la obstetricia y la pediatría se habían desprendido de su



Augusto Turenne

cuna en el viejo Hospital Maciel, y tenían sus principales servicios en el Hospital Pereira Rossell, fundado en 1908 como Hospital de Niños, y desde 1915 como Maternidad. En ese lugar se concentraba el mayor núcleo de ginecólogos y obstetras, y también existía un servicio más nuevo desde 1922 en el Hospital Pasteur, en La Unión, dirigido por otro discípulo de Pouey, el Dr. Carlos P. Colistro, nativo de Pan de Azúcar.

El 5 de mayo de 1926 tuvo lugar la sesión inaugural de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay, cuando celebró su acta fundacional reunidos en el Anfiteatro de la Maternidad los Dres. Jacques Amedée Doléris (ginecólogo y cirujano francés, maestro de Pouey), Enrique Pouey, Jun Pou Orfila, Augusto Turenne, José Infantozzi, Luis P. Bottaro, Carlos V. Stajano, Carlos Colistro, Alfredo Canzani, Pablo Florencio Carlevaro, César Crispo Ayala, Héctor García San Martín, Paulina Luisi, Melchor Pacheco, Luisa Volonté de Albo, Julio César Estol y Diego Martínez Olascoaga.

Pou Ferrari, en la biografía de Augusto Turenne publicada en 2006, menciona que:

El Profesor Doléris de París, que estaba como visitante en Montevideo, es quien abrió las consideraciones. Manifestó que un órgano de esta índole:

(...) es imprescindible para el progreso de ramas tan importantes de la Medicina como lo son la Ginecología y la Obstetricia.

Y agrega el autor, que llama la atención del invitado extranjero:

(...) que (vuestro) país no contase aún con ella, cuando existen ya de largo tiempo en otras naciones de esta parte de América.

(...) con los tres institutos reunidos en el Hospital "Pereira Rossell", Pabellón de Ginecología, Maternidad y Hospital de Niños, habrá sobrado material para ocupar sus sesiones.

Y recomienda que se hagan todos los esfuerzos:

(...) para que las ideas y opiniones que suelen manifestarse en los corrillos, se transformen en comunicaciones serias e ilustrativas para los que asisten a las sesiones o leen los boletines.

En esa sesión se designó al invitado como primer Socio Honorario. Fueron nombrados secretarios de "trabajos" y "actas" Carlos V. Stajano y Diego Martínez Olascoaga, respectivamente.

Turenne ocupó la presidencia en dos períodos, entre 1928 y 1929 y entre 1938 y 1939.



Jacques Amédée Doléris

Sindicato Médico del Uruguay: 106 años de humanidad y resistencia



PROF. ELBIO
D. ÁLVAREZ

El Sindicato Médico del Uruguay cumplió 106 años de vida institucional. Seis años más de un siglo de historia, de luchas y de construcción colectiva.

Estos 106 años del SMU no son solo un número. Representan la resistencia de la vocación frente al desgaste, la defensa de la ciencia contra el oscurantismo y, sobre todo, la garantía de que el vínculo sagrado entre el enfermo y el sanador no se convierta en un mero contrato comercial.

Cuando uno por circunstancias vitales atraviesa el sendero de la enfermedad, valora aún más el esfuerzo histórico del gremio médico por dignificar la práctica médica, por pelear por condiciones laborales justas y por asegurar que la salud pública siga siendo un derecho irrenunciable.

A lo largo de más de un siglo, el SMU ha sido el faro que ha guiado a los médicos en los momentos más oscuros, desde las crisis económicas hasta las pandemias, desde la dictadura hasta las persecuciones por la defensa de la libertad.

Por eso, en este 106° aniversario, el saludo de El Diario Médico es doble. Un saludo a la institución que cobija y representa a la inmensa columna de médicos del país, y un saludo profundo, para todos los que día a día entregan su salud para cuidar la de los demás.

La historia del SMU es la historia del médico uruguayo que en el ejercicio de su profesión no renuncia a los principios rectores del Juramento Hipocrático.

Juramento que, desde la Declaración de Ginebra, dejando de lado las antiguas referencias a las deidades griegas y al paternalismo, incorporó los Derechos Humanos, la no discriminación y el respeto a la autonomía y dignidad del paciente, comprometiéndose quienes lo aceptan a consagrar su vida al servicio de la salud y bienestar del enfermo por encima de todo.

EL sindicato Médico del Uruguay ha sido como institución, fiel a esos principios.

Desde esta columna hacemos votos para que estos 106 años sean el trampolín para seguir fortaleciendo la unidad de los médicos en la digna lucha por la salud de todos los uruguayos y que, como gremio, siga sumando años de lucha y humanidad.

Prof. Elbio D. Álvarez Aguilar (DIRECTOR)

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
INTERÉS MUNICIPAL
(Res. 2531/02)



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



POBLACIÓN Y SALUD

El primer nivel de atención: la base de una población más sana

En este 2026, el lema del Día Mundial de la Población está centrado en la juventud, pero también en el futuro. En ASSE se piensan distintas acciones para fortalecer la atención primaria de salud, para que las personas jóvenes de hoy sean las adultas sanas del mañana.



Por Dra. Marcela Cuadrado

Cada 11 de julio, el Día Mundial de la Población nos invita a reflexionar sobre los desafíos que enfrentan nuestras sociedades. Este año, bajo el lema "Hacer realidad las esperanzas y aspiraciones de las y los jóvenes, tanto hoy como en el futuro", la convocatoria adquiere un significado especial para quienes tenemos la responsabilidad de conducir al mayor prestador de servicios de salud.

Hablar del futuro supone preguntarnos qué país queremos construir. Y la respuesta difícilmente pueda desvincularse de una convicción: el lugar donde una persona nace o decide vivir no puede determinar sus oportunidades de acceder a una atención sanitaria de calidad.

Ese principio de equidad es el que orienta las decisiones que hemos tomado desde la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

Cuando el 18 de marzo de 2025 fueron votadas las venias que habilitaron la asunción de las nuevas autoridades de ASSE, nos encontramos con una realidad desafiante. A las dificultades económicas se sumaban problemas de acceso, carencias de recursos humanos, deficiencias en la distribución de medicamentos y un sistema que, en muchos casos, obligaba a los usuarios a recorrer largas distancias para recibir prestaciones que debían encontrarse mucho más cerca de sus hogares.

Con ese diagnóstico definimos prioridades claras. Fortalecer el primer nivel de atención. Garantizar el abastecimiento de medicamentos mediante un nuevo sistema de distribución. Y desarrollar equipos de salud en las localidades rurales y más alejadas del país.

No fueron tres líneas de trabajo independientes, sino que constituyen una única estrategia para construir un sistema sanitario más justo.

Durante muchos años, el debate sobre la salud estuvo excesivamente concentrado en los hospitales. Sin desconocer su enorme importancia, es necesario comprender que la fortaleza de un sistema sanitario comienza mucho antes de una internación o de una emergencia.

Empieza en la policlínica del barrio o del pueblo pequeño, en el médico o la médica de familia que conoce la historia de sus pacientes, en la enfermera o enfermero que acompaña a una persona mayor, en los controles del embarazo, en las vacunas, en el diagnóstico precoz de enfermedades crónicas, en la promoción de hábitos saludables. En definitiva: empieza en el primer nivel de atención.

Cuando ese primer nivel funciona, toda la sociedad gana. Las personas reciben asistencia antes de que las enfermedades se agraven; los tratamientos resultan menos invasivos y más efectivos; disminuyen las internaciones evitables y se descongestionan los hospitales para que puedan concentrarse en los casos que realmente requieren alta complejidad.

El primer nivel de atención es fundamental en todas las etapas de la vida, pero adquiere un valor estratégico durante las infancias y las adolescencias. Cuando niños, niñas y adolescentes reciben una atención integral, continua y cercana —que incluya también la promoción y el cuidado de la salud mental— se generan mejores condiciones para su desarrollo y bienestar. Esa inversión temprana repercute favorablemente en toda la población, porque contribuye a formar personas adultas más saludables y fortalece el tejido social desde sus bases.

Por eso, fortalecer la atención primaria no constituye un gasto: representa la inversión sanitaria más inteligente, más eficiente y también la más humana.

Esta visión adquiere aún mayor relevancia cuando pensamos en el Uruguay rural. Durante demasiado tiempo, vivir en localidades pequeñas o alejadas significó convivir con mayores dificultades para acceder a consultas médicas, controles periódicos o especialistas. Esa realidad genera inequidades que un sistema público de salud no puede aceptar como inevitables.

Con esa convicción, en octubre de 2025 ASSE realizó un llamado específico para incorporar personal de salud destinado al medio rural. A mediados de 2026, buena parte de esos cargos ya se encontraba ocupada.

Cada uno de esos profesionales representa mucho más que un nuevo puesto de trabajo. Representa la decisión de acercar el Estado a quienes históricamente debieron trasladarse cientos de kilómetros para acceder a una consulta.



Representa también la posibilidad de que las familias puedan desarrollar su proyecto de vida en el lugar donde eligieron vivir, con la tranquilidad de contar con un equipo de salud cercano.

Y sabemos que hoy, solo con eso, no alcanza porque la cercanía también se construye mediante la tecnología. La telemedicina se ha convertido en una herramienta fundamental para reducir desigualdades territoriales. La red que ASSE desarrolla en todo el país permite conectar a los equipos de salud que trabajan en territorio con especialistas ubicados en hospitales de referencia, evitando traslados innecesarios y ofreciendo respuestas más rápidas a los pacientes.

Este modelo adquiere especial importancia en departamentos alejados de Montevideo, donde la incorporación de modalidades como la teleultrasonografía permite que mujeres embarazadas puedan realizar estudios complejos sin abandonar su comunidad, acompañadas en tiempo real por especialistas del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

La tecnología no sustituye el vínculo humano; lo fortalece. Ninguna consulta virtual tendría sentido sin un médico o médica de familia, una licenciada o licenciado en enfermería o un equipo de salud que conozca a esa comunidad y acompañe a sus pacientes antes y después de la consulta especializada. La telemedicina y el primer nivel de atención no compiten, sino que se potencian mutuamente.

También forma parte de esa misma política la recuperación de la infraestructura sanitaria. El reacondicionamiento de ocho policlínicas pertenecientes a la RAP Canelones, concretado mediante el Plan 8x8, expresa una concepción que trasciende las obras edilicias. Mo-

dernizar policlínicas significa fortalecer el lugar donde comienza la atención sanitaria, mejorar las condiciones de trabajo de los equipos de salud y ofrecer espacios dignos para usuarios y usuarias. Significa, en definitiva, reafirmar que la puerta de entrada al sistema merece la misma atención que cualquier otro nivel asistencial.

Siguiendo esa misma línea de trabajo y reafirmando la prioridad otorgada al primer nivel de atención, ASSE comenzó además el proceso de reacondicionamiento de 18 policlínicas del área metropolitana. Esta nueva etapa busca ampliar y mejorar la capacidad de respuesta de la red de atención primaria, fortaleciendo la cercanía con la población y generando mejores condiciones para usuarios, usuarias y equipos de salud.

Las políticas públicas se miden por sus resultados, pero también por los valores que las inspiran.

Defender el primer nivel de atención es defender la prevención por encima de la enfermedad. Es apostar a la cercanía antes que a la distancia. Es reducir inequidades territoriales. Es reconocer que un niño de una escuela rural, una mujer embarazada de una localidad apartada o una persona mayor que vive campo adentro tienen exactamente el mismo derecho a la salud que quien reside frente a un hospital de alta complejidad.

En este Día Mundial de la Población renovamos ese compromiso. Porque hacer realidad las esperanzas de las nuevas generaciones también significa construir un país donde la salud llegue primero a las personas y no al revés. Un país donde el derecho a la atención no dependa del mapa, sino de la convicción colectiva de que la equidad se construye todos los días, allí donde vive la gente.

viene de pág. 2

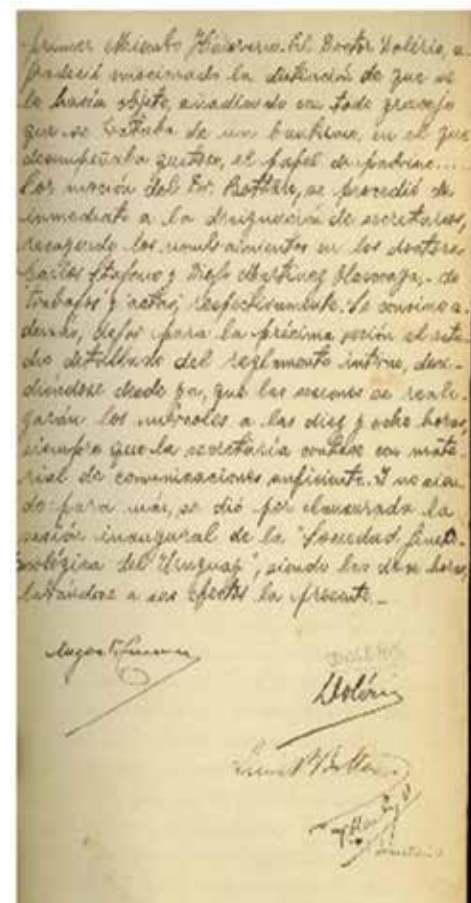
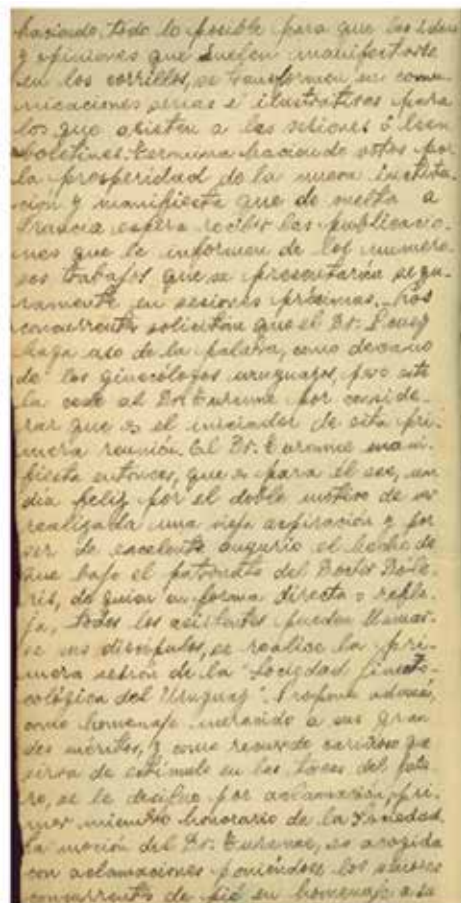
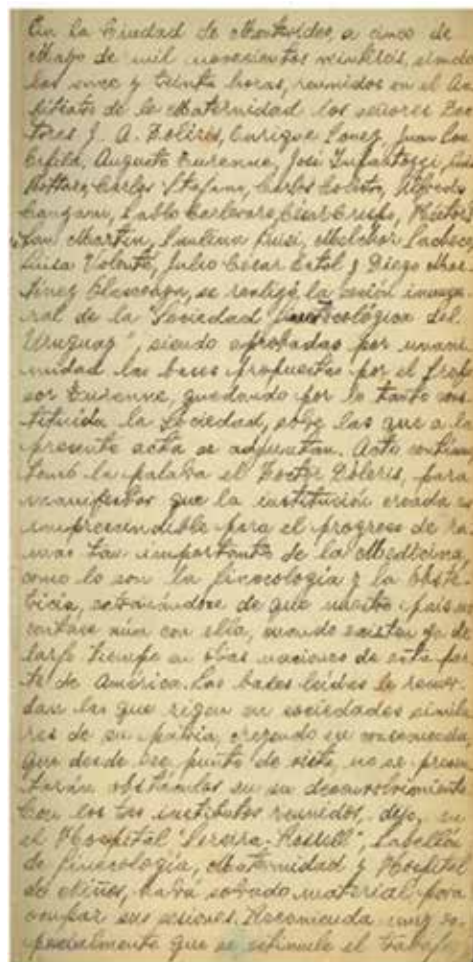
a discutir el tema del nombre y se aprobó el cambio a Sociedad Uruguaya de Ginecología, que debería ser efectivo a partir de 1945, pero un vicio de forma llevó a que no se concretara.

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SGU

Los ginecotocólogos nacionales publicaron sus comunicaciones, durante mucho tiempo, en revistas generales. Los impulsos por contar con publicaciones especializadas comenzaron a concretarse en 1930, cuando apareció el primer volumen de "La Maternidad del Hospital Pasteur", dirigida por Carlos P. Colistro. En 1938 apareció el primer número de "Archivos del Hospital Pereira Rossell", revista en la que se publicaban tanto artículos ginecotocológicos como pediátricos. Con carácter más especializado, en 1942 apareció el primer número de "Archivos de Ginecología y Obstetricia" (AGO), editada por la Seccional de Ginecología y Obstetricia de la Sociedad Médica del Hospital Pereira Rossell. Dado que las Clínicas de Obstetricia y de Ginecología (en ese entonces separadas) de la Facultad de Medicina de Montevideo se ubicaban en el Pereira Rossell, los integrantes de la mencionada Seccional lo eran también de la SGU. En la Sesión del 8 de junio de 1944, Pou Orfila presentó una moción para que la sociedad tuviera su órgano oficial de publicaciones. A partir del número correspondiente a abril de 1945 (Volumen 4) "Archivos" pasó a ser órgano oficial tanto de la citada Seccional como de la SGU. Desaparecida la Seccional, desde 1956 hasta ahora es órgano oficial exclusivamente de la SGU. En 2018 AGO pasó a editarse en forma virtual. En 2020 alcanzó el volumen 58.

LOS CONGRESOS

La historia de reuniones específicas de Obstetricia y Ginecología en Uruguay comenzó con las Jornadas Rioplatenses, que tuvieron lugar alternativamente en Buenos Aires o Montevideo, en las décadas de 1930 y 1940. La sexta de esas Jornadas, cuya sede correspondía a nuestra capital, generó un ambicioso



Actas Fundacionales

proyecto: transformarla también en el Primer Congreso Uruguayo de Ginecología. El intento resultó exitoso y en 1949 el mismo se realizó bajo la presidencia de Crottogini. En 1990 se celebró en Montevideo el XIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, coincidiendo con el X Congreso Uruguayo de Ginecología, bajo la presidencia de Roberto Caldeyro Barcia (1921–1996). El último congreso nacional fue el XVIII en 2018.

PARTICIPACIÓN DE LOS ESPECIALISTAS DEL INTERIOR DEL PAÍS

Pese a que la Sociedad es "del Uruguay" hubo poca participación y representatividad de los colegas del Interior. Algunas inquietudes personales intentaron dar mayor participación a quienes ejercían la especialidad fuera de Montevideo. En setiembre de 1944, Alfonso Giampietro propuso realizar la primera sesión del año 1945 en homenaje a los

colegas del interior, con presentación exclusiva de trabajos originados fuera de Montevideo, lo cual así ocurrió. En los congresos nacionales los ginecotocólogos del Interior han tenido participación destacada; algunos de esos congresos fueron co-presididos por un especialista de la capital y otro del interior. Pese a ello, a medida que se hizo necesario que la Sociedad se ocupara no solo de temas científicos sino también de problemas gremiales, el Interior entendió que debía asociarse en organizaciones propias. La primera fue la Sociedad Uruguaya de Ginecología y Pediatría Relacionadas del Interior (SOGIPERI) y en 1996 se fundó la Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Interior del Uruguay (SOGIU), que mantiene vigorosa pujanza en el fomento de la educación continua y permanente de los especialistas del interior. La colaboración entre SOGIU y SGU es estrecha.

Participación de la SGU en ámbitos internacionales

La SGU es miembro de la Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), que fue

promovida por nuestro país y fundada en Montevideo, en ocasión del antes mencionado Primer Congreso Uruguayo. Asimismo, la SGU es miembro de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). El único uruguayo que presidió tanto FLASOG como FIGO fue Roberto Caldeyro-Barcia. Otros varios miembros de nuestra sociedad han ocupado cargos relevantes en ambas instituciones y siguen contribuyendo con participaciones destacadas en los congresos latinoamericanos y mundiales.

Estructura actual de la SGU

Con el tiempo, a medida que aumentaba la complejidad de las áreas que abarca la Ginecología y Obstetricia, surgieron sociedades especializadas. Actualmente están federadas en la SGU las siguientes: Sociedad Uruguaya de Ginecología Oncología; Sociedad Uruguaya de Salud Sexual y Reproductiva; Sociedad de Ecografía Ginecotocológica del Uruguay; Sociedad de Endoscopia Ginecológica del Uruguay; Sociedad Uruguaya de Ginecología de

sigue en pág. 6



De izq a der: sentados: Dres. Miguel Becerro de Bengoa, Manuel Rodríguez López, Américo Stábila, Juan J. Crottogini, Emilio Prina, José Infanzozzi; de pie, izq a der.: J. Alberto Castro, Ciro Jaumandreu Valva, Guillermo Tobler, Arturo Achard Abaracon, Manuel Pacheco, NN. (Foto: cortesía Dr. Jorge Castro Benítez).



De izq a der: NN, NN, Dres. J. Alberto Castro, María Rosa Remedio, Hermógenes Álvarez, Yamandú Sica Blanco, Héctor Rozada, Iris Biderman de Rosada, NN, NN, Ricardo Morel. (Foto: cortesía Dr. Jorge Castro Benítez).

viene de pág. 5

la Infancia y Adolescencia; Sociedad de Mastología Ginecológica del Uruguay; Sociedad Uruguaya de Endocrinología Ginecológica y Menopausia; Sociedad Uruguaya de Perineología. El papel creciente y destacado de las especialistas mujeres, cuyo número es ampliamente mayoritario, resulta notorio en la gran cantidad que han sido y siguen siendo hoy, quienes presiden esas Sociedades.

La Sociedad de Ginecología del Uruguay en sus cien años de existencia ha promovido el desarrollo de la especialidad, y especialmente, recogiendo la acción tesonera de sus fundadores, ha realizado una permanente prevención de las enfermedades que afectan a la mujer, desde su infancia hasta el final de la vida, muy especialmente el cáncer genital. Pero también ocupándose de la educación de la población, de la prevención, bregando por el control

del embarazo y el parto en las mejores condiciones de atención, del asesoramiento a las autoridades sanitarias, como tantos temas que ocuparon sus trabajos científicos y de amplias proyecciones sociales. Entre sus miembros y directivos se encontraron algunas de las figuras de mayor trascendencia internacional de la ginecología y obstetricia del Uruguay, además de los fundadores nombrados, como Hermógenes Álvarez, Juan José Crottogini y el ya mencionado Roberto Caldeyro-Barcia, que han sido reconocidos con justicia maestros de la ginecología latinoamericana por la FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología), filial de la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia).

Desde EL DIARIO MÉDICO saludamos a los integrantes de la Sociedad de Ginecología del Uruguay en su centenario, recordando y reconociendo a quienes en 1926 alumbraron su nacimiento.



Representantes de la SGU recibiendo – en el puerto de Montevideo – a colegas argentinos para la realización de una Jornada Rioplatense de Ginecología y Obstetricia. Pueden visualizarse a J. Alberto Castro, Manuel Rodríguez López, Manuel Ambrosioni, José Infanzozzi, Juan José Crottogini y Hermógenes Álvarez (circa 1947). (Foto: cortesía Dr. Jorge Castro Benítez).

MEDICINA EN EL INTERIOR:

Una historia de convicción, compromiso y construcción colectiva

El mes de julio finalizó con una muy importante noticia para todos los uruguayos: el egreso del primer grupo de estudiantes de Medicina formado íntegramente en el interior del país, concretamente en el CENUR Litoral Norte.

Autoridades nacionales, departamentales y universitarias coinciden en que tanto su puesta en marcha como su continuidad fueron posibles gracias a la convicción y conducción de un conjunto de personas que dieron todo de sí para llegar a este momento, con la absoluta certeza de que ello no solo era posible, sino también necesario. Hoy estamos con dos de ellos: el entonces Decano de la Facultad de Medicina y hoy Profesor Emérito, Dr. Miguel Martínez Asuaga, y la Prof. Diana Domenech, quien fuera Coordinadora de la Carrera en el CENUR, Asistente Académica y actualmente es Directora de la Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria.

El Diario Médico los ha convocado una vez más para dialogar sobre la historia, los logros, los alcances y también los desafíos que deberá enfrentar esta im-

portante iniciativa.

—Como tantas veces, lo primero es agradecerle a ti, Elbio, y, claro está, al Diario Médico por su permanente presencia en todos los temas de salud y educación que, de un modo u otro nos afectan e importan. En este caso, entiendo que asistimos a un hecho que trasciende profesiones y localismos: estamos hablando de un logro con impacto social que nunca se hubiera alcanzado de no haber coincidido visiones, voluntades y aportes concretos. En suma, toda una historia que fue apuntalando cada pieza hasta hacer posible este momento.

Y cuando hablamos de “visiones” aparece de inmediato la figura del Decano Pablo Carlevaro y su capacidad para imaginar y crear condiciones transformadoras de impacto social. Lo menciono muy especialmente porque, hasta donde sé,



el primer paso hacia la descentralización territorial de la carrera de Medicina se produjo en agosto de 1973, un año sin duda muy difícil para todo el país, cuando, en conjunto con los Dres. Rozada, Poseiro, Burjel y Arzuaga, se organizó un tribunal de examen final en Paysandú.

Tuvieron que pasar 14 años y una atroz dictadura para que el propio Pablo retomara acciones tendientes a descentralizar la carrera de Medicina.

—¿Y cómo fue el reinicio de esta experiencia desde tu visión como entonces Asesor Académico del Decano Carlevaro?

Recuerdo nuestras reuniones con los Dres. Jorge Burjel, Néstor Campos y Eduardo Andrade, verdaderas referencias no solo en el terreno técnico o como excepcionales docentes, sino también como personas comprometidas con el país y su gente.

Allí se acordó iniciar una experiencia que abarcaba exclusivamente los años clínicos. De hecho, participamos en 1989, en Salto, y en 1990, en Paysandú,

en el inicio respectivo del cuarto y quinto años. Tiempo después, allá por 1993 —yo estaba cursando estudios en París en ese entonces—, Pablo me escribió relatóndome pormenorizadamente el acto de entrega de títulos a los 14 flamantes médicos que habían completado allí su ciclo clínico. Sin embargo, el tiempo demostró que, sin el empuje de los primeros años de la carrera, la experiencia se agotaba.

En agosto de 2014, con motivo de los 25 años del inicio de aquella experiencia, acudimos a la Regional junto a los decanos Tomasina, Schelotto y Carlevaro, donde nos esperaban los grandes gestores de aquel proceso, el “Traca” Andrade y el “Gordo” Campos.

En esa ocasión solo se otorgaron nueve títulos a colegas que habían completado sus años clínicos. Es decir que, mientras la inscripción en Medicina en Montevideo se incrementaba entre un 13 y un 18% anual, en el Litoral había descendido de 13 a 9 médicos: un 33% menos.

sigue en pág. 7



viene de pág. 6

En mi informe al Consejo de la Facultad —que en aquel momento integraba por el Orden Docente— expresé textualmente: “No se trata de deshechar esta experiencia. Trabajemos seriamente en las razones y condiciones necesarias para incrementar la matrícula en el Litoral, lo que, entre otras cosas, significa preguntarnos si no existe ya capacidad instalada para ofrecer la carrera completa, que sería la única forma de crecer”.

—O sea que, para cuando fuiste designado Decano, ¿ya tenías decidido tomar este tema como una prioridad de la Facultad?

Es que ese tema lo llevaba en la sangre. Con familia originaria “por los cuatro costados” de Sarandí Grande, mis padres debieron “implantarse” en Montevideo por razones laborales y de estudios. De hecho mi padre llegó con 18 años y apenas primaria completa, perseguido por la crisis del sector rural —la gran sequía de 1942-43— y en dos años rindió, en forma libre, todos los exámenes de la enseñanza secundaria de entonces: liceo y preparatorios. Finalmente fue profesor de Historia y Literatura, jubilándose como grado 7.

Siempre pensé que, en un país como el nuestro, con acceso gratuito y sin limitaciones formales a la educación terciaria, la cuestión geográfica se convierte en un obstáculo real. Porque, si bien en teoría todos podemos acceder, haber nacido en el interior se convierte en una limitante de primer orden. Y la barrera o imposibilidad no es solo afectiva, sino fundamentalmente económica.

En lo que hace a la Medicina, fui y soy consciente que la existencia de cursos completos en el Litoral no soluciona esa inequidad, pero demuestra que se puede.

No es un logro: es un camino, y aún estamos por la mitad.

Respecto a tu pregunta concreta, no bien pudimos construir el equipo de trabajo del Decanato, conjuntamente con mi gran amigo —y también, de alguna manera, mentor— el Prof. Em. Ricardo Roca y la Dra. Adriana Cassina —un ejemplo de inteligencia, constancia y trabajo, digna hija de Rubén Cassina— y la entonces Directora de Carrera, Dra. Mariana Cora, nos abocamos a una evaluación seria de las posibilidades de desarrollo en el Litoral.

Reunida la información, viajamos incorporando al encargado del Departamento de Educación Médica, Dr. Julio Siciliano, y a la consejera Ma. Noel Álvarez.

Es difícil olvidar aquella jornada en la que, muertos de frío y sueño, amanecimos en un bar de la estación de buses, esperando que fueran las ocho para dirigirnos a la sede regional...

—¿Y qué fue lo que convenció a ese equipo de trabajo de que las condiciones estaban finalmente dadas para el inicio de una carrera completa en el Litoral?

Esa especie de “raid” fue una de las experiencias más removedoras de mi vida académica. Fuimos con una expectativa real, pero cautelosa, y nos encontramos con laboratorios de investigación y

desarrollo de altísimo nivel, con investigadores tanto uruguayos como de otros países que nada tenían que envidiar a los de mayor jerarquía de la capital, y con grupos de trabajo consolidados y produciendo a alto nivel.

Pero además se percibía, tanto en Paysandú como en Salto, un fuerte interés por contribuir al desarrollo de la carrera.

Claro que esto no surgió por un designio divino ni por “naturaleza espontánea”. Fue la clara visión del Rector Rodrigo Arocena y el inteligente e incansable “trabajo de campo” realizado durante varios años por el entonces ProRector Gregory Randall los que crearon las condiciones para la consolidación de un grupo docente de excepción y el surgimiento de estos laboratorios. Aquí señalo como ejemplo el primer Laboratorio de Bioseguridad Nivel 3 (P3), dirigido por Rodney Colina, que dio sobreadas muestras de su capacidad productiva y su ductilidad durante la pandemia.

Desde el punto de vista estratégico, también se logró —y aquí es de orden señalar el empuje del Rector Rodrigo Arim— que se aprobara la equivalencia del Ciclo Inicial Optativo (CIO), opción Salud, con el primer año de la carrera de Doctor en Medicina.

Fue en esa recorrida que, además, pudimos reunirnos con la Directora del CENUR, Mg. Graciela Carreño, quien trabajó eficazmente tanto en la obtención de recursos para el desarrollo del plan como en su puesta en marcha. Dudo que sin su inteligencia y decidido apoyo, se hubiera podido concretar el proyecto en tan poco tiempo.

—Tú siempre insististe en que el logro, más allá del esfuerzo institucional, dependió en todo momento del apoyo y empuje de la gente de la región.

¡Por supuesto! Lo más importante de esta iniciativa fue precisamente el gran apoyo que recibió desde el propio Litoral. Recién hablamos del impulso de Carreño y del CIO y su importantísimo rol en la implementación del primer año de las carreras de la salud. Bueno, quien lo dirigía en aquel momento, el Dr. Mauricio Cabrera, se constituyó en un baluarte de primer orden, aportando conocimiento, inteligencia y dedicación en un momento muy difícil y desde una posición estratégica. Hoy es nada menos que Director del CENUR Litoral Norte y desde allí me consta que continúa trabajando por el desarrollo académico de toda la región.

Para seguir dimensionando el inmenso aporte local, sin el cual nada hubiera funcionado, es de estricta justicia señalar a uno de los protagonistas más decididos, dinámicos e inteligentes con quien tuve el enorme placer de trabajar: el entonces Director de la sede Paysandú, Dr. Liber Acosta. Junto con el formidable equipo conformado por las Lics. Natalie Robaina, Mónica Cabrera y Alejandra Suárez fueron y son grandes protagonistas de este proceso. Hoy Liber se desempeña como Presidente de la Comisión Coordinadora del Interior, desde donde continúa su tarea de apoyo a los procesos de expansión y consolidación de la educación universitaria en todo el interior del país. Lía Randall, hija de Gregory y nieta de Pablo Carlevaro, que estaba radicada



con su familia en Paysandú, donde desarrollaba una labor de investigación y docente, participó activamente en esta iniciativa desde su posición estudiantil. Desde Salto el Dr. Roberto Varela y su equipo coordinando esfuerzos desde la Regional.

Pero todo esto, con su enorme importancia a la hora de consolidar procesos, requería contar con un liderazgo claro, instalado en la región y dedicado casi en forma exclusiva al desarrollo de la carrera. Esa dedicación, tenacidad, capacidad de trabajo y claridad de objetivos tomó forma en la Dra. Diana Domenech, cuya dosis de entusiasmo y trabajo posibilitó la aprobación del Programa por parte del Consejo de la Facultad y del Consejo Directivo Central, allá por noviembre de 2019 y felizmente está aquí con nosotros para contarnos sus experiencias en el desarrollo y también las dificultades...

Soy consciente de estar mencionando solo a algunos referentes universitarios, a quienes considero determinantes en este proceso inicial. Pero hubo muchos otros protagonistas cuya contribución fue igualmente significativa en aquel momento y muchos otros que se fueron sumando. Y, desde luego, respetando el enorme despliegue realizado, solo con el esfuerzo y los aportes universitarios tal vez no hubiera sido posible este logro, que hoy tiene una clara escala nacional.

—¿Esa referencia es a otros protagonistas fuera de la esfera universitaria?

Es de orden mencionar muy especialmente al Intendente de Paysandú, Dr. Nicolás Olivera. Estamos convencidos que, sin su decidido apoyo, jamás hubiera prosperado esta iniciativa. El Dr. Olivera, junto con Gerardo Muria, amigo personal y actual Director de Descentralización de la Intendencia, trabajaron y trabajan en conjunto con las autoridades universitarias en el fortalecimiento de los espacios locativos destinados a la enseñanza, como las Salas de Anatomía y fueron impulsores del desarrollo de la infraestructura del nuevo Campus en los terrenos del antiguo Corralón Municipal. Estamos hablando nada menos que de 14.000 metros cuadrados en una ubicación privilegiada. Hace poco asistimos allí a la inauguración de la nueva Residencia Estudiantil, financiada directamente por la Intendencia, así como del primer Centro de Biosimulación Médica del

país, que potencia la formación técnica de vanguardia. Todo esto muestra que Universidad e Intendencia están apuntando claramente a transformar Paysandú de una ciudad “con algunas carreras universitarias” en una verdadera “Ciudad Universitaria”, con capacidad para constituirse en referencia nacional.

Y este es, quizás, uno de los aspectos más interesantes de todo este proceso: el egreso de esta primera generación no representa un punto de llegada, sino la confirmación de que la descentralización universitaria, al menos en Medicina, es posible cuando existe una convergencia de voluntades, capacidades y compromiso.

La carrera de Medicina en el Litoral no debe ser vista solamente como una alternativa para los jóvenes del interior. Es también una herramienta de transformación social, de desarrollo regional y, en definitiva, de construcción de un país más equitativo.

El desafío ahora es consolidar lo alcanzado, garantizar su calidad y generar las condiciones para que esta experiencia no sea excepcional, sino parte natural de una Universidad verdaderamente nacional

—Prof. Diana Domenech ¿cómo fue el proceso real de consolidación de todas estas iniciativas para poner en marcha la carrera en la Regional Norte?

Como un proceso sostenido de expansión de la formación médica en el interior del país. En efecto, la consolidación de la carrera de Doctor en Medicina en el CENUR Litoral Norte fue el resultado de un proceso progresivo, sustentado en varias décadas de desconcentración de la formación médica. Salto y Paysandú ya recibían estudiantes para cursar los años clínicos de la carrera; sin embargo, el verdadero punto de inflexión se produjo en noviembre de 2019, cuando las autoridades universitarias —primero el Consejo de la Facultad de Medicina y posteriormente el Consejo Directivo Central— aprobaron la implementación del segundo y tercer año de la carrera (Resoluciones N.º 58 del CDF, del 13 de noviembre, y N.º 51 del CDC, del 19 de noviembre).

El proyecto había sido elaborado por una comisión designada por el Consejo de la Facultad de Medicina, posteriormente ampliada con docentes del Depar-

sigue en pág. 8

viene de pág. 7

tamento de Ciencias Biológicas radicados en Salto y representantes de la Dirección del CENUR Litoral Norte. Esta aprobación permitió iniciar el segundo año en 2020 y el tercero en 2021, haciendo posible, por primera vez, cursar íntegramente la carrera de Doctor en Medicina en la región.

Esta puesta en marcha efectiva exigió mucho más que una aprobación formal. Requirió una articulación permanente con las unidades académicas, la Dirección de la Carrera y la Unidad de Coordinación Curricular de la Facultad de Medicina; con los departamentos académicos y los equipos docentes radicados en las sedes de Salto y Paysandú del CENUR Litoral Norte; y con los servicios asistenciales de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

En este proceso fue fundamental el trabajo conjunto con la sede Salto. Destaco especialmente la participación del Dr. Roberto Varela, coordinador de la carrera en esa sede; de sus directores, Ing. Agr. Pancracio Cánepa y Dr. Juan Romero; y de los directores del Departamento de Ciencias Biológicas, Prof. Rubén Daniel Peluffo y Prof. Julio Daluz. En ellos quiero reconocer también a todos los docentes que asumieron la responsabilidad de implementar los cursos correspondientes a los primeros años de la carrera. Como señaló el decano Martínez, también fueron determinantes los aportes del Dr. M.V. Líber Acosta, entonces director de la sede Paysandú; de Alejandra Suárez, como asistente académica; de quienes dirigieron el CENUR Litoral Norte, Mag. Graciela Carreño y Dr. Mauricio Cabrera; y de sus asistentes académicas, Lic. Natalie Robaina y Mónica Cabrera. El segundo trienio, por su parte, se sostuvo en el trabajo comprometido de los docentes clínicos, quienes asumieron nuevas responsabilidades, muchas de ellas más allá de las directamente vinculadas con sus



respectivos campos disciplinares.

A esta construcción académica se sumó una intensa gestión administrativa y operativa con las bedelías y los departamentos de Personal, Concursos y Proveeduría, entre otros. Esta coordinación resultó indispensable para organizar los cursos y las evaluaciones, gestionar los traslados de estudiantes y docentes, y asegurar la disponibilidad de espacios, insumos y equipamiento necesarios para el funcionamiento de la carrera en la región.

Fue necesario implementar progresivamente cada unidad curricular, fortalecer los equipos docentes, incorporar nuevos espacios y equipamiento y, simultáneamente, reducir los traslados de estudiantes y docentes hacia Montevideo.

Y en forma objetiva, que impacto tuvieron todos esos esfuerzos en la matrícula de estudiantes de medicina dispuestos a hacer toda la carrera de medicina en el litoral?

El impacto sobre la matrícula fue inmediato. Entre 2019 y 2021, las inscripciones al CIO Salud se triplicaron. Durante 2020 y 2021 ingresaron 1.145 estudiantes al

CIO Salud, de los cuales 740 —el 64,6%— eligieron la trayectoria Medicina.

A medida que las primeras generaciones avanzaron por los distintos ciclos de la carrera, alrededor de 700 estudiantes por año comenzaron a cursar los diferentes tramos de la formación médica en la región. Esto significó multiplicar por seis la matrícula respecto de 2019. Desde 2024, la cifra se aproxima a los 1.000 estudiantes que cursan algún año de la carrera de Doctor en Medicina en el CENUR Litoral Norte.

Este crecimiento hizo indispensable fortalecer la estructura académica. En junio de 2022, el Consejo Directivo Central aprobó el Proyecto de Fortalecimiento Académico del Área de la Salud en el CENUR Litoral Norte, con especial énfasis en el CIO Salud y en la carrera de Doctor en Medicina. A partir de esa resolución se avanzó en los llamados a cargos docentes titulares correspondientes al primer y segundo trienio.

El crecimiento de la carrera también hizo necesario desarrollar infraestructura específica. ASSE cedió en comodato espacios destinados a las salas de Anatomía de los hospitales de Salto y Paysandú. Las obras de remodelación fueron financiadas por la Comisión Técnica Mixta de Salto Grande e inauguradas en mayo de 2024.

En 2023 se adquirieron simuladores destinados a los cursos de reanimación cardiopulmonar de adultos y niños del Ciclo Internado Rotatorio, que comenzaron a implementarse en la región a partir de 2025.

Paralelamente, en el marco del proyecto de la nueva sede universitaria de Paysandú, se incorporó el diseño de un Centro de Bioestimulación, concebido como una herramienta de creciente relevancia para la formación médica. La iniciativa se sustentó en la articulación entre la Universidad de la República, la Intendencia Departamental de Paysandú —que donó el predio destinado a la nueva sede— y la Corporación Andina de Fomento (CAF), con la participación de la División Arquitectura de la UdelAR y de equipos técnicos especializados en su diseño y desarrollo.

También se avanzó en la disminución de los traslados de estudiantes hacia Montevideo. En noviembre de 2024, la presentación y evaluación de los trabajos correspondientes a Metodología Científica II se realizó por primera vez en la re-

gión, en el marco de las Primeras Jornadas de Investigación Estudiantil del Litoral.

Parece claro entonces, Dra. Domenech, que el proceso de consolidación implicó mucho más que una expresión de voluntad o una decisión administrativa...

En efecto dicha consolidación en el CENUR Litoral Norte no respondió a una medida aislada sino que fue el resultado de la convergencia de decisiones académicas, de una inversión sostenida en fortalecimiento docente, desarrollo de infraestructura, coordinación interinstitucional y por supuesto de un sostenido trabajo cotidiano.

En pocos años, aquel proceso que se inició con muy poco, permitió transformar una experiencia de formación clínica parcial en una carrera completa, con una creciente capacidad para formar médicos en el territorio.

Pero su significado trasciende las cifras y la propia Universidad. La posibilidad de realizar íntegramente la carrera de Medicina en el interior constituye un paso relevante para reducir desigualdades históricas en el acceso a la formación universitaria y, al mismo tiempo, para contribuir a una distribución más equilibrada de los profesionales de la salud en el territorio nacional.

Como podríamos resumir la situación actual??

La experiencia del CENUR Litoral Norte demuestra que la expansión territorial de la formación médica no se construye únicamente mediante decisiones formales: requiere convicción, planificación, recursos, articulación institucional y, fundamentalmente, continuidad en el tiempo.

En ese sentido, el proceso que el decano Martínez reconstruye con tanto detalle tuvo continuidad durante la gestión del decano Prof. Dr. Arturo Briva. Su conducción contribuyó a superar los obstáculos académicos y operativos que fueron surgiendo, promovió la ampliación de las oportunidades de formación de posgrado en la región para los nuevos egresados y acompañó a estos y a sus familias en las sucesivas ceremonias de graduación celebradas en el CENUR Litoral Norte. Más recientemente, el rectorado del Ing. Héctor Cancela ha reafirmado el compromiso institucional de la Universidad de la República con la profundización de la descentralización universitaria.



LORENA
TABORDA
CONTADORA

IVA - IRF - IASS - FONASA

Certificados de Ingresos

Liquidación de Sueldos

cra.lorenataborda@gmail.com

098 939 239

JORNADAS DR. RAÚL AMORÍN CAL

DIRIGIDO A CIRUJANOS, MÉDICOS Y ENFERMERÍA

FECHA Y HORA:

**15.08.26
(9-16 HS)**

DÓNDE:

FLORIDA, URUGUAY
MAVEA (DR. URSINO BARREIRO 3418)

TEMARIO:

SEMBLANZA SOBRE LA FIGURA
DEL DR. RAÚL AMORÍN CAL

CARCINOMATOSIS PERITONEAL

CIRUGÍA DE REPARACIÓN PARIETAL

MASTOLOGÍA

POLITRAUMA

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

INSCRIPCIONES AL MAIL: calypsoplazzotta@gmail.com

ACTIVIDAD SIN COSTO

SE ENTREGARÁ CERTIFICADO DE ASISTENCIA

PROGRAMA

JORNADAS DR. RAÚL AMORÍN CAL

HORA 8:30 - 9:00

Acreditaciones

HORA 9:00

Semblanza de la figura del
Dr. Raúl Amorín Cal

A cargo de: Dr. Antonio Turnes

Presenta: Dr. Daniel González

HORA 9:45

Carcinomatosis peritoneal:
¿Es posible su tratamiento?

Dres:

Valentín López, Leandro Telles, Daniel González

Clínica Quirúrgica "3"

HORA 10:15

Coffee Break

HORA 11:00

Reconstrucción del tránsito y
eventraciones periestomales:

¿Puede realizarse

cirugía parietal simultánea?

Dra. Florencia Echeverry

Capítulo de Cirujanas Uruguayas

HORA 12:00

Almuerzo

CONTINÚA →

HORA 13:00

Oclusión intestinal de delgado
por tumor neuroendocrino:

Caso clínico y actualización

Dr. Gonzalo Perrone

Síndrome de Mirizzi:

Caso clínico y actualización

Dr. Martín Cresci

Paysandú

HORA 13:30

Cáncer de mama

y reconstrucción inmediata

Presentación de casos clínicos
y actualización

Dres:

Cecilia Plazzotta, Santiago García,

Bettina Martinucci

Florida

HORA 14:15

Actualización en epidemiología del
cáncer de mama, screening y manejo
multidisciplinario

Dra. Alicia Villarino

Maldonado

HORA 15:00

Atención inicial

del politraumatizado grave

Dra. Martina Tristant, Dr. Elton Motta,

Lic. Enf. Stephanie Machado

Florida



Montevideo
Costa de Oro
Piriapolis
Punta del Este

**CORTINAS DE ENROLLAR
ELECTRICIDAD
SANITARIA
PINTURA**

Roberto Triunfo



099 153 720



mantenimientohogaryempresas



**Visitanos en
FACEBOOK**



**EL DIARIO
MEDICO**



**BRACKETS
MONTEVIDEO**
CLÍNICA DENTAL
ESTÉTICA POCITOS

Tu mejor
sonrisa,
a un precio
increíble.

PROMOCIÓN AL

50%



**COLOCACIÓN DE
BRACKETS DE METAL**
A \$3990 POR PERSONA!
Controles mes a mes **\$2200**

(No incluye la promoción el estudio de placas radiográficas ni fotografías iniciales)



DE REGALO
Limpieza bucal antes
de la colocación
de brackets!



LIMPIEZA BUCAL
\$1800 POR PERSONA!



Y ADEMÁS DE REGALO
Valoración del estado bucal,
diagnóstico de posibles
enfermedades.



**PLACA NEURO
MIO RELAJANTE**
(TRATAMIENTO DE BRUXISMO)
+ LIMPIEZA BUCAL DE REGALO
\$8.900!



26 de Marzo esq. Julio César,
Pocitos, Montevideo, Uruguay



098 225 333
Consulte



www.bracketsmontevideo.com



Más confianza, más seguridad, más **sonrisas.**



Implantación de Sistemas de la Calidad en Organizaciones de

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

INICIO: 29 de julio

FIN: 19 de agosto

EVALUACIÓN: 26 de agosto

MODALIDAD: online por Zoom

FRECUENCIA: lunes, miércoles y viernes de 18:00 a 21:00h.

DURACIÓN: 24hs lectivas.

OBJETIVO:

Profundizar el conocimiento y analizar los requisitos de la norma UNIT-ISO 7101:2023, con el fin de diseñar, implantar, mantener y mejorar sistemas de gestión de la calidad en organizaciones de salud, fortaleciendo la seguridad del paciente, la continuidad asistencial y el desempeño clínico y organizacional.

CONTENIDO:

- Generalidades
- Introducción a la gestión de la calidad en servicios de salud
- Estudio de los requisitos de la norma UNIT-ISO 7101:2023
- Contexto organizacional y liderazgo en salud
- Planificación del sistema de gestión de la calidad
- Soporte del sistema de gestión
- Operación de los procesos asistenciales y de apoyo
- Evaluación del desempeño
- Mejora continua y aprendizaje organizacional
- Implantación del sistema de gestión según UNIT-ISO 7101:2023
- Certificación de sistemas de gestión de la calidad en salud

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 🌐 www.unit.org.uy

Más de 500 años después, una nueva lectura de Leonardo revela una composición nunca vista que parece señalar el futuro

Es una de las hipótesis desarrolladas durante la investigación de *La Anunciación*, la nueva novela de los uruguayos Marciano Durán Rivero y Marciano Durán Laxague. El libro propone además otros sorprendentes hallazgos relacionados con la obra, los viajes y los años menos conocidos de Leonardo da Vinci.

¿Y si uno de los mayores enigmas de Leonardo da Vinci no estuviera escondido dentro de una obra, sino en la relación entre varias?

Esa es una de las preguntas que recorren *La Anunciación*, la nueva novela de los uruguayos Marciano Durán Rivero y Marciano Durán Laxague, padre e hijo, y que dio origen a una hipótesis tan audaz como inquietante: tres de las creaciones más célebres de Leonardo, concebidas en momentos diferentes y conservadas actualmente en lugares distintos, formarían juntas una composición nunca vista.

Se trata de *La Anunciación*, *La última cena* y *El hombre de Vitruvio*.

Al ser ajustadas y superpuestas, las tres obras no se limitarían a compartir líneas, figuras y proporciones. Según la investigación desarrollada durante la escritura de la novela, darían lugar a una arquitectura visual que podría funcionar como un reloj cosmológico calibrado en años.

El supuesto mecanismo relacionaría acontecimientos de la vida de Cristo, momentos de la existencia de Leonardo y fechas vinculadas con la realización de sus obras. Pero la hipótesis avanza todavía más: algunas de sus direcciones parecerían señalar grandes pandemias y guerras ocurridas siglos después de la muerte del artista. La investigación no pretende demostrar que Leonardo podía

conocer el futuro. Plantea algo más preciso: cuando las tres obras se combinan y son leídas mediante una misma escala, determinadas fechas parecen surgir dentro de la composición.

UNA OBRA QUE SOLO EXISTE AL REUNIR OTRAS

Los misterios atribuidos a Leonardo suelen buscarse en una mirada, una mano, una perspectiva, una secuencia matemática o algún detalle inadvertido durante siglos.

La investigación de *La Anunciación* propone cambiar el procedimiento.

El primer paso consiste en relacionar *La Anunciación*, realizada hacia 1472 y conservada en la Galería de los Uffizi de Florencia, con *La última cena*, pintada más de veinte años después en el convento de Santa Maria delle Grazie, en Milán.

Aunque corresponden a etapas muy diferentes de la vida de Leonardo y fueron concebidas para espacios distintos, ambas presentan un formato marcadamente horizontal.

Al ajustar sus proporciones y superponerlas digitalmente, los personajes, los paisajes y las líneas arquitectónicas comienzan a establecer relaciones que no aparecen cuando las pinturas son observadas por separado.

La nueva composición presenta quince



ocupado por Cristo coincide con el eje montañoso del paisaje de *La Anunciación*. Algunas líneas parecen prolongarse de una imagen a otra y determinados personajes y gestos comienzan a responderse a través del tiempo.

La fórmula puede parecer provocadora: uno más uno no siempre es dos.

No se trataría de una pintura material desconocida, sino de una imagen virtual que solo aparece cuando las dos obras son contempladas simultáneamente.

LA APARICIÓN DEL RELOJ

La investigación incorpora luego *El hombre de Vitruvio*, el célebre dibujo en el que Leonardo representó un cuerpo humano inscrito dentro de un círculo y de un cuadrado.

Al colocarlo sobre la arquitectura cen-

con el centro de la pintura. Es entonces cuando la composición comienza a adquirir la apariencia de un reloj.

Los brazos y las piernas del hombre vitruviano pueden ser interpretados como agujas. A su alrededor aparecen los doce apóstoles, distribuidos por Leonardo en cuatro grupos de tres y asociados visualmente con las doce posiciones de una esfera horaria.

El supuesto mecanismo, sin embargo, no mediría horas. Estaría calibrado en años.

El cuadrado representaría el espacio; el círculo, el tiempo; el cuerpo humano funcionaría como puente entre ambos y Cristo ocuparía el centro. No sería un reloj mecánico, sino una arquitectura visual y teológica capaz de relacionar al ser humano, el universo y la historia.

Hasta allí, el mecanismo podría organizar episodios conocidos por Leonardo: acontecimientos de la vida de Cristo, referencias a su propia época y momentos relacionados con la creación de las obras.

Pero la hipótesis toma entonces una dirección más difícil de explicar.

Aplicando la misma escala, algunos elementos de la composición parecerían señalar fechas asociadas con tres grandes pandemias y con momentos decisivos de la Primera y la Segunda Guerra Mundial.

¿Cómo podrían obras realizadas a finales del siglo XV contener referencias a acontecimientos que todavía tardarían siglos en ocurrir?

HIPÓTESIS, NO CERTEZA

No existe ningún documento conocido en el que Leonardo describa este reloj, indique que sus obras deban ser superpuestas o afirme haber construido un sistema destinado a señalar el futuro.

También es posible que el observador,



viene de pág. 18

conociendo los acontecimientos históricos, encuentre entre los numerosos gestos y líneas aquellos que parecen coincidir con determinadas fechas. La tendencia humana a reconocer patrones obliga a examinar la propuesta con cautela.

Por eso, los autores presentan el reloj cosmológico como una hipótesis visual e interpretativa, no como una certeza académica ni como una demostración de que Leonardo predijo pandemias o guerras.

Su planteo es más acotado y, al mismo tiempo, inquietante: al combinar tres obras mediante un procedimiento reproducible, aparece un sistema dentro del cual esos acontecimientos parecen estar señalados.

La clave no estaría solamente en lo que Leonardo dejó dentro de cada creación, sino en aquello que aparece entre ellas cuando son contempladas como partes de una misma arquitectura.

UNA DE VARIAS HIPÓTESIS

El reloj cosmológico es solamente uno de los hallazgos surgidos durante la investigación histórica, artística y documental de *La Anunciación*.

La novela propone otras relaciones sorprendentes entre pinturas, mapas, paisajes, símbolos, textos antiguos y lugares vinculados con Leonardo. También se interna en uno de los períodos menos documentados de su biografía y formula nuevas preguntas sobre sus posibles viajes, sus conocimientos y el verdadero alcance del proyecto que pudo haber distribuido entre diferentes obras.

Durán Laxague, analista de sistemas, lideró la investigación técnica y documental. Durán Rivero, escritor y periodista, estuvo a cargo de la escritura y el desarrollo narrativo.

En la novela, los protagonistas intentan reconstruir un mensaje que Leonardo habría fragmentado a lo largo de su producción artística. Cada descubrimiento conduce a una nueva relación y obliga a regresar sobre obras contempladas durante más de cinco siglos.

La Anunciación, que es publicada en Amazon en edición digital e impresa, utiliza los recursos de la ficción para plantear preguntas que también pueden trasladarse al mundo real: ¿pueden obras creadas en épocas diferentes compartir una misma estructura? ¿Hasta qué punto una coincidencia continúa siendo casual cuando otras comienzan a acumularse? ¿Es posible que algunas de las creaciones de Leonardo sean piezas de un sistema más amplio?

El reloj cosmológico, como las demás hipótesis desarrolladas en el libro, queda abierto a la observación y al debate.

Puede tratarse de una coincidencia extraordinaria, de una consecuencia de los métodos compositivos de Leonardo, de una interpretación construida desde el presente o de una relación deliberada que nunca llegó a ser explicada.

Quizás algunos de sus secretos no se encuentren ocultos dentro de una única obra. Quizás permanezcan en el espacio invisible que aparece cuando creaciones separadas durante más de cinco siglos vuelven, finalmente, a encontrarse.



LA ANUNCIACION alcanzó el primer lugar de ventas en Amazon (España)

Fortalecimiento del Desarrollo Profesional Médico Continuo: Un hito institucional en el CMU

El pasado viernes 17 de julio, la sede del Colegio Médico del Uruguay (CMU) fue el escenario de una jornada clave de intercambio titulada "Fortalecimiento del DPMC institucional en Uruguay: ¿Dónde estamos y hacia dónde precisamos ir?". Esta actividad se consolidó como un espacio fundamental para sumar voces y definir el rumbo de la formación médica en el país.



El encuentro fue impulsado por la Comunidad de Buenas Prácticas de DPMC, destacándose que los aportes e ideas compartidas por los asistentes son el motor que enriquece el trabajo diario de la institución. Este proceso refleja el compromiso del Colegio con el futuro del sector salud y la excelencia en el ejercicio profesional.

En sintonía con este fortalecimiento, el CMU recuerda que ya se encuentran abiertas las inscripciones para el Ciclo 4

del Curso DPMC 2026, (ver nota aparte).

Asimismo, la institución continúa desarrollando una agenda activa de formación que incluye talleres de actualización técnica y programas de bienestar para los colegiados en todo el territorio nacional.



sigue en pág. 14

viene de pág. 13



El Colegio Médico del Uruguay abre inscripciones para el curso de Ginecología y Obstetricia del Programa DPMC

El Colegio Médico del Uruguay (CMU) abrió las inscripciones para el curso de Ginecología y Obstetricia para el Médico General. Esta actividad forma parte del Módulo 4 del Programa de Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC), que actualmente se encuentra desarrollando su etapa de pediatría y dará inicio al área ginecológica el próximo 7 de septiembre.



Los cursos han sido diseñados para facilitar la participación de profesionales de todo el país.

La propuesta académica es organizada en conjunto con la Sociedad Ginecotológica del Uruguay (SGU) y cuenta con la coordinación general de las doctoras Margarita Escardó y Natalia Pérez Pérez.

El curso está específicamente diseñado para médicos generales, especialmente aquellos que se desempeñan en el primer nivel de atención y servicios de emergencia, buscando fortalecer sus capacidades de diagnóstico, manejo inicial y derivación oportuna.

UN ENFOQUE PRÁCTICO Y BASADO EN LA EVIDENCIA

El programa se estructura en seis módulos temáticos que se dictarán cada diez días, abordando los motivos de consulta más frecuentes en la práctica

clínica diaria:

1. Infección genital baja (del 7 al 17 de septiembre).
2. Sangrado uterino anormal (del 18 al 28 de septiembre).
3. Prevención del cáncer de cuello uterino (del 29 de septiembre al 9 de octubre).
4. Prevención del cáncer de mama (del 10 al 20 de octubre).
5. Urgencias obstétricas I: Sangrado del primer y segundo trimestre (del 21 de octubre al 1 de noviembre).
6. Urgencias obstétricas II: Estados hipertensivos del embarazo (del 2 al 12 de noviembre).

METODOLOGÍA FLEXIBLE PARA EL MÉDICO EN EJERCICIO

Bajo la modalidad de Blended Learning (híbrida), el curso combina instancias sincrónicas de discusión de casos clínicos con clases teóricas asincrónicas y foros de interacción. Esta estructura permite que profesionales de todo el territorio nacional accedan a una formación de alta calidad con una carga horaria total de 18 horas, adaptándose a las exigencias de la actividad asistencial.

El diseño pedagógico dedica un 40% a la resolución de casos clínicos, un 30% a la actualización teórica basada en guías y un 30% a la discusión interactiva, asegurando que el participante adquiera competencias procedurales y

condicionales aplicables de inmediato en su entorno laboral.

Este ciclo no solo busca actualizar conocimientos, sino también optimizar las derivaciones al segundo y tercer nivel,

mejorando la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema de salud. Las inscripciones ya se encuentran disponibles a través de las vías de comunicación habituales del Colegio Médico.

CICLO 4
DPMC EDICIÓN 2026
INSCRIPCIONES ABIERTAS

Ciclo 4: Pediatría y ginecología
Actualización en salud materno-infantil y salud reproductiva.

Continuar leyendo >>

COLUMNA DE OPINIÓN

Cámaras en el quirófano: una obligación que se adelanta a la evidencia



Carlos Vivas y Homero Bagnulo

La propuesta presentada ante el Senado de la República para establecer el registro audiovisual obligatorio de los actos quirúrgicos parte de una finalidad que compartimos: mejorar la seguridad de los pacientes y disponer de más información cuando se producen eventos adversos. La tecnología puede contribuir a ese objetivo. La cuestión es si la evidencia científica disponible justifica convertir su utilización obligatoria en una política general para todo el país. (1)

La seguridad quirúrgica no depende exclusivamente de la habilidad individual. Una intervención es un proceso complejo en el que interactúan cirujanos, anestesiólogos, enfermeros y otros profesionales, junto con medicamentos, dispositivos, protocolos y sistemas de comunicación. De allí la importancia de intervenciones sistémicas como la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVQ) de la Organización Mundial de la Salud, cuya implementación se asoció con una reducción de complicaciones y mortalidad. (2) Esta experiencia fue replicada en Uruguay: en 2011, bajo el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud, Uruguay y Costa Rica firmaron un Tratado de Cooperación Técnica para implementar la LVQ. La experiencia permitió evaluar su implementación en nuestro medio y confirmó su utilidad como estrategia de seguridad quirúrgica. (3,4)

Pero ¿qué significa realmente grabar una cirugía? El proyecto propone un registro íntegro y continuo desde el ingreso del paciente al área quirúrgica hasta su traslado a recuperación, incluyendo anestesia, preparación del campo operatorio, intervención y procedimientos conexos. No se trata, por tanto, simplemente de filmar al cirujano.

El registro debe permitir identificar inequívocamente la medicación administrada por el equipo de anestesia y el momento de su administración. Esto plantea una exigencia técnica considerable: las ampollas son pequeñas y algunos medicamentos presentan envases prácticamente idénticos, diferenciados apenas por números, colores o bandas de identificación. En Uruguay se han documentado precisamente estos riesgos de confusión entre medicamentos anestésicos. (5)

También es importante distinguir la grabación audiovisual propuesta de

los sistemas denominados cajas negras quirúrgicas. Estos integran diferentes fuentes de información del quirófano —video, audio y datos de equipos y monitores— para reconstruir lo ocurrido y estudiar factores relacionados con la seguridad, el comportamiento y la eficiencia. (6) Una revisión sistemática publicada en 2025 identificó 17 estudios sobre estos sistemas y concluyó que, aunque permiten obtener información que los métodos tradicionales no captan, la mayoría de las investigaciones son todavía preliminares y requieren estudios mayores y metodológicamente más robustos. (7)

La experiencia internacional tampoco permite una conclusión más categórica. Corea del Sur legisló sobre cámaras en los quirófanos principalmente para enfrentar un problema específico: la sustitución, sin conocimiento del paciente, del cirujano que este había elegido. La normativa establece condiciones para la grabación y su utilización, y la literatura disponible todavía no permite afirmar que la medida haya demostrado reducir el problema que motivó la reforma. (8) Francia ofrece una experiencia diferente: allí se está estudiando e implementando la verdadera caja negra quirúrgica. Una encuesta nacional mostró que los profesionales reconocen su potencial educativo y para mejorar la seguridad, pero también expresaron preocupaciones sobre vigilancia, estrés, privacidad y uso de las grabaciones; pacientes y profesionales reclamaron reglas claras sobre consentimiento, propiedad y acceso. (9)

Estas experiencias muestran que la tecnología es prometedora y merece ser estudiada, pero no demuestran que la grabación universal y obligatoria de las cirugías haya probado su eficacia para reducir eventos adversos o mortalidad, ni su eficiencia para un sistema sanitario. La diferencia entre demostrar que una tecnología permite observar mejor lo que ocurre y demostrar que mejora los resultados clínicos es esencial.

Hay además una cuestión que no debería reducirse a la privacidad o a la protección del personal. La exposición de motivos sostiene que la experiencia internacional muestra un efecto preventivo sobre conductas negligentes derivado de la conciencia de estar siendo registrado, pero no especifica qué países o estudios respaldan esa afirmación. Se trata, por tanto, de un supuesto que la evidencia disponible no permite dar por probado.

Una intervención quirúrgica es un escenario de elevada complejidad cognitiva: exige tomar decisiones, ejecutar habilidades técnicas, responder a imprevistos y administrar medicamentos bajo presión. No debería suponerse que hacer visible permanentemente la actuación de un equipo mejora automáticamente su rendimiento. La observación puede

modificar la conducta —el llamado efecto Hawthorne—, pero sus efectos en cirugía son heterogéneos y, en tareas de alta complejidad cognitiva, no puede asumirse que sean siempre favorables. (10)

El registro tampoco afecta solamente al paciente: incorpora al conjunto del equipo asistencial, sus actuaciones, conversaciones y decisiones durante un procedimiento de elevada complejidad. La revisión sistemática sobre los aspectos éticos de la grabación quirúrgica identifica entre las cuestiones centrales la privacidad, el consentimiento, la propiedad de las grabaciones, su utilización posterior y la protección de los datos. (11)

El proyecto establece el registro como obligatorio y no prevé la posibilidad de que el paciente solicite que su intervención no sea registrada. Tampoco contempla la participación de pacientes y trabajadores en la incorporación de esta nueva forma de observación a la práctica asistencial. No se trata solamente de una cuestión jurídica: la autonomía del paciente y las condiciones cognitivas y profesionales en que trabaja el equipo forman parte de la seguridad que se pretende proteger.

No somos contrarios al registro audiovisual. Puede ser una herramienta valiosa para la investigación, la formación, el análisis de incidentes y la mejora de la calidad. Pero una tecnología prometedora no equivale a una intervención cuya eficacia y eficiencia estén demostradas.

La cuestión no es si podemos poner cámaras en los quirófanos: naturalmente que podemos. La cuestión es si hemos demostrado que hacerlo de manera obligatoria y universal produce un beneficio suficiente para justificar sus costos y sus posibles efectos no deseados.

La experiencia internacional aconseja estudiar estas tecnologías, no presentarlas como una eficacia ya demostrada. Antes de convertir una innovación prometedora en una obligación general, debemos demostrar que mejora la seguridad sin introducir nuevos riesgos.

Cuidar a los pacientes no debería significar desproteger a quienes los cuidan.

REFERENCIAS

1. Cámara de Senadores. Comisión de

Salud Pública. Uso obligatorio de dispositivos de registro de audio y video en bloques quirúrgicos y áreas críticas de salud. Proyecto de ley con exposición de motivos. Carpeta N° 581/2026, Distribuido N° 913/2026. Montevideo; 16 de junio de 2026.

2. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-499.

3. Organización Panamericana de la Salud. Cooperación técnica bilateral para el fortalecimiento de capacidades en la implementación de prácticas seguras en la red de servicios de salud en Costa Rica y Uruguay. Informe final. Montevideo: OPS; 2012.

4. Bagnulo H, Vivas C. Prevención del daño en la salud, 20 años de experiencia en Uruguay. Montevideo: Editorial Fin de Siglo; 2023. p. 149-156.

5. Rando K, Rey G. Errores de medicamentos LASA en anestesiología en Uruguay. *Rev Méd Urug*. 2017;33(2):53-103.

6. Jung JJ, Jüni P, Lebovic G, Grantcharov T. First-year analysis of the Operating Room Black Box Study. *Ann Surg*. 2020;271(1):122-127.

7. Siegel N, Rotärmel A, Polychronidis G, Salg G, Klotz R, Probst P, et al. Enhancing surgical safety and efficiency: systematic review and single-arm meta-analysis of surgical data recorders. *J Med Internet Res*. 2025;27:e72703.

8. McGuire JM. The moral debate over South Korea's new law requiring CCTV cameras in hospital operating rooms. *APJ Health Law Ethics*. 2023;17:187-225.

9. Slosse C, Allemang-Trivalle A, El Haïk-Wagner N, Luc A, Jeanbert E, Vibert E, et al. Implementation of audiovisual recording in the operating room: a nationwide survey of stakeholder perspectives in France. *Patient Saf Surg*. 2026;20:7.

10. Demetriou C, Hu L, Smith TO, Hing CB. Hawthorne effect on surgical studies. *ANZ J Surg*. 2019;89(12):1567-1576.

11. Walsh R, Kearns EC, Moynihan A, Gerke S, Duffourc M, Corrales Compagnucci M, et al. Ethical perspectives on surgical video recording for patients, surgeons and society: systematic review. *BJS Open*. 2023;7(3):zrad063.

Visítanos en
TWITTER

**EL DIARIO
MÉDICO**

¡Bienvenidos nuevos médicos y médicas!

El Colegio Médico del Uruguay felicita a los 667 nuevos médicos y médicas que en este 2026 alcanzan la meta de recibirse y hoy celebran el comienzo de una nueva etapa profesional.

Cada título representa años de esfuerzo, dedicación y compromiso con una profesión que tiene como eje el cuidado de las personas y la defensa de la salud.

Este año, como destacamos en nota aparte, saludamos especialmente a los prime-

ros 15 médicos y médicas que completaron toda la carrera de Doctor en Medicina en el Centro Universitario Regional Litoral Norte, en Paysandú. Su graduación constituye un hito para la formación médica en el interior del país y refleja el fortalecimiento de una educación universitaria cada vez más descentralizada.

Les deseamos a todos una trayectoria guiada por la ética, la vocación de servicio, el aprendizaje permanente y el respeto por quienes depositarán en ustedes su confianza.



El Colegio Médico y la SUEO analizan la neurobiología de la obesidad y el impacto del "Food Noise"

El Colegio Médico del Uruguay (CMU) y la Sociedad Uruguaya para el Estudio de la Obesidad (SUEO) llevaron a cabo una sesión académica titulada "Neurobiología de la conducta alimentaria en la obesidad: el papel del food noise". La actividad, que contó con una amplia convocatoria de profesionales, fue liderada por la Lic. Cecilia Vico, experta en Psicopatología de la Nutrición y Neurociencia de la Conducta Alimentaria.



Durante la jornada, se enfatizó que la obesidad debe abordarse como una enfermedad crónica y compleja, alejándose de la visión simplista de la "falta de voluntad" para centrarse en una desregulación neurobiológica sistémica que afecta la toma de decisiones y el control de los impulsos.

¿QUÉ ES EL "FOOD NOISE"? UN FENÓMENO MÁS ALLÁ DEL HAMBRE FISIOLÓGICA

Uno de los ejes centrales fue la definición del "food noise" (ruido alimentario),

un concepto que ha cobrado relevancia científica recientemente. Se describe como pensamientos persistentes, intrusivos y no deseados sobre la comida que generan una carga cognitiva agotadora para el paciente.

A diferencia del hambre fisiológica, este "ruido mental" se manifiesta como una rumiación constante sobre la planificación de comidas, el cálculo de calorías o la logística alimentaria, provocando angustia y sentimientos de culpa. La Lic. Vico explicó que este fenómeno afecta a aproximadamente el 55% de los pacientes con obesidad, representando una manifestación clínica de un sistema neurobiológico alterado y no una falla ética del individuo.

NEUROINFLAMACIÓN Y LA ORQUESTA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Desde la perspectiva de las neurociencias, la conducta alimentaria es el resultado de una integración compleja de



cuatro sistemas: homeostático, hedónico, emocional y cognitivo. En un cerebro con obesidad, este equilibrio se rompe debido a una neuroinflamación de bajo grado y a la resistencia a hormonas clave como la leptina e insulina.

Esta alteración provoca una hiperactivación del sistema de recompensa (deseo intenso) y una falla en el control inhibitorio de la corteza prefrontal, lo que dificulta enormemente que el paciente pueda frenar la conducta de ingesta. El modelo expuesto subraya cómo un entorno "obesogénico", sumado al estrés y la falta de sueño, potencia este ciclo desadaptativo.

AVANCES TERAPÉUTICOS: EL "SILENCIO MENTAL" DE LOS ANÁLOGOS DE GLP-1

La sesión también abordó el impacto de los nuevos fármacos, como los análogos de GLP-1 (semaglutida y tirzepatida), que han demostrado una capacidad inédita para "silenciar" el ruido alimentario. Al actuar directamente sobre los centros de saciedad y recompensa en el cerebro, estos tratamientos permiten que el paciente recupere el control

cognitivo, aliviando la carga mental que décadas de intervenciones convencionales no habían logrado mitigar en muchos casos.

No obstante, se destacó la importancia de un abordaje interdisciplinario y personalizado, que incluya estrategias de nutrición de precisión, manejo del estrés y validación clínica de la experiencia del paciente para evitar la recidiva de la enfermedad.

COMPROMISO CON LA INVESTIGACIÓN NACIONAL

Al cierre de la actividad, se recordó a la comunidad médica la importancia de participar en la encuesta nacional sobre la percepción de la obesidad, una iniciativa que busca recabar datos sobre la experiencia en la atención sanitaria y la realidad de vivir con esta patología en Uruguay. La SUEO instó a los profesionales a colaborar con esta herramienta para fortalecer las políticas de salud basadas en evidencia local.

La charla completa permanece disponible en el canal de YouTube del Colegio Médico del Uruguay para su consulta técnica.



CICLO DE ACTUALIZACIÓN EN OBESIDAD SUEO 2026

Congreso ICO + ECO 2026:
¿Cambia el abordaje de la obesidad?

FECHA
Martes 18 de agosto, 19:30 horas.

MODALIDAD VIRTUAL

- Encuentro por la plataforma Zoom para los inscriptos.
- Transmisión via streaming a través del canal oficial de YouTube del CMU.

ENTREVISTADO
Dr. Tomás Tale - Especialista en Nutrición (Argentino)

ENTREVISTA
Lic. Sherezade Errico - Comunicadora y periodista

Organiza: SUEO y FLASO
Colegio Médico del Uruguay

Inscripciones en colegiomedico.org.uy



Organiza:
SUEO y
FLASO

Colegio
Médico del
Uruguay



colegiomedico.org.uy

[@](#) [X](#) [in](#) [v](#)

Exitosa convocatoria en el taller de Mindfulness del Colegio Médico del Uruguay

Con una importante concurrencia de profesionales, se llevó a cabo el "Taller de Mindfulness" en la sede central del Colegio Médico del Uruguay.

El evento, organizado por la Comisión de Bienestar Profesional (BIENPRO), permitió consolidar un espacio relevante para la formación y el bienestar de los colegiados.

Durante la jornada, los participantes profundizaron en la práctica de la "atención plena", una técnica orientada a entrenar la conciencia en el momento presente

de forma intencional y sin juicios. El taller destacó cómo esta herramienta es fundamental para el ejercicio de la medicina actual, ya que contribuye a disminuir el estrés, mejorar la regulación emocional y favorecer la concentración, promoviendo así la salud física y mental de los equipos asistenciales.

Esta actividad forma parte de los esfuerzos del BIENPRO y de todo el CMU por brindar herramientas útiles para el cuidado integral de sus colegiados, reafirmando su compromiso con la salud laboral y el bienestar profesional.



Histórico: se graduaron los primeros médicos y médicas formados íntegramente en el interior del país

El Colegio Médico del Uruguay celebra con orgullo el egreso de la primera generación que cursó la carrera de doctor en Medicina de forma completa en el Cenur Litoral Norte de la Universidad de la República, en sedes de Paysandú y Salto.

La graduación de los primeros médicos y médicas marca un antes y un después en el proceso de descentralización universitaria y democratización del acceso a la formación profesional en el territorio nacional. La posibilidad de completar el plan de estudios en el interior consolida un modelo formativo de excelencia,

cercano a las realidades y necesidades de la población local.

La llegada de esta nueva generación de profesionales fortalece de manera directa al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y responde a un anhelo histórico del colectivo médico y de las comunidades del norte uruguayo. El



arraigo de profesionales en el territorio no solo mejora la distribución geográfica de los recursos humanos en salud, sino que fomenta una atención más equitativa, humanizada y comprometida con el desarrollo regional.

Desde el Colegio Médico del Uruguay extendemos nuestra más calurosa bienvenida a las y los nuevos colegas a la vida profesional. Reafirmamos nuestro

compromiso de acompañarles en este nuevo camino, velando siempre por el ejercicio ético, la formación continua y la jerarquización de la profesión médica en cada rincón del país. Felicitamos a los nuevos egresados, a sus familias, a los docentes, autoridades y al equipo humano de la Facultad de Medicina y del Cenur Litoral Norte, cuyo esfuerzo colectivo hizo posible este hito transformado.



Gran convocatoria en el taller de Manejo de Vía de Aire



Con una importante asistencia de profesionales, se llevó a cabo el pasado sábado 8 de agosto el taller "Manejo de Vía de Aire para médicas y médicos generales". La actividad se desarrolló en la sede del Colegio Médico del Uruguay (CMU), ubicada en Ciudad de Bahía Blanca 2452.

El evento fue organizado por el Regional Montevideo del CMU, contando con el

apoyo y la colaboración de la Sociedad de Anestesiología del Uruguay (SAU) y la Sociedad Uruguaya para la Docencia e Investigación en Vía de Aire (SUDIVA).

Durante la jornada, que se extendió desde las 8:30 hasta las 12:30 horas en modalidad presencial, los participantes pudieron profundizar en técnicas fundamentales para la práctica clínica diaria, reafirmando el compromiso del Colegio con la formación continua de sus colegiados.



El CMU impulsa la educación médica continua: jornada de actualización en cirugía de la pared abdominal en Paysandú

El Colegio Médico del Uruguay (CMU), a través de su Regional Norte auspició las recientes jornadas de actualización en cirugía de la pared abdominal en Paysandú. Para la institución, el respaldo a estas iniciativas es una prioridad, entendiendo que la educación médica continua es una herramienta estratégica para mantener una práctica basada en la evidencia y la innovación permanente de la calidad asistencial en todo el país.

La actividad, desarrollada los días 24 y 25 de julio en el Hospital Escuela del Litoral, se centró en la formación quirúrgica de alto nivel para el tratamiento de la hernia inguinal. El evento fue organizado por el Servicio de Cirugía de dicho hospital y contó, además del auspicio del CMU, con la colaboración de la Asociación Médica de Paysandú y el apoyo de Medtronic.

El invitado central fue el Dr. Miguel Gianatiempo, destacado especialista argentino del Hospital Pirovano y referente internacional en cirugía videolaparoscópica. Durante las jornadas, el Dr. Gianatiempo dictó clases magistrales sobre las técnicas TAPP (Transabdominal Preperitoneal) y TEP (Totalmente Extraperitoneal), combinando la teoría con cirugías en vivo para analizar casos

complejos y nuevas tecnologías.

Participaron cirujanos de plantilla, médicos residentes del Hospital Escuela del Litoral, residentes provenientes de Salto y estudiantes de la carrera de Doctor en Medicina, quienes pudieron observar de primera mano procedimientos realizados por un referente internacional.

Durante sus exposiciones, Gianatiempo enfatizó que la cirugía laparoscópica no reemplaza a la cirugía convencional, sino que amplía las opciones terapéuticas disponibles. "La mejor técnica es aquella que mejor se adapta a cada paciente", señaló, remarcando que tanto las técnicas abiertas como las laparoscópicas continúan teniendo plena vigencia cuando son correctamente indicadas.

Asimismo, destacó que la cirugía mini-invasiva ofrece importantes beneficios



en términos de recuperación funcional, menor dolor posoperatorio y reintegro precoz a las actividades habituales, razones por las cuales constituye actualmente el estándar de tratamiento para numerosas patologías quirúrgicas en todo el mundo.

Las jornadas incluyeron la realización de tres procedimientos laparoscópicos demostrativos utilizando diferentes tipos de prótesis, permitiendo comparar alternativas técnicas y discutir sus indicaciones específicas. Posteriormente, los participantes analizaron casos clínicos complejos e intercambiaron experiencias

sobre la toma de decisiones quirúrgicas, favoreciendo un aprendizaje basado en la práctica y la discusión multidisciplinaria.

El Dr. Gonzalo Deleón Lagurara, jefe del Servicio de Cirugía del hospital anfitrión, señaló que esta actividad forma parte de una estrategia iniciada en 2025 para entrenar a equipos y residentes con referentes internacionales. En el encuentro participaron cirujanos, residentes de Paysandú y Salto, y estudiantes de medicina, consolidando un espacio de intercambio que fortalece las capacidades locales y promueve estándares internacionales de atención.



LA PROFESIÓN PUESTA A PRUEBA:

El desafío de reconstruir la confianza de la sociedad en sus médicos

Desde hace ya algunos años, la relación entre la sociedad uruguaya y el colectivo médico se ha ido deteriorando. Existe una tensión innegable, un malestar que ya no se calla, que se manifiesta cada vez con más frecuencia.



Para un importante sector de la sociedad, la figura del médico ya no es la de aquel referente cercano que escuchaba y contenía, mientras curaba o aconsejaba sobre el cuidado de la salud de sus pacientes, cada vez más se nos ve como integrantes de una corporación endogámica y distante, más preocupada por la defensa de sus intereses, que por la dimensión humana de la profesión.

Es real que este cambio en la imagen de los médicos aún es minoritario en nuestra sociedad, lo que también es real, es que esta pérdida progresiva en la confianza hacia el colectivo médico es una tendencia que viene creciendo y que, si no tomamos conciencia y desarrollamos acciones para revertirlo, en poco tiempo más, sí será mayoritaria.

Atribuir este fenómeno exclusivamente a la falta de comprensión de los usuarios sobre las exigencias de nuestro trabajo, a que la sociedad se ha puesto cada vez más demandante, a que los pacientes ahora buscan información en las redes y exigen tratamientos que no corresponden o a un problema de diseño del sistema de salud es un error, sin duda que todas estas situaciones tienen su incidencia, esto no implica que poner toda la responsabilidad del cambio en el otro, no nos permite ver cuál es la parte que nos corresponde, ni cuales son las acciones y actitudes con las que colaboramos para confirmar esa percepción

social que nos involucra.

La etiqueta de "corporación" no nace del rencor, sino de la frustración. Nace de los doce minutos de consulta impuestos por el sistema, del médico que no levanta la mirada de la pantalla mientras escribe en la historia clínica electrónica, de las dificultades en la comunicación, de las limitantes del sistema y también de la percepción de que las gremiales médicas actúan con firmeza ante las reivindicaciones salariales o la defensa de colegas, pero con tibieza frente a las deficiencias del sistema que sufren los enfermos.

Tenemos todo el derecho de sentir que muchos de los reclamos son injustos o que no los podemos solucionar cada uno de nosotros, que hay reglas que debemos que respetar y un sistema que limita mucho nuestra práctica clínica y todo eso es cierto, al mismo tiempo es necesario que nos pongamos en el lugar de los pacientes y sus familias, que en su mayoría desconocen estas situaciones, que están preocupados por su salud, que se sienten vulnerables y si bien la buena comunicación es imprescindible, debemos asumir que no lo resuelve todo, nuestra imagen va a cambiar cuando cambie nuestra práctica.

¿DÓNDE PERDIMOS EL VÍNCULO? UNA APROXIMACIÓN A LA GÉNESIS DE LA DISTANCIA.

El diseño del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), si bien democratizó el acceso, trajo consigo una homogenización del acto médico. La productividad cuantificada en número de pacientes por hora perjudicó la comunicación, la anamnesis pausada, el examen físico exhaustivo, y la empatía, alguna de las potentes herramientas con las que contamos para un correcto diagnóstico tomando en cuenta todos los determi-



nantes de la salud de nuestros pacientes.

El avance tecnológico, la gran cantidad de nuevos estudios y la facilidad en el acceso a los mismos, son hoy una realidad que facilitan y mejoran la información con la que contamos para realizar un diagnóstico, paradójicamente en vez de incorporarlos a nuestra práctica clínica habitual muchas veces terminan sustituyendo, la escucha activa y el razonamiento clínico.

Por otro lado, la formación médica en la Facultad de Medicina ha privilegiado históricamente la excelencia técnica por encima de las competencias relacionales. Producimos profesionales altamente capacitados para resolver la patología orgánica, pero con pocas herramientas para gestionar la incertidumbre, el miedo o el dolor orgánico o social que traen nuestros pacientes a la consulta.

¿QUÉ PARTE PODEMOS HACER NOSOTROS?

Para transformar esta realidad no es suficiente con campañas de marketing institucional; necesitamos un compromiso ético y político del propio colectivo. Las acciones deben articularse en tres niveles fundamentales:

1. TRANSFORMACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL Y LA GESTIÓN DEL TIEMPO

- Luchar por el tiempo clínico: Las organizaciones médicas deben colocar en el centro de sus negociaciones no solo el salario, sino la calidad del tiempo de atención. Defender consultas más largas en el primer nivel y en especialidades complejas es la mayor muestra de empatía hacia el paciente.

- El contacto visual como acto terapéutico: La tecnología no puede suplantar la presencia. Recuperar el examen físico minucioso y la comunicación cara a cara es el primer paso para dismantelar la percepción de frialdad.

2. REDISEÑO DE LA EDUCACIÓN MÉDICA Y LA ÉTICA PÚBLICA

- humanidades y comunicación en el currículo: Es urgente integrar la comunicación clínica y la bioética práctica de forma transversal en el grado y posgrado, no como asignaturas secundarias.

- Transparencia ética: El Colegio Médico del Uruguay y los comités de ética deben de ejercer su función de control de manera visible e imparcial. La sociedad necesita ver que la profesión es la primera interesada en señalar y corregir la mala praxis o el trato deshumanizado, desmintiendo así el "pacto de silencio" corporativo.

3. PRESENCIA TERRITORIAL Y COMPROMISO SOCIAL

- Reivindicar el primer nivel de atención: La medicina comunitaria no puede ser el pariente pobre del sistema. Necesitamos más médicos insertos en el territorio, dialogando con comisiones de usuarios y entendiendo los determinantes sociales (vivienda, salud mental, contexto socioeconómico) que condicionan la salud en el Uruguay de hoy.

- Un discurso público despojado de paternalismo: En las intervenciones públicas y medios de comunicación, el tono debe migrar de la autoridad incontestable al de un aliado pedagógico que explica, escucha y acompaña.

Reconstruir la alianza con la sociedad uruguaya exige un acto de humildad colectiva. Debemos ser capaces de reconocer las grietas de nuestra profesión, validar la frustración de nuestros pacientes y liderar nosotros mismos la exigencia de un sistema de salud más humano.

La medicina no es solo una disciplina científica ni un medio de vida; es un contrato social basado en la confianza. Recuperar esa confianza no dependerá de cómo nos definamos a nosotros mismos, sino de la dignidad y el respeto con el que atendamos a cada uruguayo que cruce la puerta de nuestro consultorio.

Dr. Fernando Uriarte
Consejero Regional Oeste
Colegio Médico del Uruguay



Regional Sur del CMU impulsa abordaje integral en la 3era Jornada de Salud Mental en Adolescentes

En el marco del Día Nacional de Prevención del Suicidio, se llevó a cabo la tercera Jornada de Salud Mental en Adolescentes. La actividad, que tuvo lugar en la Sala Auditorio Batalla de Las Piedras, se desarrolló en una modalidad híbrida, permitiendo una amplia participación tanto presencial como virtual.

El evento estuvo específicamente dirigido a los equipos de salud y educación que trabajan con jóvenes, con el objetivo de promover un espacio de intercambio y reflexión sobre esta problemática.

La organización fue el resultado de un esfuerzo conjunto que involucró al

Ministerio de Salud Pública (MSP), la RAP de Canelones (ASSE), y los prestadores privados del departamento: Crami, COMECA y CAMEPA. Esta sinergia institucional fue celebrada por las autoridades presentes como un "hito" de colaboración para mejorar la calidad asistencial y

el capital humano en el territorio.

La Dra. Clara Niz, representante del CMU, destacó que para la institución es una prioridad ocuparse de temas de alta sensibilidad social a través de una integración plena, fomentando espacios que permitan a los profesionales "salir de la caja" y conectar con la realidad comunitaria de los jóvenes.

HERRAMIENTAS PARA LA CLÍNICA: ESCUCHA ACTIVA Y VALIDACIÓN EMOCIONAL

Uno de los pilares del encuentro fue la profundización en técnicas de comunicación esenciales para el médico de primer nivel. Los expertos enfatizaron la importancia de la escucha activa, definida como la capacidad de comprender antes que responder, estando presentes sin juzgar y permitiendo los silencios necesarios para que el adolescente se sienta seguro.

Asimismo, se abordó la validación emocional como una herramienta crítica: comunicar al paciente que su experiencia interna es legítima y comprensible, incluso cuando no se apruebe su conducta, lo cual es fundamental para establecer vínculos de confianza y prevenir riesgos.

ABORDAJE DE LA COMPLEJIDAD: DEL AISLAMIENTO A LAS AUTOLESIONES

Durante la jornada se analizaron fenómenos emergentes como el aislamiento social y el síndrome de Hikikomori, caracterizado por un retraimiento extremo que a menudo se ve agravado por la hiperconectividad y el uso de pantallas. En este sentido, los equipos de salud

destacaron que el aislamiento no es una enfermedad en sí, sino un síntoma de trastornos subyacentes como la depresión o la fobia social, lo que requiere una detección temprana y un seguimiento multidisciplinario.

En cuanto a las autolesiones y los intentos de autoeliminación (IAE), se subrayó que, aunque no son lo mismo, suelen coexistir como formas de canalizar un sufrimiento emocional intenso. Los especialistas del evento insistieron en que el antecedente de un IAE es el principal predictor de suicidio consumado, por lo que el primer año posterior al alta es una "ventana de oportunidad" crítica para la intervención desde el primer nivel de atención y la red de apoyo familiar.

HACIA UN MODELO DE PREVENCIÓN COMUNITARIA

El cierre de la jornada incluyó la presentación de estrategias preventivas basadas en la actividad física y la pedagogía del cuidado. Se expuso cómo el ejercicio físico regular genera cambios neuroquímicos que mejoran la regulación emocional y las funciones ejecutivas. Por su parte, representantes del sector educativo y de salud instaron a fortalecer los proyectos de vida y el sentido de pertenencia de los jóvenes, concluyendo que "ningún adolescente necesita un adulto perfecto, sino un adulto disponible" que sepa escuchar y validar su realidad.

La jornada, se encuentra disponible de forma íntegra en el canal de YouTube del Colegio Médico del Uruguay como recurso de formación permanente para el colectivo médico y la comunidad educativa.

Capacitación en Colonia: Primera respuesta ante siniestros viales

La Regional Oeste del Colegio Médico del Uruguay (CMU) y SAME 105 organizan de forma conjunta la jornada denominada "Primera respuesta al paciente víctima de siniestros viales". Esta actividad subraya el compromiso de ambas instituciones con la formación técnica y la mejora de la respuesta sanitaria inicial ante emergencias en la región.

El encuentro tendrá lugar el próximo viernes 4 de setiembre, de 9:00 a 16:00 horas, en el Hospital Departamental de Colonia (ASSE). La modalidad será práctico-presencial y está dirigida específicamente a los diversos actores involucrados en la primera respuesta y asistencia sanitaria de víctimas de siniestros de tránsito.

La jornada contará con un equipo docente integrado por las doctoras Gabriela Lattuada y Silvia Sandler, junto a los auxiliares de enfermería Rodolfo Marín, Marcelo Cesar, Pablo Bitancour, Javier Piriz y Ariel Moraes. Se trata de una actividad sin costo y con cupos limitados, cuyas inscripciones se realizan a través del correo secretariaoeste@colegiomedico.org.uy.



JORNADA

PRIMERA RESPUESTA AL PACIENTE VÍCTIMA DE SINIESTROS VIALES

FECHA
Viernes 4 de setiembre, de 9:00 a 16:00 h

MODALIDAD PRÁCTICO - PRESENCIAL
Hospital Departamental de Colonia - ASSE
Calle Av. J. Batlle y Ordoñez 586.
Colonia del Sacramento, Depto. de COLONIA.

DIRIGIDO A
Los distintos actores involucrados en primera respuesta y asistencia sanitaria inicial del paciente víctima de siniestros viales.

DOCENTES
Dra. Gabriela Lattuada, Dra. Silvia Sandler, Aux. de Enfermería Rodolfo Marín, Aux. de Enfermería Marcelo Cesar, Aux. de Enfermería Pablo Bitancour, Aux. de Enfermería Javier Piriz, Aux. Enfermería Ariel Moraes.

Organiza: Regional Oeste del CMU y SAME 105*.

➤ Inscripciones escribiendo a secretariaoeste@colegiomedico.org.uy

➤ Actividad **sin costo**. Cupos **limitados**.



Organiza:
Regional
Oeste
del CMU y
SAME 105*

same
105*



asse +

colegiomedico.org.uy



Regional Sur del CMU celebra la graduación de 667 nuevos profesionales

El Consejo Regional Sur del Colegio Médico del Uruguay (CMU) emitió un saludo especial y felicitaciones a los 667 nuevos médicos y médicas que culminaron su formación académica durante este 2026. Para la institución, este hito marca el inicio de una trayectoria profesional definida por el esfuerzo y la dedicación.

Desde la Regional Sur se destacó el compromiso que implica el ejercicio de la medicina, augurando el mayor de los éxitos a los nóveles profesionales en esta nueva etapa volcada al servicio de la salud y la comunidad.

IMAGENOLÓGIA: ACTUALIZACIÓN Y ENCUENTRO PROFESIONAL EN DURAZNO

Con una concurrencia de aproximadamente 110 participantes, el pasado sábado 1.º de agosto se realizó en Durazno una Jornada Académica de Imagenología. El encuentro, desarrollado en la Sala Juan Antonio Lavalleja, fue organizado por la Unidad Académica de Imagenología de la Facultad de Medicina junto a la Sociedad de Radiología e Imagenología del Uruguay.

La Regional Sur del CMU acompañó activamente esta instancia, que reunió a médicos generales, especialistas, licenciados y estudiantes de la carrera. Esta jornada permitió consolidar un espacio federal de actualización e intercambio científico, fortaleciendo los vínculos entre los profesionales y estudiantes del área en el interior del país.

Encuentro Nacional de Varones Anti patriarcales “hacia la igualdad”, una mirada desde la salud

El sábado 8 de agosto se realizó en el Centro Cultural de la Costa el ENVAI, Encuentro Nacional de Varones Anti patriarcales, con la participación de alrededor de cien varones de distintos departamentos del país. El encuentro fue convocado por tres colectivos “Varones por la Igualdad”, “Red de Masculinidades Uruguay” y “VARRA Varones anti patriarcales por la reflexión revisión y acción” (@varonesigualdad, @redmas.uy, @varrauy).



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.

Presentaciones iniciales de los colectivos, intervención de Mónica Xavier, relatos de Mario Delgado Aparain sobre el primer feminicidio en Uruguay, aportes de Luciano Fabbri desde la experiencia argentina, trabajo en subgrupos sobre temáticas relevantes, plenaria de devolución de los subgrupos, mesa de análisis de referentes feministas, intercambios, reflexiones y propuestas, transcurrieron a lo largo de la jornada.

Según mi visión merecen destaque tres aspectos: a) la unidad de los colectivos que convocaron y organizaron conjuntamente la actividad abriendo un espacio amplio de confluencia de los varones que cuestionamos el patriarcado. b) la sensibilidad y el rechazo ante las violencias asociadas a una concepción de la masculinidad que afecta la vida, la salud, los derechos de las mujeres, las infancias, las disidencias y también de los propios varones. c) como en todo proceso que incorpora críticas y transformaciones culturales profundas se abordaron las experiencias personales de los participantes y también factores generales que requiere la construcción de una política pública.

Los feminicidios que no cesan y vuelven una y otra vez a conmover a la sociedad son crímenes que destruyen vidas, entornos, comunidades. No son hechos aislados sino la punta del iceberg de una violencia más amplia donde los varones son victimarios, perpetradores justifica-

dos por un sistema de poder que opera desde un mandato de masculinidad. Y también son víctimas de esa masculinidad patriarcal. Desde la intervención inicial de Mónica Xavier a varias otras presentaciones se puso en evidencia que los varones se suicidan tres o cuatro veces más, protagonizan más accidentes de tránsito y conductas de riesgo, asesinan y son asesinados, son cooptados por el crimen organizado y las redes de narcotráfico, transforman deportes en batallas campales, reproduciendo códigos de violencia en los vínculos. Como se dijo en el ENVAI antes de la muerte hay un calvario.

Por eso su esperanza de vida es sustantivamente menor (en Uruguay más de 7 años menos en promedio). No cuidan bien su salud y transitan en peores condiciones el envejecimiento.

Hemos analizado estas determinaciones que afectan la vida y la salud de los varones en otros artículos desde hace más de una década y también recientemente <https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2026/6/masculinidades-y-violencias/>.

En la salud como en otros campos de la sociedad es necesario tener una mirada de género para entender algunas determinaciones, así como una mirada de clase, socioeconómica, racial, generacional y territorial. La masculinidad patriarcal es un sistema de poder que promueve la violencia para disciplinar a múltiples actores, para justificar las desigualdades y estimular la obediencia y la resignación ante la injusticia. Cuestionarlo y promover otras masculinidades constructoras de vida, de solidaridad, convivencia y salud es parte de una estrategia societaria de cambio en múltiples campos. La salud y la educación son dos de esos campos fundamentales.

Como señala Rita Segato ese mandato de masculinidad obliga a los varones a exhibir poder, dominio, violencia, insensibilidad y crueldad ante las mujeres y también ante los demás hombres. Cuando fracasan en ese rol impuesto (y eso sucede en muchas ocasiones en esta sociedad) su reacción incrementa la violencia contra mujeres y niños, contra otros hombres e incluso contra sí mismos. Las campañas antifeministas y anti derechos crecen en estos tiempos, como fenómenos sociológicos y culturales y también como operaciones políticas alimentadas desde centros de poder internacional, cuyos efectos son múltiples retrocesos en términos demo-

cráticos. Como señaló Luciano Fabri en el ENVAI “la precariedad subjetiva y material de los varones jóvenes hoy” es un fenómeno grave. Son el caldo de cultivo de procesos que nos hacen retroceder como sociedad y como democracia. Esta concepción no solo rechaza los avances feministas como enemigos, sino que también se pretende única, absoluta y “natural”, impidiendo el desarrollo de otras masculinidades que hoy no son hegemónicas, pero que existen.

Comprender esa precariedad, tener empatía y capacidad de escucha, asumir la incomodidad y problematizar los roles de género pasa por incrementar la socialización igualitaria, fortalecer la participación social y el entramado social. Luchar contra la violencia en todas sus formas no solo se desarrolla en el plano ideológico o cultural sino también en lo social, económico, político. Es defender y ampliar la democracia en tiempos de incertidumbre y de crisis múltiples.

Matar y violentar “porque quiero y porque puedo” afecta el espacio más cercano de vínculos, pero también se convierte en un fenómeno internacional cuando algunos gobiernos imponen guerras, secuestros, hundimiento de barcos, bombardeos sistemáticos, masacres y genocidios. Tenemos que pensar en el país y en el mundo donde van a vivir las nuevas generaciones, para que no sufran las consecuencias de las violencias estructurales y cotidianas.

El mismo sábado 8 pudimos participar de una actividad en Facultad de Psicología donde jóvenes promotores de salud, “Jóvenes con Voz” de la Cruz de Carrasco y el Centro Juvenil La Pascua expusieron con claridad y fuerza las balaceras, los asesinatos de niños y adolescentes, la afectación de su vida cotidiana y el ejercicio de sus derechos en esa zona de Montevideo. La “subjetividad en los territorios” que se procuraba fue presentada en primera persona por estos jóvenes.

Además, Fernando Olivera, Sebastián Silva y Laura López con la coordinación de Grisel Prieto analizaron los contextos de violencias.

No puedo dejar de mencionar que la formación de promotores juveniles de salud y la Red de Jóvenes con Voz es un proceso que incluye en 2026 ocho cursos en Montevideo, tres en Rivera, dos en Salto y en Maldonado, cursos en Rio Negro, San José, Treinta y Tres, Canelones y Tacuarembó. La adhesión y el protagonismo de centenares de jóvenes se sigue ampliando y es una de las respuestas a las duras realidades que les toca vivir. Es un motivo de esperanza.

Ver: <https://www.paho.org/es/historias/uruguay-cuando-jovenes-lideran-conversacion-sobre-salud>

JOVENES CON VOZ/S – redmunicipios-comunidadesaludables.com .

Está claro que no podemos mirar para el costado. Hay que reconocer y profundizar en las causas de esta realidad y asumir el compromiso de actuar, colectivamente, sumando esfuerzos, trabajando en red, para construir paso a paso comunidades saludables y vivibles.

Por todas estas razones saludamos que los colectivos de varones anti patriarcales avancen y se propongan objetivos importantes. Entre ellos cabe mencionar algunos formulados en el ENVAI : a) Analizar las masculinidades hegemónicas y sus costos para los varones. b) Promover la prevención de la violencia basada en género en todas sus formas. c) Fomentar la educación sexual integral para todos los varones. d) Trabajar con los varones adolescentes y jóvenes para prevenir las consecuencias de la misoginia en la esfera machista. e) Ampliar la visibilidad de las organizaciones de varones y de trabajo con masculinidades. f) Extender la red de varones igualitarios a todos los departamentos del país. g) Propiciar una mayor integración en cada colectivo y de los colectivos entre sí.



Visitanos en
FACEBOOK



**EL DIARIO
MEDICO**

RECIBIDO DE DIRECCIÓN HOSPITAL DE TACUAREMBÓ-DE MONTEVIDEO PORTAL - UN GRAN AVANCE

Hospital de Tacuarembó "inauguró" nuevo procedimiento que es único en la salud pública

Una mujer de 62 años con metástasis en el cerebro fue la primera en beneficiarse de la innovación en la que el hospital es pionero.

Esta semana, el Centro Oncológico del Hospital de Tacuarembó, de ASSE, dio un gran paso en mejorar el tratamiento de los pacientes oncológicos, materia en la que es uno de los centros de salud más innovadores del país.

En los últimos tiempos, el hospital ha ido introduciendo nuevas técnicas y modalidades en la radiocirugía, siendo el único en la esfera de ASSE que realiza dichos procedimientos de alta complejidad.

El miércoles, el centro de salud marcó un nuevo hito en esa historia de avances al llevar a cabo con éxito una radio neurocirugía a una paciente de 62 años, portadora de metástasis cerebral.

Según explicaron a Montevideo Portal desde el Hospital, el procedimiento se llevó a cabo combinando por primera vez en tiempo real la resonancia y la radioterapia, algo que es posible gracias a los equipos adquiridos por el Hospital y la capacidad de su personal médico y técnico.

Con esta nueva modalidad, "se logra una mayor precisión y margen de error menor a un milímetro", señalan.

En octubre pasado, cuando el Hospital incorporó su nuevo aparato de radiocirugía, apelamos a la metáfora bélica de la "mira telescópica", ya que el dispositivo permite aplicar la radiación con enorme precisión sobre el tumor, y minimizando los efectos sobre otros tejidos.

Ahora, la posibilidad de realizar una resonancia magnética "en simultáneo o inmediatamente" antes de la radiación, añade a la "mira telescópica" nuevas ventajas: es como darle al francotirador un mapa con GPS que marca en tiempo real la situación de su objetivo.

Esta combinación de resonancia y radiocirugía permite — según explican desde el Hospital— "ajustar el plan de tratamiento con máxima seguridad (submilimétrica), asegurando que el mapa de



irradiación coincida exactamente con el volumen y la anatomía real del tumor en ese momento; evitando así fallos marginales o que parte del tumor quede fuera del área de la dosis prescrita".

Se evita además "la distorsión que puedan generar otros factores intercurrentes como el crecimiento rápido o la variación de forma de algunos tumores durante el lapso desde que se efectúa el estudio imagenológico hasta la planificación, que en el tratamiento habitual puede ser de varios días".

Esto, dicho en buen criollo, quiere decir que el profesional que aplicará la radiación lo hará viendo exactamente dónde está el tumor en ese momento y no basándose en un estudio hecho días antes.

Además, se minimiza también la influencia del edema de los tejidos adyacentes y las eventuales hemorragias o necrosis intratumorales.

Según las autoridades del Hospital de Tacuarembó, "el beneficio mayor a mediano y largo plazo deviene de lograr

un mayor control local del tumor a 1 o 2 años, al disminuir la probabilidad de error por desajuste geográfico, reduciendo además la toxicidad en el tejido sano".

"Los logros de la radiocirugía a nivel encefálico y otros órganos, son muy alentadores y más aún con las nuevas técnicas que estamos implementando. En la paciente tratada se pudo demostrar que los resultados imagenológicos previos no eran totalmente coincidentes con los de la resonancia magnética actual; esto permitió un tratamiento integral de la lesión", explicó el Médico Radioterapeuta Mauricio Luongo, quien trabajó en el procedimiento junto a las físicas médicas Florencia Zalazar y Daniela Zanchi.

"En un futuro cercano vamos a poder tratar en forma simultánea múltiples metástasis en menor tiempo. Se disminuirán además los traslados innecesarios, en diferentes momentos de la planificación y las estadías prolongadas a pacientes que no son del departamento, efectuándose todo en un solo día", añadió el profesional

El doctor Ciro Ferreira, director del

Hospital de Tacuarembó, valoró el innovador tratamiento y lo colocó en una línea de crecimiento sostenido que el centro de salud ha experimentado en lo que va del siglo. Ese camino de innovación lo ha convertido en referencia en el interior del país e incluso a escala nacional, ya que capta también pacientes de Montevideo.

"Este centro, que comenzó siendo una quimera hace casi 20 años y ha tratado cerca de 10,000 pacientes de la región, ha extendido sus capacidades al sector público y privado de todo el país. En los últimos 6 meses se han tratado más de 50 pacientes por Radiocirugía con muy buenos resultados. El 60% corresponden a Montevideo y el área metropolitana, del restante 40%, solamente del 10 al 15% pertenecen a Tacuarembó y Rivera", enumeró.

"Nos sentimos orgullosos de estos adelantos innovadores, que además de generar importantes economías a ASSE y al Estado, beneficia a todos los uruguayos, tanto del sector público como del sector mutual", concluyó.



CONTRA EL MENINGOCOCO

Se amplía el acceso gratuito a la vacunación antimeningocócica

Desde el Ministerio de Salud Pública insisten en la necesidad de que niños, niñas y adolescentes cuenten con la vacuna antimeningocócica. En algunas edades es necesario agenda previa.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) ampliará el acceso gratuito a la vacuna contra el meningococo, incorporando nuevos grupos etarios al esquema de inmunización. La ministra de Salud Pública, Cristina Lustemberg, informó que a partir del 27 de julio las y los adolescentes de 13, 14 y 15 años podrán agendarse para recibir la vacuna de forma gratuita.

Asimismo, desde el 3 de agosto se habilitará la agenda para niñas y niños de 9 y 10 años cumplidos.

Lustemberg recordó que en 2025 la vacuna antimeningocócica fue incorporada al esquema nacional para los dos y cuatro meses de vida, al año, a los 15 meses y a los 11 años, y señaló que el objetivo del MSP es extender progresivamente la cobertura hasta alcanzar a toda

la población menor de 18 años.

La vacunación se realizará en los 480 vacunatorios habilitados en todo el país. Las dosis estarán disponibles para todas las personas comprendidas en los grupos convocados, independientemente del prestador de salud al que pertenezcan.

A efectos de salir de dudas, se aclara la necesidad o no de agenda:

A efectos de salir de dudas, se aclara la necesidad o no de agenda:

- Sin agenda:

Niños, niñas y adolescentes de 2, 4, 12 y 15 meses, y 11 y 12 años cumplidos.

- Con agenda a partir del 27 de julio:

Adolescentes de 13, 14 y 15 años cumplidos.

- Con agenda a partir del 3 de agosto:

Niños y niñas de 9 y 10 años cumplidos.



HOSPITAL "DR. ANDRÉS TORIANI"

Rivera inauguró su CTI neonatal

El hospital departamental de Rivera "Dr. Andrés Toriani" inauguró el CTI neonatal. El acto contó con la presencia del presidente de la República, Yamandú Orsi, y con la oratoria de Cristina Lustemberg, ministra de Salud Pública; Richard Sander, intendente de Rivera, Álvaro Danza, presidente de ASSE y Eduardo Ferrazzini, director del hospital.

El sol logró abrirse paso entre las nubes en Rivera. Después de la fuerte tormenta del día anterior, la mañana seguía fría, pero a las 11 horas el cielo comenzaba a despejarse sobre una jornada que quedará marcada en la historia sanitaria del departamento: el Hospital Departamental inauguró su CTI neonatal y, desde este martes, pasó a denominarse oficialmente Hospital Departamental de Rivera "Dr. Andrés Toriani".

La presencia del presidente de la República, Yamandú Orsi, y de la ministra de Salud Pública, Cristina Lustemberg, dio cuenta de la relevancia de una inauguración que trasciende los límites departamentales. También participó el Directorio de ASSE en pleno, encabezado por su presidente, Álvaro Danza; la vicepresidenta Marcela Cuadrado; el vocal Carlos Valli, y los representantes de trabajadores y usuarios, Gustavo Gianre y Jorge Bentancur, respectivamente.

A ellos se sumaron autoridades nacionales y departamentales, legisladores, trabajadores de la salud, usuarios, usuarias, vecinos y vecinas.

La frontera también estuvo presente. El prefeito de Santana do Livramento, Evandro Gutebier, llegó acompañado por representantes de esa ciudad brasileña para participar de una celebración que, por las propias características de Rivera, difícilmente podía concebirse de otra

manera.

A 517 kilómetros de Montevideo, Rivera y Santana do Livramento conforman un territorio singular. Una avenida separa -y al mismo tiempo une- Uruguay y Brasil, mientras la Plaza Internacional recuerda esa convivencia con las banderas de ambos países. Allí, donde el portuñol forma parte de la vida cotidiana y cruzar de un país al otro puede significar simplemente atravesar una calle, hablar de salud implica necesariamente hablar de frontera, distancias y cooperación.

UNA VIEJA ASPIRACIÓN CONVERTIDA EN REALIDAD

La carpa instalada para el acto se llenó. El primero en tomar la palabra fue el director del hospital, Eduardo Ferrazzini, quien vinculó inmediatamente los dos acontecimientos de la jornada: la concreción del CTI neonatal y el homenaje a Andrés Toriani: "Finalmente, a lo largo del tiempo y con la historia, la misma historia pone las cosas en su lugar", afirmó, al recordar a quien fuera director del hospital y uno de los principales impulsores del proyecto.

Ferrazzini destacó especialmente la preocupación de Toriani por las desigualdades que históricamente afectan a la región norte y por el peso que tiene la distancia a la hora de acceder oportunamente a prestaciones sanitarias de



alta complejidad.

Fue precisamente ante esa realidad, señaló, que surgió la convicción de generar en Rivera un servicio capaz de atender a recién nacidos de alto riesgo, prematuros o que requirieran cuidados intensivos, evitando traslados de cientos de kilómetros.

La iniciativa se sostuvo durante más de una década con el impulso de la comunidad y de la Comisión de Apoyo del hospital. Ferrazzini destacó además el trabajo conjunto de ASSE, sus equipos de gestión y trabajadores, así como el acompañamiento académico de la Cátedra de Neonatología de la Facultad de Medicina y de los servicios especializados del Hospital de Clínicas y del Centro Hospitalario Pereira Rossell: "En salud no se gasta, no se despilfarra. En salud se invierte, en

salud hay que invertir", enfatizó.

UNA INVERSIÓN QUE TAMBIÉN CONSTRUYE EQUITAD

El presidente de ASSE, Álvaro Danza, inició su intervención recordando el fallecimiento, ocurrido el día anterior, del secretario de la Junta Nacional de Drogas, Gabriel Rossi, por quien solicitó un minuto de silencio.

Luego se refirió al motivo central de la jornada: "El CTI neonatal es una conquista del Hospital de Rivera, es una conquista del gobierno nacional, es una conquista de la región norte del país, es una conquista de la salud pública", afirmó.

El nuevo servicio permitirá asistir a

sigue en pág. 26

viene de pág. 25

recién nacidos con bajo peso, prematuros y bebés con dificultades respiratorias, hemodinámicas, de regulación de temperatura y otras situaciones que requieren cuidados intensivos.

Danza recordó especialmente el papel que tuvieron Lustemberg, Toriani y los equipos locales para hacer posible el proyecto. Relató que, en sus primeras reuniones con el entonces director del hospital, Toriani había planteado como una de sus prioridades concretar el CTI neonatal: "Hoy, la verdad, me provoca mucho orgullo que se pueda concretar esto, porque es una de las cosas que él nos pidió", señaló.

ASSE realizó una inversión cercana a los 60 millones de pesos, que comprende recursos humanos, infraestructura, incubadoras, ventiladores y demás equipamiento especializado.

El CTI comenzará a funcionar de manera progresiva. En una primera etapa atenderá a recién nacidos de más de 1.500 gramos y mayores de 32 semanas de edad gestacional. El proceso será evaluado con el acompañamiento de la Facultad de Medicina y del Servicio de Neonatología del Pereira Rossell. Posteriormente se avanzará hacia la atención de bebés de menor peso y edad gestacional hasta alcanzar la totalidad de la capacidad prevista.

La importancia de disponer de esa atención en Rivera se expresa también en kilómetros. Según explicó Danza, hasta ahora uno de cada cuatro recién nacidos prematuros que requerían cuidados intensivos era trasladado a Tacuarembó, mientras que los otros tres debían recorrer distancias aún mayores.

Además del riesgo clínico que implica trasladar a un recién nacido crítico, subrayó el impacto sobre las familias que deben alejarse de sus hogares durante semanas para acompañar una internación: "Este CTI viene también a construir equidad", sintetizó.

"HOY ESTAMOS VIVIENDO UN SALTO DE CALIDAD"

El intendente de Rivera, Richard Sander, aportó al acto una dimensión personal. Contó que sus dos hijos menores fueron prematuros y que uno de ellos nació con apenas 1.140 gramos: "Solo los que hemos pasado quizás por esas situaciones logramos entender con mayor profundidad este momento histórico que estamos viviendo hoy acá en Rivera", expresó.

Sander situó la inauguración dentro

de los desafíos sociales que enfrenta la frontera y reivindicó la necesidad de que los recursos públicos contemplen esas desigualdades territoriales.

También agradeció la presencia de la delegación brasileña y recordó que Rivera y Livramento constituyen, en los hechos, una comunidad de entre 170.000 y 180.000 personas que conviven cotidianamente a ambos lados de una frontera difícil de comprender para quien no la habita: "Hoy es un día histórico, en el que estamos todos juntos, porque estos barcos no tienen color político", sostuvo, destacando el valor de la cooperación entre organismos públicos, gobiernos departamentales y comunidad.

LOS NÚMEROS QUE EXPLICAN UNA DECISIÓN

La ministra de Salud Pública, Cristina Lustemberg, colocó luego sobre la mesa los indicadores que determinaron la instalación del CTI en Rivera: "Hoy es un día muy importante para este departamento, pero también para los departamentos limítrofes y para toda la región de frontera", afirmó.

Rivera representa el 3,9 % de los nacimientos del país, con unos 1.119 nacimientos anuales. El 52,7 % ocurre en el sector público, una proporción superior al promedio nacional. Cerca del 10 % de los recién nacidos son prematuros y la proporción de prematuros extremos -menores de 28 semanas- duplica la media nacional: 0,8 % frente al 0,4 % del país.

A ello se suma una tasa de mortalidad infantil de 10,8 por cada mil nacidos vivos, frente a una media nacional de 6,3. En el caso de la mortalidad neonatal, ocurrida durante los primeros 28 días de vida, Rivera registra 7,2 por mil, mientras el promedio nacional es de 4,3.

Hasta comienzos de agosto, además, ni Rivera ni Artigas contaban con un CTI neonatal, público o privado. Los recién nacidos que requerían cuidados intensivos debían ser trasladados hacia Tacuarembó, Salto o el Pereira Rossell, recorriendo entre 250 y 500 kilómetros: "Detrás de cada indicador hay una familia que espera una respuesta, un profesional que hace todo lo posible con los recursos que tiene y una comunidad que deposita toda su confianza en el sistema de salud", expresó Lustemberg.

El nuevo CTI permitirá fortalecer la atención de los 635 menores de un año de Rivera y también constituirse en referencia para los 555 de Artigas.

Y el servicio ya comenzó a cambiar esa realidad. Durante el acto, la ministra



informó que tres recién nacidos estaban siendo asistidos en el nuevo CTI: "Eso responde a la capacidad del Estado en la toma de decisiones concretas hacia una salud que sea más cercana, más equitativa y con mayor capacidad de respuesta", sostuvo.

La unidad comienza con cuatro camas y atravesará un proceso progresivo de evaluación y fortalecimiento durante los próximos meses, hasta alcanzar la capacidad de asistir en Rivera a recién nacidos críticos de cualquier peso y edad gestacional: "La salud no puede depender del lugar donde una persona nace o vive", remarcó Lustemberg.

Y retomó una definición del presidente Orsi: "El desarrollo sin equidad territorial no es desarrollo".

En salud, explicó, esa premisa supone que una familia riverense pueda acceder a atención de calidad sin recorrer cientos de kilómetros. "Gobernar implica reducir las distancias: las distancias geográficas, como las que hoy acortamos en Rivera para los recién nacidos, pero también las distancias entre una necesidad y la respuesta del Estado".

EL NOMBRE DE ANDRÉS TORIANI

La inauguración tuvo inevitablemente otro protagonista, ausente físicamente pero presente durante todas las intervenciones.

La denominación del hospital como "Dr. Andrés Toriani" fue el reconocimiento a quien dedicó buena parte de su vida a la salud pública y cuya gestión estuvo estrechamente vinculada al desarrollo del centro asistencial riverense.

Su nombre apareció una y otra vez durante la mañana: en los recuerdos de quienes trabajaron junto a él, en los proyectos que dejó encaminados y, especialmente, en ese CTI neonatal cuya concreción había defendido.

"Como ya se dijo, esto no comienza hoy. Hay una comunidad que identificó una necesidad, que se organizó y que nunca dejó de reclamar una respuesta. También están los equipos de salud que impulsaron este proyecto", señaló Lustemberg.

La ministra recordó además que la decisión de dar al hospital el nombre de Toriani respondió a una solicitud de ciudadanos del departamento y dirigió unas palabras a Andrea, compañera del homenajeado, presente entre el público.

Así, la jornada reunió memoria y futuro: un hospital que incorpora el nombre de uno de sus principales referentes y, al mismo tiempo, suma una capacidad asistencial largamente esperada por Rivera.

UN COMPROMISO PARA SEGUIR TRANSFORMANDO EL HOSPITAL

Al finalizar el acto, la vicepresidenta de ASSE, Marcela Cuadrado, y el secretario general interino de la Intendencia de Rivera, Leandro Catelo, firmaron un acuerdo de intención entre ambas instituciones. El documento establece el compromiso de mantener líneas de trabajo conjuntas destinadas a mejorar el estado edilicio y las instalaciones del Hospital Departamental de Rivera "Dr. Andrés Toriani", con el objetivo de continuar fortaleciendo una atención oportuna y de calidad. Afuera, la frontera seguía con su movimiento habitual y el sol que había aparecido entre las nubes mitigaba el frío de la mañana.

Adentro quedaba inaugurado un servicio que busca acortar otra clase de distancia. Porque, a partir de ahora, para muchos recién nacidos de Rivera y del norte del país, acceder a cuidados intensivos ya no significará necesariamente iniciar un viaje de cientos de kilómetros lejos de su familia.



FORTALECIENDO EL SALUD DE PUENTE A PUENTE

Comenzó la construcción de la nueva policlínica de Estación Atlántida

El programa Salud de Puente a Puente sigue a buen ritmo. El lunes 10, con presencia de autoridades, trabajadores, usuarios y vecinos se mostró cómo avanza la obra de la policlínica de Estación Atlántida.

Los cascos, lentes, guantes y zapatos de seguridad indicaban que allí ya no se estaba hablando de una obra futura. Los obreros trabajaban. A pocos metros podían verse el obrador, la arena, el portland y los bloques: la nueva policlínica de Estación Atlántida ya comenzó a construirse.

La mañana estaba muy fría y el cielo permanecía cubierto, aunque, poco antes de comenzar la actividad, el sol terminó abriéndose paso entre las nubes.

Se habían levantado dos carpas y colocado unas decenas de sillas. No alcanzaron. Llegó más gente de la prevista y hubo que seguir el acto de pie. A veces, las cuentas salen mal por buenas razones.

Entre quienes se acercaron había un vecino con la bandera verde de una cooperativa de viviendas, una pareja con un bebé, otra compartiendo el mate y, mezclada entre todos, Gualconda Tapia. No necesitaba presentación. Es la referente barrial que todos y todas conocen, la mujer que desde hace años insiste en la necesidad de fortalecer la red de salud en una zona que no ha parado de crecer. Y su nombre aparecería varias veces durante la mañana.

La actividad contó con la presencia de la ministra de Salud Pública, Cristina Lustemberg; el intendente de Canelones, Francisco Legnani; el presidente de ASSE, Álvaro Danza; la directora de la Región Sur, Ana Noble; y la directora de la RAP Canelones, Silvia Texeira.

También estuvo presente el Directorio de ASSE en pleno: la vicepresidenta Marcela Cuadrado; el vocal Carlos Valli; Gustavo Gianre, representante de los trabajadores; y Jorge Bentancur, representante de los usuarios, además del gerente general de ASSE, Federico Martiarena.

UNA OBRA QUE ABRE UN PROGRAMA MAYOR

El presidente de ASSE, Álvaro Danza, explicó que la elección de Estación Atlántida para marcar simbólicamente el comienzo de las obras del programa Salud de Puente a Puente no fue casual.

La nueva policlínica se construye desde cero y sustituirá al actual servicio, cuya infraestructura ya no responde a las necesidades de una población en permanente crecimiento. Se trata, además, de una obra largamente reclamada por vecinos, usuarios y organizaciones de la zona.

Danza hizo una mención especial a Gualconda y a su persistencia a lo largo de los años: "Se lo ha pedido a la ministra Lustemberg y estamos cumpliendo el mandato en nombre de ella, con un montón de usuarios y usuarias que así lo reclamaban", expresó.

Pero la obra de Estación Atlántida es apenas una pieza de un proyecto sanitario mucho más amplio.

Salud de Puente a Puente comprende el territorio ubicado entre los arroyos Carrasco y Solís Grande, desde la costa hasta la ruta 8, donde viven unas 200.000 personas. Danza recordó que Canelones es el departamento que ha experimentado el mayor crecimiento poblacional del país y señaló que esa realidad exige una respuesta sanitaria acorde.

El objetivo, sostuvo, es que las personas no tengan que trasladarse grandes distancias para resolver sus problemas de salud, sino que puedan encontrar respuestas cerca del lugar donde viven.

El programa contempla la intervención de 16 policlínicas del primer nivel de atención y tiene como proyecto de mayor porte la construcción del futuro Hospital de la Costa, que estará ubicado en Atlántida.

Sobre este último, Danza realizó un anuncio: ASSE ya cuenta con el anteproyecto y prevé lanzar la licitación antes de finalizar agosto.

El presidente del organismo desta-



có especialmente el papel del primer nivel de atención, donde se resuelve alrededor del 80 % de los problemas de salud de la población, y subrayó la necesidad de acompañar la inversión en infraestructura con equipos de medicina familiar, enfermería, nutrición, psicología, odontología y pediatría, entre otras disciplinas.

También reivindicó la complementación entre prestadores públicos y privados: "ASSE no es un efector aislado", afirmó, y señaló que el propósito es avanzar hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud que sea efectivamente "nacional e integrado", evitando la superposición de prestaciones y promoviendo una complementación razonable en beneficio de la población.

Canelones: obras que se encuentran El intendente Francisco Legnani ubicó el comienzo de la nueva policlínica dentro de un proceso de inversiones que, según destacó, está transformando la infraestructura sanitaria y urbana de la zona.

Recordó que en noviembre pasado, en Atlántida, se anunciaron dos proyectos de gran porte: una inversión departamental de 50 millones de dólares para extender el saneamiento y otra de 40 millones de dólares para el futuro Hospital de la Costa: "Noventa millones de

dólares de inversión anunciados en un mismo día para nuestro principal balneario", resumió.

Legnani mencionó además las reformas realizadas en distintas policlínicas del departamento y el fortalecimiento del Centro de Salud de Ciudad de la Costa, cuyas obras ya están en ejecución.

El intendente puso énfasis en la articulación entre el Gobierno nacional, ASSE, la Intendencia y los municipios, una cooperación que también se expresa en la cesión de terrenos.

Recordó que el predio de Estación Atlántida había sido cedido durante la administración departamental 2015-2020 y señaló que la Intendencia hará lo propio con un terreno de 8.000 metros cuadrados destinado al Hospital de la Costa: "Entre todos sumamos, entre todos ejecutamos y entre todos hacemos llegar a la gente el cumplimiento de esas necesidades que tanto tiene", afirmó.

"El lugar donde vive una persona no puede determinar la atención que recibe"

Cuando tomó la palabra, la ministra Cristina Lustemberg también comenzó por Gualconda.

La salud y, a través de ella, extendió el reconocimiento a una comunidad or-

sigue en pág. 28



viene de pág. 27

ganizada que desde hace años reclama mejores condiciones de atención para Estación Atlántida y toda la zona de la Costa de Oro.

Lustemberg recordó haber visitado el lugar años atrás, cuando era legisladora, y haber escuchado de los propios vecinos las dificultades que enfrentaban para acceder incluso a prestaciones básicas de salud.

La ministra detalló que la nueva policlínica dispondrá de tres consultorios multifuncionales, consultorio odontológico, equipo de salud mental, enfermería equipada para realizar diferentes procedimientos y farmacia con disponibilidad de medicamentos: "Para mí hoy es una alegría estar compartiendo este momen-

to, un paso más en algo que delineamos en el comienzo de la gestión", expresó.

Lustemberg vinculó la construcción de la policlínica con una concepción de la atención sanitaria que coloca al primer nivel como puerta de entrada y sostén de toda la red.

En ese marco, adelantó características del futuro Hospital de la Costa, que contará con 60 camas de internación, áreas para adultos, pediatría y salud mental, además de tomógrafo, laboratorio y farmacia durante las 24 horas y una base del SAME 105.

Pero advirtió que un hospital de esas características no puede funcionar adecuadamente sin una red territorial fuerte: "Nada de eso es posible sin un primer nivel de atención sólido, cercano y resolutivo", sostuvo.



La ministra reconoció que persisten problemas que el sistema sanitario debe enfrentar, entre ellos los tiempos de espera, la necesidad de ampliar prestaciones y la mejora de los servicios: "No hay soluciones mágicas", afirmó. "Pero acá sí hay planificación, recursos, trabajo cotidiano, paciencia y perseverancia y, sobre todo, decisión política para cambiar lo que debe cambiar y para priorizar a quienes más necesitan del Estado".

Terminadas las intervenciones, la obra seguía allí. Los materiales de construcción, los trabajadores con sus equipos de protección y el obrador daban una dimensión concreta a algo que durante años había existido como necesidad y reclamo.

Gualconda también seguía allí, entre la gente. Como antes. Como siempre.

Quizás por eso, entre todos los anuncios de la jornada -las policlínicas, el Hospital de la Costa, las inversiones y la integración de los servicios-, una frase de Lustemberg terminó sintetizando el sentido de lo que comenzaba a construirse en Estación Atlántida: "Hoy empieza una obra, pero también renovamos un compromiso: que el lugar donde vive una persona no determine la calidad ni la oportunidad de la atención que recibe".

Para la comunidad que esperó durante años, esta vez el compromiso ya tiene obrador, arena, portland y bloques.



SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA

Lactancia materna: un comienzo sostenible para la vida

Del 1 al 7 de agosto se conmemoró la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2026 bajo el lema "Lactancia materna para un comienzo sostenible en la vida: fortalecer lo que funciona", una oportunidad para reafirmar la importancia de una práctica que aporta beneficios fundamentales para la salud de niñas y niños desde el nacimiento.

La leche humana constituye el alimento ideal para los recién nacidos. Además de cubrir sus necesidades nutricionales, fortalece el sistema inmunológico, favorece el desarrollo integral, consolida el vínculo entre madre e hijo y contribuye a salvar vidas, especialmente en los bebés más vulnerables.

En Uruguay, el trabajo de los bancos de leche humana (BLH) tienen un rol esencial en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. Estos servicios también son responsables de recolectar, procesar y distribuir leche humana donada y pasteurizada a instituciones públicas y privadas de todo el país.

Su principal destino son los recién nacidos internados en unidades neonatales, particularmente los prematuros o aquellos que atraviesan cuadros graves y que, por distintas circunstancias, no pueden recibir leche de su propia madre.

Actualmente, el país cuenta con tres BLH públicos y una red de centros recolectores de leche humana distribuidos en todo el territorio nacional, lo que garanti-

za el acceso universal a este recurso vital.

UN GESTO SOLIDARIO QUE SALVA VIDAS Y LLEGA A TODO EL PAÍS

La donación de leche humana es un proceso sencillo, voluntario y altruista. Las mujeres sanas que se encuentran en período de lactancia y desean donar pueden comunicarse con un BLH o con un centro recolector. Tras una entrevista inicial, reciben el material necesario -frascos estériles, gorro y tapabocas- y se coordina la recolección de la leche directamente en su domicilio.

Cada donación es sometida a un estricto proceso de control. En los BLH, las muestras son analizadas desde el punto de vista nutricional y microbiológico, para luego ser pasteurizadas mediante un procedimiento que garantiza su inocuidad y seguridad antes de llegar a los bebés que la necesitan.

La leche humana donada se entrega exclusivamente por indicación médica a recién nacidos internados que la re-



quieren, principalmente prematuros o bebés en estado grave. Los equipos de salud de cualquier institución pública o privada pueden solicitarla, especificando el volumen y las características nutricionales necesarias, en un sistema de coordinación que permite una respuesta oportuna durante la misma jornada.

El acceso a este recurso es universal y gratuito. Cada año, gracias a la solidaridad de aproximadamente 600 mujeres donantes, unos 2.500 recién nacidos de

todo Uruguay reciben leche humana pasteurizada, asegurando que este alimento llegue a cada rincón del país cuando más se necesita.

En esta Semana Mundial de la Lactancia Materna, el mensaje es claro: cada gota cuenta. Promover la lactancia y donar leche humana son gestos de solidaridad que ofrecen a cientos de recién nacidos la oportunidad de un comienzo más saludable y contribuyen a construir un futuro con más oportunidades para todos.

FEMI en su lugar | Treinta y Tres

En el marco de una nueva jornada de FEMI en su lugar, integrantes del Comité Ejecutivo de la Federación Médica del Interior mantuvieron una reunión con las autoridades de IAC IAMPP.

Durante el encuentro, FEMI expresó su respaldo institucional y su solidaridad con una colega médica de la institución que atraviesa una compleja situación vinculada al ejercicio profesional, reafirmando su compromiso con la defensa de todos los médicos del país.

Asimismo, se intercambió sobre la realidad de los médicos con posgrados avanzados que cumplen funciones asistenciales sin haber obtenido aún el título de especialista, una situación que involucra a aproximadamente 4.000 colegas en todo el Uruguay y que pone de manifiesto la necesidad de avanzar en un marco jurídico excepcional y transitorio que

otorgue seguridad y garantías tanto a los profesionales como a las instituciones de salud, mientras se implementa un plan que permita avanzar en la titulación de esos colegas. Participaron por IAC IAMPP la Dra. Laura Pagliotti, Presidenta; el Dr. Jorge Silvera, Secretario; y el Dr. Horacio Pagliotti, Gerente Administrativo.

Por el Comité Ejecutivo de FEMI participaron el Dr. Gustavo Alonso, el Dr. Jorge Bermúdez, la Dra. Jaqueline Barla y la Dra. Elena Bonino, junto al Dr. Osvaldo Bianchi, Presidente de la Agremiación Médica de Treinta y Tres.

FEMI continuará trabajando junto a las autoridades nacionales y las organizaciones médicas para alcanzar una solución que brinde seguridad jurídica a los profesionales, garantice la continuidad de la asistencia y permita avanzar en la regularización definitiva de esta situación.



La formación continua es uno de los pilares del desarrollo profesional

Desde la Comisión de Educación Médica de FEMI, junto a CAMDEL, impulsamos una nueva instancia de capacitación destinada a médicos agremiados: el Curso de Ecografía Point of Care (POCUS), una herramienta cada vez más relevante para la práctica clínica.

La actividad es gratuita para médicos FEMI y cuenta con cupos limitados.

Desliza las imágenes para conocer el programa completo.

Inscripciones: femieducacionmedica@gmail.com

FEMI
FEDERACION MEDICA DEL INTERIOR



FEMI sortea 2 medias becas:

XXIV Jornada Anual
SUPNIE 2026

con foco en inflamación e
inmunoNutrición, emociones
y regulación.



FEMI
FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR



La Jornada se desarrollará
el **sábado 29 de agosto**
de 8:00 a 14:30 h en Hotel
Punta Trouville.



Postulaciones para las becas

Hasta el **viernes 21 de agosto**
en secretaria@femi.com.uy

Felicitaciones a los nuevos colegas médicos

Cada nueva generación de médicos representa una esperanza para la salud de nuestro país.

Hoy compartimos la alegría de quienes alcanzaron este gran objetivo y celebramos un momento que quedará en la historia de la formación médica en Uruguay.

¡Felicitaciones a todos los médicos 2026!



Curso de Ecografía

Point of Care

¡Gratis para médicos FEMI!

Cupos limitados

Docente responsable: Dr. Daniel Chirico Costoya
(Médico Emergentólogo e Instructor Docente POCUS)



Inscripciones:

femieducacionmedica@gmail.com



Viernes 28 de agosto – 8:30 h
CAMDEL, Minas.

Contenido del curso:

✓ **Fundamentos y manejo**

Bases físicas, configuración básica

✓ **Evaluación diagnóstica**

Pulmonar, cardíaca y TAPSE, FAST/RUSH

✓ **Práctica hands-on**

Entrenamiento práctico con equipo

Lamentamos el fallecimiento del Dr. Sergio Alzugaray. A su familia y afectos, nuestro abrazo fraterno.



Dr. Sergio Alzugaray

Cuidados Paliativos Pediátricos en Treinta y Tres

FEMI
FEDERACION MEDICA DEL INTERIOR

El pasado sábado 8 de agosto se realizó en Treinta y Tres el Taller de Educación Médica Continua "Introducción a los Cuidados Paliativos Pediátricos", organizado por la Sociedad Uruguaya de Pediatría (@supuruguay).

Desde FEMI acompañamos y apoyamos esta iniciativa, que permitió acercar una nueva instancia de formación y actualización profesional al interior del país. Creemos fundamental continuar promoviendo oportunidades de capaci-

tación de calidad en todo el territorio, fortaleciendo a los equipos de salud y contribuyendo a una mejor atención de nuestros pacientes.

Felicidades a la SUP, coordinadoras, docentes y participantes por llevar adelante esta valiosa jornada en Treinta y Tres.

FEMI Junto a los médicos del interior.



Piense y realice
una opción inteligente

20 años

Publicite en...

EL DIARIO MEDICO
Salud hoy

099 351 366

www.eldiariomedico.com.uy



Discurso del Dr. José Minarrieta por los 106 años del Sindicato Médico del Uruguay

Texto completo de las palabras del presidente en el acto del 11 de agosto de 2026.

Voy a empezar leyendo algo que en esta sala seguramente todos conocen:

Para defender los intereses morales y materiales de los médicos del Uruguay.

Para resolver las cuestiones económicas y profesionales del cuerpo médico.

Para mejorar el ejercicio de la profesión y la situación del médico. Para ampliar su formación.

Para conseguir leyes que amparen al médico y a su familia frente a la enfermedad, la vejez y la muerte.

Para contribuir al estudio permanente y al perfeccionamiento de las estructuras de salud del país.

Para mejorar las leyes de asistencia pública y de medicina social.

Para proteger la ética profesional y para la defensa jurídica de los afiliados.

Y, entre otros puntos, uno que llama la atención: usar su influencia moral y su peso material en favor de las leyes que robustezcan la participación del médico en todas las manifestaciones de la solidaridad humana.

Es el artículo 2 de nuestro estatuto. Lo conocen. Lo que a lo mejor no tenemos tan presente es que buena parte de eso se escribió en 1920 y sigue ahí, palabra por palabra, después de todo este tiempo.

Y en todo este tiempo ha habido enormes cambios. Y sin embargo.

Por ejemplo, hace casi 20 años Uruguay tomó una decisión clave: dejar de tratar la salud como algo que cada uno resuelve según lo que puede pagar, y tratarla como una responsabilidad colectiva.

El SMU no lo miró de afuera. En 1999, en 2002 y en 2006, nos juntamos a trabajar en el balneario Solís para discutir qué sistema de salud queríamos para Uruguay. El primero de esos encuentros fue ocho años antes de que existiera la ley. Los médicos y médicas estuvimos pensando el problema antes de que fuera agenda del país. Y lo hicimos porque es parte de nuestra génesis: contribuir al perfeccionamiento de las estructuras de salud del país. No es una vocación opcional ni un capricho, es objeto de este sindicato.

Y hay que decir que funcionó. Comparado con la región, Uruguay tiene un sistema sólido. Cubre a casi toda la población. Puso el principio de solidaridad en el centro: cada uno aporta según lo que puede y recibe según lo que necesita. Eso no era obvio.

Pero es mejorable. Cubrir no es lo mismo que atender.

Existen estudios que demuestran que la población usuaria de ASSE tiene una expectativa de vida menor que el resto de la población. Esto es claramente un dato que tiene que ver con los determi-



nantes sociales de la salud y la desigualdad. Y tenemos la convicción de que sin el sistema de salud que tiene nuestro país, con ASSE como el principal prestador público, ese dato sería aún peor.

La salud es un bien público. Se construye entre todos y se sostiene entre todos.

Y hay una parte de esta discusión que está en marcha.

Desde octubre del año pasado, a partir de la firma de los convenios convenio público y privado, funciona la Comisión Asesora Multipartita, en el Grupo 15 de los Consejos de Salarios, y también para el sector público, que tienen, entre otros, un mandato concreto: darle contenido al Nuevo Régimen de Trabajo Médico. El SMU está ahí, en esa mesa, siempre.

Digo esto porque quiero explicar por qué eso importa más allá de nosotros.

Hay una idea que conviene desterrar: que las condiciones de trabajo del médico son un asunto exclusivo de médicos y médicas.

Pero no, son asuntos también de las y los pacientes, y de toda la población porque un profesional que está en su tercer trabajo del día, después de una noche de guardia, no rinde igual. Y no se trata de vocación, tampoco de voluntad, para nada, se trata de límites.

El multiempleo no es una elección, es la consecuencia de una organización del trabajo que obliga a acumular cargos y a repartirse entre instituciones. Un sistema fragmentado produce trabajo fragmentado. Y el trabajo fragmentado produce atención fragmentada.

Lo escribieron hace 106 años y sigue en el estatuto: mejorar la situación del médico. Podemos afirmar que esta mejora

será más eficiente y cuidaría la calidad asistencial.

Todo esto que menciono hay que pensarlo para la medicina que viene, no para la que fue, para el futuro, con algunas transformaciones que hay que tener muy presentes.

La primera es que esta es hoy una profesión mayoritariamente de mujeres y eso tiende a profundizarse. Un régimen de guardias y de multiempleo expulsa a las mujeres si no se diseñan reglas de juego que no penalicen la maternidad y que permitan un acceso real a los cargos de decisión.

La segunda es que Uruguay envejece. Mayor esperanza de vida y menos nacimientos. Esto obviamente repercute en el sistema que debe seguir siendo equitativo, sostenible y solidario.

La tercera es la tecnología, y en particular, la inteligencia artificial. Amplía lo que podemos hacer y hay que incorporarla, pero si se hace sin discutir quién accede a ella, no reduce las desigualdades: las profundiza. Una tecnología que llega primero a quien más tiene amplía la brecha en vez de cerrarla.

Todos estos nuevos desafíos se resuelven con una política sistemática, no con decisiones aisladas.

Termino con algo de nuestro sindicato. En 106 años cambió casi todo en la medicina uruguaya. Una cosa se hizo siempre igual: votar. La misma urna, el mismo papel.

En setiembre eso cambia. Hay elecciones y por primera vez vamos a tener voto electrónico. Esto tiene un efecto importante, porque entendemos que, si es más fácil votar, más colegas lo harán y

será más democrático y representativo.

Los que escribieron aquel estatuto en 1920 no cerraron con una reivindicación gremial. Cerraron pidiendo que el médico participara en todas las manifestaciones de la solidaridad humana.

Ciento seis años después seguimos discutiendo y trabajando en lo mismo: cómo se organiza un país para cuidar a su gente.

Antes de terminar quería hacer unas reflexiones personales.

La primera es que esta es la última vez que me van a ver en este papel, realmente ha sido un privilegio, ha sido gusto, ha sido también muy trabajoso. Hemos cometido muchos errores y seguramente, también, algunos aciertos.

Creemos que hemos respetado nuestro principal compromiso, el que asumimos junto con Daniela [Paciel] y con el resto de los colegas, de nuestra delegación, que fue trabajar con independencia, trabajar sin injerencia empresarial y trabajar sin injerencia político-partidaria. Pensamos que en eso sí hemos cumplido.

Por último, quisiera decir que en estos tres años nos dejaron muchos compañeros y compañeras, muchos colegas. Y quiero de todos ellos recordar a uno en particular, al doctor Gabriel Rossi, que estos últimos días tuvimos la desgracia de perderlo de una manera brusca, inesperada. Una persona con un sentido del humor indestructible, con un compromiso social, con un nivel académico y con responsabilidades políticas, que lo convierten en un ejemplo para todos nosotros.

Muchas gracias

Sociedad de médicos extranjeros y Facultad de Medicina se reunieron en el SMU por las reválidas de especialidad

Representantes de la Sociedad de Médicos Extranjeros del Uruguay (SOMEU), de la Facultad de Medicina y el presidente del SMU se reunieron en el sindicato para conversar sobre el convenio que regulará el otorgamiento de las reválidas de especialidad.

El martes 4 de agosto se reunieron en la sede del Sindicato Médico del Uruguay las doctoras Grisela Pupo, Ariadna de la Torre y Yusleidys, delegadas de la Sociedad de Médicos Extranjeros del Uruguay (SOMEU); el Dr. Juan Pablo Gesuele, en representación de la Facultad de Medicina de la Udelar, y el presidente del SMU, Dr. José Minarrieta, para conversar sobre el convenio que regulará el otorgamiento de las reválidas de especialidad.

El convenio se suscribe entre el Ministerio de Educación y Cultura y la Facultad de Medicina de la Universidad

de la República, y establece el procedimiento que deberán seguir quienes soliciten el reconocimiento de su título de especialista.

Según lo conversado en el encuentro, cuando se firme el acuerdo, el trámite ingresará por el MEC y de allí a la unidad académica correspondiente dentro de un plazo estipulado, que quedará establecido en el reglamento. La unidad académica contará con tres resoluciones posibles: aprobar la solicitud, rechazarla, o disponer una instancia de remediación. En este último caso, la persona solicitante deberá aprobar una evaluación específica para obtener la reválida de especialista.

Las partes coincidieron en que, una vez firmado el convenio, el trabajo continuará con el objetivo de que el proceso resulte lo más ágil posible para quienes lo transitan.



El SMU realizará la primera elección electrónica de su historia

El Sindicato Médico del Uruguay convoca a sus socios médicos y estudiantes a Elecciones Generales para el jueves 17 de setiembre de 2026. Será la primera vez que el sufragio se realice en formato electrónico.

El voto será secreto y podrá emitirse de dos formas: presencialmente, en las Mesas Receptoras que funcionarán en la sede del SMU (Lord Ponsonby 2430) en horario corrido de 08:00 a 19:00, o de forma remota a través de votaciones.smu.uy accesible también desde la web institucional, en los términos y garantías definidos por la Comisión Electoral.

Se renuevan en su totalidad cuatro órganos:

- Comité Ejecutivo: 10 cargos médicos y 3 estudiantiles
- Comisión Fiscal: 5 cargos médicos
- Consejo Arbitral: 4 cargos médicos
- Comisión Directiva de la Colonia de Vacaciones: 5 cargos médicos y 1 estudiantil

Quiénes votan. Pueden sufragar los afiliados con al menos un año de antigüedad al 17 de setiembre, siempre que no estén comprendidos en los artículos 13 y 14 del Estatuto. Para los socios estudiantes el plazo es de seis meses (artículo 30). Los estudiantes votan dentro de los lemas médicos para Comisión Fiscal y Consejo Arbitral, y dentro de los lemas estudiantiles para los demás órganos.

Requisito para votar. El sistema de voto electrónico envía las credenciales de acceso a los datos de contacto registrados en el padrón social. Los socios que tengan su correo electrónico o teléfono desactualizados deben regularizarlo.

Puede modificarlos en el enlace [AQUÍ](#)

O llamar al área de Socios del SMU:

Teléfono (+598) 2709 3991

WhatsApp 095 912 167

Más información: smu.org.uy

Aviso importante para poder votar

Para poder votar en las elecciones del 17 de setiembre es necesario tener los datos del padrón actualizado.

El sistema electrónico cuenta con un mecanismo de seguridad que necesita verificar quién es la persona que vota por lo que el teléfono y el correo actualizados son imprescindibles para votar.

Para actualizar los datos, llamar al área de Socios del SMU:

Teléfono (+598) 2709 3991

WhatsApp 095 912 167

Horario de atención: 9:00 a 17:30 h



Te invitamos a sumarte al Servicio Básico de Alojamiento (SBA)



Un beneficio exclusivo para disfrutar de Alción Complejo Vacacional

¿QUÉ ES EL SISTEMA BÁSICO DE ALOJAMIENTO?

Los socios y socias SBA aportan a un fondo solidario que permite contar con las cabañas Alción y les otorga beneficios turísticos exclusivos.

Su ventaja principal es un acceso preferencial y bonificaciones en las estadías de las cabañas y en otros convenios hoteleros.

La principal característica y beneficio de esta categoría incluye:

- Prioridad en las reservas: acceso al Alción Complejo Vacacional con prioridad sobre el resto de los socios y socias del sindicato.
- Alcance del beneficio: el derecho de uso de las instalaciones es transferible a padres, hijos y cónyuge.

Requisitos: tenés que ser socio o socia del SMU, estar al día con la cuota gremial y contar con al menos un año de aportes al sistema.

El SBA tiene un costo de \$ 387 y se gestiona en la unidad de Socios del SMU por los siguientes medios:

Correo electrónico: socios@smu.org.uy

WhatsApp: 095 912 167

Teléfono: 2709 3991 int. 102, 103 y 107

Gestión de certificados: podés obtener tu constancia de socio SBA en nuestra sede

Estudio sobre situación reproductiva de mujeres médicas en Uruguay

El Sindicato Médico del Uruguay comparte esta encuesta de interés para sus socios y socias, que corresponde a una investigación académica desarrollada por la Dra. Dana Kimelman junto con un equipo de profesionales vinculados al Centro Hospitalario Pereira Rossell.



**Sindicato Médico
DEL URUGUAY**

La solicitud fue remitida por la Dra. Dana Kimelman en el marco de su investigación académica. Se convoca a participar en la encuesta "Situación reproductiva, postergación de la maternidad y preservación de la fertilidad en mujeres médicas en Uruguay: estudio transversal nacional".

La investigación tiene como objetivo

relevar información sobre las trayectorias reproductivas de las médicas que ejercen en el país, abordando aspectos como la postergación de la maternidad, el acceso a tratamientos de fertilidad, el conocimiento y uso de estrategias de preservación de la fertilidad y la influencia de las condiciones de formación y trabajo en las decisiones reproductivas.

El estudio busca generar evidencia nacional sobre una temática de la que actualmente no existen datos específicos en Uruguay, con el propósito de contribuir al desarrollo de políticas de conciliación entre la vida laboral y familiar, así como a la planificación de estrategias de preservación de la fertilidad y otras acciones en el ámbito sanitario.

La participación es voluntaria, anónima y confidencial. La encuesta se completa



en aproximadamente 5 a 10 minutos y la información recabada será utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell. El equipo investigador está in-

tegrado por la Dra. Dana Kimelman, el Dr. Gabriel De la Fuente, la Dra. Yessy Lacerda y Dra. Camila Viscarret.

Por consultas, pueden comunicarse con la Dra. Dana Kimelman, a través del correo electrónico: danakimelmanf@gmail.com.

XVIII Jornadas integradas de emergencia pediátrica

La Sociedad Integrada de Emergencia Pediátrica del Uruguay (SIEPU) y el Departamento de Emergencia Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell invitan a participar de las XVIII Jornadas integradas de emergencia pediátrica, que se desarrollarán los días 11 y 12 de noviembre. Hay 2 becas disponibles para socios y socias del SMU.



¿Cuándo? 11 y 12 de noviembre, de 8:30 a 19:00 horas.

¿Dónde? Centro de Convenciones del Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel.

El encuentro reunirá a especialistas de Uruguay, Argentina, Brasil y Paraguay para abordar los principales desafíos y avances en la atención de las urgencias y emergencias pediátricas.

La propuesta incluirá conferencias, mesas de expertos, sesiones interactivas, presentación de casos clínicos y espacios de intercambio sobre temas de alta relevancia para la práctica asistencial, entre ellos sepsis, trauma, urgencias neonatales, soporte respiratorio, diabetes, gestión en emergencias y reanimación

cardiopulmonar pediátrica.

Costos (hasta 25/09):

Médicos socios SIEPU – SLEPE: \$ 4.500

Médicos socios SUP: \$ 4.800

Licenciados Socios SIEPU – SLEPE: \$ 3.000

Auxiliares Socios SIEPU – SLEPE: \$ 2.500

Residentes y Posgrados en Curso: \$ 2.500

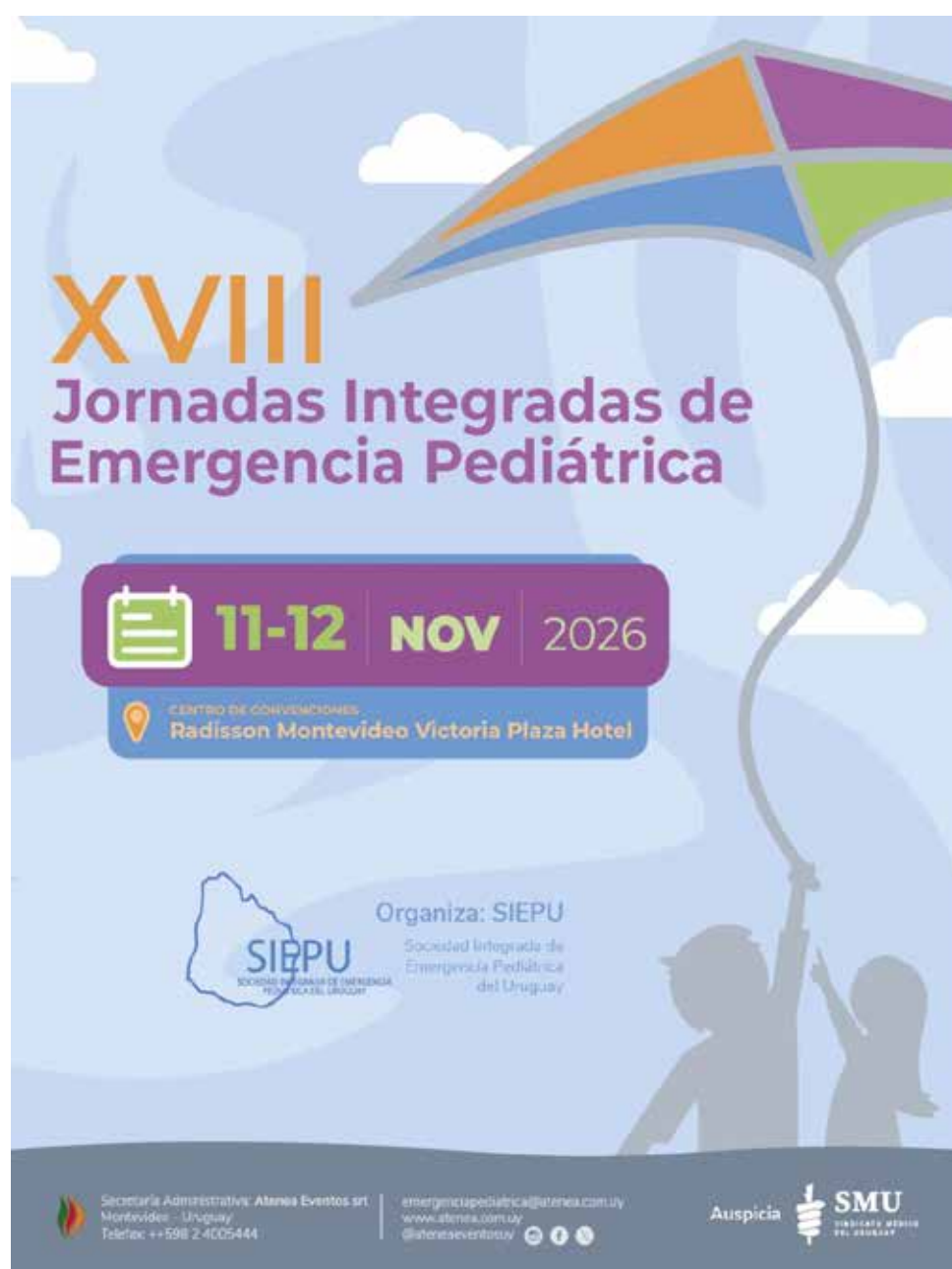
Médicos no socios: \$ 5.000

Licenciados no socios: \$ 3.500

Auxiliares no socios: \$ 3.000

Estudiantes: \$ 2.500

Por inscripciones e información, acceda aquí. Por consultas, escribir al correo electrónico emergenciapediatrica@atenea.com.uy



Convocatoria a elecciones del Sindicato Médico del Uruguay

El Sindicato Médico del Uruguay, convoca a sus asociados médicos y estudiantes a Elecciones Generales para el jueves 17 de setiembre de 2026.

El Sindicato Médico del Uruguay, convoca a sus asociados médicos y estudiantes a Elecciones Generales para el jueves 17 de setiembre de 2026.

El acto eleccionario se cumplirá en la fecha indicada en un período continuo que funcionarán las Mesas Receptoras de votos (Lord Ponsonby 2430) de 08:00 a 19:00 horas y en formato remoto en los términos y garantías definidos por la Comisión Electoral.

En este acto eleccionario deberán elegirse, en renovación total, los siguientes órganos:

- Comisión Fiscal (5 cargos médicos)
- Consejo Arbitral (4 cargos médicos)
- Comité Ejecutivo (10 cargos médicos y 3 estudiantiles)
- Comisión Directiva de la Colonia de Vacaciones (5 cargos médicos y 1

estudiantil)

Las hojas de votación se identificarán con un Lema, no aceptándose Lemas idénticos en Hojas de votación diferentes. Los candidatos deben dar su aceptación escrita para integrar la lista en que figuren. Las listas de candidatos deberán contener doble número de candidatos de los puestos a llenar para los lemas médicos y del triple para los estudiantiles.

En el caso de la Colonia de Vacaciones se necesitarán el triple de candidatos también en los lemas médicos (Artículo 4, Estatuto de la Colonia de Vacaciones).

La fecha de recepción de Hojas de Votación, cierre del período de inscripciones, será hasta el día viernes 28 de agosto del corriente, hora 18:00, en la Secretaría de la Comisión Electoral (Lord Ponsonby 2430).

Elecciones Generales del Sindicato Médico del Uruguay

Mesas receptoras en Lord Ponsonby 2430, de 8:00 a 19:00 h. Voto remoto en votaciones.smu.uy. Voto secreto y electrónico en todos los casos.

Importante: para votar necesitás tener el teléfono y el correo actualizados en el padrón. Verificalos con Socios del SMU: 2709 3991 · WhatsApp 095 912 167 · de 9:00 a 17:30 h.

Convocatoria completa en bit.ly/4h0VRtV



La elección de los miembros de todos los órganos se hará mediante voto SECRETO, en forma electrónica, pudiendo ejercer el sufragio en la Sede del SMU o a través de la web <http://votaciones.smu.uy> a la cual se podrá acceder desde la web del SMU.

Tendrán derecho a votar todos los afiliados que hayan ingresado al SMU por lo menos un año antes de la fecha de la elección, siempre que no estén comprendidos en el art. 13 y 14 del Estatuto.

En caso de los estudiantes dicho plazo será de seis meses (art. 30 del Estatuto).

Los socios estudiantes pueden votar dentro de los Lemas Médicos a la Comisión Fiscal y Consejo Arbitral. A los demás órganos, votarán dentro de los lemas Estudiantiles. Ver documento de convocatoria en la web del SMU

El pasado 5 de agosto en el Consejo Ejecutivo se aprobó el Reglamento de Elecciones que está disponible en la página oficial

31 de Julio - ¡Hoy es un gran día!

Celebramos un logro que es fruto de años de estudio, esfuerzo y perseverancia. ¡Felicitaciones a quienes hoy se convierten en médicos y médicas!

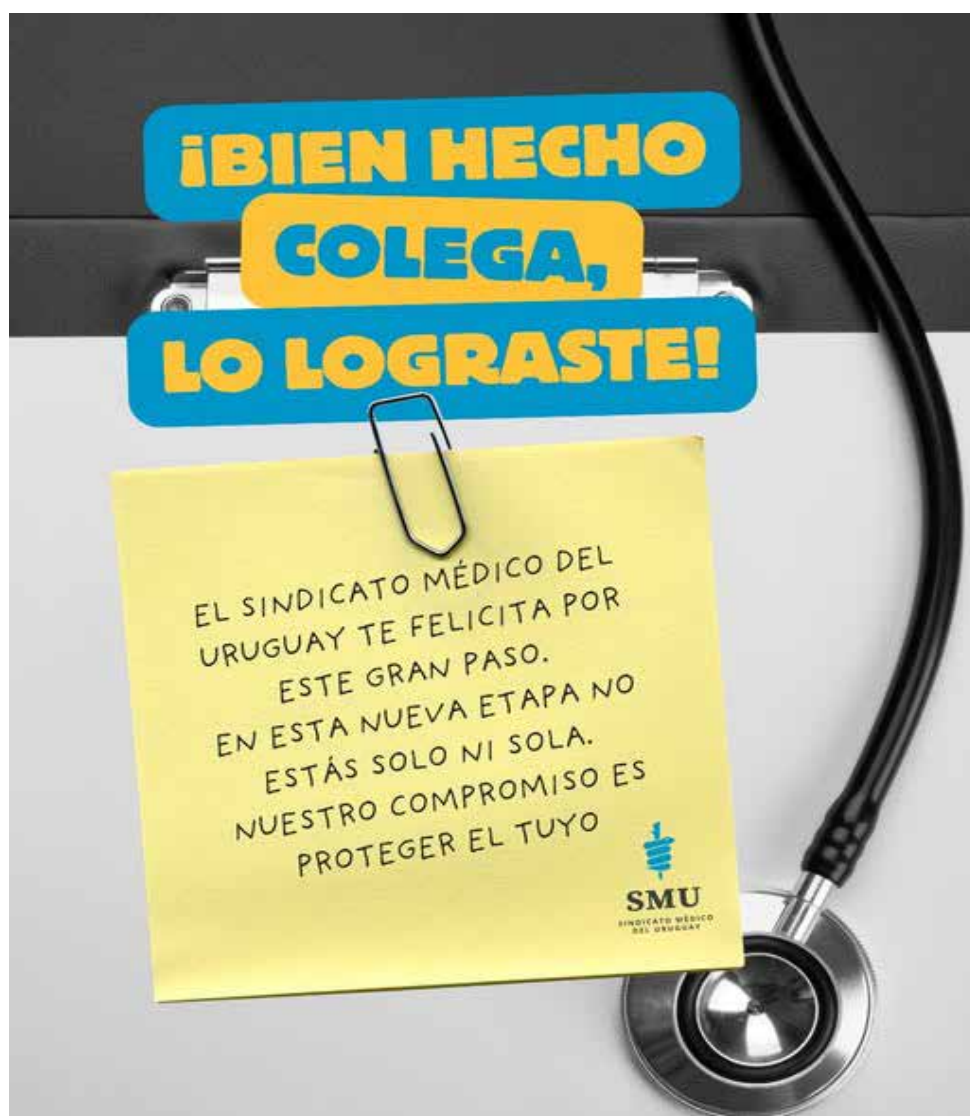
Gremiales

Elecciones Generales del Sindicato Médico del Uruguay 2026

El SMU convoca a sus asociados médicos, médicas y estudiantes de medicina a elecciones generales

Jueves 17 de setiembre
8 a 19 h

[Ver más >](#) smu.org.uy



Coordinación y selección:
Lic. Psic. Sebastián Álvarez Melgar



SALUD
Y CIENCIA

La FDA aprueba una nueva inmunoterapia viral de ingeniería para pacientes con melanoma avanzado resistente al tratamiento

La aprobación ofrece una nueva esperanza para los pacientes con melanoma refractario anti-PD-1

La aprobación acelerada de Tudriqev, en combinación con nivolumab, incorpora una estrategia terapéutica que busca convertir al propio tumor en el escenario de activación de una respuesta inmunitaria sistémica.

El tratamiento del melanoma cutáneo avanzado ha experimentado una transformación profunda durante las últimas dos décadas, principalmente a partir de la incorporación de los inhibidores de puntos de control inmunitario. Sin embargo, una proporción significativa de pacientes desarrolla resistencia primaria o adquirida a los tratamientos dirigidos contra PD-1, generando una población para la cual las alternativas terapéuticas continúan siendo limitadas.

En este contexto, la incorporación de vusolimogene oderparepvec (RP1), comercializado como Tudriqev, representa un nuevo enfoque dentro de la inmunoterapia oncológica. Se trata de un virus herpes simple tipo 1 (HSV-1) genéticamente modificado que se administra mediante inyección intratumoral y que está diseñado no solo para provocar la destrucción directa de las células tumorales, sino también para estimular una respuesta inmunitaria antitumoral.

La estrategia adquiere especial interés cuando el virus oncolítico se combina con nivolumab, un anticuerpo dirigido contra PD-1. El objetivo es superar algunos de los mecanismos mediante los cuales el melanoma logra escapar de la vigilancia inmunológica.

Una necesidad clínica aún no resuelta. Los inhibidores de PD-1, como nivolumab y pembrolizumab, constituyen pilares del tratamiento sistémico del melanoma avanzado. No obstante, la

progresión tumoral durante o después de estos tratamientos continúa siendo un problema clínico relevante.

La resistencia al bloqueo de PD-1 puede involucrar mecanismos múltiples y heterogéneos: alteraciones en la presentación antigénica, modificaciones del microambiente tumoral, disminución de la infiltración de linfocitos T y activación de vías inmunosupresoras, entre otros.

Por ello, la progresión después de una terapia anti-PD-1 no representa simplemente el fracaso de un fármaco, sino la evidencia de que el tumor ha desarrollado mecanismos capaces de limitar la eficacia de una respuesta inmunitaria previamente inducida.

Es precisamente en este escenario donde la inmunoterapia oncolítica propone una aproximación diferente.

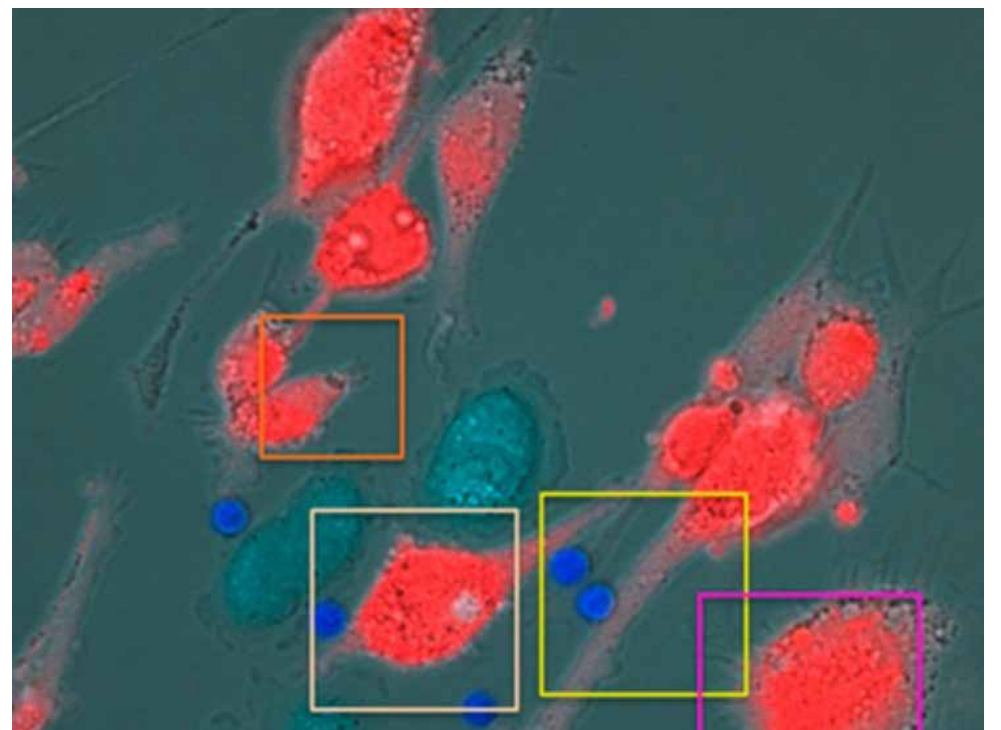
¿CÓMO FUNCIONA UN VIRUS ONCOLÍTICO?

Vusolimogene oderparepvec deriva de un HSV-1 modificado mediante ingeniería genética. Su administración se realiza directamente dentro de las lesiones tumorales susceptibles de inyección.

Una vez introducido en el tumor, el virus puede replicarse en las células malignas y favorecer su destrucción. Este proceso tiene una consecuencia adicional: la muerte celular puede liberar antígenos tumorales y señales capaces de estimular el sistema inmunitario.

En términos conceptuales, el tumor deja de ser únicamente el objetivo del tratamiento y pasa a convertirse también en una fuente de estimulación inmunológica.

RP1 fue diseñado además con modificaciones destinadas a potenciar la



destrucción tumoral y la activación de la respuesta inmunitaria. La estrategia busca generar una respuesta local que pueda posteriormente extenderse a sitios tumorales no tratados directamente, fenómeno conocido como efecto abscopal o respuesta sistémica inducida por inmunidad.

La combinación con nivolumab agrega un segundo componente. Mientras el virus oncolítico intenta aumentar la presentación de antígenos y estimular el reconocimiento inmunitario del tumor, el bloqueo de PD-1 procura impedir que los linfocitos T activados sean frenados por una de las principales vías inhibitorias del sistema inmunitario.

EVIDENCIA CLÍNICA

La evaluación clínica de RP1 en melanoma avanzado se desarrolló principalmente dentro del programa IGNYTE, que

incluyó pacientes con melanoma avanzado que habían progresado después de tratamientos basados en anti-PD-1.

El estudio que sustentó el proceso regulatorio fue un ensayo abierto y de un solo brazo, con 140 pacientes con melanoma avanzado. Esta característica metodológica resulta importante para interpretar los resultados: al no existir un grupo control contemporáneo, la magnitud del beneficio no puede compararse directamente con la evolución de pacientes tratados con otra estrategia dentro del mismo ensayo.

En los análisis clínicos más recientes, la combinación de RP1 y nivolumab mostró una tasa de respuesta objetiva de 33,6%, con respuestas completas en una proporción de los pacientes. Los resultados

sigue en pág. 37

viene de pág. 36

también sugirieron que las respuestas podían ser particularmente duraderas. En el seguimiento presentado durante 2026, la mediana de supervivencia global fue de aproximadamente 33 meses y casi la mitad de los pacientes tratados permanecía con vida a los tres años.

Estos resultados son clínicamente relevantes porque se obtuvieron en una población caracterizada precisamente por la progresión después del bloqueo de PD-1, es decir, un grupo con opciones terapéuticas considerablemente más restringidas.

EL DESAFÍO DE INTERPRETAR UN ESTUDIO DE UN SOLO BRAZO

La fortaleza de estos resultados debe analizarse junto con una de sus principales limitaciones: el diseño no aleatorizado.

La ausencia de un brazo comparador fue uno de los aspectos centrales del debate regulatorio en torno a RP1. De hecho, el programa atravesó dos cartas de respuesta completa de la FDA antes de la nueva presentación de la solicitud en 2026. La FDA había expresado preocupación por la capacidad del estudio de un solo brazo para establecer evidencia suficiente de eficacia.

En junio de 2026, la FDA aceptó una nueva presentación de la solicitud y estableció como fecha de acción el 2 de agosto. Posteriormente, el Comité Asesor de Terapias Celulares, de Tejidos y Genes analizó el expediente el 30 de julio.

El comité votó 10 a 3 a favor de considerar favorable la relación beneficio-riesgo de RP1 combinado con nivolumab en pacientes con melanoma avanzado que habían progresado después de una terapia anti-PD-1.

Este proceso ilustra una cuestión cada vez más frecuente en oncología: cómo valorar tratamientos destinados a poblaciones con una necesidad médica no satisfecha cuando los ensayos aleatorizados tradicionales pueden resultar difíciles de realizar.

ADMINISTRACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

Vusolimogene oderparepvec se administra mediante inyección intratumoral, lo que diferencia a esta estrategia de la mayoría de las inmunoterapias sistémicas convencionales.

El esquema contempla administraciones del virus cada dos semanas durante ocho dosis, con la cantidad administrada determinada por el volumen tumoral. Nivolumab se incorpora posteriormente como tratamiento intravenoso.

Esta modalidad requiere, por lo tanto, que exista al menos una lesión accesible para inyección y que el equipo tratante tenga experiencia en procedimientos intratumorales.

Desde el punto de vista práctico, esto plantea una consideración importante: el desarrollo de terapias oncológicas no depende exclusivamente de la eficacia farmacológica del producto, sino también de la posibilidad técnica de administrar



el tratamiento de forma adecuada.

PERFIL DE SEGURIDAD

El perfil de seguridad observado es consistente con la naturaleza del tratamiento y con la administración intratumoral.

Entre los acontecimientos adversos comunicados con mayor frecuencia se encuentran fatiga, fiebre, escalofríos, síntomas pseudogripales, dolor musculoesquelético, náuseas, diarrea, reacciones en el sitio de inyección, cefalea, tos, erupción cutánea, vómitos, prurito y artralgias.

Sin embargo, uno de los aspectos que requiere especial atención es la posibilidad de infección herpética. Al tratarse de un virus derivado de HSV-1, las recomendaciones de seguridad contemplan el riesgo de transmisión accidental del virus modificado, así como la posibilidad de infección herpética en el paciente.

También deben considerarse las complicaciones asociadas con la propia técnica de inyección intratumoral, especialmente cuando se intervienen lesiones anatómicamente complejas.

Por este motivo, la incorporación de esta terapia exige protocolos institucionales adecuados para la manipulación, administración y seguimiento de los pacientes.

¿QUÉ APORTA FRENTE A LAS ESTRATEGIAS CONVENCIONALES?

El interés de RP1 no reside únicamente en ser un nuevo medicamento para el melanoma. Su importancia conceptual radica en que representa una plataforma terapéutica capaz de combinar destrucción tumoral directa e inmunomodulación.

Los inhibidores de PD-1 actúan fundamentalmente liberando un freno inmunitario. El virus oncolítico intenta, en cambio, generar una mayor visibilidad inmunológica del tumor mediante la infección y destrucción de células malignas.

La combinación de ambas estrategias

busca producir una secuencia terapéutica complementaria:

infección tumoral → destrucción de células malignas → liberación de antígenos → activación inmunitaria → bloqueo de PD-1 → expansión de la respuesta antitumoral.

Este modelo resulta particularmente atractivo en tumores que han desarrollado resistencia a la inmunoterapia, aunque todavía debe determinarse con mayor precisión qué características biológicas identifican a los pacientes con mayor probabilidad de responder.

El papel de la aprobación acelerada La aprobación acelerada constituye un elemento central de la decisión regulatoria. Este mecanismo permite autorizar determinados tratamientos sobre la base de variables consideradas razonablemente predictivas de beneficio clínico, con la obligación de realizar estudios posteriores destinados a confirmar dicho beneficio.

En el caso de RP1, la autorización queda vinculada a la realización de estudios confirmatorios. La lógica regulatoria es particularmente relevante en oncología: permite que pacientes con enfermedades graves y opciones terapéuticas limitadas puedan acceder antes a tratamientos potencialmente beneficiosos, pero mantiene la obligación de generar evidencia adicional.

Por lo tanto, una aprobación acelerada no debe interpretarse como equivalente a una demostración definitiva de beneficio clínico. La evidencia posterior será fundamental para establecer con mayor precisión la magnitud del beneficio, su impacto sobre la supervivencia y el lugar definitivo del tratamiento dentro del algoritmo terapéutico.

UNA DECISIÓN PRECEDIDA POR UN INTENSO DEBATE REGULATORIO

El recorrido de RP1 hasta la aprobación resulta poco habitual. La FDA había rechazado previamente la solicitud en dos oportunidades, en julio de 2025 y abril de 2026, señalando preocupaciones re-

lacionadas con la evidencia disponible y el diseño de los estudios.

La nueva presentación fue aceptada en junio de 2026 como una respuesta de Clase I, con una revisión acelerada y una reunión del comité asesor específicamente dedicada al producto.

El episodio pone de relieve la tensión existente entre dos necesidades: por un lado, la exigencia de contar con evidencia clínica robusta y metodológicamente sólida; por otro, la necesidad urgente de ofrecer alternativas a pacientes con enfermedad avanzada que han agotado las opciones disponibles.

PERSPECTIVAS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

La incorporación de una terapia oncolítica como RP1 puede modificar progresivamente el abordaje del melanoma resistente a inmunoterapia, aunque su verdadero impacto dependerá de varios factores.

Será necesario determinar su posición frente a otras estrategias disponibles, definir qué pacientes obtienen mayor beneficio y establecer cómo integrarlo con terapias celulares, terapias dirigidas y otras formas de inmunoterapia.

También será importante evaluar cuestiones prácticas como la accesibilidad a lesiones tumorales, la experiencia de los centros, la selección de pacientes, la secuencia óptima con otros tratamientos y el manejo de los acontecimientos adversos.

La llegada de vusolimogene oderparepvec representa un avance relevante en la evolución de la inmunoterapia del melanoma avanzado. Su mecanismo combina la acción de un virus oncolítico con el bloqueo de PD-1 y ofrece una aproximación diferente para pacientes cuya enfermedad ha progresado pese a la inmunoterapia convencional.

Los datos disponibles muestran respuestas objetivas y, especialmente, señales de durabilidad y supervivencia que justifican el interés clínico de esta estrategia. Al mismo tiempo, el carácter no aleatorizado del principal estudio y el recorrido regulatorio del producto obligan a interpretar sus resultados con prudencia.

El verdadero valor de Tudriqev se definirá en los próximos años, cuando los estudios confirmatorios permitan establecer si las respuestas observadas se traducen en un beneficio clínico sostenido y cuál será su lugar dentro del tratamiento integral del melanoma avanzado.

Más allá de un nuevo fármaco, RP1 representa una evolución conceptual: utilizar al propio tumor como plataforma para activar una respuesta inmunitaria contra el cáncer. Para una población con melanoma refractario y opciones terapéuticas limitadas, esta estrategia abre una nueva vía de investigación y, potencialmente, una nueva alternativa terapéutica.

Fuente: https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-new-engineered-viral-immunotherapy-patients-treatment-resistant-advanced-melanoma?utm_source=chatgpt.com

Psilocibina asistida por terapia en la depresión mayor resistente al tratamiento: resultados de un ensayo clínico aleatorizado observaron mejoras significativas

La depresión mayor resistente al tratamiento (DRT) constituye un importante desafío clínico debido a la persistencia de los síntomas, el deterioro funcional y las limitadas alternativas terapéuticas. En este contexto, la psilocibina, un psicodélico cuyo metabolito activo, la psilocina, actúa principalmente como agonista parcial de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A}, ha emergido como una potencial estrategia terapéutica. El estudio de Rucker et al., publicado en *Nature Medicine*, evaluó la factibilidad, eficacia preliminar y seguridad de una intervención con psilocibina en un contexto asistencial público del National Health Service (NHS) británico.

Diseño y metodología. Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, en un único centro del NHS en Inglaterra. Se incluyeron adultos con trastorno depresivo mayor que habían presentado una respuesta insuficiente a al menos dos tratamientos antidepresivos, o a un antidepresivo y una intervención psicoterapéutica. Sesenta participantes fueron asignados en una proporción 1:1 a recibir una dosis única de 25 mg de psilocibina o placebo, acompañada de preparación psicológica, apoyo durante la administración e integración posterior. El seguimiento principal fue de seis semanas. El objetivo primario fue evaluar la factibilidad del procedimiento mediante tasas de reclutamiento, retención y finalización de las evaluaciones, mientras que la gravedad depresiva se midió principalmente mediante la Montgomery-Åsberg

Depression Rating Scale (MADRS).

Resultados. De los 75 participantes evaluados inicialmente, 60 fueron aleatorizados y prácticamente todos completaron las evaluaciones de seguimiento. A las tres semanas, la diferencia ajustada entre grupos en la puntuación MADRS fue de -10,41 puntos (IC95%: -14,86 a -5,95), a favor de la psilocibina, con un tamaño del efecto muy grande (Cohen $d = -1,70$). La diferencia se mantuvo a las seis semanas, con una diferencia ajustada de -12,92 puntos (IC95%: -17,37 a -8,47).

La proporción de pacientes que alcanzó respuesta clínica en la MADRS a las tres semanas fue del 43% en el grupo de psilocibina frente al 3% con placebo, mientras que la remisión se observó en el 40% y el 3%, respectivamente. A las seis semanas, la respuesta alcanzó el 50% en el grupo tratado con psilocibi-



na. También se observaron mejoras en medidas autoinformadas de depresión, ansiedad, bienestar psicológico y estado general de salud.

Seguridad. Durante la fase aleatorizada se registraron 287 acontecimientos adversos no graves: 164 en el grupo de psilocibina y 123 en el grupo placebo. La mayoría fueron leves y se resolvieron durante el seguimiento. Se notificaron cuatro acontecimientos adversos graves a lo largo del estudio, pero los tres ocurridos en participantes que habían recibido psilocibina fueron considerados no relacionados con el tratamiento. Las escalas de evaluación de suicidabilidad y manía no mostraron cambios sustanciales atribuibles a la intervención.

Interpretación. Los resultados sugieren que una dosis única de 25 mg de psilocibina, administrada dentro de un modelo estructurado de apoyo psicológico, puede producir una reducción rápida y clínicamente relevante de los síntomas depresivos en pacientes con DRT. Un aspecto particularmente relevante es que el estudio se desarrolló en el sistema público de salud británico, lo que aporta información sobre la factibilidad de implementar este tipo de intervención fuera de los centros especializados de investigación.

No obstante, los resultados deben interpretarse con cautela. El tamaño muestral fue reducido y el seguimiento se limitó a seis semanas. Además, el cegamiento fue insuficiente: el 100% de los participantes que recibieron psilocibina y el 70% de quienes recibieron placebo identificaron correctamente su asignación. Este desenmascaramiento constituye una limitación importante, ya que las expectativas de los participantes

pueden contribuir a la magnitud del efecto observado. Los propios autores señalan que parte de la diferencia entre grupos podría explicarse por estos efectos de expectativa.

La muestra también presentó una elevada proporción de participantes con educación universitaria y una representación insuficiente de determinados grupos étnicos, lo que limita la generalización de los resultados. Asimismo, los pacientes con elevado riesgo suicida fueron excluidos, por lo que estos resultados no pueden extrapolarse a este subgrupo clínicamente relevante.

Conclusión. Este ensayo proporciona evidencia preliminar de que la terapia asistida con una dosis única de psilocibina puede ser factible en un entorno público de salud mental y asociarse con una reducción significativa y sostenida de los síntomas de depresión resistente al tratamiento. Sin embargo, la magnitud del efecto debe considerarse exploratoria debido al pequeño tamaño de la muestra. Son necesarios ensayos confirmatorios de mayor tamaño, con controles más adecuados para los efectos de expectativa y períodos de seguimiento prolongados, antes de establecer el papel de la psilocibina como tratamiento estándar de la depresión resistente.

Referencia: Rucker JJ, Mantingh T, Kerr-Gaffney J, et al. Psilocybin-assisted therapy for treatment-resistant major depressive disorder in a public healthcare setting: a randomized controlled trial. *Nature Medicine*. 2026. doi:10.1038/s41591-026-04541-0.

Link: https://www.nature.com/articles/s41591-026-04541-0?utm_source=chatgpt.com



Ralinepag para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar (ADVANCE OUTCOMES): un estudio de fase 3 aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad progresiva y potencialmente mortal caracterizada por remodelado vascular pulmonar, aumento de la resistencia vascular pulmonar y sobrecarga progresiva del ventrículo derecho. A pesar de los avances terapéuticos y del empleo creciente de estrategias combinadas, persiste un riesgo considerable de progresión clínica. El estudio ADVANCE OUTCOMES evaluó la eficacia y seguridad de ralinepag, un agonista oral selectivo del receptor de prostaciclina (IP), administrado una vez al día como tratamiento añadido a la terapia de base.

Diseño y población. Se realizó un ensayo clínico fase 3, multicéntrico, internacional, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, con diseño basado en eventos. Se incluyeron 687 pacientes con HAP, asignados en proporción 1:1 a ralinepag (n=350) o placebo (n=337), además del tratamiento estándar o específico de base. La dosis de ralinepag se individualizó y tituló según tolerabilidad y respuesta clínica, sin establecer un techo de dosis.

La población estudiada representa un escenario clínico de particular interés, dado que aproximadamente el 80% de los pacientes recibía tratamiento oral combinado de base y cerca del 70% se encontraba en clase funcional II de la OMS al inicio. La distancia media recorrida en la prueba de marcha de seis minutos fue de aproximadamente 439 m. La mayoría presentaba HAP idiopática o asociada a enfermedad del tejido conectivo.

Objetivo primario. El objetivo principal fue determinar el tiempo hasta el primer evento de empeoramiento clínico adju-

dicado. Este desenlace incluía muerte, hospitalización no electiva por empeoramiento de la HAP, inicio de tratamiento con prostaciclina parenteral o inhalada por deterioro de la enfermedad, progresión clínica o respuesta clínica a largo plazo considerada insatisfactoria.

Resultados. Ralinepag produjo una reducción estadísticamente significativa del riesgo de presentar un primer evento de empeoramiento clínico. El hazard ratio fue de 0,45 (IC95%: 0,33–0,62; $p<0,0001$), equivalente a una reducción relativa del riesgo del 55% frente a placebo. El beneficio se mantuvo durante el seguimiento y fue consistente en los principales subgrupos analizados, incluidos aquellos definidos por etiología de la HAP, tiempo desde el diagnóstico, distancia recorrida en seis minutos, clase funcional, niveles de NT-proBNP y tratamiento de base.

También se observaron beneficios en variables secundarias. A la semana 28, ralinepag produjo una reducción relativa del 24,3% en NT-proBNP frente a placebo ($p=0,0013$) y una diferencia ajustada de



20,4 metros en la distancia recorrida en seis minutos ($p=0,0033$). Asimismo, las probabilidades de alcanzar una mejoría clínica fueron aproximadamente un 47% mayores con ralinepag ($p=0,015$).

Seguridad y tolerabilidad. El perfil de seguridad fue concordante con los efectos conocidos de los fármacos que actúan sobre la vía de la prostaciclina. Los acontecimientos adversos comunicados con mayor frecuencia con ralinepag fueron cefalea, diarrea, náuseas y mialgias. No se identificaron nuevas señales de seguridad. No obstante, los acontecimientos adversos relacionados con el tratamiento ocasionaron más interrupciones del tratamiento en el grupo de ralinepag, aspecto que debe considerarse al valorar su tolerabilidad en la práctica clínica.

Interpretación clínica. Los resultados del ADVANCE OUTCOMES aportan evidencia de que la incorporación de un agonista oral del receptor IP puede reducir de manera sustancial el riesgo de progresión clínica en pacientes con HAP que ya reciben tratamiento específico, incluidos aquellos con terapia combinada. El efecto observado sobre un desenlace clínico basado en eventos resulta especialmente relevante frente a estudios que se limitan a variables funcionales o hemodinámicas. Además, la mejoría observada en NT-proBNP y capacidad de ejercicio proporciona coherencia biológica y clínica al resultado principal.

Sin embargo, los resultados deben interpretarse dentro del contexto del diseño del estudio. La población presentaba una capacidad funcional relativamente conservada y una elevada proporción de pacientes en clase funcional II y bajo tratamiento combinado, por lo que la extrapolación a pacientes con HAP avanzada o con características clínicas

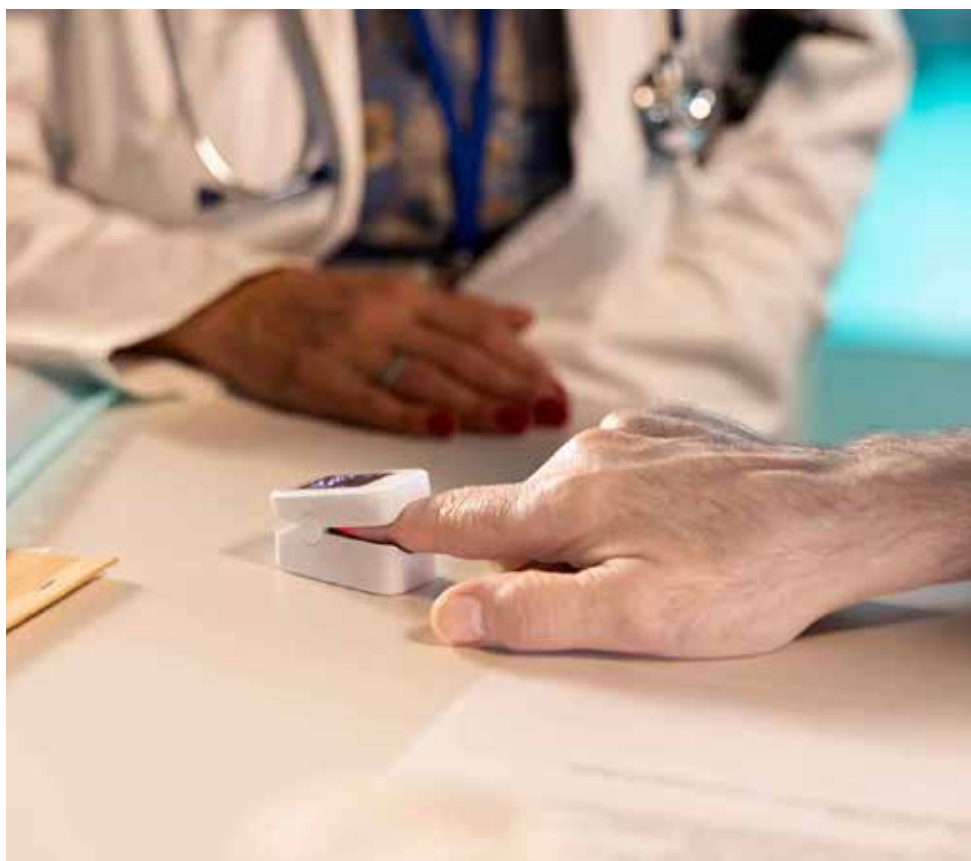
diferentes debe realizarse con cautela. Asimismo, aunque el estudio demostró una reducción clara del riesgo de empeoramiento clínico, estos resultados no deben interpretarse automáticamente como evidencia de reducción de la mortalidad, dado que el estudio no fue diseñado principalmente para demostrar un beneficio en supervivencia.

Otro aspecto relevante es que ralinepag continúa siendo un tratamiento en investigación en Estados Unidos y no debe considerarse equivalente a un tratamiento aprobado hasta que las autoridades regulatorias correspondientes hayan evaluado la totalidad de la evidencia.

Conclusión. En el ensayo ADVANCE OUTCOMES, ralinepag añadido al tratamiento de base redujo significativamente el riesgo de primer empeoramiento clínico en pacientes con HAP, con una reducción relativa del riesgo del 55%. El tratamiento también mejoró biomarcadores y capacidad funcional, con un perfil de seguridad compatible con la activación de la vía de la prostaciclina. Estos resultados posicionan a ralinepag como una potencial nueva alternativa oral para intensificar el tratamiento de la HAP, aunque su incorporación definitiva a la práctica clínica dependerá de la evaluación regulatoria, de la disponibilidad y de la valoración individualizada de eficacia, tolerabilidad y riesgo del paciente.

Referencia: McLaughlin V, Solum D, Lachant D, et al. Ralinepag for the treatment of pulmonary arterial hypertension (ADVANCE OUTCOMES): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. The Lancet. 2026.

Link: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2826%2901011-1/fulltext?utm_source=chatgpt.com



IA PARA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Los modelos multimodales todavía tienen importantes dificultades para realizar inferencias fiables y basadas estrictamente en evidencia experimental

Introducción. Los modelos de lenguaje multimodales (MLLM) están comenzando a incorporarse a diferentes etapas de la investigación científica, desde la revisión bibliográfica y el análisis de datos hasta la automatización de experimentos. Sin embargo, la mayoría de los benchmarks actuales evalúan principalmente conocimientos científicos, resolución de problemas o interpretación de preguntas estructuradas, y no necesariamente la capacidad de razonar a partir de resultados experimentales reales. El presente estudio introduce Science Edge Evaluation (SEE), un benchmark diseñado para evaluar esta capacidad mediante información textual, imágenes, espectros, tablas y datos experimentales procedentes de química, biología y ciencia de materiales.

Objetivo. Determinar si los MLLM actuales pueden realizar inferencias científicas fiables a partir de evidencia experimental multimodal, particularmente cuando la información es incompleta, interdisciplinaria o requiere interpretar imágenes y mediciones cuantitativas.

Diseño y metodología. SEE está compuesto por 1.116 preguntas, elaboradas por investigadores con experiencia en química, biología, ciencia de materiales y áreas interdisciplinarias. Las preguntas proceden de literatura científica revisada por pares, investigaciones recientes y datos experimentales aportados directamente por expertos. Incluyen diferentes modalidades de razonamiento: preguntas de opción múltiple, respuestas breves, cálculos numéricos, mediciones e interpretación de imágenes.

El benchmark abarca 17 subdisciplinas, incluyendo química analítica, orgánica, física e inorgánica; bioquímica, biología molecular, celular y estructural, genética, inmunología y fisiología; y materiales orgánicos/poliméricos, inorgánicos, compuestos y metálicos. Las pruebas incorporan datos procedentes de Western blot, electroforesis, microscopía electrónica, espectroscopía infrarroja, resonancia magnética nuclear, espectrometría de masas, difracción de rayos X y análisis térmico, entre otros. Cada pregunta fue sometida a controles de calidad y revisada por al menos dos expertos del área correspondiente.

Se evaluaron 19 modelos multimodales de lenguaje, incluyendo modelos de propósito general y cuatro modelos especializados en ciencia. Además, seis modelos de mayor rendimiento fueron evaluados en una modalidad de agente con acceso a búsqueda web y herramientas de interpretación/cálculo mediante código.

Resultados principales. El rendimiento global fue considerablemente inferior al observado en muchos benchmarks académicos convencionales. El modelo con mayor puntuación alcanzó únicamente 48,7% de respuestas correctas, y ningún modelo superó el 50%. La precisión de los 19 modelos osciló entre 15,9% y 48,7%. Las medias por disciplina fueron 32,5% para química, 31,2% para biología y 29,0% para ciencia de materiales.

Un hallazgo particularmente relevante fue que los modelos de propósito general superaron, en promedio, a los modelos específicamente entrenados para ciencia. La precisión media fue de 34,9% frente a 22,2%, respectivamente. Esto sugiere que la especialización basada fundamentalmente en conocimiento científico o adaptación de dominio no garantiza una mejor capacidad para interpretar evidencia experimental multimodal.

El rendimiento también fue muy dependiente del área científica. Las puntuaciones medias más bajas se observaron en materiales orgánicos/poliméricos (25,6%), química/física de polímeros (28,7%), materiales compuestos (28,7%) y química inorgánica (28,3%). En contraste, las mayores puntuaciones correspondieron a química orgánica (37,9%), materiales metálicos (34,8%), química analítica (34,5%) e inmunología (34,0%).

Limitaciones en la interpretación de evidencia visual. Uno de los experimentos más significativos consistió en retirar las imágenes de las preguntas manteniendo el texto original. En más de 20.000 instancias de evaluación, los modelos reconocieron explícitamente que faltaba información visual en solo 4,6% de los casos. Es decir, en la mayoría de las situaciones continuaron proporcionando una respuesta pese a que la evidencia necesaria para resolver correctamente el problema había sido eliminada.

Este comportamiento pone de manifiesto un problema potencialmente importante: los modelos pueden recurrir a conocimientos previos, asociaciones estadísticas o patrones lingüísticos en lugar de reconocer que los datos disponibles son insuficientes. La eliminación de la información visual redujo además la precisión media en 12,2 puntos porcentuales.

Uso de herramientas. El acceso a herramientas externas produjo una mejoría, pero insuficiente para resolver el problema. Los seis modelos evaluados con búsqueda web e intérprete de código mejoraron su rendimiento entre 1,9 y 7,6 puntos porcentuales, con una mejora media de 4,6 puntos. El modelo



de mayor rendimiento pasó de 48,7% a 52,7% de precisión.

El análisis de las trayectorias mostró que las herramientas podían corregir errores mediante recuperación de información, análisis de imágenes con código y verificación de datos. Sin embargo, también generaron nuevos errores. Entre estos destacaron la integración incorrecta de la información obtenida (40%), selección inadecuada de acciones (26,9%), errores en la interpretación de observaciones (21,4%) y procesos de razonamiento excesivamente prolongados o sin resolución (11,7%).

Naturaleza de los errores. El análisis cualitativo señala que una proporción importante de los errores procede de una capacidad insuficiente para realizar mediciones visuales precisas. Los MLLM pueden reconocer patrones generales en una imagen, pero tienen dificultades para extraer valores numéricos exactos de espectros, curvas, gráficos o lecturas instrumentales. Los autores plantean que los actuales sistemas de visión funcionan más como reconocedores de patrones que como instrumentos de medición científica.

Otro problema es la tendencia a privilegiar el conocimiento previo frente a la observación experimental. Cuando los datos de una figura contradicen patrones familiares aprendidos durante el entrenamiento, los modelos pueden favorecer la respuesta "esperada" en función del conocimiento previo en lugar de la información concreta proporcionada por el experimento.

Implicancias para la medicina. Aunque SEE no es un benchmark específicamente clínico, sus resultados tienen relevancia directa para la incorporación de IA en investigación biomédica. En medicina, los sistemas de IA deben integrar infor-

mación heterogénea —imágenes, resultados de laboratorio, anatomía patológica, datos fisiológicos, historia clínica y literatura científica— y distinguir entre lo que los datos demuestran y aquello que simplemente resulta plausible según conocimientos previos.

El estudio advierte que disponer de acceso a más información, bases de datos o herramientas no garantiza por sí mismo un razonamiento científico fiable. El desafío fundamental es que el sistema pueda identificar qué evidencia es relevante, evaluar su calidad, integrar correctamente los datos y limitar sus conclusiones a aquello que realmente está sustentado por la evidencia.

Para la investigación biomédica, esto resulta especialmente importante en aplicaciones como interpretación de imágenes, análisis de experimentos preclínicos, generación de hipótesis, análisis de biomarcadores y apoyo a la investigación traslacional. Un modelo que produzca una explicación científicamente plausible pero que ignore un hallazgo experimental contradictorio puede introducir errores difíciles de detectar.

Limitaciones del estudio. El benchmark presenta varias limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, aunque las preguntas se basan en investigaciones reales y fueron revisadas por expertos, se trata de un benchmark estructurado, no de una evaluación longitudinal de sistemas de IA participando en investigaciones reales. La precisión obtenida tampoco equivale directamente a utilidad clínica o científica.

Además, la composición del conjunto de preguntas puede favorecer determinadas disciplinas, técnicas experi-

viene de pág. 40

mentales o modalidades de datos. Los resultados de subdisciplinas con pocos casos deben interpretarse con cautela. También debe considerarse que la evaluación utiliza un sistema automatizado de clasificación de respuestas, aunque los autores informan una elevada concordancia al utilizar distintos modelos como evaluadores.

Finalmente, los resultados corresponden a los modelos y configuraciones evaluados en el momento del estudio. Dada la rápida evolución de los MLLM, el benchmark deberá actualizarse periódicamente para determinar si las nuevas generaciones solucionan las deficiencias identificadas.

Conclusión. El estudio SEE muestra una brecha importante entre la capacidad actual de los modelos multimodales para conocer y explicar ciencia y su capacidad para hacer ciencia basada rigurosamente en evidencia experimental. Incluso los modelos más avanzados obtuvieron menos del 50% de precisión en el benchmark, y el acceso a herramientas elevó el rendimiento máximo solo hasta 52,7%.

El hallazgo central no es simplemente que los modelos cometan errores, sino cómo los cometen: pueden ignorar información visual relevante, privilegiar conocimientos previos sobre observaciones experimentales, interpretar incorrectamente mediciones y extraer conclusiones que exceden la evidencia disponible. Por ello, el siguiente desafío para la IA científica no parece ser únicamente aumentar el volumen de conocimiento, sino desarrollar sistemas capaces de mantener un razonamiento multimodal, interdisciplinario, verificable y estrictamente limitado por la evidencia.

El trabajo constituye una advertencia relevante para la adopción de IA en investigación y medicina. Un modelo puede

de ofrecer respuestas convincentes y demostrar amplio conocimiento biomédico sin poseer todavía una capacidad fiable para interpretar datos experimentales nuevos. En consecuencia, la plausibilidad de la respuesta no debe confundirse con validez científica, y cualquier utilización de IA en investigación biomédica debería incorporar mecanismos explícitos de verificación de evidencia, cuantificación de incertidumbre y supervisión experta.

Referencia: Han T, Zhang Y, Wang J, et al. Science Edge Evaluation: SEE the Missing Step Toward Real Scientific Discovery. arXiv:2608.06931v1. 7 August 2026.

Link: <https://arxiv.org/pdf/2608.06931>

Inmunoterapia de precisión para mejorar los resultados de la sepsis: el ensayo clínico aleatorizado de ImmunoSep

Introducción. La sepsis se caracteriza por una respuesta inmunitaria desregulada frente a la infección, cuya expresión clínica puede variar desde estados de hiperinflamación hasta inmunosupresión o inmunoparálisis. Esta heterogeneidad podría explicar, al menos parcialmente, los resultados negativos de numerosos ensayos de inmunoterapia realizados en poblaciones no seleccionadas. El ensayo ImmunoSep, publicado en JAMA, evaluó si una estrategia de inmunoterapia adaptada al fenotipo inmunológico individual podía mejorar la disfunción orgánica en pacientes con sepsis.

Objetivo. Determinar si una estrategia de inmunoterapia de precisión, seleccionada mediante biomarcadores de disfunción inmunitaria, mejora la evolución de la disfunción orgánica en pacientes con sepsis.

Diseño y metodología. Se realizó un ensayo multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, doble simulación y controlado con placebo, desarrollado en seis países. Se incluyeron pacientes con sepsis definida según los criterios Sepsis-3 y con neumonía adquirida en la comunidad o intrahospitalaria, neumonía asociada a ventilación mecánica o bacteriemia. Para poder participar, los pacientes debían presentar uno de dos fenotipos inmunológicos:

- Síndrome de activación macrofágica-like (MALS): ferritina >4420 ng/mL.
- Inmunoparálisis inducida por sepsis: ferritina ≤4420 ng/mL y expresión de HLA-DR en monocitos CD45/CD14 inferior a 5000 receptores por célula.

De los 672 pacientes evaluados, 281 fueron aleatorizados y 276 constituyeron la población para el análisis primario. La edad media fue de 70 años y la puntuación SOFA basal mediana fue de 9 puntos. El 17,4% presentó MALS y el 82,6% inmunoparálisis inducida por sepsis.

Intervención. Los pacientes asignados a inmunoterapia de precisión recibieron un tratamiento determinado por su fenotipo inmunológico. Aquellos con MALS fueron tratados con anakinra intravenosa, antagonista del receptor de interleucina-1, mientras que los pacientes con inmunoparálisis recibieron interferón gamma humano recombinante por vía subcutánea. El grupo control recibió placebo correspondiente. El tratamiento

podía mantenerse hasta 15 días.

Objetivo primario. Se definió como una reducción ≥1,4 puntos de la puntuación media SOFA entre los días 2 y 9 respecto del valor basal. Esta variable se seleccionó como marcador de mejoría de la disfunción orgánica.

Resultados. El objetivo primario se alcanzó en 46 de 131 pacientes (35,1%) tratados mediante inmunoterapia de precisión frente a 26 de 145 (17,9%) en el grupo placebo. La diferencia absoluta fue de 17,2 puntos porcentuales (IC95%: 6,8–27,2; p=0,002). En un análisis ajustado por gravedad basal, la estrategia de inmunoterapia se asoció con mayores probabilidades de alcanzar la mejoría predefinida del SOFA (OR ajustado 2,49; IC95%: 1,42–4,36).

El beneficio sobre la disfunción orgánica se observó en ambos fenotipos inmunológicos. En los pacientes con MALS, la reducción ≥1,4 puntos del SOFA ocurrió en 48,0% de los tratados frente a 17,4% con placebo. Entre aquellos con inmunoparálisis, se observó en 32,1% frente a 18,0%, respectivamente.

Sin embargo, el efecto sobre la mortalidad a 28 días no alcanzó significación estadística: fallecieron 57 pacientes (43,5%) en el grupo de inmunoterapia frente a 72 (49,7%) en el grupo placebo (p=0,34). Tampoco se observaron diferencias significativas en la mortalidad a 90 días.

Los análisis secundarios mostraron además diferencias favorables para la estrategia de precisión en la recuperación de la disfunción orgánica hasta el día 15, la reversión de la disfunción inmunitaria inducida por sepsis y la resolución de la infección. Estos resultados apoyan la



hipótesis de que la selección del tratamiento según el fenotipo inmunológico puede modificar la evolución fisiopatológica de la sepsis.

Seguridad. Se comunicaron 1069 acontecimientos adversos graves emergentes durante el tratamiento, correspondientes al 88,8% de los pacientes. Se observó una mayor incidencia de anemia entre los pacientes tratados con anakinra y de hemorragia en quienes recibieron interferón gamma. Los autores no identificaron nuevas señales generales de seguridad que impidieran continuar investigando esta estrategia.

Interpretación clínica. El principal aporte del ImmunoSep es conceptual y terapéutico: en lugar de administrar una inmunoterapia idéntica a todos los pacientes con sepsis, propone identificar previamente el tipo de alteración inmunológica y seleccionar el tratamiento en función de ella.

La estrategia combina dos conceptos fisiopatológicos opuestos. En pacientes con un perfil compatible con hiperinflamación/MALS, se utilizó anakinra para bloquear la señalización mediada por IL-1. En aquellos con inmunoparálisis, se empleó interferón gamma con el objetivo de estimular la respuesta inmunitaria. El resultado positivo sobre la función orgánica sugiere que esta diferenciación fenotípica puede ser clínicamente relevante.

No obstante, el estudio no demostró

una reducción significativa de la mortalidad, por lo que no permite concluir que la inmunoterapia de precisión mejore la supervivencia. El beneficio observado se centra fundamentalmente en la evolución de la disfunción orgánica.

Limitaciones. La primera limitación es el tamaño muestral relativamente reducido, con 276 pacientes incluidos en el análisis principal. Además, la población fue seleccionada mediante criterios inmunológicos y etiológicos específicos, por lo que los resultados no pueden extrapolarse automáticamente a todos los pacientes con sepsis.

Los pacientes incluidos presentaban principalmente sepsis asociada a neumonía o bacteriemia, por lo que se desconoce si la estrategia sería igualmente eficaz en otras fuentes de infección. Los propios autores señalan que la generalización de los resultados está limitada a estas poblaciones.

Otro aspecto importante es que los biomarcadores utilizados para clasificar a los pacientes —ferritina y expresión de HLA-DR monocitaria— requieren disponibilidad de técnicas de laboratorio y una interpretación adecuada. La implementación generalizada de este enfoque dependerá, por tanto, de que estas determinaciones puedan realizarse con suficiente rapidez y reproducibilidad en las unidades de cuidados intensivos.

sigue en pág. 42

viene de pág. 41

Además, existe una cuestión metodológica relevante: la estabilidad del fenotipo inmunológico durante el curso de la sepsis y la posibilidad de que un paciente cambie de un estado inmunológico a otro. Esta cuestión será fundamental para determinar si la inmunoterapia debe administrarse una sola vez o si requiere reevaluaciones seriadas.

Implicancias para la práctica clínica. El ImmunoSep no justifica actualmente la incorporación rutinaria de anakinra o interferón gamma para el tratamiento de la sepsis. Sin embargo, aporta evidencia importante a favor de un cambio de paradigma: la inmunoterapia en sepsis

podría requerir una selección basada en biomarcadores en lugar de una estrategia universal.

Este enfoque es especialmente atractivo porque los ensayos previos de inmunomodulación en sepsis pudieron verse limitados por la inclusión de pacientes con perfiles inmunológicos heterogéneos. El futuro desarrollo de la inmunoterapia probablemente dependerá de identificar con rapidez qué pacientes presentan hiperinflamación, inmunosupresión o combinaciones de ambas alteraciones.

Conclusión. En este ensayo clínico multicéntrico, una estrategia de inmunoterapia guiada por biomarcadores y adaptada al fenotipo inmunológico del

paciente mejoró significativamente la disfunción orgánica al día 9 en comparación con placebo. El beneficio se observó tanto en pacientes con síndrome de activación macrofágica-like tratados con anakinra como en aquellos con inmunoparálisis tratados con interferón gamma.

Sin embargo, no se demostró una reducción estadísticamente significativa de la mortalidad a 28 o 90 días. Por ello, los resultados deben considerarse evidencia de prueba de concepto y no como fundamento para modificar de forma inmediata el tratamiento estándar de la sepsis.

El ImmunoSep aporta una de las evidencias clínicas más relevantes hasta el momento a favor de una estrategia de

“inmunología de precisión” en sepsis: identificar el fenotipo inmunológico del paciente y seleccionar el inmunomodulador correspondiente podría ser más eficaz que tratar la sepsis como una entidad inmunológicamente homogénea. El desafío pendiente es demostrar que esta mejoría de la disfunción orgánica se traduzca en menor mortalidad y mejores resultados clínicos a largo plazo.

Referencia: Giamarellos-Bourboulis EJ, Kotsaki A, Kotsamidi I, et al. Precision Immunotherapy to Improve Sepsis Outcomes: The ImmunoSep Randomized Clinical Trial. JAMA. 2026;335(9):775-786. doi:10.1001/jama.2025.24175.

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41359996/>

Recuperación de peso y efectos cardiometabólicos después de la retirada de la semaglutida: la extensión del ensayo STEP 1

Introducción. La obesidad es una enfermedad crónica en la que la recuperación del peso perdido constituye un desafío frecuente después de suspender las intervenciones terapéuticas. Los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), como la semaglutida, producen una reducción significativa del peso corporal y mejoran múltiples factores de riesgo cardiometabólico. Sin embargo, la persistencia de estos beneficios después de interrumpir el tratamiento era menos conocida. El presente análisis corresponde a la extensión del ensayo STEP 1 y evaluó la evolución del peso y de los parámetros cardiometabólicos durante un año después de suspender semaglutida.

Objetivo. Determinar el grado de recuperación del peso corporal y los cambios en factores de riesgo cardiometabólico durante las 52 semanas posteriores a la suspensión de semaglutida 2,4 mg una vez por semana.

Diseño y metodología. STEP 1 fue un ensayo clínico aleatorizado que incluyó 1961 adultos con obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) o sobrepeso ($\text{IMC} \geq 27 \text{ kg/m}^2$) asociado a comorbilidades relacionadas con el peso, sin diabetes. Los participantes recibieron semaglutida subcutánea 2,4 mg una vez por semana o placebo, además de intervención sobre el estilo de vida, durante 68 semanas. Posteriormente, se suspendieron tanto el fármaco como la intervención estructurada, y se realizó un seguimiento adicional de 52 semanas. La extensión analizada incluyó 327 participantes que habían completado el tratamiento inicial y contaban con datos posteriores a la suspensión.

Resultados sobre el peso. Durante las 68 semanas de tratamiento, los participantes tratados con semaglutida habían alcanzado una pérdida media de 17,3% del peso corporal, frente a 2,0% con placebo. Después de suspender el tratamiento, quienes habían recibido semaglutida recuperaron en promedio 11,6 puntos porcentuales de peso corporal durante las 52 semanas siguientes, mientras que el grupo placebo recuperó 1,9 puntos porcentuales.

En términos netos, un año después de la suspensión, los participantes que habían recibido semaglutida mantenían una pérdida de peso de aproximadamente 5,6% respecto del peso inicial, frente a prácticamente ninguna pérdida residual en el grupo placebo (0,1%). Esto significa que se recuperó aproximadamente dos tercios del peso perdido durante el tratamiento en el año posterior a su interrupción.

Cambios cardiometabólicos. Las mejoras observadas durante el tratamiento con semaglutida en diversos factores de riesgo cardiometabólico tendieron a revertir después de la suspensión. La presión arterial, los parámetros lipídicos, la glucemia y otros marcadores metabólicos mostraron una evolución desfavorable hacia los valores basales, en paralelo con la recuperación del peso. En términos generales, los beneficios cardiometabólicos obtenidos durante el tratamiento no se mantuvieron en la misma magnitud después de retirar semaglutida.

Este hallazgo es clínicamente relevante porque indica que el efecto terapéutico de semaglutida no debe interpretarse como una intervención necesariamente “curativa” o de duración limitada. La recuperación ponderal se acompañó de una pérdida proporcional de parte de los beneficios metabólicos conseguidos durante la fase activa del tratamiento.

Interpretación clínica. El resultado



central del estudio es que la suspensión de semaglutida se asoció con una recuperación considerable del peso perdido. Aunque los pacientes conservaron una pequeña parte del descenso ponderal inicial, la magnitud de la recuperación durante un solo año fue sustancial.

Estos resultados respaldan la consideración de la obesidad como una enfermedad crónica que requiere tratamiento a largo plazo. La recuperación del peso después de retirar semaglutida no debe interpretarse necesariamente como fracaso terapéutico o falta de adherencia, sino como una manifestación de la fisiopatología crónica de la enfermedad y del retorno de los mecanismos biológicos que favorecen la recuperación ponderal.

Desde el punto de vista clínico, la decisión de suspender un agonista GLP-1 debe, por tanto, contemplar la posibilidad de recuperación de peso y de los factores de riesgo asociados. En pacientes

que alcanzan objetivos terapéuticos con farmacoterapia, el mantenimiento de los beneficios puede requerir tratamiento farmacológico continuado, junto con intervención nutricional, actividad física y seguimiento clínico.

Fortalezas. Una de las principales fortalezas del estudio es que permite observar longitudinalmente qué sucede después de la suspensión de una intervención farmacológica eficaz para el descenso de peso. Además, los participantes habían sido inicialmente asignados en un ensayo aleatorizado y se dispuso de mediciones sistemáticas del peso y de variables cardiometabólicas.

Limitaciones. La principal limitación es que la población de la extensión fue considerablemente menor que la cohorte original del STEP 1, ya que solo 327 participantes contribuyeron al análisis

sigue en pág. 43

viene de pág. 42

posterior a la suspensión. Además, el seguimiento después de retirar el tratamiento fue de 52 semanas, por lo que no permite determinar si la recuperación ponderal continúa más allá de ese período o si eventualmente se alcanza una nueva meseta.

Otro aspecto importante es que la extensión no fue diseñada para evaluar diferentes estrategias destinadas a mantener la pérdida de peso después de suspender semaglutida. Por lo tanto, el estudio no permite establecer cuál sería la mejor estrategia de transición, reducción progresiva o sustitución terapéutica para evitar la recuperación ponderal.

Asimismo, los resultados corresponden a adultos con sobrepeso u obesidad sin diabetes, por lo que la extrapolación di-

recta a personas con diabetes tipo 2 u otras poblaciones debe realizarse con cautela.

Implicancias para la práctica médica. El estudio tiene importantes implicancias para el manejo moderno de la obesidad. La eficacia de los agonistas GLP-1 debe evaluarse no solamente por la magnitud de la pérdida de peso durante el tratamiento, sino también por la capacidad de mantenerla a largo plazo.

La evidencia presentada sugiere que la interrupción de semaglutida conduce a una recuperación significativa del peso y a una reversión parcial de las mejorías cardiometabólicas. Por ello, el tratamiento farmacológico de la obesidad debe plantearse bajo una perspectiva similar a la de otras enfermedades crónicas: la duración del tratamiento debe individualizarse y la suspensión no debería realizarse sin un plan específico de man-

tenimiento y seguimiento.

Conclusión. En la extensión del estudio STEP 1, un año después de suspender semaglutida 2,4 mg semanal, los participantes recuperaron aproximadamente dos tercios del peso que habían perdido durante el tratamiento. La recuperación ponderal se acompañó de una reversión hacia los valores basales de buena parte de las mejorías cardiometabólicas obtenidas durante la intervención.

Estos resultados constituyen evidencia importante de que los beneficios de la farmacoterapia antiobesidad pueden depender de su continuidad. La obesidad debe abordarse como una enfermedad crónica y el eventual retiro de medicamentos como semaglutida debería acompañarse de una estrategia explícita de mantenimiento, vigilancia del peso y control de los factores de riesgo cardio-

metabólico.

La suspensión de semaglutida no equivale al mantenimiento de sus efectos: al año de interrumpirla, los pacientes recuperaron aproximadamente dos tercios del peso perdido y gran parte de las mejorías cardiometabólicas tendió a revertir. Estos resultados refuerzan el concepto de que el tratamiento farmacológico de la obesidad puede requerir continuidad a largo plazo.

Referencia: Wilding JPH, Batterham RL, Davies M, et al.; STEP 1 Study Group. Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: The STEP 1 trial extension. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2022;24(8):1553-1564. doi:10.1111/dom.14725. PMID: 35441470.

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35441470/>

Donanemab en la enfermedad de Alzheimer sintomática temprana: el ensayo clínico aleatorio TRAILBLAZER-ALZ 2

Introducción. La enfermedad de Alzheimer constituye la principal causa de demencia y se caracteriza por la acumulación cerebral de placas de β -amiloide y ovillos neurofibrilares de proteína tau. Los tratamientos modificadores de la enfermedad dirigidos contra el amiloide representan un cambio potencial respecto del abordaje exclusivamente sintomático. Donanemab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra una forma modificada de β -amiloide presente en las placas, diseñado para favorecer su eliminación mediante fagocitosis mediada por microglía. El ensayo TRAILBLAZER-ALZ 2 evaluó su eficacia y seguridad en pacientes con enfermedad de Alzheimer sintomática temprana.

Objetivo. Determinar si donanemab puede ralentizar la progresión clínica de la enfermedad de Alzheimer en pacientes con deterioro cognitivo leve o demencia leve y evidencia de patología amiloide y tau.

Diseño y metodología. Se realizó un ensayo clínico fase 3, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, desarrollado en 277 centros de ocho países. Se incluyeron 1736 participantes con enfermedad de Alzheimer sintomática temprana, definida por deterioro cognitivo leve o demencia leve, y confirmación mediante PET de patología amiloide y tau. La edad media fue de 73 años y el 57,4% eran mujeres.

Los participantes fueron asignados 1:1 a recibir donanemab intravenoso o placebo cada cuatro semanas durante un máximo de 72 semanas. El tratamiento consistió en 700 mg durante las primeras tres dosis y posteriormente 1400 mg. Una característica particular del protocolo fue que los pacientes tratados con donanemab podían pasar a placebo de forma ciega cuando alcanzaban determinados criterios de eliminación de placas amiloides.

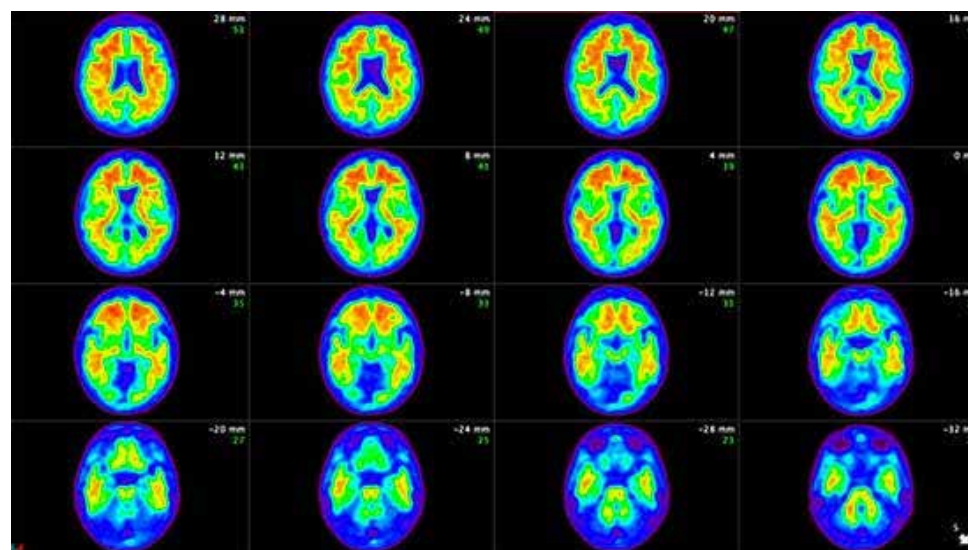
La población se estratificó según la carga de tau cerebral: baja/intermedia, considerada una fase más temprana de la enfermedad, y alta, asociada a una enfermedad más avanzada.

Objetivo primario. El desenlace principal fue el cambio a las 76 semanas en la Integrated Alzheimer Disease Rating Scale (iADRS), una escala combinada de cognición y capacidad funcional cuyo rango es de 0 a 144 puntos; las puntuaciones más bajas indican mayor deterioro. También se evaluó como desenlace secundario el cambio en la Clinical Dementia Rating-Sum of Boxes (CDR-SB).

Resultados de eficacia. En los pacientes con carga de tau baja/intermedia, el cambio medio ajustado en la iADRS fue de -6,02 puntos con donanemab frente a -9,27 con placebo, con una diferencia de 3,25 puntos (IC95%: 1,88-4,62; $p<0,001$). Esto representa una ralentización estadísticamente significativa del deterioro clínico.

En la población global, que incluyó tanto pacientes con tau baja/intermedia como alta, el cambio en la iADRS fue de -10,19 puntos con donanemab frente a -13,11 con placebo, con una diferencia de 2,92 puntos (IC95%: 1,51-4,33; $p<0,001$).

El efecto también se observó mediante la CDR-SB. En la población con tau baja/intermedia, el incremento del deterioro fue de 1,20 puntos con donanemab frente a 1,88 con placebo, una diferencia de -0,67 puntos (IC95%: -0,95 a -0,40; $p<0,001$). En la población global, la diferencia fue de -0,70 puntos (IC95%: -0,95



a -0,45; $p<0,001$).

De los 24 desenlaces estadísticos jerarquizados, 23 alcanzaron significación estadística, lo que proporciona consistencia a la señal de eficacia. El beneficio fue mayor en pacientes con menor carga de tau, apoyando la hipótesis de que los tratamientos antiamiloides pueden ser más eficaces cuando se administran en fases más tempranas de la enfermedad.

Interpretación de la magnitud del beneficio. Es importante diferenciar entre ralentizar la progresión y mejorar la función cognitiva. Donanemab no produjo una recuperación de las capacidades perdidas; los pacientes continuaron deteriorándose, pero lo hicieron más lentamente que quienes recibieron placebo.

Este aspecto es fundamental para la interpretación clínica. La diferencia observada en las escalas cognitivas y funcionales fue estadísticamente significativa, pero su traducción a beneficios perceptibles para pacientes y cuidadores requiere considerar la magnitud absoluta del cambio, la duración del tratamiento y la evolución natural de la enfermedad.

Seguridad. El principal problema de seguridad fueron las anomalías de imagen relacionadas con el amiloide (ARIA). El edema o derrame relacionado con ARIA (ARIA-E) ocurrió en 24,0% de los pacientes tratados con donanemab frente a 1,9-2,1% con placebo; 52 pacientes del grupo donanemab presentaron ARIA-E sintomática.

Las alteraciones relacionadas con microhemorragias y depósitos de hemosiderina (ARIA-H) se observaron en 19,7% de los pacientes tratados frente a 7,4% con placebo. La incidencia de microhemorragias fue de 26,8% frente a 12,5%, y la de siderosis superficial de 15,7% frente a 3,0%.

La mayoría de los episodios de ARIA fueron asintomáticos y se resolvieron aproximadamente en 10 semanas, pero algunos casos fueron clínicamente graves. En el grupo donanemab, tres participantes fallecieron después de presentar ARIA grave; los investigadores consideraron tres muertes relacionadas

sigue en pág. 44

viene de pág. 42

con el tratamiento, frente a una en el grupo placebo.

También se observaron reacciones relacionadas con la infusión en 8,7% de los pacientes tratados con donanemab frente a 0,5% con placebo. La mayoría fueron leves o moderadas. Los acontecimientos adversos motivaron la suspensión del tratamiento en 13,1% de los pacientes con donanemab frente a 4,3% con placebo.

Implicancias clínicas. TRAILBLAZER-ALZ 2 constituye evidencia de que la eliminación de amiloide mediante un anticuerpo monoclonal puede modificar, aunque de manera parcial, la velocidad de progresión clínica de la enfermedad de Alzheimer sintomática temprana.

El beneficio parece ser mayor cuando el tratamiento se inicia en fases más tempranas y con menor carga de tau. Este hallazgo es coherente con el modelo fisiopatológico según el cual la intervención sobre el amiloide podría tener mayor impacto antes de que se

establezca una extensa patología tau y pérdida neuronal.

Sin embargo, el tratamiento exige una selección cuidadosa de pacientes y monitorización mediante resonancia magnética, debido al riesgo de ARIA. Por ello, la utilización de donanemab no puede considerarse equivalente a la prescripción de un fármaco sintomático convencional.

Limitaciones. Una limitación importante es que el seguimiento principal fue de 76 semanas, por lo que el estudio no permite establecer con certeza la magnitud del beneficio a largo plazo ni determinar si la ralentización observada se mantiene durante varios años. Además, aunque se observaron efectos estadísticamente significativos en múltiples desenlaces, la interpretación de su relevancia clínica absoluta continúa siendo objeto de debate.

La población seleccionada tampoco representa a todos los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Se incluyeron personas con enfermedad sintomática temprana y confirmación biomarcadora

de amiloide y tau; por tanto, los resultados no son directamente extrapolables a pacientes con demencia avanzada, ausencia de biomarcadores confirmatorios o presentaciones clínicas atípicas.

La necesidad de PET para caracterizar la patología amiloide y tau, junto con la monitorización mediante resonancia magnética, constituye además una barrera potencial para su implementación generalizada.

Conclusión. En pacientes con enfermedad de Alzheimer sintomática temprana y evidencia de patología amiloide y tau, donanemab ralentizó significativamente la progresión cognitiva y funcional a las 76 semanas frente a placebo. El efecto fue más pronunciado en pacientes con carga de tau baja o intermedia, lo que respalda la importancia de iniciar el tratamiento en etapas tempranas de la enfermedad.

No obstante, el beneficio se obtuvo a costa de un riesgo clínicamente relevante de ARIA, microhemorragias y reacciones relacionadas con la infusión, incluidos casos graves y muertes rela-

cionadas con el tratamiento. Por ello, donanemab representa un avance en el tratamiento modificador de la enfermedad de Alzheimer, pero requiere una selección rigurosa de pacientes, confirmación biomarcadora y monitorización estrecha.

Donanemab demuestra que es posible ralentizar la progresión clínica del Alzheimer sintomático temprano mediante eliminación de placas amiloides, pero no detener ni revertir la enfermedad. El beneficio es modesto en términos absolutos y debe ponderarse frente al riesgo de ARIA, lo que convierte la selección de pacientes y la monitorización en elementos centrales del tratamiento.

Referencia: Sims JR, Zimmer JA, Evans CD, et al.; TRAILBLAZER-ALZ 2 Investigators. Donanemab in Early Symptomatic Alzheimer Disease: The TRAILBLAZER-ALZ 2 Randomized Clinical Trial. JAMA. 2023;330(6):512-527. doi:10.1001/jama.2023.13239. PMID: 37459141.

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37459141/>

Identifican una alteración de los hongos de la microbiota en pacientes con inmunodeficiencia común variable

Un estudio liderado por equipos de Instituto de Investigación Sanitaria La Fe y Fundación Fisabio ha identificado una alteración característica en la comunidad de hongos de la microbiota de pacientes con inmunodeficiencia común variable, la inmunodeficiencia primaria sintomática más frecuente. El trabajo, publicado en Frontiers in Immunology, describe un patrón específico de disbiosis fúngica que podría contribuir a comprender mejor esta enfermedad y facilitar, en el futuro, el desarrollo de biomarcadores no invasivos para su seguimiento.

La investigación revela que estos pacientes presentan una menor diversidad de hongos y un mayor predominio de especies oportunistas, como *Candida albicans*, en muestras de saliva, esputo y heces. Además, los perfiles fúngicos permitieron diferenciar a los pacientes de los controles sanos con una alta precisión, especialmente en saliva. Los resultados abren la puerta al desarrollo futuro de biomarcadores no invasivos para mejorar el conocimiento, la estratificación y el seguimiento de esta inmunodeficiencia.

La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es la inmunodeficiencia primaria sintomática más frecuente y se asocia a una gran heterogeneidad clínica, con pacientes que pueden presentar infecciones recurrentes y también complicaciones inflamatorias, autoinmunes, digestivas o pulmonares. A pesar de los avances en su conocimiento, todavía persisten incógnitas sobre los mecanismos que explican esta diversidad de manifestaciones, detalla el IIS La Fe.

Este estudio, titulado 'Multiniche mycobiome profiling identifies distinctive fungal dysbiosis in common variable immunodeficiency', ofrece la primera visión integrada del micobioma en múltiples nichos mucosos en esta in-

munodeficiencia. Para ello, el equipo analizó muestras de 41 adultos con inmunodeficiencia común variable (24 con formas asociadas a disregulación inmunitaria y 17 con manifestaciones predominantemente infecciosas) y de 15 controles sanos emparejados, utilizando secuenciación ITS1 y distintos análisis bioinformáticos y estadísticos.

Como ocurre en cualquier ecosistema, el equilibrio entre especies también es importante en el cuerpo humano. Hasta ahora, en la inmunodeficiencia común variable se había estudiado sobre todo la microbiota bacteriana, pero mucho menos el papel de los hongos. Este estudio demuestra que en los pacientes con inmunodeficiencia común variable la composición del microbioma difiere de forma significativa de la observada en personas sanas en los tres nichos analizados: oral, respiratorio e intestinal.

Los resultados muestran una menor riqueza y equidad fúngica en los pacientes con inmunodeficiencia común variable, especialmente en las muestras orales y respiratorias, lo que indica una pérdida de diversidad en estas comunidades microbianas. Además, el trabajo identifica una configuración repetida dominada por *Candida*, con un aumento llamativo



de *Candida albicans* en saliva, esputo y heces, acompañado por otras levaduras oportunistas como *Nakaseomyces glabratus*. Por otro lado, se observa una reducción de otros hongos que normalmente podrían convivir en este ecosistema sin causar problemas.

Este hallazgo es relevante porque sugiere que la disbiosis en la inmunodeficiencia común variable no afecta solo a las bacterias, sino también a los hongos, un componente tradicionalmente menos estudiado de la microbiota. Según los autores, la expansión de *Candida albicans* respalda su posible papel como patobionte; es decir, un microorganismo que puede convivir habitualmente con el organismo sin causar daño, pero que en determinados contextos de alteración inmunitaria podría contribuir al desequilibrio.

HACIA FUTUROS BIOMARCADORES NO INVASIVOS

Además de caracterizar estas alteraciones, el estudio evaluó si los perfiles fúngicos podían servir para diferenciar a los pacientes con inmunodeficiencia común variable de personas sanas. Los modelos basados en aprendizaje automático mostraron una alta capacidad de discriminación, con un AUC de hasta 0,96 en saliva y 0,94 en heces. En cambio, la capacidad para distinguir entre subtipos clínicos de la enfermedad fue más modesta.

Estos resultados sugieren que las firmas del microbioma en muestras accesibles y no invasivas, como la saliva o las heces, podrían explorarse en el futuro

sigue en pág. 45

viene de pág. 44

como biomarcadores complementarios para identificar o monitorizar a pacientes con inmunodeficiencia común variable. No obstante, los autores subrayan que se trata de hallazgos que deben validarse en cohortes más amplias antes de trasladarse a la práctica clínica.

Más allá de sus posibles aplicaciones, el estudio amplía el conocimiento científico sobre la IDCv al incorporar el microbioma al mapa de alteraciones microbianas asociadas a esta inmunodeficiencia. Los resultados ayudan a plantear nuevas hipótesis sobre la interacción entre sistema inmunitario, mucosas y microorganismos, y pueden contribuir

a entender mejor por qué una misma enfermedad provoca manifestaciones clínicas tan distintas entre pacientes.

Este avance puede resultar de interés tanto para los pacientes con IDCv y otras inmunodeficiencias como para profesionales de inmunología, medicina interna, enfermedades infecciosas y microbiología, además de para la comunidad

científica que investiga la relación entre microbiota, inmunidad e inflamación.

El trabajo también pone de relieve la importancia de estudiar los hongos de la microbiota, un componente a menudo eclipsado por las bacterias, pero potencialmente decisivo en la salud y la enfermedad.

Fuente: infosalus.com

Redefiniendo el papel de los beta bloqueantes en la medicina cardiovascular

Revisión narrativa que se centra en cómo el papel de los betabloqueantes, una farmacoterapia fundamental en cardiología durante décadas, está siendo redefinido por ensayos clínicos contemporáneos y análisis poblacionales que cuestionan su uso universal en favor de un enfoque de medicina de precisión basado en fenotipos específicos.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y FARMACOLOGÍA

El desarrollo de los betabloqueantes comenzó con Sir James Black, quien describió el propranolol en 1964, logrando por primera vez antagonizar los efectos cardiovasculares de las catecolaminas, trabajo que le valió el Premio Nobel. Mecánicamente, estos fármacos bloquean los receptores adrenérgicos: los receptores β_1 (predominantes en el miocardio), los β_2 (en pulmones y vasculatura) y los β_3 (en tejido adiposo y miocardiocitos bajo estrés crónico). Se clasifican en tres generaciones: la primera es no selectiva (ej. propranolol), la segunda es selectiva de β_1 (ej. metoprolol) y la tercera combina el bloqueo adrenérgico con propiedades vasodilatadoras (ej. carvedilol y nebivolol).

ENFERMEDAD CORONARIA E

INFARTO DE MIOCARDIO (MI)

Históricamente, los betabloqueantes han sido un pilar tras un infarto debido a la reducción de la mortalidad demostrada en ensayos de los años 80. No obstante, la evidencia actual sugiere que sus beneficios son matizados:

- En pacientes con fracción de eyección reducida (HFrEF $\leq 40\%$) tras un MI, el beneficio en la supervivencia sigue siendo indiscutible.
- En pacientes con fracción de eyección preservada ($\geq 50\%$), meta-análisis contemporáneos (como REDUCE-AMI) no muestran beneficios en la mortalidad, lo que sugiere que su uso rutinario en esta población podría dejar de recomendarse en futuras guías.
- La duración de la terapia post-MI es controversial; si no hay otras indicaciones (como angina o arritmias), la desprescripción después de un año

parece segura y no aumenta los eventos cardiovasculares adversos.

INSUFICIENCIA CARDÍACA (HF)

El paradigma de los betabloqueantes cambió drásticamente en la insuficiencia cardíaca, pasando de estar contraindicados a ser esenciales:

- En HFrEF ($\leq 40\%$), ensayos fundamentales como MERIT-HF, COPENICUS y CIBIS-II establecieron que reducen significativamente la mortalidad y las hospitalizaciones.
- En insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (HFpEF), los resultados han sido neutros; de hecho, pueden empeorar la capacidad de ejercicio al limitar el aumento de la frecuencia cardíaca necesario durante el esfuerzo.
- En miocardiopatías restrictivas (como la amiloidosis cardíaca), a menudo son mal tolerados debido a que estos pacientes dependen de la frecuencia cardíaca para mantener el gasto cardíaco ante un volumen sistólico fijo.

ARRITMIAS, HIPERTENSIÓN Y CUIDADOS PERIOPERATORIOS

• **Arritmias:** Siguen siendo la piedra angular para el control de la frecuencia en la fibrilación auricular y para la prevención de la muerte súbita en cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca.

• **Hipertensión:** Han sido desplazados como terapia de primera línea en hipertensión no complicada porque ofrecen menos protección contra el ictus en comparación con otras clases de fármacos, a pesar de reducir la presión arterial braquial.

• **Entorno perioperatorio:** El inicio de betabloqueantes el mismo día de una cirugía no cardíaca está contraindicado (Clase III), ya que se asocia con un aumento de la mortalidad y el riesgo de ictus, aunque deben continuarse en pacientes que ya los toman de forma crónica.

HACIA UNA MEDICINA DE PRECISIÓN

El futuro del uso de betabloqueantes reside en la personalización, considerando no solo el fenotipo clínico, sino también la farmacogenómica. Diferencias en el metabolismo (como el fenotipo CYP2D6 para el metoprolol) y polimorfismos en los receptores pueden predecir quién obtendrá un beneficio real en la supervivencia y quién está en riesgo de efectos adversos.

CONCLUSIÓN

Los betabloqueantes han pasado de una era de adopción universal a una de aplicación selectiva y precisa. Aunque siguen siendo un tratamiento fundamental para la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida y las arritmias ventriculares, su uso obligatorio en todo el espectro de enfermedades cardiovasculares (como en el post-infarto con función preservada o la hipertensión primaria) ya no está respaldado por la evidencia moderna, obligando a los clínicos a realizar una evaluación individualizada del beneficio pronóstico frente al riesgo de daño.

Referencia: Sperry BW, Abdel Jawad M, Bhatt DL, Mullens W, Russo AM, et al. Refining the Role of Beta-Blockers in Cardiovascular Medicine. JACC. 2026;78? DOI: 10.1016/j.jacc.2026.06.015. Publicado el 1 de julio de 2026. <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2026.06.015>

Fuente: <https://waltersport.com/wp-content/uploads/2026/08/Refining-the-Role-of-Beta-Blockers-in-Cardiovascular-Medicine-Sperry-et-al.-2026-2.pdf>

Fuente: infosalus.com

La OMS critica que los cambios en el calendario vacunal de EEUU no se alineen con la evidencia científica

El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha criticado este miércoles los cambios en el calendario de vacunación impulsados por el presidente de Estados Unidos, Donald Trump, precisando que no se alineen con la evidencia científica.

Esta ha sido la postura del máximo representante de la OMS después de que Trump aprobara una Orden por la que se insta a los Estados de EEUU a inmunizar a los niños contra 11 enfermedades, siete menos que las recomendadas por sus Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

"La OMS está preocupada porque los cambios en la política de inmunización en EEUU no están alineados con la mejor ciencia", ha aseverado en rueda de prensa Adhanom Ghebreyesus, quien ha resaltado que las vacunas son una de

las herramientas "más poderosas" para proteger a los niños.

En este sentido, ha referido que la evidencia recopilada durante décadas, continuamente revisada, respalda la eficacia de las vacunas. "Décadas de evidencia han demostrado cuándo los niños son más vulnerables a las enfermedades, cuándo las vacunas proporcionan la protección más fuerte, cuántas dosis son necesarias y qué vacunas pueden administrarse de manera segura juntas", ha detallado.

Tras ello, ha enfatizado que la evidencia actual "es inequívoca" y confirma que todas las vacunas, también la triple vírica, son seguras y no causan autismo. En esta línea, ha apuntado que retrasar las vacunas o separar las dosis innecesariamente "no hace que la vacunación sea más segura y puede dejar a los niños desprotegidos".

"La política de vacunación debe guiarse por una revisión rigurosa, independiente



Archivo - Imagen del director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus. - OMS - Archivo

y transparente de la mejor ciencia disponible, y no por influencias políticas", ha finalizado.