



Prof. Elbio D. Alvarez:
CARANCHOS.
Pág. 3



Dra. Cristina Lustemberg:
Palabras en los 85 años
de la Asociación de
Hidatología.
Pág. 5



AÑO XXIX . Nº 306 . FLORIDA . SETIEMBRE 2026

EL DIARIO MEDICO

Salud hoy

85 años de la Asociación de Hidatología

RESUMEN

Espacio del Colegio Médico del Uruguay.
Págs. 8 a 12

Poesía y memoria:
llega al público la obra
de Beatriz Frade.
Pág. 12

Dr. Pablo Anzalone:
Desafíos actuales en APS y
la carta de Ottawa
Págs. 13 y 14

Marciano Durán:
¡Justo a nosotros!
Pág. 14

Informaciones
destacadas Nacionales
Págs. 19 a 21

Espacio de la Federación Médica del Interior
Págs. 22 a 26

Espacio del Sindicato Médico del Uruguay
Págs. 27 a 29

Noticias:
Salud y Ciencia.
Págs. 31 a 39



Info en páginas 2 y 4

ASSE: metas concretas para mejorar la atención

Jornada de medicina y cirugía "Dr. Raúl Amorín Cal" en Florida



Info en páginas 16 y 17



Info en páginas 15 a 18

SUSCRIPCIÓN GRATUITA
POR INTERNET
www.eldiariomedico.com.uy



85 AÑOS DE LABOR FECUNDA

Celebró en Colonia del Sacramento la Asociación Internacional de Hidatidología



AC. DR. ANTONIO TURNES

El 21 de setiembre de 1941 se fundó en Colonia del Sacramento la Asociación Internacional de Hidatidología, reuniendo a médicos, veterinarios y maestros de los tres países rioplatenses: Argentina, Brasil y Uruguay. Ante la amenaza de la creciente presencia de hidatidosis en el humano y los animales domésticos de su entorno, poniendo en ejecución lo que sería muchas décadas más tarde conocido como "una salud" estos pioneros pusieron proa al combate contra la enfermedad hidática. Que diezmaba a las cabañas de los respectivos países, se transmitía a través de que los perros de los establecimientos se alimentaban con achuras de animales infestados que se carneaban, y las deyecciones de éstos contaminaban el ambiente, fundamentalmente frutas y verduras y eran ingeridos por los niños y los adultos, desarrollando quistes hidáticos en las

más diversas localizaciones de la economía humana. EL DIARIO MÉDICO estuvo presente y transmite aquí lo registrado.

Aquellos fundadores aunaron esfuerzos y llevaron adelante una tarea impropia, que desde el Río de la Plata, cruzó el Atlántico y se expandió por países con economías agropecuarias similares que padecían el mismo flagelo: Francia, España, Italia, Grecia, Argelia. La actividad se fue expandiendo, y con el curso de las décadas otras regiones y países fueron descubriendo que también tenían presente esa misma forma de equinocosis y la equinocosis multilocular, con otros huéspedes intermediarios locales, como el zorro en los países árticos, los camellos, y los camélidos americanos, como las llamas y guanacos, y diversas especies que mostraron la universalidad de la infestación.

El sábado 5 de setiembre de 2026, otra vez en Colonia del Sacramento, con la presencia de la Sra. Ministra de Salud Pública, Dra. Cristina Lustemberg, y delegados de varios países miembros se celebró este aniversario, siguiendo un estricto programa. A la mañana en la Escuela No. 2 se descubrió una placa alusiva, porque allí fue que los primeros maestros de los tres países del Cono Sur impartieron clase hace 85 años para advertir a los escolares de la prevención de la hidatidosis.

Instalados luego en el Bastión del Carmen, un magnífico escenario y salón de actos públicos cedido por la Intendencia Departamental de Colonia, se celebró el acto académico. Abrió la oratoria el Dr. Ciro Ferreira, que evocó la fundación y a los fundadores, la emoción de volver a una ciudad colonial cargada de belleza



e historia y símbolo de la unidad de la lucha contra la hidatidosis. La Ministra de Salud Pública, Dra. Cristina Lustemberg, destacó las cifras preocupantes de nuevos casos de hidatidosis en el norte del país y algunos otros departamentos, donde aparecen niños enfermos de este mal totalmente evitable, y resaltó el compromiso de priorizar actividades para revertir la situación, coordinando también con las autoridades de la enseñanza para retomar el tema que fue central durante muchos años y ayudó a esclarecer el conocimiento de la población.

El Dr. Edmundo Larreiru, de Río Negro (Argentina) esbozó la historia de la AIH y el desarrollo de sus diferentes etapas de gobernanza, destacando la expansión lograda a lo largo de los continentes: hoy está presente no solo en el Río de la Plata, sino en Europa, en Oriente Medio, en África y en Asia, con reiterados congresos en los países más infestados y remotos.

Por su parte, el Dr. Eduardo Guarnera de Buenos Aires (Argentina) comentó la necesidad de emplear nuevas estrategias para combatir la equinocosis toman-

do en cuenta los cambios económicos, sociales, demográficos y ambientales registrados en la dinámica de estos países, donde ha disminuido notablemente la población rural, pero persiste la necesidad de promover la lucha antihidática, siempre presente.

Por zoom se recibieron mensajes desde Vitoria, en el País Vasco, del Ac. Prof. Em. Jorge Guisantes del Barco, destacado parasitólogo, microbiólogo e investigador, asociado a los progresos de la AIH, y del Presidente de la AIH, tan conocido en el Río de la Plata, Prof. Dr. António Meneses da Silva, afro-portugués, que dio una sucinta historia de la AIH y de sus logros principales.

Por su parte, el Ac. Em. Dr. Antonio L. Turnes y la Dra. Pilar Irabedra, expusieron y comentaron acerca de la presencia de la mujer en el desarrollo de las actividades de la Asociación Mundial de Hidatidología, hoy denominada World Association of Echinococcosis. (WAE),

En la tarde, luego de una pausa amable

sigue en pág. 4



Ciro Ferreira, ministra Cristina Lustemberg, Dra. Marta Cabrera, presidenta de la filial AIH de la República Argentina, Dr. Mariano Carballo, de la filial Uruguay de AIH.



Aspecto parcial del público asistente al Encuentro de Colonia del Sacramento.

CARANCHOS



PROF. ELBIO
D. ÁLVAREZ

Policía, Ministerio del Interior, Fiscal y el Ministerio de Salud Pública colaborando, acaban de desbaratar una banda de delincuentes conformada por abogados, funcionarios de la salud, policías y demás.

El hecho trasciende la crónica policial. Esta banda lucraba con los accidentes y, tal CARANCHOS, con la muerte.

Hay nombres que son sentencias anticipadas. Carancho es, en el habla rioplatense, algo más que un ave de rapina: es el abogado que se alimenta de la desgracia ajena, el que llega cuando ya no queda nada, el que convierte el dolor en contrato; es el funcionario, el policía o el profesional que convierte la moral en carroña.

Que una operación judicial haya adoptado el nombre Carancho para bautizar una red así integrada no es un detalle pintoresco, es un diagnóstico.

Es que la operación Carancho expone algo que ningún expediente puede medir del todo: la fractura ética de quienes tenían el deber de cuidar la ley, la seguridad y la vida.

Los hechos concretos y la condena los determinará la Justicia, Pero la ética no necesita esperar la condena para preguntar qué significa que profesionales formados para servir hayan optado por servirse del dolor ajeno.

El abogado, el policía, el funcionario de la salud, tienen un pacto ético tácito con la sociedad ya que toda profesión es una comunidad moral antes que un mercado de servicios.

Cuando alguien jura como abogado, como funcionario público, como policía, no firma apenas un contrato laboral, suscribe un pacto tácito con la sociedad. El abogado se compromete a defender derechos no a fabricar ilegalidad: el policía promete proteger a la ciudadanía no extorsionarla ni vender protección o favores; el funcionario de la salud asume curar, cuidar y certificar con verdad y no lucrar con las enfermedades, con las muertes o con la discapacidad ajena; el administrativo se debe a la legalidad y a la transparencia, no al peaje por trámites o por venta de información y de expedientes.

Cuando ese pacto se rompe como aparentemente ha ocurrido en la operación Carancho, no falla solo una persona, se agrieta la credibilidad de toda una profesión y, con ella, la confianza en las instituciones que esa profesión sostiene.

La Operación Carancho es un espejo. Muestra a funcionarios y profesionales delincuentes o presuntos delincuentes. Pero también muestra a una sociedad que durante años miró para otro lado, que naturalizó la gestoría sin ética, que aceptó que algunos trámites "se arreglan", que confundió viveza con inteligencia y picardías con derecho.

La salud, la seguridad y la justicia no son mercancías ni botín de guerra. Son promesas colectivas que sostienen la vida en común. Cuando quienes debían cuidarlas las saquean no solo delinquen: corrompen el equilibrio de la comunidad.

Juzgarlos es tarea de fiscales y jueces. Preguntarnos qué sociedad queremos ser, es tarea de todos.

Y esa tarea no admite CARANCHOS.

Prof. Elbio Diego 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 - Ancel 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:

Ancel: 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)



viene de pág. 2

de refrigerio y tente-en-pie organizado por la Escuela de Gastronomía de la Intendencia Departamental de Colonia, se realizó la Asamblea de la AIH, para definir nuevos rumbos de la actividad institucional, con la presencia de las importantes figuras femeninas de Carmen Cretu, de Bucarest, Rumania, Nazmiye Altintas, de Kusadasi, Turquía, la Prof. Karima Achour, de Argelia, y la Dra. Zhumagul Usubalieva, de Bishkek, Kirguistán, en el Asia Central.

António Meneses da Silva anunció que el próximo Congreso Mundial se celebrará por tercera vez en China en 2027.

A propósito de los recuerdos de la enseñanza en la escuela primaria uruguaya de otros tiempos, cuando se insistía con la transmisión de la prevención de la transmisión de la hidatidosis quística, un modesto habitante de Tacuarembó (A. B.) recordó estos versos que le enseñaron en la escuela rural uruguaya hace décadas:

Mamá te pido licencia
Para escribir la carta de hoy
Por la que sabrás que
Estoy codeándome con la ciencia
Vengo de una conferencia
Donde un doctor muy simpático
Habló del problemático
Que ha sido y será para el país
Poder arrancar de raíz
La peste del quiste hidático.

LA EDUCACIÓN Y VERSOS PARA LA PREVENCIÓN

Por otra parte, gracias a la obra de prevención y educación realizada por el Dr. Velarde Pérez Fontana y el escritor Antonio Soto "Boy" en 1942 con su libro



Dres. Carlos Correa, Mariano Carballo y Mirian Rodríguez entregando reconocimientos a los argentinos Dres. Edmundo Larriau, Juan Salvitti y Eduardo Guarnera.

para niños "Cachito y Rigoleta", que el Ministerio de Salud Pública editó y difundió en todas las escuelas del país, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) imprimió y distribuyó más de medio millón de ejemplares en América Latina, prendió durante décadas con fuerza en todos los niños lo que había que evitar. Así permanecen algunos versos que muestran las buenas prácticas:

"Si al perro le das achuras
sin haberlas cocinado,
en el hígado del hombre
un quiste habrá germinado.
Lávate bien las manos,
no te dejes lamer,

limpia bien la verdura
que vayas a comer."

No le des vísceras crudas
al perro de tu querer,
hiérvelas por un buen rato
y sano lo vas a tener.
Lava tus manos con agua
y verduras al comer,
para que la hidatidosis
no te vuelva a enfermar el ser.

CANTO POR LA VIDA Y LA SALUD

Cuida al perro de la casa,
desparasítalo a tiempo y con amor,
que no ande pisando el pasto
cargando un mal o un dolor.

No le des entraña cruda,
ni vísceras del faenado;
hiérvelas por media hora
y el peligro habrás borrado.
Lava el agua, lava el fruto,
lava tus manos con brillo,
el jabón es un escudo
para el grande y para el chiquillo.
La salud está en tus manos,
en la higiene y el cuidado,
prevengamos la hidatidosis
con el campo bien saneado.

COPLAS PARA GANARLE A LA HIDATIDOSIS

Al amigo de la estancia,
al paisano del galpón,
le traigo con insistencia
los versos de la prevención.
El quiste hidatídico crece
silencioso en el pulmón,
o en el hígado se ofrece
provocando una afección.
El culpable no es el perro,
culpable es el segador,
que le tira las achuras
cuando faena el patrón.
No le des vísceras crudas
al cachorro del lugar;
si están hervidas, no hay dudas,
el ciclo vas a cortar.
Cada cuarenta y cinco días,
dale la pastilla puntual,
así limpias sus entrañas
de ese bicho tan letal.
Y si vas para la quinta
a cosechar la verdura,
lávala siempre con agua
para comer con soltura.
Lavate bien las manos
después de al perro tocar,
que cuidando la higiene
la salud vas a ganar.



Palabras de la Ministra de Salud Pública en los 85 años de la Asociación Internacional de Hidatidología

Buenos días. Sres. representantes del Comité Organizador: Dr. Eduardo Guernera y Dr. Ciro Ferreira; Disertantes del evento: Dra. Pilar Irabedra, Dr. Antonio Turnes, Dr. Edmundo Larrieu, Dr. Antonio Menezes Da Silva, miembros de la Asociación Internacional de Hidatidología: Es un honor poder compartir este espacio, en una fecha tan significativa para la hidatidología y para nuestro país. Celebrar los 85 años de la Asociación Internacional de Hidatidología es también reconocer una historia de compromiso, de investigación y de trabajo sostenido frente a una enfermedad que ha marcado a generaciones y que continúa siendo un desafío para Uruguay y para la región.

Hoy contamos con conocimiento, con herramientas y con experiencia.

Pero los datos nos muestran que todavía tenemos mucho por hacer. Un estudio reciente de muestras de materia fecal canina realizado en 772 predios de todo el país, demostró que *Echinococcus granulosus* se encuentra presente en todo el territorio nacional, con una prevalencia predial elevada (18,5%) en comparación con otros países de la región, e identificó departamentos prioritarios para la implementación de acciones de control (Lavalleya, Maldonado, Florida y Cerro Largo).

Estos números no son solamente estadísticas. Nos están indicando que el ciclo de transmisión continúa presente en forma heterogénea y por lo tanto que debemos seguir trabajando allí donde existen mayores riesgos. Y cuando mi-



ramos las prácticas que se desarrollan en los establecimientos, encontramos algunas de las claves para comprender esta realidad. En casi seis de cada diez predios se realiza faena en el propio establecimiento. En un 28% se utilizan vísceras para alimentar a los perros y solamente el 12,9% de los predios había desparasitado a sus perros en los últimos 30 días.

Estos datos confirman la necesidad de relanzar una campaña de comunicación sostenida, intersectorial y basada en evidencia, que reinstale el riesgo sanitario y promueva conductas preventivas en el marco del enfoque "Una Salud". Porque la hidatidosis es, en buena medida, una enfermedad prevenible. Prevenir

significa actuar antes de que aparezca el quiste, antes de que una persona necesite una intervención médica, antes de que una familia tenga que enfrentar las consecuencias de una enfermedad que puede ser grave.

También debemos mirar el impacto en nuestra producción. En frigoríficos se detectó positividad a quiste hidático en el 0,7% de los bovinos analizados: 104 casos sobre 14.600 animales. La salud animal y la producción están estrechamente vinculadas con la salud de nuestra población.

Y es precisamente la dimensión humana la que debe estar siempre en el centro. Entre 2020 y 2023 se registraron 159 egresos hospitalarios por hidatidosis. La mayor afectación correspondió a personas mayores de 65 años y la letalidad hospitalaria alcanzó el 4,4%. Lavalleya presentó la mayor cantidad de egresos hospitalarios cada 100.000 habitantes en ese período, seguido por Tacuarembó, Rocha, Paysandú y Rivera. Y hay un dato que particularmente nos interpela: cuatro de esos casos correspondieron a menores de 21 años. Dos se registraron en Salto, uno en Montevideo y uno en

Canelones.

Cada uno de esos casos representa una persona, una familia y una historia. Y nos recuerda que detrás de cada indicador sanitario hay vidas concretas.

Por eso, el desafío que tenemos por delante no es solamente sanitario. Es también educativo, productivo, territorial y comunitario. Tenemos que seguir fortaleciendo la vigilancia, promover la desparasitación de los perros, evitar que las vísceras sean utilizadas como alimento y trabajar para que las buenas prácticas lleguen efectivamente a cada establecimiento y a cada comunidad. Y para lograrlo necesitamos una mirada integral, la salud humana, la salud animal y el sector productivo deben trabajar juntos. Necesitamos también la participación de los gobiernos departamentales, de los productores, de los trabajadores rurales, de los profesionales, de la academia y de la comunidad. La historia de la Asociación Internacional de Hidatidología demuestra justamente el valor de ese trabajo colectivo. Hace 85 años, en nuestro país, un grupo de personas entendió que frente a una enfermedad compleja era necesario unir conocimiento, compromiso y cooperación.

Hoy nos corresponde recoger ese legado. Celebrar estos 85 años no significa solamente mirar hacia atrás. Significa asumir la responsabilidad de mirar hacia adelante.

Hacia un Uruguay con mayor prevención, con mejores prácticas sanitarias, con una vigilancia cada vez más fuerte y, sobre todo, con menos personas afectadas por una enfermedad que podemos y debemos prevenir. Que este aniversario sea entonces una oportunidad para renovar nuestro compromiso y para reafirmar una convicción: la lucha contra la hidatidosis no es tarea de un solo sector. Es una responsabilidad compartida y un objetivo que podemos alcanzar trabajando juntos.

Muchas gracias



Montevideo
Costa de Oro
Piriapolis
Punta del Este

**CORTINAS DE ENROLLAR
ELECTRICIDAD
SANITARIA
PINTURA**

Roberto Triunfo



099 153 720



mantenimientohogaryempresas



**LORENA
TABORDA**
CONTADORA

IVA - IRF - IASS - FONASA

Certificados de Ingresos

Liquidación de Sueldos

cra.lorenataborda@gmail.com

098 939 239



**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.**



El Equipo Humano en Organizaciones de Salud

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

INICIO: 23 de setiembre

FIN: 9 de octubre

EVALUACIÓN: 14 de octubre

MODALIDAD: online por Zoom

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

DURACIÓN: 24hs lectivas.

OBJETIVO:

Analizar la importancia que tienen las personas en la implantación de sistemas de gestión.
Aportar elementos para la reflexión sobre el comportamiento humano en las organizaciones de Salud, de modo que permitan desarrollar y facilitar las interrelaciones personales.
Analizar técnicas y habilidades para liderar grupos y equipos de trabajo.

CONTENIDO:

- Gobernanza de las personas
- Conceptos y directrices
- Norma UNIT-ISO 30408:2016 Gestión de personas - Directrices sobre la gobernanza del personal
- Evolución y entorno actual de las organizaciones
- Orientación de las personas hacia la cultura de la calidad
- Competencias laborales
- Enfoques y prácticas de motivación y liderazgo
- Fuentes del conflicto
- Trabajo en equipo
- Técnicas de reuniones de trabajo
- Comunicación e interrelaciones personales

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

El Colegio Médico auspicia la 24ª Semana Médica del Hospital Maciel y ofrece un cupo limitado de becas

El Colegio Médico del Uruguay invita a las y los profesionales de la salud a participar de la "24ª Semana Médica del Hospital Maciel - Curso de Actualización para Graduados", dedicada en esta edición a la "Medicina Interna en el Perioperatorio". La actividad es organizada por la Clínica Médica "1" (a cargo del Prof. Agdo. Dr. Gabriel Maciel) y la Clínica Médica "3" (a cargo de la Prof. Dra. Verónica Torres), y cuenta con la coordinación de la Prof. Adj. Dra. Sofía Rostán y el Prof. Agdo. Dr. Gustavo Bruno.



El encuentro se desarrollará los días jueves 22 y viernes 23 de octubre de 2026, en el horario de 07:45 a 13:00 horas.

Programa académico y cuerpo docente

La jornada reunirá a un equipo multidisciplinario de especialistas (internistas, infectólogos, cardiólogos, neumólogos, neurólogos, intensivistas, anestesiólogos, urólogos y cirujanos) para abordar integralmente la evaluación y el manejo

del paciente quirúrgico a través de las siguientes áreas temáticas:

- Módulo Cardiovascular y Respiratorio: Criterios de valoración preoperatoria, manejo perioperatorio de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, esquemas de antiagregación y anticoagulación, y abordaje de la patología respiratoria crónica.

- Módulo Endocrino y Metabólico: Manejo de la diabetes (DMT1 y DMT2), uso de fármacos como semaglutide y glifozinas, controles postoperatorios en cirugía tiroidea y esquemas con glucocorticoides o inmunosupresores.

- Nutrición y Hematología: Evaluación del riesgo nutricional, indicación de suplementación y diagnóstico y tratamiento de la anemia perioperatoria.

- Módulo Complicaciones: Diagnóstico y manejo del dolor, prevención del

A total beneficio de la Facultad de Medicina: Daniel Drexler llega por primera vez al Auditorio Nacional Adela Reta

Con más de dos décadas de trayectoria y una obra consolidada en Iberoamérica, Daniel Drexler se presentará por primera vez en la Sala Eduardo Fabini del Auditorio Nacional del SODRE el miércoles 21 de octubre a las 21:00 horas.

El concierto se realizará en el marco de los 150 años de la Facultad de Medicina (Udelar), de la que Drexler egresó en 1997 como Médico y Magíster en Ciencias Médicas. Lo recaudado se destinará a la restauración de su histórico edificio en la Av. Gral. Flores. Este show reconecta al artista con la casa de estudios donde también investigó en neurociencias y lideró el desarrollo del sistema LEVO para el tratamiento del Tinnitus, cuya segunda evolución fue recientemente aprobada por la FDA.

El espectáculo iniciará una nueva etapa artística junto a una renovada banda integrada por Diego Cotel (dirección musical, guitarra y coros), Juli Taramasso (bajo), Elena Ciavaglia (teclas) y Juanma Cayota (batería). La propuesta contará con un diseño sonoro inédito, puesta en escena, iluminación cuidada y versiones renovadas de sus clásicos.

Tras recorrer más de 50 ciudades iberoamericanas entre 2022 y 2024 con La voz de la Diosa Entropía (su décimo álbum), Drexler ofrecerá un adelanto exclusivo de su undécimo disco de estudio, cuyo lanzamiento está previsto para el primer semestre de 2027.



delirium e infecciones del sitio quirúrgico junto con las pautas de profilaxis antibiótica.

SOLICITUD DE BECAS INSTITUCIONAL

En su rol de auspiciante, el Colegio Médico del Uruguay dispone de un cupo

limitado de becas para apoyar la formación continua de los colegiados.

Para postularse a una de las becas disponibles, los profesionales deben enviar su solicitud de inscripción formal a través del correo electrónico de la secretaría del CMU.



24ª SEMANA MÉDICA HOSPITAL MACIEL

CURSO DE ACTUALIZACIÓN PARA GRADUADOS

22 y 23 de octubre 2026
07:45 a 13:00 hs

"MEDICINA INTERNA EN EL PERIOPERATORIO"

ORGANIZAN:
U.A. MÉDICA "1" - Prof. Agdo. Dr. Gabriel Maciel
U.A. MÉDICA "3" - Prof. Dra. Verónica Torres

COORDINADORES:
Prof. Adj. Dra. Sofía Rostán
Prof. Agdo. Dr. Gustavo Bruno

INVITADOS:
Prof. Adj. Sofía Griot - Infectóloga - Internista
Prof. Agda. Valentina Mérola - Emergentología - Internista
Ex Asistente Dra. Lucía De León - Internista
Prof. Agdo. Gustavo Armandugon - Cirujano
Dr. Emmanuel Montana - Urólogo
Dr. Rafael Grassi - Cardiólogo
Dr. Eduardo Moreira - Intensivista
Asistente Tamara Méndez - Neuróloga
Prof. Adj. Mariana Ksiazienicki - Neumóloga
Dra. Carolina Iglesias - Infectóloga
Doc. Asoc. Dr. William Baptista - Anestesiólogo

TEMARIO:

- Cardiovascular: FA, IC, HTA.
- Respiratorio: patología respiratoria crónica.
- Nutrición: riesgo nutricional perioperatorio, suplementación, nutrición.
- Anticoagulación, antiagregación, trombofilias.
- Anemia en el perioperatorio.
- Metabólico: diabetes, cirugía de tiroides, uso de glucocorticoides e inmunosupresores.
- Complicaciones: dolor, delirium e infecciones perioperatorias.

Inscripciones: \$800
BROU - CA en pesos: 000328579-00002

completar formulario:
<https://forms.gle/hCu7ABYRR5xnEwKu5>



24ª SEMANA MÉDICA - HOSPITAL MACIEL

CURSO DE ACTUALIZACIÓN PARA GRADUADOS

MEDICINA INTERNA EN EL PERIOPERATORIO

Prof. Dra. Verónica Torres - Prof. Agdo. Dr. Gabriel Maciel
Coordinadores: Prof. Adj. Dra. Sofía Rostán - Prof. Agdo. Dr. Gustavo Bruno

Jueves 22 de Octubre			
HORARIO	TEMA / ACTIVIDAD	MODALIDAD	EQUIPO DOCENTE / MESA
08:30 - 08:35	Acreditación pre test	Conferencia	
08:35 - 08:45	Valoración preoperatoria: ¿A quién, con qué, quién?	Conferencia	Dra. Lucía De León (ex Asistente de UAM3)
08:45 - 09:00	Evaluación de desnutrición. Suplementación. Inicio de alimentación enteral/parenteral.	Conferencia	Dr. Eduardo Moreira (intensivista, especialista en nutrición hospitalaria)
09:00 - 09:40	MÓDULO CV Y RESPIRATORIO HTA	Caso Clínico	Mesa: Prof. Adj. Dra. V. Más Prof. Agda. Dra. P. Spósito Dr. Rafael Grassi (Cardiólogo) Asist. Dra. M. Rivera Dr. William Baptista (Anestesiólogo)
09:40 - 10:10	MÓDULO CV Y RESPIRATORIO Insuficiencia Cardíaca (IC)	Caso Clínico	Mesa: Prof. Adj. Dra. V. Más Prof. Agda. Dra. P. Spósito Dr. Rafael Grassi (Cardiólogo) Asist. Dra. M. Rivera Dr. William Baptista (Anestesiólogo)
10:10 - 10:30	MÓDULO CV Y RESPIRATORIO Respiratorio	Caso Clínico	Mesa: Prof. Adj. Dra. V. Más Prof. Agda. Dra. P. Spósito Dr. Rafael Grassi (Cardiólogo) Asist. Dra. M. Rivera Dr. William Baptista (Anestesiólogo)
10:30 - 11:00	Coffee Break		
11:00 - 11:30	Anticoagulación perioperatoria y periprocedimientos	Caso Clínico	Mesa: Prof. Adj. Dra. A. Carlomagno Prof. Adj. Dr. J. Fernández Prof. Agda. Dra. Valentina Mérola (Emergentología) Asist. Dra. N. Serradell
11:30 - 12:00	Antiagregación	Caso Clínico	Mesa: Prof. Adj. Dra. A. Carlomagno Asist. Dra. J. Altet
12:00 - 12:30	Trombofilias	Conferencia	Mesa: Prof. Adj. Dra. A. Carlomagno Prof. Agdo. Dr. G. Silva
12:30 - 13:00	Cierre de actividad		

Viernes 23 de Octubre			
HORARIO	TEMA / ACTIVIDAD	MODALIDAD	EQUIPO DOCENTE / MESA
08:30 - 08:35	Acreditación pre test	Conferencia	
08:35 - 08:50	Anemia en el perioperatorio	Conferencia	Asist. Dra. V. Duarte
08:50 - 09:40	MÓDULO ENDOCRINO DMT1 y 2 IR, ADO, Semaglutide, Glifozinas	Caso Clínico	Mesa: Prof. Adj. Z. Ciccullo Prof. Adj. M. Díaz Dra. Natalia Estévez (Diabetología) Asist. Dra. S. Carot Asist. Dra. V. Medina
09:40 - 10:00	MÓDULO ENDOCRINO Postoperatorio de cirugía tiroidea	Caso Clínico	Mesa: Prof. Adj. Z. Ciccullo Prof. Adj. M. Díaz Prof. Agdo. Dr. Gustavo Armandugon Asist. Dra. L. Blanco
10:00 - 10:30	Coffee Break		
10:30 - 10:50	Uso de corticoides preoperatorio	Exposición	Dra. Agustina Santa Cruz
10:50 - 11:20	MÓDULO COMPLICACIONES Delirium	Caso Clínico	Mesa: Prof. Adj. Dra. V. Rodríguez Dra. Tamara Méndez (Neurólogo) Dr. William Baptista (Anestesiólogo) Asist. Dra. S. Vilasini
11:20 - 12:30	MÓDULO COMPLICACIONES Infecciones ABO y de sitio quirúrgico, ATB profilácticos	Caso Clínico / Presentación	Mesa: Prof. Adj. Dra. V. Rodríguez Prof. Adj. Dra. Sofía Griot (Infectología) Asist. Dra. V. Díaz
12:30 - 13:00	Cierre de la actividad		

Abordaje interdisciplinario del dolor lumbar degenerativo: criterios diagnósticos, indicación de imágenes y opciones terapéuticas

En el marco de las actividades del Colegio Médico del Uruguay y el inicio de los festejos por el centenario del Instituto de Neurología del Hospital Maciel (1926-2026), se realizó una jornada sobre dolor lumbar degenerativo. Especialistas en anatomía, imagenología, fisioterapia, terapia del dolor y neurocirugía unificaron criterios de manejo sobre esta patología de alta prevalencia.



FISIOPATOLOGÍA Y DESMITIFICACIÓN CLÍNICA

Se enfatizó que no todo dolor proviene de una hernia discal. La enfermedad degenerativa es un proceso evolutivo —frecuente a partir de los 40 años o precoz por microtraumatismos y exigencia física— donde intervienen el disco, el canal raquídeo, las facetas y la articulación sacroilíaca. Además, factores como la obesidad y el embarazo sobrecargan el pilar posterior y las articulaciones facetarias.

USO RACIONAL DE LAS IMÁGENES MÉDICAS

El Dr. Nicolás Sgarbi (radiólogo) señaló que el dolor lumbar motiva la cuarta parte de las solicitudes de RM, pero cerca del 45% no se ajusta a las pautas clínicas, generando sobrediagnósticos y demoras. No se recomiendan imágenes en lumbalgias agudas no complicadas de menos de 6 a 8 semanas, salvo ante "banderas rojas" o falla del tratamiento conservador. La RM sigue siendo el método de elección por su precisión en tejidos blandos. Se destacó también que el uso del término "extrusión discal" en vez de "hernia" redujo cirugías innecesarias motivadas por la presión del paciente.

REHABILITACIÓN Y ABORDAJE BIOPSIOSOCIAL

El Dr. Pedro Gallardo (fisiatra) subrayó la necesidad de un modelo biopsicosocial para combatir la kinesofobia y falsas creencias. El pilar no quirúrgico se basa en educación (escuelas de la espalda) y fortalecimiento muscular. Los AINEs son efectivos en la fase aguda, mientras que el reposo debe ser siempre relativo y breve.

SÍNDROME FACETARIO E INTERVENCIONISMO DEL DOLOR

El Dr. Federico Cristiani (terapeuta del dolor) expuso sobre el síndrome facetario, causa de entre el 15% y 30% de las lumbalgias. Como el 100% de los mayores de 60 años presenta cambios degenerativos en imágenes, el diagnóstico debe ser clínico-intervencionista, recomendándose bloqueos del ramo medial. En cuadros refractarios, la neurólisis por radiofrecuencia ofrece la mayor evidencia a largo plazo.

RESOLUCIÓN NEUROQUIRÚRGICA: HERNIA Y CANAL ESTRECHO

Los neurocirujanos Dr. Martín Fernández y Dr. Pablo Díaz abordaron aspectos quirúrgicos. Por ejemplo, la hernia discal lumbar, que genera en Uruguay unos 8 millones de dólares anuales en costos. Solo el 5% de los pacientes sintomáticos desarrollan hernia y una minoría requiere cirugía, indicada ante déficit motor, síndrome de cola de caballo o falla del tratamiento conservador. La microcirugía y las técnicas mínimamente invasivas muestran resultados equivalentes a largo plazo.



También se refirieron al Canal lumbar estrecho, que es la principal causa de cirugía de columna en mayores de 65 años. Su síntoma característico es la claudicación neurogénica de la marcha. En casos con incapacidad progresiva,

la descompresión quirúrgica detiene el deterioro neurológico.

Los ponentes resaltaron la importancia de crear comités multidisciplinarios de dolor para evaluar integralmente los casos complejos.

Se realizó un nuevo taller de "Arritmias en la Emergencia" en el CMU



La Regional Montevideo del Colegio Médico del Uruguay (CMU) llevó adelante este sábado 22 de agosto de 2026 el "Taller: arritmias en la emergencia", una actividad que contó con el interés de un importante número de colegas, que colmaron las plazas disponibles. La jornada se desarrolló de manera intensiva a lo largo de la mañana. Esta instancia de capacitación técnica forma parte del compromiso del CMU con la Educación Médica y el Desarrollo Médico Profesional Continuo (DPMC), brindando herramientas y actualización de primer nivel para el abordaje oportuno y seguro de las patologías cardiovasculares en los servicios de urgencia.

Agradecemos a las y los profesionales que participaron activamente de este encuentro e hicieron de la jornada un instancia exitosa de intercambio y aprendizaje.



Éxito de convocatoria en la jornada sobre primera respuesta a siniestros viales en Colonia

La Regional Oeste del Colegio Médico del Uruguay (CMU) y SAME 105 llevaron a cabo la jornada práctico-presencial «Primera respuesta al paciente víctima de siniestros viales». La actividad tuvo lugar el viernes 4 de setiembre en las instalaciones del Hospital Departamental de Colonia - ASSE, en Colonia del Sacramento.



La capacitación, dictada de forma gratuita y con cupos limitados, estuvo dirigida a los diversos actores involucrados en la primera respuesta y la asistencia sanitaria inicial ante emergencias de tránsito. El equipo docente estuvo conformado por las doctoras Gabriela

Lattuada y Silvia Sandler, junto a los auxiliares de enfermería Rodolfo Marín, Marcelo Cesar, Pablo Bitancour, Javier Píriz y Ariel Moraes.

La respuesta de los profesionales y la comunidad médica fue masiva, logrando una asistencia del 100% de los inscriptos. Debido a la alta demanda, fue necesario ampliar los cupos previstos originalmente; aun así, una porción de los interesados no logró obtener un lugar por haberse colmado la capacidad.

El evento representó un hito formativo sumamente exitoso para los colegiados y la comunidad toda. Ante la excelente repercusión y el interés generado, ya se realizan gestiones para replicar esta jornada en otros departamentos.



Novedades y actividades del Consejo Regional Sur del Colegio Médico del Uruguay

SALUD Y DEPORTE: EXITOSO INTERCAMBIO INTERDISCIPLINARIO EN CANELONES



El pasado jueves 3 de setiembre, el Salón de Actos de COMECA en la ciudad de Canelones fue sede del conversatorio sobre Salud y Deporte, una jornada abierta a la comunidad. El encuentro reunió a médicos, autoridades del deporte, profesores de educación física y deportistas amateurs, propiciando un intercambio enriquecedor sobre diagnóstico, prescripción médica, rehabilitación, retorno seguro al deporte y calidad de vida. Tras la destacada recepción de la propuesta, el Consejo Regional Sur proyecta continuar promoviendo estas actividades junto a la Clínica del Deportista y el Ejercicio Físico del Hospital de Clínicas.

SEGUNDO CONVERSATORIO: PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

El próximo jueves 17 de setiembre, de 18:00 a 20:00 horas, se dictará el segundo conversatorio sobre "Perspectiva de Género en el Ámbito de la Salud" bajo modalidad híbrida. La actividad se transmitirá por la plataforma Zoom y tendrá su sede presencial en el Espacio Cultural de San José de Mayo, ubicado en 18 de Julio N.º 509. Destinado a trabajadores y usuarios del sistema sanitario, el evento contará con las exposiciones de la Dra. Virginia Cardozo, la Dra. Karina Carreño y la Lic. Psic. María Scaniello. Las inscripciones pueden realizarse enviando un correo a secretaria-sur@colegiomedico.org.uy o a través del sitio web del Colegio Médico del Uruguay.

RECHAZO FIRME A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO

El Consejo Regional Sur manifestó su profunda preocupación y rechazo ante el reciente hecho de violencia ocurrido en la Facultad de Medicina de la UDELAR, donde una estudiante resultara agredida con arma blanca por un compañero. Además de expresar su acompañamiento y solidaridad hacia la estudiante, la representación médica reafirmó su compromiso con la garantía de espacios formativos y profesionales seguros, respetuosos e igualitarios, libres de violencia.

CONCIENTIZACIÓN Y COMPROMISO EN EL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Con motivo del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, conmemorado cada 10 de setiembre, se hizo un llamado a visibilizar la problemática y promover el cuidado de la salud mental. La institución remarcó que la prevención es una responsabilidad colectiva que requiere potenciar la escucha activa, la contención y el trabajo articulado en redes de apoyo.



ACTIVIDAD

JORNADAS NACIONALES INTERCOLEGIOS DE SALUD PÚBLICA

- Enfermedades zoonóticas
- Enfermedades transmitidas por los alimentos

FECHAS

Viernes 25 y sábado 26 de setiembre.

MODALIDAD PRESENCIAL

Dr. Luis A. de Herrera 639, Piso 1. Melo, Cerro Largo.
Tel. 4644 7615

Organiza: CUCEL, CVU y la Regional Este de Colegio Médico del Uruguay.

- Inscripciones en el enlace en la web del CMU o comunicándose al:
 - secretariaeste@colegiomedico.org.uy
 - departamentodecapitacioncvu@gmail.com
 - 098 882 531

- Fecha límite de inscripción: 18 de setiembre



Organiza:
CUCEL,
CVU y
Regional
Este del CMU



colegiomedico.org.uy



CONVERSATORIO

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

FECHA

Jueves 17 de setiembre, de 18:00 a 20:00 h

MODALIDAD HÍBRIDA

- Espacio Cultural de San José - 18 de julio, N.º 509, Ciudad de San José de Mayo, Dpto. de San José.
- Encuentro por la plataforma Zoom para los inscriptos.

DIRIGIDO A

Trabajadores y usuarios del sistema de salud.

INVITADAS

- Dra. Virginia Cardozo, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (UDELAR), Magister en Género y Políticas de Igualdad (FLACSO Uruguay).
- Dra. Karina Carreño, Especialista en Gestión de Servicios de Salud (UCU), Diplomada en Género y Políticas de Igualdad (FLACSO Uruguay). Representante de FEMI.
- Lic. Psic. María Scaniello, Diplomada en Género y Políticas de Igualdad (FLACSO Uruguay). Consultora, facilitadora e investigadora en derechos, género y diversidad en LATAM.

Organiza: Consejo Regional Sur del CMU

- Inscripciones escribiendo a secretaria-sur@colegiomedico.org.uy



Organiza:
Regional
Sur del CMU

colegiomedico.org.uy



Nuevos enfoques en la obesidad: claves de la jornada organizada por SUEO y el Colegio Médico

La Sociedad Uruguaya para el Estudio de la Obesidad (SUEO), con el apoyo del Colegio Médico del Uruguay (CMU) y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad (FLASO), llevó a cabo el conversatorio «Congreso ICO + ECO 2026: ¿Cambia el abordaje de la obesidad?». En el encuentro, especialistas repasaron los principales avances debatidos en los congresos mundial y europeo de la especialidad.



ALERTA SOBRE LOS ULTRAPROCESADOS

Se advirtió sobre cómo el consumo creciente de alimentos ultraprocesados desplaza los patrones alimentarios tradicionales. Estos productos son diseñados

industrialmente para ser hiperpalatables, lo que incentiva un sobreconsumo que se asocia con obesidad y enfermedades cardiometabólicas. Frente a esto, se resaltó el valor de las políticas públicas como el etiquetado frontal y la regulación de su presencia en las escuelas.

MÁS ALLÁ DEL PESO EN LA BALANZA

Los expertos señalaron las limitaciones del Índice de Masa Corporal (IMC) como único indicador de salud. En su lugar, se propuso evaluar la distribución de la gra-

sa corporal y la situación clínica integral de cada persona para establecer metas reales y evitar la estigmatización.

TRATAMIENTOS INTEGRALES Y SIN AUTOMEDICACIÓN

Ante el desarrollo de nuevos fármacos para perder peso, se remarcó que nunca deben utilizarse de forma aislada ni sin supervisión. Un tratamiento seguro exige un acompañamiento multidisciplinario que incluya nutrición, psicología y ejercicio físico para preservar la masa muscular y evitar carencias de nutrientes.

Poesía y memoria: llega al público la obra de Beatriz Frade

La obra póstuma reúne textos inspirados en experiencias personales y profesionales de la médica, escritora y poeta vinculada a San Carlos. La actividad tuvo lugar el sábado 27 de junio de 2026 en el Museo Regional Francisco Mazzoni con entrada libre.

La sensibilidad de una mujer que dedicó su vida tanto a la medicina como a las letras volverá a encontrarse con los lectores a través de una publicación que rescata parte de su obra y de su mirada sobre la vida. Que está disponible en el sitio web de EL DIARIO MÉDICO..... (indicar el enlace o link)

Este sábado 27 de junio se realizó la presentación de Poesía y otros escritos, libro póstumo de Beatriz Frade que reúne poemas, reflexiones y textos surgidos de vivencias personales y profesionales.

La actividad tuvo en el Museo Regional Francisco Mazzoni, de la ciudad de Maldonado, y contó con las exposiciones de la Dra. Nedy Varela y el Dr. Antonio Turnes.

Nacida en Montevideo en 1950, Frade mantuvo una estrecha vinculación con la ciudad de San Carlos, donde transcurrieron parte de su infancia y juventud. Tras culminar sus estudios secundarios ingresó en 1968 a la Facultad de Medicina, ámbito en el que conoció a Martín

Gelós, quien más tarde se convertiría en su compañero de vida y profesión. Ambos obtuvieron el título de médicos en 1976.

A lo largo de su carrera desarrolló una destacada trayectoria en el ámbito de la salud, que culminó como especialista y jefa médica del Laboratorio Central del Sanatorio Cantegril, una función que desempeñó con reconocimiento profesional dentro del departamento.

Sin embargo, la vocación científica convivió siempre con una profunda inquietud cultural. La lectura, la escritura y la poesía ocuparon un espacio cada vez más importante en su vida, especialmente durante los años posteriores a su consolidación profesional.

Su producción literaria la llevó a integrar la Sociedad Uruguaya de Médicos Escritores (SUMES), posteriormente denominada Sociedad Uruguaya de Médicos Artistas (SUMART), donde participó de diversas actividades y publicaciones. Entre ellas figura el libro Médicos con

pluma, obra colectiva que incluyó su poema Tan solo palabras.

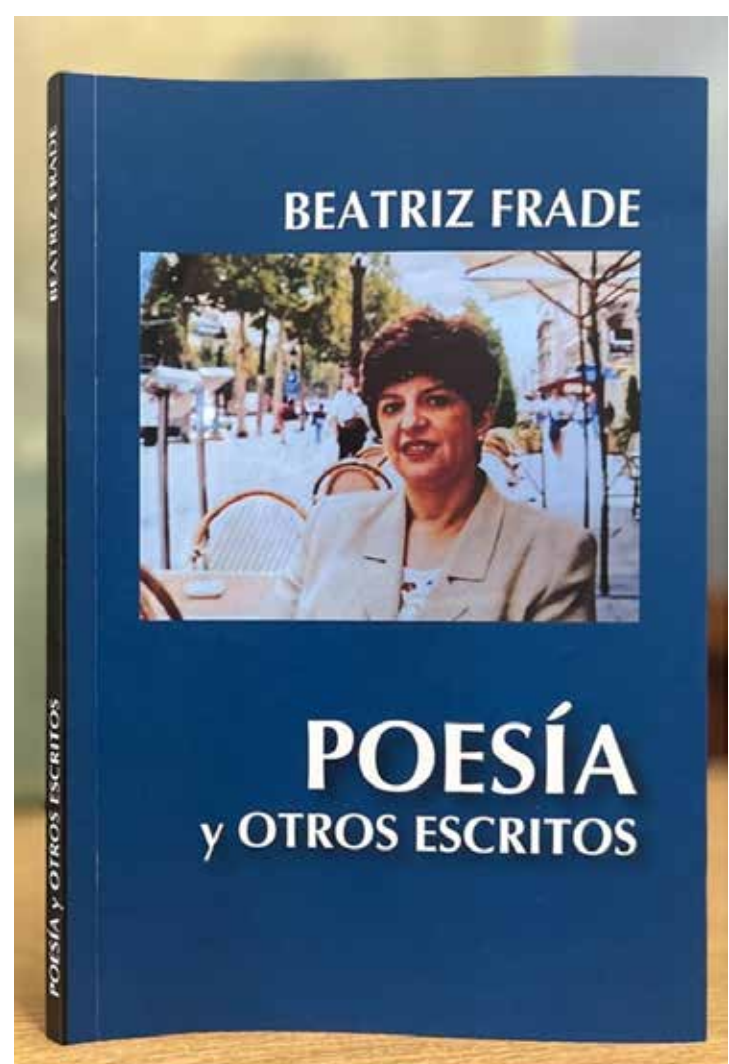
Además de la creación poética, Frade dedicó parte de su tiempo a la investigación histórica y genealógica de su familia paterna, una tarea que reflejó su interés por la memoria, las raíces y la construcción de identidad, a partir de su tatarabuelo gallego José Frade, primer maestro vareliano de Mataojo, en la 4ª. Sección del departamento de Maldonado, desde el último tercio del siglo XIX.

La publicación de Poesía y otros escritos permite acercar al público una

faceta íntima de la autora, marcada por la observación sensible de la realidad y por una mirada humanista forjada tanto en la práctica médica como en la experiencia personal.

Beatriz Frade falleció en Maldonado en diciembre de 2024.

A través de esta obra, familiares, amigos y lectores tendrán la oportunidad de reencontrarse con su pensamiento y su creación literaria, preservando un legado que trasciende el ámbito profesional para instalarse también en la memoria cultural del departamento.



* 40 AÑOS DE LA CARTA DE OTAWA

Desafíos actuales en APS y la carta de Ottawa

Hace 40 años en la Primera Confencia Internacional de Salud (21/11/1986) se acordó un documento trascendente para las políticas de salud: la Carta de Ottawa. Otras referencias importantes como el Informe Lalonde en 1974 y la Conferencia de Alma Ata en 1978 iban ya hacia superar la visión asistencialista de la salud centrada en la enfermedad.



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.

La promoción de salud implica incorporar la salud en todas las políticas, reconociendo la importancia de la intersectorialidad, saliendo de las lógicas estatales fragmentadas. El modelo bio-médico-asistencialista, muy mercantilizado, se concentra solo en la curación y subestima la prevención y la educación para la salud. Concibe la medicación y la tecnología como los principales instrumentos, el consultorio y el hospital como ámbito exclusivo de atención. El segundo y tercer nivel absorben la mayor cantidad de recursos en detrimento del primer nivel y del abordaje comunitario.

Para la Carta de Ottawa la salud pasa por crear entornos saludables, promoviendo la educación para la salud, la prevención, la promoción y la participación social de las comunidades.

* UN CONTEXTO DE INCERTIDUMBRES Y CRISIS

La situación mundial y regional está llena de amenazas y de incertidumbres. A las desigualdades estructurales se suma hoy la guerra como una realidad trágica en varias zonas del mundo. El exterminio, los asesinatos perpetrados por estados son transmitidos por televisión y se legitima la ley del más fuerte por encima de los derechos de personas, pueblos y naciones. La xenofobia se une a la aporofobia, para aumentar la discriminación y las violencias contra los inmigrantes pobres. La pandemia y pos pandemia dejaron consecuencias negativas en el corto, mediano y largo plazo. Se debilitaron el Primer Nivel de Atención y las políticas de prevención y

promoción. Las tecnologías (incluyendo ahora la IA) se expanden más rápidamente que los controles, las pautas éticas y las regulaciones de su utilización para el bien común.

Esta realidad cambiante y desigual requiere siempre nuevas investigaciones, con un rol relevante de la academia y el Estado. Las metodologías de Investigación Acción Participación y la educación popular aportan conocimientos necesarios para construir políticas públicas adecuadas. Las alianzas y el trabajo en red entre academia, gobiernos y movimientos sociales son una condición para el conocimiento incorpore también los saberes populares y se vincule estrechamente con la acción desde y en las comunidades.

*APS Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

En las últimas décadas se ha jerarquizado la participación social como un nudo central de la Atención Primaria renovada, como Función Especial de Salud Pública (FESP), como resolución de la 77 Asamblea Mundial de Salud (2024), entre otros ámbitos. En 2022 se publicó un Manual de OMS donde se recogen distintas experiencias nacionales de participación social en el mundo y se avanza en concebir la participación como herramienta para abatir las desigualdades. En Uruguay el SNIS se propuso desde su fundación generar cambios en el modelo de Atención, junto con los modelos de financiación y de gestión. La participación social es un eje en las tres grandes transformaciones planteadas, con mayor incidencia en el modelo de atención. En un contexto de ofensivas contra los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, y mayor apelación a la violencia la participación comunitaria se entronca con las resistencias múltiples ante los autoritarismos.

*PARTICIPACIÓN Y PROPUESTAS INNOVADORAS

Aprender desde las experiencias. No se trata de aplicar una receta predeterminada para todas las realidades sino de procesos innovadores basados en las experiencias desarrolladas por las comunidades en cada territorio. Importa visibilizar las experiencias transformadoras, ponerlas en diálogo para generar intercambios y aprendizajes. Un ejemplo reciente es el Movimiento de Municipios y Comunidades Saludables que realizó una convocatoria para recoger experiencias participativas y construir un repositorio activo desde el cual promover conversatorios. Vale recoger las metodologías de educación popular que incorporan el "diálogo de saberes" y la premisa que todos podemos aprender y

todos podemos enseñar. Son necesarios cambios culturales mayores para salir del paradigma vertical concentrador de saberes y poderes y construir la salud como proceso social.

*FORMACIÓN COMUNITARIA

Para potenciar la participación social y la transformación de los modelos de atención es imprescindible avanzar en la formación comunitaria. El rol de los promotores de salud o agentes comunitarios es muy significativo porque orienta la formación hacia la acción comunitaria y la promoción de salud. Propone un rol activo de las personas y los colectivos, combinando formación, con diagnósticos participativos y acción de promoción de salud. En Uruguay el Congreso Pablo Carlevaro (2023) dejó trabajando juntos hasta hoy a actores sociales, institucionales y académicos mediante el Grupo Motor de Personas Mayores y también la formación de promotores juveniles de salud. Ver redmunicipioscomunidadesaludables.com. El Espacio de Formación Popular en el oeste de Montevideo es otro ejemplo importante de esas articulaciones entre instituciones y movimientos sociales.

* PROMOTORES JUVENILES DE SALUD

En Jóvenes y Adolescentes el Frente Social junto con ASSE y ANEP llevaron adelante 6 cursos de promotores en 2024, 12 cursos en 2025 y más de 22 cursos en 10 departamentos en 2026. En Rivera, Tacuarembó, Salto, Paysandú, Rio Negro, San José, Canelones, Maldonado, Treinta y Tres, Montevideo hay ya uno o varios cursos de Jóvenes con Voz. La extraordinaria respuesta de los jóvenes es un hecho a destacar frente a los estereotipos negativos y las desigualdades que sufren. Los referentes adultos, las comunidades y las instituciones tenemos la responsabilidad de apoyar y contribuir a desarrollar esas potencialidades en adolescentes y jóvenes para la promoción de salud.

*ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

La estrategia de Escuelas Promotoras de Salud permitió desarrollar múltiples experiencias de articulación entre centros educativos y policlínicas o centros de salud. La formación de promotores escolares o agentes comunitarios junior fue implementada en escuelas y policlínicas de Salto, Maldonado, Canelones y Montevideo. En particular en el periodo 2010 a 2015 se coordinaron los talleres en escuelas de estos departamentos y luego en 2022 se retomó en Salto con apoyo del MSP y OPS. En 2026 se está llevando adelante en más de 10 escuelas de Salto, Canelones y Montevideo. En la actualidad se conformó un equipo coordinador con referentes de experiencias anteriores, elaborando un proyecto de

acuerdo interinstitucional para retomar antecedentes y ampliar sustantivamente las acciones hacia 2027.

*PROMOTORES COMUNITARIOS DE SALUD ADULTOS

En 2026 el Frente Social de Salud, ASSE y la Udelar organizaron por primera vez un curso nacional de promotores comunitarios de salud adultos. Mas de mil personas se anotaron desde todo el país y terminaron el curso alrededor de 150. Con 11 módulos temáticos se hicieron talleres semanales desde el 1 de julio hasta el 9 de setiembre, incorporando además tres talleres complementarios sobre Seguridad del Paciente, Escuelas Promotoras de Salud y Bioética en la Salud. El formato virtual que permitió la participación simultánea de personas de distintos departamentos se complementó con talleres presenciales en Montevideo, Canelones, Salto, Durazno y Flores. El trabajo en 15 subgrupos (10 virtuales y 5 presenciales) contribuyó a la cercanía con los territorios para los diagnósticos de problemas priorizados y la elaboración de proyectos de promoción de salud. Los participantes acordaron mantener el vínculo creando una Red de Promotores Comunitarios que tenga instancias de intercambio semestrales para ampliar la llegada del curso a nuevas personas, profundizar los temas con los que lo hicieron en 2026 y planificar la extensión en 2027. Se contactaron también otros tres cursos locales de carácter presencial en 2026 en Piedras Blancas (Montevideo), Canelones y Maldonado, procurando sumar esfuerzos.

*MODELO SACUDE

Las alianzas entre salud y educación y gobiernos locales en cada territorio construyen sinergias valiosas en clave de intersectorialidad y participación social. Esa articulación local potencia las políticas sociales nacionales desde cada barrio, complementando la labor específica de cada institución, abriendo espacios para que la comunidad se organice y sea protagonista, Las Redes de Salud por territorio siguen cumpliendo un rol importante para articular efectores públicos y privados con actores comunitarios y gobiernos locales.

*GRUPALIDADES COMO LÍNEA DE LA APS

Desde el año 2025 el Frente Social y el directorio de ASSE actuaron juntos para promover y sistematizar las diversas experiencias de Grupalidades en el campo de la Salud. Un relevamiento de experiencias, un Taller Nacional de Grupalidades en 2025, cuatro Jornadas de formación en Grupalidades en distintas regiones del país en 2026 y distintas iniciativas en esta orientación muestran un proceso de avance que enriquece la APS y abre múltiples posibilidades. Ver

sigue en pág. 14

viene de pág. 13

Grupales - ASSE Administración de los Servicios de Salud del Estado

*UNIDAD Y REDES ENTRE MOVIMIENTOS SOCIALES

Frente a una realidad de fragmentación y de retroceso, el Frente Social de la Salud, creado en 2017 como una articulación unitaria de los movimientos

sociales de la salud, se fortaleció con nuevas incorporaciones y con una gestión unitaria en ASSE, Junasa y Judesas. Entre otros temas elaboró posiciones comunes sobre temas complejos como Medicación de Alto Precio, Servicios Vip, ampliación del PIAS, incorporación de tecnologías, abordajes comunitarios en salud mental. Hoy integran el FSS 14 organizaciones sociales incluyendo todos los movimientos de usuarios, sindicatos

de la salud, Red MCS, Alenfur, Alames, Fed Discapacidades, Fed Caminantes, Soc. Psicomotricidad, Redam y otros.

* CAMBIOS ESTRUCTURALES: PRACTICAS INNOVADORAS Y ESTRUCTURAS

En una situación tan compleja como la actual es fundamental articular lo local, lo nacional, lo regional y lo internacional en relación con las políticas públicas de

salud y la participación social. Los desafíos son grandes y existen dificultades de distinto tipo. Pero también son enormes la riqueza de las experiencias en curso y las potencialidades de las comunidades. Construir una gobernanza participativa de las políticas públicas, profundizar la participación social y generar experiencias transformadoras son un camino donde cada paso vale. Como dice el Maestro Tabárez ahí también está la recompensa.



¡Justo a nosotros!



MARCIANO DURÁN

Yo creo que a nuestra generación se le exige demasiado.

Ha caído sobre nuestros hombros el peso de la instalación de un modelo social que se apoya en una tecnología que desconocemos.

Justo a nosotros... los analfabetos del siglo XX.

Alguien metió el cambio tecnológico dentro de una mochila y cuando nos distrajimos, nos la colgó, nos palmeó la espalda y nos pidió que empezáramos a caminar.

Justo a nosotros, que nos aprendimos de memoria todas las capitales de América, todos los ríos de Europa, todas las fechas de las batallas y todos los nombres de los planetas (que en definitiva fue lo que nos dijeron que teníamos que saber; no se nos ocurrió a nosotros solitos estudiar francés o italiano en el liceo, calcular el seno o el coseno, ni hacer círculos con un compás).

Y siguen pasando los años y yo sigo esperando que el tipo del banco me pregunte por la capital de Honduras, que el de Netflix quiera saber mi opinión sobre la llegada de Solís o que el de la mutua lista me pida que le haga un germinador. ¡Y nada!

Ellos solo preguntan usuarios, pin y

password.

¡Y mientras tanto, la tabla periódica solo me ha servido para hacer crucigramas!

Pensándolo bien, es ahí donde he estado colocando en los últimos años todo lo que me enseñaron en los primeros años: en los crucigramas.

El río Po, el "Ag" de la plata y el cerro que domina el llano. El bison de Europa, la cerveza ligera inglesa, la antigua ciudad de Caldea y el hermano de Abel.

Y resulta que ellos ahora nos entregan controles remotos, computadoras y celulares y nos dicen:

Tome, ahí tiene. Llame a su hija y envíele esa foto que le está pidiendo. Baje la "app", atienda ese GPS, copie ese texto... ¿Ya pudo? Ah... ¿no puede? Es ahí... ahí... apretando ese botón, ese... ¡Pero si es muy fácil! ¡Ese, sí! ¡Aah! Se le terminó el tiempo... ¿Recuerda su usuario? Bueno, escanéeme — por favor — el código del... ¡Ah! ¿Se le pasó el tiempo otra vez? El "token"; ahora el "token". ¿No recuerda su contraseña? Bueno, pongamos una nueva. No, esa ya la usó... una nueva, otra. No, más compleja; que tenga caracteres numéricos, caracteres de símbolos y alguna mayúscula. ¡Ups! Vamos a tener que bloquearlo porque ha hecho muchos intentos. Mándenos una firma escaneada o utilice el sensor de huella de pantalla.

¡Justo a nosotros! Que el electrodoméstico más complejo que había en nuestras casas cuando éramos niños era la heladera. Y tratar de saber si se apagaba la lamparita cuando se cerraba la puerta era nuestro gran desafío tecnológico.

Está bien, lo entiendo. Alguna vez tenían que hacer el cambio. Pero... ¡justo cuando nosotros íbamos pasando!

A nosotros... que lo más complicado que manejamos fue un primus, y lo único que teníamos que hacer era estar atentos al momento en que se acababa el alcohol, para cerrar la válvula y darle bomba... ¡y muchas veces se nos iba el alcohol sin prenderlo!

Justo a nosotros nos dijeron que cocináramos con un aparato con botones, teclas, campanitas y platos giratorios, sin desparramar el café por todo el interior o comer el guiso tibio.

¡A nosotros...! Que cuando tuvimos

por primera vez una Spica en nuestras manos, sentimos que nos explotaba la cabeza y lo único que había que hacer era sintonizar una de las ocho emisoras que había allí adentro.

Y hoy nos dicen que el fútbol está en la tele, que intentemos llegar a él; que quedó escondido entre los canales, las señales y el streaming, detrás de la AUF, como pasando por Antel, frente a Direct TV, al costado de ESPN. Y que apenas consigamos encontrarlo tendremos que resolver el pago como si fuera una entrada al estadio.

Justo a nosotros nos sacaron el dinero de la jubilación, lo colocaron adentro de un cofre gigante y nos desafiaron a que lo retiráramos.

—¿Recuerda el "pin"? ¿Trajo la tarjeta? Lo siento, ya sacó lo que tiene permitido por hoy. Se le acabó el tiempo. El importe supera el límite diario. No se pudo completar la transacción. ¿Quiere hacer otra operación? Ups... vamos a tener que retenerle la tarjeta.

Y nos entregan nuestra jubilación cuando, cuanto y como quieren, porque el dinero de nuestro trabajo de cuarenta años quedó apretado entre el hardware y el Windows tratando de migrar el software a Linux.

Justo a nosotros, que cuando llegaron los televisores a nuestras casas, los que se paraban a cambiar de canal eran nuestros padres.

[Nota para los más jóvenes: no se podía cambiar desde el sillón, el control remoto éramos nosotros y para apagarlo había que aclararlo, porque podía explotar.]

Y les juro que nos hemos estado esforzando para no caer del mundo. Lo hemos intentado una y mil veces. Pero cuando aprendimos las respuestas, nos cambiaron las preguntas. Así que nos fuimos transformando en hijo-dependientes, y más aún: en nieto-dependientes.

Y empezamos a andar por la vida mendigando una monedita de conocimiento a alguien que tenga más de 4 años y menos de 50 para que nos ayuden a cambiar de canal.

¡Justo ahora que entramos en la edad en la que lo que sabíamos lo vamos olvidando!

Y nos sentimos mal porque vamos perdiendo lugares, espacios y oportunidades.

Y hay días en que las palabras "discapacitado" o "minusválido" pasan por nuestras cabezas, porque seremos lentos, pero no somos tontos: sabemos que cada día que pasa estamos más por fuera del sistema. Porque los cambios tecnológicos son vertiginosos y la tecnología se transforma en un monstruo que se muerde su propia cola. Y en ese lugar nosotros ya no entramos. Porque somos de la generación que se plantea la tecnología como un medio, pero nunca como un fin en sí mismo.

Lo peor de esta historia es que tampoco podemos aplicar los conocimientos anteriores: porque ya no tenemos la Volcán, ni el grabador a cinta, ni el tocadiscos, ni la máquina de fotos.

Es decir: lo de ahora no... porque no lo sabemos.

Lo de antes tampoco... porque ya no lo tenemos.

¿Han visto a una persona mayor tratando de conseguir sus medicamentos frente a una máquina dispensadora de tickets que se tranca? (Porque, además, están de vivos. Están experimentando con nosotros; ni siquiera funcionan bien todavía los aparatos.)

Justo a nosotros —que pedíamos la llamada a la operadora para que nos comunicara con el hospital— nos piden que agendemos un contacto y hagamos un Zoom o que mandemos un link para el Meet.

Justo a nosotros, que esperamos una semana el revelado de un rollo, nos piden que editemos una foto y la mandemos "por wasap".

Entonces la pregunta inevitable es... ¿Y ahora, cómo seguimos?

Yo elijo caminar hasta el borde, justo hasta ese lugar en donde empieza la frustración.

Yo elijo no esconderme de la tecnología y usar lo imprescindible para no convertirme en un cavernícola.

Yo elijo vivir con plenitud lo que la vida me ofrece fuera de la tecnología y sobrevivir dentro de ella.

Porque hay días en que te sentís mal y te da lástima.

Te das lástima

Y no nos merecemos eso.

Jornada Raúl Amorín Cal – Florida, 15 de agosto de 2026

El sábado 15 de agosto de 2026 se celebró en la ciudad de Florida la Jornada de Medicina y Cirugía “Raúl Amorín Cal”, en recuerdo de aquel notable cirujano. El Diario Médico estuvo presente y pudo recoger los siguientes apuntes.

En el MAVEA, (Museo de Artes Visuales Ernesto Alexandro) de la ciudad de la Piedra Alta, se colgó temprano de muchos jóvenes residentes de cirugía, principalmente, que viajando desde Montevideo se dieron cita allí. Estas jornadas se realizaron de tempo en tempo para recordar y brindar Homenaje a quien fuera un líder de la cirugía flordense.

El programa incluía una intervención del Dr. Antonio L. Turnes, evocando la figura del cirujano tantos años vinculado a ese departamento, y se fueron incorporando otros testimonios, desde los presentes y desde el otro lado del Atlántico. EL DIARIO MÉDICO, presente en el homenaje, recogió estos recuerdos.

También figuras de la medicina y cirugía nacionales que hicieron presencia: el Dr. Nelson Juambeltz Dogliotti, ex profesor de clínica quirúrgica infantil, la ex profesora de clínica quirúrgica y ex presidenta de la Academia Nacional de Medicina, Dra. Sonia Boudrandi, el Dr. Martos Torres Amorín, sobrino del homenajeado y también destacado cirujano flordense. Todos ellos convocados por el presidente de la , Sociedad de Cirugía del Uruguay, Prof. Dr. Daniel González González, otro destacado cirujano flordense, actualmente profesor de clínica quirúrgica en el Hospital Maciel.

DIJO ANTONIO L. TURNES, dirigiéndose a los colegas, amigos y familiares del doctor Amorín:

Es un honor para mí, que agradezco especialmente al presidente de esta Jornada, y presidente de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el Prof. Dr. Daniel González, la amable invitación para

compartir con ustedes un recuerdo del Dr. Raúl Amorín Cal, médico y cirujano de tan altos merecimientos, con cuyo nombre se designan estas Jornadas.

Recuerdo y reconocimiento a Raúl Amorín Cal, cuyo nombre lleva desde 2001 el Hospital Departamental de Florida.

Florida fue tierra donde desarrollaron su vida grandes y recordados médicos: Juan Guglielmetti, Fernando Abente Haedo, Heraclio Labandera Goñi... O que dio médicos como María Rosa [Perla] Remedio.

La Sociedad Médico Quirúrgica del Centro de la República, que vertebró desde 1932 a los médicos unidos por la Ruta 5, fue lugar de reunión de figuras consulares como Emilio Penza, de Durazno, Barsabás Ríos, de Tacuarembó, Fernando Abente Haedo, de Florida, Arturo Berhouet, de Flores. Personalidades que marcaron a varias generaciones de médicos del interior y que desarrollaron intensa actividad científica y social. Ellos hicieron mucho por mantener viva la llama del conocimiento entre los médicos de estos pagos.

Cuando en 1950 Héctor Ardao inició la organización del 1er. Congreso Uruguayo de Cirugía, coincidiendo con el centenario de la muerte de Artigas, se estableció otro nuevo nivel de discusión e intercambio, particularmente entre todos los cirujanos del país, sin distinciones entre la capital o el interior como en aquella tarde, en el salón de actos de la Facultad de Medicina, decía Ardao:¹

Los cirujanos de todas partes del país, jóvenes o viejos, formados en escuelas quirúrgicas diferentes, y conformados

con mentalidades médicas dispares, venimos hoy a aprender unos de otros, nuestras propias enseñanzas, otra vez con el mismo espíritu juvenil de camaradas con el que estas paredes y estas mismas aulas de clase nos recibieron hace muchos años. Éste será nuestro homenaje de estudiantes a la Facultad que hoy celebra el 75º aniversario de la instalación de sus primeras cátedras.

Algo tendremos que decirnos unos a otros. Las experiencias vividas, distintos enfoques de problemas quirúrgicos, lo que hacemos en tales y cuales circunstancias, los resultados, los éxitos y los fracasos, nuestras posibilidades. Con la experiencia de cada uno todos aprovecharemos, mientras ha de flotar en el ámbito de los debates como una sombra tutelar el espíritu de nuestros viejos maestros aquí presentes.

La Sociedad Médico-Quirúrgica del Centro de la República, que fue una histórica asociación científica y médica del interior de Uruguay fundada en el siglo XX, que nucleaba a profesionales de departamentos como Tacuarembó, Rivera, Durazno, Flores, Florida y Canelones, continuó reuniendo a los médicos para actualizarse y fraternizar con los colegas, fortaleciendo esta vieja tradición.

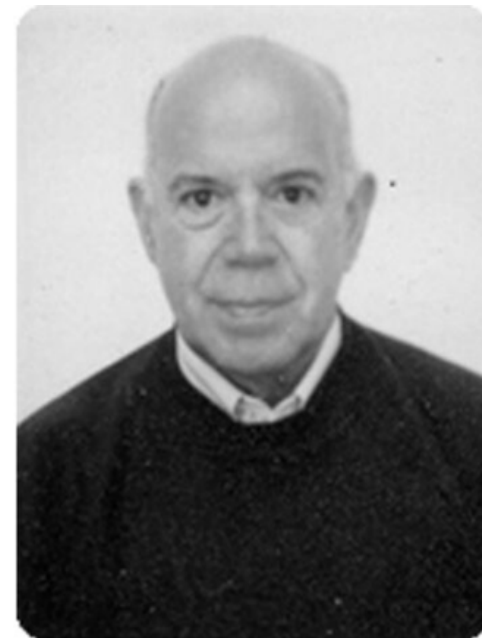
Es curioso cómo la Sociedad de Cirugía del Uruguay, en sus inicios llamada Sociedad de Cirugía de Montevideo, fundada en 1920, tardó 30 años en realizar su primer congreso, hasta que Ardao lo hizo posible en diciembre de 1950. Esa vocación gregaria de médicos y cirujanos del Centro de la República fue precursora en ese camino, porque desde los tempranos años de 1930 inició sus históricos encuentros, que hoy nos parecen tan lejanos.

RAÚL AMORÍN CAL Y SU HISTORIA PERSONAL.

Nacido en San Carlos (departamento de Maldonado), el 20 de junio de 1933, era hijo de un funcionario de UTE y de una maestra rural. La educación primaria la realizó en la escuela rural de su madre, en Sarandí del Consejo, en Rocha, junto a sus hermanos. El liceo lo realizó en Castillos, donde cimentó amistad con otros que serían grandes cirujanos, como Roberto Rubio, Marcos Torres o Mario Camaño.

Hizo preparatorios en San Carlos, gracias al estímulo del profesor Walter Schettini, reconocido pedagogo, que resultaría suegro de Mario Camaño.

Grandes cirujanos y médicos dio Castillos, una pequeña población rochense: Roberto Rubio (maestro de cirujanos, uno de nuestros primeros cirujanos cardíacos, que implantó el primer marcapaso del mundo con Orestes Fiandra, en 1960); Víctor Hugo Briozzo, Efraín Margolis, los hermanos Héctor Joaquín y Jorge Haroldo Lucían Mena, Marcos Torres, Mario Camaño, José Pedro Debat Garmendia, cada uno con su trayectoria en Uruguay o en el exterior, como Isaac



Raúl Amorín Cal “Coco” (1933-2000)

Bolkier, que culminó como jefe de urología en el Hospital Rambam de Haifa, en Israel.

Amorín cursa el liceo en Castillos, en ese ambiente, y luego pasa a San Carlos para hacer preparatorios; pero tiene que trabajar en una ferretería, y será el profesor Walter Schettini, un docente integral, director del liceo de San Carlos, que lo estimula para que prosiga estudiando, y así puede ingresar a la Facultad de Medicina.

Cursa la Facultad de Medicina y realiza el Internado en la clínica del Profesor Abel Chifflet, ya ubicado en el Piso 9 del Hospital de Clínicas. El servicio de Chifflet era una gran familia. Al estilo antiguo, desde Alfonso Lamas, de cuya escuela procedía Chifflet, cada fin de rotación y cada fin de año, hacía un asado con todo el servicio en su chacra del Parador Tajés. Héctor Ardao, que tomó esa tradición, también hacía lo propio en su chacra de Pando, donde alguna vez pudimos disfrutar.

Cuando hace la rotación como practicante interno por el Instituto de Radiología (hoy Instituto Nacional de Oncología), Raúl Amorín Cal conoce a la joven María Esther Silveira de Castro (Nené) quien se desempeñaba como nurse y con quien contrajo matrimonio el 17 de diciembre de 1963, que será su esposa, con la que formará noble familia.

SE GRADÚA COMO MÉDICO EL 18 DE JUNIO DE 1963.

Desde 1964 es jefe de Clínica (Asistente) en el servicio del profesor Walter Suiffet, y simultáneamente es cirujano de guardia en el Hospital Pasteur, todo realizado siempre por la vía del concurso de oposición.

Como lo ha consignado Daniel González en su semblanza de Amorín, éste decía de Suiffet:²

Fue un maestro excepcional para nosotros. Nos dio un ejemplo de estudio, de trabajo disciplinado, de seriedad técnica y científica. Tenía una preocu-

sigue en pág. 16



¹TURNES, Antonio L.: Héctor A. Ardao, maestro de la Cirugía Plástica Reparadora en el Uruguay. 2011, pp.: 272-276.

²GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, Daniel: Raúl Héctor Amorín Cal (“Coco”) (1933-2000). En Médicos Uruguayos Ejemplares, tomo V, Academia Nacional de Medicina, 2024, pp.: 327-336.

viene de pág. 15

pación permanente por lo que íbamos haciendo cada uno de sus discípulos y nos empujaba permanentemente al aprendizaje correcto y a la superación. Supo dar a todos - discípulos o no - la información completa y adecuada ante cualquier tema que se le consultara, cosa que hacía con mucha frecuencia. Animador permanente y sostén principal en los últimos años en la Sociedad de Cirugía, nos impulsó a todos a aquel ámbito al cual concurríamos como a la solemnidad del templo.

Este tránsito por el Hospital Pasteur, actuando en la Emergencia, le permite atender pacientes con heridas y traumatismos de toda laya.

Considero que el hecho de haber sido nacido y haber crecido en el interior, viviendo por tantas localidades, lejos de la capital, le dio una sensibilidad especial y una atracción particular para venir a residir y trabajar en Florida, la capital de la Piedra Alta.

Ingresa por concurso como cirujano de Florida en 1969. Constituye una nueva generación de cirujanos, de formación académica, que viene a ejercer en esta ciudad. Debe recordarse que antes del Plan de Estudios de 1945 (de Julio García Otero), las generaciones anteriores recibían el título de médico - cirujano, y estaban habilitados para practicar cirugía, aunque no con una formación dedicada exclusivamente a esa disciplina. Aquellos médicos eran médicos - cirujanos - parteros. Era la época en que el médico, en sulky, a caballo o en coche, según las épocas y lugares, recorría largas distancias, para asistir partos que excedían a una comadrona. Esto se dio en todo el interior y era esa la formación que impartía la Facultad.

En noviembre de 1974 participa con un artículo sobre Conducta ante un enfermo varicoso en el segundo número de la Revista Médica del Uruguay.

El 4 de abril de 1975 obtuvo el título de especialista como Cirujano Infantil por competencia notoria en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Agrega así otra estrella a su formación.

El avance de la cirugía en Florida se debe en buena medida a los esfuerzos de Raúl Amorín, y al equipo que él formó, con Marcos Torres. Fundamentalmente con Marcos Schwartzmann, que fue un gran anestesiólogo, tal vez el primero con formación académica que actuó en el interior.

Eso le permitió a Amorín alcanzar exce-

lentes resultados en cáncer de esófago. Como lo expuso en su trabajo "Cáncer de esófago. Tratamiento quirúrgico de 49 casos (1970-1986)", con el que Amorín obtuvo el premio Profesor Fernando Herrera Ramos-Laboratorio Spelar, otorgado en 1986 por la Academia Nacional de Medicina.³

Llevado por la atenta escucha a sus pacientes, incorporó desde 1978 la técnica de las mastectomías parciales, iniciando un camino pionero a nivel nacional.⁴

En 1986 escribió el capítulo de Técnicas de mastectomías parciales en el cáncer de mama en el libro Cáncer de mama. Estado actual y aspectos en controversia, cuyo editor fue el Dr. Félix Leborgne. En él fundamenta su elección por esta técnica, precisando que si bien "son procedimientos que se reservan para un grupo de pacientes con lesiones poco avanzadas, cada vez más vamos ampliando su indicación en la seguridad de obtener igual control loco-regional, que es en definitiva lo que puede ofrecer la cirugía".

Merece destacar que fue candidato suplente a la Intendencia por el Frente Amplio, en 1971, junto a Hugo Dibarboure Icasuriaga, el célebre médico rural de Capilla del Sauce, con quien tuvo el gusto de compartir lugares de trabajo en Montevideo.

Amorín fue DIRECTOR DEL HOSPITAL departamental de Florida desde 1985. Con una visión de salubrista, desarrolló la atención primaria de salud, habilitando policlínicas en diferentes barrios y localidades. Y logró tener un laboratorio que es el mejor de todos los laboratorios públicos del interior del país.

De Raúl Amorín dijo el Dr. Alfredo Solari, que había sido ministro de Salud Pública por dos períodos:

Dirigió durante casi diez años el Hospital de Florida, al cual transformó en su planta física, modernizó sus servicios y por sobre todo reconoció y premió la dedicación de su personal, transformándolo en un establecimiento público apreciado por la comunidad. En su concepción política y social, no deberían existir diferencias entre la calidad y la calidez de los servicios de un hospital público y un sanatorio privado y por ese ideal luchó. Ni esa pasión por el bien de la comunidad, ni sus innegables capacidades, virtudes y valores fueron excusa para que en él se deslizara el más mínimo atisbo de arrogancia.⁵

Realizó Amorín una experiencia magnífica, que ojalá fuera inspiradora en otras partes, en la coordinación de la urgencia y emergencia, entre todos los prestadores públicos y privados,

logrando un servicio robusto, eficiente y económico. Efectivamente, fue ideólogo y cofundador de SUDUF (Servicio de Urgencia único de Florida), en el que participaron: Salud Pública (a través del Centro Departamental), Ministerio de Defensa Nacional (por intermedio del Batallón de Ingenieros de Combate No. 2 "Sarandí"), Ministerio del Interior (por parte de la Jefatura de Policía de Florida), Intendencia Municipal de Florida y COMEF, la Cooperativa Médica de Florida de la que había sido uno de los médicos fundadores.

Presidió la Sociedad de Cirugía en 1987 y el Congreso Uruguayo de Cirugía en 1988, que por vez primera se celebraba en Punta del Este, logrando Raúl Amorín, con su conocimiento de la zona, que se depusieran las resistencias por organizar esta reunión en un lugar con halo de elitista.

Fue designado por sus reconocidos méritos, no por motivos políticos, Director General de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE, en la etapa que era un organismo descentralizado, antes de la reforma del SNIS;

me refiero a los años 1995-1997).

TUVO ESTATURA DE SALUBRISTA VOCACIONAL. FUE INNOVADOR EN LA CIRUGÍA.

Por todo ello, considero que debe ser motivo de auténtico orgullo para Florida, para los establecimientos de salud de este departamento, y especialmente para la cirugía uruguaya, haber tenido a una personalidad como el Dr. Raúl Amorín Cal, que desde aquí alcanzó el mayor brillo y realizó tan valiosos aportes que merecen ser adecuadamente valorados.

Mi agradecimiento a Daniel González, presidente de la Sociedad de Cirugía, por la invitación; a Marcos Torres, que en nuestras conversaciones en el Colegio Médico me permitió ir conociendo diferentes etapas de la actuación de Raúl Amorín en Castillos, San Carlos y Florida. Y a Mario Camaño, que desde Diamante, en Paraná, Entre Ríos, en nuestros periódicos encuentros telefónicos, también contribuyó con sus recuerdos y anécdotas.

Muchas gracias.

Un testimonio desde Barcelona

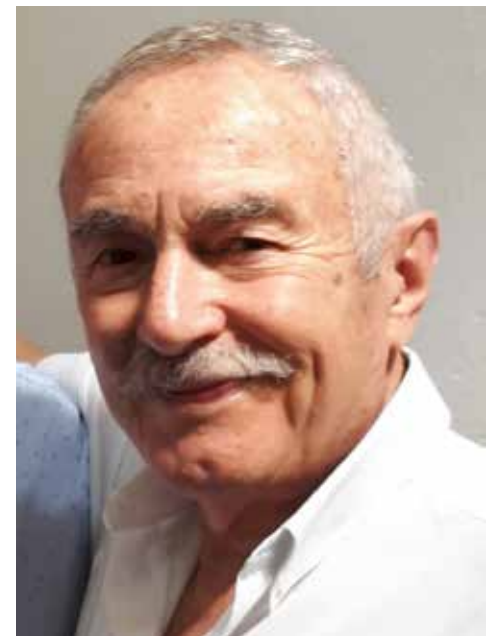
Antes de finalizar, expresé Turnes que había recibido en la mañana anterior un testimonio enviado desde Barcelona por el anestesiólogo floridense y amigo del homenajeado, fundador de El Diario Médico, Dr. Juan José Arén Frontera. Desde Barcelona se recibió este testimonio, leído en la ceremonia de Florida, que también leyó el Dr. Turnes, y que se transcribe:

DR. RAÚL AMORÍN CAL.

Mi testimonio.

Años 1964 a 1969. Hospital Pasteur, la guardia de los jueves de Cirugía, su titular Dr. Roberto Rubio, su "leuco" Dr. Raúl Amorín, yo Anestesiista de Guardia. Muchas, muchas intervenciones juntos. Comienzo de una buena amistad con ambos. Dejo el Pasteur. Años después me reencuentro con Rubio haciendo ambos Cirugía Cardíaca en el Clínicas.

Pasan los años. Pasan muchas cosas en Uruguay y en nuestras vidas. Yo viviendo y trabajando en España. Diciembre del 90, viaje al terruño, mi amigo del pueblo, Dr. Luis Pandolfo, me invita a la fiesta de fin de año de COMEF aquí en Florida. Reencuentro con viejos amigos y compañeros, reencuentro con Raúl, ya erigido en figura notable de la Cirugía departamental y nacional. Reencuentro con Dr. Salomone, compañero de Preparatorios y Facultad, en aquel momento presidente de COMEF; me invita a regresar, a integrar el staff de la institución. Años 91 retorno. Dra. Margarita Ferrari, recordada Margarita, era la Anestesiista habitual de Raúl. No obstante, muchas, muchas veces me correspondió a mí anestesiar los pacientes de Raúl. Recuerdo muy especialmente una intervención, Sra. Pessano, reintervención por cuarta o quinta vez, patología muy compleja de vías biliares. Raúl invita a ayudarlo a Dr. Raúl Praderi, otro grande, que había inventado el drenaje transhepático de la vía biliar. Me correspondió el honor de anestesiarles la paciente. Praderi había sido mi instructor de semiología quirúrgica



Dr. Juan José Arén Frontera.

en 3er. año. Ver operar a estos dos personajes de la cirugía juntos, fue una gozada.

Raúl Amorín era un gran cirujano, su manejo de los tejidos, la delicadeza con la cual operaba, eran una maravilla, siempre tranquilo, sereno. Los resultados, los postoperatorios daban testimonio de ello. Yo trabajé en el Pasteur, en el Clínicas, en Europa, viendo grandes cirujanos de renombre. A Amorín se le podía incluir en el selecto grupo de los mejores, sin duda alguna.

Mi estancia en COMEF duró 1 año. Por razones estrictamente familiares tuve que volverme a España. Al cabo de algunos años, en uno de mis viajes a Uruguay me enteré de la enfermedad de Raúl. Vamos a visitarlo con Teresa, mi esposa, Nurse, que también había trabajado en COMEF y conocía muy bien a Raúl, a su domicilio en la calle Ituzaingó. Lo encontramos demacrado, adelgazado, cordial y amable como siempre. Después de escasos preámbulos pasamos a su enfermedad. Y él, con tristeza nos decía: "Yo no sé por qué mis colegas no quieren operarme", "sí, es una operación

sigue en pág. 17

³CRESTANELLO, Francisco A.: *Academia Nacional de Medicina de Uruguay 1976 - 27 de diciembre - 2016. Cuarenta años de avances y realizaciones. ANM, 2017, p. 299.*

⁴GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, Daniel: *Raúl Héctor Amorín Cal ("Coco") (1933-2000). En Médicos Uruguayos Ejemplares, tomo V, Academia Nacional de Medicina, 2024, pp.: 327-336.*

⁵Cámara de Representantes. *Informe de la Comisión de Constitución, Códigos, Legislación General y Administración. Carpeta No. 1291 de 2001. Repartido No. 622, 4 de julio de 2001: Doctor Raúl Amorín Cal: Designación (con su nombre) al Centro Departamental de Salud Pública de Florida. Informe de la Comisión de la XLV Legislatura. Alejo Fernández Chaves (Miembro Informante), Odel Abisab, Jorge Barrera, Daniel Díaz Maynarad, Carlos A. López, Felipe Michelini, Jorge Orrico, Margarita Percovich, Diana Saravia Olmos. En: http://sip.parlamento.gub.uy/repartidos/Accesso_Repartidos.asp?Url=/repartidos/camara/d2001060622-00.htm (Consultada el 20.01.2014).*

viene de pág. 16

importante, pero que se puede hacer sin problemas", ¡¡¡¡"si habré operado yo cánceres de páncreas!!!!". Y nos relataba la operación: "entras por la transcavidad

de los epiplones, ...". Paralelamente, como si estuviera operando, movía sus dos manos como si estuviese acariciando los órganos que nos nombraba. Teresa y yo mudos, no sabíamos que responder. Mi hermano Osvaldo, oncólogo, había

participado en la fase diagnóstica, y me había comentado previamente "Nada a hacer, está extendido". Daba una pena enorme ver su afán por ser operado, por sobrevivir. La despedida, lógicamente, fue plena de emoción.

Ya en España, al cabo de pocas semanas nos llegó la noticia "Se fue Raúl". Sí, se había ido un AMIGO, ¡¡¡¡se había ido un hijo adoptivo de Florida que trascendió fronteras, SE HABÍA IDO UN GRANDE DE LA CIRUGÍA NACIONAL!!!!

Los maestros de Amorín Cal

En cirugía tuvo tres grandes maestros de la clínica quirúrgica: Abel Chifflet, un gran anatomista y cirujano, con quien hizo parte de su internado Amorín, en el Piso 9 del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"; Roberto Rubio, conterráneo de Castillos, con quien hizo mucha cirugía de urgencia en la Puerta del Hospital Pasteur y Walter Suiffet, profesor que sucedió a Pedro Larghero, también en el Hospital Pasteur y que acercaba sistemáticamente a sus discípulos a la Sociedad de Cirugía, para que no dejaran de concurrir a sus reuniones para conocer la presentación de casos y participar de las enriquecedoras discusiones que se suscitaban entre los presentes, para intercambio de experiencias.

LAS RECREACIONES

Finalizadas estas exposiciones, hicieron uso de la palabra en primer lugar el Dr. Nelson Juambeltz, quien recordó su pasaje por el Hospital de Florida, en su rotación como interno y de cuánto aprendió con Raúl Amorín, a quien considera uno de sus principales maestros. Esparció un manojo de anécdotas vividas durante ese tiempo, que pintaban adecuadamente la relación que establecía



Abel Chifflet Gramática (1904-1969)



Roberto Rubio Rubio (1917-2011)



Walter Suiffet Botta (1910-1987)

Amorín con los practicantes, a los que llevaba a almorzar a su casa los domingos con su familia, y particularmente con el cuidado de sus pacientes. Cómo se organizaba cuando operaba un pa-

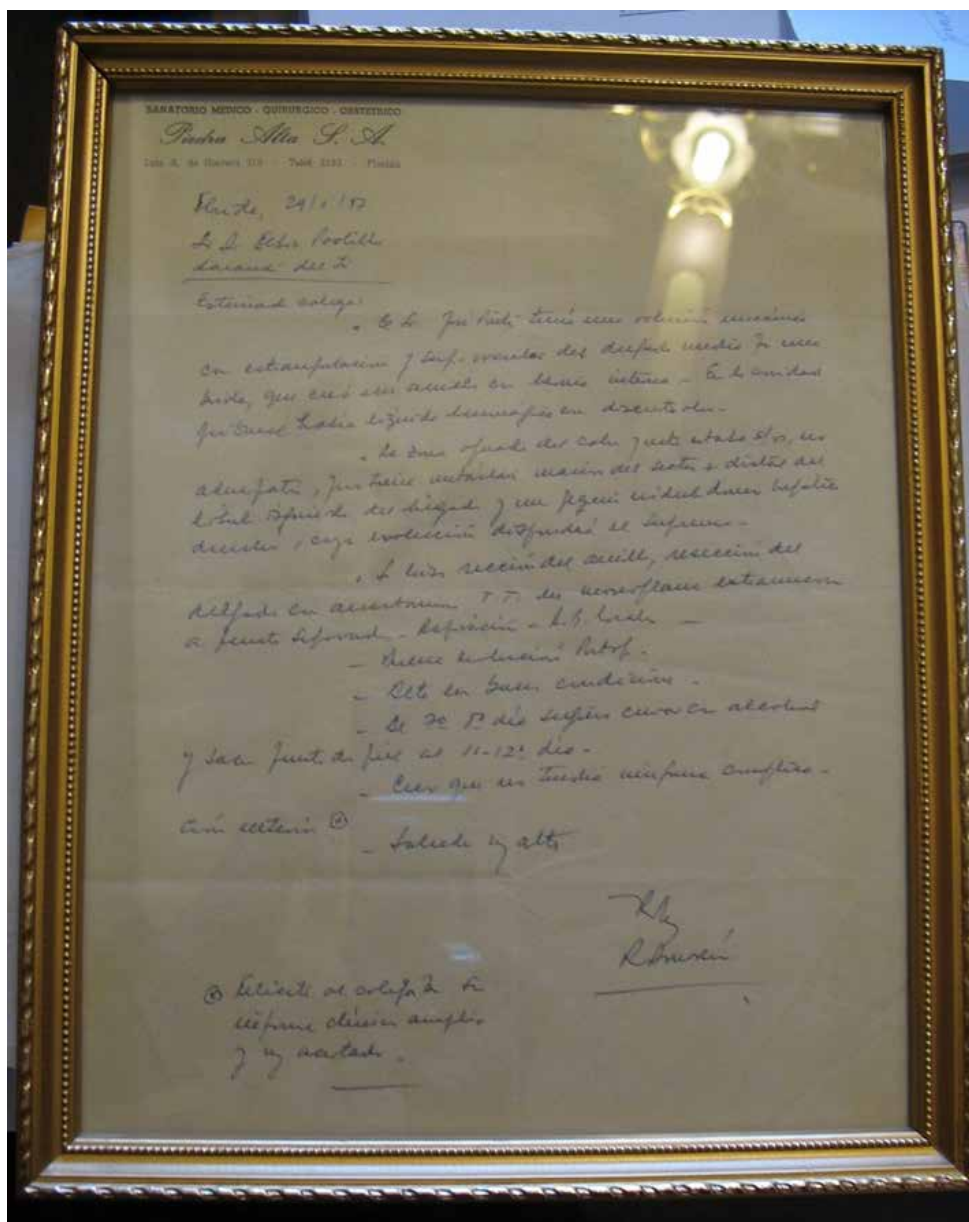
ciente de cáncer de esófago, que luego no hacía otra cosa en ese día, y cuando lo iban a ver al paciente al día siguiente, estaba en una nube de niebla, por el vapor de agua que le había indicado para mantenerlo en un ambiente donde le fuera favorable la recuperación. Y así obtuvo magníficos resultados, que le permitieron alcanzar un premio con sus 49 pacientes operados. En otras señaló el agudísimo sentido clínico y la maestría de Raúl Amorín, cuando encontraba una lesión en pleno acto operatorio que era mucho más extendida de la que se había diagnosticado, y encaraba la solución de todos los problemas. Así ocurrió con un paciente portador de un cáncer de colon derecho, que estaba coordinada una hemicolectomía, pero que en el campo operatorio no justificaba la anemia tan importante que tenía; encontró que había un tumor renal y dos metástasis hepáticas. Entonces hicieron la hemicolectomía derecha, la nefrectomía derecha y la segmentectomía hepática de los segmentos VI y VII. Y todo eso lo realizó en una hora treinta minutos. Trabajando serenamente, sin apresurarse, pero con precisión y buscando el bien del paciente. Puso en evidencia el Prof. Juambeltz, cómo era el carácter y la ética de Raúl Amorín, con los miembros de su equipo, al que cuidaba y estimulaba

para su constante perfeccionamiento. La puntualidad: cuando se marcaba la hora 08.00 para iniciar una operación, a esa hora no solo estaban todos vestidos y lavados, los instrumentos bien dispuestos, y ya estaban colocando los campos operatorios y practicando la primera incisión.

Marcos Torres, por su parte, como sobrino de Amorín, habló en nombre propio y de la familia, para agradecer el homenaje, y celebrar que la Sociedad de Cirugía hubiera retomado la tradición de celebrar estas jornadas anuales, que se habían dejado de realizar, y felicitó al Prof. Daniel González por haberlas retomado y alegrarse por la concurrencia de los médicos jóvenes. Remarcó la importancia que tenía todo el equipo asistencial, desde los ayudantes, anestesiólogos, enfermeras, instrumentistas, circulantes, todos los que hacen su parte para la armonía del trabajo operatorio.

La Dra. Cecilia Plazzotta, cirujana de Florida y organizadora local del evento, cerró los comentarios señalando la importancia de recordar a esta figura de tanta trascendencia para la medicina nacional, que trascendió fronteras con sus aportes, y que es un auténtico ejemplo para las generaciones jóvenes,

sigue en pág. 18



Carta del Dr. Raúl Amorín Cal al Dr. Elbio Paolillo, de Sarandí del Yi, refiriéndole un paciente. Conservada en la Dirección del Hospital Departamental de Florida.



viene de pág. 17

y agradeció a los presentes y a quienes hicieron posible este encuentro.

La familia de Amorín allí presente, en primera fila, su viuda, hijas y nietos, siguieron con mucha emoción el encuentro y agradecieron vivamente, de manera personal, a cada uno de los organizadores y participantes, felices de que se hubiera recordado a Raúl, que hace 25 años dejó de existir. La jornada luego de este emotivo momento conti-

nuó con su nutrido programa científico, que comprendía el análisis de múltiples temas y casos propuestos por los médicos jóvenes.

LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA

Incluyó la presentación y discusión de trabajos sobre:

- Carcinomatosis peritoneal: Un análisis sobre la viabilidad de su tratamiento por parte de la Clínica Quirúrgica «3».
- Cirugía parietal: La Dra. Florencia Echeverry, del Capítulo de Cirujanas Uru-

guayas, expuso sobre reconstrucción del tránsito y eventraciones periestomales.

- Casos clínicos: Se presentaron actualizaciones sobre oclusión intestinal (Dr. G. Perrone) y Síndrome de Mirizzi (Dr. M. Cresci).

- Mastología: Un bloque dedicado al cáncer de mama, abordando desde la reconstrucción inmediata hasta la epidemiología y el manejo multidisciplinario.

- Politrauma: El cierre estuvo a cargo de un equipo multidisciplinario (Dra. M. Tristant, Dr. E. Motta y Lic. Enf. S. Machado), enfocado en la atención inicial del politraumatizado grave.

EN SUMA:

Puede decirse que en Florida se homenajeó a un cirujano ejemplar, que nacido en San Carlos, departamento de Maldonado, recorrió la campaña, Castillos y luego de graduarse, por la vía del riguroso concurso de oposición, ganó un lugar en Florida. Allí hizo cirugía de avanzada, consolidando un equipo robusto, integrado por anestesiólogos, enfermeras, instrumentistas y ayudantes, que llevaron la cirugía a una nueva frontera. Una figura referente en la medicina nacional, que merece ser recordada, conocida y admirada por sus excepcionales virtudes y realizaciones.



Dra. Cecilia Plazzotta, organizadora del evento, señora María Esther Silveira de Castro (Nené), viuda de Raúl Amorín Cal y Dr. Marcos Torres.



La señora María Esther Silveira de Castro (Nené), viuda del Dr. Raúl Amorín Cal, la Dra. Cecilia Plazzotta, y el Prof. Dr. Daniel González, presidente de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.



Vista parcial del público asistente a la Jornada de Cirugía "Dr. Raúl Amorín Cal", celebrada en Florida.

COMPROMISO DE GESTIÓN

Metas concretas para mejorar la atención

Se dio comienzo a la firma de los Compromisos de Gestión con las unidades ejecutoras de las regiones Norte y Oeste. La herramienta establece objetivos, metas e indicadores concretos para evaluar la gestión y orientar las decisiones, con un propósito central: que los resultados se traduzcan en una mejor respuesta para los usuarios y usuarias.

El salón de actos del edificio central de ASSE estaba repleto. Pero, a diferencia de otras actividades, esta vez la mayoría de quienes ocupaban las sillas no había llegado para ver qué pasaba: eran protagonistas de lo que allí comenzaba.

El miércoles 9 de setiembre, la Administración de los Servicios de Salud del Estado inició la firma de los Compromisos de Gestión, una estrategia interna que procura transformar la manera de planificar, evaluar y conducir los servicios en todo el territorio nacional.

La primera jornada estuvo destinada a las unidades ejecutoras de las regiones Norte y Oeste, dirigidas por la doctora Virginia Farré y la licenciada María Noel Balarini, respectivamente. La Región Norte participó durante la mañana y la Región Oeste lo hizo en horas de la tarde.

Los Compromisos de Gestión esta-

blecen objetivos, prácticas, metas e indicadores concretos que permitirán evaluar el desempeño de los equipos de conducción. Están alineados con las 20 prioridades estratégicas definidas por el Directorio de ASSE, pero contemplan a su vez las características, capacidades y desafíos específicos de cada servicio y territorio.

La iniciativa permitirá contar con criterios comunes para planificar, medir y evaluar la gestión, así como fortalecer la articulación entre el Directorio, las Gerencias, las Direcciones Regionales y las conducciones de las unidades ejecutoras.

La medición, sin embargo, no es concebida como un fin en sí mismo. Los datos y los indicadores deben generar evidencia para tomar mejores decisiones, detectar dificultades, corregir desvíos y orientar



los recursos y las acciones hacia las prioridades institucionales. El objetivo final es que ese proceso tenga una consecuencia concreta: mejorar la atención de los usuarios y usuarias.

La firma fue el resultado de varios meses de trabajo conjunto entre distintas áreas de ASSE, con un papel especialmente relevante de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano y la participación de las gerencias y direcciones regionales.

En ambas instancias estuvieron presentes el presidente de ASSE, doctor Álvaro Danza; la vicepresidenta, doctora Marcela Cuadrado; el vocal, licenciado Carlos Valli; los directores Gustavo Gianre y Jorge Bentancur; el gerente general, doctor Federico Martiarena; las directoras regionales y los equipos de gestión de ASSE Central y de las unidades ejecutoras convocadas.

Por la mañana correspondió firmar a la Región Norte

Las oratorias fueron breves y similares, aunque tanto el presidente como el gerente general de la institución tuvieron

palabras para cada ocasión.

Por la mañana, cuando la firma correspondía a la región Norte, Martiarena sostuvo que la suscripción de los compromisos representa "una nueva forma de asumir la conducción", basada en objetivos definidos, responsabilidades claras, resultados verificables y rendición de cuentas.

Recordó la dimensión de ASSE como principal prestador sanitario del país, con 1.400.000 usuarios, más de 900 puestos de atención y más de 35.000 funcionarios, una estructura que exige una importante capacidad de gestión y, fundamentalmente, responsabilidad.

Detrás de cada indicador, señaló, existe una necesidad concreta: "Detrás de cada tiempo de espera, de cada consulta o cirugía pendiente, de cada medicamento que entregamos o que nos falta, detrás de cada dificultad asistencial hay una persona que nos necesita y que precisa respuesta".

En ese sentido, afirmó que medir la gestión no supone reducir la salud a números o planillas, sino conocer la realidad para transformarla. Los indicadores, explicó, son herramientas para identificar problemas, corregir desvíos y procurar que los recursos públicos se conviertan efectivamente en mejores servicios.

Danza calificó como histórico para ASSE el establecimiento de metas y compromisos concretos y puso el énfasis en aquello que deberá reflejar finalmente su cumplimiento: atender mejor a la población.

Reducir las listas de espera y los traslados, evitar faltantes de medicamentos, coordinar las cirugías, disminuir las derivaciones cuando puedan resolverse las situaciones dentro de la propia red, ajustarse al presupuesto y mantener un diálogo permanente con trabajadores y usuarios forman parte de los desafíos planteados.

El presidente destacó especialmente el papel de las direcciones de las unidades



viene de pág. 16

ejecutoras, a las que definió como lugares neurálgicos de la organización porque es allí, en el nivel operativo, "donde las cosas ocurren" y donde deben encontrarse respuestas para las necesidades cotidianas de la población.

La iniciativa se inscribe, además, en un proceso más amplio de profesionalización de la gestión. Danza mencionó en ese sentido la formación desarrollada mediante un convenio con la Facultad de Ciencias Económicas y los cursos realizados con el Tribunal de Cuentas para fortalecer los procedimientos de compras estatales y el apego a las normas.

También remarcó la necesidad de profundizar la mirada de ASSE como una única red, particularmente en territorios donde existen dificultades para obtener recursos humanos o donde la resolución de un problema requiere la coordinación entre diferentes unidades: "Entender que ASSE es una sola es lo que le da respuesta a la gente", afirmó.

Y fue enfático respecto al alcance de lo firmado: "No son compromisos simbólicos ni se firman para la galería; se firman para cumplirlos".

Por la tarde firmó la Región Oeste

Durante la instancia de la tarde con la Región Oeste, Danza definió la jornada como "un punto de inflexión" dentro de un largo proceso de construcción y llevó el concepto de compromiso más allá de los documentos firmados: "El compromiso de gestión más importante es con la ciudadanía", expresó.

Ese compromiso, sostuvo, debe expresarse en cuestiones concretas: medicamentos disponibles, atención oportuna y humana, reducción de las listas de espera, fortalecimiento del primer nivel, buena atención en salud mental y mayor equidad.

También planteó que administrar recursos públicos implica asumir que estos son limitados frente a necesidades sanitarias que permanentemente requieren nuevas respuestas. De allí, indicó, la importancia de mejorar los



procedimientos y lograr una utilización cada vez más eficiente de los recursos disponibles.

Los compromisos permitirán reconocer avances, pero también detectar aquello que no funciona. Para Danza, el proceso requiere una "exigencia sana, sensata, constructiva" y la capacidad institucional de realizar correcciones cuando las metas no se alcanzan.

Martiarena coincidió en que el seguimiento no tendrá una finalidad punitiva. La Gerencia General, las demás gerencias y las direcciones regionales acompañarán a los equipos para identificar dificultades y trabajar conjuntamente cuando los resultados se alejen de los objetivos planteados.

Los indicadores fueron elaborados

específicamente para cada unidad ejecutora y discutidos procurando que las metas sean comprensibles, alcanzables y vinculadas con la realidad de los servicios.

Una vez avanzado el proceso se realizarán nuevas instancias para analizar los resultados y evaluar el grado de cumplimiento.

La firma iniciada con las regiones Norte y Oeste abre así una etapa que se extenderá al conjunto de ASSE; las regiones Este y Sur firmarán en octubre. Metas, indicadores y evaluaciones serán las herramientas. El desafío será que detrás de cada número pueda verse aquello que le da sentido: una respuesta mejor, más oportuna y más equitativa para la gente.



Una misma ASSE, con las particularidades de cada territorio

Las directoras de las regiones Norte y Oeste coincidieron en que los Compromisos de Gestión permitirán ordenar la planificación y evaluación de los servicios sin desconocer las características particulares de cada territorio.

Para la directora de la Región Norte, doctora Virginia Farré, los Compromisos permiten establecer dónde se encuentra cada servicio y cuál es el nivel que se pretende alcanzar. Ese recorrido requiere trabajar sobre procedimientos y protocolos y evaluar tanto las dimensiones asistenciales como administrativas y los recursos disponibles.

Farré destacó especialmente la perspectiva regional: cuando una necesidad no puede resolverse en determinado lugar, es necesario conocer si existe capacidad para hacerlo en otro punto de la red.

Por eso consideró fundamental que las unidades ejecutoras compartan indicadores y "hablen el mismo idioma": "Si bien los lugares tienen su impronta, su problemática o sus aciertos particulares, es muy importante ver a ASSE como una unidad y no cada región como algo aislado", expresó.

Por su parte, la directora de la Región Oeste, licenciada María Noel Balarini, sostuvo que la firma constituye "un paso importante en la consolidación de una forma de gestión más coordinada, con objetivos claros y herramientas que nos permitan evaluar cómo avanzamos".

Contar con metas e indicadores comunes permitirá, explicó, alinear la gestión de las distintas unidades ejecutoras con las prioridades institucionales, manteniendo al mismo tiempo las particularidades de cada territorio y servicio.

Balarini destacó el trabajo de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano y la articulación desarrollada con las diferentes áreas y regiones durante la elaboración de los compromisos: "La firma de hoy marca el comienzo de una etapa de seguimiento y compromiso compartido, con una finalidad muy concreta: fortalecer la gestión y mejorar la respuesta que brindamos a nuestros usuarios", concluyó.

ASSE avanza en la implementación nacional de los Compromisos de Gestión

La iniciativa procura fortalecer una gestión orientada a resultados, basada en información, evidencia y evaluación.

ASSE continúa avanzando en la transformación de su modelo de gestión, con el propósito de mejorar la planificación, la evaluación del desempeño y la toma de decisiones en los diferentes niveles de la organización.

En este marco, el miércoles 9 de septiembre se realizarán dos encuentros

para la suscripción de los Compromisos de Gestión por parte de los directores de las Unidades Ejecutoras. La primera instancia tendrá lugar a las 9:00 horas, con la participación de la Región Norte, mientras que la correspondiente a la

sigue en pág. 18



viene de pág. 17

Región Oeste comenzará a las 14:00 horas. El presidente de ASSE, Álvaro Danza, participará en ambas actividades.

Los Compromisos de Gestión establecen objetivos, prácticas, metas e indicadores concretos que permitirán evaluar el trabajo de los equipos de conducción en el territorio.

Alineados con las 20 prioridades estratégicas definidas por el Directorio de ASSE, estos compromisos traducen los lineamientos institucionales en resultados esperados, teniendo en cuenta las características, capacidades y desafíos de los servicios de cada región.

Su implementación en todo el país permitirá disponer de criterios comunes para planificar, medir y evaluar la ges-

ción, además de fortalecer la articulación entre el Directorio, las Gerencias, las Direcciones Regionales y los equipos de conducción de las Unidades Ejecutoras.

La medición y la evaluación no constituyen un fin en sí mismas. Su objetivo es generar evidencia que contribuya a tomar mejores decisiones, orientar los recursos y las acciones hacia las prioridades institucionales e identificar oportuni-

dades de mejora. De esta manera, ASSE procura que los resultados de la gestión se traduzcan en mejores respuestas a las necesidades de sus usuarios.

Administración de los Servicios de Salud del Estado

Dirección: Av. Luis A. de Herrera

3326 | Montevideo, Uruguay

Teléfono: (+598) 2486 5008

MEJORAS EN HOSPITAL PEDIÁTRICO Y EN HOSPITAL DE LA MUJER

Hospital Pereira Rossell inauguró obras, renovó espacios y amplió servicios

Sendas inauguraciones en el Pereira Rossell dejaron a ese centro hospitalario con mayor capacidad, amplitud de servicios y mejores condiciones para la atención, resumido por el director general Dr. Giachetto como "transformar los problemas en proyectos, los proyectos en obras y las obras en mejores condiciones para cuidar".

El Centro Hospitalario Pereira Rossell inauguró nuevos consultorios en el Hospital Pediátrico y amplió y renovó el área de cuidados moderados neonatales del Hospital de la Mujer. Las intervenciones mejoran la infraestructura asistencial, las condiciones de trabajo de los equipos y los espacios destinados a pacientes y familias.

Las dos obras fueron inauguradas en una misma jornada, con la presencia de la ministra de Salud Pública, Cristina Lustemberg; el presidente de ASSE, Álvaro Danza; el director general del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), Gustavo Giachetto, y autoridades nacionales y departamentales.

La relevancia de las intervenciones estuvo acompañada además por la presencia del Directorio de ASSE en pleno: la vicepresidenta Marcela Cuadrado; el vocal Carlos Valli; Gustavo Gianre, representante de las y los trabajadores, y Jorge Bentancur, representante de usuarios y usuarias.

En el Hospital de la Mujer fueron renovados 150 metros cuadrados destinados a la Unidad de Cuidados Moderados Neonatales, con una inversión de 8 millones de pesos.

El nuevo sector dispone de hasta diez unidades de cuidado neonatal y un área de estabilización, organizadas para permitir la continuidad asistencial entre los cuidados moderados y aquellos de mayor complejidad.

La intervención incorporó además nuevos espacios para enfermería y procedimientos, equipamiento e insumos, y mejores condiciones para la permanencia y participación de las familias.

En tanto, en el Hospital Pediátrico la obra comprendió 565 metros cuadrados entre el policlínico y el hall de acceso, con una inversión cercana a los 19 millones de pesos.

Se incorporaron 13 consultorios que, articulados con los ya existentes, permitirán disponer de hasta 28 consultorios para la atención ambulatoria, además del Servicio de Cardiología.

La remodelación incluyó también mejoras en recepción y admisión, salas de espera, áreas de enfermería, espacios destinados a pequeños procedimientos quirúrgicos y condiciones de

accesibilidad para usuarios, usuarias y funcionarios: "No estamos inaugurando solamente metros cuadrados. Estamos mejorando las condiciones en las que hacemos la asistencia, tanto en el Hospital de la Mujer como en el Hospital Pediátrico", afirmó Giachetto.

El director general del CHPR sostuvo que las obras apuntan no solamente a disponer de espacios nuevos y más agradables, sino a brindar atención "con mayor seguridad y con mejor calidad".

Giachetto se refirió además al desafío que supone gestionar una institución de las dimensiones y complejidad del Pereira Rossell, con dificultades acumuladas durante años y una demanda asistencial permanente: "Desde el comienzo tenemos una sola convicción: los problemas y las dificultades no nos van a paralizar", señaló.

En ese sentido, indicó que la gestión debe responder a las urgencias y dificultades cotidianas y, simultáneamente, continuar construyendo, restaurando y transformando el hospital: "Gestionar también es dejarlo en mejores condiciones que como lo recibimos. Y ese es uno de los sellos que queremos imprimir a esta gestión: la mejora continua con cultura institucional", expresó.

Esa mejora, afirmó, debe reflejarse en la calidad y seguridad de los cuidados, en la experiencia de pacientes y familias y también en las condiciones laborales de los equipos.

Giachetto destacó especialmente el trabajo de Arquitectura, mantenimiento y los distintos servicios del hospital, cuyos equipos debieron compatibilizar las obras con el funcionamiento cotidiano de un centro asistencial que permaneció operativo durante todo el proceso: "Los edificios importan, la tecnología importa, los recursos importan, pero son las personas las que hacen al hospital", afirmó, y agregó: "Tenemos mucho por hacer y no venimos a decir que resolvimos todos los problemas. Venimos a mostrar que, con dificultades, se puede; que podemos transformar los problemas en proyectos, los proyectos en obras y las obras en mejores condiciones para cuidar".

Danza: "Construir equidad"

El presidente de ASSE, Álvaro Danza, situó las obras dentro de un proceso más amplio de recuperación de la infraestruc-



tura de la institución y puso el énfasis en la población que recibe atención en el prestador público.

Recordó que alrededor de 200.000 usuarios de ASSE menores de 18 años se encuentran por debajo de la línea de pobreza y sostuvo que garantizarles las mismas condiciones de atención constituye una cuestión de equidad: "Construir equidad es atendernos exactamente en las mismas condiciones que se atienden en todos lados. Y por eso estamos haciendo el enorme esfuerzo de recomponer las estructuras asistenciales de ASSE", afirmó.

Danza destacó que los nuevos consultorios cuentan con climatización y mobiliario nuevo, además de vestuarios y comedor para los trabajadores, mientras que el área neonatal dispone de una estructura polivalente que permite incrementar su complejidad asistencial cuando sea necesario.

El presidente de ASSE vinculó estas inauguraciones con otras mejoras realizadas recientemente en el Pereira Rossell, entre ellas la renovación de salas de internación, y anunció nuevas intervenciones.

Entre ellas se encuentra la reforma integral de la cocina del hospital, que comprende unos 1.000 metros cuadrados y demandará una inversión de 63 millones de pesos. También está prevista la recuperación de la fachada y continúan las obras en el área de ginecología.

Danza anunció asimismo que el nuevo microscopio destinado al Servicio de Neurocirugía llegará al país la próxima semana. El equipamiento permitirá fortalecer la capacidad del centro en una especialidad de alta complejidad: "El enorme desafío es hacer más con lo que tenemos. Y en ese desafío nos comprometemos a seguir trabajando contra viento y marea", expresó.

Lustemberg: fortalecer la atención en

todo el país

La ministra de Salud Pública, Cristina Lustemberg, definió al Pereira Rossell como un centro prioritario y señaló que, aun en un contexto de restricciones fiscales, la salud continúa siendo una prioridad.

Subrayó que las condiciones en las que se brinda asistencia están directamente vinculadas tanto con la infraestructura como con las condiciones laborales de quienes trabajan en los servicios: "Lo que queremos hacer es que a lo largo y ancho del país se fortalezcan las condiciones de atención", afirmó.

Lustemberg vinculó las obras del Pereira Rossell con otras intervenciones que buscan fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios públicos de salud en el territorio. En ese sentido, recordó la reciente inauguración del CTI neonatal del Hospital Dr. Andrés Toriani de Rivera, que permite evitar traslados de recién nacidos que requieren cuidados intensivos a centros ubicados a cientos de kilómetros.

Destacó especialmente el trabajo realizado para la formación del equipo de Rivera, cuyos profesionales se capacitaron en el Pereira Rossell y en el Hospital de Clínicas, y sostuvo que esa experiencia demuestra la importancia de articular capacidades dentro del sistema sanitario.

La ministra llamó asimismo a colocar a los usuarios y usuarias en el centro de las decisiones y a abordar los problemas de la atención sanitaria con responsabilidad y capacidad de diálogo.

Las nuevas instalaciones del Pereira Rossell se incorporan así a un proceso de renovación que continúa en distintas áreas del centro. Dos intervenciones diferentes -una destinada a la atención ambulatoria pediátrica y otra al cuidado de recién nacidos que requieren mayor vigilancia- atravesadas por un mismo objetivo: mejorar las condiciones para cuidar y para ser cuidado.

Capacitación en traslado del paciente crítico adulto en Paysandú

Culminó en la ciudad de Paysandú una nueva edición del Curso de Traslado del Paciente Crítico Adulto, organizado en el marco de las actividades de Educación Médica de FEMI.

La propuesta contó con más de 50 participantes, entre médicos, personal de enfermería y choferes, y reunió a los diferentes prestadores de salud del departamento: SIET, UCEM, COMEPA y SAME 105.

La actividad se desarrolló durante dos jornadas. La primera tuvo lugar en las instalaciones de COMEPA y la segunda estuvo destinada a talleres prácticos con ambulancias en movimiento, realizados en el Batallón N.º 8 "General Leandro

Gómez".

La capacitación estuvo a cargo de docentes de la Unidad Académica del Hospital de Clínicas y del equipo de Educación Médica Continua de SAME 105, combinando formación, entrenamiento práctico y trabajo interdisciplinario.

En representación de FEMI estuvieron presentes el Dr. Víctor Scaffo, integrante del Comité Ejecutivo, y la Dra. María del Rosario Lois, presidenta de la Asociación Médica de Paysandú e integrante del



Comité Ejecutivo de FEMI.

Desde FEMI agradecemos especialmente a todos quienes colaboraron y apoyaron la realización de esta actividad, a las instituciones que hicieron posible su desarrollo, a los docentes y, muy especialmente, a quienes participaron de

estas dos jornadas de capacitación.

Continuamos impulsando la educación médica continua y el trabajo conjunto de los equipos de salud en todo el interior del país.

FEMI | Formación, integración y compromiso con la medicina del interior.



Médicos en el limbo: un problema de todo Uruguay con mayor concentración en Montevideo

FEMI alerta que parte del Sistema Nacional Integrado de Salud se sostiene con el trabajo de posgrados que ejercen como especialistas sin haber obtenido aún el título.

La Federación reclama una solución urgente que brinde garantías a estos médicos, asegure la continuidad asistencial y mantenga las exigencias necesarias para la obtención del título de especialista.

La Federación Médica del Interior ya expresó en reiteradas oportunidades su “profunda preocupación” ante la situación que atraviesa el sistema de salud en relación con los médicos que, sin contar aún con el título de especialista, vienen desempeñando determinadas funciones asistenciales de especialidad.

Uruguay llegó a esta situación por necesidad: ante la escasez de especialistas y la necesidad de atender la demanda asistencial. Esta realidad llevó, desde hace décadas, a que médicos que se encontraban cursando etapas avanzadas de su especialización y contaban con el aval de las cátedras desempeñaran funciones asistenciales especializadas sin haber culminado el proceso para la obtención y registro de su título.

“Es importante dejar claro que el título de especialista no es una formalidad administrativa. Es una garantía académica y profesional que debe preservarse. Pero tampoco podemos desconocer que el sistema de salud funciona hoy con médicos que se encuentran en distintas etapas avanzadas de formación. Tenemos la obligación de ordenar ambas realidades”, explica el Dr. Gustavo Alonso, presidente de FEMI.

Tan real y normalizada está esta situación que incluso la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) lleva adelante llamados para cargos de especialista —en áreas donde existen faltantes— e incluye en sus bases la posibilidad de que estudiantes avanzados de posgrado se presenten.

Ante este escenario, la Federación Médica del Interior hace foco en proponer soluciones para un problema estructural del sistema de salud que requiere medidas institucionales y de gobierno urgentes.

“No se trata de mirar para el costado ni de convalidar la informalidad. Se trata de asumir la realidad con responsabilidad. Tenemos que proteger a los pacientes y a los colegas al mismo tiempo, y evitar que la ausencia de una solución institucional a un problema acumulado durante años termine generando una afectación asistencial que impacte directamente en los usuarios”, agrega Alonso.

La realidad sanitaria nacional determina que numerosos servicios de urgencia, policlínicas, blocks quirúrgicos y áreas de cuidados críticos dependan diariamente del trabajo de médicos que cursan etapas avanzadas de su formación especializada.

“No podemos generalizar. Estos profesionales no actúan de forma improvisa-

da: cuentan con años de formación de grado, aprobaron exigentes concursos de ingreso a los posgrados y desempeñan sus tareas en el marco de su formación de posgrado”, puntualiza el presidente de la Federación.

Los datos actualmente en revisión por parte del MSP y la Facultad de Medicina, y analizados por la gremial médica, son elocuentes. De acuerdo con los registros vinculados al ejercicio de especialidades médicas, sobre un total de 12.362 registros analizados, en 4.169 —aproximadamente el 34%— no figura registrado el correspondiente título de especialista.

El análisis territorial de esos mismos registros confirma, además, que no se trata de un problema exclusivo del interior del país. La situación se extiende a todo el territorio nacional y presenta una mayor concentración en Montevideo, donde se registra el mayor número de casos en los que no figura el correspondiente título de especialista.

“Este dato no significa que todos esos profesionales se encuentren en idéntica situación académica ni que todos puedan ser considerados posgrados avanzados. Precisamente por eso FEMI propone que sea la Facultad de Medicina quien establezca criterios objetivos para determinar quiénes reúnen esa condición”, aclara Alonso.

“Lo que sí evidencia la magnitud de estos números es que estamos ante un problema estructural del sistema y no frente a situaciones individuales o excepcionales”, agrega.

Por esta razón, una interrupción abrupta de la actividad que actualmente desarrollan estos profesionales tendría consecuencias difíciles de dimensionar sobre la capacidad asistencial del sistema: podría afectar la cobertura de guardias, policlínicas, emergencias, blocks quirúrgicos, internación y áreas críticas en todo el país, comprometiendo la continuidad de servicios esenciales para la población.

El pasado 7 de julio, FEMI presentó formalmente una propuesta al Ministerio de Salud Pública (MSP) que, lejos de flexibilizar las exigencias académicas u otorgar títulos automáticos, busca conservar el rigor y las garantías que otorga el título de especialista sin comprometer el funcionamiento del sistema.

La propuesta de los médicos del interior establece la creación de un “régimen excepcional y transitorio de regularización”, estructurado sobre tres pilares fundamentales:

Primero: definición académica. Definir quién puede ser considerado posgrado avanzado mediante criterios académicos objetivos establecidos junto a la Facultad



de Medicina.

Segundo: marco jurídico transitorio. Generar un marco jurídico excepcional y transitorio que establezca claramente qué funciones pueden desempeñar estos profesionales, bajo qué condiciones y con qué responsabilidades, otorgando certezas a los médicos, a las instituciones prestadoras —públicas y privadas— y a los propios usuarios.

Tercero: camino obligatorio y con plazo definido. Establecer un proceso obligatorio, con un plazo de dos a tres años, hacia la regularización y titulación, para que los médicos comprendidos en este régimen puedan culminar sus evaluaciones pendientes y registrar sus títulos ante el MSP, bajo un estricto mecanismo de seguimiento y control.

“La propuesta de FEMI no plantea otorgar títulos por vía administrativa, eliminar evaluaciones ni reducir las exigencias académicas”, enfatiza de forma categórica el Dr. Gustavo Alonso.

Hasta el momento, el MSP no ha dado respuesta a la propuesta presentada por FEMI. Asimismo, el pasado 28 de agosto, la Federación solicitó formalmente una audiencia de carácter urgente con la ministra de Salud Pública, Dra. Cristina Lustemberg, para abordar esta situación al más alto nivel, pero la reunión aún no

se ha concretado.

“Al día de hoy, solo hemos recibido un acuse de recibo administrativo, sin una fecha concreta de encuentro”, comenta Alonso. Una situación similar se ha dado con las autoridades de ASSE.

Por otra parte, la resolución de la Facultad de Medicina del pasado 26 de agosto, que prohíbe a las cátedras emitir “notas de aval” individuales y encomienda a las autoridades trabajar en un plan de acción conjunto, refuerza la necesidad de encontrar una solución institucional al problema.

FEMI entiende que la etapa de diagnóstico está agotada. El problema está plenamente identificado, existen propuestas concretas sobre la mesa y la situación de incertidumbre continúa. Corresponde ahora al MSP, como autoridad sanitaria nacional, liderar una respuesta institucional, con participación de ASSE, los prestadores de salud, la Facultad de Medicina y las organizaciones gremiales médicas.

Mientras esa respuesta no llega, ASSE continúa realizando llamados en los que se admite la presentación de posgrados avanzados para cubrir determinadas funciones de especialidad. Para FEMI, esta situación demuestra por sí misma que el

sigue en pág. 24



viene de pág. 23

problema no puede resolverse simplemente desconociendo la realidad existente.

Históricamente, por acuerdo con el SMU, FEMI participa de forma habitual, a través de sus representantes, en los tribunales de los llamados realizados por ASSE, contribuyendo a las garantías y transparencia de los procesos de selección. Sin embargo, la gremial aclara que dicha participación institucional no

implica que FEMI defina las condiciones de los llamados ni supone un aval a la contratación de profesionales para el ejercicio de especialidades sin el correspondiente título.

Precisamente por esa razón, y ante la persistencia de la actual indefinición jurídica, el Plenario de FEMI resolvió mantener su medida de “no participar en aquellos llamados destinados a cubrir funciones de especialista mediante profesionales que no cuentan con el título

correspondiente”, hasta tanto exista un marco que otorgue garantías claras a los médicos, las instituciones y los usuarios.

Esta postura inevitablemente resentirá los servicios en el corto plazo si no se adoptan medidas urgentes.

“No estamos pidiendo elegir entre legalidad y asistencia. Uruguay tiene capacidad institucional para garantizar ambas”, sostiene el Dr. Gustavo Alonso.

“Estamos ante un escenario complejo que nadie desearía, pero tenemos la

oportunidad histórica de ordenarlo. FEMI propone una solución que preserve el valor del título de especialista, proteja a los pacientes, otorgue seguridad jurídica a los médicos y a las instituciones y, al mismo tiempo, garantice la continuidad asistencial. Para lograrlo necesitamos sentar en una misma mesa al MSP, ASSE, los prestadores privados, la Facultad de Medicina y las organizaciones médicas. El problema existe hoy y requiere una respuesta ahora”, concluyó el presidente de FEMI.

FEMI visitó COMECA Santa Lucía

FEMI
FEDERACION MEDICA DEL INTERIOR

Representantes del Comité Ejecutivo de FEMI visitaron [@comeca_fepremi](#) Santa Lucía, acompañados por integrantes de la gremial médica de Canelones, donde mantuvieron una reunión con autoridades de la institución.

Durante la visita recorrieron las instalaciones del nuevo policlínico de última generación, una importante obra que será inaugurada en los próximos días.

FEMI felicita a COMECA por esta gran iniciativa, que significará un importante avance para Santa Lucía y la zona, y que repercutirá favorablemente tanto en las condiciones de trabajo de los colegas como en la calidad de la asistencia brin-

dada a la población.

La instancia permitió además intercambiar sobre distintos temas de interés para los médicos, entre ellos las condiciones de trabajo, la importancia de fortalecer los ámbitos bipartitos de diálogo a nivel local y el valor de mantener un vínculo cercano y permanente entre la institución y la gremial médica local.

FEMI continúa promoviendo estos espacios de encuentro y diálogo, convencida de que estar cerca de sus gremios y de los médicos del interior es fundamental para conocer cada realidad y trabajar en conjunto en la búsqueda de soluciones.

FEMI | Junto a los médicos del inter



28 y 29 de octubre de 2026
(hasta el mediodía ambos días)

Anfiteatro del Hospital
Central de las FF.AA. - Piso 2



FEMI sorteá 2 becas:

1er. Congreso
Uruguayo de Medicina
Operacional



FEMI
FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR



Postulaciones para las
becas hasta el miércoles
2 de setiembre en
secretaria@femi.com.uy

FEMI acompañando la formación médica en Lavalleja

FEMI estuvo presente en Minas, Lavalleja, acompañando la capacitación teórico-práctica en Ecografía Point of Care (POCUS) realizada en CAMDEL y dirigida al personal médico, a cargo del Dr. Daniel Chirico.

En representación de nuestra Federación participaron el Presidente de FEMI, Dr. Gustavo Alonso, y la Dra. Inés Lujambio, responsable del área de Educación Médica de FEMI.

Desde FEMI continuamos apoyando

instancias de formación y actualización que permitan incorporar nuevas herramientas a la práctica clínica y fortalecer la capacidad resolutoria de los equipos de salud del interior.

Agradecemos a CAMDEL y felicitamos a los colegas que participaron de esta jornada.

Seguimos apostando a la educación médica continua y a generar oportunidades de capacitación de calidad en todo el interior del país.

FEMI

FEDERACION MEDICA DEL INTERIOR



Desde la Comisión de Género, Violencia y Discriminación de FEMI repudiamos enérgicamente el episodio de violencia ocurrido en el Anexo de la Facultad de Medicina, que tuvo como víctima a una estudiante de dicha institución.

Expresamos nuestra solidaridad y acompañamiento a la estudiante y reafirmamos nuestro compromiso con la construcción de espacios educativos seguros, libres de toda forma de violencia, discriminación y acoso.

Consideramos fundamental que estos hechos sean abordados con la seriedad que requieren, garantizando el debido acompañamiento y las herramientas institucionales necesarias para la protección de quienes atraviesan situaciones de violencia, además de seguir trabajando en prevención y promoción de ambientes libres de violencia.

Como Comisión, reiteramos nuestro compromiso con la prevención, el abordaje y la erradicación de todas las formas de violencia en todos los ámbitos públicos, privados y de la comunidad propia.

**Comisión de Género, Violencia
y Discriminación de FEMI**

Ante el grave episodio de violencia ocurrido en dependencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, el Comité Ejecutivo de la Federación Médica del Interior (FEMI) expresa su más firme rechazo y condena frente a toda forma de violencia y manifiesta su solidaridad con la estudiante agredida, su familia y quienes se vieron afectados por estos hechos.

Situaciones de esta naturaleza nos interpelan como sociedad y, particularmente, como integrantes de la comunidad médica y universitaria. Los espacios destinados a la formación, al trabajo y al desarrollo profesional deben constituir ámbitos seguros, en los que ninguna persona vea amenazada su integridad.

FEMI EL GREMIO DE LOS
MÉDICOS DEL INTERIOR

Desde FEMI entendemos que la prevención requiere no solamente medidas de seguridad, sino también mecanismos institucionales claros que permitan identificar situaciones de riesgo, recibir y atender oportunamente las señales de alerta, brindar protección y acompañamiento a quienes puedan encontrarse en situación de vulnerabilidad.

Asimismo, reafirmamos nuestro compromiso con la construcción de ámbitos de estudio y de trabajo libres de violencia, promoviendo el respeto, la convivencia y la protección de todas las personas.

FEMI EL GREMIO DE LOS
MÉDICOS DEL INTERIOR

Ante la gravedad de lo sucedido, acompañamos a toda la comunidad de la Facultad de Medicina y confiamos en que las autoridades competentes puedan esclarecer los hechos y adoptar las medidas necesarias para prevenir situaciones similares.

**Comité Ejecutivo Federación Médica del
Interior - FEMI**

FEMI EL GREMIO DE LOS
MÉDICOS DEL INTERIOR

El SMU compareció ante el Senado por la Rendición de Cuentas

El Sindicato Médico del Uruguay manifestó su posición ante la Comisión de Salud Pública integrada con Hacienda del Senado sobre el impacto del articulado del Proyecto de Ley de Rendición de Cuentas en el Sistema Nacional Integrado de Salud, las instituciones prestadoras y las condiciones de trabajo de los profesionales médicos



Sindicato Médico
DEL URUGUAY

La delegación presentó observaciones sobre el articulado y dejó planteados cuatro temas que el proyecto no contempla, respaldada por un informe jurídico que quedó a disposición de la comisión.

El primero de esos temas, que no figuran en la normativa, es el seguro laboral por siniestros de trabajo. El SMU pidió que la Rendición de Cuentas incluya una partida específica para que ASSE y el resto de los organismos públicos garanticen esa cobertura “en igualdad de condiciones con el sector privado”, y para que “se agilicen los procedimientos de reconocimiento de estos siniestros como accidente o enfermedad laboral”. El planteo surge de los riesgos ocupacionales propios de la actividad asistencial: “Exposición a agentes biológicos por pinchazos o cortes, contacto con enfermedades infecciosas, y agresiones de pacientes o acompañantes, cada vez más frecuentes en los servicios de emergencia”, según enumeró la delegación.

Sobre el articulado, el SMU describió una situación conocida en los servicios: guardias que quedan descubiertas y licencias sin cobertura, con la sobrecarga que eso genera sobre quienes terminan cubriendo esos turnos. En ese punto señaló el artículo 330 como un aspecto positivo del proyecto, ya que autoriza a trasladar hasta 915 millones de pesos anuales desde contrataciones de empresas externas hacia servicios personales, con destino exclusivo al Fondo de Suplencias de ASSE. Advirtió, sin embargo, que el mecanismo rige solo para el período 2025-2029 y que conviene revisarlo antes de que venza.

El segundo tema planteado es la presupuestación de los funcionarios de ASSE. El artículo 328 refuerza el mecanismo de las Comisiones de Apoyo para contratar personal cuando los cargos ordinarios no alcanzan. El Sindicato sostuvo que esa vía debe ser transitoria y no la solución de fondo, y pide acceso periódico a información sobre esas contrataciones “para que la excepción no termine naturalizando los vínculos precarios”. Recordó que el artículo 482 de la Rendición de Cuentas de 2023 ya habilitó presupuestar a quienes llevaban más de 18 meses contratados por Comisiones de Apoyo, y que el proceso alcanzó a menos trabajadores de los habilitados.

El tercero es la equiparación salarial entre el sector público y el privado. Un médico que trabaja en ASSE cobra menos que un colega con la misma carga horaria



en una mutualista, y esa brecha explica parte de la dificultad para cubrir cargos en el interior del país, donde faltan médicos y especialistas. El SMU planteó que el presupuesto de ASSE se calcule sobre una cuota salud equivalente a la que reciben los prestadores privados, de forma de tender a un laudo único para toda la profesión, y señaló en particular la remuneración de los cargos de residencia médica, notoriamente inferior a la del resto de los cargos presupuestados.

El cuarto tema señalado fue la necesidad de retomar la reforma del sistema de salud en lo relativo al ejercicio médico:

la concentración de la carga horaria en cargos de alta dedicación para reducir el multiempleo, la incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud de prestadores estatales que hoy quedan afuera, como Sanidad Policial y Sanidad Militar.

“Ninguno de estos puntos figura en el proyecto que estamos comentando, y sabemos que una ley de Rendición de Cuentas no es el instrumento para resolverlos en su totalidad. Pero pedimos que esta Cámara y el Poder Ejecutivo asuman el compromiso de reabrir esa agenda antes de que termine el actual período de gobierno”, planteó el SMU ante la comisión.

Comunicado de la Comisión de Género del Sindicato Médico del Uruguay

La Comisión de Género del Sindicato Médico del Uruguay expresa su más enérgico rechazo al ataque sufrido por una estudiante en el anexo de la Facultad de Medicina, investigado por la Fiscalía como tentativa de femicidio. Expresamos nuestra solidaridad con la estudiante agredida, con quienes intervinieron para protegerla y con toda la comunidad universitaria.



Sindicato Médico
DEL URUGUAY

Una eventual patología en la esfera de la salud mental del agresor deberá ser evaluada, pero no puede desviar el foco:

la violencia de género es un problema estructural de nuestra sociedad y no puede ni debe explicarse por una patología en la esfera de la salud mental.

Este hecho exige revisar no solo las condiciones de seguridad, sino fundamentalmente cómo responden las instituciones cuando aparecen señales de violencia. Cámaras y vigilancia no alcanzan si una advertencia, un hostigamiento o una conducta amenazante no activan mecanismos concretos de evaluación y protección.

Cuando existen indicios de violencia, la responsabilidad de proteger no pue-

de recaer únicamente sobre la mujer amenazada: el sistema debe escuchar, evaluar el riesgo y actuar, aun cuando no exista una denuncia formal. Esto exige protocolos claros, canales accesibles y confidenciales, formación para reconocer señales de riesgo y una articulación efectiva con los sistemas de salud, protección y justicia.

DETECTAR SIN ACTUAR NO ES PREVENIR

Convocamos a la comunidad médica, a la comunidad universitaria, a las autoridades de Facultad de Medicina y de la Universidad de la República, y a la sociedad uruguaya, a sostener el compromiso más allá de la coyuntura. Erradicar la violencia de género en los espacios de estudio y de trabajo exige sistemas que respondan con la misma

seriedad con la que se declaran los principios, y una comunidad que no naturalice ningún grado de violencia hacia las mujeres.

El Sindicato Médico del Uruguay pone a disposición sus espacios de trabajo para construir, junto con la Facultad de Medicina y la Universidad de la República, los mecanismos que hoy faltan. La Comisión de Género del SMU repudia el ataque a una estudiante en el anexo de Facultad de Medicina y reclama que las instituciones actúen ante las señales de violencia, sin esperar una denuncia formal. «Detectar sin actuar no es prevenir». El Sindicato Médico del Uruguay pone a disposición sus espacios de trabajo para construir, junto con la Facultad de Medicina y la Universidad de la República, los mecanismos que hoy faltan.

El SMU condena el ataque a una ambulancia de SAME 105 y reclama garantías de seguridad para los traslados

Una ambulancia del Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME) 105 recibió el impacto de bala en una de sus ventanas mientras salía del hospital del Cerro para trasladar a un paciente al Hospital Maciel. Afortunadamente, tanto la persona que se trasladaba como el personal de salud que iba en el vehículo salieron ilesos. Sin embargo, podría haber sido una tragedia.

El Sindicato Médico del Uruguay repudia este hecho y expresa toda su solidaridad con las personas afectadas y con sus equipos.

La violencia contra los equipos de salud es cada vez más recurrente. La intimidación que se ve en una diversidad de formas: desde robos a mano armada hasta pedradas en los vehículos, pasando por agresiones físicas o verbales. La violencia, sin embargo, no es parte del trabajo de los equipos de salud.

El problema parece evidente: un médico o médica que trabaja bajo amenaza, con miedo o con la secuela física y emocional de una agresión, no puede ejercer

con la tranquilidad y seguridad que su paciente necesita. La violencia contra el personal de salud es al mismo tiempo un problema laboral y de salud pública.

Nuestro sindicato sigue muy de cerca este fenómeno que va en aumento. Fundamos e integramos desde su creación la COMSEP (Comisión Multiinstitucional para la Seguridad del Personal de Atención Extrahospitalaria), un ámbito interinstitucional para prevenir la violencia y mejorar los protocolos de respuesta.

En este contexto, el SMU exige a las autoridades competentes su accionar inmediato que den garantías de seguridad



en los traslados, la habilitación de espacios para la elaboración de protocolos de actuación claros, así como la capacitación para los equipos de salud. Al mismo

tiempo, hace un llamado a la ciudadanía a no normalizar estos hechos. Porque la seguridad de quienes nos cuidan es una responsabilidad de todos y todas.

DECLARACIÓN DEL SMU

Sobre el acceso de CASMU-IAMPP al Fondo de Garantía con aporte de los médicos capitalizadores

Ante la discusión parlamentaria en curso sobre el acceso del CASMU al Fondo de Garantía para la Reestructuración de Pasivos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva con aporte de los médicos capitalizadores, el Sindicato Médico del Uruguay reafirma un principio que ha sostenido sin excepciones a lo largo de su historia:

Jueves 10 de septiembre de 2026

El salario médico no financia a las instituciones. No lo hace cuando se le llama retención ni cuando se le llama aporte de capital, ni cuando la ley habilita la denominación "socio" o "capitalizador" a quien, en los hechos, trabaja en relación de dependencia y cobra un sueldo. La forma jurídica que se elija para ins-

trumentar el mecanismo no altera esta posición.

Asimismo, consideramos que denominar "capitalización" o "aporte de los socios" a una obligación calculada sobre el ingreso individual y exigida como condición para que la propia institución acceda a un instrumento público no cambia su naturaleza.

Un socio capitalizador de CASMU no tiene el control efectivo ni el poder de decisión de un propietario real sobre el destino de su capital. Tiene, en cambio, la obligación de un accionista sin la injerencia de un accionista. El riesgo se traslada al médico que trabaja. La responsabilidad por la gestión que llevó a la institución a este punto, no.

Capacitación 2026

Quedan habilitadas las inscripciones para el curso **"Trabajo en salud hoy: competencias estratégicas para cuidar, colaborar y actuar"**. Para ingresar es necesario contar con el usuario Gub.uy nivel básico.

campus.msp.gub.uy

Mesa de ayuda

Tel 1934 2272

Lunes a sábados de 8:00 a 18:00



Ministerio
de Salud Pública

INSCRIPCIONES ABIERTAS

"Trabajo en salud hoy: competencias estratégicas para cuidar, colaborar y actuar"

Para acceder a la capacitación contemplada en la decimoprimer Ronda del Consejo de Salarios del Grupo 15 es necesario tener un usuario gub.uy nivel básico.

Puestos de información para las elecciones del 17 de setiembre

El día de las elecciones, entre las 8 y las 13 h, vas a encontrar puestos de información en tres centros de salud: Hospital de Clínicas, Hospital Maciel y Hospital Pasteur. Ahí podrán orientarte si necesitás ayuda.



QUÉ PRESTACIONES TIENE GARANTIZADAS Y CÓMO ACCEDER:

Salud mental del personal de salud

Médicas, médicos y estudiantes de Medicina son población objetivo del sistema de prestaciones en salud mental del SNIS. A eso se suman tres nuevos convenios firmados por el SMU para acceder a psicoterapia a precios bonificados.

La publicación de la Estrategia Nacional de Salud Mental y Bienestar 2025-2030 por parte del Ministerio de Salud Pública vuelve oportuno recordar qué prestaciones tiene garantizadas hoy el personal de salud y por qué vía se accede a ellas.

EL MARCO NORMATIVO ACTUALIZADO

El decreto 305/011 estableció la obligatoriedad de brindar atención psicológica en todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud, con prestaciones diferenciadas por edad, situación y patología, en modalidades grupales e individuales.

Ese marco se amplió después. El decreto 114/024 extendió la cobertura de psicoterapia a la población de entre 25 y 30 años, en las condiciones ya fijadas para el tramo anterior.

Todo esto se integra hoy a la Estrategia Nacional de Salud Mental y Bienestar 2025-2030, que se apoya en la Ley 19529 de Salud Mental y organiza sus acciones en siete líneas estratégicas, entre ellas gestión humana, formación y capacitación.

QUÉ LE CORRESPONDE AL PERSONAL DE SALUD

Modo 1: Gratuito, hasta 16 sesiones anuales. Atención grupal (en algunos prestadores es individual), sin costo, hasta 16 sesiones por año. Comprende al personal de salud que consulte por temáticas vinculadas a su actividad laboral. Se accede libremente o por derivación.

Modo 2: Hasta 48 sesiones anuales, con copago. Atención individual, de pareja, familiar o grupal, hasta 48 sesiones por año, con copago preestablecido. Comprende al personal de salud que consulte por temáticas no vinculadas específicamente a lo laboral. Este modo incluye además a la población de hasta 30 años: los estudiantes de Medicina menores de 30 que todavía no integran el personal de salud quedan amparados por esta vía.

Modo 3: Hasta 48 sesiones anuales, con copago menor, renovable. Atención individual y/o grupal, con un copago inferior al del Modo 2, renovable hasta 144 sesiones. Está orientada a usuarios con consumo problemático de cocaína y pasta base y a usuarios con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar.

CÓMO SE ACCEDE Y EN QUÉ PLAZOS

El ingreso puede ser por iniciativa del propio usuario o por derivación del profesional tratante. No se requiere autorización previa para pedir la entrevista.

1. El usuario se agenda en la administración del prestador para concurrir al comité de recepción, que debe recibirlo dentro de los 15 días.

2. El comité entrevista y determina si corresponde iniciar la psicoterapia y en

qué modalidad.

3. Realizada la indicación, la institución tiene 15 días para iniciar la prestación.

En situaciones de intento de autoeliminación y de consumo problemático de sustancias, los plazos se acortan.

TRES NUEVOS CONVENIOS DEL SMU

A las prestaciones del SNIS se suma ahora una vía complementaria. El SMU, a través de su Comisión de Bienestar Médico, firmó tres nuevos convenios que permiten acceder a servicios de psicoterapia a precios bonificados. El beneficio alcanza a socios y socias del SMU y a sus familiares.

Los acuerdos son con la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU), la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (SUAMOC) y EMDR Uruguay. Cada institución trabaja desde una orientación terapéutica distinta, de modo que cada persona pueda elegir el abordaje que mejor se ajuste a su situación. Más información, AQUÍ.

Conviene distinguir las dos vías: las prestaciones del decreto 305/011 son un derecho exigible al prestador de salud, mientras que los convenios son un beneficio gremial, con costo bonificado, gestionado por el sindicato. No se excluyen entre sí.

Asimismo, en los últimos años el SMU ha participado en instancias convocadas por ASSE y el MSP para elaboración de un protocolo de prevención, detección y tratamiento de consumo de sustancias en personal de salud.

El sindicato tiene definido en su estatuto velar por el bienestar integral de médicas y médicos. Con ese cometido funciona la Comisión de Bienestar Médico, un ámbito gremial específico y de libre participación, orientado a promover acciones saludables, gestionar beneficios como estos convenios y difundir información como la de esta nota.

SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE SALUD: QUÉ PRESTACIONES TIENE GARANTIZADAS Y CÓMO ACCEDER

Médicas, médicos y estudiantes de Medicina son población objetivo del sistema de prestaciones en salud mental del SNIS. A eso se suman tres nuevos convenios firmados por el SMU para acceder a psicoterapia a precios bonificados.

La publicación de la Estrategia Nacional de Salud Mental y Bienestar 2025-2030 por parte del Ministerio de Salud Pública vuelve oportuno recordar qué prestaciones tiene garantizadas hoy el personal de salud y por qué vía se accede a ellas.

EL MARCO NORMATIVO ACTUALIZADO

El decreto 305/011 estableció la obligatoriedad de brindar atención psicológica



en todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud, con prestaciones diferenciadas por edad, situación y patología, en modalidades grupales e individuales.

Ese marco se amplió después. El decreto 114/024 extendió la cobertura de psicoterapia a la población de entre 25 y 30 años, en las condiciones ya fijadas para el tramo anterior.

Todo esto se integra hoy a la Estrategia Nacional de Salud Mental y Bienestar 2025-2030, que se apoya en la Ley 19529 de Salud Mental y organiza sus acciones en siete líneas estratégicas, entre ellas gestión humana, formación y capacitación.

QUÉ LE CORRESPONDE AL PERSONAL DE SALUD

Modo 1: Gratuito, hasta 16 sesiones anuales. Atención grupal (en algunos prestadores es individual), sin costo, hasta 16 sesiones por año. Comprende al personal de salud que consulte por temáticas vinculadas a su actividad laboral. Se accede libremente o por derivación.

Modo 2: Hasta 48 sesiones anuales, con copago. Atención individual, de pareja, familiar o grupal, hasta 48 sesiones por año, con copago preestablecido. Comprende al personal de salud que consulte por temáticas no vinculadas específicamente a lo laboral. Este modo incluye además a la población de hasta 30 años: los estudiantes de Medicina menores de 30 que todavía no integran el personal de salud quedan amparados por esta vía.

Modo 3: Hasta 48 sesiones anuales, con copago menor, renovable. Atención individual y/o grupal, con un copago inferior al del Modo 2, renovable hasta 144 sesiones. Está orientada a usuarios con consumo problemático de cocaína y pasta base y a usuarios con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar.

CÓMO SE ACCEDE Y EN QUÉ PLAZOS

El ingreso puede ser por iniciativa del propio usuario o por derivación del profesional tratante. No se requiere autorización previa para pedir la entrevista.

1. El usuario se agenda en la administración del prestador para concurrir al comité de recepción, que debe recibirlo dentro de los 15 días.

2. El comité entrevista y determina si corresponde iniciar la psicoterapia y en qué modalidad.

3. Realizada la indicación, la institución tiene 15 días para iniciar la prestación.

En situaciones de intento de autoeliminación y de consumo problemático de sustancias, los plazos se acortan.

TRES NUEVOS CONVENIOS DEL SMU

A las prestaciones del SNIS se suma ahora una vía complementaria. El SMU, a través de su Comisión de Bienestar Médico, firmó tres nuevos convenios que permiten acceder a servicios de psicoterapia a precios bonificados. El beneficio alcanza a socios y socias del SMU y a sus familiares.

Los acuerdos son con la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU), la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (SUAMOC) y EMDR Uruguay. Cada institución trabaja desde una orientación terapéutica distinta, de modo que cada persona pueda elegir el abordaje que mejor se ajuste a su situación. Más información, AQUÍ.

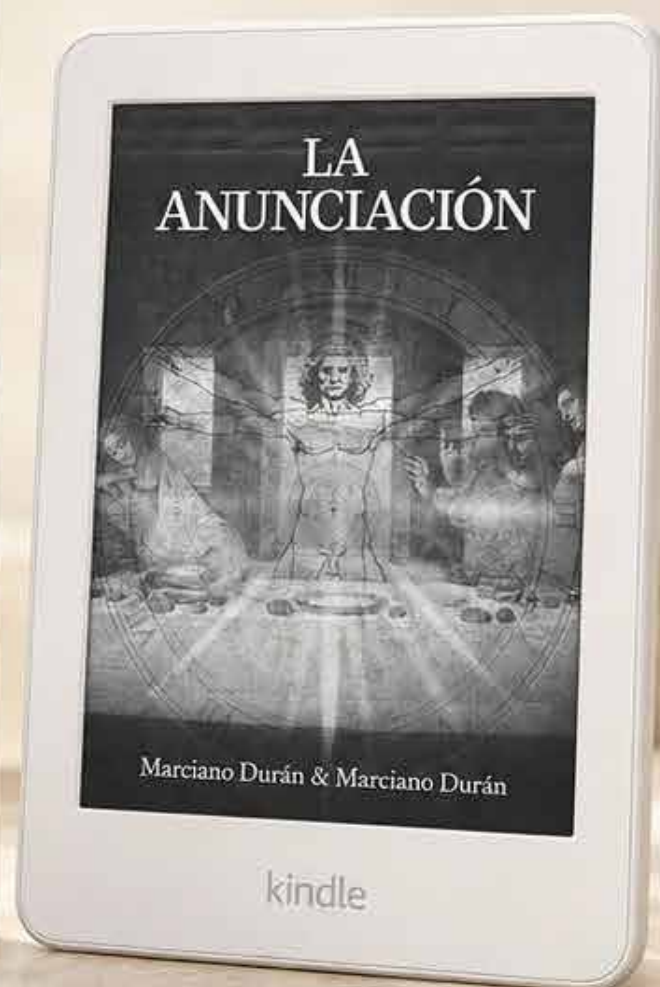
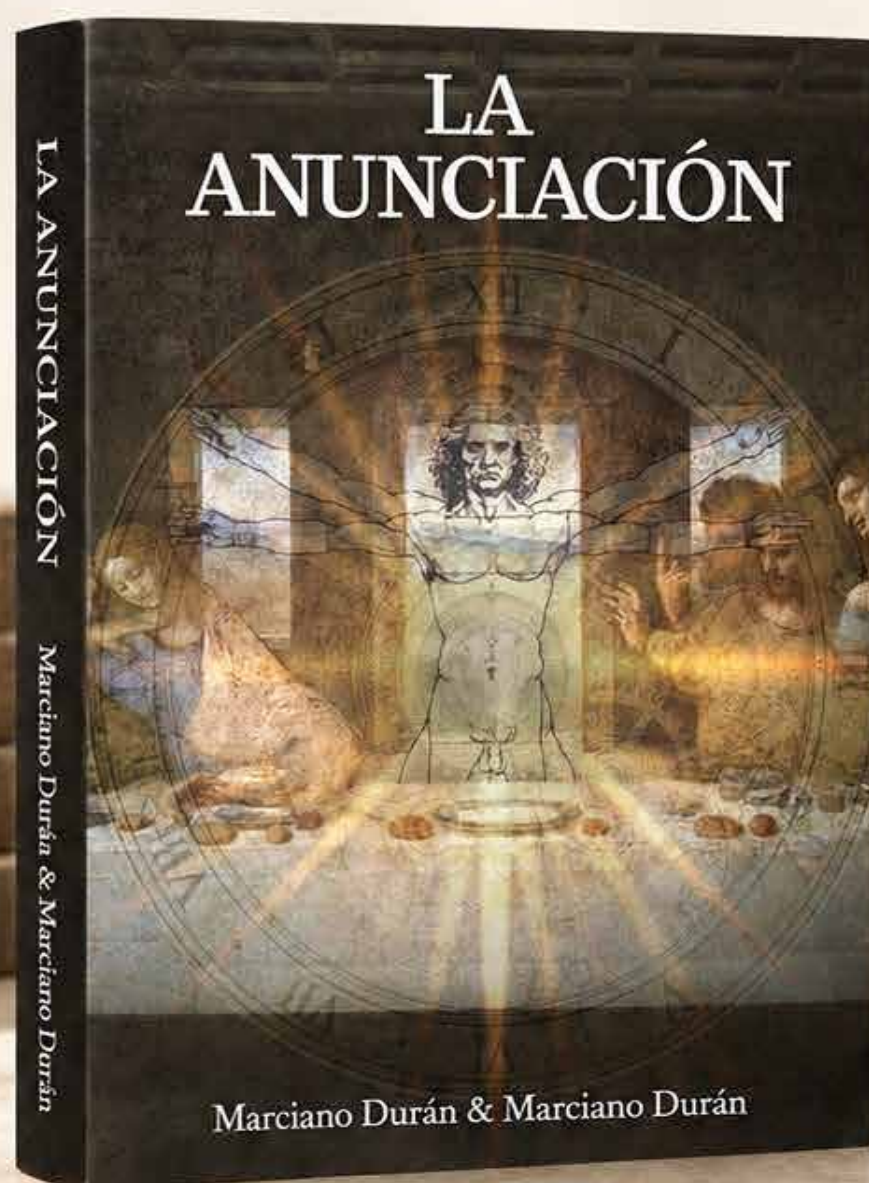
Conviene distinguir las dos vías: las prestaciones del decreto 305/011 son un derecho exigible al prestador de salud, mientras que los convenios son un beneficio gremial, con costo bonificado, gestionado por el sindicato. No se excluyen entre sí.

Asimismo, en los últimos años el SMU ha participado en instancias convocadas por ASSE y el MSP para elaboración de un protocolo de prevención, detección y tratamiento de consumo de sustancias en personal de salud.

El sindicato tiene definido en su estatuto velar por el bienestar integral de médicas y médicos. Con ese cometido funciona la Comisión de Bienestar Médico, un ámbito gremial específico y de libre participación, orientado a promover acciones saludables, gestionar beneficios como estos convenios y difundir información como la de esta nota.

LA ANUNCIACIÓN

La novela uruguaya N.º 1 en Amazon España



Una novela que entrelaza
arte, fe, historia y misterio.

Disponible en Kindle en Amazon y en papel por Tiendamia y Amazon.

amazon

tiendamia

de Marciano Durán & Marciano Durán

Coordinación y selección:
Lic. Psic. Sebastián Álvarez Melgar



SALUD
Y CIENCIA

Científicos descubren un interruptor oculto que apaga la inflamación

Investigadores del University College London (UCL) han identificado un mecanismo biológico que ayuda al cuerpo a poner fin a la inflamación, un hallazgo que eventualmente podría conducir a nuevos tratamientos para enfermedades inflamatorias crónicas que afectan a millones de personas.

La inflamación es una de las respuestas de defensa más importantes del sistema inmunológico. Ayuda al cuerpo a combatir las infecciones y reparar el tejido dañado. Pero si esa respuesta permanece activa durante demasiado tiempo, puede comenzar a dañar el tejido sano y contribuir a afecciones como la artritis, las enfermedades cardíacas y la diabetes.

Los científicos han sabido mucho sobre cómo comienza la inflamación. Lo que ha sido menos claro es cómo el cuerpo decide que el peligro ha pasado y pasa de luchar contra una amenaza a reparar el daño.

UN FRENO NATURAL EN EL SISTEMA INMUNOLÓGICO

El nuevo estudio, publicado en Nature Communications, apunta a un grupo de pequeñas moléculas derivadas de la grasa llamadas epoxi-oxilipinas como parte de ese proceso de cierre.

Según los investigadores, estas moléculas actúan como frenos naturales en el sistema inmunológico. Ayudan a prevenir el crecimiento excesivo de monocitos intermedios,* un tipo de glóbulo blanco que puede apoyar la curación a corto plazo, pero puede contribuir a la inflamación crónica si demasiados se acumulan o permanecen activos durante demasiado tiempo.

Para estudiar el proceso directamente en las personas, los investigadores dieron a los voluntarios sanos una pequeña inyección de la bacteria E. coli muerta por los rayos UV en el antebrazo. Debido a que las bacterias ya no estaban vivas, no podían causar una infección, pero aún así desencadenaron una respuesta inflamatoria temporal.

Esa reacción produjo los signos familiares de inflamación, incluyendo dolor,

enrojecimiento, calor e hinchazón, similar a lo que puede suceder después de una lesión o infección.

LOS VOLUNTARIOS SE DIVIDIERON EN DOS GRUPOS: BRAZO PROFILÁCTICO Y BRAZO TERAPÉUTICO.

Luego, los investigadores dieron a los participantes un medicamento llamado GSK2256294 en diferentes etapas de la respuesta inflamatoria. El fármaco bloquea una enzima conocida como epóxido hidrolasa soluble (sEH). En condiciones normales, sEH descompone las epoxi-oxilipinas, por lo que el bloqueo de la enzima permite que más de estas moléculas protectoras permanezcan en el cuerpo.

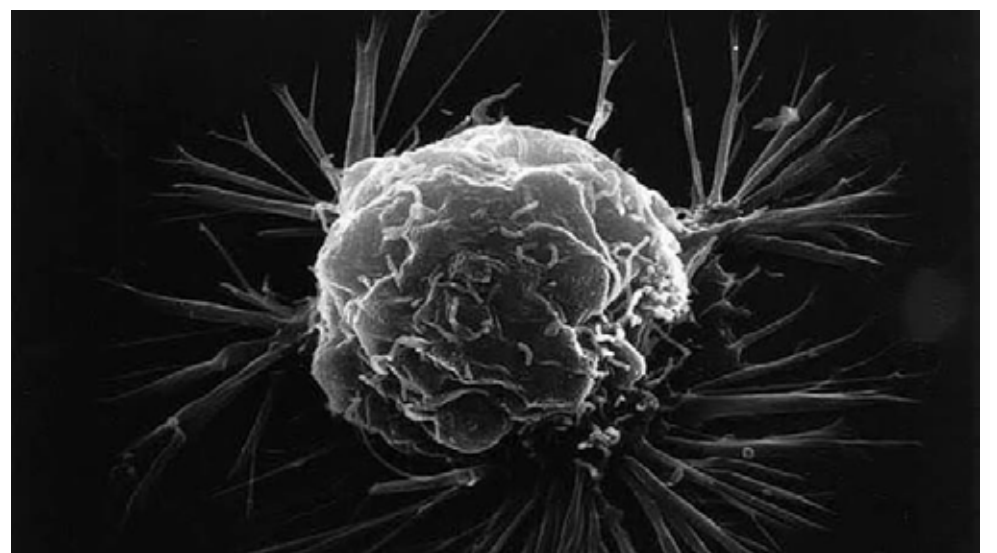
- Brazo profiláctico: Los participantes recibieron el medicamento dos horas antes de que comenzara la inflamación, lo que permitió a los investigadores probar si el aumento temprano de las epoxi-oxilipinas podría prevenir los cambios inmunológicos dañinos. En este grupo, había 24 voluntarios - 12 fueron tratados, 12 no tratados (placebo).

- Brazo terapéutico: Los participantes recibieron el medicamento cuatro horas después de que comenzara la inflamación, lo que refleja mejor cómo se podría usar un tratamiento después de que los síntomas ya hayan aparecido. En este grupo, había 24 voluntarios - 12 fueron tratados, 12 no tratados (placebo).

EL DOLOR RESUELTO MÁS RÁPIDO Y DAÑINOS LAS CÉLULAS INMUNITARIAS CAYERON

Ambos enfoques produjeron resultados similares.

El bloqueo sEH aumentó los niveles



de epoxi-oxilipina, ayudó a que el dolor se resolviera más rápidamente y redujo drásticamente el número de monocitos intermedios que se encuentran tanto en la sangre como en el tejido. Estas células inmunes se han relacionado con la inflamación persistente y la progresión de la enfermedad inflamatoria.

Sin embargo, el tratamiento no cambió significativamente los signos externos, como enrojecimiento o hinchazón. Eso sugiere que el medicamento puede haber estado alterando procesos inmunológicos más profundos, incluso cuando los síntomas visibles se mantuvieron en gran medida sin cambios.

Los investigadores investigaron cómo funcionaba el efecto a nivel molecular.

Encontraron que una epoxi-oxilipina, 12,13-EpOME, parece suprimir una ruta de señalización de proteínas conocida como p38 MAPK. Esta vía ayuda a impulsar la transformación de los monocitos en la forma intermedia asociada con la actividad inflamatoria prolongada.

El equipo confirmó el mecanismo en experimentos de laboratorio y en voluntarios que recibieron un medicamento que bloquea directamente p38.

El primer autor Dr. Olivia Bracken (Departamento de Envejecimiento, Reumatología y Medicina Regenerativa de la UCL) dijo: "Nuestros hallazgos revelan

una vía natural que limita la expansión dañina de las células inmunes y ayuda a calmar la inflamación más rápidamente.

"Dirigirse a este mecanismo podría conducir a tratamientos más seguros que restablezcan el equilibrio inmunológico sin suprimir la inmunidad general. Con la inflamación crónica clasificada como una importante amenaza para la salud mundial, este descubrimiento abre una vía prometedora para nuevas terapias".

Una posible ruta hacia tratamientos antiinflamatorios más seguros

Muchos tratamientos existentes para enfermedades inflamatorias y autoinmunes funcionan suprimiendo partes del sistema inmunitario. Si bien eso puede reducir la inflamación, también puede interferir con la capacidad del cuerpo para defenderse.

La vía identificada en el nuevo estudio puede ofrecer otra estrategia: fortalecer un proceso natural que el cuerpo ya utiliza para controlar la inflamación.

El autor correspondiente, el profesor Derek Gilroy (UCL Division of Medicine) dijo: "Este es el primer estudio en mapear la actividad de epoxi-oxilipina en humanos durante la inflamación.

"Al aumentar estas moléculas de grasa protectoras, podríamos diseñar

sigue en pág. 32

viene de pág. 31

tratamientos más seguros para las enfermedades impulsadas por la inflamación crónica".

Añadió: "Este fue un estudio completamente basado en humanos con relevancia directa para enfermedades autoinmunes, ya que usamos un medicamento ya adecuado para uso humano, uno que podría reutilizarse para tratar brotes en afecciones inflamatorias crónicas, un área actualmente desprovista de terapias efectivas".

POR QUÉ LAS EPOXI-OXILIPINAS IMPORTAN

Los investigadores se centraron en la epoxi-oxilipinas porque estudios anteriores en animales habían sugerido que estas moléculas pueden reducir la inflamación y el dolor.

Su papel en los humanos, sin embargo, había permanecido mucho menos claro.

En comparación con las sustancias inflamatorias más conocidas, tales como histamina y citoquinas, las epoxi-oxilipinas pertenecen a un sistema de señalización relativamente poco explorado.

Los científicos sospecharon que esta vía podría ayudar al sistema inmunológico a pasar naturalmente de un estado inflamatorio activo hacia la recuperación.

El nuevo estudio en humanos proporciona evidencia directa que apoya esa idea.

SIGUIENTES PASOS

Los hallazgos podrían allanar el camino para los ensayos clínicos que prueban sEH inhibidores en afecciones inflamatorias crónicas, incluida la artritis reumatoide y la enfermedad cardiovascular.

¿Dr. Bracken dijo: "Por ejemplo, la artritis reumatoide es una afección en la que el sistema inmunológico ataca las células que recubren las articulaciones. Los inhibidores de sEH podrían probarse junto con los medicamentos existentes para investigar si pueden ayudar a prevenir o ralentizar el daño articular incurrido por la afección".

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune en la que el sistema inmunológico ataca por error el tejido alrededor de las articulaciones, causando dolor, hinchazón, rigidez y daño potencialmente a largo plazo.

¿Dr. Caroline Aylott, Directora de Investigación de Arthritis UK, dijo: "El dolor de la artritis puede afectar la forma en que nos movemos, pensamos, dormimos y sentimos, junto con nuestra capacidad de pasar tiempo con sus seres queridos. El dolor es increíblemente complejo y se ve afectado por muchos factores diferentes. También sabemos que el dolor de todos es diferente.

"Por eso es importante que invirtamos en investigaciones como esta, que nos ayuden a entender qué causa e influye en la experiencia del dolor de las personas.

"Estamos emocionados de ver los resultados de este estudio, que ha encontrado un proceso natural que podría detener la inflamación y el dolor. Esperamos en el futuro que esto conduzca a nuevas opciones de manejo del dolor para las personas con artritis".

* Los monocitos intermedios son glóbulos blancos que ayudan a combatir las infecciones y reparar el tejido. En ráfagas cortas, ayudan a coordinar la respuesta inmune y apoyan la recuperación, pero si persisten o crecen en exceso, mantienen el sistema inmunológico encendido, lo

que lleva a la inflamación crónica.

El estudio fue financiado por Arthritis UK e involucró a investigadores de la UCL, el King's College de Londres, la Universidad de Oxford, la Universidad Queen Mary de Londres y el Instituto Nacional de Ciencias de la Salud Ambiental, EE.

FUENTE DE LA HISTORIA:

Materiales proporcionados por el University College de Londres. Nota: El contenido puede ser editado para estilo y longitud. www.sciencedaily.com

REFERENCIA DE LA REVISTA:

1. Olivia V. Bracken, Parinaaz Jalali, James R. W. Glanville, Larissa Benvenuti, Emma S. Chambers, Hugh Trahair, Madhur Motwani, Karen T. Feehan, Jamie G. Evans, Jhonatan de Souza Carvalho, Roel P. H. De Maeyer, Arne N. Akbar, Fred B. Lih, Darryl C. Zeldin, David Bishop-Bailey, Matthew L. Edin, Derek W. Gilroy. Las epoxi-oxilipinas dirigen el destino de los monocitos en la resolución inflamatoria en humanos. *Nature Communications*, 2026; 17 (1) DOI: 10.1038/s41467-025-67961-5

Científicos de UCLA convierten la sangre del cordón umbilical en poderosas células T que combaten el cáncer

Una nueva terapia de células T lista para usar hecha de células madre de sangre del cordón umbilical controló tumores sólidos en ratones, mientras que prometió un tratamiento contra el cáncer más rápido, más barato y potencialmente más seguro.

La terapia con receptores de células T, conocida como terapia con TCR, es una forma de tratamiento del cáncer que modifica genéticamente las células inmunes llamadas células T para que puedan reconocer y atacar el cáncer con alta precisión.

El enfoque se asemeja a la terapia con células T CAR, pero hay una diferencia importante. La terapia con células T CAR puede reconocer proteínas que se encuentran naturalmente en el exterior de las células cancerosas. La terapia con TCR puede ir más allá. Puede detectar pequeños trozos de proteínas que se originan dentro de una célula cancerosa y luego son transportados a la superficie celular, donde actúan como etiquetas de identificación.

Ese alcance ampliado podría ser especialmente importante para el tratamiento de tumores sólidos. Muchos de los cambios moleculares que hacen que estas células sean cancerosas se encuentran dentro de la célula en lugar de en su exterior, poniéndolas fuera del alcance de muchas terapias inmunes existentes.

UN CUELLO DE BOTELLA IMPORTANTE EN LA TERAPIA DE CÉLULAS T

A pesar de su potencial, la terapia con TCR enfrenta un gran obstáculo práctico. Los enfoques actuales generalmente

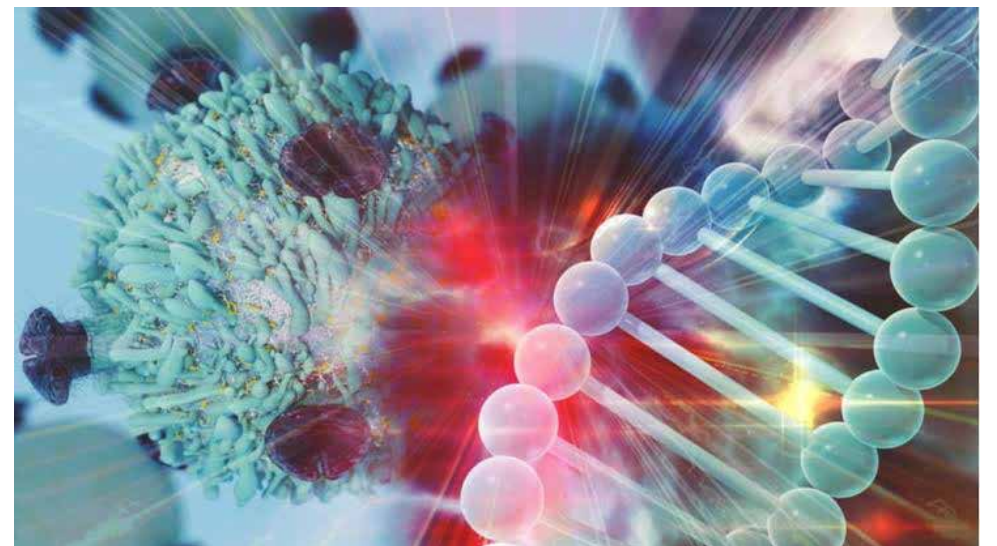
requieren un tratamiento personalizado hecho de las propias células T de cada paciente. La producción de esas células puede llevar semanas, y el costo puede subir bien en seis cifras.

Los científicos han investigado otra posibilidad: el uso de células T de donantes sanos para crear tratamientos con anticipación que podrían almacenarse y administrarse a muchos pacientes diferentes. Pero las células donantes introducen otro peligro. Pueden causar enfermedad de injerto contra huésped, una afección potencialmente grave en la que las células inmunes trasplantadas atacan por error el tejido sano del paciente.

Los investigadores de la UCLA dicen que han desarrollado una estrategia que podría abordar ambos problemas al mismo tiempo.

En un estudio publicado en *Cell Reports Medicine*, los científicos describen un método escalable para hacer lotes consistentes de células T dirigidas al cáncer a partir de células madre sanguíneas obtenidas de sangre de cordón umbilical donada. Las células están diseñadas para reconocer una proteína que aparece en muchos tipos de tumores sólidos.

Cuando se prueba en modelos de ratón de cáncer de ovario y melanoma, una dosis única de las células modificadas, conocidas como células AlloESO-T, con-



troló el crecimiento tumoral y ayudó a los animales a sobrevivir más tiempo sin producir efectos secundarios peligrosos.

"Esta plataforma nos acerca a un futuro en el que el producto ya está hecho, congelado y listo para funcionar tan pronto como el paciente lo necesite", dijo la coautora principal, Lili Yang, profesora de microbiología, inmunología y genética molecular y miembro del Centro de Investigación de Células Madre Amplias de la UCLA y el Centro Integral de Cáncer de Salud Jonsson de la UCLA.

CONSTRUIR LAS CÉLULAS T DESDE UNA ETAPA ANTERIOR

En lugar de comenzar con células T maduras tomadas de un donante, el equipo de UCLA comenzó más temprano en el proceso de desarrollo de células inmunes.

Utilizaron células madre de la sangre

del cordón umbilical. Estas células inmaduras pueden eventualmente convertirse en todos los tipos principales de sangre y células inmunes. Los investigadores insertaron un gen para un receptor que reconoce NY-ESO-1, una proteína que se encuentra en muchos tumores sólidos.

Las piezas de NY-ESO-1 se transportan desde el interior de las células tumorales a su superficie externa, donde pueden ser reconocidas por las células T. Después de la ingeniería de las células madre, los investigadores las guiaron para que se desarrollaran en células T maduras en el laboratorio.

La adición del receptor dirigido al cáncer en una etapa tan temprana tiene una ventaja importante. A medida que las células madre modificadas maduran, no desarrollan la colección aleatoria de

sigue en pág. 33

viene de pág. 32

receptores de células T naturales que normalmente se encuentran en las células T del donante.

Eso podría reducir el riesgo de que las células resultantes reconozcan y ataquen los tejidos sanos. Las terapias convencionales hechas de células T de donante maduras requieren una edición génica adicional para silenciar sus receptores existentes porque algunos de esos receptores podrían reaccionar contra el paciente.

"Las células madre son indiferenciadas, aún no son células T maduras con un receptor fijo ya en su lugar", dijo el coautor Yichen (John) Zhu, estudiante graduado en el Programa de Entrenamiento del Centro de Investigación de Células Madre de la UCLA. "Cuando diferenciamos nuestras células madre modificadas en células T, esencialmente todas las células resultantes llevan el mismo receptor y persiguen el mismo objetivo tumoral".

DAR A LAS CÉLULAS T UNA FORMA DE RESPALDO PARA ENCONTRAR CÁNCER

Uno de los mayores desafíos en el tratamiento de los tumores sólidos es su diversidad. Las células cancerosas dentro del mismo tumor pueden diferir considerablemente entre sí, y algunas pueden dejar de mostrar el marcador molecular que se diseñó un tratamiento para reconocer.

Este fenómeno, conocido como escape de antígeno, puede permitir que las células cancerosas sobrevivan incluso cuando un tratamiento dirigido funciona inicialmente.

El equipo de UCLA diseñó las células AlloESO-T con otra forma de detectar el cáncer. Junto con el receptor modificado por ingeniería genética dirigido a NY-ESO-1, las células llevan receptores de células asesinas naturales que pueden reconocer las señales de estrés mostradas por muchas células tumorales.

Ese sistema de detección adicional significa que las células todavía pueden ser capaces de reconocer y matar una célula tumoral incluso si deja de mostrar NY-ESO-1.

"Los tumores sólidos son muy diversos", dijo Zhu. "Algunas células tumorales pierden u ocultan el antígeno, una terapia está diseñada para encontrar lo que llamamos escape de antígeno. Cuando eso sucede, una terapia construida alrededor de un solo objetivo pierde su agarre. Nuestras células derivadas de células madre todavía tienen un segundo mecanismo para matar esas células tumorales".

Los experimentos de laboratorio con células de melanoma humano, ovario y cáncer de próstata apoyaron esa idea. Los receptores asesinos naturales permitieron que las células T modificadas destruyeran las células cancerosas que no podían eliminarse a través de la vía de direccionamiento NY-ESO-1 sola.

Ese segundo mecanismo podría potencialmente cerrar una de las rutas de escape que limita las terapias dirigidas a un solo marcador de cáncer.

TUMORES CONTROLADOS DE

DOSIS ÚNICA EN RATONES

Los investigadores probaron a continuación las células en modelos de cáncer de ovario de ratón.

Un tratamiento único con células AlloESO-T produjo un control tumoral duradero y una supervivencia prolongada. En comparación, los ratones que recibieron células T modificadas por ingeniería genética producidas a partir de células donantes maduras experimentaron solo un control tumoral parcial y desarrollaron enfermedad de injerto contra huésped.

Resultados similares surgieron en un modelo de melanoma. Las células AlloESO-T ralentizaron el crecimiento tumoral y retrasaron el retorno del cáncer, mientras que las células de comparación convencionalmente proporcionaron solo control temporal.

Los investigadores también encontraron grandes diferencias en cómo se comportaron los dos tipos de células después del tratamiento.

Después de una infusión, las células AlloESO-T aumentaron en número en aproximadamente 100 veces. Viajaron a los tumores, se expandieron donde se necesitaban y permanecieron activos durante semanas mientras evitaban principalmente los órganos sanos.

Las células T donantes modificadas convencionalmente se comportaron de manera diferente. Aquellas células acumuladas en el hígado y los pulmones y produjeron el tipo de toxicidad que la nueva estrategia pretende prevenir.

BILLONES DE CÉLULAS DE SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL

Más allá del control tumoral, una de las ventajas potenciales más importantes de la plataforma es la fabricación.

Los tratamientos personalizados con células T requieren que las células se recojan y se procesen por separado para pacientes individuales. Empezar con células madre podría permitir a los investigadores producir células terapéuticas a una escala mucho mayor.

Debido a que las células madre de

la sangre del cordón umbilical pueden generar un enorme número de células inmunes, un suministro inicial relativamente pequeño podría convertirse en miles de dosis de tratamiento.

"A partir de un pequeño número de células madre de sangre del cordón umbilical, podemos generar billones de células terapéuticas, suficientes para miles de dosis, en aproximadamente seis semanas", dijo el coautor principal Yanruide (Charlie) Li, un estudiante postdoctoral en el laboratorio de Yang. "Con un estimado de \$ 5,000 por dosis, este enfoque sería mucho más accesible que las terapias de hoy".

Ese costo estimado sería dramáticamente más bajo que los tratamientos personalizados de células T de hoy, que pueden costar cientos de miles de dólares.

UNA PLATAFORMA QUE PODRÍA ATACAR MUCHOS TUMORES SÓLIDOS

Los investigadores ven AlloESO-T como algo más que un tratamiento construido alrededor de una sola proteína del cáncer.

Muchos tumores sólidos carecen de proteínas adecuadas en su superficie externa para que las terapias inmunitarias convencionales las reconozcan. Los tratamientos basados en TCR ofrecen otra ruta porque sus receptores pueden identificar fragmentos de proteínas que se originan dentro de las células tumorales y luego se muestran en la superficie celular.

Esa capacidad podría abrir la puerta a la orientación de los cánceres que han seguido siendo difíciles de alcanzar con las terapias celulares existentes.

"No solo estamos presentando una terapia para un objetivo. Queremos compartir la plataforma en sí", dijo Li. "Mientras se haya validado un receptor para un antígeno de cáncer determinado, podemos construirlo en este sistema y generar células T específicas para ese objetivo".

El sistema AlloESO-T también se basa en el trabajo de fabricación ya completado por el laboratorio de Yang para su

plataforma CAR-NKT, una estrategia de inmunoterapia independiente.

Los investigadores ya se han asociado con el Centro de Salud de Bioterapias Avanzadas de la UCLA para fabricar células de grado clínico para ese programa. Esperan utilizar la misma relación de fabricación para ayudar a escalar AlloESO-T, lo que podría permitir que la tecnología avance hacia las pruebas clínicas más rápidamente que si el proceso de producción tuviera que desarrollarse desde el principio.

LOS ENSAYOS HUMANOS TODAVÍA SON NECESARIOS

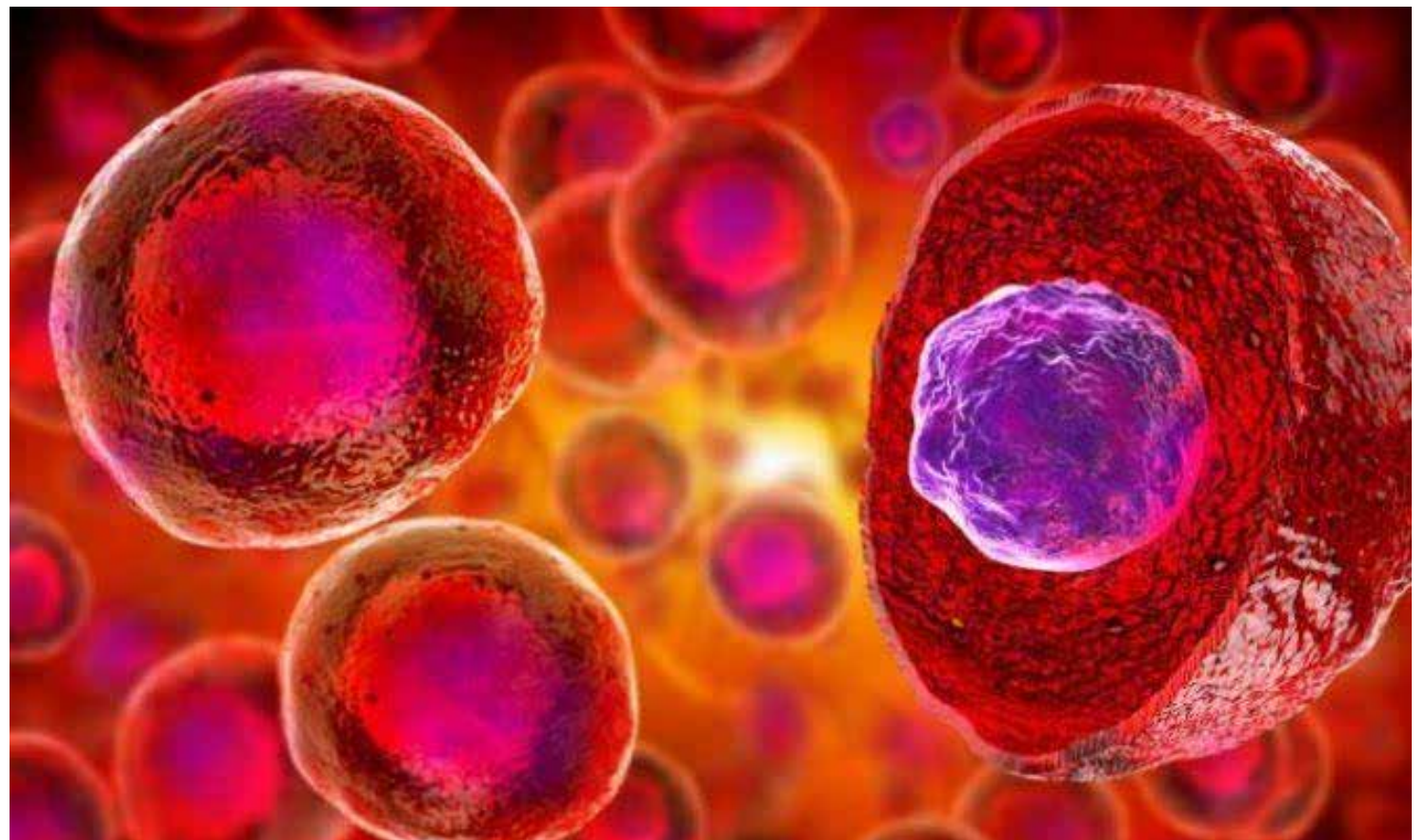
Las células terapéuticas descritas en la investigación se han evaluado hasta ahora solo en experimentos preclínicos. No se han probado en humanos a través de ensayos clínicos y no han sido aprobados por la FDA como seguros o eficaces para uso humano.

Otros autores incluyen a Jiaji Yu, Yu Jeong Kim, Yanxin Tian, Zhe Li, Yuning Chen, Zibai Lyu, Enbo Zhu, Annabel S. Zhao, Nathan Ma, Catherine Zhang, Adam Kramer, Matthew Wilson, Ryan Hon, Yu-Chen Wang, Siyu Lin, Xinyuan Shen, Zoe Hahn, Yuchong Zhang y Aijun Wang.

La investigación fue apoyada por el Instituto de Medicina Regenerativa de California, el Instituto de Biología Molecular de la UCLA, la Oficina del Canciller de la UCLA y el Centro de Microbioma Goodman-Luskin de la UCLA.

REFERENCIA DE LA REVISTA :

1. Yichen Zhu, Jiaji Yu, Yu Jeong Kim, Yanxin Tian, Zhe Li, Yuning Chen, Zibai Lyu, Enbo Zhu, Annabel S. Zhao, Nathan Ma, Catherine Zhang, Adam Kramer, Matthew Wilson, Ryan Hon, Yu-Chen Wang, Siyu Lin, Xinyuan Shen, Zoe Hahn, Yuchong Zhang, Aijun Wang, Yan-Ruide Li, Lili Yang. Generación escalable de células T citotóxicas monoespecíficas de tipo ciclogénicas con ingeniería de células madre hematopoyéticas que se dirigen a tumores sólidos. Cell Reports Medicine, 2026; 102998 DOI: 10.1016/j.xcrm.2026.102998



Nueva temporada de vacunas contra el COVID-19 y la gripe: llegan fórmulas actualizadas y una nueva vacuna de ARNm

Con la llegada de la temporada respiratoria 2026–2027, los sistemas de salud se preparan para una nueva campaña de vacunación frente al COVID-19 y la influenza. En Estados Unidos, las autoridades sanitarias ya han aprobado formulaciones actualizadas de las vacunas contra el coronavirus, adaptadas a las variantes que circulan actualmente.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) recomendó que las vacunas contra el COVID-19 para la temporada 2026–2027 incorporaran como objetivo la variante XFG, perteneciente al linaje JN.1, con el propósito de mejorar la correspondencia entre la vacuna y los virus circulantes.

Entre las vacunas actualizadas se encuentran las desarrolladas por Moderna, Pfizer-BioNTech y Novavax-Sanofi. Las formulaciones de Moderna y Pfizer-BioNTech utilizan tecnología de ARN mensajero (ARNm), mientras que la vacuna de Novavax emplea una plataforma basada en proteínas.

Pero una de las novedades científicas más importantes de esta temporada se encuentra en el campo de la influenza. La FDA aprobó el 5 de agosto de 2026 MFLUSIVA, la primera vacuna de ARNm contra la gripe de Moderna, indicada para personas de 50 años o más.

La aprobación se basó, entre otros datos, en un ensayo clínico de fase 3 con 40.805 adultos de 50 años o más, realizado en 11 países. En el estudio, MFLUSIVA mostró 26,6% de eficacia relativa superior frente a la vacuna comparada utilizada en el ensayo. El intervalo de confianza fue de 16,7% a 35,4%. El resultado es especialmente relevante porque amplía el campo de aplicación de la tecnología de ARNm más allá del COVID-19. Después de su utilización masiva durante la pandemia, esta plataforma comienza a incorporarse al desarrollo de vacunas contra otros virus respiratorios.

La nueva generación de vacunas no significa, sin embargo, que las formulaciones tradicionales hayan quedado obsoletas. Para la temporada 2026–2027, la FDA también ha actualizado la composición de las vacunas convencionales contra la influenza, seleccionando cepas de los virus H1N1, H3N2 y del linaje B/Victoria de acuerdo con la vigilancia



epidemiológica internacional.

La temporada 2026–2027 marca así una doble evolución: por un lado, la actualización periódica de las vacunas para mantenerlas adaptadas a la evolución de los virus; por otro, la expansión de plataformas tecnológicas como el ARNm hacia nuevas enfermedades. Para la población, el objetivo continúa siendo el mismo: reducir el riesgo de enfermedad grave, hospitalización y complicaciones durante la temporada respiratoria.

FUENTES:

1. <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/mflusiva>
2. <https://www.fda.gov/advisory-committees/advisory-committee-calendar/vaccines-and-related-biological-products-advisory-committee-june-18-2026-meeting-announcement>
3. <https://purplebooksearch.fda.gov/index.cfm>
4. <https://products.moderna.com/mflusivapro>
5. <https://www.cdc.gov/flu/season/2026-2027.html>

Reino Unido propone un sistema de “aprendizaje” para regular la inteligencia artificial en salud

Una comisión independiente recomienda que las nuevas herramientas de inteligencia artificial utilizadas en medicina comiencen bajo estricta supervisión, como los conductores principiantes. El informe plantea 44 medidas para garantizar la seguridad de los pacientes y aumentar la confianza en estas tecnologías.

LONDRES — El Reino Unido prepara un cambio profundo en la manera de regular la inteligencia artificial (IA) aplicada a la salud. Una comisión independiente encargada de revisar el sistema regulatorio británico concluyó que las normas actuales resultan insuficientes para tecnologías que evolucionan con mucha mayor rapidez que los dispositivos médicos tradicionales.

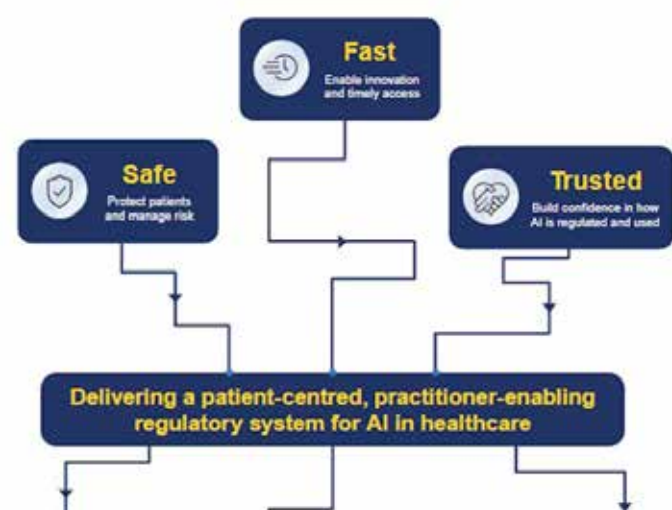
El informe, elaborado por la National Commission into the Regulation of AI in Healthcare a pedido de la agencia reguladora británica MHRA, contiene 44 recomendaciones destinadas a crear un sistema que permita incorporar la IA al sistema sanitario sin comprometer la seguridad de los pacientes. La revisión recogió opiniones de más de 12.000

pacientes, profesionales sanitarios y desarrolladores de inteligencia artificial.

“LICENCIA DE APRENDIZAJE” PARA LAS NUEVAS IA

Una de las propuestas más llamativas consiste en establecer autorizaciones progresivas para los sistemas de inteligencia artificial, comparables a las placas de aprendizaje que utilizan los conductores principiantes en el Reino Unido.

La idea es que una nueva IA médica no pueda desplegarse inmediatamente a gran escala. Primero debería utilizarse en entornos controlados, con supervisión estrecha, para demostrar que funciona de manera segura en situaciones reales. Solo después podría avanzar hacia una autorización más amplia dentro del Ser-



La Comisión Nacional sobre la regulación de la IA en la atención médica ha entregado su informe muy esperado, que ofrece recomendaciones sobre la creación de un sistema “seguro, rápido y confiable” para implementar herramientas de inteligencia artificial en el NHS.

vicio Nacional de Salud británico (NHS). El sistema permitiría, de esta manera, que las tecnologías aprendan de su utilización en el mundo real antes de

alcanzar el nivel máximo de autorización. Supervisión durante toda la vida útil

sigue en pág. 35

viene de pág. 34

La comisión también propone abandonar el modelo tradicional basado fundamentalmente en una aprobación única. En su lugar, las herramientas de IA deberían ser sometidas a una vigilancia continua durante todo su ciclo de vida.

Esto permitiría detectar rápidamente si un sistema pierde eficacia, comienza a cometer más errores o deja de ser seguro. En esos casos deberían existir mecanismos ágiles para restringir su utilización o retirarlo.

El cambio resulta especialmente importante porque los sistemas de IA pueden modificarse, actualizarse o comportarse de manera diferente cuando son utilizados con nuevos datos y en contextos clínicos distintos.

LOS PACIENTES DEBERÁN SABER CUÁNDO INTERVIENE LA IA

Otro de los puntos centrales del informe es la transparencia frente al paciente.

Las personas deberían tener derecho a saber cuándo y de qué manera se utiliza inteligencia artificial durante su atención médica. Además, se propone crear una base de datos pública y consultable que permita conocer qué modelos de IA están siendo utilizados en el sistema

sanitario.

La comisión sostiene que la confianza pública será un elemento fundamental para que estas tecnologías puedan incorporarse de forma sostenible a la medicina.

LA IA NO REEMPLAZARÍA AL MÉDICO

El informe establece además un principio fundamental: la inteligencia artificial debe complementar, y no sustituir, la supervisión humana.

Las decisiones clínicas finales deberían permanecer en manos de profesionales sanitarios, incluso cuando una herramienta de IA participe en el diagnóstico, análisis de información, elaboración de informes u otras tareas asistenciales.

La propuesta busca evitar que la incorporación acelerada de sistemas automatizados genere una transferencia excesiva de responsabilidad desde los profesionales hacia algoritmos cuyo funcionamiento puede resultar difícil de interpretar.

RESPONSABILIDAD POR LOS ERRORES

La revisión también reclama cambios en las normas de responsabilidad legal. Los desarrolladores deberían afrontar consecuencias cuando sus sistemas

provoquen problemas y las sanciones podrían ser más severas.

Al mismo tiempo, los mecanismos de notificación de acontecimientos adversos deberían modificarse para contemplar específicamente los riesgos asociados a la inteligencia artificial.

El desafío es especialmente relevante ante fenómenos como las denominadas “alucinaciones” de la IA, en las que un sistema puede generar información aparentemente convincente pero incorrecta.

EL NHS YA INVESTIGA POSIBLES RIESGOS

La preocupación no es solamente teórica. El organismo británico Health Services Safety Investigations Body (HSSIB) ya inició una investigación sobre el uso de tecnologías de voz ambiental que permiten registrar conversaciones clínicas y generar automáticamente resúmenes o borradores de cartas médicas.

Según el organismo, los actuales sistemas de notificación y vigilancia podrían no estar suficientemente preparados para detectar errores, alucinaciones o problemas relacionados con la privacidad de los datos.

EL DESAFÍO: INNOVAR SIN PERDER LA CONFIANZA

La propuesta británica refleja una tensión que comienza a aparecer en numerosos sistemas sanitarios: la IA promete acelerar diagnósticos, reducir tareas administrativas y liberar tiempo de los profesionales, pero su incorporación plantea nuevos riesgos clínicos, legales y éticos.

El mensaje central de la comisión es que la innovación deberá demostrar primero que merece ocupar un lugar en la atención sanitaria.

En palabras del profesor Alastair Deniston, uno de los autores del informe, la población está abierta a que la inteligencia artificial mejore la atención médica, pero exige tres condiciones: seguridad, supervisión humana y transparencia sobre cuándo se utiliza.

El modelo británico podría convertirse así en un precedente internacional: en lugar de prohibir o aprobar de una vez las nuevas IA médicas, permitir que comiencen como “aprendices”, bajo vigilancia, y que obtengan progresivamente mayores niveles de autonomía a medida que demuestren seguridad y eficacia.

Fuente: Pharmaphorum — “UK review recommends ‘L plates’ for new health-care AIs”. El artículo fue publicado el 11 de septiembre de 2026.

Bassetti, Payque y Castellano recibieron los premios a las mejores tesis

El miércoles 19 de agosto se realizó la ceremonia de entrega de los premios a las mejores tesis de maestría y doctorado del Institut Pasteur de Montevideo (IP Montevideo), un reconocimiento que busca destacar la excelencia de los trabajos desarrollados por jóvenes investigadores e investigadoras y contribuir al impulso de sus carreras científicas. Lucía Bassetti, Eugenia Payque y Mauricio Castellano obtuvieron las distinciones.

Estos premios son posibles gracias al apoyo de donantes que apuestan por el desarrollo de las nuevas generaciones de científicos y científicas. En este sentido, el “Premio a la Mejor Tesis de Maestría – Premio Embajada de Francia” es otorgado gracias a la donación de la Embajada de Francia en Uruguay, mientras que el “Premio a la Mejor Tesis de Doctorado – Premio Rubio Santoro-García Varela” es posible gracias a la donación de la científica uruguaya

Silvina García Rubio, que está radicada en Estados Unidos.

En esta edición, el Premio a la Mejor Tesis de Maestría tuvo dos ganadoras. Eugenia Payque, del Laboratorio de Investigación en Leucemia Linfóide Crónica, fue reconocida por su trabajo “Implicancias de la expresión de la proteína S100A9 durante la progresión de la leucemia linfóide crónica”. Por su parte, Lucía Bassetti, del Programa de Tecnología Molecular, Celular y Animal



(ProTeMCA), recibió el premio por su tesis “Nuevas estrategias basadas en polipéptidos tipo elastina e inteínas para la reducción de costos asociados a la purificación de proteínas recombinantes”.

El Premio a la Mejor Tesis de Doctorado fue otorgado a Mauricio Castellano, del Laboratorio de Genómica Funcional, por su trabajo “La actividad ribonucleasa modula el reconocimiento inmune del exRNA desnudo y determina la composición del exRNA no vesicular”.

En esta oportunidad, el premio de doctorado tuvo además un significado especial: fue otorgado en memoria de la Dra. Ivonne Rubio, tía de Silvina García Rubio, quien falleció este año. Durante la ceremonia, su hijo, Daniel Bazzino, compartió unas palabras en su memoria.

La instancia contó con la presencia de la embajadora de Francia en Uruguay, Virginie Bioteau, y, de forma virtual, Silvina García Rubio. Por parte del IP Montevideo asistieron Carlos Batthyány, director ejecutivo; José Badano, director académico; y Ricardo Ehrlich, presidente del Consejo de Administración.

Además de reconocer la calidad de las investigaciones premiadas, la instancia permitió poner en valor el compromiso de quienes contribuyen al desarrollo de la ciencia y de las nuevas generaciones de investigadores e investigadoras. A través de estos premios, el IP Montevideo busca acompañar sus trayectorias y reconocer el aporte de sus trabajos a la generación de nuevo conocimiento.

Fuente: <https://pasteur.uy>



La atención primaria, una herramienta clave para mejorar la salud y reducir los costos sanitarios

La atención primaria podría desempeñar un papel mucho más importante en la solución de algunos de los principales problemas de los sistemas de salud: el aumento de los costos, la creciente carga de enfermedades crónicas, las desigualdades en el acceso y la sobrecarga de los hospitales.

Así lo plantea un editorial publicado en agosto de 2026 en *Annals of Family Medicine*, firmado conjuntamente por los responsables editoriales de varias importantes revistas estadounidenses de medicina familiar. Los autores sostienen que, pese a la evidencia acumulada durante décadas, la atención primaria continúa recibiendo menos recursos de los necesarios.

MÁS PREVENCIÓN Y MENOS HOSPITALIZACIONES

El artículo destaca que disponer de una relación continua con un equipo de atención primaria se asocia con importantes beneficios. Entre ellos, una mayor realización de controles preventivos, menos consultas a los servicios de emergencia y menos hospitalizaciones.

Según los datos citados por los autores, los adultos que cuentan con atención primaria presentan tasas considerablemente mayores de intervenciones preventivas: alrededor del 96% recibe determinadas acciones de detección y prevención, frente al 68% entre quienes no tienen una fuente habitual de atención.

La continuidad de la atención también

se ha relacionado con una reducción aproximada del 11% en las visitas a los servicios de emergencia y del 20% en las hospitalizaciones de adultos. En niños con enfermedades crónicas, las reducciones señaladas son todavía mayores.

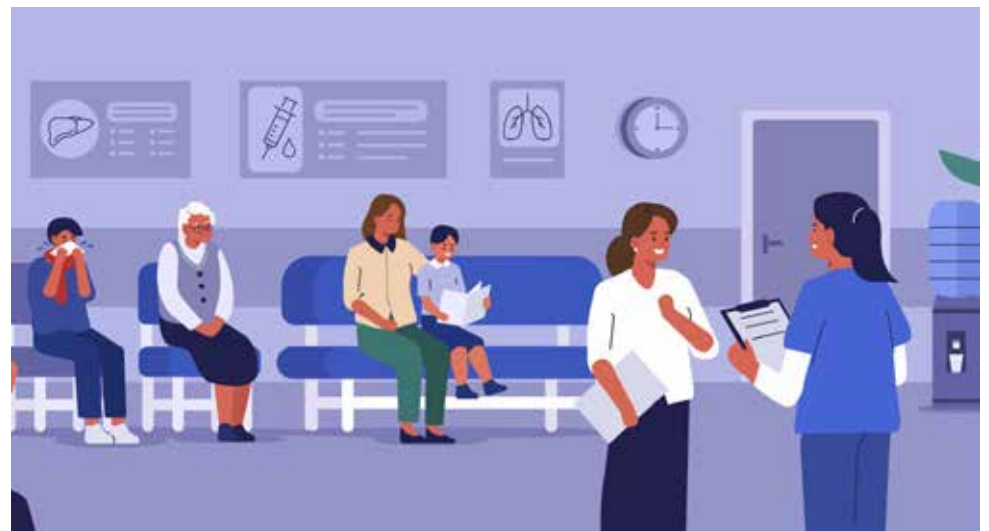
El beneficio no sería únicamente clínico. La atención primaria también puede reducir los costos asociados al manejo de enfermedades crónicas y evitar la utilización innecesaria de servicios de mayor complejidad.

UNA RELACIÓN MÉDICA QUE IMPORTA

Los autores subrayan que el valor de la atención primaria no se limita a diagnosticar y tratar enfermedades. Su fortaleza reside en la continuidad: conocer al paciente a lo largo del tiempo, detectar precozmente problemas de salud, realizar prevención, coordinar la atención con especialistas y considerar simultáneamente los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Esta perspectiva de atención integral puede favorecer decisiones médicas más apropiadas y evitar pruebas, tratamientos o derivaciones innecesarias.

La evidencia histórica sobre sistemas



sanitarios también muestra que las poblaciones con una mayor disponibilidad de médicos de atención primaria tienden a presentar mejores indicadores de salud y menor mortalidad.

EL PROBLEMA: UNA ATENCIÓN PRIMARIA DEBILITADA

Sin embargo, el editorial advierte que la atención primaria enfrenta una crisis de recursos humanos y financiación.

En Estados Unidos, los autores señalan que se destina menos del 5% del gasto sanitario total a la atención primaria, mientras que el país presenta costos sanitarios elevados, una importante carga de enfermedades crónicas y una expectativa de vida inferior a la de otros países desarrollados.

A ello se suma la escasez de médicos de atención primaria. En 2023 había aproximadamente 67 médicos de atención primaria por cada 100.000 habitantes en Estados Unidos, frente a alrededor de 80 por 100.000 en países comparables con mejores resultados sanitarios.

Las dificultades son particularmente importantes en las zonas rurales, donde las distancias, la falta de profesionales y las limitaciones de conectividad pueden retrasar tanto la atención de enfermedades agudas como el seguimiento de enfermedades crónicas.

LA MEDICINA FAMILIAR TAMBIÉN ENFRENTA UN PROBLEMA DE INCENTIVOS

Los autores identifican varios factores detrás de esta situación. Entre ellos se encuentran los menores ingresos relativos frente a algunas especialidades, el endeudamiento de los médicos jóvenes, la creciente carga administrativa y la presión que genera la documentación clínica.

La expansión de los sistemas electrónicos de historias clínicas, que inicialmente prometía simplificar el trabajo médico, en muchos casos terminó aumentando las tareas administrativas.

El editorial también señala una paradoja: aunque una enorme proporción de la atención sanitaria ocurre en el primer nivel, la investigación en medicina familiar recibe una fracción muy pequeña de la financiación científica federal

estadounidense.

INTELIGENCIA ARTIFICIAL, PERO AL SERVICIO DEL MÉDICO

Los autores consideran que la inteligencia artificial podría contribuir a transformar la atención primaria, pero advierten que su función debería ser apoyar al profesional y no sustituir la relación médico-paciente.

La tecnología podría ayudar a reducir tareas administrativas, organizar información clínica y facilitar determinadas decisiones, permitiendo que los médicos dediquen más tiempo a escuchar y atender a sus pacientes.

La clave, según el editorial, consiste en desarrollar herramientas tecnológicas que fortalezcan —y no debiliten— la continuidad, la confianza y la relación humana que constituyen el núcleo de la atención primaria.

UNA CUESTIÓN DE POLÍTICA SANITARIA

El planteo de los autores va más allá de la medicina familiar. Sostienen que fortalecer la atención primaria debería convertirse en una prioridad de política sanitaria.

Entre las medidas propuestas se encuentran aumentar la financiación destinada al primer nivel, reformar los mecanismos de pago, mejorar la formación de nuevos profesionales, facilitar el acceso en comunidades desatendidas, reducir la carga administrativa y financiar más investigación sobre modelos de atención primaria.

La conclusión es contundente: si los sistemas sanitarios quieren reducir enfermedades prevenibles, desigualdades y costos innecesarios, no deberían considerar a la atención primaria como un nivel secundario frente a la medicina especializada, sino como la base sobre la cual debería organizarse todo el sistema de salud.

Fuente: *Annals of Family Medicine*, 19 de agosto de 2026, DOI 10.1370/afm.260450. La editorial fue publicada simultáneamente en varias revistas de medicina familiar estadounidenses. <https://www.annfammed.org/content/early/2026/08/19/afm.260450>

Piense y realice una opción inteligente

20 años

Publicite en...

EL DIARIO MEDICO

Salud hoy

099 351 366

www.eldiariomedico.com.uy

Una gigantesca base de datos de salud reúne información de 1,9 millones de personas y abre nuevas posibilidades para la medicina

El proyecto británico Our Future Health se convierte en una de las mayores cohortes biomédicas del mundo. Sus datos permiten estudiar enfermedades frecuentes y raras, hábitos de vida, salud mental, cáncer y factores sociales, aunque los investigadores advierten sobre importantes sesgos de participación.

Una de las mayores iniciativas de investigación médica del mundo acaba de presentar un análisis de los datos de más de 1,9 millones de personas, con el objetivo de comprender mejor cómo se distribuyen las enfermedades y los factores de riesgo en la población. El estudio, publicado el 10 de septiembre de 2026 en *Nature Medicine*, analiza la primera gran fotografía clínica del programa británico Our Future Health (OFH).

El proyecto aspira a incorporar alrededor de 5 millones de adultos residentes en el Reino Unido. Hasta ahora, más de 2,5 millones de personas se han registrado y existen datos fenotípicos —información sobre características, enfermedades y comportamientos relacionados con la salud— para más de 1,9 millones. Si alcanza su objetivo, la cohorte representaría aproximadamente el 10% de la población adulta británica.

UNA RADIOGRAFÍA DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN

Los investigadores combinaron información procedente de cuestionarios, diagnósticos, medicamentos, consultas hospitalarias, registros de cáncer, causas de muerte, características sociodemográficas y otros indicadores de salud.

El análisis encontró que, en términos generales, los patrones de enfermedad observados en Our Future Health coinciden con los registrados en otras grandes bases de datos sanitarias, incluido el conocido UK Biobank. La concordancia entre ambas cohortes fue especialmente elevada para diferentes enfermedades y asociaciones clínicas.

La enorme dimensión de la muestra permite además identificar un número considerable de personas con enfermedades poco frecuentes. Por ejemplo, el estudio registró 668 personas con miastenia gravis, frente a 266 en UK Biobank; 464 con colangitis biliar primaria, 172 con fibrosis quística y 83 con neuromielitis óptica.

Esto tiene especial importancia para la investigación de enfermedades raras, en las que reunir suficientes pacientes para obtener resultados estadísticamente sólidos suele ser extremadamente difícil.

SALUD MENTAL: UNA SEÑAL PARTICULARMENTE LLAMATIVA

Uno de los resultados que más destaca es la elevada presencia de problemas de

salud mental autodeclarados, especialmente depresión y ansiedad. La prevalencia de varias de estas condiciones fue superior a la observada en estimaciones nacionales y mostró una fuerte concordancia con los datos del UK Biobank.

Los autores, sin embargo, advierten que estos resultados no necesariamente significan que la población británica tenga exactamente esos niveles de enfermedad. La mayor frecuencia podría estar relacionada, entre otros factores, con cambios en la disposición de las personas a declarar problemas de salud mental, modificaciones en las prácticas diagnósticas, las consecuencias sociales y económicas de la pandemia de COVID-19 y otros factores contemporáneos.

MENOS FUMADORES, PERO MÁS CONSUMO FRECUENTE DE ALCOHOL

El estudio también encontró diferencias interesantes en los hábitos de vida.

El 7,4% de los hombres y el 6,6% de las mujeres participantes declaró ser fumador actual, porcentajes inferiores a los registrados en la encuesta nacional británica utilizada como referencia, donde eran del 13,2% y 10,6%, respectivamente.

En cambio, el consumo frecuente de alcohol aparecía algo más elevado. Entre los hombres, el 22,9% declaró beber alcohol tres o cuatro veces por semana, frente al 17% registrado en la encuesta nacional de referencia. Los investigadores señalan que este patrón podría ser compatible con otras investigaciones que han detectado un aumento persistente del consumo de alcohol después de la pandemia. La actividad física también presentó una imagen relativamente favorable: aproximadamente tres cuartas partes de hombres y mujeres declararon caminar al menos diez minutos en 16 o más ocasiones al mes.

UNA POBLACIÓN ENORME, PERO NO PERFECTAMENTE REPRESENTATIVA

El principal mensaje crítico del trabajo es que una muestra gigantesca no necesariamente equivale a una muestra perfectamente representativa de toda la población.

Los participantes presentan algunas diferencias respecto de la población británica. Hay una mayor proporción de mujeres —57% frente a 43% de



hombres—, mientras que determinados grupos étnicos y los adultos jóvenes están subrepresentados. También existe una menor participación de personas pertenecientes al sector socioeconómico más desfavorecido.

Por ejemplo, el grupo situado en el nivel más alto de privación socioeconómica representa alrededor del 13% de los participantes, frente al 20% de la población británica; en el extremo contrario, el grupo menos desfavorecido representa el 27%, frente al 20% en la población general. Por esa razón, los investigadores advierten que los datos actuales no deben utilizarse para calcular directamente la prevalencia o incidencia de todas las enfermedades en el conjunto de la población británica. La participación voluntaria puede generar sesgos que deben ser considerados en futuros estudios.

UNA NUEVA INFRAESTRUCTURA PARA LA MEDICINA DE PRECISIÓN

La importancia del proyecto va más allá de describir cuántas personas tienen una determinada enfermedad. Our Future Health pretende conectar progresivamente información clínica, genética, ambiental, social y relacionada con el estilo de vida.

La posibilidad de seguir a millones de personas a lo largo del tiempo podría permitir estudiar cómo determinados factores preceden al desarrollo de una enfermedad, identificar grupos de mayor riesgo y facilitar investigaciones sobre prevención, diagnóstico precoz y tratamientos personalizados.

El proyecto también puede resultar particularmente valioso para enfermedades raras. Aunque muchas de ellas seguirán estando insuficientemente

representadas —especialmente las que comienzan durante la infancia—, el enorme tamaño de la cohorte permitirá desarrollar mejores métodos para identificar pacientes, estudiar factores de riesgo y reclutar participantes para futuras investigaciones.

EL DESAFÍO: CONVERTIR CANTIDAD DE DATOS EN CONOCIMIENTO FIABLE

El estudio representa así un paso importante hacia una medicina basada en grandes volúmenes de información. Pero también demuestra uno de los problemas centrales de la llamada “big data” sanitaria: disponer de millones de registros no elimina automáticamente los sesgos.

La selección de quienes participan, las diferencias socioeconómicas, la edad, el sexo, la etnia, los hábitos de salud y la forma en que se registran las enfermedades pueden modificar los resultados. Los autores señalan que los investigadores deberán comparar los resultados de Our Future Health con otras cohortes y fuentes nacionales para determinar qué asociaciones pueden generalizarse con seguridad.

La conclusión es, por tanto, doble: Our Future Health ofrece una infraestructura excepcional para investigar la salud humana a una escala hasta ahora poco habitual, pero su verdadero valor dependerá de la capacidad de los científicos para reconocer y corregir los sesgos inherentes a una población de voluntarios.

Fuente: *Straub, V. J. et al., “Phenomic profiles and disease patterns of 1.9 million participants from Our Future Health”, *Nature Medicine*, publicado el 10 de septiembre de 2026. <https://www.nature.com/articles/s41591-026-04602-4>*

Virus varicela-zóster: una infección que puede permanecer latente durante toda la vida

Una revisión publicada en *Nature Reviews Disease Primers* actualiza el conocimiento sobre la varicela, el herpes zóster y las complicaciones neurológicas, vasculares y sistémicas asociadas al virus.

El virus varicela-zóster (VZV), responsable de la varicela y del herpes zóster, infecta a más del 90% de la población mundial y puede permanecer en el organismo durante toda la vida. Una revisión publicada el 3 de septiembre de 2026 en *Nature Reviews Disease Primers* analiza los mecanismos de infección, las complicaciones, las estrategias de diagnóstico, prevención y tratamiento de este virus.

La infección primaria suele producir varicela, una enfermedad caracterizada por una erupción cutánea generalizada. Después de la infección, el virus no desaparece completamente, sino que establece un estado de latencia en las neuronas de los ganglios nerviosos, donde puede permanecer durante décadas.

Con el envejecimiento, el sistema inmunitario puede perder parte de su capacidad para mantener al virus bajo control. También determinadas enfermedades o tratamientos inmunosupresores pueden favorecer su reactivación. Cuando esto ocurre, el VZV puede provocar herpes zóster, generalmente acompañado por una erupción dolorosa localizada siguiendo el trayecto de un nervio.

MÁS QUE UNA ENFERMEDAD DE LA PIEL

Uno de los aspectos destacados por los autores es que la reactivación del virus no siempre se limita a la piel. En determinadas circunstancias puede afectar al sistema nervioso y a otros órganos.

Entre las complicaciones descritas se encuentran la neuralgia posherpética, vasculopatías, neuropatías craneales y mielopatías. También se han documentado complicaciones cardiovasculares y

gastrointestinales.

Un elemento especialmente importante es que algunas de estas manifestaciones pueden aparecer sin la erupción cutánea característica del herpes zóster o incluso presentarse temporalmente separadas de ella. Esto puede dificultar considerablemente el diagnóstico.

El diagnóstico puede ser difícil en los casos atípicos.

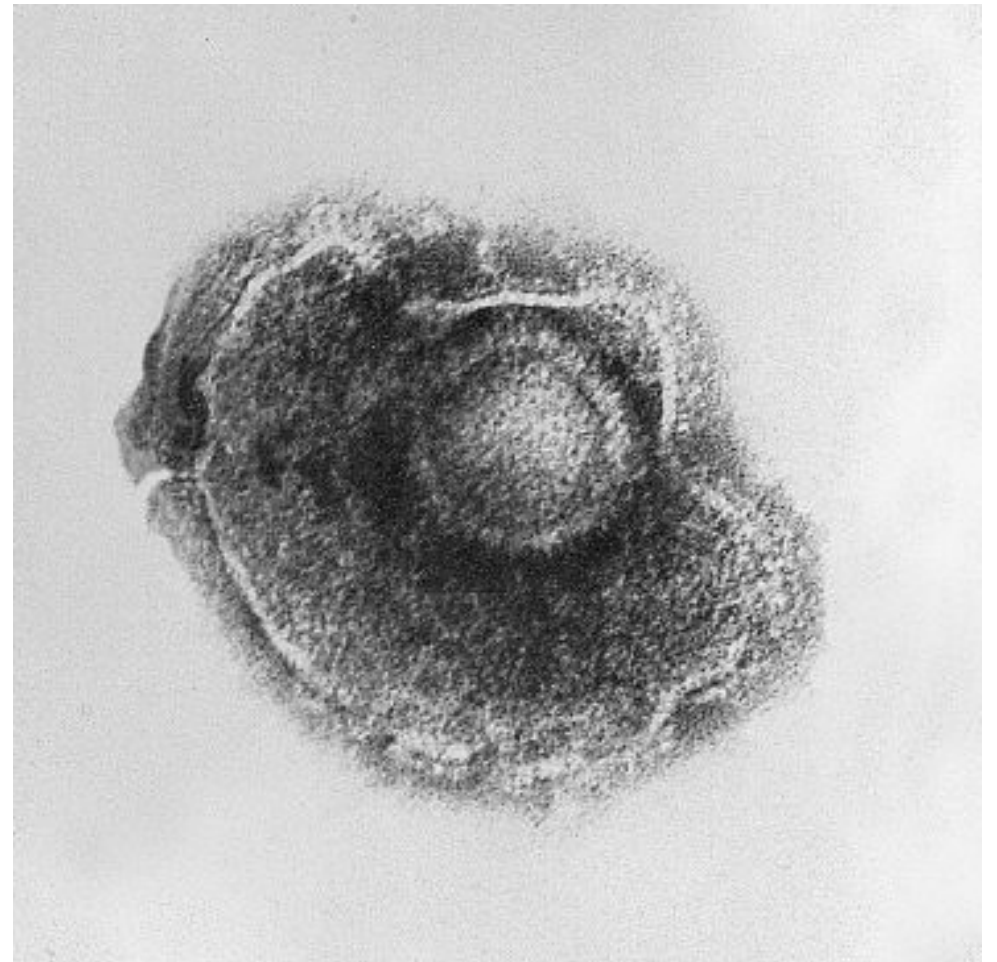
En la varicela y el herpes zóster típicos, la distribución y las características de las lesiones cutáneas permiten orientar rápidamente el diagnóstico. Sin embargo, cuando existe afectación neurológica, vascular o de otros órganos sin lesiones visibles en la piel, identificar la participación del VZV resulta mucho más complejo.

La revisión subraya precisamente la necesidad de mejorar las herramientas diagnósticas para reconocer estas formas atípicas de infección y determinar cuándo el virus está realmente participando en una enfermedad determinada.

ANTIVIRALES Y VACUNAS

El tratamiento del herpes zóster y de otras manifestaciones por VZV incluye medicamentos antivirales. Entre ellos se encuentran valaciclovir, famciclovir y aciclovir. Para determinados cuadros graves o diseminados puede ser necesario recurrir al aciclovir intravenoso o, cuando otros tratamientos fracasan, al foscarnet. La revisión también menciona amenamevir entre los antivirales disponibles en determinados contextos.

La prevención constituye otro de los principales pilares frente al virus. Actualmente existen vacunas contra la varicela y vacunas recombinantes destinadas a



prevenir el herpes zóster. Sin embargo, los autores señalan que todavía existe un importante desafío para ampliar la vacunación contra el zóster a escala mundial.

UNA CUESTIÓN QUE CONTINÚA BAJO INVESTIGACIÓN

La revisión también señala interrogantes científicos que todavía no están resueltos. Entre ellos se encuentra determinar con mayor precisión qué papel desempeña el VZV en algunas enfermedades vasculares y neurodegenerativas, así como desarrollar nuevos tratamientos capaces de actuar frente a las diferentes formas de infección.

El trabajo refuerza así una idea fundamental: el virus varicela-zóster no debe considerarse únicamente el causante de una enfermedad infantil o de una erupción dolorosa en adultos. Se trata de un virus capaz de permanecer latente durante toda la vida y cuya reactivación, especialmente cuando disminuye la vigilancia inmunitaria, puede producir un espectro mucho más amplio de enfermedades.

Fuente: *Nature Reviews Disease Primers*, "Varicella zoster virus infection", publicado el 3 de septiembre de 2026. <https://www.nature.com/articles/s41572-026-00735-5>

La cardiología europea cambia el enfoque de la insuficiencia cardíaca: más prevención y tratamiento más temprano

Las nuevas guías de la Sociedad Europea de Cardiología introducen una nueva clasificación de la enfermedad, refuerzan la prevención y plantean iniciar el tratamiento cuanto antes

La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) presentó sus nuevas Guías 2026 para el manejo de la insuficiencia cardíaca, un documento que actualiza y sustituye las recomendaciones publicadas en 2021 y que incorpora importantes cambios en la clasificación, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad. Las nuevas recomendaciones fueron

publicadas el 28 de agosto de 2026 en *European Heart Journal*.

La insuficiencia cardíaca afecta aproximadamente al 1%-3% de la población adulta y continúa representando uno de los principales desafíos de la medicina cardiovascular. Aunque la supervivencia ha mejorado considerablemente durante las últimas décadas, la ESC señala que

menos del 60% de las personas diagnosticadas permanecen con vida cinco años después del diagnóstico.

DE TRATAR LA ENFERMEDAD A PREVENIR SU APARICIÓN

Uno de los principales cambios de las nuevas guías es el énfasis puesto en la prevención y en el tratamiento precoz.

La ESC considera que la insuficiencia cardíaca no debe entenderse simplemente como una enfermedad que aparece cuando el corazón ya está de-

teriorado, sino como un proceso que puede comenzar mucho antes de que aparezcan los síntomas.

Por este motivo, las nuevas recomendaciones adoptan un sistema de estadios, desde las personas con factores de riesgo que todavía no presentan insuficiencia cardíaca hasta quienes padecen formas avanzadas de la enfermedad. Este enfoque pretende facilitar la identificación de pacientes en riesgo y

sigue en pág. 39

viene de pág. 38

permitir intervenciones más tempranas.

El envejecimiento de la población, la obesidad y la creciente frecuencia de diversos factores de riesgo cardiovascular hacen prever que la carga de la insuficiencia cardíaca continúe aumentando.

UNA NUEVA FORMA DE CLASIFICAR LA ENFERMEDAD

Las guías también introducen cambios en la manera de clasificar los distintos tipos de insuficiencia cardíaca.

Tradicionalmente, una parte importante de esta clasificación se basaba en la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), es decir, el porcentaje de sangre que el ventrículo izquierdo expulsa con cada contracción.

Las nuevas recomendaciones buscan una clasificación más amplia y clínicamente útil, incorporando diferentes estadios y características de los pacientes, en lugar de considerar únicamente un determinado porcentaje de fracción de eyección.

NUEVAS CATEGORÍAS PARA ORGANIZAR EL TRATAMIENTO

Otro cambio relevante es la reorganización de las terapias.

Las guías introducen el concepto de tratamiento médico fundamental o foundational medical therapy (FMT), junto con el tratamiento médico adicional (AMT) y las terapias intervencionistas dirigidas por las guías (GDIT).

El objetivo es diferenciar con mayor claridad los tratamientos que constituyen la base terapéutica de aquellos que deben incorporarse según las características concretas del paciente y de la enfermedad.

Este nuevo esquema incluye tanto tratamientos farmacológicos como dispositivos y procedimientos intervencionistas, permitiendo una estrategia más individualizada.

DETECTAR ANTES A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA

Las recomendaciones también conceden especial importancia a reconocer de manera precoz a los pacientes que podrían evolucionar hacia una insuficiencia cardíaca avanzada.

Para ello se incorporan herramientas destinadas a identificar señales de alarma y facilitar la derivación temprana a centros especializados. Entre ellas figuran criterios como la denominada “regla de tres” y los criterios “I NEED HELP”, destinados a reconocer pacientes con mayor riesgo de progresión.

La derivación temprana resulta especialmente importante para aquellos pacientes que podrían beneficiarse de tratamientos avanzados, como el trasplante cardíaco o los sistemas de asistencia circulatoria mecánica de larga duración.

EL PACIENTE TAMBIÉN FORMA PARTE DEL TRATAMIENTO

Las nuevas guías dedican además un espacio específico a la educación del paciente y el autocuidado.

La ESC considera que informar adecuadamente a las personas con insuficiencia cardíaca puede favorecer su participación en las decisiones terapéuticas y ayudarles a manejar mejor su enfermedad.



La propia organización publicó junto con las guías una versión destinada específicamente a los pacientes.

La actualización refleja así un cambio de paradigma: la insuficiencia cardíaca no debe abordarse únicamente cuando aparecen síntomas importantes o cuando el corazón ya presenta un deterioro avanzado.

Prevenir, identificar el riesgo, diagnosticar antes e iniciar el tratamiento precozmente son algunos de los principales mensajes de las nuevas recomendaciones europeas.

Las guías fueron elaboradas por un grupo de expertos de la Sociedad Europea de Cardiología y constituyen actualmente una de las referencias internacionales para el manejo de la insuficiencia cardíaca.

Fuente: European Heart Journal, “2026 ESC Guidelines for the management of heart failure”, publicado el 28 de agosto de 2026. DOI: 10.1093/eurheartj/ehag100. Las nuevas guías de la Sociedad Europea de Cardiología introducen una nueva clasificación de la enfermedad, refuerzan la prevención y plantean iniciar el tratamiento cuanto antes.

La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) presentó sus nuevas Guías 2026 para el manejo de la insuficiencia cardíaca, un documento que actualiza y sustituye las recomendaciones publicadas en 2021 y que incorpora importantes cambios en la clasificación, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad. Las nuevas recomendaciones fueron publicadas el 28 de agosto de 2026 en European Heart Journal.

La insuficiencia cardíaca afecta aproximadamente al 1%–3% de la población adulta y continúa representando uno de los principales desafíos de la medicina cardiovascular. Aunque la supervivencia ha mejorado considerablemente durante las últimas décadas, la ESC señala que menos del 60% de las personas diagnos-

ticadas permanecen con vida cinco años después del diagnóstico.

DE TRATAR LA ENFERMEDAD A PREVENIR SU APARICIÓN

Uno de los principales cambios de las nuevas guías es el énfasis puesto en la prevención y en el tratamiento precoz.

La ESC considera que la insuficiencia cardíaca no debe entenderse simplemente como una enfermedad que aparece cuando el corazón ya está deteriorado, sino como un proceso que puede comenzar mucho antes de que aparezcan los síntomas.

Por este motivo, las nuevas recomendaciones adoptan un sistema de estadios, desde las personas con factores de riesgo que todavía no presentan insuficiencia cardíaca hasta quienes padecen formas avanzadas de la enfermedad. Este enfoque pretende facilitar la identificación de pacientes en riesgo y permitir intervenciones más tempranas.

El envejecimiento de la población, la obesidad y la creciente frecuencia de diversos factores de riesgo cardiovascular hacen prever que la carga de la insuficiencia cardíaca continúe aumentando.

UNA NUEVA FORMA DE CLASIFICAR LA ENFERMEDAD

Las guías también introducen cambios en la manera de clasificar los distintos tipos de insuficiencia cardíaca.

Tradicionalmente, una parte importante de esta clasificación se basaba en la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), es decir, el porcentaje de sangre que el ventrículo izquierdo expulsa con cada contracción.

Las nuevas recomendaciones buscan una clasificación más amplia y clínicamente útil, incorporando diferentes estadios y características de los pacientes, en lugar de considerar únicamente un determinado porcentaje de fracción de eyección.

NUEVAS CATEGORÍAS PARA ORGANIZAR EL TRATAMIENTO

Otro cambio relevante es la reorganización de las terapias.

Las guías introducen el concepto de tratamiento médico fundamental o foundational medical therapy (FMT), junto con el tratamiento médico adicional (AMT) y las terapias intervencionistas dirigidas por las guías (GDIT).

El objetivo es diferenciar con mayor claridad los tratamientos que constituyen la base terapéutica de aquellos que deben incorporarse según las características concretas del paciente y de la enfermedad.

Este nuevo esquema incluye tanto tratamientos farmacológicos como dispositivos y procedimientos intervencionistas, permitiendo una estrategia más individualizada.

DETECTAR ANTES A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA

Las recomendaciones también conceden especial importancia a reconocer de manera precoz a los pacientes que podrían evolucionar hacia una insuficiencia cardíaca avanzada.

Para ello se incorporan herramientas destinadas a identificar señales de alarma y facilitar la derivación temprana a centros especializados. Entre ellas figuran criterios como la denominada “regla de tres” y los criterios “I NEED HELP”, destinados a reconocer pacientes con mayor riesgo de progresión.

La derivación temprana resulta especialmente importante para aquellos pacientes que podrían beneficiarse de tratamientos avanzados, como el trasplante cardíaco o los sistemas de asistencia circulatoria mecánica de larga duración.

EL PACIENTE TAMBIÉN FORMA PARTE DEL TRATAMIENTO

Las nuevas guías dedican además un espacio específico a la educación del paciente y el autocuidado.

La ESC considera que informar adecuadamente a las personas con insuficiencia cardíaca puede favorecer su participación en las decisiones terapéuticas y ayudarles a manejar mejor su enfermedad. La propia organización publicó junto con las guías una versión destinada específicamente a los pacientes.

La actualización refleja así un cambio de paradigma: la insuficiencia cardíaca no debe abordarse únicamente cuando aparecen síntomas importantes o cuando el corazón ya presenta un deterioro avanzado.

Prevenir, identificar el riesgo, diagnosticar antes e iniciar el tratamiento precozmente son algunos de los principales mensajes de las nuevas recomendaciones europeas.

Las guías fueron elaboradas por un grupo de expertos de la Sociedad Europea de Cardiología y constituyen actualmente una de las referencias internacionales para el manejo de la insuficiencia cardíaca.

Fuente: European Heart Journal, “2026 ESC Guidelines for the management of heart failure”, publicado el 28 de agosto de 2026. DOI: 10.1093/eurheartj/ehag100. <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehag100/8766302?login=false>