

Prof. Elbio D. Alvarez: Violencia, ética y política: cuando los que cuidan también deben ser cuidados. Pág. 3



Dr. Álvaro Danza: Metas concretas para mejorar la atención. Págs. 17 y 18

29 años

AÑO XXIX . Nº 307 . FLORIDA . OCTUBRE 2026

EL DIARIO MEDICO
Salud hoy

Acercar la salud a donde vive la gente



Info en página 8

Entrevista a la nueva Presidenta del SMU Dra. Clara Niz



Info en páginas 6 y 7

Primer transplante de córnea en un hospital público del interior



Info en página 9

RESUMEN

Dr. Antonio Turnes:
José Scosería (1861 - 1946)
Págs. 2, 4 y 5

Espacio del Colegio Médico del Uruguay.
Págs. 12 a 15

Cerro Largo:
Instalado el equipo de salud en Arévalo.
Pág. 16

Lic. Valeria Dodera
Hospital de Florida en proceso de remodelación
Págs. 18 y 19

Dr. Pablo Anzalone:
Curso de promotores comunitarios adultos en 2026 (parte I)
Págs. 20 y 21

Dr. Gustavo Grecco:
SAME 105 participó en simulacro de siniestro vial
Págs. 19 a 20

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

Espacio del Sindicato Médico del Uruguay
Págs. 26 a 28

SUSCRIPCIÓN GRATUITA
POR INTERNET
www.eldiariomedico.com.uy

DM

UN GRAN TRANSFORMADOR DE LA MEDICINA SOCIAL

José Scoseria (1861 – 1946)

Poco recordamos a algunos de los personajes que están desde hace décadas presentes en el nomenclátor de Montevideo. Entre ellos a JOSÉ SCOSERIA, a quien frecuentemente escribimos o pronunciamos mal llamándolo SCOSERÍA.



AC. DR. ANTONIO TURNES

Se trata de una personalidad que estuvo en los orígenes de la Facultad de Medicina como profesor de Química médica y luego Bioquímica o Química biológica, un gran dirigente universitario y una figura emblemática de la medicina social en el Uruguay.

A propósito de esta personalidad señera de nuestra Medicina, han publicado recientemente Eduardo Wilson (1939-2026) y Ricardo Pou Ferrari su libro "José Scoseria y la medicina uruguaya del novecientos".[1] De dicha obra extractamos algunos hitos en este artículo.

Hijo de un matrimonio genovés, nació en Montevideo el 18 de mayo de 1861. Fue uno de doce hermanos. Integró desde el inicio en 1875 la Sociedad Universitaria, una reunión de jóvenes liberales que organizaron la enseñanza preparatoria gratuita en tiempos del Cnel. Lorenzo Latorre, cuando éste clausuró la oficial.

Ingresó a la Facultad de Medicina en 1879, egresando en febrero de 1888.

EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Luego de prolongada actuación como profesor, en 1898 fue electo Decano de la Facultad de Medicina, sucediendo a Elías Regules, que había ingresado a la Cámara de Representantes por el Partido Constitucional. Formó parte, al decir de Augusto Turenne, de una tendencia científico-europeizante dinámica, fuerzas renovadoras de la que participaron Bernardo Etchepare, Luis Morquio, Albérico Ísola, José Ramasso, Luis Michaelson, José Brito Foresti, Alfredo Navarro, José Pugnalin, Andrés Ceberio, Francisco Caffera, Jacinto de León y el propio Turenne.

Entre las muchas innovaciones que introdujo Scoseria, la reorganización de los estudios de Farmacia y Química, separándolos de los de Medicina y creando clases propias, jerarquizando una profesión que años más tarde se constituiría como Facultad de Química. Obtuvo nuevas salas hospitalarias para ensanchar las áreas de docencia en el Hospital de Caridad. Se creó el título de "Profesor ad-honorem" que por vez primera se otorgó al Profesor José Arechavaleta (Urioste, País Vasco, 1838- Montevideo, 1912). Organizó y ensanchó la Biblioteca en una casa continua a la Facultad. Presentó una iniciativa para crear un Consejo electivo de profesores para asesorar al Decano, lo que recién se consagraría en 1908 con la sanción de la primera Ley Orgánica de la Universidad. Pero como destacó Augusto Turenne (1870-1948): "A los decanatos de Scoseria y a su presencia al frente de los organismos de Asistencia Pública [cuya titularidad ejercería años más tarde] corresponde la desaparición del interminable conflicto entre la Facultad de Medicina y la Comisión de Caridad, empeñada la primera en obtener facilidades para los estudios prácticos de Medicina, y la otra negándolos en forma sistemática, con resistencia cavernaria. Scoseria obtuvo su título sin haber examinado una sola mujer enferma ni presenciado – no digo asistido – un solo parto; y como él, todos sus compañeros y antecesores".

Trascendente fue para el futuro de la Facultad, la gestión de Scoseria para escoger un predio donde erigir su nuevo edificio, y a asistir a la colocación de la piedra fundamental de ese ambicioso como necesario proyecto, en octubre de 1904, apenas un mes más tarde del término de la guerra civil de aquel mismo año. Se plasmaba así un viejo reclamo de profesores y estudiantes, que estaban constreñidos a un vetusto edificio de Sarandí y Maciel, a una cuadra del Hospital de Caridad, al que le saltaban las costuras por los cuatro costados.

EN LA COMISIÓN NACIONAL DE CARIDAD Y BENEFICENCIA PÚBLICA

En 1903 el presidente José Batlle y Ordóñez (1856-1929) designa a Scoseria para integrar la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, organismo que administraba los hospitales y asilos públicos. Él presidió dicha Comisión entre 1905 y 1910, cuando renunció para hacerse cargo de la Dirección de la Asistencia Pública Nacional, recién creada, que ejerció hasta finalizar 1915. Sustituyó así al Dr. (abogado, primer profesor de Derecho Romano de la Facultad de Derecho) Luis Piñeyro del Campo (1853- París, 1909).

Al asumir la presidencia de la Comisión de Caridad sustituyó como primer acto la insignia de la Comisión, constituida por el corazón ardiente de caridad, la cruz de Cristo y el ancla de salvación por la vida cristiana, por el escudo nacional. Se proclamó la más amplia libertad de conciencia y de opiniones para todos los asilados y personal de todos los establecimientos dependientes de ella. Se suprimieron todas las prácticas religiosas y se eliminaron todos los símbolos religiosos (crucifijos) de los ámbitos asistenciales, dejándolos solamente en las capillas u oratorios de las Hermanas de Caridad. Esto – desde luego – dio lugar a una dura polémica pública, motivando la publicación por José Enrique Rodó de una serie de artículos, en su polémica con el liberal Pedro Díaz, que fueron luego reunidos en un opúsculo conocido como "Liberalismo y jacobinismo".

Decía entonces el diario El Día, en su edición del 5 de agosto de 1905, dirigido por José Batlle y Ordóñez: "El nombramiento del Dr. Scoseria y la consiguiente destitución del Dr. Piñeyro del Campo representan el triunfo de una tendencia en el seno de la Corporación que dirige nuestros establecimientos de Caridad y que, decidida en ella merced al nuevo tercio designado por el Poder Ejecutivo, supone su predominio definitivo. En pocas palabras, representan el triunfo de la tendencia liberal sobre la tendencia católica, la sustitución de la caridad sectaria por la amplia y pura caridad no sujeta a los subjetivismos del dogma ni a los absurdos de la fe".



Dibujo a lápiz de Marcelino Buscasso, publicado en el Boletín del Sindicato Médico del Uruguay No. 37, agosto 1925

EN LA ASISTENCIA PÚBLICA NACIONAL

La Ley No. 3.724 del 7 de noviembre de 1910 creó la Asistencia Pública Nacional (APN), cuyo artículo 1º establece: Todo individuo indigente o privado de recursos tiene derecho a la asistencia gratuita por cuenta del Estado, de acuerdo con la presente ley y su reglamentación. Y en el artículo 2º, determina que: La APN tendrá a su cargo la organización y funcionamiento de los establecimientos y servicios destinados a atender las siguientes necesidades sociales: A) Asistencia de enfermos; B) Asistencia y cuidado de alienados. C) Asistencia y protección de ancianos desamparados, inválidos y crónicos. D) Asistencia y tutela

sigue en pág. 4

[1]WILSON, Eduardo y POU FERRARI, Ricardo: José Scoseria y la medicina uruguaya del novecientos. Ediciones Plus Ultra, Montevideo, 2026, 350 páginas.

Violencia, ética y política: cuando los que cuidan también deben ser cuidados



PROF. ELBIO D. ÁLVAREZ

Los centros educativos y los sistemas de salud son las dos primeras líneas de defesa de una sociedad. Cuando la violencia irrumpe en ellos – contra estudiantes, docentes, pacientes o personal sanitario – no se daña solo a las personas concretas, se daña a las instituciones, al contrato social entero.

Los datos lo confirman. A nivel global cerca del 62 por ciento del personal de salud ha sufrido violencia en su trabajo. En Uruguay, en 2024 se registraron 4723 intentos de suicidio y el acoso escolar está vinculado directamente al 19% de los suicidios adolescentes. Un intento cada tres horas. Cada tres días una persona menor de 24 años pone fin a su vida.

¿Qué hacer frente a esta realidad?

Frente a esto la posición ética debe ser clara. La violencia no puede normalizarse en ninguna circunstancia y menos aún aceptarse como parte inherente del ejercicio profesional.

Como advierte la Organización Panamericana de la Salud la violencia no es una parte inevitable del trabajo, puede revenirse y la prevención exige una acción integral y sostenida.

Salud, seguridad, justicia, educación y trabajo con participación de las comunidades, de los centros y de los sindicatos actuando en forma coordinada, es imprescindible. Abordar el acoso escolar o la violencia sanitaria de forma aislada solo hace que el problema siga creciendo en las grietas entre instituciones

La tarea común de la ética y la política es lograr que quienes cuidan también sean cuidados. Un docente que trabaja con miedo no puede educar de verdad; un médico que atiende bajo amenazas no puede ejercer con serenidad.

La advertencia de la OPS merece ser recordada: “cuidar a quienes nos cuidan” no es un slogan, es un compromiso para la acción.

En nuestro país esa advertencia es relativamente escuchada.

En el SMU ya impulsan mecanismos como la COMSEPAE para prevenir la violencia contra el personal de salud extramuros. En la ANEP y los gremios docentes existe un protocolo de acción para respuestas de emergencia. Pero no alcanza. Deben ser políticas permanentes no respuestas de emergencia.

Cuando un médico es asaltado al llegar a su consultorio, cuando una enfermera es agredida mientras atiende a un paciente, cuando un estudiante sufre acosos sostenido en el aula, esos momentos no definen la desgracia individual sino el fracaso ético y político de una sociedad

Por eso pensamos que la posición ética debe ser clara y permanente: la violencia no puede normalizarse ni aceptarse.

Proteger la seguridad de educadores y sanitarios no es un favor que se les hace. Es la forma en que una sociedad protege sus propias funciones vitales.

Una sociedad que no puede proteger a quienes la cuidan terminaría sin nadie que la cuide.

Y la responsabilidad de actuar para que ello no ocurra es del Estado y de las instituciones. La autodefensa nunca sustituye a la protección institucional.

Por esos insistimos. La posición ética de todos, del Estado y de personas e instituciones debe ser clara: La violencia no puede normalizarse ni aceptarse en ningún ámbito de nuestra sociedad. Y ello exige una acción sostenida y sin pausa, previniendo y actuando y no solo reaccionando.

Prof. Elbio D. Álvarez Aguilar (DIRECTOR)

DIRECTOR RESPONSABLE Y COORDINADOR GRAL.:
Prof. Elbio D. Alvarez - Adj. Lic. Sebastián Alvarez Melgar
COORDINADOR MÉDICO Y DIRECCIÓN TÉCNICA:
Dr. Juan José Arén Frontera
ADMINISTRACIÓN Y EDICIÓN
PUMEES S.R.L. (Publicaciones Médicas Especializadas)
DOMICILIO
Dr. González 978 - C.P. 94000 - Florida
18 de Julio 1485 Piso 2 - Montevideo - Uruguay.
Teléfono: 4432 5867 - Ancel 099 351 366
E-MAIL: eldiariomedico@eldiariomedico.com.uy

M.I.E. y M. 299108 - M.E.C. Exp. Nº 1105/98 (T. XI F. 184)
COLABORAN CON EL DIARIO MEDICO:
COLUMNISTAS INVITADOS
Ac. Dr. Antonio Turnes; Dr. Miguel Fernández Galeano;
Ac. Dr. Néstor Campos; Dr. Pablo Vázquez;
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 Alvarez Melgar - 095 505 811
DISEÑO WEB Y ADJUNTO A DIRECCIÓN
Lic. Sebastián Alvarez Melgar - PUMEES S.R.L.
PRODUCCIÓN:
Ancel: 099 351 366 I 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

FEMI
Colegio Médico del Uruguay
Sindicato Médico del Uruguay
Publicación técnica de actualización permanente de INTERÉS MUNICIPAL (Res. 2531/02)
Montevideo de Todos
Publicación científica nacional nacida en Florida, de interés departamental (Res. 19486/2002)
FLORIDA Departamento Abierto

viene de pág. 2

de niños desamparados. E) Asistencia y protección de embarazadas y parturientas. F) Protección a la infancia, sin perjuicio e la que corresponde al Patronato de Menores.

Esta normativa aprobada bajo la presidencia de la República a cargo del Dr. (abogado) Claudio Williman (1861-1934), significó un cambio radical en el reconocimiento de la salud como derecho básico.

Los principales cambios durante la gestión de Scoseria pueden sintetizarse en:

1911: Cambio de nombres de los hospitales, luego de un justo reconocimiento a la prolongada actuación de las Comisiones de Caridad. El Hospital de Caridad pasó a denominarse "Hospital Maciel"; el Asilo de Huérfanos y Expósitos a "Asilo Dámaso A. Larrañaga"; el Asilo de Crónicos y Mendigos a "Asilo Luis Piñeyro del Campo"; la Casa Maternal No. 1 tomó el nombre de "Juan D. Jackson"; el Manicomio Nacional pasó a ser "Hospital Vilardebó" y la Casa de Aislamiento del Buceo pasó a ser "Hospital Fermín Ferreira".

1912: Se funda la Escuela de Nurses dirigida por el Dr. Carlos Nery (1865-1927), con 5 nurses inglesas como instructoras y el pequeño hospital anexo.

Se firma el primer convenio entre la APN y la Facultad de Medicina, creando el Instituto Nacional de Radiología, dirigido por el Dr. Carlos Butler (1879-1945).

1913: Se inaugura la primera Colonia de Alienados próxima a Santa Lucía, bajo la dirección del Dr. Santín Carlos Rossi (1884-1936).

1915: Se inaugura la Maternidad en el predio del Hospital Pereira Rossell[2], bajo la dirección del Profesor Augusto Turenne. [El Hospital de Niños se había inaugurado en dicho predio en febrero de 1908, mientras Scoseria presidía la Comisión Nacional de Caridad].

1916: comienzan a construirse los pabellones para los servicios de Ginecología y la cátedra del Profesor Enrique Pouey (1858-1939).

Finalizada su brillante gestión fue agasajado por sus colegas y amigos con un banquete en el Parque Hotel, pronunciando el Decano Profesor Américo Ricaldoni (1867-1928) un discurso de homenaje, al que respondió Scoseria con una oratoria que constituye una síntesis doctrinaria de su obra.

EN EL CONSEJO NACIONAL DE HIGIENE

Luego de su retiro de la APN continuó desarrollando honorariamente sus actividades en la cátedra y colaborando en el Consejo Nacional de Higiene (CNH) con su amigo el Dr. Alfredo Vidal y Fuentes (1863-1926), que éste presidió hasta su fallecimiento en 1926. A partir de ese momento fue presidido por Scoseria. El CNH era la máxima autoridad sanitaria normativa del país y lo fue hasta que en 1931 se crea el Consejo de Salud Pública, reuniendo las actividades de la APN y el CNH y luego se crea por el Decreto-Ley 9.202 del 12 de enero de 1934 que continúa hasta el presente.

Entre otras contribuciones, Scoseria aporta a las discusiones sobre control sanitario del puerto de Montevideo y las cuarentenas; la protección materno-infantil y la lucha contra la tuberculosis.

ACTIVIDAD PROFESIONAL

A más de toda la actividad realizada a nivel público y universitario, Scoseria pudo desarrollar actividades como médico y también como titular de un laboratorio de análisis médicos.

El agua mineral de mayor antigüedad en el Uruguay, en sus antiguas etiquetas hacía constar los análisis que realizaran del producto de su fuente minuana los Profesores José Arechavaleta y José Scoseria. Es posible que algunos lectores la retengan entre sus recuerdos.



El Dr. José Scoseria leyendo su discurso en la ceremonia de colocar la piedra fundamental del edificio de la Facultad de Medicina (año 1904). A la derecha, el Presidente de la República don José Batlle y Ordóñez (El Día, suplemento dominical, año XXIV, No. 1164. 8 de mayo de 1955.

En sus primeros años de ejercicio profesional fue médico de la Asociación Fraternidad y de la Sociedad Italiana de

sigue en pág. 5



Este fue el primer edificio inaugurado en 1908 de la nueva Facultad de Medicina, destinado al Instituto de Química, en la esquina noreste de Avda. Gral. Flores y Yatay





[2]El Centro Hospitalario Pereira Rossell está erigido sobre un predio de 45.000 m2, donado por los esposos Alejo Rossell y Rius (1848-1919) y Dolores Pereira Buxareo (1852-1915), nieta del presidente de la República Gabriel Antonio José Pereira Villagrán (1794-1861). Según voluntad de Rossell, el mismo debería estar operado por la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública y el régimen interno del Hospital sería exclusivamente laico y ajeno a toda corporación o secta religiosa.

viene de pág. 4

Socorros Mutuos. Ambas lo distinguieron designándolo socio honorario y la primera de ellas designó con su nombre una de las salas de su sanatorio, que tuvo su sede en la calle San José entre Yi y Yaguarón, hoy desaparecido.

Desde su fundación en agosto de 1920, fue miembro del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), participando activamente de sus actividades sociales, junto a la mayor parte de los compañeros y colegas profesores que tantos años habían compartido como estudiantes o docentes. Desde la iniciación del Centro de Asistencia del SMU (CASMU) en julio de 1935, estuvo presente en cada celebración de aniversario, expresando su simpatía por la obra sindical médica, donde contaba con tantos amigos y admiradores.

Con la Asociación de los Estudiantes de Medicina, mantuvo siempre una relación de mucho respeto, participando también de sus celebraciones, como lo muestra la imagen que lo encuentra en el 20º aniversario de El Estudiante Libre, en 1939.



Nuevo edificio para la Facultad de Medicina, proyectado durante el Decanato de José Scoseria e inaugurado en 1911. Fue destinado a los Institutos de Anatomía, Fisiología, Biblioteca, Salón de actos, Decanato, Consejo y oficinas centrales.

SU FALLECIMIENTO

José Scoseria falleció en Montevideo a sus 85 años, el 8 de mayo de 1946, dando lugar a numerosas notas de pesar.

De la pluma de José Bernardino Gomensoro (1910-1992) apareció en la revista Acción Sindical,[3] que se transcribe:

Pocas veces nos es dado comentar una vida de rasgos tan excepcionales como la de José Scoseria. Dotado de todas las condiciones y de todas las aptitudes, seguramente ninguna de ellas tan sobresaliente como su dinamismo, su espíritu de acción indoblegable, tenaz, peleador, eficaz y realizador. Es una de las figuras máximas de nuestra Historia de la Medicina, que lamentablemente se va enriqueciendo ya de figuras extraordinarias que han jalonado las etapas que nos condujeron por el heroico período de la formación de nuestra Facultad de Medicina y de la Salud Pública Nacional.

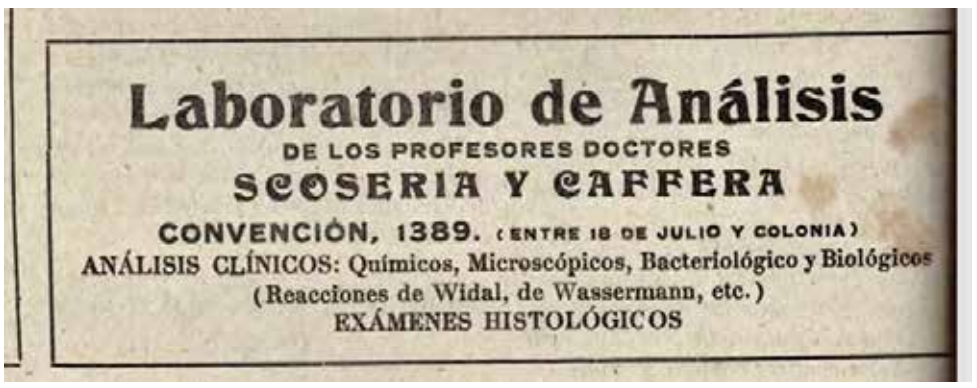
Universitario en el vasto sentido en que supieron serlo nuestros grandes hombres de fines de siglo, desde muy joven luchó ya contra la reacción política y gubernamental y se enroló en las Instituciones Universitarias altivas y rebeldes. Apenas poseedor de su título de doctorado fue ya profesor de la Facultad de Medicina, pionero de la Química y de la formación de los laboratorios.

Desde entonces fue escalando todas las más altas posiciones científicas y de dirección: Decano de la Facultad de Medicina y patrocinador y rector de la Asistencia Pública Nacional. Su obra es tan vasta, son tantas sus realizaciones y tantos los programas cumplidos, que sería tarea de larga recopilación el adjuntar todos sus trabajos y sus méritos de hombre de extraordinaria labor pública.

Tal vez, de toda su obra, sea la más conceptuosa, trascendente y a la vez práctica, la creación de la Asistencia Pública Nacional dándole un sentido de derecho de la población menesterosa a ser asistida y atendida por el Estado. Dio así a la asistencia la orientación moderna de la obligación del Estado en cumplir ese deber, sustituyendo el viejo sistema caritativo, de beneficencia, que caracterizó a la anterior institución, la Comisión de Caridad y de Beneficencia Pública.



En la celebración de los 20 años de El Estudiante Libre, en 1939, aparecen sentados, de izquierda a derecha: Carlos Vaz Ferreira, Pablo Scremini y José Scoseria. De pie, en primer lugar, de frente, Juan Francisco Errandonea, redactor de la publicación de la AEM.



Aviso publicado en El Estudiante Libre, No. 22, del 1 de junio de 1922, p. 16.



Esta placa de bronce en el acceso a la sala de actos de la Facultad de Medicina, manifiesta el reconocimiento institucional. En la Facultad de Química hay otra similar. Celebran los 50 años de docencia del homenajeado. Obra del escultor José Belloni.



Pequeña placa de mármol ubicada en el hall central del Hospital Maciel, que recuerda su cambio de nombre.



He aquí un anuncio publicado en la revista quincenal de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, del laboratorio que tenía José Scoseria con Francisco A. Caffera (1855-1933), el profesor de anatomía patológica.

Más de medio siglo de un esfuerzo ininterrumpido, de batalla, de fricciones y de éxitos, terminó con la augusta y venerable figura que conocimos, de un aire sereno, patriarcal, que simbolizaba para nosotros todas las glorias reunidas de nuestros grandes precursores. Así alcanzó una avanzada edad sin perder ninguna de sus aptitudes cardinales, vivaz, chispeante, enérgico, amable y por encima de todo su dinamismo persistente, casi intacto, admirable.

No cejó tampoco su alma rebelde y su inclinación a las causas justas. Siempre dispuesto a apoyarlas.

El Sindicato Médico tuvo en él durante años un apoyo moral para sus actuaciones en la lucha por el bienestar y mejoramiento del gremio médico.

Vida de excepción. Hombre en toda su acepción. Vidas a gruesos trazos que dejan hondas huellas. Símbolo del esfuerzo incansable y de la tenaz acometida.

[3]Acción Sindical, Segunda Época, Año XXXVI, Junio-Agosto 1946, No. 51, p. 13.

Entrevista a la nueva Presidenta del Sindicato Médico Dra. Clara Niz

Clara Niz es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Prof Agda. Medicina Familiar y Comunitaria en la Facultad de Medicina Udelar, Prof Agda Departamento de Educación Médica - Facultad de Medicina -UdelaR. En 2019-2023 integrante del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y presidenta del Consejo Arbitral. Co- coordinación de jornadas de SMU orientadas a la reflexión y formación en aspectos relacionados con telemedicina. Coordinadora Proyecto ECHO en Medicina Familiar y Comunitaria. Ex Integrante del GACH. Secretaria en el Colegio Médico del Uruguay Regional Sur, cargo este al que renunció el 30 de setiembre 2026. Vicepresidenta de SUMEFAC 2023-2025



LIC. PSIC. DIRECTOR PÁG. WEB
SEBASTIÁN ALVAREZ MELGAR

Antes de llegar a la presidencia del SMU, desarrolló una extensa trayectoria como médica, ¿Qué experiencias personales y profesionales han guiado su forma de entender la medicina y el compromiso con la representación colectiva de los médicos?

Fueron varias: al ingreso a la Facultad el azar me favoreció, tuve como docente a Ruben Casina, mi primer acercamiento al pensamiento crítico. Durante la carrera fue muy estimulante la posibilidad de ver la práctica médica de calidad fuera del hospital, . Algo que contribuyó a mi concepción de la medicina fue integrarme al APEX siendo estudiante, y la participación en la AEM, que me ayudó a dimensionar cuanto se potencia la fuerza si es colectiva. Cuando comencé la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, no era reconocida como una especialidad, por lo que entendimos que había mucho por trabajar por el colectivo y por lo que creíamos era bueno para la población. Supimos que debíamos unirnos y conformamos la Asociación de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (ARMEFYCO). Esta forma de trabajar y de concebir la medicina de todos los días ha sido la principal herramienta para crecer profesionalmente y acercarme al SMU antes del año 2000 en la Comisión Médico Joven.

La posibilidad de intercambio y discusiones clínicas con Juan Carlos Macedo, Hugo Dibarboure, Irene Petit y mi tutora Ana Kemayd, así como con mis compañeros fue un espacio seguro para cuestionar y aprender, y un privilegio. Destaco la posibilidad de intercambio y de trabajo con otras especificidades y otras disciplinas. Luego, la carrera docente me dio la posibilidad de intercambio cercano con estudiantes, con residentes y docentes a quienes agradezco enormemente.

Desde su especialidad en la medicina, ¿Qué cambios ha observado a nivel epidemiológico en el Uruguay durante los últimos años? ¿Qué problemáticas le preocupan especialmente y qué cree que todavía no estamos abordando adecuadamente?

Uruguay tiene una población cada vez más envejecida y una carga importante de enfermedades crónicas. Eso nos exige atender personas que muchas veces conviven con varias enfermedades, múltiples tratamientos y necesidades de cuidados. Por otra parte, la baja natalidad, la pobreza de hogares donde nacen niños, las condiciones donde crecen y se desarrollan, la violencia, son problemas de salud prevalentes, el desafío es acompañar de manera integral y sostenida, no reduciendo los problemas, sino desde el paradigma de la complejidad, favoreciendo la autonomía de las personas y comunidades.

Me preocupan especialmente la salud mental y cómo los problemas en esta área condicionan la resolución de otros o los potencian, y cómo limitan la vida de las personas. Este este sentido, no podemos dejar de lado la salud mental de los equipos de salud, que desde el SMU vamos a trabajar para que esta realidad se mida, se reconozca y vamos a desarrollar acciones concretas.

Además, debemos abordar mejor la continuidad de los cuidados: detectar temprano, acompañar después de una consulta o una internación y coordinar con las familias y las redes comunitarias. Es necesario hacer mucho énfasis en la coordinación dentro de los distintos ámbitos en los que ocurre la asistencia, de manera de garantizar la continuidad de la atención como atributo esencial de la atención primaria.

Respecto al Sistema Nacional Integrado de Salud, ¿Cuáles considera que han sido sus principales fortalezas y qué aspectos requieren ciertos cambios para garantizar calidad, sostenibilidad y equidad?

El gran avance es que se concretó, la equidad, el acceso y la universalidad lo destacaría como fortalezas, la gran fortaleza del Sistema Nacional Integrado de Salud es haber construido una base de cobertura universal y financiamiento solidario. Esa es una conquista que debemos cuidar y profundizar.



Ahora bien, tener cobertura debe traducirse en conseguir atención cuando se necesita. Por eso, considero prioritario mejorar la oportunidad de las consultas, la coordinación entre servicios y la capacidad de resolución del primer nivel de atención.

Está pendiente el desarrollo pleno y /o implementación del PNA. No podemos hablar de un sistema de salud robusto sin un primer nivel de atención sólido y resolutivo, la posibilidad de que cada persona en su territorio esté referenciada a un equipo de salud no debe abandonarse. La presencia de equipos de salud estables, para una población estable, ambos claramente identificados, (equipo y población de referencia) hacen posible la longitudinalidad, otro atributo esencial de los sistemas de salud basados en la estrategia de atención primaria. Esto mejora los resultados sanitarios, mejora la satisfacción de médicos y médicas, y de otros profesionales y mitiga el desgaste de los equipos.

Para garantizar equidad, debemos mirar las diferencias entre territorios y entre poblaciones. Para garantizar calidad, necesitamos equipos con condiciones de trabajo adecuadas y evaluar los resultados de la atención. Y para sostener el sistema, debemos utilizar los recursos con responsabilidad, fortalecer la prevención y decidir qué tecnologías incorporar según la evidencia y el beneficio que aportan.

Las nuevas generaciones de médicos enfrentan algunos desafíos diferentes a los de generaciones anteriores: ya sea el acceso a residencias, formación continua, investigación, conciliación familiar y oportunidades en el interior del país, ¿Cómo piensa siendo la nueva presidenta del sindicato médico acompañar a esa nueva generación de profesionales?

Primero que nada quiero hacer una invitación, casi una exhortación; a los medicos y médicas jóvenes y a estudiantes, queremos que se acerquen al SMU y tengan participación real, que puedan plantear sus problemas, intervenir en las decisiones y construir propuestas. En tiempo de pocos encuentros hacemos un llamado a la cercanía, al dialogo real, a la interacción en tiempo real.

Me parece fundamental trabajar por condiciones dignas durante la formación, criterios transparentes de acceso a las especialidades y oportunidades de formación continua e investigación. La formación requiere tiempo, supervisión y reconocimiento; no puede descansar únicamente en el esfuerzo individual.

También debemos abordar la conciliación entre la profesión y la vida familiar, las responsabilidades de cuidados y las desigualdades de género. La maternidad o la paternidad no deberían convertirse

sigue en pág. 7

viene de pág. 6

en un obstáculo para desarrollarse profesionalmente. Esto demanda medidas como que el embarazo y la lactancia sean compatibles con las guardias y con las cargas horarias, que existan apoyos para el Cuidado. En el SMU vamos a continuar llevando estos temas a los ámbitos de negociación colectiva. En el interior, necesitamos promover oportunidades que permitan construir un proyecto de vida: equipos de apoyo, formación, estabilidad y posibilidades de crecimiento. Como representante del SMU, buscaría impulsar esta agenda junto con las instituciones formadoras y los prestadores. Vamos a impulsar esta agenda junto con otros actores porque sabemos que es necesario el trabajo entre todos y todas.

La inteligencia artificial, la telemedicina y la medicina de precisión están modificando la práctica médica. ¿Cómo imagina el ejercicio de la profesión en los próximos diez años y cuál debe ser el papel del SMU frente a estos cambios tecnológicos?

Imagino una medicina con profesionales formados en promoción de salud, en prevención, también prevención cuaternaria, que puedan hacer diagnósticos precoces, intervenciones oportunas, centradas en las personas, formados para el ejercicio de la toma de decisiones compartidas, respetando la autonomía de las personas. La inteligencia artificial es una herramienta muy valiosa si está comandada por el razonamiento clínico de profesionales,nunca debe sustituirlo, puede ayudar a organizar información y reducir tareas administrativas. La telemedicina es otra herramienta, actualmente subutilizada, que puede facilitar el acceso y el seguimiento y el intercambio entre distintos profesionales.

Es necesario evaluar su seguridad, proteger los datos de los pacientes y comprender sus límites. La responsabilidad profesional y el vínculo humano seguirán siendo centrales.

El SMU tiene participar en la discusión con propuestas propias, promover formación y contribuir a definir condiciones de uso que protejan a pacientes y profesionales. Me gustaría que estas herramientas nos permitieran recuperar tiempo para escuchar, explicar y acompañar, y que sus beneficios llegaran también a quienes hoy tienen mayores dificultades de acceso.

¿Cuál cree que es hoy la principal fortaleza del sistema sanitario uruguayo en relación a otros países?

Destacaría su base solidaria y la concepción de la salud como un derecho. Uruguay cuenta con una estructura de cobertura universal que constituye un punto de apoyo muy valioso para seguir mejorando.

El desafío es que esa fortaleza se exprese en la experiencia concreta de cada persona: atención oportuna, de calidad y cercana, viva donde viva.

¿Qué libro de medicina ha influido más en su carrera?

"Historias", de Hugo Dibarboure, porque plasma el valor de la medicina de cercanía, de la medicina de todos los días, que cuenta como única herramienta la escucha, la observación, la empatía y el razonamiento.

¿Qué médicos uruguayos considera que han sido una referencia ética y profesional?

Muchos. Solo para nombrar a algunos, Silvia Da Luz, Hugo Dibarboure y Juan Carlos Macedo por su compromiso con la gente, la capacidad de estudio y de enamorar a las nuevas generaciones de esta profesión.

Finalmente, más allá de las reivindicaciones gremiales, el Sindicato Médico del Uruguay también es una institución con voz pública sobre los grandes temas de salud, ¿Qué legado le gustaría construir durante su presidencia y qué mensaje desea transmitir tanto a los médicos, estudiantes, como a los pacientes uruguayos?

Me gustaría contribuir a construir un sindicato cercano, participativo y capaz de transformar las preocupaciones de los médicos y médicas, de todas las especialidades, de todas las generaciones, de Montevideo, y del interior delpaís en propuestas que mejoren también la atención de la población. Es fundamental considerar al género en todas las reivindicaciones, si no lo hacemos estaremos cometiendo y sosteniendo una injusticia.

Que sea una voz pública rigurosa y comprometida con la salud como derecho. Las condiciones en las que trabajamos tienen consecuencias sobre la calidad de la atención; por eso, defender un ejercicio profesional digno también es cuidar a las personas.

A los médicos, médicas y estudiantes les diría que vale la pena participar: la profesión y el sistema que queremos se construyen colectivamente. Y a las personas, que queremos escucharles y trabajar por una atención más humana, accesible y de calidad. Me gustaría que identificaran esta presidencia con el compromiso.



DRA. MARCELA CUADRADO - VICEPRESIDENTA DE ASSE

Acercar la salud a donde vive la gente

En Cerro Largo, en las localidades rurales de La Micaela y Arévalo, compartimos dos actividades que expresan el compromiso de este Directorio de ASSE con una prioridad clara: poner a las personas en el centro de las decisiones, fortalecer el primer nivel de atención y acercar los servicios a las comunidades rurales.



En La Micaela, el trabajo interinstitucional impulsado por la Red de Atención Primaria de ASSE en Cerro Largo permitió inaugurar el nuevo local de la policlínica. Durante los últimos cuatro años, el servicio funcionó en la casa particular de Paola Mena, promotora de salud y vecina del lugar. Su compromiso, junto al de los trabajadores y la comunidad, ha sido fundamental para sostener la atención.

Mediante un comodato con ANEP, se acondicionó un antiguo salón de la Escuela Nº 72, con entrada independiente, donde ahora funcionan dos consultorios. La complementación con CAMCEL, que aporta equipamiento, muestra también el valor del trabajo conjunto entre instituciones para responder a las necesidades del territorio.

Esta escuela, que supo tener más de cien niños y hoy cuenta con tres alumnos, expresa una transformación que se siente cada vez más en nuestras comunidades: la migración del campo hacia las ciudades. Esta realidad nos compromete a cuidar a quienes permanecen en el medio rural, facilitando su acceso a la salud y a otros servicios públicos.

La escuela ha sido históricamente un lugar de encuentro y una referencia para la comunidad rural. Incorporar allí la policlínica fortalece ese papel y abre una posibilidad que queremos promover: que este espacio acerque también otros servicios del Estado a la gente. La articulación con MIDES, MGAP, Vivienda y otras instituciones podría facilitar respuestas a distintas necesidades, haciendo de este lugar una presencia cercana del Estado en la comunidad.

En Arévalo presentamos un equipo de salud rural integrado por la doctora Mirian Gómez, la licenciada en enfermería Valeria Barrero y la auxiliar de enfermería Fernanda Lopetegui. Este equipo atenderá a unas 300 personas de la localidad y de parajes cercanos, como Tierras Coloradas y Paso Pereira. Brindará atención médica y de enfermería, con acceso a medicamentos para situaciones agudas en el propio servicio y a la medicación de uso crónico a través del Correo.

Para este Directorio, poner a las personas en el centro significa conocer sus condiciones de vida y organizar los servicios en función de sus necesidades. En el medio rural, las grandes distancias, el estado de los caminos y las dificultades de traslado pueden convertirse en barreras para recibir atención. Por eso, es fundamental contar con equipos que conozcan el territorio, acompañen a las familias y trabajen en prevención y promoción de la salud.

Como médica de familia y comunidad, con experiencia en el medio rural, sé cuánto significa contar con un equipo cercano y construir vínculos de confianza que se sostengan en el tiempo. El valor de estas acciones se expresa en los kilómetros que una persona ya no tendrá que recorrer, en una consulta a tiempo y en la tranquilidad de saber que hay un equipo de salud cerca.

El derecho a la salud es el mismo en cualquier lugar del país. Este Directorio de ASSE asume el compromiso de hacerlo efectivo con presencia en el territorio, continuidad en la atención y trabajo junto a las comunidades. Así avanzamos hacia una red pública de salud más cercana, más resolutiva y más equitativa.

Dra. Marcela Cuadrado
Vicepresidenta de ASSE









Primer trasplante de córnea en un hospital público del interior

Después de 80 años que se practica en el Uruguay, por vez primera en el Hospital de Tacuarembó se destacó por ser el primer centro de ASSE en realizar un trasplante de córnea. Los trasplantes de córnea en Uruguay se iniciaron en 1946 cuando Raúl Rodríguez Barrios (1911 – 2001) hizo el primero.

Raúl Rodríguez Barrios fue uno de los oftalmólogos más destacados en el concierto nacional, latinoamericano y mundial, durante las seis últimas décadas del siglo XX. Sus trabajos científicos, la prédica inclaudicable para favorecer el progreso de su disciplina, en particular la extensión de los trasplantes de córnea y de la legislación que permitiera una amplia difusión de los trasplantes de órganos, merece una de las más altas distinciones que un médico pueda aspirar. La proyección de su enseñanza profesional, universitaria, ética y humana trasciende las generaciones y le hace acreedor al reconocimiento de sus colegas y de los ciudadanos contemporáneos.

En Uruguay los trasplantes de córnea se efectuaron por Raúl Rodríguez Barrios y colaboradores desde 1946, utilizando entonces tejido cadavérico, siendo perseguidos muchas veces y llevados ante la Justicia, a consecuencia de la falta de legislación adecuada que permitiera la donación y extracción de órganos y tejidos. Dicha ley recién fue sancionada, inspirada por él, en 1971 y el Banco de Órganos y Tejidos comenzó sus tareas en noviembre de 1978. Se trata de la Ley No. Ley N° 14005: DONACIÓN PARA USO CON FINES CIENTÍFICOS Y TERAPÉUTICOS DEL CUERPO U ÓRGANOS Y TEJIDOS. REGISTRO NACIONAL DE DONANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS, promulgada el 17 de agosto de 1971.

El Banco Nacional de Órganos y Tejidos (BNOT) se transformó muchos años más tarde en el Instituto Nacional de Trasplantes de células, tejidos y órganos (INDT).

La intervención realizada el 28 de setiembre de 2026 en el Hospital Regional de Tacuarembó permitió tratar a una mujer de 36 años que padecía queratocono, una enfermedad progresiva que había deteriorado significativamente su visión, al punto de no poder "verle la cara a su hija". Una bebé, a la que amamantaba sin poderla ver. Ella estaba impedida de trabajar – por esa patología – como enfermera de la Emergencia del mencionado hospital.

El trasplante de córnea devolvió la vista a una joven afectada por queratocono, una enfermedad progresiva que había comprometido su visión. Según destacaron desde el hospital, es la primera vez que esta operación se realiza en un centro de salud público de ASSE del interior.

Desde el hospital relataron que la paciente es una funcionaria de la salud y que la pérdida progresiva de visión había comenzado a dificultarle sus tareas laborales. Tras confirmarse la disponibilidad de la córnea por el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos (INDT), se coordinó el procedimiento en menos de 24 horas y la paciente presentó una mejora de su agudeza visual durante los controles posteriores a la cirugía.

Según informaron, la intervención consistió en retirar la córnea enferma y colocar tejido sano proveniente de un donante. El procedimiento —del cual informó en primera instancia Montevideo Portal— estuvo a cargo del equipo de oftalmología del hospital, con apoyo de profesionales de otras áreas.

El oftalmólogo Orestes Mariño, responsable de la intervención, explicó que el queratocono provoca un "adelgazamiento continuo" de la córnea y puede generar un alto grado de "astigmatismo y aberraciones corneales que limita la capacidad visual de la paciente".

"Pudimos realizar por primera vez un trasplante de córnea acá en el Hospital de Tacuarembó. [Es] de vital importancia esto, porque son pacientes que pueden tratarse acá en el Hospital de Tacuarembó sin necesidad de trasladarse a la capital", señaló Mariño.

• El equipo oftalmológico estuvo integrado por Médicos Cirujanos Oftalmólogos:

El Dr. Orestes Mariño (médico principal de la intervención) y la Dra. Yusimí Landrove.

• Anestesiología: La Dra. Ketty Valenzuela.

• Apoyo técnico: El equipo de instrumentistas y personal auxiliar capacitado del block quirúrgico del hospital.

• El chofer Arturo Belloso fue quien aseguró ir desde Tacuarembó a Montevideo al INDT y volver con el tejido a trasplantar.

El director del Hospital de Tacuarembó, Ciro Ferreira, destacó que la historia de la paciente tiene además un componente personal. Según relató Ferreira, la mujer tiene una hija pequeña y había llegado a no poder "verle la cara" debido al deterioro de su visión. Antes de acceder a la cirugía en Tacuarembó, había considerado alternativas fuera del país ante la imposibilidad de concretar el procedimiento.

Esta operación se realizó en la víspera que el Hospital Regional de Tacuarembó cumpliera su 99 aniversario.

Más de 1.500 intervenciones oftalmológicas en dos años

El trasplante se suma a la actividad que desarrolla el Hospital de Tacuarembó en el área de oftalmología. En los últimos dos años fueron intervenidos más de 1.500 pacientes, principalmente adultos con cataratas y niños con estrabismo.

Ferreira señaló, además, que actualmente no existe lista de espera para las intervenciones oftalmológicas, incluidas las cirugías de cataratas, y que la atención alcanza a pacientes de la región norte y litoral.

El trasplante se suma a una cartera de prestaciones de alta complejidad que, según Ferreira, hizo que el alcance del hospital se ampliara más allá de su zona de referencia habitual, estimada en unos 400.000 habitantes.

"En los últimos tiempos hay especialidades que no son [solo] de carácter regional", explicó el director. Entre ellas mencionó la radioterapia y señaló que la atención oncológica mediante esta prestación "se ha convertido en nacional".

"Hay pacientes de Montevideo y de Canelones que son derivados acá y se quedan en lo que es la Casa de Refugio [Federico Ozanam]", explicó Ferreira.



Raúl Rodríguez Barrios





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**

DE REGALO
Limpieza bucal antes de la colocación de brackets!

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

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.**



INICIO: 19 de octubre

FIN: 6 de noviembre

EVALUACIÓN: 9 de noviembre

MODALIDAD: online por Zoom

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

DURACIÓN: 24hs lectivas.

OBJETIVO:

Enfatizar la importancia de la gestión de los servicios de salud mediante procesos, valorando la aplicación del enfoque económico en los diferentes escenarios de la atención sanitaria y haciendo particular destaque a los costos de la calidad.

CONTENIDO:

- Costos y la calidad en salud
- Costos de la Calidad
- Importancia de las acciones preventivas
- Costos de No calidad. Pérdidas relativas a la calidad
- Modelos para analizar costos de la calidad y no calidad
- Salud basada en el valor
- Generalidades y particularidades del sector salud
- Sistemas de información: enfoques contables y cuadro de mando
- Costos vinculados a la calidad
- Conceptos: Costo - Tipos de costo - Método de costeo - Sistema de costos
- La economía en el ámbito sanitario
- Mercado de la salud
- Evaluaciones económicas
- Gestión de los costos de calidad-Implantación de un programa de costos de calidad

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**

En los 150 años de la Facultad de Medicina: Daniel Drexler ofrecerá un concierto a beneficio en la Sala Mayor del SODRE

El evento cultural impulsado por el Colegio Médico del Uruguay destinará el 100 % de su recaudación a las obras de restauración del histórico edificio de la Facultad de Medicina.



El Colegio Médico del Uruguay convoca al colectivo médico y a la sociedad en general a ser parte de un evento cultural e institucional de relevancia: el concierto del médico y músico Daniel Drexler el próximo miércoles 21 de octubre a las 21:00 horas en la Sala Eduardo Fabini del Auditorio Nacional Adela Reta (SODRE).

Esta presentación se sitúa como un pilar fundamental en el marco de las celebraciones por los 150 años de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar). Asimismo, la actividad representa una contribución invaluable a la campaña de recolección de fondos para la infraestructura edilicia, debido a que el 100 % de lo recaudado por la venta de entradas se volcará de forma íntegra a las obras de recuperación y restauración de la sede histórica de la Avenida General Flores, proyecto liderado por la Fundación Manuel Pérez.

Para Daniel Drexler, graduado como médico en 1997 y Magíster en Ciencias Médicas (PROINBIO), el espectáculo en la sala mayor del SODRE simboliza un hito de retorno a la casa de estudios que marcó su formación profesional. Drexler ha mantenido una trayectoria donde convergen el arte y la investigación científica, habiendo encabezado el desarrollo del sistema LEVO para el tratamiento del tinnitus mediante estimulación acústica durante el sueño, un avance avalado por la FDA de Estados Unidos y de referencia clínica global.

El concierto incluirá un recorrido por su repertorio y la presentación exclusiva de adelantos de su 11.º trabajo discográfico, en compañía de un ensamble de músicos bajo la dirección de Diego Cotelo.

FICHA DEL EVENTO Y ADQUISICIÓN DE LOCALIDADES

- Plataforma de venta: Las entradas están disponibles en formato digital a través de la plataforma Tickantel y de manera presencial en las boleterías del Auditorio SODRE.
- Precios: De $700 a $1.200.
- Beneficio para la comunidad académica: 40 % de descuento para docentes y estudiantes de la Facultad de Medicina (FMed), y 2×1 para socios de Club El País.
- Organización y patrocinio: Organiza la Fundación Manuel Pérez y presenta el Banco República (BROU).

El Colegio Médico del Uruguay impulsa la Encuesta Nacional sobre Bienestar Integral Médico 2026

La iniciativa busca generar evidencia precisa sobre las condiciones personales, laborales y emocionales del colectivo para planificar políticas en beneficio de su salud y calidad de vida.

El Colegio Médico del Uruguay (CMU) convoca a todos los médicos y médicas del país a sumarse al relevamiento "Diagnóstico situacional y transversal del bienestar integral de los médicos y médicas. Uruguay 2026". Esta iniciativa tiene como propósito fundamental conocer en profundidad la realidad de la profesión para diseñar acciones institucionales y políticas concretas que promuevan la salud y la calidad de vida de los colegiados.

Se accede a la encuesta a través del siguiente link: https://forms.gle/gn6snAeC5PzN1XEz9

EVIDENCIA PARA EL CUIDADO DEL EQUIPO DE SALUD

Coordinado por la Comisión de Bienestar Profesional, el estudio busca recabar evidencia objetiva sobre el entorno personal, laboral, psicológico y emocional en el que los profesionales de la medicina ejercen su práctica diaria.

Los principales ejes temáticos evaluados en la encuesta abarcan:

- Entorno personal y familiar.
- Estado de salud general, hábitos de vida y descanso.
- Actividad laboral y nivel de satisfacción profesional.
- Salud emocional y psicológica.

MODALIDAD, TIEMPO Y CONFIDENCIALIDAD

El relevamiento se lleva a cabo mediante un cuestionario en línea diseñado para completarse en aproximadamente 5 minutos. La participación es estrictamente anónima y voluntaria, garantizando la privacidad de los participantes mediante el análisis agregado de las respuestas.

El proyecto cuenta con el aval institucional del CMU y la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR).

ACOMPAÑAMIENTO PROFESIONAL Y SOPORTE CONTINUO

Con el fin de ofrecer respaldo durante el proceso, el CMU recuerda que el programa BienPro permanece a disposición para brindar orientación y contención profesional ante cualquier situación de angustia o malestar surgida durante o después del llenado de la encuesta, contactándose a través del correo electrónico secretaria@colegiomedico.org.uy.

"Un minuto para tu salud": 25 videos para promover el autocuidado

La Regional Montevideo del CMU lanzó una campaña audiovisual con recomendaciones prácticas de cinco destacados especialistas para impulsar la medicina preventiva en todo el país.



El Colegio Médico del Uruguay (CMU), a través de su Regional Montevideo, dio inicio a la campaña audiovisual "Un minuto para tu salud". La iniciativa contempla la publicación de 25 entregas audiovisuales cortas durante todo el mes de octubre —a razón de un video diario— diseñadas específicamente para el entorno digital. El objetivo central del proyecto es acercar la medicina preventiva a la vida cotidiana de la gente y responder a las principales interrogantes de la salud pública.

CINCO REFERENTES Y TEMAS PRIORITARIOS

A lo largo de las 25 entregas, cuatro médicas y un médico aportan datos epidemiológicos, desmitifican creencias populares y ofrecen herramientas concretas para el cuidado individual y colectivo:

- Tabaquismo y vapeo (Dra. Laura Llambí): muestra cómo Uruguay logró reducir el consumo de tabaco del 30 % a menos del 19 % en dos décadas. Asimismo, advierte sobre la realidad de los cigarrillos electrónicos, recordando que no son inocuos ni sirven como herramienta para dejar de fumar a largo plazo.
- Siniestralidad vial (Dr. Fernando Machado): explica las leyes físicas de los impactos en el tránsito y alerta sobre los riesgos de las distracciones con el teléfono celular al conducir. Además, enfatiza la necesidad del cinturón de seguridad y de los sistemas de retención infantil, junto con la defensa de la tolerancia cero al alcohol al manejar.
- Uso de medicamentos (Dra. Noelia Speranza): alerta sobre los peligros de la automedicación y subraya la importancia de cumplir estrictamente con las dosis y horarios indicados por el profesional. También brinda pautas sobre el almacenamiento correcto de los fármacos lejos del baño y su descarte seguro en farmacias comunitarias.
- Vacunación (Dra. Catalina Pirez): reafirma la seguridad y efectividad de las inmunizaciones como un bien social indispensable. Aborda los esquemas de vacunación en niños, adultos y embarazadas, el control de brotes de sarampión y la prevención del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) y del meningococo.
- Cáncer de cuello uterino (Dra. Fernanda Nozar): detalla la transición en Uruguay hacia la vacuna nonavalente en dosis única para la franja de 11 a 26 años, así como la incorporación de los nuevos test de HPV para tamizaje, enmarcados en la meta nacional de eliminar esta patología para el año 2030.

INVOLUCRATE Y COMPARTÍ SALUD

Los contenidos se estrenan diariamente en las cuentas oficiales del Colegio Médico del Uruguay en Instagram, X, YouTube y LinkedIn. El CMU convoca a toda la comunidad médica y a la ciudadanía a seguir las entregas cada día y también a difundir estos mensajes preventivos entre familiares, colegas y amigos para multiplicar el impacto del autocuidado en la sociedad.



Conversatorio: perspectiva de género en el ámbito de la salud

El pasado jueves 17 de setiembre, la ciudad de San José de Mayo recibió al segundo conversatorio sobre "Perspectiva de género en el ámbito de la salud", una iniciativa que tiene como fin promover la reflexión y el intercambio sobre las desigualdades de género y su impacto en la atención sanitaria y en la sociedad.

La actividad se desarrolló en modalidad híbrida y contó con una satisfactoria convocatoria, reuniendo a participantes interesados en profundizar en una temática que atraviesa tanto el ejercicio profesional como la vida cotidiana.

El encuentro contó con las exposiciones de la Dra. Virginia Cardozo, la Dra. Karina Carreño y la Lic. en Psicología María José Scaniello, quienes aportaron distintos enfoques para abordar los desafíos que presenta la temática. Además, contó también con la presencia de la intendenta de San José, Cra. Ana María Bentaberri, quien acompañó esta instancia de intercambio.

Desde el Consejo Regional Sur se destaca la importancia de continuar promoviendo estos espacios de encuentro y reflexión en las distintas localidades del padrón regional. La propuesta busca contribuir a una mayor sensibilización sobre las desigualdades de género, favorecer prácticas más equitativas en el ámbito de la salud y cuestionar los prejuicios y estereotipos que inciden en los vínculos entre las personas. La Regional Sur reafirma su interés en acercar estas temáticas a las comunidades del interior del país, promoviendo el diálogo y la construcción de una mirada más inclusiva e integradora.



La deuda pendiente del SNIS: el cambio del Modelo de Atención

En 2027 se cumplen veinte años de la Ley N.º 18.211 que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Es una buena oportunidad para hacer un alto en el camino, mirar hacia atrás y analizar el camino que llevamos recorrido y hacia dónde debemos seguir avanzando.

El SNIS nació como una herramienta para lograr la cobertura universal y si bien los logros en materia de acceso son indiscutibles, mantiene problemas de fondo que exigen un nuevo impulso.

Su implementación buscaba transformar tres pilares clave: la financiación, la gestión y el modelo de atención. Sin embargo, el avance ha sido muy desigual.

El modelo de financiación es el aspecto más consolidado. Más allá del creciente déficit del FONASA (tema al que ya le dedicamos un artículo), la forma en que se recaudan y distribuyen los recursos cambió y ya nadie discute la existencia del FONASA.

En el modelo de gestión también se ha avanzado bastante, incorporando herramientas de control y profesionalización, aunque todavía queda mucho por hacer.

Donde realmente estamos en deuda es en el modelo de atención. Aquí los pendientes superan a los logros. La pregunta de fondo es clara: ¿está cumpliendo el Primer Nivel de Atención (PNA) el rol estratégico con el que fue pensado? Para nosotros, la respuesta es no.

Y no lo cumple por varias razones que todos los médicos vemos a diario:

• Poca resolutividad del primer nivel: Muchas veces la puerta de entrada no tiene los recursos ni el respaldo necesarios para resolver los problemas más frecuentes de la gente, lo que termina derivando todo a las consultas con especialistas y sobrecargando el sistema.

• Los prestadores no lo priorizan: Las instituciones -tanto públicas como privadas- siguen teniendo una estructura centrada en el hospital y en la alta tecnología. En ese esquema, el primer nivel queda relegado a un simple trámite administrativo o un "peaje" para llegar al especialista, en lugar de ser el espacio donde se acompaña la salud del paciente en el tiempo.

• La tendencia a la hiperespecialización: La medicina avanzó muchísimo, pero eso también llevó a que nos fragmentemos cada vez más. El propio sistema premia la superespecialización y deja de lado la visión global del paciente, que es justamente la fortaleza de la medicina general y familiar.

En el día a día, el sistema suele replegarse hacia un enfoque puramente curativo. Los incentivos económicos y la necesidad de contener costos en las instituciones chocan de frente con la calidad de atención. Además, los usuarios sufren la falta de continuidad en sus tratamientos, mientras que la integración real entre el sector público y el privado sigue siendo una promesa a medio cumplir.

Repensar el SNIS significa tener la valentía de hacer una autocrítica franca, preguntarnos si realmente queremos apostar a un cambio en el modelo de atención priorizando el Primer Nivel o si así lo decimos porque es “politicamente correcto” a pesar de que en el fondo no estamos dispuestos a abandonar el modelo curativo.

Necesitamos una "reforma de segunda generación": mejorar los incentivos por desempeño, fiscalizar de verdad a los prestadores, cuidar las condiciones de trabajo del equipo de salud -donde el desgaste y la sobrecarga son un riesgo directo para la seguridad del paciente- y poner realmente al usuario en el centro, lo que con este modelo de atención no ha sido posible.

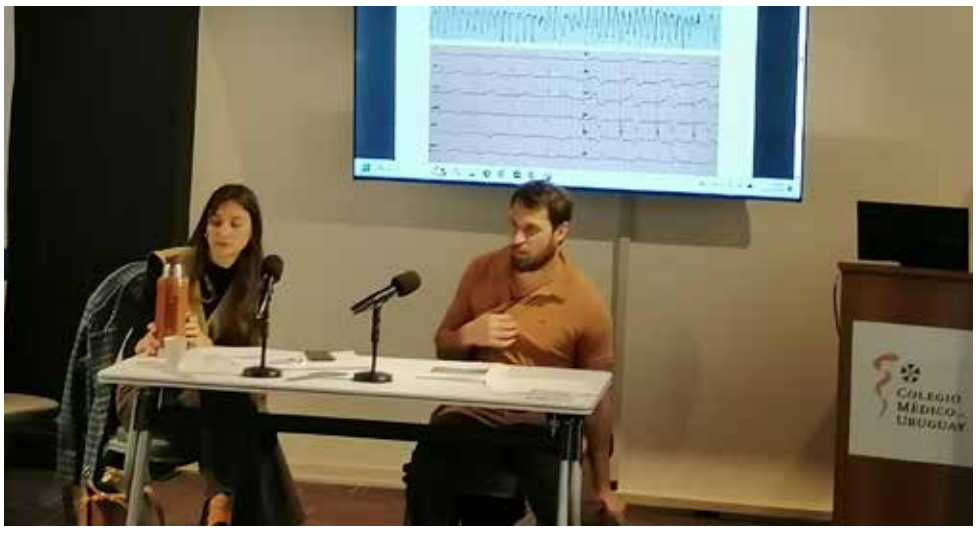
Dr. Fernando Uriarte
Consejero Regional Oeste
Colegio Médico del Uruguay

El Colegio Médico del Uruguay realizó el taller "Arritmias en la emergencia"

La actividad, organizada por la Regional Montevideo del CMU y destinada a médicos generales, combinó módulos virtuales previos con el análisis presencial de casos clínicos.

El pasado sábado 10 de octubre, de 8:30 a 12:30 horas, el Colegio Médico del Uruguay (CMU) llevó a cabo el taller “Arritmias en la emergencia”. La instancia de capacitación fue organizada por la Regional Montevideo del CMU y tuvo como sede la instalación del Consejo Nacional, en Montevideo.





La propuesta académica estuvo dirigida a médicas y médicos generales con el propósito de optimizar la evaluación inicial y la toma de decisiones clínicas ante urgencias cardiovasculares.

METODOLOGÍA, TEMARIO Y DOCENTES

El taller contó con una modalidad mixta. Previo a la jornada presencial, los participantes realizaron la visualización de 5 contenidos teóricos puestos a disposición en la plataforma educativa del CMU.

Durante la actividad presencial, se desarrolló el análisis de casos clínicos centrados en el diagnóstico y abordaje de las siguientes patologías:

• Taquicardia paroxística supraventricular
• Taquicardia ventricular
• Fibrilación auricular y flutter auricular
• Bloqueo AV y disfunción sinusal

El equipo docente a cargo de la instrucción estuvo integrado por destacados especialistas: el Dr. Gonzalo Peluso, la Dra. Gabriela Talmon, el Dr. Joaquín Barrios y la Dra. Larissa Scheffel.

Actividad física: corre Canelones 4k y 8k

Con el objetivo de promover la actividad física y el bienestar de los colegiados, la Regional Sur invita a participar en la correcaminata “Corre Canelones”, que se realizará el sábado 17 de octubre, a las 17:00 horas, con recorridos de 4K y 8K.

Los colegiados interesados podrán acceder a cupos gratuitos gestionados a través de la Regional Sur, que serán limitados. Para consultar por la disponibilidad y solicitar uno de estos cupos, deberán comunicarse al correo electrónico de la regional.

CON CAMBIO DE FECHA Y SEDE EN MELO:

El Colegio Médico, el CVU y CUCEL realizan las Jornadas Nacionales Intercolegios de Salud Pública

La actividad presencial se desarrollará los días 23 y 24 de octubre y centrará su programa en enfermedades zoonóticas y patologías transmitidas por los alimentos.

El Colegio Médico del Uruguay (CMU), en organización conjunta con el Colegio Veterinario del Uruguay (CVU) y la Casa de la Universidad de Cerro Largo (CUCEL), llevarán adelante las Jornadas Nacionales Intercolegios de Salud Pública, un encuentro interinstitucional de actualización técnica y académica.

Debido a un cambio de fecha, el evento se extenderá durante dos jornadas consecutivas: el viernes 23 de octubre (en doble horario de 8:00 a 12:00 h y de 14:00 a 18:00 h) y el sábado 24 de octubre (de 8:00 a 12:00 h).

EJES TEMÁTICOS Y ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO

Las jornadas abordarán dos áreas prioritarias para la salud humana, animal y ambiental:

- Enfermedades zoonóticas
- Enfermedades transmitidas por los alimentos

SEDE Y MODALIDAD PRESENCIAL

La actividad se desarrollará íntegramente en modalidad presencial en Dr. Luis A. de Herrera 639, Piso 1, Melo, departamento de Cerro Largo. Para contacto telefónico directo con la sede del evento se encuentra habilitado el número 4644 7615.

INSCRIPCIONES E INFORMACIÓN

El registro de participantes se realiza de forma digital completando el formulario de inscripción disponible en el sitio web del Colegio Médico (www.colegiomedico.org.uy).

Para consultas sobre la actividad o asistencia técnica con la inscripción, la institución mantiene sus canales habituales: secretaria@colegiomedico.org.uy y los teléfonos 248 36604 y 099 947 346 (en el horario de atención de 09:00 a 19:00 hs).





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

Visitanos en FACEBOOK
EL DIARIO MEDICO

CERRO LARGO DE ESTRENO

Instalado el equipo de salud en Arévalo

Quedó oficialmente instalado el equipo de salud en la localidad arachana de Arévalo, y se reinauguró la policlínica La Micaela, dos eventos que fueron celebrados por residentes del área rural de Cerro Largo.



POLICLÍNICA DE ARÉVALO - CERRO LARGO

Los dos primeros días de octubre fueron de actividad intensa para ASSE en Cerro Largo. Por un lado, se instaló el equipo de salud en Arévalo, con la importancia que eso implica; por otro, La Micaela, un paraje de acceso complicado, reinauguró su policlínica en el mismo edificio donde funciona la escuela [ver recuadro].

TRES MUJERES EN ARÉVALO

Arévalo queda a 133 kilómetros de Melo o, si se prefiere, a más de una hora cuarenta minutos yendo en transporte a motor. Desde la capital departamental, los caminos están en buenas condiciones, pero vaya una a saber cómo es llegar desde los pueblos cercanos, porque el equipo de salud que quedó instalado en esa localidad, cubre también a los residentes de Tierras Coloradas, Cuchilla del Carmen, Paso Pereira, Paso del Gordo y aledaños.

El 1 de octubre, una lluviosa copiosa y mansa mojó los campos arachanes. Quizá eso sea una muy buena noticia para la siembra de arroz, cereal que precisa mucha agua, pero resultó molesta para la presentación del equipo liderado por la doctora Miriam Gómez, secundada por la licenciada Valeria Barrero y la auxiliar de enfermería Fernanda Lopetegui. Igual, con o sin paraguas, hombres y mujeres se acercaron hasta la policlínica para saludar a quienes le llevan el primer nivel de atención cerquita de sus casas.

Para las autoridades, tanto nacionales como departamentales, tampoco pasó desapercibido. Las oratorias estuvieron a cargo del ministro de Ganadería Agricultura y Pesca, Álfredo Fratti; la vicepresidenta de ASSE, Marcela Cuadrado; la directora de la RAP Cerro Largo, Alejandra Vázquez, y la alcaldesa de Arévalo, Cristina Cortondo, quienes coincidieron en destacar la importancia de acercar los servicios de salud a las comunidades rurales y fortalecer el primer nivel de atención, con equipos estables en territorio que conozcan a la población y puedan acompañarla en las distintas etapas de la vida.

La directora de la RAP Cerro Largo, Alejandra Vázquez, subrayó la necesidad de avanzar desde una concepción de la salud centrada únicamente en hospitales y emergencias hacia un modelo que priorice la promoción, la prevención y la calidad de vida. Destacó la importancia de contar con equipos cercanos a la comunidad y de fortalecer el trabajo interinstitucional y en red. Asimismo, anunció acciones destinadas a aumentar la capacidad resolutiva y la accesibilidad en Arévalo, como la extracción local de muestras para su procesamiento en Melo, el fortalecimiento de la telemedicina y el envío de medicamentos a través del Correo.

La alcaldesa de Arévalo, Cristina Cortondo, puso el énfasis en lo que significa para la comunidad disponer de un equipo de salud permanente, integrado por médico, licenciada y enfermera, con atención de lunes a viernes. Señaló que esta presencia permitirá reducir traslados, esperas y dificultades de coordinación para adultos mayores, familias, niños y demás habitantes de la zona. Recordó, además, que se trata de una respuesta largamente reclamada por la población y agradeció a quienes hicieron posible su concreción.

Por su parte, la vicepresidenta de ASSE, Marcela Cuadrado, destacó que garantizar el derecho a la salud implica llevar los servicios hasta donde las personas viven y trabajan, especialmente en territorios rurales donde las distancias condicionan fuertemente el acceso. Señaló que el equipo de Arévalo no solamente atenderá a esa localidad, sino también a poblaciones como Tierras Coloradas y Paso Pereira. En ese sentido, vinculó la instalación del equipo con una de las prioridades del Directorio de ASSE: fortalecer el primer nivel de atención y trabajar en promoción de salud, prevención y detección precoz de enfermedades. También remarcó la necesidad de articular el primer nivel con el segundo y tercer nivel de atención, así como con escuelas y otras instituciones del territorio.

Finalmente, el ministro de Ganadería, Agricultura y Pesca, Alfredo Fratti, recordó que la creación de equipos de salud rural surgió de una iniciativa aprobada por unanimidad en el Parlamento que demoró en concretarse. Destacó el trabajo de ASSE para hacerla efectiva y relacionó la llegada de los servicios con uno de los grandes desafíos del medio rural: generar condiciones que permitan a las personas permanecer en sus comunidades. Señaló que enfrentar el despoblamiento rural requiere acercar a sus habitantes servicios y derechos que en las ciudades se encuentran disponibles cotidianamente.

Durante la ceremonia, dos instituciones arachanas brindaron presentes al equipo de salud: el Club Social 25 de mayo y el Club Social Abriendo Caminos.

Justo es dejar constancia que desde ASSE Central viajaron para celebrar con vecinos y vecinas de Cerro Largo en general y de Arévalo y La Micaela en particular, los directores Gustavo Gianre y Jorge Bentancur. También estuvo presente el director de la región Este, Jorge Quijano.

La Micaela: un camino de tierra, una escuela y una policlínica

Quizá porque el día anterior había llovido o tal vez porque siempre es así, pero el camino que lleva a La Micaela es arcilloso, y a ambos lados solo la tierra que se acumula, el campo, algún árbol solitario, los animales pastando. La actividad ganadera en este lugar llega hasta donde la vista alcanza y, probablemente, mucho más.

Lo dicho: el día anterior había llovido y el camino no estaba firme, así que de los tres alumnos con los que cuenta la escuela, uno solo estuvo presente, la maestra, la inspección de Primaria (tanto la departamental como la local), el ministro Fratti, autoridades de ASSE que habían estado el día anterior en Arévalo, vecinos y vecinas. Y con ese puñado de personas, quedó inaugurada una de las policlínicas indispensables de ASSE, La Micaela, la que también atenderá a los poblados de Amarillo, Arroyo Malo, Cuchilla del Paraíso y Rincón de los Coroneles, la que está cubierta por el mismo techo que protege a la escuela.





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, 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 establecen 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.

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.

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 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 compro-

sigue en pág. 18

viene de pág. 17

miso 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 alcancen.

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.





CON LIC. VALERIA DODERA-DIRECTORA DEL HOSPITAL

Hospital de Florida en proceso de modernización

Con más de cien años de historia, un padrón de 36.427 usuarias y usuarios, 60 camas de internación, ocho de CTI, y emergencia móvil en convenio con el Ministerio del Interior, las Fuerzas Armadas y la Intendencia, el Hospital de Florida atraviesa un proceso de recuperación y modernización que comprende tanto obras visibles como intervenciones estructurales necesarias para asegurar su funcionamiento y proyectar su desarrollo en los próximos años: "Estamos hablando de un hospital con más de cien años de historia, que tiene necesidades importantes de mantenimiento e infraestructura acumuladas a lo largo del tiempo. Desde esta Dirección estamos llevando adelante un proceso de recuperación que no se resuelve de un día para otro, pero que ya está en marcha", afirmó la directora, licenciada Valeria Dodera.

Durante los primeros 18 meses de gestión, el equipo de Dirección definió una serie de objetivos vinculados con la infraestructura, la incorporación y recuperación de equipamiento, los recursos humanos y la gestión de la atención: "Uno de los principales desafíos es adecuar la infraestructura del hospital para acompañar la renovación tecnológica. En ese sentido, se trabaja sobre la red eléctrica, el abastecimiento de agua y el saneamiento, además de realizar intervenciones en el block quirúrgico, las salas de internación y otras áreas de la institución", indicó.

Dodera destacó que algunas de estas obras pueden pasar inadvertidas para quienes concurren al hospital, pero resultan fundamentales para mejorar las condiciones de atención y permitir la instalación y utilización segura de nuevos equipos.

TECNOLOGÍA E INFRAESTRUCTURA

En este proceso, el hospital incorporó un nuevo tomógrafo, un equipo de laparoscopía y un autoclave para el block quirúrgico. Paralelamente, se trabaja en la mejora y mantenimiento del equipamiento de imagenología y del resto de los equipos.

Otro de los puntos destacados es la intervención en el área de Salud Mental.



"Teníamos un gran déficit" en ese sector, señaló Dodera, quien indicó que las obras se encuentran en ejecución y que las instalaciones serán próximamente reinauguradas [ver recuadro].

También se avanza en la mejora de las salas de internación, en el marco de una estrategia que procura recuperar progresivamente distintos sectores del edificio.

RECURSOS HUMANOS Y ACCESO A LAS CONSULTAS

La Dirección está enfocada en el fortalecimiento de los equipos de salud, conocedora de que para hacerlo posible es necesaria la cobertura de cargos vacantes. Actualmente se encuentran abiertos llamados para especialidades

sigue en pág. 19

viene de pág. 18

como otorrinolaringología, neurología y anestesiología, al tiempo que se busca fortalecer especialmente el área de enfermería y mejorar la respuesta en aquellas especialidades que presentan demanda pendiente.

Otro de los objetivos es optimizar la gestión de las agendas para favorecer que los usuarios accedan a sus consultas en tiempo y forma.

A estas acciones se suma el próximo traslado de la farmacia del hospital a un local ubicado frente a la institución, sobre la calle 18 de Julio. El nuevo espacio permitirá pasar de las dos ventanillas actuales a tres puestos de atención, mejorando las condiciones tanto para los usuarios como para los trabajadores.

ABASTECIMIENTO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Dodera se refirió además a la disponibilidad de insumos y medicamentos. En ese sentido, afirmó que actualmente no existe falta de insumos médico-quirúrgicos y que no se han suspendido cirugías por carencia de estos materiales.

Explicó que, ante eventuales faltantes puntuales de medicamentos ocasionados por demoras de proveedores, se realiza el seguimiento correspondiente con el objetivo de preservar la continuidad de la atención.

La directora reconoció que el proceso de recuperación todavía tiene desafíos por delante y subrayó que la estrategia apunta a abordarlos con planificación y transparencia: "El objetivo no es solamente resolver las necesidades actuales, sino generar las condiciones para que el Hospital de Florida pueda sostener su funcionamiento, crecer y continuar modernizándose en los próximos años", sostuvo, y agregó: "Sabemos que todavía queda mucho por hacer y no pretendemos desconocer las dificultades. Nuestro compromiso es trabajar sobre ellas, informar con transparencia y avanzar con planificación", concluyó Dodera.





Renovación del sector de salud mental

La directora Dodera indicó que dentro de esta gestión se le está poniendo énfasis al área de salud mental: "En el año 2014 se inauguró una sala nueva, pero los materiales no contaban con las medidas de seguridad que se consideran adecuadas hoy día. En la administración pasada se llamó a una licitación, pero no se ejecutó", dijo a modo de racconto.

En esta gestión, y haciendo un ajuste en los costos de aquel llamado, se están llevando a cabo las obras "para que usuarios y personal cuenten con las medidas de seguridad que corresponden para el tratamiento y la atención adecuadas".

El reacondicionamiento implica un espacio con nueve camas, una sala de aislamiento, consultorio adecuado, enfermería específica, área de recreación y dispositivos de seguridad en aberturas, baños, accesos, etcétera.

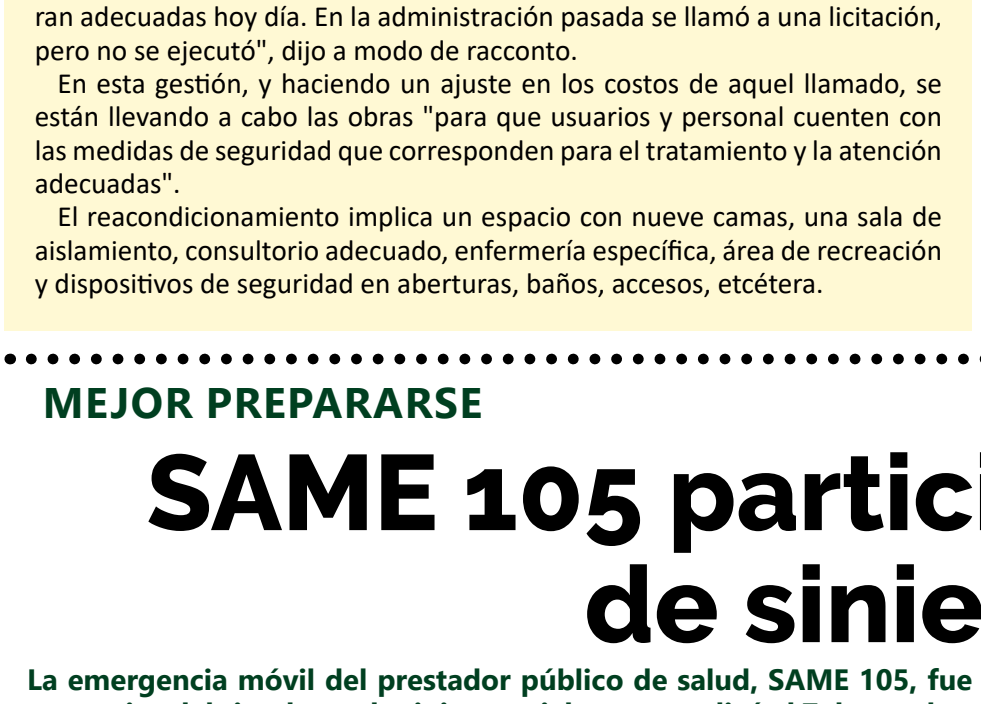
MEJOR PREPARARSE

SAME 105 participó en simulacro de siniestro vial

La emergencia móvil del prestador público de salud, SAME 105, fue parte activa del simulacro de siniestro vial que se realizó el 7 de octubre frente a la explanada de la Intendencia de Montevideo.

A ojos vistas, la colisión se había dado con un fuerte impacto. Las dos personas que iban adentro del auto quedaron atrapadas y los bomberos debieron abrir la chapa del techo para sacarlas. El motociclista y su acompañante se llevaron la peor parte. La herida en la cabeza de él, daba cuenta de que no había mucho para hacer, en cambio ella quizá lograra sobrevivir. Una tragedia en la que algo no cuadraba: la cara de los espectadores, el murmullo de los transeúntes, faltaron las corridas; fue un simulacro.

La recreación, organizada por la Unasev, se dio en el marco de la XIX Semana Nacional de la Seguridad Vial y en ella participaron quienes lo hacen habitualmente: 911, Bomberos, Tránsito de la Intendencia y la emergencia móvil SAME 105.





Dr. Gustavo Grecco Director de SAME 105

Para Gustavo Grecco, director de SAME 105, lo que se mostró "es lo que ocurre habitualmente" y consideró que "es importante que la gente conozca el proceso que se da desde que se llama al Centro de Comando Unificado (911), y se pueda ver cómo trabajan mancomunadamente un motón de instituciones para salvar la vida de la gente frente a siniestros".

Por su parte, la doctora de SAME 105, Silvia Sandler, indicó que lo primero que el equipo de salud que llega intenta identificar es "qué es lo que puede ma-

sigue en pág. 20

viene de pág. 19

tar a una persona", siendo el sangrado lo que más llamará la atención. En caso de que así sea, se realizarán tres medidas de contención de ese sangrado: comprensión con cualquier trapo; empaquetamiento, en caso de orificios o profundidades, colocando la gasa o el trapo adentro mismo de la lesión, y el uso del torniquete: "Nosotros estamos haciendo demostraciones de cómo cohibir esos sangrados", sostuvo, agregando: "Lo otro que puede matar de forma inmediata es la obstrucción de la vía aérea y para eso enseñamos la posición de apertura de la vía aérea de forma manual.

Por último, cuando se está frente a una persona inconsciente, enseñamos a colocarla en posición lateral de seguridad", concluyó.





Curso de promotores comunitarios adultos en 2026 (parte I)

Del 1 de julio a 9 de setiembre 2026 se realizó un curso de formación de promotores comunitarios a nivel nacional, con 11 módulos en forma virtual (por zoom) y presencial en cinco departamentos (Salto, Durazno, Flores, Canelones y Montevideo). Dicho curso fue organizado por el equipo de Grupalidades de ASSE, el Frente Social de Salud y el Espacio de Formación Popular, con apoyo de distintas áreas de Udelar y de la IMM. Para recoger la riqueza de los aportes se está redactando una relatoria que facilite el acceso a los distintos talleres. Dada su extensión hemos optado por publicarla en tres partes. Va aquí la primera parte.



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.

Para comunicarse con el equipo coordinador puede usarse el correo del curso promotorescomunitariossaluduy@gmail.com

RELATORIA DEL CURSO DE PROMOTORES COMUNITARIOS ADULTOS 2026

"La promoción de salud desde agentes comunitarios tiene una larga trayectoria en nuestro país y en la región latinoamericana. La generación de espacios colectivos y participativos en el campo de la salud, y también en campos vinculados como educación, deporte, cultura, protección social y convivencia responde a una necesidad del tejido social en general y prioritariamente en poblaciones afectadas en diversos planos. Al mismo tiempo apunta a la construcción de valores solidarios, comunitarios y al fortalecimiento de vínculos y entramado social integrador.

Esta línea de acción en salud entronca fuertemente con el desarrollo de la Atención Primaria en Salud como estrategia sanitaria y el cambio del modelo de atención que se propuso el SNIS desde su creación.

El Curso de Promotoras/es Comunitarios adultos tiene como principal actividad la organización de jornadas formativas y de intercambio de personas voluntarias de todas las zonas del país en el periodo 2026-2028. Con un equipo coordinador general se promovió la implementación descentralizada incorporando el trabajo en subgrupos sobre diagnósticos y propuestas de cada territorio. Dicha coordinación integra en forma horizontal referentes de movimientos sociales, de la academia (Esc. Nutrición, Fmed, Fenf.) y de ASSE (Equipo de Grupalidades) y la Intendencia de Montevideo.

Se considera a estos cursos como una formación necesaria para la labor de los colectivos sociales en cada territorio, así como la actuación como Frente Social en los distintos ámbitos de participación previstos en el SNIS y otros que se puedan crear en este período.

Existen múltiples antecedentes de formación de promotores o agentes comunitarios que han tenido resultados positivos y huellas duraderas, con una impronta local, sin dialogo entre las experiencias y con dificultades para su continuidad. En este curso de 2026 se procura alcanzar un paso más, que se sustancia en el alcance nacional y el intercambio entre referentes de territorios diversos de todo el país.

El curso tiene 11 módulos que se desarrollan en talleres por zoom y presenciales, con una dinámica semanal y autonomía para incorporar o jerarquizar temas según las realidades locales a partir de metodologías de Educación Popular.

Los intercambios y trabajo en Red respecto a las realidades y experiencias locales son uno de los ejes del curso. Uno de los objetivos es la elaboración de un "Diagnóstico Local de problemas priorizados" así como planes de acción respecto a dichos problemas en cada una de las zonas y el desarrollo de capacidades en este aspecto por parte de los actores locales. El objetivo es que las personas y colectivos vayan incorporando en forma creciente su protagonismo en las políticas de salud que las involucran.

La experiencia del Curso en 2026 es un punto de apoyo importante para su reiteración en 2027 y en los sucesivos años, ajustando, corrigiendo y enriqueciendo próximos cursos como parte de una política sostenida en el tiempo.

OBJETIVOS: GENERALES / ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

.-Formación de actores locales como promotores comunitarios, brindando herramientas conceptuales y metodológicas con el fin de implementar procesos de salud positiva y prevención de la enfermedad a la vez que potenciar la participación ciudadana y el trabajo en red.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

-Generar aprendizajes que reconozcan los saberes comunitarios y promuevan la reflexión-acción impulsando el encuentro, el dialogo y la acción organizada entre diferentes actores sociales con el objetivo de fortalecer el tejido comunitario y generar soluciones compartidas.

-Generar o fortalecer las redes entre salud, educación, deporte, cultura en los territorios produciendo sinergias entre roles y capacidades.

-Fortalecer el entramado comunitario y los actores sociales existentes, estimulando el conocimiento mutuo, el dialogo y la interacción positiva.

-Generar agentes de cambio que actúen como vínculo entre las comunidades y las instituciones d facilitando la organización, la comunicación y la ejecución de actividades que buscan la salud y el bienestar de las diferentes comunidades.

-Promover conciencia sobre la posibili-

sigue en pág. 21

sigue en pág. 21

dad de acción a partir del reconocimiento de capacidades individuales y grupales y la aceptación colectiva de los aportes de cada integrante de la comunidad.

-Contribuir a la implementación de procesos de Participación Social Innovadora basada en el análisis de experiencias, y el relacionamiento con la academia que permita a su vez el desarrollo de actividades de investigación.

-Apoyar la creación de modelos de desarrollo positivo y participativo de la salud contemplando los factores salutogenicos de la misma.

- Promover formas de gobernanza participativa en los territorios donde las personas, colectivos y comunidades puedan ser partícipes de la construcción de las políticas públicas que los involucran y generan mayor calidad de vida.

-Fortalecer los espacios participativos del SNIS en los territorios y a nivel nacional. Formación para la Participación en Redes, Colectivos, Judesas, Julosas y Consejos Consultivos, directorio de ASSE y JUNASA.

CONTENIDOS

*MÓDULO 1: PARTICIPACIÓN SOCIAL. 1 DE JULIO 2026

TEMÁTICAS DEL MÓDULO

-Antecedentes de participación comunitaria. Estructuras participativas en el SNIS. Luces y sombras de la participación social en salud en las últimas dos décadas. El Frente Social de la Salud. Fundación 2017. Preguntas y Propuestas 2024. Documentos y Seminarios de Reflexión y Acción en 2025.

– Diagnóstico Local Participativo de Problemas Priorizados. Promotores comunitarios como Agentes de Cambio. Espacios Adolescentes y Jóvenes con Vos/z. Organizaciones de Personas Mayores. Colectivos de la Discapacidad. Entramados comunitarios. Escucha e Intercambio de Saberes.

-Coordinación Interinstitucional - REDES. Espacios de incidencia para la participación comunitaria. Guías para los representantes sociales en Judesas y Julosas. Grupalidades que organizan la participación social.

VIDEOS PREVIOS

https://youtu.be/KdnKBqfs5xA Aporte de Humberto Tommasino

https://youtu.be/tHdfKMG50u4 Aporte de Pablo Anzalone

https://youtu.be/S7ixKXGB8qY Aporte de Mario Bentancor

Video del taller

https://www.youtube.com/watch?-v=uDI7-cDedlw&pp=0gcJCUwLAYcqIYzv

*MÓDULO 2: SALUD MENTAL 8 DE JULIO 2026

TEMÁTICAS DEL MÓDULO

Malestares Psicológicos. Violencias. Soledad- Depresión. Prevención de Suicidios y Posvención.

Habilidades Sociales para la vida. Diversión Segura – Problemas laborales. Problemas en Centros Educativos – Discriminación Bullying - Identidad familiar y antecedentes -Problemas en la familia - Influencia de Internet – Acoso Digital - Consumos de sustancias – Machismo y Patriarcado- Discriminación por Género – Discapacidades. Crimen organizado. Grupalidades protectoras en salud mental.

VIDEOS PREVIOS

https://youtu.be/EsZlvf3NO20 Proyecto de Marianela Carmona Fray Bentos

https://youtu.be/YizkLo4nKKs Promotores juveniles de salud en Rio Negro

https://youtu.be/m33pJK1IMpIPromotores Juveniles De Salud En Rivera

https://youtu.be/1XrfNohvPpg Grupalidades De Personas Mayores y Salud Mental en Tres Ombues Municipio A Montevideo

Video del taller

https://www.youtube.com/live/6wrjezAV4k8?si=JMpgq5dlu3eVMuEF

https://www.youtube.com/live/6wrjezAV4k8?si=T0aLEnDksmMUjFJY

*MÓDULO 3: ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES 15 DE JULIO 2026

TEMÁTICAS DEL MÓDULO

Prevención de problemas cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes, hipertensión, problemas respiratorios. Acceso a Alimentación Saludable. Consumos de Ultraprocesados y Comida Chatarra.

Sedentarismo. Actividad física y deportes. Grupalidades por policlinica como forma de prevención y promoción de ECNT.

VIDEOS PREVIOS

Una experiencia grupal de promoción de salud desde Barrio Sur

ALIMENTACIÓN PARA LA SALUD ESTILOS DE VIDA ACTIVOS PROPUESTAS DE ACTIVIDADES PARA PROMOTORES ALIMENTACION para Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

1(Ver nota final con situación problema y preguntas orientadoras para la discusión en subgrupos)

VIDEO DEL TALLER MÓDULO 3

https://youtu.be/j8UZaLyEyEQ?si=cL-FnlEt2oCnUkTn2

*MÓDULO 4: METODOLOGÍAS PARTICIPATIVAS. MAPA DE PROBLEMAS. 22 DE JULIO 2026

TEMÁTICAS DEL MÓDULO

Mapa de Problemas. Diagnóstico Local. Planificación Estratégica, Planes locales.

Microproyectos- Relacionamiento con la comunidad. Lo ambiental: el cuidado del espacio común/colectivo. Educación y Cultura durante toda la vida.

EDUCACIÓN Y SU ALCANCE EN NUESTROS TIEMPOS.

Educación en valores solidarios, participativos, comunitarios, en clave de derechos. Cultura como factor protector y desarrollo de personalidad y proyectos de vida. Danza, Teatro, Murga, Radio, Comunicación audiovisual. Vida con proyectos. Una Salud. Modelo SACUDE. Salud, Cultura, Deporte, Educación articuladas en los barrios. Grupalidades y acciones de promoción de salud.

VIDEOS PREVIOS

Mapeo de Problemas Humberto Tommasino Guía para mapeo de problemas

Descargar Guía para mapeo de problemas Indicaciones papelógrafo

VIDEO DEL TALLER MODULO 4

https://www.youtube.com/watch?v=-vmtncEFNR8c&t=4s



¡LLEGÓ HAVOLINE!

-Cololó, venga. Siéntese y cuéntele a su tata como le jué por la ciudá. ¡Qué alegría que haiga vuelto!

-Güenas, tata. ¡No sabe cómo lo extrañé, tatita!

-Cuénteme, Cololó. ¿Cómo están los primos? ¿Qué le pareció el pueblo con tanto automotor y tanta casa alta?

- ¡Ta guenazo, tata!

-Entonce' ... ¿va a volver pa' las vacaciones?

-No. Digo ... no se vaya a creer, tata. No se enoje ¿no?, pero algunas cosas no las entendí muy bien.

-A ver ... cuéntele a su tata ¿Jugó con los primos en el pueblo?

-Sí. .. pero más bien en el apartamento, ellos no salían mucho. Yo pa' mí que ni caballo tenían.

-Pero, Cololó, ¡cómo se le ocurre! Los primos andarían en auto, me imagino.

-Sí. La primera vez juimos a una casa machaza que tenía unas escaleras que te suben y que te bajan sin tener que mover las patas, como corral de ovejas pero te sube p'arriba y te baja p'abajo. Tenía muchos kioscos, uno pegadito al otro. Creo que se llama "Yoging".

-Chopin, bruto. Chopin se llama, como el músico y el chopin de pescado. ¿Y ahí qué hicieron?

-Caminamos mucho rato mirando por los vidrios p'adentro de los kioscos.

-Y eso ... es entretenido.

-¿A usted que le parece, tata? Cinco horas mirando los kioscos con ropa y todo eso. A los primos me parece que les gustaba. Y ahí me metieron en una casa donde nos dieron de comer unos chorizos redondos.

-¿Chorizo redondo?

-Sí. .. redondo y achatao. '1Halburguesa" creo que se llaman, con unas papas de plástico.

-¿Y no jugó al fútbol con los primos?

-Sí ... al fútbol sí, pero sentao.

-Ah ... estaba-de suplente.

-No.

-¿Pero jugó o no jugó al fútbol?

-Sí. .. al "Finfa 2000" o algo así, pero ni me cansé.

-¿Y le gustó?

-A mí no, pero los primos gritaban los goles y se ve que les gustaba mucho por-



que se quedaban toda la noche jugando.

-¿Y usté?

-A mí se me cerraban los ojitos, tata.

-A ¡Pah! Me parece que me está mintiendo, Cololó. Cometas ... ¿remontaron?

-Sí, también en el aparato ese.

sigue en pág. 22

viene de pág. 21

-Gallinas ... ¿no tenían?

-Sí. En el microondas.

-Y corderitos ... ¿no había?

-En el "frinzer". Después el primo se enfermó.

-¿De gripe?

-No. Estrés.

-¿Usté es bobo? ¿Cómo tres? Usté tiene dos primos ¿O volvió más bobo?

-No, estrés se llama la enfermedad. Porque los tíos quieren que los primos hablen como los de las películas y estudian inglés y estudian las computadoras y aprenden a rezar en el catecismo y aprenden natación y dice que si una persona humana cuando es niño va a todos esos lados a la vez, le viene el estrés. ¿Yo no tengo que ir tata, no?

-No, Cololó, quédese tranquilo. A usted nunca lo va a agarrar el tres ese. ¿Y no fueron a pescar?

-Sí, pero ... más o menos.

-¿Cómo más b mer,os? O jué o no jué. Ya me lo imagino, Cololó ... sentadito ... el arroyo correteando casi cayao entre los arenales, el fueguito comiéndose los palitos secos de los sarandises, un martín pescador rompiendo el espejo del agua, el sol escondiéndose atrás de la isla de eucalito, ya me lo imagino Cololó ... los aparejos bien atendidos, los bicho'e luz empezando a pestañear, los ...

-¡No, tata! Nada de eso. Jué en las computadoras que ellos tienen. Pero sin caña, ni lombriz, ni nada.

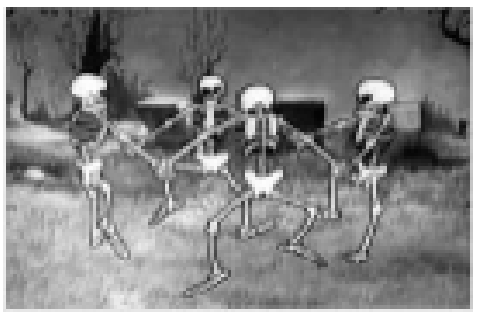
-Me está embromando, Cololó. ¡Cómo va a pescar sin cañas! ¿Y no vio un lindo atardecer?

-Sí, una vez en una película de "vidé" que tienen los tíos.

-¿Y no salieron a correr, a jugar por ahí?

-Sí, correr ... corrimos.

-Me lo imagimo Cololó, saltando charcos, trepando callecitas de tierra, bajando laderas de piedras sueltas, viboreando caminitos entre las chircas,



esquivando las espinas de cruz, jug ...

-No tata, no. Los primos corren en unos aparatos que se llaman cintas.

-¿En el patio?

-En el cuarto. Y andábamos en bicicleta fija.

-¿Fija que le gustó?

-No. Fija, quietita, durita. Fija que no la movía ni con un buey, tata.

-¿Y conversaban mucho cuando llegaba la noche?

-Sí, pero yo apenas si veía la letra tan chiquita.

-Usté está cada día más bobo, Cololó. Le pregunté si conversaban mucho y me dice que la letra era chiquita.

-Sí, porque conversaban con unos teléfonos chiquitos, se mandaban a decir cosas con esos aparatos.

-Eso sería cuando estaban lejos, pero yo le pregunto si conversaban mucho cuando estaban en la casa.

-En la casa se mandaban eso. De un cuarto a otro.

-Me parece que me está mintiendo. ¿Y sus tíos no les decían nada?

-Los tíos estaba sentados en la mesa con una computadora cada uno y se mandaban fotos y canciones y se contestaban.

-¡Le va a crecer la nariz, Cololó! Mire si los tíos se van a mandar cartas estando al lao. No se le miente a un tat,r. ¿Y por qué se quiso venir?

-Una noche con los primos salimos con unas capas y unos gorros ¿no? Entonces el primo me dijo ¿dulce o truco? Y yo le dije ¡retruco! Y ellos se reían de mí, pero yo no entendí muy bien por qué se reían. Después con unas calaveras y unos zapallos con caras, zapallos como de tronco, pero de color naranja, como pa' hacer dulce, de zapallo ¿no? salimos a las casas ¿no?

-¡Havoline!

-¿Eh?

-Havoline se llama eso, Cololó. Yo escuché algo en la "arradio". ¿Y qué tenían que hacer?

-Con los disfraces puestos íbamos y pedíamos caramelos.

-¿Y su tata no le dio plata antes de salir? ¿Yo no le dije que trabajo todo el día pa' que no le falte nada y pa' que no ande de "méndigo" por ahí! ¿Y qué más hacían?

-Los primos decían que había vampiros y brujas y se ponían gorros negros y colmillos y se colgaban arañas. Se subían a unas escobas y decían que había espíritus y que venían los fantasmas y los muertos ... y ... ¡Tataaaa!

-¿Qué, Cololó?

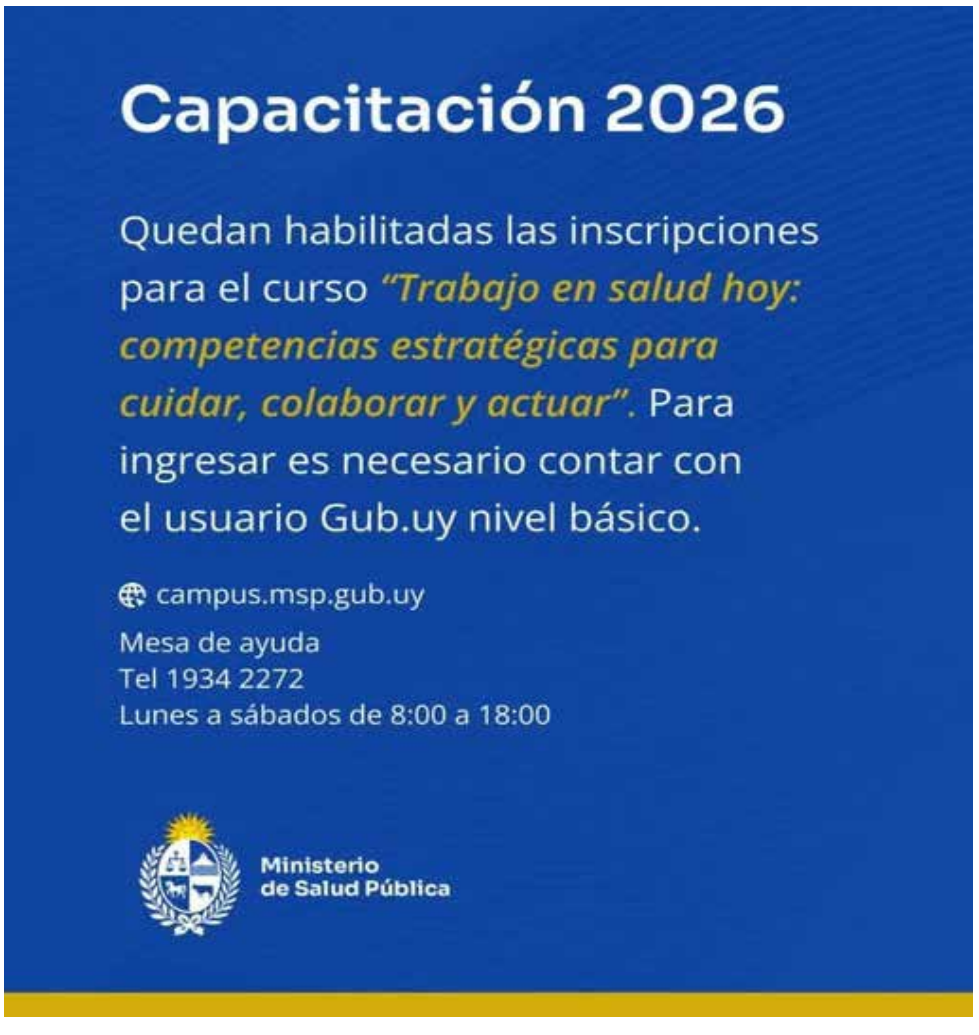
-No me mande más al pueblo ... acá



MARCIANO DURÁN

está güenazo. Aunque no haigan "halburguesas" ni "javolines". No me mande más tatita.





BECAS FEMI

VII Congreso Uruguayo de Diabetología y III Encuentro del Cono Sur

FEMI ofrece dos becas para el VII Congreso Uruguayo de Diabetología y el III Encuentro de Diabetología del Cono Sur.

El congreso organizado por la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay se desarrollará los días 6 y 7 de noviembre en el Hotel Radisson Montevideo.

Los agremiados de FEMI interesados deben inscribirse para el sorteo de las becas enviando un mail a secretaria@femi.com.uy (indicando nombre, cédula, mail y gremio al que pertenecen) antes del jueves 29 de octubre.



Participación de FEMI en conversatorio sobre perspectiva de género en salud

A Mediados del pasado mes, en San José de Mayo, FEMI participó y acompañó el conversatorio "Perspectiva de género en el ámbito de la salud", organizado por la Regional Sur del Colegio Médico del Uruguay.

La actividad contó con la participación de la Dra. Karina Carreño, en representación de FEMI, quien integró el panel de expositoras junto a la Dra. Virginia Cardozo y la Lic. Psic. María José Scaniello.

Por FEMI estuvo presente también el Dr. Jorge Bermúdez. Por la Regional Sur del Colegio Médico del Uruguay participaron los Dres. Eduardo Corchs y Martín Atilio, y la Dra. Valeria Blanco. Estuvo presente además el Dr. Daniel Ayala, integrante del Consejo Nacional del Colegio Médico del Uruguay.

Participó asimismo el Dr. Martín Bentancor, presidente de la Gremial Médica de San José, junto a la Intendenta de San José, Cra. Ana María Bentaberri, y otras autoridades vinculadas al ámbito de la salud.

El encuentro constituyó una valiosa instancia de intercambio y reflexión sobre la perspectiva de género en el ámbito sanitario, reuniendo a profesionales, autoridades y representantes de distintas instituciones.

FEMI apoyó y acompañó la realización de esta actividad, reafirmando la importancia de promover espacios de formación, intercambio y discusión sobre temáticas relevantes para el ejercicio profesional y para el sistema de salud.



FEMI ofrece dos becas para el VII Congreso Uruguayo de Diabetología y el III Encuentro de Diabetología del Cono Sur

FEMI ofrece dos becas para el VII Congreso Uruguayo de Diabetología y el III Encuentro de Diabetología del Cono Sur.

El congreso organizado por la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay se desarrollará los días 6 y 7 de noviembre en el Hotel Radisson Montevideo.

Los agremiados de FEMI interesados deben inscribirse para el sorteo de las becas enviando un mail a secretaria@femi.com.uy (indicando nombre, cédula, mail y gremio al que pertenecen) antes del jueves 29 de octubre.







AGRESIONES CONTRA MÉDICOS Y PRACTICANTES - MANUAL (*)

Frente agresiones a profesionales de la salud

FEMI
FEDERACION MEDICA DEL INTERIOR

ABORDAJE DE SITUACIONES DIFICILES: ENTREVISTA CLÍNICA

Un sistema sanitario cada vez más complejo y un paciente cada vez más informado, mas autónomo y más exigente han hecho que la relación médico-paciente, en permanente evolución, haya experimentado un cambio en los últimos años al que ni uno ni otro han sabido adaptarse.

Las pequeñas frustraciones de la vida diaria se acumulan y los mecanismos de adaptación a las situaciones originadas fallan. La hostilidad de los usuarios hacia un sistema sanitario que no cumple sus expectativas es dirigida hacia la figura del médico al que perciben como el culpable de un sistema socio- sanitario que no siempre es justo, médico que estableciendo unas prioridades intenta poner un poco de orden en todo ese desbarajuste e incomprensión.

La agresividad en pacientes no psiquiátricos casi siempre denota ansiedad, por ello un gran porcentaje de las denuncias formuladas contra los médicos se evitarían si la relación médico-paciente se hiciera con un correcto manejo de la comunicación entre ambos. A pesar de ello, es muy difícil evitar la aparición de situaciones de violencia en la consulta, hay que aprender a prevenir la agresión, saber percibirla incluso cuando aún sólo se manifiesta de manera encubierta. Para ello, el grado de experiencia del propio médico es decisivo.

ALGUNAS CONSIDERACIONES EN TORNO A LA ENTREVISTA.

Una entrevista clínica tiene dos objetivos:

• En primer lugar obtener una información suficiente que permita al médico formular una hipótesis y plantear una solución para el problema que trae al paciente

• En segundo lugar es que la propia dinámica de la entrevista, como proceso interpersonal que es, conlleve efectos terapéuticos para el paciente, generados por la capacidad para establecer un vínculo de confianza con el médico.

Uno de los posibles errores de esta fase es sobrestimar nuestra capacidad de entender la situación; por ejemplo, creándonos una rápida impresión sobre el paciente y dirigiendo la entrevista hacia la confirmación del pre-diagnóstico realizado ó lo que es peor ofreciendo una respuesta precipitada.

(*) Aprobado el 11.02.2009 por la Comisión Interinstitucional para la Violencia en Salud, integrada por: Academia Nacional de Medicina, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Legal, Sindicato Médico del Uruguay, Federación Médica del Interior, Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgicas, Sociedad de Neurología del Uruguay y Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

El paciente nos expone quejas, es decir la elaboración individual de sus sufrimientos. La demanda del paciente y lo que espera de nosotros se irá definiendo mediante la utilización de preguntas abiertas, que permitan una gama amplia de matices y posibiliten al paciente poner palabras a los afectos y emociones relacionados con sus síntomas.

Definir un problema resoluble es fundamental, por ello es importante la negociación con el paciente. No debemos convertir en síntoma lo que sólo es un problema, ni en enfermedad lo que solo es una posibilidad estadística que denominamos riesgo. La negociación de la definición del problema puede ser determinante para la evolución del mismo.

ENCUENTROS DIFÍCILES Y DESENCUENTROS QUE EXASPERAN

Pacientes con expectativas diferentes sobre la atención que recibe ó aquellos que desean obtener algo de forma ilícita, enfermos psiquiátricos con alteraciones del comportamiento ó con tendencia a la agresividad, pueden reaccionar con violencia. Pero también aquellos que consideran que presionando y agrediendo a los médicos pueden obtener algún beneficio. En general el agresor espera más de lo que realmente se le está ofertando y cree que puede obtenerlo de esa manera, agrediendo.

Un paciente violento que también suele serlo con la familia, en el trabajo, en la vida cotidiana; puede considerar la consulta como el lugar más apropiado para manifestar buena parte de sus insatisfacciones, aunque alguna de ellas no tengan relación con el Sistema Sanitario, para lo cual puede valer cualquier justificación.

Los profesionales bien entrenados en habilidades de comunicación, y con experiencia en su aplicación son mas efectivos, evitan problemas y disminuyen significativamente la violencia en las consultas al permitir una mejor detección y gestión de las situaciones difíciles. En cualquier caso, la actitud de ponernos por debajo del paciente (de one-down), educar y renegociar con el paciente esas expectativas, abrirá vías para una relación más terapéutica. Es aconsejable no invadir el espacio del paciente manteniendo la distancia acostumbrada sin levantarse, escuchar atentamente y reconocer los signos que indican amenaza inminente de violencia.

LA VIOLENCIA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

El paciente que presenta agresividad puede provocar en el médico inexperto una respuesta simétrica. Es norma ineludible no responder a la agresividad con agresividad.

Hay que considerar que el paciente pueda tener razón, aunque solo sea como táctica, ello ayuda a diferir la situación y a buscar la estrategia más adecuada.

Surge la violencia en consulta en determinadas situaciones:

• Cuando se obtienen respuestas negativas del médico a las pretensiones o expectativas del paciente.

• Cuando se personalizan en el médico las frustraciones del paciente.

• En el marco de una reclamación de responsabilidades o solicitud de explicaciones.

• Por manejo inadecuado de la relación médico-paciente.

INDICADORES DE RIESGO DE CONDUCTA VIOLENTA.

Si las situaciones de conflicto y de riesgo de agresión no se reconocen no es posible reconducirlas y actuar anticipadamente.

El médico debe saber observar la comunicación no verbal del individuo, como son los cambios del tono de voz, la actitud contenida, la situación de sus manos, la mirada fija sin parpadeo, con fijación de la cabeza, palidez, sudoración, inquietud motora, repetición de frases... En esas condiciones, la agresión física puede surgir en cualquier momento, por lo que se han de tomar siempre las medidas preventivas necesarias para que no suceda. Lo que debe incluir el tener prevista una salida de escape físico de la situación.

MANEJO DEL PACIENTE O FAMILIAR AGRESIVO.

Cuando un paciente no tiene razón, no debe dársela o al menos no puede salir de la consulta con la sensación de que se le ha dado. Siempre que sea posible, se le debe de transmitir el mensaje de que, en todo caso, consideramos su petición pero que nuestra conducta no se modificará por su agresividad, ha de comprender con toda claridad que ese tipo de conductas son estériles.

El médico debe, en todo caso, evitar el choque con el paciente, estar en actitud de escuchar, no mostrar temor en ningún momento, mantenerse relajado pero al mismo tiempo razonando y acotando las reacciones del paciente. Pueden emplearse en ese sentido, dos técnicas:

• La empatía, que es la capacidad para comprender emociones o sentimientos de otra persona. Es una prevención eficaz de situaciones enojosas y es posible emplearla incluso cuando éstas se producen. No significa en absoluto aceptar la agresividad del paciente.

• El señalamiento, que consiste en hacer evidente al consultante su actitud o conducta incorrectas.

Del empleo simultáneo de estas técnicas, junto con el autocontrol del propio médico, dependerá su habilidad para no responder con agresividad a la agresividad que recibe.

El médico debe saber dirigirse al paciente con serenidad, más como protector que en plan autoritario, sin provocar y sabiendo escuchar, porque el paciente suele responder a un contacto interpersonal no provocativo.

RECOMENDACIONES A MÉDICOS Y PRACTICANTES

• Adquirir la formación adecuada en estrategias de comunicación con el usuario para poder establecer una relación empática, incluso en situaciones de incumplimiento de expectativas para el usuario y poder informarle, dónde debe derivar sus quejas, que no dependen del médico, sino de la organización del sistema asistencial.

• Adquirir formación específica para reconocer situaciones de riesgo de agresión, y adelantarse a los acontecimientos mediante estrategias adecuadas.

• Solicitar intervención de terceros, tanto para diluir la posible respuesta agresiva, así como para una eventual contención e incluso para intervención como testigos del hecho violento.

• Poner en conocimiento de los responsables del centro laboral, tanto a nivel gerencial como a los responsables de seguridad de aquellos aspectos deficitarios (inexistencia de personal de seguridad, consultorios sin segunda salida,…), así como de situaciones de riesgo.

• No tolerar ningún acto violento, ya que de una situación parcialmente controlada puede pasarse a una totalmente incontrolada.

• Recoger documentalmente cualquier resultado del acto violento: informes médicos de asistencia a lesiones, fotografías (incluso con el celular), nombres e identificación de testigos del acto violento, identificación del agresor y de sus acompañantes.

• Comunicación a los responsables del centro de trabajo del hecho violento.

• Comunicación a su gremial respectiva del hecho violento para iniciar los procedimientos establecidos y completar el formulario de denuncia ante esta Comisión.

• Presentación de la denuncia correspondiente.

• Para reforzar la seguridad del agredido, será de obligado cumplimiento que en la denuncia, se asigne como domicilio de este, la dirección oficial de su agremiación, y no su dirección particular.

MARCO DE REFERENCIA

La Organización Mundial de la Salud se ha ocupado, desde 2002 del tema, es-

sigue en pág. 25

viene de pág. 24

tableciendo: “Si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, el sector de la atención de salud corre un riesgo grave. La violencia en este sector puede ser casi la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo. (Nordin, H., 1995) En conjunto puede afectar a más de la mitad de los trabajadores de salud. Este dato indica claramente que la violencia laboral es demasiado elevada y que hay que actuar urgentemente”.

Aun cuando no disponemos de estadísticas que a nivel nacional reflejen, en Uruguay, la dimensión real de este problema, las agresiones a los profesionales sanitarios cada vez son más frecuentes. Un estudio realizado por la Jornada Nacional de Residentes Médicos de 2007, informa de que el 70% de los Residentes sufrieron algún tipo de agresión por parte de los enfermos o de sus familiares, a lo largo de su ejercicio (tirones de cabello, insultos, empujones, golpes de puño o puntapiés). El simple hecho de proporcionar una información diferente a la que el paciente, o su familia, quiere escuchar; la negativa a certificar una baja o a prescribir un determinado medicamento, pueden ser el desencadenante de una conducta agresiva.

Sólo con una sólida relación médico-enfermo puede realizarse una atención de calidad, lo que es imposible cuando se produce una ruptura violenta de la misma, que repercutirá sobre el servicio sanitario generando intranquilidad y desconfianza en el resto de los pacientes. En fin, genera dificultades y provoca respuestas indeseadas que progresivamente configuraran numerosos círculos viciosos concatenados en torno a diferentes situaciones y pacientes lo que deteriora el servicio público.

Como al final suele actuarse cuando las situaciones son insostenibles e irreversibles, es necesario repasar aquellos otros elementos del servicio sanitario que se pueden resentir o desaparecer. Y así se deteriora la calidad intrínseca de la atención, cuando se afectan las buenas prácticas y la orientación de las actuaciones profesionales o cuando se instala una medicina defensiva en suma mala praxis. También pueden deteriorarse la confortabilidad del servicio, el ambiente clínico, es decir el derecho a ser respetado y tratado como persona y las garantías de protección a la salud sin otros riesgos. Se puede perjudicar el derecho a ser informado y el participar en un ambiente sanitario tranquilo donde todas las fuerzas están dedicadas a hacer el bien ante una necesidad.

Pero también puede verse afectado el compromiso y participación profesional y ciudadana, entendida en el sentido más amplio, en la descentralización de la toma de decisiones de carácter colectivo y en aquellos aspectos donde puedan verse afectados los resultados sobre las personas. Las respuestas de ocultar, disimular, sobrevivir en un ambiente hostil es contrario a la transparencia clínica con búsqueda y reconocimiento de errores o revisión sistemática de la variabilidad de la práctica clínica en los diferentes ámbitos y niveles de actuación para encontrarlos. Pero también se afecta la cercanía y fácil acceso a los servicios y profesionales con una relación de confianza alterada que harán difícil avanzar en corresponsabilidad entre ciudadanos, profesionales, gestores y políticos.

Por todo ello las conductas violentas, aunque no lleguen a la agresión física, no deben permitirse en ningún caso, puesto que rompen algo tan básico como el vínculo de confianza que siempre debe existir en la relación médico-paciente, fundamental para la consecución de los objetivos de la relación clínica. Además, esa conducta agresiva –si no es sancionada como se merece- puede influir en que el médico ceda ante el paciente cayendo en el pacto de silencio lo que es inaceptable pues constituye una mala praxis de la medicina y un perjuicio para la sostenibilidad del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Qué duda cabe que la presión asistencial y la falta de tiempo y recursos para atender debidamente a los pacientes, está en el centro de todo. Cada uno de los médicos debería tener tiempo suficiente para poder ofrecer explicaciones adecuadas a sus pacientes y así lo hemos reclamado desde las organizaciones de profesionales médicos del País.

Es necesario actuar para reformular políticas sobre tiempos mínimos en consulta, por la que se exige a las Autoridades sanitarias a dotar a los profesionales de los recursos necesarios para que puedan ofrecer a cada paciente un “tiempo mínimo decente” que les permita hacer una entrevista clínica y una exploración física en condiciones dignas, y que debería fijarlo el médico en función de las necesidades individuales de cada paciente.

ESTAMOS A TIEMPO DE ATAJAR ESTE PROBLEMA, ANTES DE QUE ADQUIERA TINTES MÁS PREOCUPANTES.

En España, por ejemplo, se ha legislado que las agresiones a médicos de la sanidad pública sean enjuiciadas como delito de atentado a la autoridad (con penas de prisión) y no como simples faltas que acarrearían solo penas de multa como sucedía hasta ahora. Es esta una resolución de gran importancia y trascendencia porque marca un criterio que, como se ha demostrado, ya se ha comenzado a aplicar en otros casos similares en distintos lugares de nuestra geografía y que ayudará de manera efectiva a frenar la escalada de agresiones a los médicos en el ejercicio de su profesión.

Ante este nuevo escenario es obligado recordar a todos los profesionales de la salud la necesidad de denunciar estos hechos y ponerlos en conocimiento de su Organización gremial, junto con los elementos de prueba y testigos que pueda aportar como base para la acusación. Por lo que se refiere a las Administraciones Sanitarias, estas deben poner todas las medidas a su alcance para prevenir estas situaciones. La solución a este problema no está en una sola actuación, sino en un conjunto global de agentes y medidas dando a todas ellas el respaldo jurídico necesario.

Por otra parte es preciso evitar el alarmismo ya que en ocasiones y en especial ante los casos excepcionales es mayor la repercusión mediática que se les da que la magnitud del problema. Se trata, en definitiva, de un fenómeno que, aun siendo minoritario, cada día va en aumento. Por lo cual si queremos un sistema sanitario de calidad es imprescindible recuperar un espacio con garantías para el ejercicio de los profesionales y ahora estamos a tiempo si se aplican las medidas de prevención y detección necesarias.

TERMINOLOGÍA DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Incidente violento en el lugar de trabajo. Es cualquier acto que conlleve abuso verbal, físico, amenazas o cualquier otro comportamiento intimidatorio cometidos por un paciente, su familiar o acompañante, contra un profesional médico en el ejercicio de su función y causando un daño físico o psicológico.

Existen distintas denominaciones de agresión, la más comúnmente admitida, es la que la Real Academia Española de la Lengua recoge y contempla en sus acepciones como “acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño” o “acto contrario al derecho de otra persona”.

La Organización Internacional del Trabajo considera que violencia en el ejercicio de cualquier actividad profesional o como consecuencia directa de la misma es toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra.

En el ámbito sanitario, la Organización Mundial de la Salud, la define la violencia en el lugar del trabajo como todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, (…) con la implicación de que se amenaza explícita o implícitamente su seguridad, su bienestar y su salud y esta puede ser la más significativa porque pertenece a este ámbito mas específicamente.[1]

La propia Real Academia Española de la Lengua recoge como sinónimos de agresión, los términos acorralamiento, atraco, provocación, embestida, acometida, ataque, asalto e incluso atentado. La mayoría de las definiciones recogen sucintamente la descripción de las situaciones que se vienen produciendo a diario por parte de los pacientes o sus familiares hacia los médicos, y desde la agresión verbal, que encuadra, gritos, insultos, amenazas, frases de menosprecio, palabras vejatorias, coacciones e injurias, hasta las agresiones físicas que aunque de más relevancia mediática no son más importantes, donde golpes, patadas, intimidaciones con armas blancas o de fuego, e incluso secuestros, están dentro de la cotidianeidad.

Estos tipos de violencia pueden tener un carácter LEVE, GRAVE o MUY GRAVE y de ello se deriva la calificación PENAL o CIVIL.

Sin embargo debemos reseñar la importancia de la agresión sicológica asociada que sufren a posteriori los médicos agredidos y que quizás es la parte menos llamativa, pero la que produce más secuelas asociadas tras la agresión.

En este punto es donde se debe incidir directamente, con ayudas sicológicas del propio servicio sanitario, que al igual que repara los daños a su propiedad material en instalaciones del centro o establecimiento sanitario, donde los agredidos desarrollan su labor asistencial, deberá reparar el capital mas importante del que disponen los sistemas sanitarios, que son sus médicos.

Y todo esto, ocurre en los momentos en que el médico está ejerciendo una profesión que se caracteriza por la ayuda constante y desinteresada hacia los pacientes y por la defensa de su salud y por tanto de sus intereses, resultando paradójico que los antónimos de agresión, sean exactamente ayuda y defensa, según recoge la Real Academia Española de la Lengua, y esta paradoja nos debe hacer recapacitar profundamente a todos.

AGRESIONES: ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA

Las agresiones a los profesionales de los servicios sanitarios, por usuarios o sus familiares y acompañantes, es otra de las manifestaciones de una intolerancia creciente. Y no sólo en nuestro medio si no también en países de nuestro entorno. Por ejemplo, en el National Health Service inglés, en 2006, el 11% de los profesionales de hospitales y el 6% de los de atención primaria referían haber sufrido una agresión física y el 26% y 21%, respectivamente, manifestaron haberse sentido intimidados o acosados por pacientes o sus acompañantes.

Las situaciones de violencia se han ido extendiendo desde las empresas de bienes hasta las organizaciones públicas del sector servicios, siendo precisamente las profesiones relacionadas con este sector, tal y como indica la Organización Internacional del Trabajo, las que presentan un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia debido al estrecho contacto con usuarios y clientes.

Las acciones violentas de los usuarios del sistema sanitario, o de sus familiares y acompañantes, sobre los profesionales en el lugar de trabajo van en aumento en todos los países industrializados en los últimos años, llegando a representar un motivo de gran preocupación para los profesionales sanitarios.

Se desconoce las verdaderas causas del incremento de agresiones a personal sanitario, no obstante, de las distintas publicaciones consultadas, puede deducirse que los principales motivos de agresión son:

- Situaciones de angustia por parte del agresor ante una falta de “información” sobre la situación de un familiar grave (urgencias de hospital).
- Situaciones en las que el agresor ve frustradas sus esperanzas de alcanzar un beneficio directo o indirecto (recetas, exámenes, autorizaciones, bajas, etc.) y en las que entiende que una negativa por parte del médico es un atentado a sus “derechos consolidados”.
- “Demoras” en la atención “URGENTE” tanto en hospital como en atención primaria o en llamados domiciliarios.
- Retraso en los plazos para pruebas complementarias.
- Desconfianza ante la actuación de los Médicos.
- Etc.

[1] ***http://www.smu.org.uy/sindicales/comunicados/violencialab-oms02.pdf ; http://www.femi.com.uy/archivos_v/WVguidelinesSP.pdf***

24ª Semana Médica del Hospital Maciel: “Medicina Interna en el Perioperatorio”

El curso de actualización para graduados se desarrollará los días 22 y 23 de octubre de 2026 de 7:45 a 13:00 h en el Hospital Maciel.

TEMAS A TRATAR:

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



FEMI ofrece dos becas para las XVIII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

FEMI ofrece dos becas para las XVIII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica.

Las jornadas, organizadas por SIEPU (Sociedad Integrada de Emergencia Pediátrica del Uruguay), se desarrollará los días 11 y 12 de noviembre en el Hotel Radisson Montevideo.

Los agremiados de FEMI interesados deben inscribirse para el sorteo de las becas enviando un mail a secretaria@femi.com.uy (indicando nombre, cédula, mail y gremio al que pertenecen) antes del viernes 30 de octubre.

El año nuevo médico ya tiene equipo: SMU e IM se reunieron para apoyar la organización de la fiesta de recibidos

El SMU mantuvo una reunión con la Intendencia de Montevideo (IM), convocada por la comuna, para colaborar con la organización de la tradicional fiesta de recibidos del 31 de julio, una de las fechas más esperadas por los médicos y médicas jóvenes.

Sindicato Médico DEL URUGUAY

En el encuentro – realizado en setiembre -participaron José Minarrieta, presidente del SMU, Juan Pablo Castro, de la Unidad de Negociación del Sindicato y el bachiller Gastón Peña, en representación del colectivo de practicantes internos, protagonistas y responsables de definir cómo se celebra esta fecha. El rol del SMU y la IM es acompañar y facilitar esa organización, no decidir por ellos. Por la Intendencia de Montevideo asistieron su pro secretario, Diego Olivera, la directora de Tránsito, Bettania Fajardo, el Asesor de Desarrollo Municipal y Participación, Fernando Regalado y Marcio Mañana, asesor del Intendente Mario Bergara.

Entre los puntos acordados se evaluó que el velódromo sea la locación para el festejo, decisión que quedará en manos del colectivo de recién recibidos, con quienes se seguirá dialogando en las próximas semanas. Asimismo, se propuso conformar comisiones de trabajo integradas por delegados de cada generación, y se abordó la logística de movilidad, con la idea de organizar estacionamientos que ordenen el tránsito de vehículos en la zona.

LA FIESTA DE RECIBIDOS TIENE UNA LARGA HISTORIA

La celebración del «año nuevo médico» comenzó en los noventa en el Teatro Solís. El éxito de la convocatoria llevó a pensar, para años posteriores, en el Mercado del Puerto como un recito ideal para festejar ese hito en la vida de cada estudiante de medicina. Después de la pandemia, el Parque Batlle se convirtió en la locación para la fiesta con una convocatoria masiva que reúne a generaciones enteras de médicos, sus familias y amigos. Con esta reunión comienza una instancia de diálogo institucional para que 31 de julio sea memorable y mejor organizado.







Palabras de la nueva presidenta del SMU, Dra. Clara Niz, durante el acto de asunción

Sindicato Médico
DEL URUGUAY



Hoy asumo la presidencia del Sindicato Médico del Uruguay con gratitud, con emoción y, sobre todo, con una enorme conciencia de la responsabilidad que implica.

Agradecemos al Comité Ejecutivo saliente por el gran trabajado realizado, tomar esta posta nos desafía a superarnos y estar a la altura.

Agradecemos a quienes han sostenido este sindicato a lo largo de su historia, incluso en momentos difíciles. Es una institución construida por muchas personas, con distintas ideas, trayectorias y formas de entender la medicina, pero unidas por la convicción de que es necesario organizarse y confluir para defenderla.

El Sindicato Médico del Uruguay es, y ha sido, una voz fuerte, respetada, difícil de desoír, respaldada por un gran acumulado de sensibilidad, compromiso, racionalidad, contención a médicos y médicas en su trabajo diario. Comprometida con la lucha por sus derechos y por la salud de la población, a través de aportes sustantivos a lo que es hoy el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Haciendo honor a esta historia, nos encontrarán ahí, promoviendo el encuentro genuino, componiendo este colectivo, escuchando a todas las voces, considerando todos los aportes, en convocatoria permanente a la participación. La participación, herramienta valiosa e imprescindible.

Vivimos una época de grandes exigencias para quienes trabajamos en salud. Las jornadas extensas, el desgaste profesional, el aislamiento, la precariedad en algunas condiciones de trabajo, las dificultades para ejercer la medicina con el tiempo y los recursos que cada persona necesita son problemas de todos los días.

Algunos de los datos de la encuesta 2023 son imposibles de ignorar: uno de cada tres socios de SMU menores de 40 años trabajan en régimen de facturación encuesta 2023. La mitad de nuestros afiliados y afiliadas con frecuencia siente agotamiento emocional o su trabajo lo estresa.

No alcanza con profesionales comprometidos. Tenemos que construir condiciones para que podamos trabajar bien, para mantener la alegría, tan necesaria en esta profesión.

Defender a quienes ejercen la medicina es también defender la calidad de la atención. Un profesional escuchado, respetado y cuidado está en mejores condiciones de cuidar a otros. Esa relación debe estar en el centro de nuestro trabajo sindical.

Nos comprometemos a trabajar por hacer de esta, la casa de todos los médicos y las médicas, un espacio abierto para todas las generaciones y todas las especialidades. Necesitamos escuchar y conocer las realidades de Montevideo y de todo el país. Ninguna voz debería quedar lejos de esta institución, por eso pretendemos ser un refugio seguro también para colegas migrantes que día a día hacen su contribución para fortalecer el SNIS, nos necesitamos todos.

Quiero hacer una mención a los estudiantes. Nuestro sindicato tiene la particularidad de haber definido nutrirse de sus inquietudes, de su fuerza, de sus iniciativas y definió también ser un espacio en el que se contribuya a su formación sindical desde temprano. Aquí un reconocimiento por el aumento de la participación en las últimas elecciones. Los queremos acá, adentro, en intercambio, apropiándose de este espacio, aportando iniciativa, son el germen, aprendiendo y participando activamente. A los médicos y las médicas jóvenes, que muchas veces comienzan a ejercer entre la incertidumbre laboral y la exigencia de seguir formándose, vean este espacio como un lugar para para acercarse, para hacer escuchar su voz, para buscar oportunidades, estamos acá, les esperamos.

La formación es imprescindible durante toda la vida profesional. Necesitamos una educación médica de calidad, accesible y vinculada a los problemas que encontramos cada día en la atención. Un sindicato también debe defender ese tiempo: el de aprender, el de pensar críticamente nuestra práctica.

Finalmente, quiero referirme a la condición vanguardista de este sindicato por la que sentimos gran orgullo. Hay muchos ejemplos en la historia de este sindicato, pero, si de vanguardia hablamos, quiero referirme a que hoy asumimos la conducción de un Comité Ejecutivo paritario.

Esto es necesario que se extienda a todos los organismos de conducción, también al Estado. Esta es una profesión en la que el 65 % somos mujeres y, sin embargo, en el SMU, con 106 años de vida, fue recién en 1989 a los 69 años de su fundación, que la Dra. Graciela Dighiero ocupó la presidencia. Pasaron 32 años para que otra mujer ocupara ese lugar, con la elección de la Dra. Zaida Arteta en 2021. A ambas agradezco el camino recorrido con valentía, convicción y determinación.

No podemos hablar de condiciones de trabajo sin hablar de la distribución de los cuidados, de las oportunidades de desarrollo y de quienes llegan a los espacios de decisión. Tampoco podemos tolerar el acoso o la violencia en los lugares donde trabajamos y nos formamos. Trabajaremos por un sindicato que tome estos problemas en serio, que promueva la visibilización, que sea sensible, escuche a quienes los viven y trabaje para cambiar esa realidad.

Nos esperan discusiones importantes. Las vamos a dar con firmeza cuando sea necesario, con disposición al diálogo siempre, y con independencia para decir lo que pensamos. Trabajaremos a brazo partido por defender el trabajo médico y las condiciones de trabajo. Sí prometo trabajo, escucha y una conducción que rinda cuentas de sus decisiones.

También quiero reconocer a los equipos de salud con los que compartimos cada jornada. La medicina se ejerce junto a otros.

Hoy comienza una nueva etapa. Los invito a participar, a plantear desacuerdos, a proponer y a construir entre todos y todas. Un sindicato se fortalece cuando sus integrantes sienten que pueden hacerlo suyo.

Finalmente quiero reconocer en la figura de Juan Carlos Macedo a quienes han forjado este sindicato. Conocí a Juan Carlos cuando yo iniciaba la residencia, momento en que él asumía la presidencia del SMU. Junto a su figura aprendimos medicina y todo lo relacionado a la vida sindical, pero nunca pensamos en que hoy yo estaría acá.

Pero acá estamos, dispuesta a construir todos los días porque “construir es la única decencia, eso es saber”.

Guía rápida de trámites para médicos y médicas recién egresados

Egresaste de la Facultad de Medicina y ya tenés tu título, pero para poder ejercer legalmente la profesión tenés que completar tres trámites fundamentales. Aquí te indicamos los pasos:

1. Registro y habilitación de título en el Ministerio de Salud Pública (MSP)

Este es el primer paso obligatorio para quedar habilitado/a para ejercer.

Modalidad: 100% en línea a través del portal de trámites del MSP (bpmgob.msp.gub.uy/tramites/disponibles).

REQUISITOS CLAVE:

• Usuario gub.uy: (nivel de seguridad intermedio/verificado) u otro medio digital (cédula digital con lector, Abitab Digital o TuID de Antel).

• Datos personales: domicilio completo, celular y correo electrónico.

• Documentación: imagen del título (frente y dorso) o certificado de reválida del MEC (si aplica).

• Código UR-TIT (Udelar posterior a 2019): Código provisto por Bedelía para seguimiento del título (obtener código UR-TIT). Sin este código no se puede iniciar la gestión.

Recibirás una constancia digital con código QR con validez por un año (descargable las veces que necesites).

VER INSTRUCTIVO/MANUAL MSP

2. Registro en la Caja de Profesionales Universitarios (CJPPU)

Plazo límite: tenés 90 días corridos desde la fecha de habilitación del MSP. Evitá multas (pueden superar el 50% del sueldo ficto de 1ª categoría).

¿EJERCICIO DEPENDIENTE O INDEPENDIENTE?

• Declaración de no ejercicio: Si no estás trabajando o trabajás únicamente en régimen de dependencia.

• Declaración en ejercicio: Si trabajás en forma independiente (empezás a aportar en 1ª categoría). (Nota: Para egresados/habilitados desde el 1/1/2026 rige la nueva escala de 15 categorías con ascensos cada 2 años).

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

• Formulario de registro y declaración completo y firmado.

• Contrato de servicios web firmado.

• Cédula de Identidad vigente y título profesional / certificado de egreso.

• Constancia de domicilio (factura UTE/OSE/ANTEL, resumen de tarjeta, constancia policial o certificado notarial).

VÍAS DE PRESENTACIÓN:

• Correo electrónico: archivo único PDF (menor a 7MB) a afiliados@cjppu.org.uy. Luego deberás exhibir el título y cédula originales en la CJPPU.

• Presencial: en oficinas (Andes 1521, de 9.30 a 15.00 h) con previa agenda web.

• Correo Postal: tenés que enviar la documentación a Andes 1533 (requiere testimonio notarial original de cédula y título).

Quedó constituido el nuevo Comité Ejecutivo

En la segunda sesión del nuevo Comité Ejecutivo del SMU realizada el miércoles 7 de septiembre se distribuyeron los cargos para el período 2026-2029.

Según lo establece el artículo 21 del estatuto social, los cargos de tesorero, secretario estudiantil y vocales deben ser distribuidos de la forma en que disponga el Comité Ejecutivo por mayoría simple.



DE ESTA FORMA, SE DESIGNARON:

Secretario estudiante del Comité Ejecutivo: Br. Mauricio Méndez.

Tesorero del Comité Ejecutivo: Dr. Matías Ifrán.

Sorteo para determinar el orden de precedencia para el reemplazo presidente y vicepresidente: Dra. Mariana Kenny como suplente de presidenta y vicepresidente.

Constitución de los órganos

CONSEJO ARBITRAL

• Presidente: Dr. Juan Pablo Soto.

• Suplente del presidente: Dr. Rodrigo Perna.

• Integrantes: Dres. Alejandro Cuesta, Juan José Paganini, Daniel Salinas, Odel Abisab.

COMISIÓN FISCAL 2026-2029

• Titulares: Dres. Julia Galzerano, Marcelo Langleib, Fernando Tomasina, Celia De Pro, Marianel Carlotto Barbieri.

Colonia de Vacaciones 2026-2029

• Integrantes: Dres. José Minarrieta, Jimena Núñez, Julieta Ganon, Pedro Koyounian, Alberto Vaccaro, Juan Dominguez Cortazzo.

Delegado del Comité Ejecutivo ante la Comisión Directiva de la Colonia de Vacaciones

• Dr. Federico Figuerdo.

Suplente del Comité Ejecutivo ante la Comisión Directiva de la Colonia de Vacaciones

• Dra. Mariana Kenny.

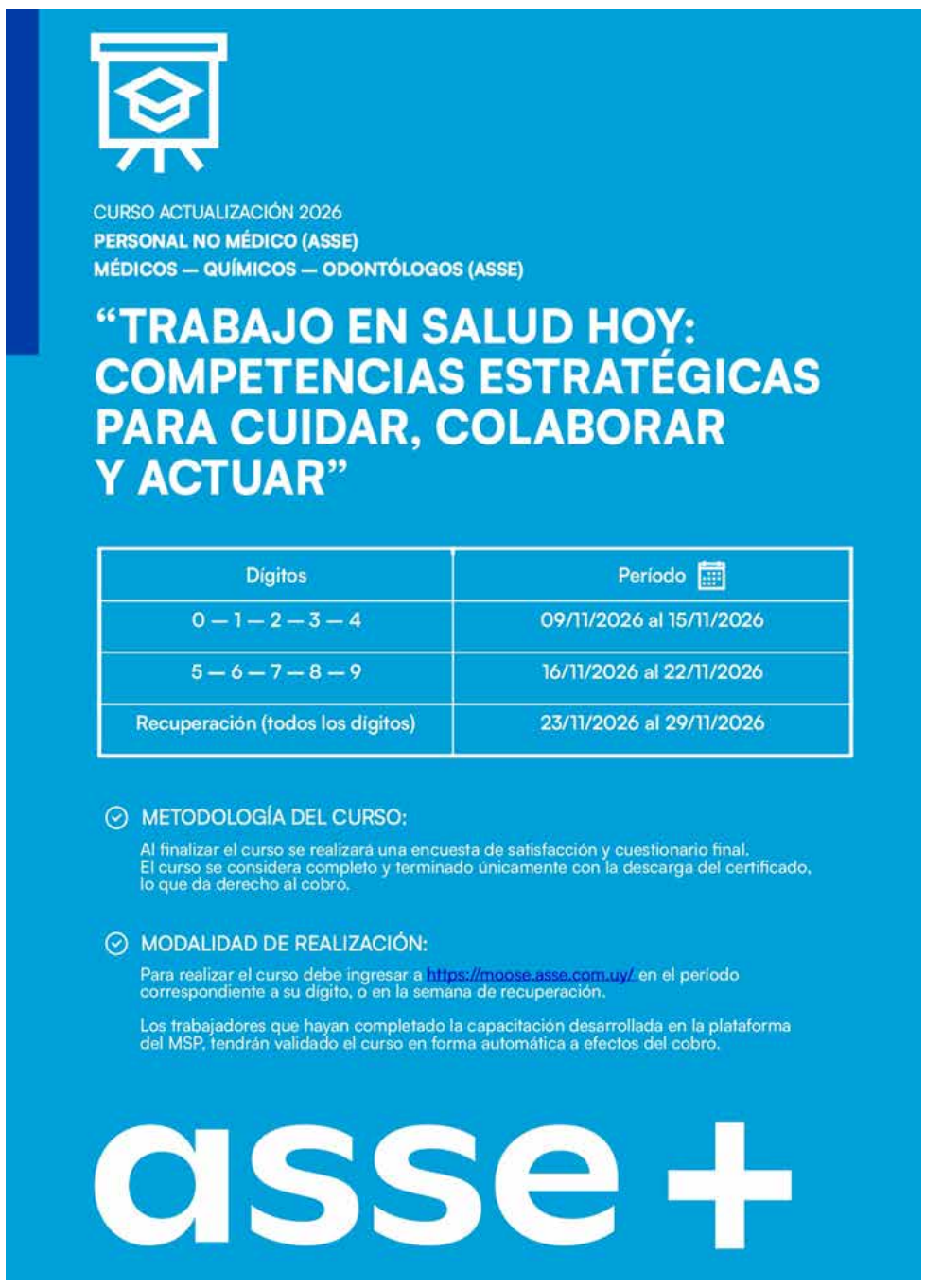
Capacitación ASSE: el acceso se abre por dígito y el curso no termina hasta bajar el certificado

La Gerencia de Recursos Humanos de ASSE comunicó el cronograma del curso “Trabajo en salud hoy: competencias estratégicas para cuidar, colaborar y actuar”.

El curso comienza el 9 de noviembre y el acceso se habilita por tramos según el dígito verificador de la cédula, con una semana final de recuperación. No se considera terminado hasta descargar el certificado: ese es el documento que habilita el cobro.

Para realizar el curso debe ingresar al siguiente enlace https://moose.asse.com.uy/ en el período correspondiente a su dígito, o en la semana de recuperación.

Compartimos el afiche con cronograma brindado por ASSE



RESERVA LAS FECHAS

Jornadas

Del reconocimiento a la acción

Construcción de sistemas de bienestar profesional para una atención segura y de calidad

17–20 NOV 2026 · MONTEVIDEO

MARTES 17	Educación y formación profesional continua	Alineación estratégica
MIÉRCOLES 18	Estrategia organizacional	Bienestar y liderazgo
JUEVES 19	Intervenciones y herramientas	Para personas y equipos de salud
VIERNES 20	Investigación y sostenibilidad	Colaboración

Con la participación del **Dr. Al'ai Alvarez** · Stanford University

Actividades presenciales e híbridas

comunicacion@bienestarensalud.uy

¡Inscripciones abiertas!

Escaneá el código QR o visitá el link en bio.

ORGANIZAN

Unidad Académica de Psicología Médica

Fundación Bienestar de Profesionales de la Salud

APOYAN

ANII · Fondo Nacional de Recursos · Colegio Médico del Uruguay · ECHO · Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela



JORNADAS DE BIENESTAR PROFESIONAL

Del reconocimiento a la acción

Construcción de sistemas de bienestar profesional para una atención segura y de calidad

17–20 NOV 2026 · MONTEVIDEO

Actividades presenciales e híbridas

Con la participación del
Dr. Al'ai Alvarez
Stanford University

Cuatro jornadas de intecrambio, formación y construcción colectiva para avanzar desde el reconocimiento del bienestar profesional hacia acciones aplicables en personas, equipos y organizaciones de salud.

Información y contacto:
comunicacion@bienestarensalud.uy

1/8

MARTES 17
17 de noviembre
8:30–12:00 horas
Desayuno de trabajo - Presencial
Sede del Colegio Médico del Uruguay

Del ingreso a la universidad hasta el retiro de la profesión.
Educación y formación profesional continua en bienestar y autocuidado

Conversatorio con docentes y estudiantes de Medicina, Enfermeria, Odontologia y Veterinaria de las universidades del pais.

Hororio	Actividad	Participación
8:30	Acreditaciones	-
9:00–9:15	Presentación de los participantes	-
9:15–10:15	**Panel de docentes** • Dra. Vanessa Ljubmio (Vet.) • Dra. Luciana Silveira (QPMC, CMU) • Lic. Carolina Rodriguez (Enfermeria) • Mag. Lic. M. de los Angeles Dallo (UA Psic. Médica) Comenta: Dr. Al'ai Alvarez	-
10:15–10:45	Café	-
10:45–11:30	**Actividad grupal** Pregunta disparadora: ¿Cómo incluir la salud mental, el bienestar y el autocuidado en la curricula de las carreras de la salud?	-
11:30–11:50	**Síntesis plenaria** Lic. María Noel Silvariño · Dr. Al'ai Alvarez	-
11:50–12:00	**Evaluación de la actividad y cierre**	-

2/8

MARTES 17
17 de noviembre
16:00–18:30 horas
Modalidad híbrida - Presencial y virtual sincrónica
Sede del Colegio Médico del Uruguay

Alineación estratégica e instalación del tema

Hororio	Actividad	Participación
16:00–16:15	**Apertura institucional** • Representante del Comité de Desarrollo Profesional Continuo - FNR • Mag. Lic. Cecilia Pravia - UA Psicología Médica • Ac. Prof. Em. Dr. Néstor Campos - Fundación Bienestar de Profesionales de la Salud	-
16:15–16:45	**Conferencia inaugural** "Bienestar del personal de salud y calidad de la atención" Dr. Al'ai Alvarez	-
16:45–17:15	**Conferencia** "Bienestar del personal de salud y seguridad del paciente" Lic. Mercedes Vera Ariproz	-
17:15–17:30	**Pausa para café**	-
17:30–18:15	**Conversatorio** • Dr. Mario Godino (MSP) • Dra. Ana Rodriguez (Comité de Desarrollo Profesional Médico Continuo, FNR)	-
18:15–18:30	**Comentarios finales** Evaluación Información sobre las actividades de la semana Dr. Al'ai Alvarez	-

3/8

MIÉRCOLES 18
18 de noviembre
8:00–13:00 horas
Modalidad híbrida - Presencial y virtual sincrónica
Salón de actos - Hospital de Clínicas - Piso 19

Estrategia organizacional para la mejora del bienestar y el liderazgo

Hororio	Actividad	Participación
8:00–8:30	**Acreditaciones**	-
8:30–9:00	**Acto inaugural** Foco: estrategia organizacional y liderazgo Coordina: Prof. Dra. Ana Laura Hernández - UA Psic. Médica • Decano de la Facultad de Medicina • Representante del MSP • Dr. Aharon Ruegemeyer - Colegio Médico del Uruguay • Dr. Óscar Noboa - Academia Nacional de Medicina	-
9:00–9:45	**Conferencia central y preguntas del auditorio** "Construcción de sistemas de bienestar profesional: modelos y experiencias. Un enfoque organizacional" Dr. Al'ai Alvarez Modera: Dr. Álvaro Villar - Dirección del Hospital de Clínicas	-
9:45–10:30	**Desarrollo de programas organizacionales de bienestar: aprendizajes locales** Intervención breve para contextualizar Dr. Juan Dapueto Modera: Prof. Dr. Fernando Tomasina	-
10:00–11:00	**Panel: ejemplos de intervenciones organizacionales** Oportunidades, barreras, niveles de intervención organizacionales • Dr. Santiago Artucio - UA Ginecología A • Lic. Paola Rivero - COMEPA • Mag. Lic. Jimena Bañico y Dra. María Noel Close (Programa ECHO, Teleclínica de Bienestar del Equipo de Salud)	-
11:00–11:15	**Pausa para café**	-

4/8

JUEVES 19
19 de noviembre
8:30–17:30 horas
Modalidad híbrida - Presencial y virtual sincrónica
Sede del Colegio Médico del Uruguay

Intervención y herramientas para personas y equipos de salud

Hororio	Actividad	Participación
8:30–9:00	Acreditaciones	-
9:00–10:30	Mesa de intercambio y presentación de experiencias	-
10:30–11:00	Café	-
11:00–12:30	Talleres simultáneos • Trabajo en equipo • Comunicación efectiva • Liderazgo y bienestar	-
12:30	Cierre de las jornadas	-

5/8

VIERNES 20
20 de noviembre
8:30–12:30 horas
Modalidad híbrida - Presencial y virtual sincrónica
Sede del Colegio Médico del Uruguay

Investigación y sostenibilidad

Hororio	Actividad	Participación
8:30–9:00	Acreditaciones	-
9:00–10:30	Presentación de experiencias y buenas prácticas	-
10:30–11:00	Café	-
11:00–12:30	Talleres simultáneos • Trabajo en equipo • Comunicación efectiva • Liderazgo y bienestar	-
12:30	Cierre de las jornadas	-

6/8

¡Gracias por ser parte de esta construcción colectiva!

ORGANIZAN

Unidad Académica de Psicología Médica

Fundación Bienestar de Profesionales de la Salud

APOYAN

ANII · Fondo Nacional de Recursos · Colegio Médico del Uruguay · ECHO · Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela

7/8

Jornadas de bienestar profesional
17–20 NOV 2026
Montevideo

Actividades presenciales e híbridas

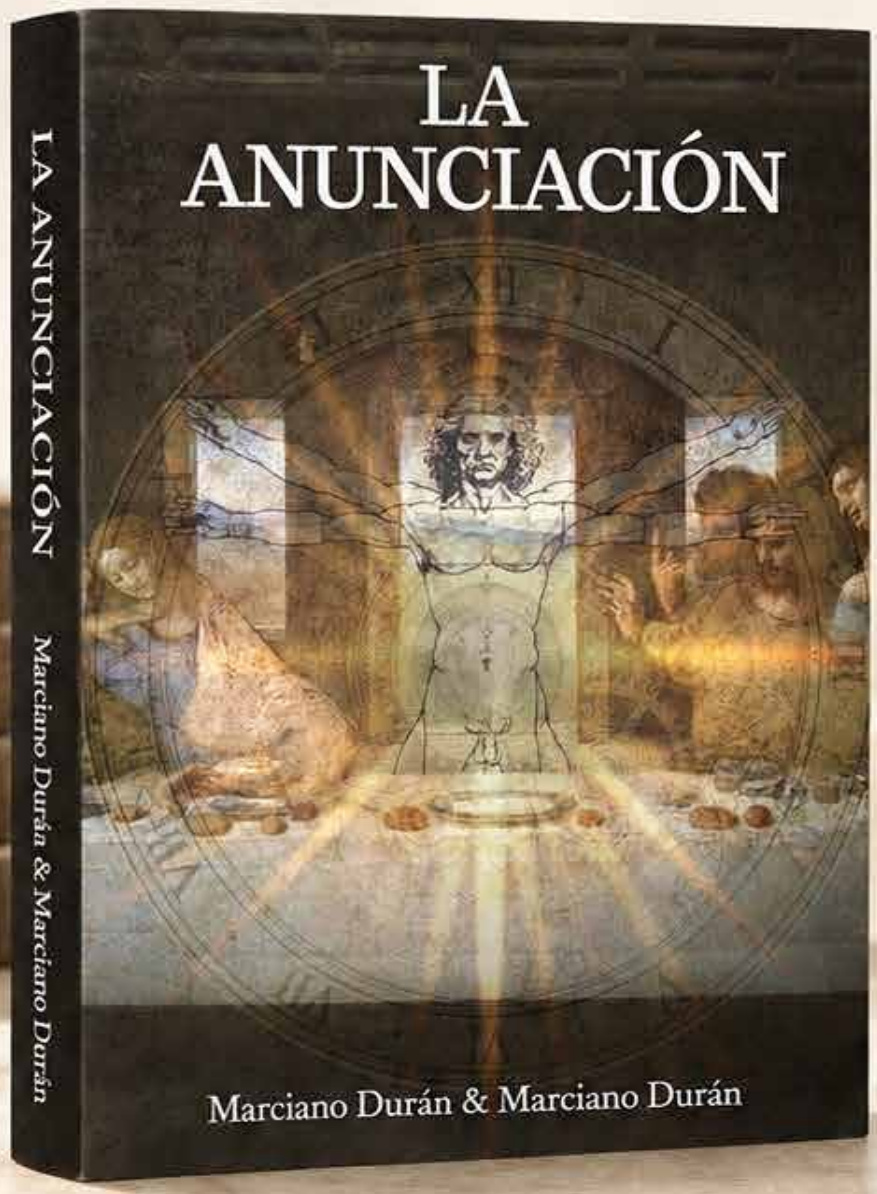
¡Inscripciones abiertas!
Escaneá el código QR o visitá el link en bio.

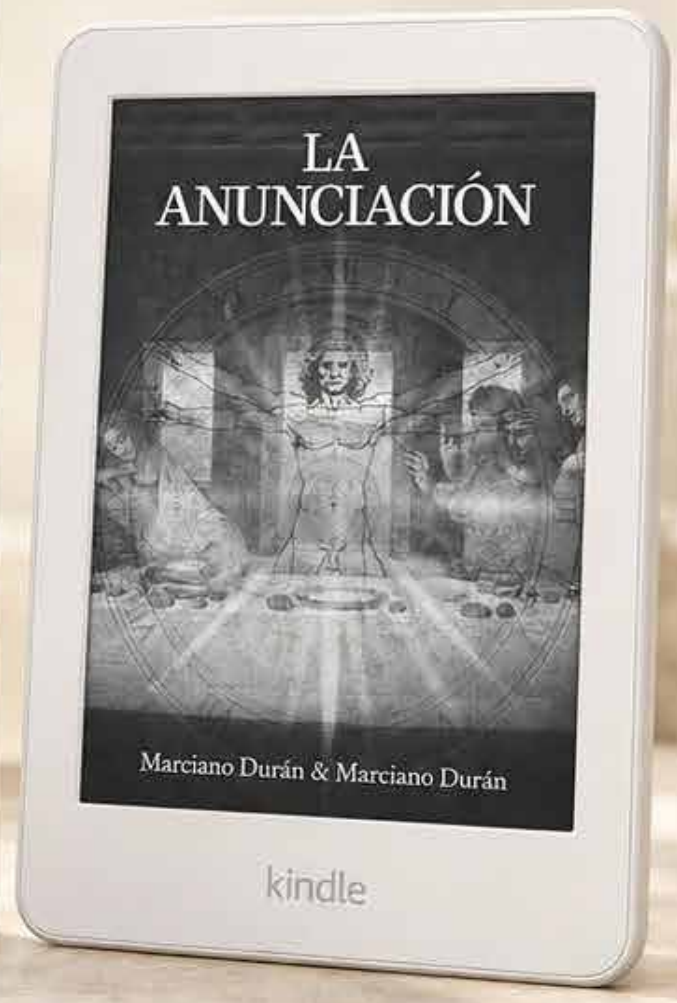
Información y contacto:
comunicación@bienestarensalud.uy

8/8

LA ANUNCIACIÓN

La novela uruguaya N.º 1 en Amazon España





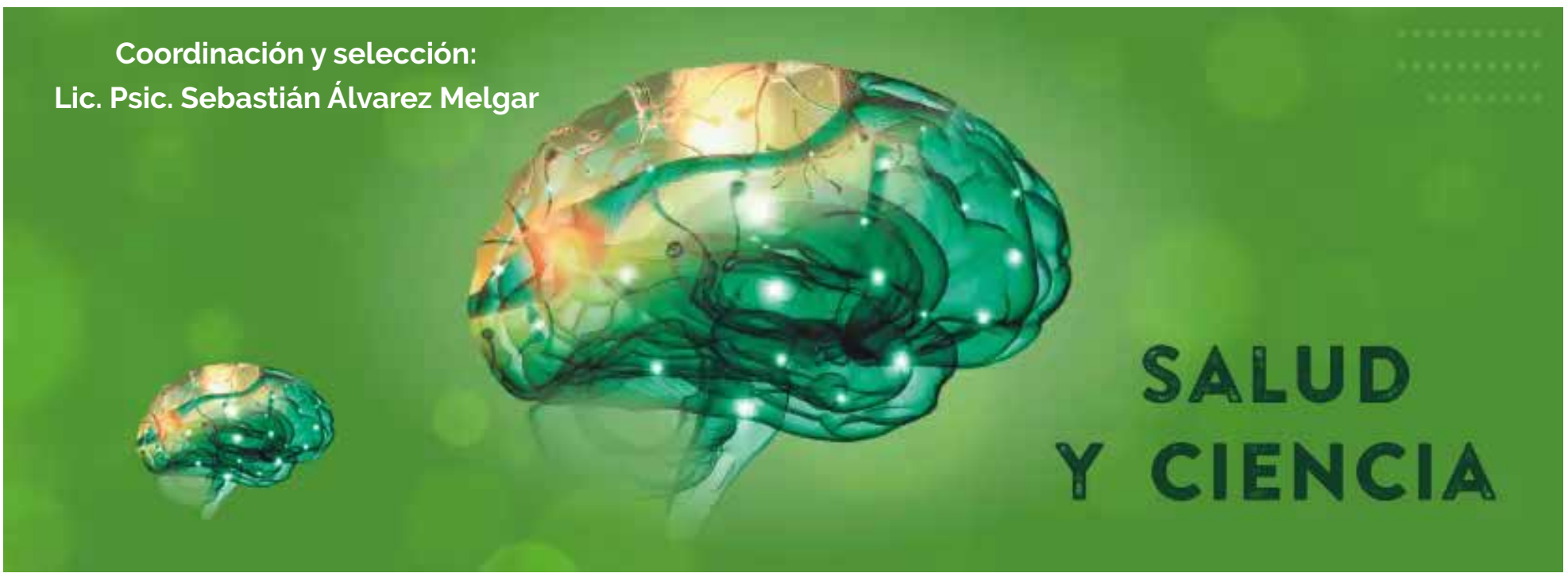
ARTE
HISTORIA
FE
MISTERIO

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

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

amazon | tiendamia

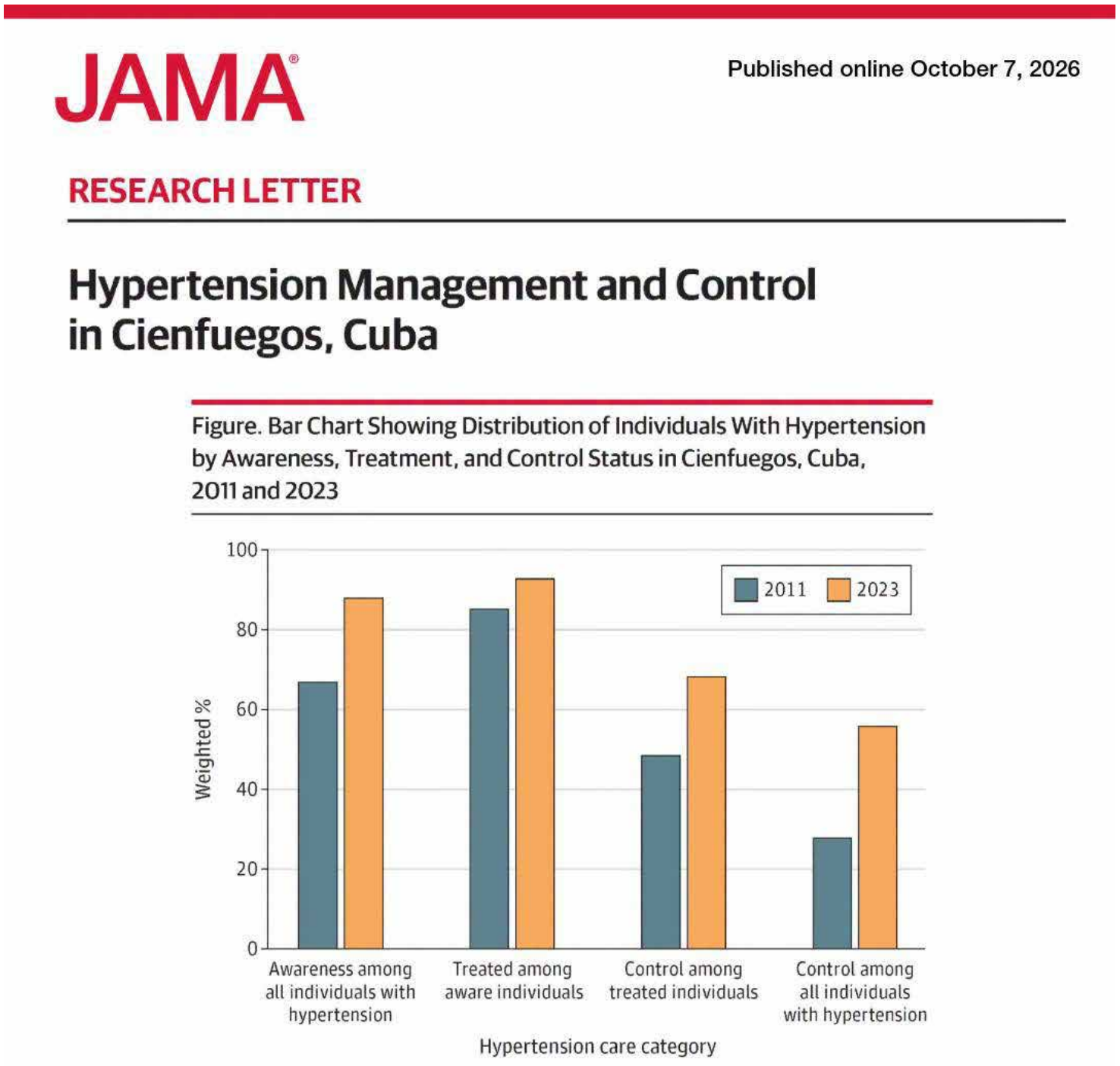
de Marciano Durán & Marciano Durán



Coordinación y selección:
Lic. Psic. Sebastián Álvarez Melgar

Un estudio publicado en JAMA examina la evolución del control de la hipertensión arterial

La experiencia de Cienfuegos en Cuba, pone de relieve las dificultades para sostener el control de la presión arterial a escala poblacional y la importancia del seguimiento sanitario a largo plazo.



Un estudio publicado en la revista médica JAMA el 7 de octubre de 2026 analiza la evolución del manejo y control de la hipertensión arterial en Cienfuegos, Cuba, una provincia de aproximadamente 400.000 habitantes. El trabajo aporta una perspectiva epidemiológica de largo plazo sobre uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

Según los antecedentes presentados por los autores, la proporción de personas con hipertensión que mantenían su presión arterial bajo control alcanzó el 40 % en 2001, pero había disminuido considerablemente para 2011. Esta evolución evidencia la dificultad de mantener los resultados sanitarios a lo largo del tiempo, incluso en contextos donde existe experiencia acumulada en el seguimiento de la población.

La investigación destaca la relevancia de disponer de sistemas de vigilancia epidemiológica sostenidos para evaluar la detección, el tratamiento y el control de la hipertensión, así como para identificar las dificultades que limitan la continuidad de los resultados.

La hipertensión arterial constituye un factor de riesgo fundamental para el accidente cerebrovascular, la cardiopatía isquémica y otras complicaciones cardiovasculares. Por ello, mejorar su control requiere no solo diagnosticar y tratar a los pacientes, sino también garantizar el seguimiento clínico, la adherencia terapéutica y la continuidad de la atención.

Relevancia para la salud pública: la experiencia cubana ofrece un punto de referencia para analizar los desafíos de los programas de control de la hipertensión y la necesidad de evaluar sus resultados durante períodos prolongados. No obstante, las conclusiones deben interpretarse considerando las características del sistema sanitario y de la población estudiada.

Referencia científica: Morejón Giraldoni AF, Valdés González Y, Benet Rodríguez M, et al. Hypertension Management and Control in Cienfuegos, Cuba. JAMA. Publicado en línea el 7 de octubre de 2026. doi:10.1001/jama.2026.19916.

Fuente: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2854963

La FDA aprueba atezolizumab combinado con quimioterapia para el cáncer de colon en estadio III con deficiencia en la reparación del ADN

La nueva indicación incorpora inmunoterapia al tratamiento adyuvante de pacientes con cáncer de colon con deficiencia en la reparación de errores de apareamiento del ADN (dMMR), una característica molecular relevante para la selección terapéutica.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) aprobó el 8 de octubre de 2026 el uso de atezolizumab (Tecentriq), en combinación con quimioterapia basada en una fluoropirimidina y oxaliplatino, para el tratamiento adyuvante del cáncer de colon en estadio III con deficiencia en la reparación de errores de apareamiento del ADN (dMMR). La indicación comprende pacientes adultos y pediátricos a partir de los dos años.

La decisión se fundamenta en el ensayo clínico internacional ATOMIC (ML39057), que incluyó a 712 pacientes —711 adultos y un paciente pediátrico— con cáncer de colon en estadio III, después de la resección completa del tumor primario y sin evidencia de enfermedad metastásica. Los participantes recibieron quimioterapia mFOLFOX6 con atezolizumab, seguida de atezolizumab en monoterapia durante seis meses, o únicamente quimioterapia mFOLFOX6.

El resultado principal fue la supervivencia libre de enfermedad. La combinación de inmunoterapia y quimioterapia redujo a la mitad el riesgo relativo de recurrencia o de eventos incluidos en este criterio, en comparación con la quimioterapia sola: HR 0,50; IC del 95 %: 0,35-0,73; p = 0,0001. La mediana de supervivencia libre de enfermedad todavía no se había alcanzado en ninguno de los grupos en el análisis comunicado por la FDA.

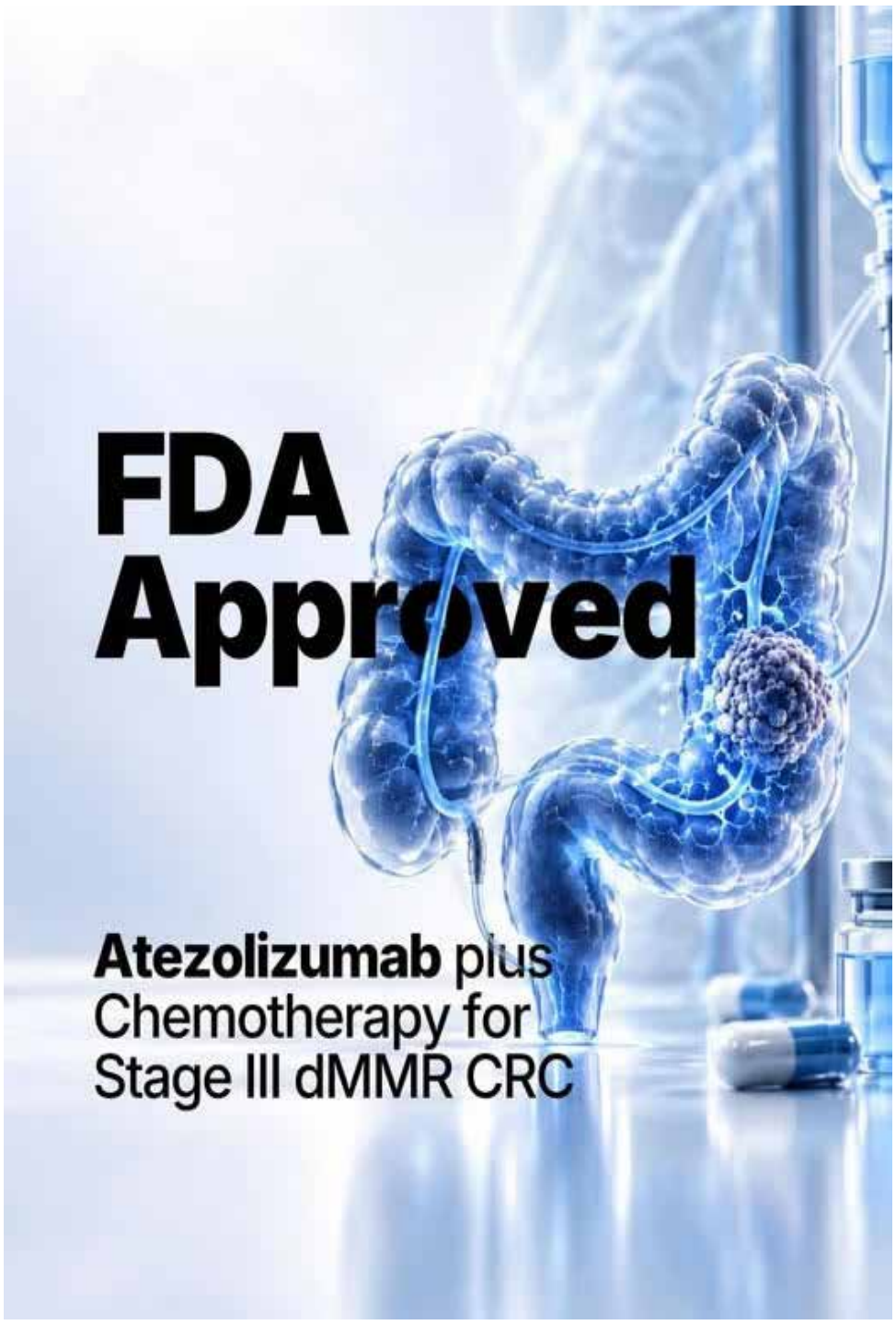
Atezolizumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea PD-L1, una proteína implicada en los mecanismos mediante los cuales los tumores evaden la respuesta inmunitaria. Su incorporación busca potenciar la respuesta antitumoral en un subgrupo definido por una característica molecular específica.

La FDA también autorizó una formulación subcutánea de atezolizumab combinada con hialuronidasa (Tecentriq Hybreza), para pacientes de 12 años o más con un peso de al menos 40 kg. Ambas aprobaciones se realizaron bajo el programa internacional Project Orbis, que facilita la evaluación coordinada de tratamientos oncológicos entre distintas agencias regulatorias.

Entre las principales precauciones figuran las reacciones adversas inmunomediadas, las reacciones relacionadas con la infusión, determinadas complicaciones asociadas al trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas y la toxicidad embriofetal.

Relevancia clínica: la aprobación refuerza la importancia de determinar el estado de reparación del ADN tumoral en el cáncer de colon. La identificación de dMMR permite reconocer un subgrupo de pacientes para quienes la combinación de inmunoterapia y quimioterapia puede mejorar el control de la enfermedad después de la cirugía.

Fuente: https://www.fda.gov/drugs/resources-information-approved-drugs/fda-approves-atezolizumab-combination-chemotherapy-stage-iii-mismatch-repair-deficient-colon-cancer



La OMS establece un ambicioso objetivo para detectar brotes epidémicos en un plazo de 24 horas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó una nueva estrategia quinquenal para su Centro de Inteligencia Pandémica y Epidémica, trazando un camino hacia un mundo donde cada país puede detectar y comprender las amenazas emergentes para la salud dentro de las 24 horas de su aparición para 2030. El fortalecimiento de la detección rápida es una piedra angular de la seguridad sanitaria mundial, ayudando a los países a contener los brotes antes de que se conviertan en epidemias más grandes o se propaguen internacionalmente.

La estrategia del Hub tiene como objetivo equipar a cada país con las capacidades necesarias para identificar y comprender rápidamente las amenazas emergentes para la salud, apoyándolas así en el desarrollo de los sistemas, capacidades y asociaciones necesarias para evitar que los brotes se conviertan en epidemias o pandemias.

En la apertura de la Cumbre Mundial de la Salud en Berlín, en presencia del Secretario de Estado Parlamentario de Alemania en el Ministerio Federal de Salud, Georg Kippels, Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, reflexionó sobre los logros del Hub en los cinco años transcurridos desde su creación.

"Cinco años después de su creación, el centro de la OMS para la Inteligencia Pandémica y Epidémica se ha convertido en una parte integral del sistema global de seguridad sanitaria", dijo. "Su nueva estrategia traza un camino claro hacia

sigue en pág. 33

viene de pág. 32

2030, uniendo a los gobiernos y socios en torno a un objetivo compartido: un mundo en el que cada país pueda responder rápidamente a las amenazas para la salud antes de que se conviertan en grandes crisis".

El Centro de la OMS se creó en 2021 con el apoyo fundacional del Gobierno alemán en respuesta a las brechas críticas expuestas por la pandemia de COVID-19. Desde entonces, ha trabajado con 160 Estados Miembros de la OMS, 190 organizaciones asociadas y miles de científicos y responsables políticos para detectar nuevas amenazas epidémicas, secuenciar e identificar patógenos, y apoyar la acción rápida para proteger a las comunidades de todo el mundo.

En el marco de la próxima estrategia quinquenal, el Hub se basará en los logros y cumplirá su labor a través de cinco iniciativas prioritarias:

• La Inteligencia Epidémica de Open Sources (EIOS) utiliza inteligencia artificial para escanear miles de fuentes disponibles públicamente en tiempo



real cada día para identificar señales de posibles amenazas para la salud. Reúne a una comunidad mundial de más de 4000 expertos y está siendo utilizado por más de 125 Estados Miembros y 30 organizaciones regionales e internacionales.

• La Red Internacional de Vigilancia de Patógenos (IPSN) fortalece las capacidades en secuenciación genómica y bioinformática para identificar y comprender los patógenos emergentes. Esto ayuda a acelerar el desarrollo de pruebas, tratamientos y vacunas.

• El Colaboratorio conecta a más de 2000 expertos en modelización y ciencia de datos que pueden movilizarse rápidamente cuando surgen nuevas amenazas.

• La Iniciativa de Vigilancia Colaborativa, que se está implementando en más de 83 países, apoya a las instituciones, sistemas y fuerzas de trabajo nacionales para detectar amenazas para la salud a través de un enfoque de One Health.

• La Iniciativa de Habilitadores Digitales para la Inteligencia de Salud Pública, un nuevo programa, desarrollará sistemas digitales seguros que permitan a los países y socios compartir, analizar y utilizar datos al tiempo que apoyan la adopción responsable de inteligencia artificial.

El Hub es un pilar crítico del Programa de Emergencias de Salud de la OMS y de nuestra capacidad colectiva para responder a emergencias. Actúa como un coordinador de socios, un catalizador para la innovación y un movilizador de conocimientos y recursos. Lograr la ambición de la estrategia requerirá una inversión sostenida, asociaciones de confianza y una fuerte cooperación entre sectores, disciplinas y fronteras.

Fuente: https://www.who.int/news/item/12-10-2026-who-pandemic-hub-sets-ambitious-goal-to-detect-new-outbreaks-within-24-hours

Un estudio internacional con 6,1 millones de personas establece nuevas referencias globales sobre el dolor

La prevalencia del dolor es mayor en las mujeres y aumenta especialmente antes de los 55 años, según una investigación publicada en Nature Medicine. El trabajo también identifica importantes desigualdades entre regiones de distinto nivel de desarrollo humano.

Un estudio internacional publicado en la revista Nature Medicine elaboró curvas de referencia globales y regionales sobre la prevalencia del dolor a lo largo de la vida. La investigación armonizó datos individuales de 6.125.459 personas, procedentes de 902 fuentes poblacionales de 118 países, con el objetivo de mejorar la comparación epidemiológica del dolor entre edades, regiones y poblaciones.

Los resultados muestran diferencias importantes según la localización anatómica: la prevalencia informada oscila entre aproximadamente el 2 % para el dolor facial y el 40 % para el dolor de espalda. Además, las mujeres presentaron una prevalencia superior a la de los hombres en los 11 sitios anatómicos analizados, con razones de riesgo que oscilaron entre 1,08 y 1,83.

El aumento más pronunciado de la prevalencia se observó antes de los 55 años. Sin embargo, uno de los hallazgos más relevantes fue la desigual distribución geográfica del problema: las personas de países con menor índice de desarrollo humano presentaron una prevalencia de dolor corporal en edades avanzadas 30,6 puntos porcentuales superior a la registrada en países con mayor desarrollo humano. En las edades más avanzadas, la prevalencia del dolor lumbar se aproximó al doble en los países del grupo de menor desarrollo.

La investigación también estimó que el 18,3 % de la carga global de dolor en las distintas localizaciones analizadas era atribuible a tres factores potencialmente modificables: tabaquismo, obesidad y bajos ingresos. Esta proporción mostró variaciones regionales, desde el 12,6 % en África subsahariana hasta el 27,1 % en Europa oriental.

IMPLICANCIAS PARA LA SALUD PÚBLICA

Los resultados aportan una herramienta epidemiológica para comparar la carga del dolor entre poblaciones y orientar futuras estrategias de prevención, vigilancia y planificación sanitaria. El estudio pone de relieve que el dolor no debe considerarse exclusivamente un problema clínico individual, sino también una cuestión vinculada con las desigualdades sociales y económicas.

Los autores desarrollaron una plataforma de acceso abierto que permite comparar nuevos conjuntos de datos con las referencias internacionales obtenidas.

No obstante, los resultados deben interpretarse teniendo en cuenta que se basan en datos de dolor autoinformado, cuya medición puede variar entre estudios y contextos culturales. Asimismo, las asociaciones observadas con el tabaquismo, la obesidad y los bajos ingresos no



demuestran por sí mismas causalidad.

Referencia científica: Global and regional reference curves for pain across the lifespan in 6.1 million individuals in 118 countries. Nature Medicine, publicado el 5 de octubre de 2026.

Fuente: https://www.nature.com/articles/s41591-026-04696-w

MedGemma: una nueva generación de inteligencia artificial abierta para aplicaciones médicas

Un modelo especializado mejora la interpretación de imágenes

Un estudio publicado en Nature Medicine presenta MedGemma, una familia de modelos de inteligencia artificial de código abierto orientados a tareas médicas, capaces de procesar información clínica e imágenes de distintas especialidades. La investigación explora su potencial para apoyar el desarrollo de herramientas de diagnóstico, investigación biomédica y gestión de información sanitaria.

Desarrollado a partir de la arquitectura Gemma 3, MedGemma integra modelos multimodales de 4.000 y 27.000 millones de parámetros, además de una versión especializada en texto. El trabajo también introduce MedSigLIP, un sistema de análisis visual entrenado con millones de pares de imágenes médicas y textos asociados.

RESULTADOS DESTACADOS

Los investigadores evaluaron el rendimiento de estos modelos en pruebas de conocimiento médico, razonamiento clínico y clasificación de imágenes de radiografías de tórax, dermatología, retina e histopatología. En diferentes evaluaciones, MedGemma superó o igualó el desempeño de modelos generales de tamaño similar y obtuvo resultados competitivos frente a sistemas considerablemente mayores.

En preguntas médicas abiertas, la proporción de respuestas calificadas como factualmente inexactas fue del 15,4 % para MedGemma 4B, frente al 18,5 % de su modelo general de referencia, Gemma 3 4B. Asimismo, en una evaluación de informes radiológicos, un especialista consideró que el 81 % de los informes generados por MedGemma podrían conducir a una conducta clínica igual o superior a la de los informes originales. Este último resultado debe interpretarse con cautela, ya que la revisión fue realizada por un solo radiólogo.

IMPLICACIONES PARA LOS SISTEMAS DE SALUD

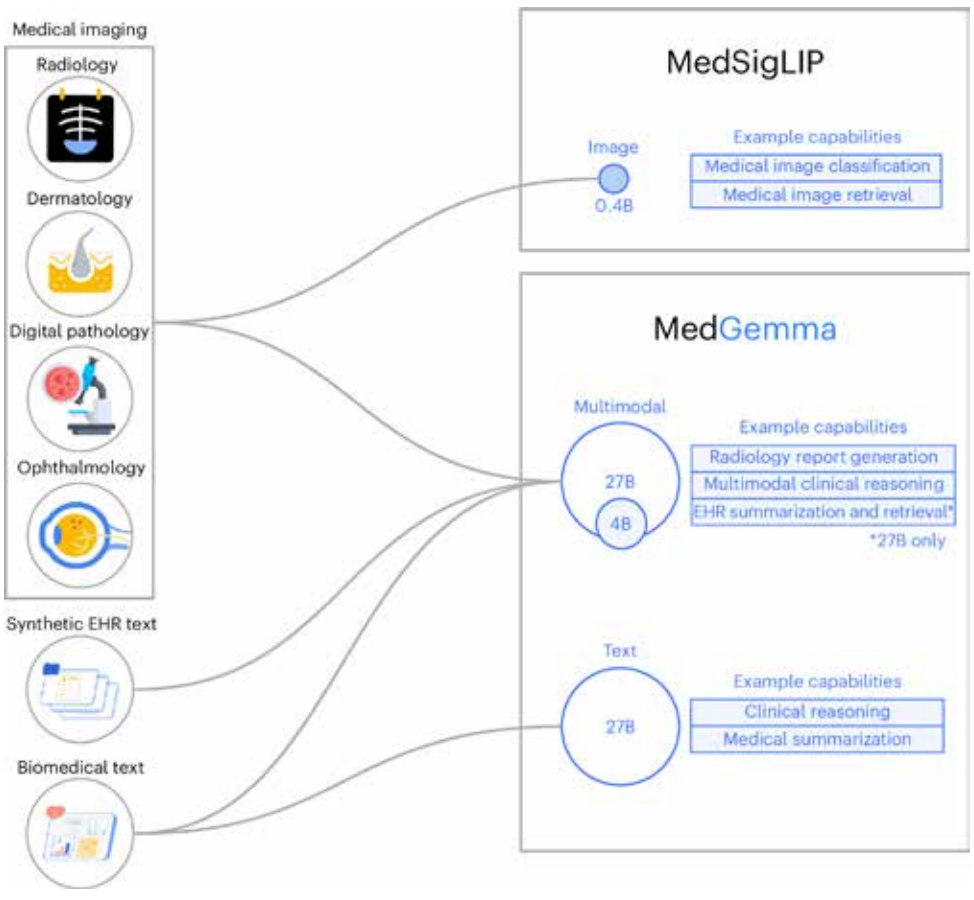
La disponibilidad abierta de estos modelos podría facilitar el desarrollo de aplicaciones adaptadas a las necesidades de hospitales, centros de investigación y empresas sanitarias. Entre sus posibles usos se encuentran la asistencia en la interpretación de imágenes, la elaboración preliminar de informes, la consulta de historias clínicas y el acceso a información médica especializada.

La posibilidad de adaptar los modelos a tareas concretas y ejecutarlos en infraestructuras propias también podría favorecer el control de los datos clínicos y reducir determinados costes de desarrollo y procesamiento.

LIMITACIONES Y DESAFÍOS

Los resultados corresponden principalmente a pruebas de referencia y evaluaciones técnicas, no a ensayos clínicos que demuestren mejoras en los resultados de los pacientes. Los autores advierten que persisten riesgos de errores, sesgos derivados de los datos de entrenamiento y diferencias de rendimiento entre tareas y poblaciones.

Por tanto, MedGemma debe considerarse una plataforma para desarrollar y evaluar herramientas de asistencia médica, no un sustituto del juicio profesional. Su incorporación a la práctica clínica requiere validación independiente, evaluación de seguridad y supervisión por personal sanitario.



La colección de modelos MedGemma cuenta con el codificador de imagen MedSigLIP (400 millones de parámetros), MedGemma 4B (4 mil millones de parámetros, multimodal), MedGemma 27B (27 mil millones de parámetros, multimodal) y MedGemma 27B Texto (27 mil millones de parámetros, solo texto). Las modalidades utilizadas para el entrenamiento específico del dominio de los modelos respectivos se indican mediante las líneas que conectan los tipos de datos a la izquierda a los modelos de la derecha. EHR, registro electrónico de salud.

CONCLUSIÓN

El estudio representa un avance en el desarrollo de inteligencia artificial médica abierta y multimodal. Su principal aporte es ofrecer una base tecnológica adaptable para investigar aplicaciones clínicas con menores barreras de acceso, aunque su utilidad real dependerá de la validación rigurosa de cada aplicación antes de su implementación asistencial.

Fuente: https://www.nature.com/articles/s41591-026-04626-w/figures/1

Un nuevo anticuerpo monoclonal reduce las exacerbaciones de la EPOC en dos ensayos clínicos de fase 3

El tozorakimab, un tratamiento biológico experimental dirigido contra la interleucina 33, redujo significativamente la frecuencia de las exacerbaciones moderadas o graves de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los resultados de dos ensayos internacionales publicados en The New England Journal of Medicine abren una nueva vía terapéutica para pacientes que continúan presentando episodios agudos pese al tratamiento inhalado habitual.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye una causa importante de discapacidad, hospitalización y mortalidad. En numerosos pacientes, las exacerbaciones persisten incluso cuando reciben tratamiento inhalado de mantenimiento, lo que impulsa la búsqueda de nuevas estrategias para controlar los mecanismos inflamatorios implicados en la enfermedad.

En este contexto, un equipo internacional de investigadores evaluó el tozorakimab, un anticuerpo monoclonal que inhibe la actividad de la interleucina 33 (IL-33), una molécula involucrada en la respuesta inflamatoria respiratoria.

DISEÑO Y PRINCIPALES RESULTADOS

El estudio, publicado el 8 de septiembre de 2026, comprende dos ensayos clínicos independientes de fase 3: OBERON y TITANIA. Ambos incluyeron adultos con EPOC, antecedentes de tabaquismo actual o previo y exacerbaciones durante el año anterior, a pesar de recibir tratamiento inhalado estándar estable.

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a recibir tozorakimab por vía subcutánea, en dosis de 300 mg cada cuatro semanas durante 52 semanas, o placebo como complemento de su tratamiento habitual. Los criterios de inclusión no exigían un determinado recuento de eosinófilos en sangre.

En OBERON, la tasa anualizada de exacerbaciones moderadas o graves en la población general fue de 1,41 episodios por paciente con tozorakimab, frente a 2,00 con placebo. Esto representa una reducción relativa del 30%.

En TITANIA, las tasas fueron de 1,44 y

sigue en pág. 35

viene de pág. 34

2,03 episodios, respectivamente, equivalente a una reducción relativa del 29%. Ambos resultados fueron estadísticamente significativos.

Los beneficios también se observaron en el subgrupo de exfumadores, que constituyó la población principal para el análisis de eficacia: las tasas de exacerbaciones disminuyeron un 29% en OBERON y un 34% en TITANIA. En cuanto a la seguridad, la frecuencia global de acontecimientos adversos fue del 70,4% con tozorakimab frente al 77,2% con placebo en OBERON. En TITANIA, las cifras fueron del 80,1% y el 79,8%, respectivamente.



RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los resultados sugieren que la inhibición de la señalización de la IL-33 podría constituir una estrategia complementaria para reducir las exacerbaciones en pacientes con EPOC que mantienen un riesgo elevado pese al tratamiento convencional.

La replicación de los resultados en dos ensayos de fase 3 refuerza la consistencia de la evidencia. Además, la ausencia de un requisito específico de eosinofilia para participar en los estudios resulta relevante para investigar alternativas terapéuticas en poblaciones más amplias de pacientes.

CONCLUSIÓN

El tozorakimab mostró una reducción significativa de las exacerbaciones moderadas o graves de la EPOC en dos ensayos clínicos de fase 3. Los hallazgos respaldan el interés de las terapias biológicas dirigidas contra mecanismos específicos de inflamación pulmonar, aunque su incorporación a la práctica clínica dependerá de la evaluación integral de eficacia, seguridad, autorización regulatoria y beneficio clínico a largo plazo.

Referencia bibliográfica: Sciurba FC y colaboradores. Tozorakimab to Prevent COPD Exacerbations. The New England Journal of Medicine. Publicado en línea el 8 de septiembre de 2026. DOI: 10.1056/NEJMoa2606998.

Fuente: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2606998

Síndrome del intestino irritable: se refuerza el papel de la conexión entre el cerebro y el aparato digestivo

El síndrome del intestino irritable (SII) afecta aproximadamente al 4–11 % de la población mundial y constituye una causa importante de dolor abdominal recurrente, alteraciones del tránsito intestinal y deterioro de la calidad de vida. Una revisión publicada el 1 de octubre de 2026 en la revista Nature Reviews Disease Primers presenta una actualización integral de la evidencia científica y destaca la importancia de comprender esta afección como un trastorno de la interacción entre el intestino y el cerebro.

UN TRASTORNO CON MÚLTIPLES MECANISMOS

El trabajo, encabezado por Lin Chang y un equipo internacional de especialistas, explica que el SII no puede reducirse a una alteración aislada del aparato digestivo. Su desarrollo puede involucrar cambios en la motilidad intestinal, una mayor sensibilidad al dolor visceral, alteraciones de la barrera epitelial, activación inmunitaria, modificaciones de la microbiota y del metabolismo intestinal, así como factores relacionados con el estrés y la regulación del sistema nervioso autónomo.

La comunicación entre el cerebro y el intestino funciona en ambas direcciones: los procesos digestivos pueden influir en el estado emocional y la percepción del dolor, mientras que el estrés y otros factores psicológicos pueden modificar los síntomas gastrointestinales. Esta perspectiva permite integrar mecanismos biológicos y psicosociales sin considerar que los síntomas sean imaginarios o exclusivamente psicológicos.

DIAGNÓSTICO: IDENTIFICAR EL TRASTORNO SIN RECURRIR A PRUEBAS INNECESARIAS

La revisión respalda una estrategia diagnóstica positiva basada en los síntomas y en los criterios de Roma V, junto con una evaluación clínica individualizada y estudios complementarios limitados cuando estén indicados. El objetivo es reconocer el patrón característico del SII y, al mismo tiempo, identificar situaciones que requieran investigar otras enfermedades.

El síndrome puede coexistir con enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, trastornos de dolor crónico y problemas psicológicos. También puede aparecer después de una infección gastrointestinal, lo que refuerza la necesidad de evaluar los antecedentes clínicos y la evolución de cada paciente.

TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El abordaje terapéutico propuesto combina educación del paciente, intervenciones dietéticas, medicamentos dirigidos a los síntomas predominantes y terapias conductuales centradas en la interacción intestino-cerebro. La elección debe adaptarse a cada caso, especialmente según predominen la diarrea, el estreñimiento o el dolor abdominal.

Los autores también señalan el potencial de los biomarcadores, las tecnologías digitales, los análisis multiómicos y la medicina de precisión para mejorar la identificación de mecanismos específicos y orientar tratamientos más personalizados. Sin embargo, estas líneas representan oportunidades de desarrollo y no deben interpretarse como herramientas diagnósticas o terapéuticas ya validadas de forma generalizada.



RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

La principal aportación de esta revisión es consolidar una visión multidimensional del síndrome del intestino irritable. Para la práctica médica, esto implica evitar tanto la fragmentación del abordaje ,limitado exclusivamente al intestino, como la atribución simplista de los síntomas al estrés. Una evaluación integral puede facilitar diagnósticos más oportunos, tratamientos ajustados al perfil clínico y una mejor calidad de vida.

REFERENCIA CIENTÍFICA

Chang L, Corsetti M, Chey WD, et al. Irritable bowel syndrome. Nature Reviews Disease Primers. 2026;12:64. Publicado el 1 de octubre de 2026.

Fuente: https://www.nature.com/articles/s41572-026-00741-7

Avances en el tratamiento sistémico del cáncer de mama

El artículo, titulado Advances in Systemic Treatment of Breast Cancer, aborda los avances en el tratamiento sistémico del cáncer de mama, una de las principales áreas de investigación oncológica. La revisión analiza las estrategias terapéuticas que actúan sobre el organismo para controlar la enfermedad, con especial atención a los avances farmacológicos y a la evolución hacia tratamientos más adaptados a las características del tumor y de cada paciente.



PRINCIPALES AVANCES Y RELEVANCIA CLÍNICA

La revisión de Sara Alsterlind Hurvitz, destaca cinco líneas de evolución terapéutica:

• Cáncer con receptores hormonales positivos y HER2 negativo: los inhibidores de CDK4/6 continúan siendo fundamentales. Nuevos fármacos dirigidos a vías moleculares específicas y conjugados anticuerpo-fármaco amplían las opciones cuando aparece resistencia al tratamiento endocrino.

• Tumores HER2 positivos: los conjugados anticuerpo-fármaco, particularmente trastuzumab deruxtecán, están modificando las estrategias terapéuticas y avanzando hacia etapas más tempranas de la enfermedad.

• Cáncer de mama triple negativo: la inmunoterapia ha mejorado los resultados en pacientes con enfermedad metastásica y en determinados casos de enfermedad en etapas iniciales.

• Medicina de precisión: el perfil molecular del tumor y los estudios genéticos germinales permiten seleccionar tratamientos de acuerdo con las características biológicas de cada paciente.

• Personalización de la intensidad terapéutica: se busca intensificar el tratamiento en pacientes con mayor riesgo y evitar intervenciones innecesarias en aquellas que pueden beneficiarse de estrategias menos intensivas.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA MÉDICA

El principal mensaje es que el cáncer de mama debe abordarse como un conjunto de enfermedades biológicamente diferentes, en lugar de aplicar un esquema terapéutico uniforme. La selección del tratamiento depende del subtipo tumoral, los biomarcadores, el estadio, los tratamientos previos y las condiciones clínicas de cada paciente.

La revisión también identifica desafíos pendientes: establecer la mejor secuencia entre los tratamientos disponibles, mejorar los biomarcadores predictivos, evaluar el ADN tumoral circulante y garantizar un acceso equitativo a medicamentos de alto costo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

Hurvitz SA. Advances in Systemic Treatment of Breast Cancer.

Fuente: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra2500695

BioNTech: una inmunoterapia contra el cáncer de cabeza y cuello basada en ARNm no alcanza su primer objetivo clínico

El ensayo AHEAD-MERIT continuará para evaluar la supervivencia global en pacientes con cáncer de cabeza y cuello asociado al virus del papiloma humano (VPH).



La compañía biotecnológica alemana BioNTech comunicó que su candidato a inmunoterapia contra el cáncer basado en ARN mensajero (ARNm), BNT113, no alcanzó el primer objetivo principal de eficacia en el ensayo clínico AHEAD-MERIT, de fase 2/3. La combinación de BNT113 con pembrolizumab no demostró una mejoría estadísticamente significativa de la supervivencia libre de progresión frente al tratamiento con pembrolizumab en monoterapia.

El estudio evalúa esta estrategia como tratamiento de primera línea en pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello, recurrente o metastásico, irresecable, positivo para el VPH tipo 16 y con expresión de PD-L1.

BNT113 está diseñado para inducir una respuesta inmunitaria dirigida contra dos proteínas virales, E6 y E7, que se expresan frecuentemente en las células tumorales asociadas al VPH16. Su combinación con pembrolizumab, un inhibidor del punto de control inmunitario PD-1, busca potenciar la respuesta antitumoral.

EL ESTUDIO CONTINUARÁ EVALUANDO LA SUPERVIVENCIA GLOBAL

Aunque el ensayo no cumplió el objetivo de supervivencia libre de progresión, el comité independiente de monitorización de datos recomendó continuar el estudio según lo previsto para evaluar la supervivencia global, el segundo objetivo principal.

De acuerdo con el diseño estadístico preestablecido, una mejoría estadísticamente significativa de la supervivencia global podría establecer un resultado positivo del ensayo, pese a no haberse alcanzado el primer objetivo. BioNTech señaló que permanece sin conocer los datos clínicos acumulados que continúan bajo evaluación, conforme a los procedimientos del estudio.

RELEVANCIA CLÍNICA

El resultado representa un revés para esta estrategia experimental de inmunoterapia basada en ARNm, pero no determina por sí solo el resultado definitivo del ensayo. La evaluación de la supervivencia global será fundamental para establecer si la combinación ofrece un beneficio clínico relevante.

La investigación se inscribe en el desarrollo de inmunoterapias dirigidas contra tumores asociados a infecciones virales. Sin embargo, BNT113 continúa siendo un tratamiento en investigación y estos resultados no justifican su utilización fuera de los ensayos clínicos.

Fuente: BioNTech, comunicado del 13 de octubre de 2026; ensayo AHEAD-MERIT, NCT04534205.

Guías 2026 EASL-EASD-EASO: Nuevas recomendaciones para tratar la esteatohepatitis metabólica con semaglutida y resmetirom

Las sociedades europeas de hepatología, diabetes y obesidad proponen criterios para seleccionar pacientes, orientar el tratamiento farmacológico y monitorizar la respuesta en una enfermedad hepática asociada a alteraciones metabólicas.



La Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL), junto con la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD) y la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO), publicó nuevas recomendaciones clínicas para el uso de semaglutida y resmetirom en el tratamiento de la esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH).

Esta enfermedad constituye una forma progresiva de la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) y puede evolucionar hacia fibrosis avanzada, cirrosis, cáncer hepático y necesidad de trasplante.

SELECCIÓN INDIVIDUALIZADA DE LOS PACIENTES

La guía recomienda considerar el tratamiento farmacológico en adultos con MASH sin cirrosis y fibrosis hepática de grado 2 o 3, junto con intervenciones estructuradas sobre el estilo de vida y un manejo adecuado de las enfermedades metabólicas asociadas.

Uno de los aspectos destacados es la utilización de pruebas no invasivas para evaluar la fibrosis y determinar qué pacientes presentan mayor riesgo de progresión. Entre ellas se encuentran la elastografía transitoria controlada por vibración (VCTE), la elastografía por resonancia magnética (MRE) y el análisis del puntaje ELF. Estos métodos pueden permitir seleccionar candidatos sin recurrir sistemáticamente a una biopsia hepática.

DOS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS CON PERFILES DIFERENTES

La guía propone adaptar la elección del medicamento a las características clínicas de cada paciente.

La semaglutida, un agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), puede resultar especialmente apropiada cuando coexisten obesidad, diabetes tipo 2 o enfermedad cardiovascular, debido a sus beneficios metabólicos y cardiovasculares.

El resmetirom, un agonista selectivo del receptor beta de la hormona tiroidea, puede priorizarse en determinados pacientes sin obesidad o en aquellos que ya reciben agonistas del GLP-1 y no los toleran.

Ambos tratamientos requieren seguimiento clínico, evaluación de la seguridad y valoración de la respuesta hepática. En quienes reciben semaglutida, las recomendaciones destacan la importancia de vigilar el estado nutricional y el riesgo de pérdida de masa muscular.

UNA CUESTIÓN PENDIENTE: LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO

Las sociedades científicas advierten que todavía es necesario establecer con mayor certeza si estos tratamientos reducen, a largo plazo, las complicaciones hepáticas más graves, como la descompensación de la cirrosis, el cáncer de hígado o la necesidad de trasplante.

En pacientes con MASH y cirrosis, la guía no recomienda utilizar ninguno de los dos medicamentos específicamente como tratamiento dirigido a la enfermedad hepática hasta disponer de evidencia suficiente sobre sus beneficios en esta población.

Conclusión: las nuevas recomendaciones representan un avance hacia el tratamiento personalizado de la MASH, mediante la combinación de evaluación no invasiva de la fibrosis, selección farmacológica según el perfil metabólico y seguimiento individualizado. No obstante, la eficacia sobre los desenlaces hepáticos definitivos y la seguridad a largo plazo continúan siendo cuestiones centrales para la investigación clínica.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD), European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL-EASD-EASO Guidance for the Use of Resmetirom and Semaglutide as MASH-Targeted Therapy. Journal of Hepatology. Publicación electrónica anticipada, 2026. DOI: 10.1016/j.jhep.2026.08.028.

Fuente: https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(26)02877-1/fulltext

Consenso Español VI de tratamiento para Helicobacter pylori

La VI Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de Helicobacter pylori propone alcanzar tasas de erradicación cercanas o superiores al 90 %, establece una pauta de primera línea de 10 días y actualiza las alternativas terapéuticas ante los fracasos del tratamiento.

La infección por Helicobacter pylori continúa siendo un importante problema de salud pública por su relación con la gastritis crónica, la enfermedad ulcerosa péptica y el cáncer gástrico. Frente a los cambios en las estrategias terapéuticas y la creciente evidencia científica disponible, un grupo de 16 especialistas españoles presentó la VI Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de esta infección, publicada anticipadamente en la Revista Española de Enfermedades Digestivas.

El documento reúne 25 recomendaciones elaboradas a partir de una revisión sistemática de la literatura científica y de un proceso de votación anónima mediante metodología Delphi. Para evaluar la certeza de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se utilizó el sistema GRADE. La actualización amplía las 16 recomendaciones del consenso anterior, publicado en 2022, e incorpora aproximadamente 500 referencias bibliográficas.

UNA NUEVA PRIORIDAD TERAPÉUTICA

La principal novedad es la recomendación de utilizar como tratamiento empírico de primera línea la terapia cuádruple con bismuto, tetraciclina y metronidazol, asociada a un inhibidor de la bomba de protones (IBP). En España, esta combinación se encuentra disponible en la presentación comercial Pylera®.

El esquema recomendado tiene una duración de 10 días y debe acompañarse de una supresión ácida optimizada, equivalente a omeprazol 40 mg cada 12 horas, o una dosis equivalente de otro IBP. Según el consenso, no se ha demostrado una ventaja clínicamente relevante que justifique prolongar sistemáticamente esta pauta más allá de los 10 días.

La elección responde a la eficacia más consistente del régimen, su menor dependencia de la resistencia a claritromicina y su utilidad en pacientes con alergia a la penicilina. Cuando esta alternativa esté contraindicada o no se encuentre disponible, pueden considerarse otras pautas cuádruples, como la terapia concomitante con IBP, amoxicilina, claritromicina y metronidazol durante 14 días.

Los expertos establecen como objetivo que los tratamientos alcancen tasas de erradicación próximas o superiores al 90 %. El propósito es reducir los fracasos terapéuticos, evitar la exposición repetida a antibióticos y disminuir las consecuencias clínicas y epidemiológicas de la persistencia de la infección.

sigue en pág. 38

viene de pág. 37

QUÉ HACER CUANDO FRACASA EL TRATAMIENTO

El consenso también establece una jerarquía más definida para los tratamientos de rescate. Cuando fracasa una pauta inicial que incluye claritromicina, se recomienda priorizar la terapia cuádruple con bismuto. Si esta no puede utilizarse, una alternativa es la combinación de IBP, amoxicilina, levofloxacino y bismuto, habitualmente durante 14 días.

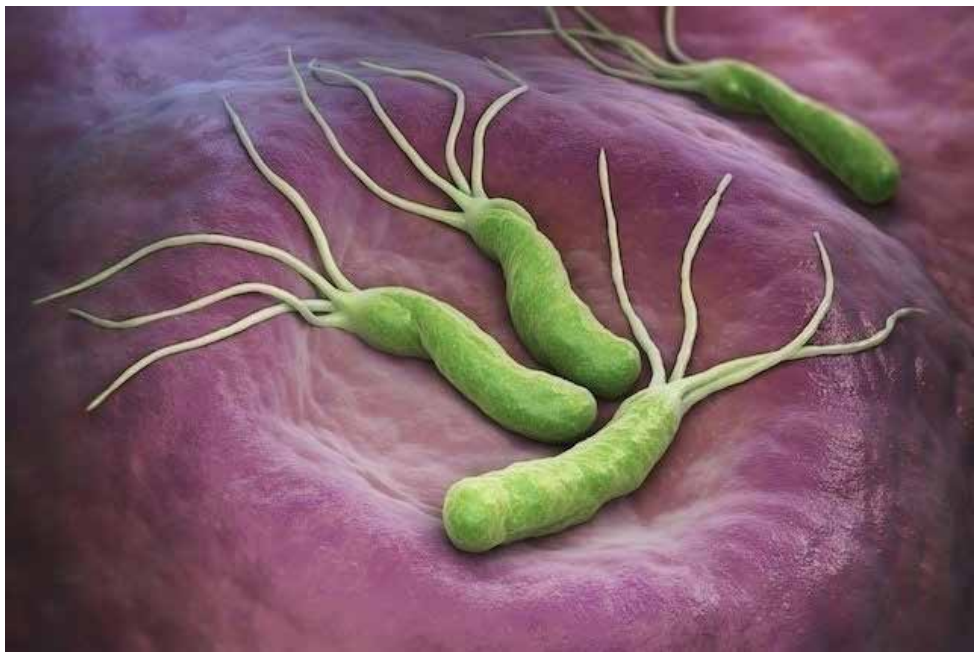
Cuando fracasa el tratamiento inicial con Pylera®, se recomienda considerar esta última combinación. La selección de las pautas posteriores debe tener en cuenta los antibióticos empleados previamente, las posibles resistencias, las alergias, las contraindicaciones y la tolerabilidad.

Después del fracaso de tres tratamientos, los autores proponen reevaluar cuidadosamente la necesidad y las posibilidades de una nueva intervención. Si se considera apropiado continuar intentando la erradicación, puede valorarse un esquema con rifabutina, bajo seguimiento clínico estricto.

La preferencia por el régimen con bismuto frente al uso temprano de levofloxacino también responde a la necesidad de limitar la exposición a fluoroquinolonas, debido a sus advertencias de seguridad y al riesgo de seleccionar bacterias resistentes.

CONFIRMAR LA ERRADICACIÓN Y MEJORAR LA ADHERENCIA

Más allá de la elección de los antibióticos, el documento refuerza dos medidas esenciales para la práctica clínica: verificar sistemáticamente la erradicación en todos los pacientes tratados y proporcionar información clara sobre el tratamiento.



Los especialistas recomiendan entregar instrucciones detalladas, preferentemente por escrito, que expliquen las dosis, la duración, la importancia de completar la pauta y los posibles efectos adversos. Esta intervención busca prevenir interrupciones evitables y aumentar las probabilidades de éxito.

El consenso también señala que la edad cronológica, por sí sola, no debe determinar la elección del tratamiento. Las personas mayores pueden recibir los mismos esquemas que los adultos más jóvenes cuando no existan contraindicaciones, interacciones relevantes, comorbilidades o fragilidad que justifiquen una adaptación individual.

En cuanto a los probióticos, no se aconseja su prescripción sistemática con el objetivo de aumentar la eficacia erradicadora de las pautas cuádruples actualmente preferidas. Sin embargo, puede considerarse su administración, especialmente Saccharomyces boulardii, en pacientes con antecedentes de efectos adversos relacionados con los antibióticos, con la finalidad de mejorar la tolerabilidad.

IMPLICACIONES PARA LA ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA

El documento incorpora recomendaciones específicas sobre la continuidad del tratamiento antisecretor después de la erradicación. En pacientes con úlcera duodenal no complicada que no necesitan antiinflamatorios no esteroideos, aspirina, otros antiagregantes o anticoagulantes, no sería necesario mantener el IBP una vez finalizado el tratamiento erradicador.

En cambio, en la úlcera gástrica se recomienda prolongar la terapia antisecretora durante cuatro a ocho semanas después de completar la erradicación. En pacientes con antecedentes de hemorragia por úlcera péptica, una vez confirmada la eliminación de H. pylori, no se aconseja mantener sistemáticamente el tratamiento antisecretor, salvo que exista otra indicación de gastroprotección.

UNA ACTUALIZACIÓN BASADA EN EVIDENCIA CLÍNICA Y USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS

Entre los elementos destacados de esta edición figura la incorporación de datos del Registro Europeo sobre el Manejo de Helicobacter pylori (Hp-EuReg), que permite complementar los resultados de ensayos clínicos y metaanálisis con información de la práctica asistencial real.

El documento fue elaborado con apoyo científico del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD) y cuenta con el respaldo de la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Patología Digestiva. Los autores declaran que no recibió financiación de la industria farmacéutica.

Aunque estas recomendaciones están dirigidas principalmente a la población adulta y responden al contexto asistencial español, ofrecen elementos relevantes para la actualización de protocolos de gastroenterología en otros países. Su aplicación local debe considerar la disponibilidad de medicamentos, los patrones regionales de resistencia antimicrobiana y las guías nacionales vigentes.

La conclusión central es que el tratamiento de H. pylori debe orientarse a alcanzar tasas elevadas de curación, seleccionar las pautas según los tratamientos previos y reforzar la adherencia y la comprobación de la erradicación. El consenso representa una actualización relevante de la estrategia terapéutica.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Gisbert JP, Alcedo J, Amador J, et al. VI Spanish Consensus Conference on the treatment of Helicobacter pylori infection. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2026. doi: 10.17235/reed.2026.12124/2026.

Fuente: https://www.reed.es/AheadOfPrintFicha.aspx?id=17787&hst=0&idR=0

Guía perioperatoria AHA/ACC 2026

La guía estadounidense de 2026 actualiza los criterios de evaluación y manejo cardiovascular perioperatorio en adultos

La American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC), junto con otras siete sociedades científicas, publicaron una nueva guía clínica para orientar la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular en adultos que serán sometidos a cirugías no cardíacas. El documento, publicado en la revista Circulation en septiembre de 2026, actualiza las recomendaciones de 2024 e incorpora evidencia sobre estrategias de evaluación, tratamientos farmacológicos, monitorización perioperatoria y dispositivos médicos.

El objetivo es contribuir a una toma de decisiones más precisa antes, durante y después de una intervención quirúrgica, especialmente en pacientes con enfermedades cardiovasculares conocidas o factores de riesgo que puedan aumentar la probabilidad de complicaciones. La valoración debe integrar la situación clínica del paciente, el riesgo asociado al procedimiento y la necesidad de adoptar medidas preventivas o de vigilancia específicas.

La actualización reúne recomendaciones elaboradas a partir de una revisión de estudios clínicos y otras investigaciones en seres humanos. La búsqueda bibliográfica descrita por los autores abarcó bases de datos como MEDLINE, EMBASE y Cochrane, entre otras, con publicaciones comprendidas entre agosto de 2022 y marzo de 2023.

RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

La guía ofrece un marco actualizado para individualizar la evaluación preoperatoria y evitar decisiones basadas exclusivamente en la presencia de una enfermedad cardiovascular o en la realización de pruebas rutinarias. Su aplicación requiere considerar el riesgo concreto de cada paciente y las características de la cirugía prevista.

Para los equipos médicos, el documento constituye una referencia para revisar los protocolos de valoración prequirúrgica y coordinar la atención entre cardiología, anestesiología, cirugía y medicina interna. No obstante, las recomendaciones deben interpretarse según la evidencia que respalda cada intervención y adaptarse a los recursos y protocolos sanitarios locales.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Writing Committee Members et al. 2026 AHA/ACC/ACS/ASNC/HRS/SCA/SCCT/SCMR/SVM Guideline for Perioperative Cardiovascular Management for Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2026;154(13). DOI: 10.1161/CIR.0000000000001472.

Fuente: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001472

Nobel de Medicina 2026: la luz como herramienta para descifrar el cerebro

La optogenética, premiada este año, permite activar neuronas concretas con pulsos de luz y observar qué cambia en el cerebro vivo. Nació del estudio de un alga microscópica.

El 5 de octubre, la Asamblea Nobel del Instituto Karolinska anunció que el Premio Nobel de Fisiología o Medicina 2026 se otorga a Karl Deisseroth (Universidad de Stanford, EE. UU.), Peter Hegemann (Universidad Humboldt de Berlín) y Georg Nagel (Universidad de Würzburg), ambos en Alemania. El galardón reconoce "sus descubrimientos sobre los canales iónicos activados por la luz y la optogenética". Los premios se entregarán en Estocolmo el 10 de diciembre.

UNA PISTA EN EL MUNDO DE LAS ALGAS

La historia comienza lejos de la neurología. Hegemann investigaba cómo Chlamydomonas, un alga unicelular, logra orientarse hacia la luz. Junto con Nagel identificó una proteína sensible a la luz, la canalrodopsina, situada en la membrana de la célula.

Su comportamiento es llamativo: cuando recibe luz azul, el canal se abre y permite el paso de iones con carga eléctrica. Ese flujo genera una señal eléctrica, que es precisamente el lenguaje de las neuronas. A comienzos de la década de 2000, ambos mostraron que estas proteínas de algas podían servir para controlar otras células mediante luz, y que la célula en la que se introdujera la proteína se volvía fotosensible.

DE UN ALGA A UN INTERRUPTOR NEURONAL

Deisseroth llevó ese hallazgo a la neurociencia. Introdujo el gen de la canalrodopsina en neuronas, de modo que fabricaran el canal en su membrana, y comprobó que un pulso de luz azul podía desencadenar en ellas una señal nerviosa. Publicó ese avance en 2005 y después logró aplicar el mecanismo en cerebros de ratones vivos.

EL MÉTODO FUNCIONA EN TRES PASOS:

1. Selección: se introduce el gen en un tipo definido de neuronas.
2. Estímulo: una fibra óptica entrega luz azul en la zona de interés.
3. Observación: los investigadores registran cambios en la actividad neuronal o en la conducta del animal.

La ventaja frente a métodos anteriores es la precisión: permite activar solo las células elegidas y establecer relaciones de causa y efecto entre un circuito y una conducta.



Los tres destinatarios, (desde la izquierda) Karl Deisseroth, Peter Hegemann y Georg Nagel se muestran en la pantalla durante el anuncio del Premio Nobel. Fotografía: Pontus Lundahl/EPA



QUÉ SE ESTUDIA CON OPTOGENÉTICA

Según el comité Nobel, la técnica ha permitido revelar circuitos neuronales que controlan recuerdos, sentimientos y comportamientos específicos relevantes para trastornos neurológicos y psiquiátricos. En el laboratorio se utiliza para investigar:

- Conductas: cuidado parental, agresión, miedo y sed.
- Modelos de enfermedad: depresión, demencia, esquizofrenia, ansiedad, adicción, ceguera y pérdida auditiva.

El presidente del Comité Nobel, Per Svenningsson, destacó que la optogenética abre una forma de mapear el cerebro con la que antes solo se podía soñar.

DEL LABORATORIO A LA CLÍNICA: LO QUE TODAVÍA ES INVESTIGACIÓN

Conviene distinguir entre herramienta y tratamiento. La optogenética es actualmente, un método de investigación: no constituye por sí misma una terapia aprobada. Existen líneas de trabajo con aplicación potencial, como los intentos de restaurar la visión en personas con discapacidad visual y la mejora de los implantes cocleares, que podrían estimular el nervio auditivo con más precisión que los dispositivos eléctricos actuales. Son aplicaciones en estudio, no prácticas establecidas.

LOS LAUREADOS

- Karl Deisseroth (54 años, Stanford): trasladó los canales activados por luz a neuronas de mamíferos y a cerebros vivos.
- Peter Hegemann (71 años, Humboldt de Berlín): estudió la orientación del alga hacia la luz.
- Georg Nagel (73 años, Würzburg): codescubridor, con Hegemann, de la canalrodopsina.

Con esta edición, el premio de Medicina se ha concedido 117 veces a 235 laureados desde 1901.

El Nobel premia un recorrido poco habitual: una pregunta de biología básica sobre un alga terminó dando a la neurociencia una herramienta para ver cómo se organiza el cerebro.

Fuentes: Asamblea Nobel, Instituto Karolinska (comunicado del 5 de octubre de 2026); Reuters y AFP; dpa; CONICET.

