



Prof. Elbio D. Alvarez:
Un 11 de julio que invita
a mirar críticamente la
realidad uruguaya.
Pág. 3



Dr. Antonio Turnes:
El origen del Fondo
Nacional de Recursos.
Págs. 2 y 4



AÑO XXIX . N° 304 . FLORIDA . JULIO 2026

EL DIARIO MEDICO

Salud hoy

Policlínicas Suárez y San Jacinto: renovación festejada



Info en páginas 13 y 14

RESUMEN

*Espacio del Colegio
Médico del Uruguay.*
Págs. 7 a 12

*Informaciones
destacadas Nacionales*
Págs. 13 a 16

*Espacio de la Federación
Médica del Interior*
Págs. 17 a 19

*Espacio del Sindicato
Médico del Uruguay*
Págs. 19 a 21

Marciano Durán:
*Carta con un error
de impresión*
Pág. 22

Noticias:
Salud y Ciencia.
Págs. 23 a 28

SAME 105 en Paysandú:
El comienzo de SAME País



Info en página 15

**Curso "Estabilización del recién
nacido con patologías específicas"**



Info en página 17

Visítanos en
FACEBOOK



**EL DIARIO
MEDICO**

SUSCRIPCIÓN GRATUITA
POR INTERNET

www.eldiariomedico.com.uy



UNA ORGANIZACIÓN EJEMPLAR

El origen del Fondo Nacional de Recursos

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) inició sus funciones el 1° de diciembre de 1980, hace más de 45 años. Muchos miles de pacientes se han recibido sus beneficios; muchos profesionales de la salud también. Pero se desconocen a menudo las raíces de esta institución, orgullo de la organización sanitaria uruguaya y con escasos ejemplos a nivel mundial.



AC. DR. ANTONIO TURNES

La idea fue de un referente de la medicina, el Dr. Orestes Fiandra Cuculic (1921-2011¹), que en 1966 inició un largo camino proponiendo la creación del FNR. Su intención era brindar acceso a toda la población para prestaciones de alto costo en cirugía cardíaca y marca pasos. La primera colocación exitosa de un marca pasos implantable en el mundo la había realizado él junto al cirujano Roberto Rubio, el 3 de febrero de 1960 en el sanatorio 1 del CASMU; con la ayuda de los medios e ingenieros suecos, ellos lo lograron.

Fiandra recordaría, 50 años después de aquella fecha, en un documento elaborado para la Academia Nacional de Medicina el origen de aquella gesta:

"...Con el tiempo me había convencido que estas tecnologías de alto costo [se refería a los marca pasos implantables] debían estar al alcance de toda la población, no importando su condición económica ni social. Fue así que, a principios

de 1966 concebí crear un Fondo Nacional de Recursos (FNR) (Documentos 3 al 8) con un modesto aporte de los afiliados mutuales equivalente a lo que entonces costaba una cajilla de cigarrillos, y los pacientes de Salud Pública por un reducido aporte del Ministerio, por acto ejecutado a sus afiliados. Esta idea pareció imposible porque no se aplicaba en ningún país. Entrevisté a los gobernantes, casi todos los cuales aprobaron mi idea, pero el FNR no se creaba. Afortunadamente tuve el apoyo de miembros de la Academia Nacional de Medicina y el Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca y la constancia de unos [sic] de los Ministros de Economía que no aceptó la idea crear el FNR, pero por lo menos reconoció mis deseos de hacerlo (Documento 9). No dejé de luchar por mi idea, quizás alentado por mis genes croatas. Finalmente fue nombrado como Ministro de Salud Pública el Dr. Antonio Cañellas, viejo amigo. Al cabo de dos años de entrevistarle reiteradamente creó, por una sabiamente estructurada Ley, en 1980, el FNR, 14 años después de comenzar mi lucha. El FNR ha sido ponderado por todos los gobiernos a partir de entonces. Cuando hace poco, tras dura lucha, el Presidente de los EEUU pudo sentirse satisfecho, como lo manifestó públicamente, porque en su país todos los habitantes iban a tener derecho a diálisis renal ¡30 años después que nosotros, en este pequeño pero honorable país lo podemos hacer además de muchas otras tecnologías de alto costo!²

Aunque muchos políticos aprobaban la idea, no la llevaron a la práctica durante 14 años. Fue el ministro de Salud Pública Dr. Antonio Cañellas (1916-1984),



primer profesor de Anestesiología de la Facultad de Medicina, acompañado por el subsecretario Dr. Jorge Nin Vivó, quienes lograron la aprobación del Decreto-Ley No. 14.897 del 23 de mayo de 1979. Ellos también debieron vencer resistencias dentro del gobierno de facto, porque todas las innovaciones debían ser aprobadas por el Consejo de Seguridad Nacional y la Junta de Comandantes en Jefe de las Fuerzas Armadas.

A esa idea de Fiandra, se sumaron los apoyos de los Dres. Dante Petrucci y Oscar Guglielmone, para incorporar a las prestaciones de ese Fondo inicial la diálisis renal crónica y la prótesis de cadera.

LA ORGANIZACIÓN

Llevaría tiempo organizar una institución nueva, partiendo de cero. Desde Nueva York vino el Dr. Víctor Zerbino Schmidt (1930-1997). Tenía este médico uruguayo un rico Currículum: docente de Fisiología, donde progresivamente se desempeñó como Ayudante de clase, jefe de Trabajos Prácticos, Ayudante de Investigación, y encargado del Curso de Ciencias Fisiológicas de la Escuela Universitaria de Enfermería. Grado 2 de la Clínica Quirúrgica del profesor Abel Chifflet, luego Grado 2 de Clínica Quirúrgica Infantil, integrante por muchos años del equipo de cirugía cardiovascular del Hospital de Clínicas, y en Nueva York, residente y jefe de residentes de cirugía cardíaca de la Universidad de Columbia.

El FNR inició su cobertura el 1° de diciembre de 1980. Todavía al final de la dictadura se aprobó el Decreto-Ley No. 15.617 del 24 de agosto de 1984, que integró una Comisión Honoraria Administradora del FNR, para dirigir una organización tan compleja.

Aparecieron y se multiplicaron desde entonces los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que ofrecieron sus servicios focalizados en

cada una de las diversas tecnologías. Al comienzo estuvieron ubicadas en Montevideo, pero algunas, como los centros de diálisis, desde 1985 comenzaron a instalarse en diferentes capitales departamentales, primero como unidades regionales, hasta contar en poco tiempo con una en cada departamento. Otras se mantuvieron por décadas en la capital, iniciando su expansión al interior en la segunda década del siglo XXI.

Progresivamente se fueron incorporando nuevas tecnologías, como los trasplantes de órganos, iniciando por los renales, cardíacos y hepáticos, los de médula ósea.

CAMBIOS DE LEGISLACIÓN

Vuelta a la democracia, en 1992 se modificó aquella normativa inicial, por la Ley 16.343 del 24 de diciembre de 1992, que la actualizó en diversos aspectos, particularmente de la gobernanza. Con posterioridad, múltiples leyes fueron perfeccionando algunas disposiciones, conforme la evolución de la medicina, o de normativa general:

La Ley No. 16.343 de 1992 fue modificada por nuevas normativas:

Ley No. 17.930 del 19 de diciembre de 2005, en su artículo 313 (Ley de Presupuesto 2005-2009) que sustituye incisos 1° y 2° del artículo 5 de la Ley No. 16.343 del 24 de diciembre de 1992;

Ley No. 18.211 del 5 de diciembre de 2007, de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, en su artículo 45;

Ley No. 18.834 del 4 de noviembre de 2011, en su artículo 276 (Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal Ejercicio 2010);

Ley No. 18.996 del 7 de noviembre de 2012 en su artículo 198 (Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal Ejercicio 2011), referente a

sigue en pág. 4



Visitanos en
FACEBOOK



**EL DIARIO
MEDICO**

¹El Diario Médico No. 40, julio 2002, p.8.

²<http://repositorio.anm.org.uy:8080/jspui/bitstream/123456789/266/1/Antecedentes%20de%20la%20primera%20implantación%20de%20un%20marca-pasos%20en%20un%20ser%20humano%20en%20el%20mundo.pdf> (03.07.2026).

Un 11 de julio que invita a mirar críticamente la realidad uruguaya



PROF. ELBIO
D. ÁLVAREZ

Cada 11 de julio, el Día Mundial de la Población invita a mirar reflexivamente las cifras globales y las contradicciones sociales de la explosión demográfica. Pero el ejercicio verdaderamente incómodo es el local. Porque Uruguay no tiene un problema de superpoblación ni de explosión demográfica. Tiene exactamente el opuesto: una lenta, silenciosa y estructural contracción que amenaza con redefinir el contrato social tal como lo conocemos.

Los números son tozudos. La tasa global de fecundidad se instaló en 1,4 hijos por mujer y todo indica que tocará piso en 1,2 en el horizonte 2025-2026, según las proyecciones más recientes del INE. Eso es menos de la mitad del nivel de reemplazo generacional (2,1). No se trata de un fenómeno coyuntural atribuible a crisis pasajeras: es una tendencia de larga data que ningún gobierno, de ningún signo, ha logrado revertir.

A eso se suma el saldo migratorio neto negativo: en 2026 se proyectan 1.413 uruguayos más que se van de los que llegan. Y no son números abstractos. Son familias que emigran en busca de horizontes económicos más amplios, jóvenes que no encuentran en el mercado laboral local un proyecto de vida viable, profesionales que el sistema no logra retener. El país forma talento y lo exporta sin compensación...desde hace años.

El resultado es una pirámide poblacional que se invierte: base cada vez más angosta, cúspide cada vez más ancha. La edad media rondará los 36,7 años en 2026, pero el envejecimiento no es un fenómeno estadístico neutro. Es un problema fiscal, sanitario y previsional de primera magnitud. Menos cotizantes,

más jubilados. Menos niños en las escuelas, más adultos mayores demandando cuidados prolongados. El sistema de salud, el BPS, la educación: todos los pilares del Estado de bienestar están diseñados para una sociedad que ya no existe.

Frente a este panorama, el debate público ha brillado por su ausencia. Las campañas electorales no lo mencionan. Los presupuestos nacionales lo tratan como un dato marginal. Se insiste en políticas de estímulo a la natalidad que en la práctica no modifican la ecuación de fondo: tener un hijo en Uruguay sigue siendo caro, demanda tiempo que el mercado no concede y exige una red de cuidados que el Estado aún no logra garantizar plenamente.

La inmigración, por su parte, es vista con recelo en algunos sectores, cuando en rigor debería ser entendida como una variable de ajuste imprescindible. Sin ella, el saldo negativo sería todavía más pronunciado. Pero la política migratoria uruguaya carece de una estrategia activa de atracción de talento y de integración laboral que convierta al país en destino preferente para migrantes calificados. Se recibe, pero no se seduce.

El desafío demográfico uruguayo no es, entonces, un asunto de estadísticas. Es un problema de diseño institucional, de visión de largo plazo y, en última instancia, de voluntad política. Mientras no se aborde como política de Estado, seguiremos aplicando parches a un modelo que cruje.

Porque el país no se termina cuando cae la tasa de natalidad. El país se termina si no hay un proyecto colectivo que haga deseable quedarse, criar, envejecer y morir en esta tierra.

Uruguay no necesita más hijos por decreto. Necesita más país para los que ya están y para los que podrían venir. Mientras no se entienda así, la curva seguirá su curso, implacable, y el día que queramos mirar el espejo demográfico, ya no habrá reflejo.

Prof. Elbio Diego Álvarez Aguilar (DIRECTOR)

DIRECTOR RESPONSABLE Y COORDINADOR GRAL.:

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

COORDINADOR MÉDICO Y DIRECCIÓN TÉCNICA:

Dr. Juan José Arén Frontera

ADMINISTRACIÓN Y EDICIÓN

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

DOMICILIO

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

18 de Julio 1485 Piso 2 - Montevideo - Uruguay.

Teléfono: 4432 5867 - Ancel 099 351 366

E-MAIL: eldiariomedico@eldiariomedico.com.uy

M.I.E. y M. 299108 - M.E.C. Exp. N° 1105/98 (T. XI F. 184)

COLABORAN CON EL DIARIO MEDICO:

COLUMNISTAS INVITADOS

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

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

Dra. Silvia Melgar; Dr. Gustavo Grecco;

Dr. Homero Bagnulo; Dr. Ramón Soto;

Lic. Pablo Anzalone; Dr. Uruguay Russi;

Dr. Jorge Venegas.

DISEÑO GRÁFICO Y DIAGRAMACIÓN

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

FOTOGRAFÍA Y LOGÍSTICA

Diego Álvarez Melgar - 095 505 811

DISEÑO WEB Y ADJUNTO A DIRECCIÓN

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

PRODUCCIÓN:

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

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

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



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



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



viene de pág. 2

conflicto de intereses;

Ley No. 19.167 del 22 de noviembre de 2013: Regulación de las técnicas de Reproducción Humana Asistida;

Ley No. 19.355 del 19 de diciembre de 2015, en su artículo 462 (Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones Ejercicio 2015 - 2019).

Desde 2005, por disposición legal, se incorporó a la cobertura del FNR tratamientos con medicamentos de alto costo, los cuales se encuentran incorporados por el Ministerio de Salud Pública en el Formulario Terapéutico de Medicamentos. Allí se indican las patologías para las cuales las autoridades sanitarias los incluyó, definiendo así el ámbito de cobertura del Fondo Nacional de Recursos. Los médicos tratantes de las instituciones médicas son quienes indican el uso de un determinado medicamento y lo solicitan al Fondo. Los medicamentos se entregan directamente al beneficiario o son enviados a la institución médica que otorga la cobertura de asistencia al paciente, quién se encargará de su adecuada conservación y administración.

ALGUNAS CIFRAS ELOCUENTES

Cuando en 2020 se celebraron los 40 años, entre otras cifras, se publicaba:³

Cifras:

En estos años el FNR lleva más de 580.000 intervenciones realizadas (prótesis, intervenciones cardiológicas, diálisis y trasplantes) y son más de 346.000 las personas que han sido beneficiarias del el FNR.

Trasplantes 1980-2020:

- 2.972 médula ósea
- 2.836 renales
- 181 cardíacos
- 388 hepáticos
- 42 pulmón

Actos Cardiológicos 1980-2020:

- Implante de cardiodesfibrilador: 1.782

- Implante de Marca pasos: 51.313
- Cirugía Cardíaca de adultos: 68.875
- Cirugía Cardíaca infantil: 7.425
- PCI - Angioplastia coronaria: 76.203
- PCI - Cateterismo izq. adultos: 151.390

Actos Traumatológicos 1980-2020:

- Prótesis de cadera: 83.348
- Prótesis de rodilla: 31.507

EL AVANCE DE LA CIENCIA Y SUS REPERCUSIONES

Conforme van apareciendo y siendo aprobados por las principales agencias internacionales, la FDA (Food & Drug Administration) y la EMA (Agencia Europea de Medicamentos), diferentes recursos farmacológicos y dispositivos de uso médico, se plantean en nuestro país los juicios de amparo, para obtener

su financiación por el FNR. Esto ha puesto en tensión a los actores de la salud.

En Uruguay, los recursos de amparo por medicamentos, tratamientos y tecnologías de alto costo han crecido de forma sostenida. Las cifras son contundentes. Crecieron de forma sostenida: pasaron de 782 en 2020 a 2.120 en 2025. Este último año, el 77% de los reclamos correspondió a medicamentos de alto costo y el 23% a actos médicos o dispositivos. La judicialización dejó de ser una excepción y se transformó en un síntoma de falla estructural del sistema.

Esto debe llevar a una revisión de la legislación, para acompasar los cambios y hacer que los beneficios alcancen a toda la población.



Antonio Cañellas Martínez

UNA CREACIÓN URUGUAYA A PRESERVAR

El FNR es una creación uruguaya para resolver las tecnologías de diagnóstico y tratamiento de alto costo, que deberá mantenerse actualizada por los perma-

nentes avances que se registra en la medicina y pone a disposición nuevos horizontes, conforme los progresos científicos. Manteniendo los equilibrios de derechos y presupuestales.

Jornada acreditada

Quince años de bioética asistencial en COMEPA: aportes a la medicina centrada en la persona.
Homenaje al Ac. Prof. Dr. Oscar Cluzet.

Jornada acreditada

Quince años de bioética asistencial en COMEPA: aportes a la medicina centrada en la persona.
Homenaje al Ac. Prof. Dr. Oscar Cluzet.

Programa

8:00 a 8:20

Palabras de bienvenida

- Dr. Mauro Stagno
Presidente Comisión Directiva de COMEPA
- Dr. Gustavo Alonso
Presidente Comisión Directiva de FEMI
- Dr. Raul Lombardi
Comisión de Bioética del Colegio Médico del Uruguay
- Dra Angela Almeida
Directora Dptal de Salud

8:20 a 8:35

Palabras de Homenaje y semblanza Ac. Prof. Dr. Oscar Cluzet

- Enf. Cecilia Pintos
Coordinadora CBA COMEPA

8:35 a 8:50

Historia CBA COMEPA

- Dra Paula Genta
Integrante CBA COMEPA
- Espacio para preguntas
- 9:00 a 9:40**
Método de Análisis Ético Clínico
- Prof. Dr. Juan Pablo Beca
- Espacio para preguntas

9:55 a 10:10

Pausa café

10:10 a 11:00

Discusión caso clínico en grupos

11:00 a 12:00

Plenario

12:00 a 13:30

Almuerzo

13:30 a 14:10

El derecho a no sufrir: la frontera entre el cuidado y la determinación. Una mirada técnica y humana sobre el alcance de los Cuidados Paliativos en el marco de la nueva normativa Uruguaya.

- Prof. Adj. Dra. Gabriela Piriz

14:30 a 15:00

"Acompañamiento y atención: una experiencia en primera persona"

- Ma. Noel Rodríguez

Espacio para preguntas

15:15 a 16:00

Confidencialidad en los equipos de salud.

Ac. Prof. Dr. Guido Berro

Asesor CBA COMEPA

Espacio para preguntas

16:15 a 17:00

Medicina centrada en la persona: un desafío ético permanente.

Prof. Dr. Alberto Perales

Espacio para preguntas

17:15 a 18:15

Panel reactivo

Autoridades y referentes

- Dra. Rossana Spalvier y Dr. Javier Gervás
DT COMEPA
- Dra. Rosario Lois
Presidente Asociación Médica de Paysandú
- Lic. en Enf. Patricia Cerrudo
Jefe Dpto. Enfermería COMEPA
- Dr. Luis Pedrozo
Coordinador Comisión Asesora Bioética FEMI
- Sra. Nelsa Carrasco
Representante usuarios CBA COMEPA
- Dra. Ps. Mariela Oneto
Integrante CBA COMEPA

18:20

Palabras de Cierre

- Dra. Gloria Mesones
- Enf. Cecilia Pintos
- Dr. Sergio Oneto

Viernes 24/7/26

08:00 a 18:30 hrs.

Sala de Actos de COMEPA
Colón 1224

Presencial y por Zoom

Actividad sin costo

Haga click o escanee el código QR para inscribirse:



Objetivos

- Promover un espacio de reflexión bioética sobre el modelo de Medicina Centrada en la Persona, analizando sus desafíos actuales.
- Fortalecer el conocimiento sobre la operatividad de los Comités de Bioética Asistencial.
- Difundir el modelo de análisis ético clínico y profundizar en el abordaje bioético en la atención.

Organizan: Comité de Bioética Institucional

DPMC

CAB FEMI

ESCUELA DE GRADUADOS
FACULTAD DE MEDICINA

COMEPA IAMPP
Hacemos hoy la salud del mañana

Organizan: Comité de Bioética Institucional

DPMC

CAB FEMI

ESCUELA DE GRADUADOS
FACULTAD DE MEDICINA

COMEPA IAMPP
Hacemos hoy la salud del mañana



Implantación de Sistemas de la Calidad en Organizaciones de

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

INICIO: 29 de julio

FIN: 19 de agosto

EVALUACIÓN: 26 de agosto

MODALIDAD: online por Zoom

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

DURACIÓN: 24hs lectivas.

OBJETIVO:

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

CONTENIDO:

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

PRECIOS Y DESCUENTOS:

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

INFORMES E INSCRIPCIONES:

📍 Pza. Independencia 812 ☎ 2901 2048 ✉ capacitacion@unit.org.uy 🌐 www.unit.org.uy



**BRACKETS
MONTEVIDEO**
CLÍNICA DENTAL
ESTÉTICA POCITOS

Tu mejor
sonrisa,
a un precio
increíble.

PROMOCIÓN AL

50%



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

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



DE REGALO
Limpieza bucal antes
de la colocación
de brackets!



LIMPIEZA BUCAL
\$1800 POR PERSONA!



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



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



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



098 225 333
Consulte



www.bracketsmontevideo.com



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

Lanzamiento del Ciclo 4 de cursos DPMC: Abiertas las inscripciones para la actualización en atención pediátrica

El Colegio Médico del Uruguay (CMU) anuncia que están abiertas las inscripciones para el Ciclo 4 de los cursos de Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC). En esta nueva instancia, se pondrá en marcha el curso titulado "Actualización en salud materno-infantil y salud reproductiva".



Para facilitar la participación de los profesionales de todo el país, es importante destacar que el curso se dictará en modalidad 100% online y todas las actividades se desarrollarán íntegramente a través de la página web del Colegio Médico del Uruguay, centralizando así el acceso a los materiales y encuentros virtuales en la plataforma oficial de la institución.

UNA RESPUESTA A LOS DESAFÍOS DE LA CONSULTA DIARIA

La atención pediátrica inicial, que

abarca desde el nacimiento hasta los 15 o 18 años, recae muchas veces en los médicos generales. En la consulta diaria, estos profesionales se enfrentan al gran desafío de distinguir las enfermedades frecuentes y banales de aquellas poco comunes, pero que resultan potencialmente graves.

Con este escenario en mente, el curso tiene como objetivo principal brindar al médico herramientas diagnósticas, opciones terapéuticas y criterios de derivación oportuna que le permitan resolver con seguridad y calidad las situaciones clínicas en la edad pediátrica.

PROGRAMA INTEGRAL Y EQUIPO DOCENTE

Bajo la coordinación de la Dra. Stella Gutiérrez y la Dra. Alejandra Tourreilles, y con un destacado plantel docente de especialistas, el programa se estructurará en cinco módulos temáticos clave para el primer nivel de atención:

- Manejo de la crisis de asma.
- Detección y abordaje de la violencia y el maltrato infantil.
- Abordaje clínico del niño con fiebre.
- Evaluación inicial del traumatismo craneo encefálico (TEC).
- Patología quirúrgica en el niño pequeño.

El curso cuenta con una duración total de 25 horas, e incluye tanto el trabajo asincrónico con viñetas clínicas y foros de intercambio, como encuentros sincrónicos online al finalizar cada módulo.

PÚBLICO OBJETIVO E INSCRIPCIONES

Esta capacitación está dirigida a médicos generales, médicos pediatras, médicos de familia, médicos rurales y posgrados en pediatría u otras especialidades.

El CMU recuerda que las inscripciones ya están abiertas y los profesionales interesados pueden registrarse directamente ingresando a la página web del Colegio Médico del Uruguay, desde donde se canalizará toda la actividad formativa.

CICLO 4, MÓDULO 1:

PEDIATRÍA

Herramientas prácticas para resolver situaciones frecuentes en el consultorio.



Inicio: Lunes 13 de julio
Finalización: 19 de agosto
100% online

Continuar leyendo >>

CICLO 4
DPMC EDICIÓN 2026
INSCRIPCIONES ABIERTAS

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

Continuar leyendo >>

Visitanos en FACEBOOK

EL DIARIO MEDICO

¿QUÉ TRABAJAREMOS?

- ✓ Crisis de asma
- ✓ Violencia y maltrato infantil
- ✓ Abordaje del niño con fiebre
- ✓ Evaluación inicial del traumatismo craneo encefálico
- ✓ Patología quirúrgica del niño pequeño



Porque el médico general **enfrenta diariamente consultas pediátricas** que requieren decisiones oportunas y **criterios claros** de derivación.

Continuar leyendo >>



CICLO 4

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

Octubre a noviembre, 2026

COSTO:

La capacitación no tiene costo para todos los médicos colegiados.

MODALIDAD:

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

CERTIFICACIÓN:

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

Encontrá toda la información en la web del CMU: colegiomedico.org.uy

Instagram | X | LinkedIn | YouTube



Edición 2026 del Curso de Humanismo Médico: una invitación a transformar la práctica profesional

El Colegio Médico del Uruguay (CMU) dio inicio este 9 de julio a una nueva edición de su "Curso de Humanismo Médico", anunciando que las inscripciones aún permanecen abiertas para aquellos profesionales que deseen sumarse. La actividad, de carácter gratuito para los colegiados, se imparte todos los jueves de 17:00 a 21:00 horas mediante una modalidad mixta que alterna asistencia presencial y por plataforma Zoom.



UN ÉXITO QUE MARCA EL CAMINO

El lanzamiento de la edición 2026 llega impulsado por los excelentes resultados registrados durante el 2025, año en el que se dictaron dos ediciones de este programa. El año pasado, los cupos disponibles se agotaron rápidamente, evidenciando una creciente necesidad y un alto interés por parte de la comunidad médica uruguaya en acceder a este tipo de preparación. Gracias a esta

excelente convocatoria y al compromiso de los participantes, ambas ediciones culminaron con gran éxito, motivando al CMU a sostener y potenciar el espacio.

LA IMPORTANCIA DE HUMANIZAR LA MEDICINA

El curso no es solo una instancia académica, sino una herramienta vital para el bienestar integral de médicos y pacientes. El Humanismo Médico es una corriente que busca volver a poner al ser humano en el centro del cuidado, promoviendo la empatía, el respeto y el autoconocimiento.

Esta formación resulta de gran importancia en el contexto actual porque aborda directamente los desafíos emocionales de la profesión, ayudando a prevenir el burnout (agotamiento) y cuidando la salud mental de quienes cuidan. A través de un programa muy completo, los profesionales adquieren herramientas



para enfrentar situaciones complejas, tales como la comunicación de malas noticias, los dilemas del fin de la vida, la limitación del esfuerzo terapéutico, y los vínculos dentro del equipo asistencial.

METODOLOGÍA E INSCRIPCIONES ABIERTAS

Bajo la coordinación del Profesor Humberto Correa y un experimentado equipo de tutores, el curso propone una metodología dinámica que incluye plenarios, exposiciones interactivas, lecturas y trabajos en grupos pequeños. Para

obtener el certificado de aprobación, se requiere mantener un 80% de asistencia y participar activamente en las instancias prácticas.

Dado que los cupos son limitados, el CMU exhorta a los médicos interesados a no dejar pasar la oportunidad. Las inscripciones continúan abiertas y se pueden realizar directamente a través del formulario disponible en el sitio web de la institución, asegurando así un lugar en este espacio diseñado para reconectar con la esencia de la profesión médica.

El Colegio Médico del Uruguay moviliza su solidaridad tras el terremoto en Venezuela

En respuesta a las graves consecuencias del reciente terremoto que afectó a Venezuela, el Colegio Médico del Uruguay (CMU) manifiesta su más profunda solidaridad con el pueblo venezolano, las víctimas y sus familias. Ante la magnitud de la tragedia, el Consejo Nacional del CMU resolvió implementar medidas concretas de apoyo material y profesional.

UNA COLECTA INTERNA Y EXHORTACIÓN AL CUERPO MÉDICO

Durante su última sesión, el Consejo Nacional decidió instrumentar de forma inmediata una colecta solidaria entre las autoridades y los funcionarios de la

institución. El objetivo primordial de estos fondos es la adquisición de insumos necesarios para paliar la situación de emergencia que atraviesan los afectados.

Asimismo, el CMU extiende un llamado a todos los médicos y médicas colegas del país, exhortándolos a sumarse a

este esfuerzo humanitario a través de las colectas y los canales de ayuda formales que se encuentran habilitados para tal fin.

APOYO Y CONTENCIÓN PARA COLEGAS VENEZOLANOS EN URUGUAY

Además, el CMU se solidariza con la comunidad médica venezolana que reside y ejerce en nuestro país. La institución anunció que se encuentra instrumentando a través del BienPRO, un espacio de apoyo y contención desti-

nado específicamente a aquellos colegas que puedan verse afectados emocional o personalmente por la situación en su país de origen. Esta iniciativa está alineada con el compromiso del Colegio con la fraternidad profesional y el acompañamiento humano. El Colegio Médico reafirma su compromiso con la solidaridad y el acompañamiento entre los profesionales de la salud, y subraya que, en momentos de crisis, la unión del colectivo médico es una herramienta fundamental de respuesta.

El Colegio Médico del Uruguay realizó con éxito el taller sobre el manejo del infarto agudo de miocardio

El pasado sábado 27 de junio se llevó a cabo el taller enfocado en el "Tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST", una iniciativa de actualización profesional relevante para el sector. La actividad formativa se desarrolló durante la mañana, en el horario de 8:00 a 13:00 horas.

Este evento fue organizado por la Regional Montevideo del Colegio Médico del Uruguay (CMU) y destacó por contar con la activa participación de profesionales pertenecientes a la Sociedad Uruguaya de Cardiología.

La coordinación general de la jornada estuvo a cargo de la Dra. Victoria Briano, mientras que la moderación fue llevada adelante por un destacado panel integrado por el Dr. Emiliano Brandón, la Dra. Valentina Palermo, la Dra. María Eugenia Peluffo y la Dra. Dominique Gilard.

Durante el encuentro, los profesiona-

les presentes pudieron disfrutar de un espacio propicio para el intercambio, la discusión de casos clínicos y la actualización integral de conocimientos vinculados al manejo efectivo de esta urgencia cardiovascular.

El CMU expresa su agradecimiento a docentes y asistentes que hicieron posible concretar esta instancia de reflexión y aprendizaje. El Colegio Médico del Uruguay reafirma de manera constante su firme compromiso con la educación médica continua y la mejora de la atención sanitaria a nivel nacional.



Lanzamiento de las Jornadas Nacionales Intercolegios de Salud Pública: Uniendo fuerzas bajo el concepto "Una Salud"

El Colegio Médico del Uruguay (CMU) y el Colegio Veterinario del Uruguay (CVU) anuncian la realización de las Jornadas Nacionales Intercolegios de Salud Pública, un plan de acción conjunto diseñado bajo el paradigma mundial de "Una Salud". Este evento interdisciplinario tiene como objetivo principal abordar de manera integral el impacto de las enfermedades zoonóticas y las enfermedades transmitidas por alimentos en nuestro país.

IMPORTANCIA DE LA INTEGRACIÓN CIENTÍFICA

La relevancia de estas jornadas radica en la unión de la medicina humana y la veterinaria para enfrentar desafíos de salud pública que no pueden entenderse por separado. Para garantizar el más alto nivel académico, el Comité Científico de las jornadas estará integrado por la Academia Nacional de Medicina y la Academia Nacional de Veterinaria. Ambas instituciones actuarán de forma coordinada para la selección de expositores de nivel nacional e internacional, así como para la convocatoria y evaluación de los trabajos científicos que se presentarán en modalidad póster.

Por su parte, la Comisión Organizadora, designada conjuntamente por el CMU y el CVU, está conformada por la Dra. Verónica Pérez, el Dr. Daniel Ayala, la Dra. Soledad Olivera, la Dra. Valeria Gayo y el Dr. Oscar O. Ferreira.

FECHAS, SEDES Y TEMÁTICAS

Las actividades serán íntegramente presenciales y se dividirán en dos grandes encuentros en el interior del país:

- Sede Melo (25 y 26 de setiembre de 2026): El programa estará enfocado en patologías como la rodococosis equina, encefalomiелitis equina, hidatidosis, muermo equino y el carbunco bacteriano (ántrax).

- Sede Salto (13 y 14 de noviembre de 2026): Se abordarán temáticas de alto impacto local y regional como la sarna sarcóptica (escabiosis), hantavirus, leishmaniasis, intoxicación estafilocócica y toxoplasmosis.

Con esta iniciativa interinstitucional, el CMU y el CVU promueven la investigación, la actualización profesional y la concientización sobre patologías que requieren una vigilancia y respuesta compartida.

JORNADAS NACIONALES INTERCOLEGIOS DE SALUD PÚBLICA

COMISIÓN ORGANIZADORA DESIGNADA POR EL COLEGIO MEDICO URUGUAY Y COLEGIO VETERINARIO DEL URUGUAY



Dra. Verónica Pérez



Dr. Daniel Ayala



Dra. Soledad Olivera



Dra. Valeria Gayo



Dr. Oscar O. Ferreira

JORNADAS NACIONALES INTERCOLEGIOS DE SALUD PÚBLICA

COMITÉ CIENTÍFICO DESIGNADO POR LA COMISIÓN ORGANIZADORA



LAS ACADEMIAS NACIONALES, ACTUANDO EN FORMA INTEGRADA, SERÁN RESPONSABLES DE LA SELECCIÓN DE LOS EXPOSITORES NACIONALES E INTERNACIONALES, ASÍ COMO DE LA CONVOCATORIA Y EVALUACIÓN DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS EN MODALIDAD PÓSTER.

"Una Salud", plan de acción conjunto

JORNADAS NACIONALES INTERCOLEGIOS



ENFERMEDADES ZOOTICAS

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS



MELO

25 y 26 de setiembre de 2026

- Rodococosis equina
- Encefalomiелitis equina
- Hidatidosis
- Muermo equino
- Carbunco Bacteridiano (Antrax)



SALTO

13 y 14 de noviembre de 2026

- Sarna sarcóptica (Escabiosis)
- Hantavirus
- Leishmaniasis
- Intoxicación Estafilocócica
- Toxoplasmosis

ACTIVIDADES PRESENCIALES



TALLER ARRITMIAS EN LA EMERGENCIA

FECHA
Sábado 25 de julio, de 8:30 h

MODALIDAD
Taller presencial con visualización previa de 5 contenidos teóricos disponibles en la plataforma educativa del CMU.

Taller presencial en: Hospital de Colonia ASSE, calle Av. José Batlle y Ordoñez 596, Colonia del Sacramento, Departamento de Colonia.

TEMÁTICA Y CASOS CLÍNICOS

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

DIRIGIDO A
Médicas y Médicos Generales.

DOCENTES
• Coordinador: Asist. Dr. Gonzalo Peluso.
• Moderadores: Dra. Larissa Scheffel, Dr. Joaquín Barrios, Dra. Martina Morandi, Dr. Nicolás Consolandi y Dra. Gabriela Talmon.

Organiza: Regional Oeste y Regional Montevideo del CMU.

• Cupos limitados. Actividad sin costo.

• Inscripciones escribiendo a secretariaoeste@colegiomedico.org.uy



Organiza:
Regional
Oeste y
Regional
Montevideo
del CMU

colegiomedico.org.uy



La Regional Este del Colegio Médico del Uruguay fortalece la capacitación profesional con exitosa Jornada de Manejo de Vía de Aire

El pasado sábado 27 de junio, la Sala Benito Stern del Municipio de Punta del Este fue el escenario de la "Jornada de Manejo de Vía de Aire", una actividad formativa impulsada por la Regional Este del Colegio Médico del Uruguay. Este evento presencial se enmarca en el Programa de Desarrollo Profesional Continuo que lleva adelante la institución para mantener actualizados a sus colegiadas y colegiado.



La jornada destacó por su alto nivel técnico y su enfoque netamente práctico. Los médicos asistentes tuvieron la oportunidad de aprender, reforzar y fortalecer de manera directa sus competencias y habilidades en el manejo de la vía aérea. Para garantizar una experiencia de aprendizaje óptima, la organización dispuso de materiales de uso real en la práctica clínica y maniquíes de alta fidelidad, acompañados en todo momento



por dinámicas guiadas por facilitadores expertos.

COMPROMISO CON LA CALIDAD ASISTENCIAL Y PROYECCIÓN TERRITORIAL

El éxito de esta convocatoria refleja el sólido trabajo de la Regional Este en

su objetivo de acercar herramientas de valor a los profesionales de su jurisdicción. Desde la organización regional subrayaron su compromiso institucional afirmando que seguirán "trabajando, generando e impulsando acciones que fortalezcan la capacitación de los colegas", ya que estas instancias "sin duda

impactan directamente en la mejora de la calidad asistencial".

La Regional Este ya anunció que en el mes de setiembre, esta misma jornada formativa será replicada en la ciudad de Minas, en el departamento de Lavalleja, ampliando el alcance de este programa de desarrollo continuo.



Actualidad de la Regional Sur del Colegio Médico el Uruguay

Compromiso del Consejo Regional Sur ante el Día Nacional para la Prevención del Suicidio



En el transcurso de este mes de julio, el Consejo Regional Sur del CMU orienta su agenda hacia uno de los desafíos más críticos de la salud pública actual: la prevención del suicidio. Ante la conmemoración del Día Nacional sobre esta temática el próximo 17 de julio (Ley N.º 18.097), la institución desarrollará diversas acciones de sensibilización y reflexión.

Uruguay mantiene una de las tasas de suicidio más elevadas de la región, una realidad que interpela directamente a las instituciones y a quienes ejercen la medicina. Desde el Consejo Regional Sur se subraya la necesidad de sostener un compromiso firme y continuo para abordar este fenómeno complejo, promoviendo espacios que fortalezcan la capacidad de respuesta del cuerpo médico frente a esta problemática.

El Colegio Médico del Uruguay manifiesta su solidaridad con el pueblo y los colegas venezolanos

Frente a las graves consecuencias del reciente terremoto en Venezuela, el Consejo Regional Sur ha hecho público su acompañamiento y fraternidad hacia el pueblo venezolano. Este gesto de solidaridad se extiende de manera especial a las médicas y médicos venezolanos que integran el padrón del Colegio Médico a nivel nacional.

A través de este comunicado, la institución reafirma los valores de fraternidad y compromiso humano que definen la esencia de la profesión médica. El apoyo a

los colegas extranjeros y sus familias en momentos de crisis subraya la importancia de la cohesión profesional y el sentido de comunidad que el CMU busca promover entre todos sus colegiados, sin distinción de origen.

Seguridad vial: Un desafío de salud pública que trasciende las cifras

El Consejo Regional Sur reafirma su línea de trabajo enfocada en la siniestralidad vial, entendida como un problema de primera magnitud que impacta de forma directa en las familias y en el sistema sanitario. Actualmente, se coordinan esfuerzos conjuntos con las Unidades Locales de Seguridad Vial (ULOSEV) de Parque del Plata y Las Toscas.

Esta labor colaborativa no solo busca analizar las cifras de morbimortalidad, sino implementar acciones que mitiguen las profundas consecuencias sociales de los siniestros. De cara al futuro, el Consejo ya planifica nuevas iniciativas para el próximo año, incluyendo una participación activa en la campaña internacional "Mayo Amarillo", consolidando la presencia de la profesión médica en la promoción de entornos viales más seguros.




**CONVERSATORIO
SALUD Y DEPORTE**

FECHA
Miércoles 22 de julio, de 18:00 a 20:00 h

MODALIDAD PRESENCIAL
Sala Beto Satragni, Complejo Cultural Politeama, Tomás Berreta N° 312, esquina Florencio Sanchez, Ciudad de Canelones, Departamento de Canelones.

DIRIGIDO A
Público en general.

TEMARIO

- ¿Quiénes somos y qué hacemos: presentación de la clínica del deportista y el ejercicio físico - **Prof. Agda. Lic. Natalia Huat.**
- Prescribir ejercicio: El fármaco más subutilizado del siglo XXI - **Prof. Dr. Gerardo Amilivia.**
- La fisioterapia después del fisioterapeuta - **Lic. Katherine Bornia.**
- Más allá del dolor: Avances en el diagnóstico y retorno seguro a la cancha - **Dr. Eduardo Corchs.**

Organiza: Clínica del Deportista y el Ejercicio Físico del Hospital de Clínicas y la Regional Sur del Colegio Médico del Uruguay.

➤ Inscripciones en colegiomedico.org.uy



Organiza:
Clínica del
Deportista
y el Ejercicio
Físico, Hospital
de Clínicas y
Regional Sur
del CMU

colegiomedico.org.uy



IVA - IRF - IASS - FONASA

Certificados de Ingresos

Liquidación de Sueldos

cra.lorenataborda@gmail.com

098 939 239



Montevideo
Costa de Oro
Piriapolis
Punta del Este

CORTINAS DE ENROLLAR
ELECTRICIDAD
SANITARIA
PINTURA

Roberto Triunfo



099 153 720



[mantenimientohogaryempresas](https://www.instagram.com/mantenimientohogaryempresas)

EL PLAN 8X8 SIGUE SUMANDO

Policlínicas Suárez y San Jacinto: renovación festejada por usuarios y usuarias

El Plan 8x8 sumó dos nuevas policlínicas renovadas: Suárez y San Jacinto. Usuarios y usuarias, escolares incluidos, fueron partícipes de la inauguración de las nuevas obras.

POLICLÍNICA SAN JACINTO

El frío era intenso. El viento recorría las calles de Canelones y hacía sentir el invierno en cada rincón. Sin embargo, ni las bajas temperaturas impidieron que vecinos/as, independientemente de ser o no usuarias de ASSE, autoridades y trabajadores de la salud se reunieran para celebrar la culminación de nuevas obras del Plan 8x8 en las policlínicas de Suárez y San Jacinto, dos centros asistenciales que hoy cuentan con mejores condiciones para atender a la población y para el desempeño de sus equipos de salud.

La jornada contó con la presencia de la ministra de Salud Pública, Cristina Lustemberg; el intendente interino de Canelones, Ruben Moreno; el presidente de ASSE, Álvaro Danza, junto al Directorio en pleno; legisladores nacionales y departamentales, usuarios y residentes de ambas localidades.

La recorrida comenzó en la policlínica de Suárez, donde las autoridades visitaron las instalaciones renovadas y dialogaron con la prensa. Allí se concretó

una importante intervención edilicia que incluyó la impermeabilización total de la azotea, la reorganización de los espacios asistenciales y la renovación del equipamiento. El centro cuenta además con un servicio de puerta de emergencia nocturna, entre las 20:00 y las 8:00 horas, mediante un convenio público-privado que amplía la capacidad de respuesta sanitaria para la comunidad.

Posteriormente, la delegación se trasladó a San Jacinto, donde la inauguración adquirió un carácter especialmente comunitario. La presencia de alumnos y alumnas de la escuela N° 105 aportó color y entusiasmo a una ceremonia que reunió a residentes, funcionarios y autoridades en torno a una obra largamente esperada.

Las mejoras realizadas en la policlínica permitieron solucionar problemas estructurales vinculados a la humedad, integrar servicios que se encontraban dispersos y optimizar áreas clave como enfermería y el despacho de medicamentos.



La directora de la RAP Canelones, Silvia Texeira, recordó que la situación de la policlínica fue una de las primeras preocupaciones planteadas por los usuarios al inicio de la gestión: "Fue de los primeros lugares donde recibimos a los usuarios y nos expresaron esta situación. La policlínica tenía muchos desperfectos y teníamos que intervenir. Tomamos esa necesidad, la priorizamos con nuestro equipo de dirección y la propusimos", señaló.

Texeira destacó el trabajo conjunto entre técnicos, funcionarios y usuarios para diseñar las mejoras y concretarlas: "Acá hubo horas de pensamiento, de cómo mejorarlo", recordó, para luego reafirmar el compromiso institucional: "En ASSE siempre vamos a buscar la vuelta para poder cumplir con lo que nuestros usuarios y usuarias demandan. No podemos transformar todo Canelones de una, pero vamos caminando y en este camino quiero decirles que sabremos cumplir".

Las palabras de la representante de los usuarios, Nancy Gastelo, reflejaron el largo recorrido que antecedió a la inauguración.

Recordó que el 30 de abril de 2025 la Comisión de Usuarios planteó ante las autoridades una serie de problemas que persistían en el edificio, pese a que había sido entregado meses antes tras una intervención realizada por la gestión anterior: "No fue agradable ver que al tercer día de inaugurada se salieran los tornillos de las puertas, que un baño quedara clausurado por rotura y que con la primera lluvia se inundara la farmacia y la admisión", expresó.

Gastelo destacó especialmente la disposición mostrada por la RAP Canelones para afrontar la situación y trabajar junto a la comunidad: "Tras reuniones y visitas se logró trabajar en equipo y lograr que hoy estemos inaugurando nuestra policlínica", afirmó. "Valoramos profundamente cada visita, cada supervisión y

la voluntad puesta en cada avance de la obra, porque cuando hay compromiso real, se nota", sostuvo.

LA SALUD COMO ESPACIO DE COMUNIDAD

Durante su intervención, el presidente de ASSE, Álvaro Danza, celebró la presencia de los escolares y subrayó el papel que cumplen las instituciones públicas en la construcción de ciudadanía: "La policlínica, como tantas otras instituciones del Estado, construye comunidad. Esa comunidad se construye en la escuela, en la policlínica y en las organizaciones sociales que hacen al entorno donde vivimos, trabajamos y crecemos", expresó.

Danza señaló que las obras permiten mejorar simultáneamente la calidad de la atención y las condiciones laborales de los trabajadores de la salud: "Refaccionar esta policlínica es muy importante porque brinda mejores condiciones de asistencia y mejores condiciones de trabajo, lo que se traduce en que la gente tenga más acceso a la salud", sostuvo.

Asimismo, agradeció a los usuarios por el acompañamiento durante el proceso de obras y recordó que aún existen desafíos por delante: "Somos conscientes de que nos quedan muchas cosas por hacer. Les pedimos que nos acompañen y sepan que los tenemos presentes permanentemente, porque nuestro objetivo es brindar una asistencia de la mejor calidad para nuestros usuarios y usuarias".

Finalmente, resumió el espíritu de la actual gestión con una frase que despertó aplausos entre los presentes: "Nuestro buque insignia es 'ASSE hace más', hace más para y con la comunidad, se acerca más a la gente".

Comunidad y Estado trabajando juntos
El intendente interino de Canelones, Ruben Moreno, destacó la importancia de la articulación entre ciudadanía e



sigue en pág. 14

viene de pág. 13

instituciones públicas para concretar transformaciones duraderas.

"He aprendido que tiene que haber dos factores fundamentales para que las cosas funcionen: una comunidad organizada y un Estado que escuche", afirmó.

Moreno señaló que la experiencia vivida en San Jacinto refleja precisamente ese modelo de trabajo conjunto entre municipio, intendencia, gobierno nacional y vecinos: "No hay transformación posible sin los vecinos", sostuvo. "El gran objetivo es que la gente viva mejor, que sea feliz, tenga oportunidades y tenga-

mos una sociedad más humana, solidaria e integrada".

Cerrando la parte oratoria, la ministra de Salud Pública, Cristina Lustemberg, definió la jornada como una celebración colectiva: "Hoy es un día de festejo para San Jacinto porque es la comunidad organizada, junto a todos los niveles de gobierno y las organizaciones de la sociedad civil, viendo cuál era la necesidad", expresó.

La jerarca destacó que garantizar espacios dignos para la atención sanitaria es una condición fundamental para mejorar la calidad asistencial: "Este es el camino: que la gente tenga condiciones dignas



para atenderse y que el personal de salud tenga las mejores condiciones laborales para que las personas reciban la mejor calidad de atención lo más cerca que puedan", afirmó.

También dedicó un mensaje especial a los niños y niñas presentes, señalando que la participación de las nuevas generaciones es fundamental para fortalecer el sentido de pertenencia comunitaria: "Uruguay va a crecer cuando les garanticemos a ustedes, niñas, niños y adoles-

centes, los máximos derechos", señaló.

Con el tradicional corte de cinta, aplausos y fotografías compartidas entre autoridades y vecinos, culminó una jornada que dejó inauguradas dos nuevas etapas para las policlínicas de Suárez y San Jacinto. Dos obras que mejoran la infraestructura sanitaria de Canelones, pero que también reflejan el trabajo conjunto entre instituciones y comunidad para acercar derechos y fortalecer la atención de salud en el territorio.

UNA ATENCIÓN MÁS CÓMODA

Guichón: ASSE incorporó equipamiento para salud bucal

ASSE incorporó nuevos sillones odontológicos en distintos puntos del país. El equipamiento fue donado por la Facultad de Odontología y se distribuyen en distintos puntos del país.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) presentó en el Centro Auxiliar de Guichón la incorporación y distribución de veinte sillones odontológicos donados por la Facultad de Odontología de la Universidad de la República (Udelar), una iniciativa que permitirá fortalecer la atención en salud bucal y ampliar la capacidad asistencial de los servicios en distintos puntos del interior del país.

La actividad contó con la participación de autoridades del Ministerio de Salud Pública (MSP), de ASSE, de la Facultad de Odontología, autoridades departamentales, equipos de salud y representantes de la comunidad.

Durante la ceremonia se destacó el trabajo conjunto entre ambas instituciones, que hizo posible concretar esta donación iniciada durante 2025 y que se inscribe en una estrategia de fortalecimiento de la atención odontológica, con énfasis en la descentralización de los servicios y la mejora del acceso para la población.

El presidente de ASSE, Álvaro Danza, expresó su agradecimiento a la Facultad de Odontología, "que ha tenido la generosidad de donar 20 sillones odontológicos para ASSE, para hacer una apuesta al fortalecimiento de la salud odontológica".

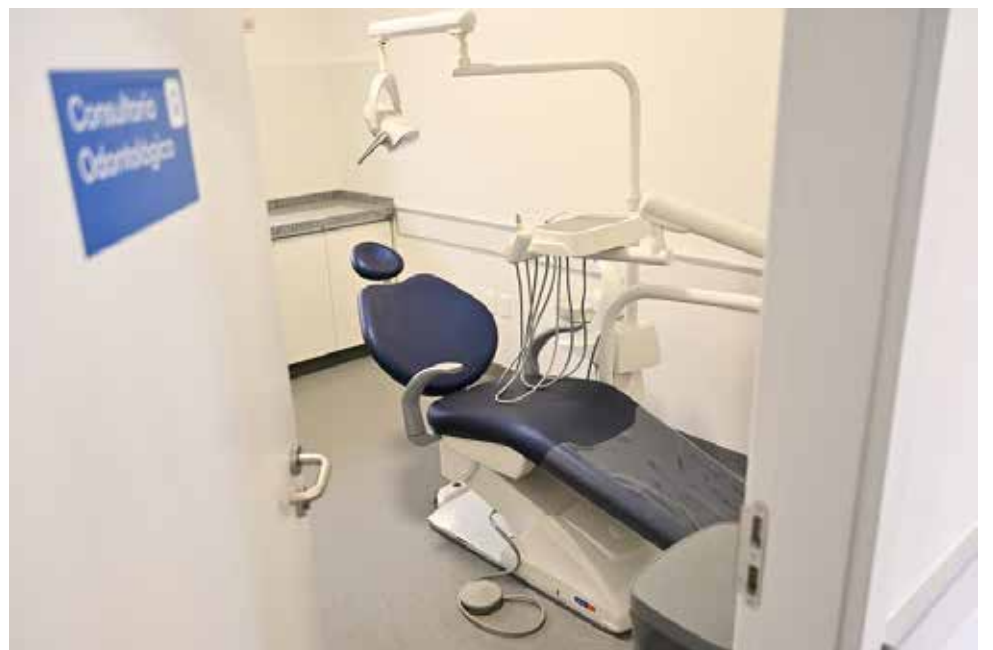
El Centro Auxiliar de Guichón recibió

uno de los tres sillones destinados al departamento de Paysandú. Los otros dos fueron instalados en la Policlínica Nuevo Paysandú y en la Policlínica Pueblo Morato.

La distribución de los equipos también alcanzó a otros departamentos del país. En Artigas se instalaron cuatro sillones: uno en la Policlínica Fabini y tres en Bella Unión, en las policlínicas Las Piedras, Colonia Palma y Calpica. En Lavalleja se incorporaron equipos en las policlínicas Polanco, Las Delicias y Villa del Rosario, mientras que próximamente se instalará el cuarto en la Policlínica Aramendía. En Maldonado fueron equipadas las policlínicas Gregorio Aznárez y Barrio Sur. Los siete sillones restantes serán instalados en centros asistenciales de Tacuarembó y Durazno.

La incorporación de este equipamiento permite renovar la infraestructura odontológica de las unidades asistenciales, mejorar las condiciones de trabajo de los equipos de salud y ampliar la capacidad de respuesta para los usuarios de ASSE.

"Tenemos mucho para hacer en materia de descentralización, descentralización desde el punto de vista formativo y descentralización desde el punto de vista asistencial", afirmó Danza. Tenemos que fortalecer las redes de atención primaria y las unidades de inspección



del interior, con particular énfasis en el norte. Tenemos un enorme desafío, una enorme apuesta para dar vuelta a esa realidad que nos preocupa y que nos genera inequidades asistenciales de todo punto de vista", remarcó el presidente de ASSE.

Como parte de la jornada, la Dirección de Salud Bucal desarrolló actividades del Programa de Salud Bucal Escolar en la Escuela N° 5 de Guichón. Allí se brindó atención odontológica a alumnos de sexto año y se realizó un taller de promoción y prevención dirigido a unos 330 niños y niñas.

La propuesta incluyó la participación del personaje 'Pillo el Cepillo', que pro-

movió hábitos saludables de higiene bucal mediante actividades recreativas y educativas. Al finalizar, cada escolar recibió un kit compuesto por cepillo y pasta dental para reforzar las prácticas de cuidado en el hogar.

El Programa de Salud Bucal Escolar constituye una de las principales estrategias preventivas de ASSE. Durante 2025, los equipos recorrieron 718 escuelas de todo el país -154 urbanas y 564 rurales- y brindaron atención odontológica a 24.300 niños y niñas, acercando prestaciones de salud a centros educativos de localidades urbanas y rurales y contribuyendo a la detección precoz de problemas de salud bucal desde la infancia.

SAME 105 EN PAYSANDÚ

El comienzo de SAME País

Con la ceremonia de un acto institucional, SAME País comenzó a desplegarse desde Paysandú con una nueva ambulancia y una apuesta a reducir las desigualdades en salud.

En una fría mañana de invierno, bajo una carpa instalada entre los árboles del predio del Hospital Escuela del Litoral, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) presentó oficialmente la puesta en funcionamiento de la primera ambulancia de SAME País en Paysandú, un paso que marca el inicio de una estrategia nacional destinada a fortalecer la respuesta a las emergencias y avanzar hacia una mayor equidad en el acceso a la atención prehospitalaria.

Con importante concurrencia de autoridades nacionales, departamentales y legislativas, trabajadores/as, usuarias/os y representantes de la prensa, la nueva unidad permaneció estacionada detrás de la mesa de oradores, convirtiéndose en el centro de todas las miradas. Además de incorporarse al servicio, la ambulancia exhibió por primera vez el nuevo ploteo institucional: el color amarillo intenso de base, es acompañado por el logo de ASSE y la palabra "ambulancia" en azul, una imagen renovada que identifica el comienzo de una nueva etapa para el sistema de emergencias.

La mesa estuvo integrada por la ministra de Salud Pública, Cristina Lustemberg; el intendente de Paysandú, Nicolás Olivera; el presidente de ASSE, Álvaro Danza, y el director de SAME 105, Gustavo Grecco.

Al abrir la oratoria, Danza expresó la satisfacción de concretar un proyecto largamente trabajado: "Es una enorme alegría porque se instala una ambulancia de SAME 105, que es la ampliación del servicio y el inicio del proyecto SAME País", afirmó.

Explicó que la iniciativa busca dar respuesta tanto a las emergencias departamentales de máxima gravedad como a la siniestralidad vial, dos desafíos que, según señaló, requieren una respuesta progresiva y sostenida.

El presidente de ASSE destacó además que la nueva unidad ya se encuentra completamente equipada y luce la nueva identidad visual de la institución: "Este nuevo ploteado muestra una ASSE nueva, renovada, que va a más y pretende expandirse para ofrecer nuevas prestaciones y de mejor calidad de las que ya hacía", sostuvo.

Danza recordó que la expansión del SAME comenzó durante la administración anterior y que el objetivo del actual Directorio es consolidar el sistema durante el quinquenio, comenzando por el litoral oeste del país.

Asimismo, fundamentó la elección de Paysandú como punto de partida por la realidad sanitaria y vial del departamento: "Paysandú es un nudo importante de siniestralidad. Hay unos 1.300 siniestros al año, de los cuales unos 300 son graves y alrededor de veinte personas fallecen



anualmente como consecuencia de ellos", indicó.

Danza recordó que en Paysandú son 65.000 personas que eligen a ASSE como su prestador de salud.

Por su parte, el director de SAME 105, Gustavo Grecco, explicó que la instalación del servicio constituye un plan piloto que continuará creciendo hasta conformar una verdadera red regional de respuesta: "La concreción de SAME 105 en Paysandú es un proceso paulatino que permitirá dar respuesta desde el interior profundo, integrando localidades como Quebracho, Guichón e incluso Young dentro de una red asistencial que permita llegar en tiempo y forma a las emergencias", señaló.

Grecco explicó que el concepto de SAME País trasciende la incorporación de una ambulancia y apunta a construir un verdadero sistema nacional de asistencia para el trauma y las enfermedades tiempo-dependientes: "Cuando hablamos de SAME País nos referimos a establecer un sistema nacional de asistencia para que el Estado uruguayo asegure el derecho de cada habitante a recibir atención oportuna y de calidad cuando su vida está en peligro", expresó.

En ese sentido, remarcó que el objetivo es terminar con las diferencias históricas entre Montevideo y el interior: "Basta de una medicina de Montevideo y otra del interior. La medicina tiene que ser la misma aquí y allá", afirmó.

También destacó que tanto el vehículo como el equipo humano cuentan con los mismos estándares de calidad, derechos laborales y remuneraciones que el resto del personal de SAME en el país: "Estamos aquí, en Paysandú, abatiendo una brutal inequidad del usuario de ASSE e igualando en salud para mejorar los derechos de la población", concluyó.

El intendente Nicolás Olivera definió la incorporación del servicio como un acto de justicia para el departamento: "Es un acto de justicia lo que se está haciendo. Mejorar la calidad de vida parte de cuidar la vida de la gente y no hay acto de mayor justicia que poder llegar antes cuando una persona se está debatiendo entre la vida y la muerte", expresó.

Recordó además situaciones dolorosas vividas en el departamento debido a la demora en la asistencia y valoró que la nueva respuesta permita reducir esos tiempos críticos: "Este tipo de respuesta busca justamente eso: acortar los tiempos y tener más chances de preservar lo más importante que tenemos, que es la vida", sostuvo.

La ministra de Salud Pública, Cristina Lustemberg, enmarcó la puesta en marcha de SAME País dentro de la necesidad de reducir las desigualdades territoriales existentes en el sistema sanitario uruguayo: "Uruguay tiene desigualdades territoriales en salud, en la distribución de los recursos humanos y en el acceso a tecnologías. Estamos trabajando para que cada ciudadano, viva donde viva, tenga la mayor calidad asistencial lo más cerca posible", afirmó.

La secretaria de Estado recordó además que las inequidades también atra-

viesan otras dimensiones sociales: "Las desigualdades son de género, intergeneracionales y también étnico-raciales", señaló, al tiempo que pidió mantener como prioridad las políticas dirigidas a la infancia, la adolescencia y el fortalecimiento de las familias.

Finalmente, destacó la importancia de la articulación entre prestadores públicos y privados para asegurar la continuidad asistencial de los pacientes en estado crítico: "Necesitamos la conjunción de prestadores públicos y privados para obtener buenas respuestas, porque cuando un equipo del SAME traslada a un paciente extremadamente grave hay que garantizar que sea derivado al lugar donde reciba la mejor calidad asistencial", indicó.

Concluido el acto protocolar, autoridades, trabajadores y usuarios se acercaron a conocer la nueva unidad. Las fotografías junto a la ambulancia se multiplicaron mientras el renovado diseño en amarillo y azul cosechaba comentarios favorables entre los presentes, reflejando el entusiasmo por una incorporación que simboliza no solo una nueva imagen institucional, sino también el comienzo del despliegue de SAME País como estrategia nacional para acercar respuestas oportunas y de calidad a todo el territorio.

Visítanos en
TWITTER

**EL DIARIO
MEDICO**

NUEVAS AUTORIDADES EN ASSE

“Vamos de a poco, aunque eso no quiere decir despacio; vamos todo lo rápido que se puede con claros objetivos en las nuevas concreciones”.

La Administración de Servicios de Salud del Estado modificó la integración del Directorio, asumiendo la doctora Marcela Cuadrado como vicepresidenta, y el licenciado Carlos Valli como vocal.

En el marco de un proceso de renovación en el que el exvicepresidente de ASSE, Daniel Olesker, fue convocado para ocupar la subsecretaría del Ministerio de Industria, quien era vocal de ASSE, Marcela Cuadrado, asumió la vicepresidencia de la institución, mientras que de vocal ingresó el licenciado Carlos Valli, que cumplía funciones como director departamental de Montevideo del Ministerio de Salud Pública.

Desde su cargo de vocal, que dio inicio en marzo de 2025, Cuadrado ha hecho énfasis en su trabajo en el territorio, en el entendido de que "ASSE es una institución que tiene presencia en todo el país, incluso en los lugares más alejados de las capitales departamentales y nosotros tenemos la obligación de acompañar a todos nuestros usuarios y usuarias, quienes tienen fuerte presencia en todas las franjas etarias, pero, sobre todo, en los más pequeños y en los más grandes. Recordemos que tenemos un centro hospitalario donde funciona pediatría y ginecología, donde se atiende la mayor cantidad de partos, y también tenemos un hospital geriátrico; esa amplitud es una maravilla".

Para la actual vicepresidenta, especializada en medicina familiar y comunitaria, "el primer nivel de atención es fundamental. Si desde la policlínica, no importa si de una ciudad o una localidad pequeña, tengo una buena inserción con la comunidad, lograré que las personas controlen su cuerpo desde la salud, y evitaré -o minimizaré, al menos- que tengan patologías que requieran de procesos más largos y complicados de sanación", explica, y agrega: "Eso no implica que en algún momento no se precise de la tecnología para ayudar en un diagnóstico o de la internación hospitalaria, porque somos cuerpo con mente y ambas cosas pueden tener un desbarajuste", indica.

Cuadrado recordó que por eso es que las recorridas son fundamentales para conocer de primera mano cuáles son las debilidades y las fortalezas de las diferentes zonas: "No nutrimos en cada visita. A veces, se presenta un problema en algún lugar y podemos sugerir cómo se solucionó algo similar en otro o ayudar. De esta manera vamos viendo cómo, a pesar de las particularidades de las diferentes zonas o regiones, hay cuestiones que atañen a todos: los medicamentos, el personal necesario, la complementación. Luego está la contención y su forma, tan característica de cada lugar. Para ver y

sentir todo eso, es necesario estar".

La vicepresidenta de ASSE recordó que los hospitales de todo el país, se están poniendo a punto en cuanto a equipamiento como a infraestructura: "Uno de nuestros objetivos es que haya tomógrafos en todos los departamentos, porque en el 2026 es una tecnología básica. Lo que la gente tiene que saber es que, para montar esos equipos, se debe contar con determinada armazón edilicia, por eso inauguramos tomógrafos que ya estaban de la gestión anterior, pero sin las condiciones para ser puestos en marcha; nosotros los hicimos posibles. También tenemos problemas de humedades en paredes, cañerías obsoletas, eléctrica que necesita ser renovada... Vamos de a poco, aunque eso no quiere decir despacio; vamos todo lo rápido que se puede. Digamos que trotamos", concluyó.

CARLOS VALLI: UN VOCAL CON TRAYECTORIA EN ASSE

El licenciado Carlos Valli se incorporó al Directorio ASSE como vocal, aportando una experiencia de más de una década en la institución y una trayectoria vinculada a procesos que considera fundamentales para su desarrollo y fortalecimiento.

Valli ingresó a ASSE en 2011 y participó activamente en iniciativas estratégicas que marcaron la evolución de la institución. Entre ellas destacó el proceso de planificación estratégica, una instancia que involucró a todas las unidades ejecutoras y permitió definir objetivos y líneas de acción de forma colectiva y participativa: "Uno de esos procesos fue el de planificación estratégica, en el que participaron todas las unidades ejecutoras", recordó. A su entender, este tipo de herramientas deberían retomarse en cada período de gobierno porque permiten establecer, de forma participativa, los objetivos y líneas estratégicas para el quinquenio.

Asimismo, resaltó su participación en la regionalización de ASSE, iniciada en 2013, que culminó con la integración de las unidades asistenciales de todo el país en cuatro grandes regiones: Sur, Este, Centro-Oeste y Norte. Según explicó, esta transformación contribuyó a mejorar la capacidad de respuesta asistencial y a optimizar los recursos y la infraestructura disponible.

Otro de los hitos que destaca de su trayectoria fue la creación de la Dirección de Gestión del Riesgo y Calidad de



Atención en 2016. En ese marco, integró el reducido grupo de cinco expertos formados por el Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LSQA) para impulsar procesos de mejora continua de la calidad asistencial. También participó en la Comisión Central de Bioética y en la Comisión Central de Seguridad del Paciente de ASSE entre 2016 y 2018.

Para Valli, el enfoque de calidad debe ocupar un lugar central en la gestión sanitaria: "La mejora continua de la calidad asistencial es necesaria dado que ASSE, como principal prestador del Sistema Nacional Integrado de Salud, impulsa a todo el sistema al mejorar sus estándares de calidad asistencial y satisfacción de los usuarios", sostuvo.

Respecto a los énfasis de su gestión, señaló que las "20 Prioridades y Desafíos para el período 2025-2030", definidas por el Directorio al inicio de la administración, constituyen una guía estratégica para el trabajo de las distintas unidades ejecutoras.

Entre los temas que considera prioritarios se encuentra la implementación de la Estrategia Nacional de Salud Mental. En ese sentido, afirmó que "la Estrategia Nacional en Salud Mental debe ser implementada a la brevedad en el marco del cumplimiento de la Ley de Salud Mental".

También destacó la importancia de fortalecer las políticas vinculadas a la salud perinatal, la niñez y la adolescencia, promoviendo un abordaje desde el primer nivel de atención y una adecuada

coordinación entre las distintas instituciones involucradas.

En materia de gestión y financiamiento, planteó la necesidad de realizar un seguimiento permanente de las asignaciones presupuestales, evaluando tanto la ejecución de los recursos como los resultados sanitarios obtenidos. Asimismo, entiende que la distribución de los recursos debe contemplar las particularidades de cada región, territorio y población usuaria.

Valli considera que es necesario profundizar la profesionalización de la gestión en todos los niveles de la organización: "Creo necesario retomar el proceso de profesionalización de la gestión, en sus tres niveles: micro, meso y macro, mejorando las capacidades de los equipos de gestión", señaló. A su juicio, ello repercutirá positivamente tanto en la resolutivez de los servicios como en el uso eficiente de los recursos.

De cara al período que comienza, manifestó que sus expectativas están alineadas con las prioridades establecidas por el Directorio. En ese marco, reafirmó su convicción de que la mejora continua de la calidad asistencial debe constituir uno de los principales ejes del trabajo institucional.

Finalmente, destacó la importancia del trabajo colectivo para alcanzar los objetivos planteados. "Considero necesario contribuir al trabajo en equipo junto con los compañeros integrantes del Directorio, realizando mi mejor aporte a la gestión de la institución", culminó.

FEMI PRESENTE EN TACUAREMBÓ

Curso “Estabilización del recién nacido con patologías específicas”

Integrantes del Consejo Ejecutivo de FEMI acompañaron el desarrollo del curso "Estabilización del recién nacido con patologías específicas", una instancia de formación que fortalece las competencias de los equipos de salud que trabajan en la atención neonatal, con especial impacto en el interior del país.

Esta actividad, organizada por la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP), COMTA

Pediatría y FEMI, reafirma el compromiso con la educación médica continua y el trabajo conjunto entre las instituciones para acercar capacitación de excelencia a los profesionales que brindan asistencia en todo el territorio nacional.

Felicitemos a los organizadores, docentes y participantes por hacer posible esta valiosa instancia de aprendizaje e intercambio. **FEMI junto a los médicos del interior.**



Las jornadas son el 22 de julio en el Centro de Convenciones del Hotel Radisson en Montevideo.



FEMI EN SU LUGAR

En Tacuarembó importante intercambio con autoridades de COMTA

En el marco de FEMI en su lugar, integrantes del Consejo Ejecutivo de FEMI mantuvieron una reunión de trabajo con autoridades de @com-ta_fepremi, en un espacio de intercambio sobre los principales desafíos que enfrenta el ejercicio profesional y el sistema de salud.

Durante el encuentro se abordaron temas de especial relevancia, entre ellos la situación de las residencias médicas, la realidad de los médicos que ejercen bajo la modalidad de facturación, el desarrollo de RÁDIX y otros asuntos de interés común para ambas instituciones.

Por parte de FEMI participaron el presidente Dr. Gustavo Alonso y los integrantes del Consejo Ejecutivo Dr. Jorge Bermúdez, Dr. Javier Bonora, Dr. Víctor Scaffo, Dra. Jacqueline Barla y Dra. Rosario Goyetche.

En representación de COMTA participaron la Dra. Ofelia López, Dr. Rafael Abadie, Dr. Juan Carlos López, Dra. Carolina Vitelio, Dr. Alfredo Kauffman y el Director Técnico Dr. Jorge Baraibar.

Estos encuentros fortalecen el trabajo conjunto entre FEMI y sus instituciones afiliadas, promoviendo el diálogo y la construcción de soluciones para seguir fortaleciendo la medicina del interior y la atención de la población.

FEMI. Junto a los médicos del interior.

FORMACIÓN CONTINUA

13ª. Jornadas Internacionales de Patología Cardiovascular Integrada

Con foco en la formación continua, FEMI acerca 2 becas para las 13.ª Jornadas Internacionales de Patología Cardiovascular Integrada; las 11.ª Jornadas Internacionales de Medicina Intensiva y las 11.ª Jornadas Internacionales de Enfermería.

Las jornadas son el 22 de julio de 2026 en el Centro de Convenciones del Hotel Radisson Montevideo y las organiza el Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca (INCC) y el SMI.

Los interesados deben inscribirse para el sorteo de las becas enviando un mail a secretaria@femi.com.uy (indicando nombre completo, cédula, celular, perfil profesional y gremio al que pertenecen) antes del miércoles 15 de julio de 2026.



Comunicado del plenario gremial de la Federación Médica del Interior



El Plenario Gremial de la Federación Médica del Interior (FEMI), reunido en sesión extraordinaria, expresa su plena solidaridad y respaldo institucional a la colega médica que ejerce funciones asistenciales en el departamento de Treinta y Tres y cursa el posgrado de Cardiología, frente a la situación que se encuentra atravesando.

El caso constituye un hecho de enorme gravedad, no solo por sus consecuencias personales y profesionales, sino porque expone una realidad que FEMI viene advirtiendo desde hace tiempo a las autoridades nacionales: la ausencia de un marco jurídico claro que otorgue seguridad a los médicos que desempeñan funciones asistenciales especializadas indispensables para el funcionamiento del sistema de salud.

Esta problemática no constituye un hecho aislado. Se estima que alrededor del 30% de los médicos que actualmente ejercen funciones propias de especialidades médicas en Uruguay se encuentran en una situación similar. Su labor resulta esencial para garantizar la cobertura asistencial en todo el territorio nacional, particularmente en el interior del país.

FEMI en su lugar | Treinta y Tres

FEMI
FEDERACION MEDICA DEL INTERIOR

En el marco de una nueva jornada de FEMI en su lugar, integrantes del Comité Ejecutivo de la Federación Médica del Interior mantuvieron una reunión con el equipo de Dirección del Hospital de Treinta y Tres.

Durante el encuentro se abordaron diversos temas de interés vinculados a la realidad sanitaria del departamento, la situación de los recursos humanos, la formación de especialistas y posgrados avanzados, así como otros aspectos relacionados con el funcionamiento de los servicios de salud y los desafíos de la asistencia en el interior del país.

Participaron por la Dirección del Hospi-

tal la Lic. en Enf. Inés López, Directora; la Dra. Yasmine Abogadro, Subdirectora; y la Lic. en Enf. Mariela Ocampo, Adjunta.

Por el Comité Ejecutivo de FEMI participaron el Dr. Gustavo Alonso (Presidente), el Dr. Jorge Bermúdez (Secretario), la Dra. Jaqueline Barla y la Dra. Elena Bonino. También estuvo presente el Presidente de la Agremiación Médica de Treinta y Tres.

FEMI reafirma su compromiso de continuar recorriendo el interior del país, fortaleciendo el diálogo con las instituciones de salud y trabajando junto a los médicos y equipos de gestión para contribuir a la mejora permanente del sistema sanitario.



.....
27 DE JUNIO DE 1973:

Cuatro voces médicas recuerdan el día del golpe de Estado

En el marco del aniversario del golpe de Estado, el SMU le preguntó a médicos y médicas de distintas generaciones qué recuerdan de aquel 27 de junio de 1973, o qué les contaron quienes lo vivieron antes que ellos.



Sindicato Médico
DEL URUGUAY

LUCÍA ARZUAGA: «VAN A DAR UN GOLPE DE ESTADO»

El recuerdo de Lucía Arzuaga empieza la noche anterior, el 26 de junio. Volvía del cine cuando encontró a sus padres sentados junto a la radio, escuchando la última sesión del Parlamento. Su padre le dijo, con tristeza: «Van a dar un golpe de Estado. Si tenés algo en casa que pueda comprometerte, sacalo, porque seguramente nos van a allanar».

A la mañana siguiente, con 14 años, juntó volantes y materiales de su liceo, los envolvió en una bolsa de nylon y cruzó a un terreno baldío frente a su casa. Ahí se encontró con varios vecinos haciendo lo mismo. Ese mismo lugar se convirtió después en el fondo de la casa de tortura de 300 Carlos Chico, donde todo el barrio escuchaba los gritos.

El miedo no era nuevo en su casa. Su padre, médico forense y cardiólogo internista, había hecho la autopsia de Heber Nieto, el estudiante de la Escuela de la Construcción asesinado por la policía en

julio de 1971. Su informe contradijo la versión oficial. Después de eso, en una oportunidad pusieron una bomba en su casa que rompió los vidrios de toda la cuadra, hasta el Hotel Oceanía, y dejaron volantes amenazantes dirigidos al «doctor Arzuaga».

Para cuando llegó el golpe, en su casa ya sabían lo que costaba decir la verdad.

ALFREDO CERISOLA: EL LIVING, LA TELE Y EL SILENCIO PREOCUPADO

Alfredo Cerisola tenía siete años. Su recuerdo es simple y nítido: estar con su madre, su padre y su hermano frente al televisor, tratando de entender lo que pasaba. Lo que más se le quedó grabado no fue una imagen puntual, sino el clima: una preocupación muy fuerte en toda la familia.

Su padre era abogado, ejercía en un estudio de Ciudad Vieja y tenía un apego fuerte al derecho y a los derechos humanos. La familia hablaba de política sin tener militancia activa, y esa noche se sentía, según Alfredo, «un quiebre muy fuerte» que ya venía gestándose. La escena se completa con el contexto de la época: televisión en blanco y negro, con horarios acotados, y el informativo como punto central de la vida familiar.

PAULA GÁNDARA: LO QUE NO SE PUEDE RECORDAR Y LO QUE QUEDA PARA SIEMPRE

Paula Gándara tenía un año y tres meses el 27 de junio de 1973. Desde los



dos meses de vida, sus dos padres fueron presos políticos. Su madre, detenida en distintos cuarteles, hasta que Paula tuvo cinco años; su padre, en el Penal de Libertad, hasta la amnistía de 1985.

Su infancia y parte de su adolescencia transcurrieron visitando a sus padres en la cárcel, buscando otro lenguaje para vincularse cuando las palabras no alcanzaban. De esas visitas guarda los objetos que sus padres armaban para ella —cartas, juguetes, ropa, bufandas tejidas— y los describe como «tesoros». También guarda el recuerdo de una doble vida: saber la verdad sobre sus padres y no poder contarla en la escuela, salvo a algún amigo que vivía lo mismo.

En la adolescencia pudo escribir un poema a su padre con lo que sentía. Lo tituló «Sobre vida e historias» y comienza diciendo: «Cuando pienso en vos, se

me vienen los recuerdos. Y ya estoy en el ómnibus, en el frío, en el miedo, en las revisaciones y lamentos; en la visita».

Walter Pérez: del Parlamento rodeado de tanques al mimeógrafo clandestino

Walter Pérez recuerda que la noche del 26 de junio festejaron el cumpleaños de su padre, y que la conversación entre los invitados giraba en torno a un tema excluyente: el inminente golpe de Estado, los discursos en el Parlamento, el de Wilson Ferreira Aldunate entre ellos.

Nadie sabía todavía lo que pasaría horas después: la madrugada del 27, los militares entraron al Parlamento. Al mediodía siguiente, Walter fue con compañeros de la Asociación de Estudiantes de Medicina (AEM) hasta la Facultad, que insólitamente estaba abierta pero

sigue en pág. 20

viene de pág. 19

vacía. Desde General Flores vieron el Parlamento rodeado de tanques, en una ciudad que sentían rara: quieta, sin el paro que hubiese sido lógico. No tenían, dice, percepción del riesgo que corrían.

La Universidad cerró ese día y no reabrió hasta marzo de 1974. En ese período, los estudiantes de medicina armaron una red propia para no perder el contacto ni los estudios: grababan los teóricos en cinta, los transcribían a máquina y los reproducían en mimeógrafo,

cientos de copias que circularon como principal material de estudio. Cuando esa generación pasó al hospital, donaron los mimeógrafos y el papel a las generaciones siguientes, y repartieron el dinero que les quedaba entre las familias de compañeros presos. Walter recuerda haber entregado un sobre con esa plata a la madre de dos compañeros detenidos, que vivía sola en la calle Nueva Palmira.

LA POSICIÓN DEL SMU ESAS HORAS

Mientras estas cuatro historias se vivían en otras tantas casas de Mon-

tevideo, el Comité Ejecutivo del SMU sesionaba dos veces en menos de 14 horas para decidir qué hacer. Las actas de esas dos reuniones —la noche del 26 y el mediodía del 27 de junio de 1973— muestran a la institución actuando en tiempo real. La primera sesión comenzó a las 23.30 del 26, apenas se confirmó que el anuncio de la disolución del Parlamento llegaría a las 5 de la madrugada. Presidida por José P. Cirillo, con Homero Bagnulo como vicepresidente y Manuel Liberoff entre los presentes, la discusión del Comité Ejecutivo se cerró con una idea de que los médicos son custodios

de la salud del pueblo —según las actas, en el sentido amplio que le da la OMS al término— y que «no puede haber salud sin libertad». Se resolvió mantener la Asamblea del 27, contactar a la CNT y a la FEMI, y volver a reunirse al mediodía siguiente con medidas más concretas.

Esa segunda reunión, a las 12 del 27, ya transcurrió con el Parlamento rodeado de fuerzas armadas. Se propuso un paro de 24 horas ante cualquier detención de un médico y una jornada de protesta activa con ocupación de los lugares de trabajo, coordinada con la CNT y con los funcionarios de cada institución.

El SMU realizó una charla sobre el marco legal que protege a médicos y médicas residentes

A fines del mes de junio, la Comisión de Residentes y Posgrados del SMU organizó la actividad «Más allá del mindfulness: Conocé el marco legal que te protege», una charla acerca de las implicancias jurídicas del trabajo de las y los residentes, con la participación de la Dra. Natalia Veloso, asesora jurídica del SMU.

La instancia, realizada en el Hospital de Clínicas «Dr. Manuel Quintela», estuvo dirigida a médicos y médicas residentes y tuvo como objetivo brindar herramientas para el conocimiento y la defensa de sus derechos laborales.

Durante la actividad se abordaron las principales normas que regulan el trabajo de las residencias médicas, los límites de la jornada laboral, los tiempos de descanso, las condiciones de trabajo y los mecanismos de protección ante situaciones de vulneración de derechos.

La charla también permitió reflexionar sobre las particularidades que atraviesan actualmente las residencias médicas,

un colectivo que enfrenta situaciones de especial vulnerabilidad debido a las exigencias asistenciales y formativas que caracterizan esta etapa de la carrera profesional. Veloso destacó la importancia de que las y los residentes conozcan el marco normativo vigente y cuenten con respaldo sindical para canalizar consultas, reclamos y eventuales denuncias. Asimismo, se remarcó el rol del Sindicato en el acompañamiento y la defensa colectiva de las condiciones de trabajo y capacitación de los médicos y médicas en formación.

La charla dio lugar además a un debate sobre condiciones laborales —exceso



horario, falta de supervisión y acceso a licencias— recordando que los mayores

avances en esta materia se han logrado a través de la negociación colectiva.

Convenios institucionales del SMU: beneficios que van más allá de la cuota social

El SMU trabaja en la construcción de alianzas que resuelvan necesidades concretas del día a día de sus afiliados y afiliadas, más allá de la representación gremial.

De esa gestión surgen convenios institucionales que amplían los beneficios de la cuota social hacia otras áreas que aportan calidad de vida.

UNA RED DE BENEFICIOS PARA EL BIENESTAR INTEGRAL

Estos acuerdos se gestionan bajo la premisa de que el beneficio llegue directo al socio o socia. Actualmente, la cartilla de convenios abarca opciones sumamente variadas, diseñadas para responder a las distintas necesidades.

Turismo y descanso: beneficios y opciones de alojamiento para garantizar las necesarias pausas activas y las vacaciones con las familias.

Alimentación y vida saludable: acuerdos recientes con propuestas gastronómicas nutritivas y equilibradas, pensadas

especialmente para resolver de forma sana la logística alimentaria en jornadas extensas.

Deporte y bienestar físico: actividades supervisadas y propuestas orientadas a combatir el sedentarismo y promover la salud laboral de nuestro propio colectivo.

Educación, cultura y servicios: alianzas con instituciones que facilitan el acceso a formación continua, actividades recreativas y servicios prácticos para el hogar o el transporte.

CONSTRUIR COMUNIDAD

Cada uno de estos acuerdos es un valor agregado que se suma a la estructura central de servicios del SMU y revaloriza la cuota social, no solo en la solidez de una defensa laboral cuando se necesi-



ta, sino también en otros aspectos que aporten bienestar general.

Les invitamos a conocer el abanico completo de beneficios vigentes, las

empresas participantes y las modalidades de acceso ingresando a la sección dedicada en el portal institucional: smu.org.uy/convenios

El mate bajo la lupa: ciencia, historia e identidad en una charla del SMU

A mediados del pasado mes de junio, la Comisión Reencuentro y Amistad del SMU organizó una charla sobre la yerba mate que reunió a varios socios en torno a un tema tan cotidiano como poco explorado en profundidad. La disertante fue la Dra. Alba Pérez, reumatóloga retirada, quien ofreció un recorrido que combinó historia, botánica, ciencia y cultura.



**Sindicato Médico
DEL URUGUAY**

La charla partió de un dato que sorprende por su contradicción: Uruguay es el mayor consumidor de yerba mate per cápita del mundo (cerca de 8 kilos anuales por persona) y al mismo tiempo

el país con menor superficie de cultivo en América del Sur, dependiendo enteramente de la importación desde Brasil y Paraguay.

La Dra. Pérez repasó los orígenes guaraníes de la planta, para quienes el mate era una energía sagrada, y recordó que su historia no estuvo exenta de conflictos: en 1598, Hernandarias llegó a prohibir su consumo bajo pena de multa y arresto. También presentó investigaciones preliminares de la Facultad de Agronomía de la UdelaR que sugieren que las variedades silvestres encontradas en Uruguay —en zonas como la Quebrada de los Cuervos, Cerro Largo, Rivera, Tacuarembó y las sierras



de Rocha y Maldonado— podrían estar genéticamente diferenciadas del resto de la región, lo que les otorgaría un valor particular para el desarrollo de producción nacional.

En el plano de la salud, la exposición detalló la composición de la yerba mate —cafeína, teobromina, polifenoles, minerales y vitaminas— y el proceso de elaboración, donde el sapecado —calentamiento directo de las hojas a 400 grados durante apenas 20 segundos—

cumple un rol clave para preservar sus propiedades. También se advirtió sobre los riesgos del consumo excesivo o con agua demasiado caliente.

La charla compartió también una curiosidad global: en el Líbano, el mate se consume sin compartir la bombilla, solo el agua caliente. Una adaptación que ilustra bien hasta dónde llega el alcance de esta planta que, como señala el antropólogo Daniel Vidal, tiene el poder de «orientar al gringo».

Asamblea General Ordinaria

El Sindicato Médico del Uruguay convoca a sus afiliados, médicas, médicos y estudiantes de medicina a participar de la Asamblea General Ordinaria que considerará el siguiente orden del día:

1. Informe de la Comisión Fiscal.
2. Memoria y balance anual del SMU.
3. Memoria y balance anual de la Colonia de Vacaciones.
4. Balance combinado del SMU y sus organismos adscriptos.
5. Designación de dos asambleístas para firmar el acta, conjuntamente con la mesa.

Única citación: miércoles 22 de julio de 2026, 17 hs.

Presencial en sede del SMU (Lord Ponsonby 2430).



Gremiales

**Asamblea General
Ordinaria SMU: julio
2026**

Única citación: miércoles 22
de julio de 2026, 17 h

Presencial en sede del SMU
(Lord Ponsonby 2430).

✉ socios@smu.org.uy

Ver más >

smu.org.uy/asamblea-general-ordinaria-smu-julio-2026/



**13^{as.} Jornadas Internacionales de
Patología Cardiovascular Integrada**
**11^{as.} Jornadas Internacionales de
Medicina Intensiva**
**11^{as.} Jornadas Internacionales de
Enfermería**



22
Julio 2026



Auspicio



Montevideo – Uruguay
Centro de Convenciones Radisson
Montevideo Victoria Plaza Uruguay

Secretaría Administrativa
Atenea Eventos SRL

www.atenea.com.uy [@ateneaeventosuy](https://www.facebook.com/ateneaeventosuy) +598 24005444 jornadasmi-incc@atenea.com.uy



Carta con un error de impresión

Después de la eliminación de Uruguay escribí esta carta. Cuando terminé de imprimirla descubrí un pequeño error. Pensé en corregirlo, pero preferí dejarla exactamente como salió.

Uruguay, 3 de julio de 2026

Estimados Alonso, Bielsa, jugadores, periodistas y demás protagonistas del fútbol: En este momento tan difícil para nuestro deporte, permítanme darles las gracias

por todo lo que hicieron. Sobre todo, por tanta entrega y por tanta dedicación.

Déjenme decirles —con el afecto de siempre— que una vez más estamos de vuelta renovando la confianza en ustedes y en todos los que conducen el fútbol en nuestro país, Uruguay. Hoy vemos que fuimos la primera selección americana con garra y con valentía verdadera, mientras otras selecciones se demoraban en retornar. ¡Qué increíble! Sepan que una vez más estamos haciendo historia.

Me gustaría enviarles un abrazo gigante y decirles que renuevo mi voto de confianza.

Lo importante ahora es que no estoy triste. Lo que estoy por estos días es

muy capacitado para entender este momento. Porque ustedes me enseñaron a ser resi-

liente (como todos los uruguayos) porque ningún jugador de esta selección puso palos en la rueda. Y fue por eso que mantuvimos en todos los partidos la misma ilu-

sión. ¡Nunca en mi larga vida había visto una selección como la de este año!

Empezando por el golero, pero siguiendo también por todos los demás jugadores.

Desde el partido contra Arabia ya me di cuenta de eso. ¡Claro que ninguno tenía sanciones! ¡Porque esta selección ha sido amante del fair play, del fútbol limpio y ale-

gre! Sobre los teñidos, trencitas y tatuajes, siento que ustedes creen que son modos correctos de presentarse ante su público. Yo los banco, es solo moda, no sondeitos que se presentan en TV. Lo de este año ha sido increíble. Fueron de pasión en pasión. Con mucha humildad. ¿Por qué? Porque siempre creyeron en un deseo: que todas las generaciones de Uruguay sepan que son unos verdaderos caballeros del buen fútbol. Muslera fue

la máquina del tren y el resto fueron los vagones. Y vos, Bielsa, a vos te hablo ahora: te transformaste en un verdadero vendedor de roles, de estilos y de tácticas. Nos hablaste de la máquina del tren y de su humo en cada entrevista que diste en la televisión después de los partidos.

<https://sites.google.com/view/CronicasMarcianasYUruguayas>

En cualquier caso, hay cosas que aún pueden hacer, les queda una jugada más.

Se me ocurre que un final coherente de todos ustedes sería que devolvieran la guiñada cómplice a nuestros botijas. Todos están a tiempo de llegar a esa honesta me-

ta. Por ejemplo, los clubes de babyfútbol podrían ser los destinatarios de los miles de aplausos recibidos, de los cánticos de la tribuna sin pensar en los pabellones que recibieron. ¡Todo para ellos! ¿A que no se animan a devolver el diploma, la gloria y el reconocimiento recibido? ¿O será que alguno se siente prisionero de la FIFA? Eso es lo único que los puede salvar. El fútbol infantil agradecido.



MARCIANO DURÁN

Nota:

Por un error de imprenta, esta carta quedó con un pequeño defecto. Si desean leer la versión correcta, lean renglón por medio comenzando la lectura en la palabra "Uruguay".



Coordinación y selección:
Lic. Psic. Sebastián Álvarez Melgar



SALUD
Y CIENCIA

“Tras revolucionar el cáncer, las CAR-T se preparan para las enfermedades autoinmunes”

El investigador Carl H. June, junto a Michael Sadelain, ha revolucionado el tratamiento del cáncer con el uso de la inmunoterapia basada en la modificación genética de células del propio paciente. Sus estudios sobre el desarrollo de las células CAR-T permiten extraer linfocitos T del paciente, cultivarlos en el laboratorio y modificarlos genéticamente para que sean capaces de reconocer y destruir las células cancerosas al reinyectarlos en su cuerpo. Este sistema ha conseguido tratar a miles de pacientes con cánceres de la sangre, como la leucemia y los linfomas, y se está ensayando para el abordaje de los tumores sólidos. El Premio Fundación BBVA Fronteras del Conocimiento en Biología y Biomedicina ha reconocido este año a los dos artífices de este cambio de paradigma en la lucha contra el cáncer.

En la entrevista concedida a El Médico Interactivo, el científico Carl H. June (Denver, Estados Unidos, 1953), titular de la Cátedra Richard W. Vague en Inmunoterapia, director del Centro de Inmunoterapia Celular y del Instituto Parker de Inmunoterapia del Cáncer y, entre otras muchas distinciones, miembro de la Academia Americana de las Artes y las Ciencias, rememora la época en la que estaba investigando posibles tratamientos para pacientes con VIH y cómo y porqué el hallazgo de estrategias terapéuticas para pacientes oncológicos se convirtió para él en una prioridad.

Miles de pacientes con leucemia y otros cánceres de la sangre en todo el mundo han recibido tratamiento CAR-T y hoy siguen vivos o incluso se han curado. ¿Qué siente cuando conoce sus historias?

Es una auténtica bendición. Para todos los que trabajamos en este campo, encontrarnos con pacientes a quienes les habían dicho que les quedaban pocas opciones y ver que hoy tienen una nueva



oportunidad de vida es un inmenso privilegio. No hay mayor recompensa que comprobar que años de investigación han podido cambiar el destino de una persona y de su familia. Cada uno de esos encuentros nos recuerda por qué hacemos ciencia y nos impulsa a seguir investigando para que estas terapias lleguen a más pacientes, sean más eficaces y puedan ayudar también a quienes todavía no responden a los tratamientos actuales.

Usted no solo se interesó por las CAR-T, sino que contribuyó decisivamente a su desarrollo. ¿Cuáles fueron los principales retos para demostrar que podía funcionar?

Durante la realización de mi carrera de medicina en los años setenta, me había interesado por el campo de la inmunología por una conexión personal, mi madre padecía una enfermedad autoinmune, común en mi familia. Pero en realidad, más que interesarnos por esta terapia, contribuimos a crearla. Durante muchos años, Michael Sadelain y yo trabajamos en caminos científicos

diferentes, pero con una misma visión, que era posible reprogramar el sistema inmunitario para que hiciera cosas que de forma natural no podía hacer. Tras los avances preliminares logrados por mi colega en el plano experimental, el siguiente reto era demostrar que la terapia celular podría funcionar en el organismo de los pacientes, ya que algunos investigadores sospechaban que su propio sistema inmune atacaría y destruiría las células CAR-T.

En 1997 demostré que los linfocitos T modificados para resistir la infección por el VIH no solo podían sobrevivir en el cuerpo humano, sino que persistían el tiempo suficiente para desencadenar respuestas inmunitarias. Esa capacidad de permanecer en el organismo, que es fundamental para atacar el cáncer a lo largo del tiempo, abrió el camino a la realización de los primeros ensayos clínicos con células CAR-T en enfermos de leucemia. En aquella época, mi primera mujer enfermó de cáncer de ovario con 41 años y falleció seis años después. Por ello, la posibilidad de demostrar la eficacia de esta nueva estrategia terapéutica en pacientes oncológicos se convirtió en

una prioridad para mí, científica, pero también personal.

¿Qué le mostraron en 2010 los dos primeros casos para mejorar la terapia?

Fue en 2010 cuando los primeros dos pacientes, enfermos terminales de leucemia, accedieron a tratarse en un ensayo clínico entonces muy experimental que había diseñado. Recibieron una transfusión de sangre con células CAR-T, aplicando así en un entorno clínico los hallazgos desarrollados inicialmente en el laboratorio de Sadelain y probados con éxito en modelos animales. Sentí un gran asombro al comprobar que este tratamiento logró mejores resultados en personas que en los experimentos realizados en roedores. Muchos ratones se habían curado, pero la terapia funcionó incluso mejor en los humanos, lo cual no es habitual.

Fue extraordinario que nuestro primer paciente se curara con una sola infusión de estas células obtenidas de su sangre, y que, durante diez años, conservara en su cuerpo células CAR-T, aunque luego falleciera por Covid-19. El segundo paciente sigue vivo y todavía tiene células CAR-T en su organismo. Nunca pensamos que funcionaría de manera tan eficaz.

A raíz del éxito en la aplicación clínica, la primera terapia con célula CAR-T fue aprobada por la FDA en los Estados Unidos en 2017 para su uso en niños y adultos jóvenes con leucemias agudas refractarias y algunos linfomas refractarios. Un año después, la Agencia Europea del Medicamento autorizó su uso en la Unión Europea, y hasta la fecha, más de 50.000 pacientes con cánceres de sangre han sido tratados con éxito.

Las CAR-T son el “primer medicamento vivo”, ¿qué ventajas tiene frente a los “no vivos”?

sigue en pág. 24

viene de pág. 23

La gran diferencia es que no hablamos de un compuesto químico, sino de células vivas capaces de reconocer y destruir las células tumorales. Si funcionan como esperamos, pueden multiplicarse y permanecer activas en el organismo durante años, lo que abre la posibilidad de que un solo tratamiento proporcione un beneficio muy prolongado. Ese era un sueño que compartíamos, utilizar la ingeniería genética y la biología sintética para convertir las propias células del paciente en un medicamento más eficaz que los linfocitos originales. Hoy sabemos que ese concepto funciona. Aun así, queda mucho por investigar y para entender cuánto tiempo pueden persistir estas células y cómo conseguir que tengan el mismo éxito en los tumores sólidos que el que ya han demostrado en algunos cánceres de la sangre.

¿Qué ventajas, incluyendo coste-eficacia, tiene la terapia CAR frente al trasplante autólogo de médula ósea?

Vengo del campo del trasplante de médula ósea y conozco bien sus beneficios, pero también sus limitaciones. Aunque ha permitido curar a muchos pacientes con leucemia, requiere dosis muy altas de quimioterapia, puede provocar complicaciones graves y depende de encontrar un donante compatible, algo que no siempre es posible.

Con la terapia CAR-T buscamos una alternativa distinta, utilizamos las propias células inmunitarias del paciente para que sean ellas las que eliminen el cáncer. Eso reduce algunos de los riesgos asociados al trasplante y hace que el tratamiento pueda estar al alcance de un mayor número de personas. Además, si una sola infusión consigue una respuesta duradera, el beneficio clínico y la relación coste-eficacia pueden ser muy favorables, aunque todavía seguimos acumulando evidencia para confirmarlo en todos los escenarios.

Las CAR-T han tardado más de una década en llegar del laboratorio a la clínica. ¿Cómo se puede acelerar ese proceso?

Una cosa que hemos aprendido es que, por desgracia, las nuevas terapias suelen reservarse como último recurso, cuando ya han fracasado todas las opciones disponibles. Sin embargo, sabemos que si pudiéramos aplicarlas antes, en fases

iniciales, serían más eficaces y menos tóxicas. El problema no es solo el dinero, sino que tanto en Estados Unidos como en Europa existe una enorme carga burocrática que ralentiza los ensayos clínicos. Mientras tanto, en los laboratorios ya disponemos de nuevas generaciones de terapias potencialmente mejores, pero que por esa razón tardan años en llegar a los pacientes. Además, trasladar un descubrimiento a clínica requiere demostrar su eficacia, desarrollar procesos seguros para fabricar el tratamiento, generar evidencia que convenza a los reguladores y superar el escepticismo inicial de la comunidad científica. Todo eso exige tiempo, personal y una financiación muy superior a la de la investigación básica. En nuestro caso, la filantropía fue decisiva para impulsar los primeros ensayos clínicos, porque las agencias públicas suelen apoyar la investigación, pero mucho menos la traslación a clínica.

El éxito de las CAR-T como medicamento vivo en cánceres sanguíneos es evidente. ¿Para cuándo el salto a la nueva frontera de los cánceres sólidos?

Hasta el momento, las células CAR-T no han demostrado la misma eficacia en tumores sólidos como los de mama, colon, páncreas o pulmón, que la que ya se ha alcanzado en enfermos con cánceres de sangre, y este es el siguiente gran reto en el campo de la inmunoterapia basada en la ingeniería genética.

Los ensayos clínicos realizados hasta ahora con tumores sólidos han sido decepcionantes por la mayor complejidad de estos tipos de cáncer. En el caso del cáncer de sangre, hemos podido actuar sobre una sola molécula, la CD19, que nos sirve como diana terapéutica, pero los tumores sólidos son genéticamente más complejos y no podemos aplicar la misma estrategia. Sin embargo, estoy convencido de que con el tiempo este objetivo se podrá alcanzar.

Hay miles de laboratorios en todo el mundo, incluyendo el mío, investigando sobre cómo lograr que las células CAR-T funcionen en tumores sólidos, y estoy convencido de que lo vamos a conseguir. La parte optimista es que tenemos herramientas para superar las dificultades que sabemos que existen, aunque desgraciadamente lleva mucho tiempo poder realizar los ensayos que hagan que se puedan aplicar estas terapias.

La expectativa de poder aplicar las

CAR-T a enfermedades autoinmunes como lupus, artritis, diabetes I o enfermedad de Crohn es enorme, ¿cuándo cree que podrían incorporarse a la práctica clínica habitual?

El potencial de las terapias CAR-T no se limita al tratamiento del cáncer. En los últimos años hemos visto resultados muy prometedores en enfermedades autoinmunes como lupus, artritis o esclerosis múltiple, e incluso se están explorando en enfermedades infecciosas. Hoy ya existen decenas de ensayos clínicos en marcha y los primeros datos son muy alentadores. Sin embargo, aún es pronto para afirmar que estas enfermedades puedan curarse con CAR-T o cuánto durarán las respuestas. Necesitamos más pacientes y más tiempo de seguimiento. Aun así, muchos investigadores hablan ya de la "segunda ola" de las terapias CAR-T; la primera fue la revolución frente a determinados cánceres y la segunda podría ser el tratamiento de las enfermedades autoinmunes. De hecho, en nuestros ensayos clínicos iniciales ya tratamos a más pacientes con enfermedades autoinmunes que con cáncer. Si estos resultados se confirman, esta segunda ola podría ser incluso mayor que la primera. Estoy convencido de que las células CAR-T acabarán demostrando su eficacia frente a muchas enfermedades, no solo oncológicas.

En los pasos de la terapia CAR-T (extracción, selección de linfocitos, ingeniería genética, cultivo celular, infusión), ¿cuál es el más costoso, el más delicado y el más complicado?

La extracción de las células, por sí sola, no es la parte más costosa; lo que realmente encarece el proceso es todo lo que viene después, el procesamiento de esas células en laboratorios altamente especializados, donde cada procedimiento debe realizarse bajo condiciones muy controladas, con personal altamente cualificado y siguiendo estrictas normas de calidad y bioseguridad. A eso hay que añadir el coste de producir el vector genético que permite modificar los linfocitos, así como todos los controles necesarios para garantizar que el producto final sea seguro y eficaz. Es la suma de estos procesos —más que una única etapa— la que hace que la terapia CAR-T tenga un coste elevado.

Hay que recordar que esta terapia nació en centros de investigación, no en laboratorios industriales. En un primer

momento, el objetivo era demostrar que podía funcionar. Ahora el reto es distinto, tanto la industria como los investigadores trabajan para simplificar y optimizar estos procesos, de manera que la terapia pueda producirse a un menor coste y llegar a un mayor número de pacientes.

Más de 60.000 pacientes ya se han beneficiado en EEUU, ¿qué habría que hacer para que esta terapia llegue cuanto antes a países pobres y a los pobres de los países ricos?

En mi experiencia personal hemos visto que se aplican aquí, en España y en India, y que ha costado menos que en EE. UU. Esto quiere decir que lo que es ideal para EE. UU. igual se hace de otra manera en España. Investigadores españoles ya vinieron a mi laboratorio para ver cómo implementar la terapia y ahora lo están haciendo aquí en España, y lo que me dicen es que han utilizado un patrocinio académico público y el coste es menor que con las farmacéuticas.

El primer investigador español que se interesó en las terapias CAR-T y se puso en contacto conmigo fue Manel Juan, del Hospital Clínic de Barcelona, quien me pidió si sería posible venir a Filadelfia para aprender a aplicar esta técnica conmigo. Pasó seis meses en mi laboratorio y posteriormente introdujo esta terapia en España. Le animé a poner en marcha CAR-T en su hospital. Se trata de un desarrollo académico en el que cubrieron todo el proceso, desde la parte preclínica, pasando por la producción, hasta llegar a la aplicación clínica, y eso les permitió hacerlo más accesible.

En 2017 empezaron a trabajar con pacientes, en 2021 nos aprobaron el primer fármaco y en 2024 el segundo, que ya se han utilizado para tratar a más de 600 pacientes en España. En el caso de los linfomas, que son las grandes indicaciones para las células CAR-T, el 40 % de los pacientes que son susceptibles de recibir estas terapias ya las están recibiendo, mientras que en EE. UU. solo han tratado al 20 %. En España ha generado un sistema muy eficaz para democratizar el acceso, lo cual era realmente el gran problema, y cómo lo han tratado un buen camino de solución. Tenemos que conseguir que estas terapias sean mas asequibles, a todos y en todos los lugares.

El científico Carl H. June no manifiesta conflicto de intereses

Fuente: elmedicointeractivo.com

MINOCA: un cambio de paradigma en el diagnóstico de la lesión miocárdica

La reciente publicación en European Heart Journal, titulada A new definition of MINOCA: from infarction to injury, propone una revisión profunda del concepto de MINOCA (Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries), una entidad que representa entre el 5 % y el 10 % de los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio.

Durante años, MINOCA ha sido considerado un tipo particular de infarto de miocardio caracterizado por la ausencia de lesiones coronarias obstructivas

significativas en la angiografía. Sin embargo, los autores sostienen que esta denominación engloba mecanismos fisiopatológicos muy diversos y puede

conducir a interpretaciones diagnósticas y decisiones terapéuticas poco precisas.

El artículo plantea un cambio conceptual relevante: considerar MINOCA como un diagnóstico inicial o de trabajo, que identifica la presencia de una lesión miocárdica de probable origen isquémico, pero que requiere una investigación exhaustiva para establecer el mecanismo causal definitivo. Bajo esta perspecti-

va, el objetivo deja de ser únicamente confirmar la ausencia de enfermedad coronaria obstructiva y pasa a identificar la etiología responsable del daño miocárdico.

Entre las causas que pueden presentarse como MINOCA se incluyen la rotura o erosión de placa aterosclerótica, el

sigue en pág. 25

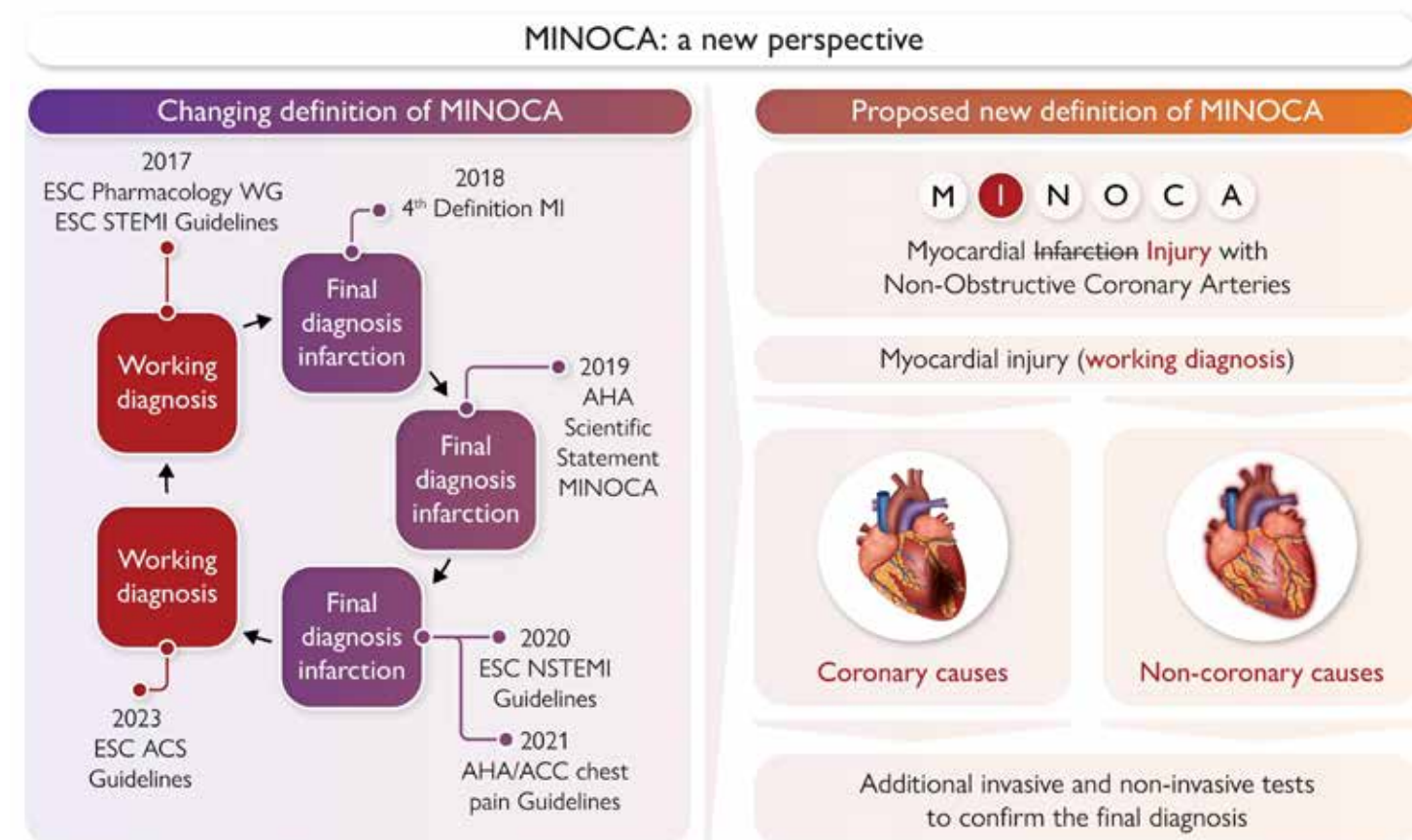
viene de pág. 24

vasoespasmo coronario, la disfunción microvascular, la embolia coronaria, la disección coronaria espontánea (SCAD) y el infarto de miocardio tipo 2 secundario a un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno. Cada una de estas condiciones posee un pronóstico y un tratamiento diferentes, lo que refuerza la necesidad de un abordaje diagnóstico individualizado.

Los autores destacan el papel de las técnicas de imagen avanzadas, especialmente la resonancia magnética cardíaca y la imagen intracoronaria mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) o ecografía intravascular (IVUS), herramientas que permiten esclarecer el mecanismo fisiopatológico en un alto porcentaje de los pacientes.

Desde el punto de vista clínico, este nuevo enfoque impulsa una medicina más personalizada. El tratamiento ya no debe basarse únicamente en la etiqueta diagnóstica de MINOCA, sino en la causa específica identificada. Así, mientras una rotura de placa puede requerir una estrategia similar a la del infarto aterotrombótico clásico, un vasoespasmo coronario responderá mejor a calcioantagonistas y nitratos, y una disección coronaria espontánea generalmente se beneficiará de un manejo conservador.

Esta propuesta representa un cambio de paradigma en la cardiología contem-



ACC, American College of Cardiology; ACS, acute coronary syndrome; AHA, American Heart Association; ESC, European Society of Cardiology; MI, myocardial infarction; MINOCA, myocardial infarction with non-obstructed coronary arteries; NSTEMI, non-ST-segment elevation myocardial infarction; STEMI, ST-segment elevation myocardial infarction, WG, working group.

Bucciarelli-Ducci C, et al. *European Heart Journal*.

poránea. Más que redefinir una enfermedad, invita a comprender MINOCA como un síndrome heterogéneo que exige una evaluación sistemática y multidisciplinaria. El diagnóstico no debe

detenerse cuando la angiografía muestra arterias sin obstrucciones significativas; por el contrario, ese es el punto de partida para identificar el mecanismo responsable y ofrecer un tratamiento

verdaderamente dirigido al paciente.

Fuente: <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurheartj/eha-g434/8708968?redirectedFrom=fulltext>

POR FEDERICO PÉREZ AGUDO

La bofanglutida consolida su potencial para mejorar el control glucémico en la diabetes tipo 2

Un ensayo clínico fase 2b muestra reducciones clínicamente relevantes de la hemoglobina glicosilada, pérdida de peso y un perfil de seguridad acorde con los agonistas del receptor GLP-1

UN NUEVO FÁRMACO PARA LA DIABETES TIPO 2 EN DESARROLLO

La búsqueda de nuevos tratamientos capaces de optimizar el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2 continúa impulsando el desarrollo de agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1). Entre las moléculas más prometedoras se encuentra la bofanglutida, un fármaco aún en investigación cuyos resultados clínicos sugieren una elevada eficacia para mejorar el control glucémico y otros parámetros metabólicos relevantes.

Un ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico y de fase 2b, realizado en 37 centros de China, evaluó la eficacia y la seguridad de esta molécula en 272 adultos con diabetes tipo 2. Los participantes recibieron diferentes esquemas de administración de bofanglutida, tanto semanales como quincenales, con dosis tituladas de 12, 18 y 24 mg, durante un periodo de seguimiento de 24 semanas.

IMPORTANTE REDUCCIÓN DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA

El objetivo principal del estudio fue analizar la variación de la hemoglobina glicosilada (HbA1c), el principal marcador del control glucémico a largo plazo.

Tras 24 semanas de tratamiento, todos los regímenes de bofanglutida produjeron reducciones significativas de la HbA1c respecto a los valores basales. La respuesta fue consistente en las diferentes pautas de administración, lo que demuestra la capacidad del fármaco para mantener un adecuado control de la glucemia con distintas estrategias posológicas.

Los investigadores destacan que la magnitud del descenso observado sitúa a la bofanglutida entre las moléculas más prometedoras dentro del grupo terapéutico de los agonistas del receptor GLP-1, aunque serán necesarios estudios confirmatorios para establecer definitivamente su lugar en la práctica clínica.



BENEFICIOS SOBRE EL PESO CORPORAL Y EL RIESGO CARDIOMETABÓLICO

Además del efecto hipoglucemiante, el tratamiento se asoció con una reducción del peso corporal y con mejoras en diversos indicadores relacionados con el riesgo cardiometabólico.

También se observaron cambios favo-

rables en variables vinculadas a la resistencia a la insulina y al estado metabólico global, resultados que concuerdan con los efectos fisiológicos característicos de esta familia farmacológica.

Estos hallazgos adquieren especial interés, ya que una proporción impor-

sigue en pág. 26

viene de pág. 25

tante de los pacientes con diabetes tipo 2 presenta obesidad o exceso de peso, factores que incrementan el riesgo cardiovascular y dificultan el control de la enfermedad.

PERFIL DE SEGURIDAD COHERENTE CON LA CLASE TERAPÉUTICA

La seguridad observada durante el ensayo fue compatible con la ya conocida para los agonistas del receptor GLP-1.

Los acontecimientos adversos más

frecuentes fueron gastrointestinales, principalmente náuseas, vómitos y molestias digestivas, que en la mayoría de los pacientes fueron de intensidad leve o moderada. No se identificaron nuevas señales de seguridad ni efectos inesperados durante el periodo de seguimiento.

En conjunto, los datos indican que la tolerabilidad de la bofanglutida resulta consistente con el perfil farmacológico esperado para esta clase de medicamentos.

UNA MOLÉCULA CON UN DESARROLLO CLÍNICO AÚN EN

MARCHA

Pese a los resultados favorables, la bofanglutida continúa siendo un medicamento en investigación y todavía no dispone de autorización para su uso clínico. Por ello, su empleo permanece restringido al ámbito de los ensayos clínicos.

Actualmente se están desarrollando estudios de fase 3 con las dosis de 12 y 18 mg administradas cada dos semanas, cuyo objetivo es confirmar la eficacia y la seguridad observadas en esta fase inicial y aportar información sobre su rendimiento a largo plazo en poblaciones

más amplias.

La evolución de estos estudios será determinante para establecer el papel que esta molécula podrá desempeñar en el tratamiento futuro de la diabetes mellitus tipo 2.

Los resultados del ensayo se publicaron en la revista *Annals of Internal Medicine*, una de las publicaciones internacionales de mayor prestigio en medicina interna, lo que refuerza la relevancia científica de estos hallazgos y el interés creciente por el desarrollo de nuevas terapias basadas en agonistas del receptor GLP-1.

Fuente: *EuropaPress*

POR NATASHA ZARICH DIMITRIEVICH

La razón por la que dos cánceres con el mismo diagnóstico son en realidad muy diferentes

Dos pacientes reciben el mismo diagnóstico: cáncer de colon. A primera vista todo indica que se enfrentan a la misma enfermedad y que, por ello, recibirán tratamientos similares. Sin embargo, mientras uno responde satisfactoriamente a la terapia, el otro apenas se beneficia de ella. ¿Cómo es eso posible?

Durante mucho tiempo esta diferencia resultaba difícil de explicar. Si dos tumores se originaban en el mismo órgano y tenían un aspecto similar al microscopio se consideraban esencialmente la misma dolencia. Pero la revolución genómica ha cambiado radicalmente esta visión: hoy sabemos que no existen dos cánceres iguales, aunque provengan del mismo órgano y sean del mismo tipo.

La razón es que cada cáncer sigue una trayectoria evolutiva propia. Mucho antes del diagnóstico, una célula adquiere alteraciones genéticas que le confieren una ventaja de crecimiento. A medida que se divide, sus descendientes acumulan nuevas mutaciones y otros cambios moleculares, lo que genera distintos grupos celulares.

Cuando el tumor se hace detectable ya no lo constituye una población homogénea, sino una comunidad diversa de células con características biológicas diferentes.

EVOLUCIÓN Y EPIGENÉTICA

Se trata de un proceso sorprendentemente parecido a la evolución de las especies. Todas las células tumorales descienden de una misma célula ancestral, pero cada división ofrece oportunidades para que surjan nuevas variaciones. Con el tiempo, algunas adquieren ventajas que les permiten expandirse más que otras. Así, la selección natural actúa continuamente dentro del tumor y favorece las poblaciones mejor adaptadas a su ambiente.

Porque, como ocurre en cualquier ecosistema, el entorno también importa. Las células tumorales conviven con



vasos sanguíneos, células inmunitarias, fibroblastos (células presentes en el tejido conectivo) y numerosas señales químicas. Este microambiente influye de forma decisiva en la evolución de la enfermedad.

A ello se suman los cambios epigenéticos. Sin alterar la secuencia del ADN, ciertos mecanismos pueden activar o silenciar genes, haciendo que células con información genética similar se comporten de forma muy distinta. Algunas alteraciones pueden incluso conferir la capacidad de invadir otros tejidos y colonizar órganos distantes, un proceso conocido como metástasis.

El tratamiento, una vez aplicado, actúa como una nueva presión selectiva. Las células más vulnerables desaparecen, mientras que las resistentes tienen más probabilidades de sobrevivir. Estas continúan multiplicándose, transmitiendo sus ventajas y acumulando nuevas alteraciones.

Así, la diversidad previa al tratamiento puede acabar dando lugar a la resistencia terapéutica.

EL CÁNCER NO ES UNA ENFERMEDAD ESTÁTICA

Durante mucho tiempo fuimos incapaces de observar esta complejidad. Sin embargo, las nuevas tecnologías permiten analizar miles de células individualmente y estudiar distintas

regiones del tumor. Gracias a ellas podemos reconstruir su historia evolutiva con un detalle impensable hace apenas dos décadas.

Quizá por eso una de las lecciones más importantes de la oncología moderna es que el cáncer no es una enfermedad estática, sino un proceso evolutivo en constante cambio. Este conocimiento está transformando la forma de tratarlo. Cada vez es más posible adaptar los tratamientos a las características específicas de cada tumor, un enfoque conocido como medicina de precisión.

Un ejemplo de esta tendencia son las pruebas moleculares. Estas se pueden utilizar, por ejemplo, en determinados casos de cáncer de mama para identificar pacientes que podrían beneficiarse especialmente del tratamiento con bisfosfonatos y reducir el riesgo de metástasis óseas.

Del mismo modo, en cáncer colorrectal, alteraciones como la inestabilidad

de microsatélites —una característica de algunos tumores que acumulan un gran número de mutaciones debido a fallos en la reparación del ADN— permiten identificar pacientes con mayor probabilidad de responder a la inmunoterapia. Otro ejemplo son las terapias CAR-T, en las que las células inmunitarias del propio paciente se modifican en el laboratorio para reconocer y atacar células tumorales específicas.

Volvamos a la pregunta inicial. ¿Por qué dos pacientes con el mismo diagnóstico pueden responder de forma tan distinta? La respuesta es que cada cáncer tiene su propia historia evolutiva. Aunque dos tumores parezcan similares, nunca recorren exactamente el mismo camino. Descifrar esa historia es uno de los grandes retos de la oncología actual y una de las claves para desarrollar tratamientos cada vez más eficaces.

Fuente: <https://theconversation.com>

20
años

EL DIARIO
MEDICO

POR NUÑO DOMÍNGUEZ

Mónica Bettencourt-Dias, bióloga: “La gran pregunta sobre el cáncer es cómo consigue sobrevivir a los tratamientos”

La investigadora portuguesa es la primera mujer en dirigir en Centro de Regulación Genómica de Barcelona, uno de los más punteros del mundo en su campo

Mónica Bettencourt-Dias (Lisboa, 53 años) es la primera mujer y la primera persona de fuera de España que dirige el Centro de Regulación Genómica (CRG), en Barcelona, desde su creación en 2000. A sus mandos estarán 476 científicos de 47 nacionalidades distintas, una auténtica torre de Babel que es uno de los centros más prestigiosos y competitivos del mundo en su campo. Hija de un matemático y una investigadora en ciencias sociales, Bettencourt-Dias, doctora en Biología Molecular por el University College de Londres, desembarca en España tras una exitosa carrera en la que ha dirigido el Instituto Gulbekian de Ciencia, en Lisboa, ha encabezado el comité de políticas de la Organización Europea de Biología Molecular y presidido EU-Life, la alianza de los mejores centros de ciencia de la Unión Europea. Su especialidad científica son los centriolos, orgánulos de la célula tan desconocidos como esenciales para casi cualquier aspecto de la vida, incluido su primer capítulo, cuando un espermatozoide entra en el óvulo y crea la primera célula de la que proviene una persona. Bettencourt-Dias también es especialista en comunicación científica, y ha dedicado parte de sus esfuerzos a garantizar el acceso equitativo a la ciencia en países de África.

En esta entrevista la bióloga molecular habla de los grandes retos para la ciencia del futuro, de los problemas de Europa para evitar que sus investigadores se marchen a otras regiones y de las principales preguntas que se podrán responder gracias a la potente tecnología del CRG.

Pregunta. ¿Qué puede hacer la ciencia para solucionar los grandes problemas

a los que nos enfrentamos en la actualidad?

Respuesta. Probablemente, la cosa más importante que la ciencia aporta al mundo es el pensamiento crítico. Es cómo la gente interactúa con el mundo, cómo lee las noticias, cómo toma decisiones, qué medicinas consume, si se vacuna o no. Son decisiones cruciales para la persona y para la sociedad; y creo que los científicos debemos estar mucho más conectados con el resto del mundo para transmitir este instrumento único, la herramienta fundamental para tomar decisiones.

P. ¿Cree que se está perdiendo el pensamiento crítico?

R. Claramente, sí. Después de la pandemia de covid y las vacunas, uno esperaría que todo el mundo fuese consciente del poder de la ciencia, pero no es así. En esto hemos fallado los científicos, y también los periodistas. Tenemos el deber urgente de encontrar nuevas formas de comunicar.

P. El CRG tiene un presupuesto de más de 40 millones de euros, aportados en buena parte por la Generalitat de Cataluña, y otra parte menor por el Ministerio de Ciencia del Gobierno central. ¿Qué les pediría a los gobernantes para mejorar la calidad de la ciencia hecha en España?

R. En España hay una fuerte inversión en ciencia. Por supuesto, podría ser mejor, pero aquí veo visión a largo plazo; algo que no es frecuente en otros lugares. Aquí en Barcelona, independientemente de los cambios de Gobierno, se ve que siempre ha habido apoyo a la ciencia. Al



La bióloga molecular Mónica Bettencourt-Dias, nueva directora del Centro de Regulación Genómica de Barcelona. GIANLUCA BATTISTA

atraer a la industria farmacéutica y otros actores, se va a crear un polo científico de gran impacto para Cataluña, España y toda Europa. Hay muchos fondos y programas para atraer talento, pero no para retenerlo. Esto creo que se puede hacer mejor.

P. ¿Cuál es su principal objetivo al mando del CRG?

R. Nos enfrentamos a uno de los mayores retos imaginables: entender la biología, la genómica, y ser capaces de predecir cómo el medio ambiente modelará la evolución de los seres vivos. También diseñar proteínas nuevas, incluso células nuevas, que no existían en la naturaleza. Para ello, contamos con buena ciencia básica y dos potentes herramientas: la inteligencia artificial y el poder de computación. En el CRG tenemos el Archivo Europeo de Genomas y Fenomas. Somos los únicos de España y de Europa que tenemos algo así. Nosotros hacemos ciencia movida por la curiosidad, pero muchas veces descubrimos cosas aplicables a la salud, y este lugar, cerca de muy buenos hospitales, es único. También lo son el Mediterráneo y la Península Ibérica, y la ciencia que hacemos tendrá un impacto en su biodiversidad.

P. Además de dirigir el CRG, usted también lidera un grupo de investigación. ¿En qué se centra?

R. Nos enfocamos en los centriolos. Son estructuras superpequeñas que pueden formar centrosomas, que componen el citoesqueleto de las células. También forman dentro de las células pequeñas antenas que son esenciales para muchas cosas, como que los ojos perciban la luz, expulsar partículas externas de nuestro sistema respiratorio o propulsar a los espermatozoides. Estas antenas, llamadas

cilios, están involucradas en casi todas las funciones cruciales de la vida celular: la división celular, la comunicación entre células, la alimentación. Están en casi todas nuestras células y en casi todas las formas de vida compleja.

P. ¿Están relacionados también con enfermedades?

R. Sí, con el cáncer. También con la microcefalia, la degeneración de la retina, la obesidad, la simetría del cuerpo y sus órganos. Son esenciales para la salud humana, y también para las algas que capturan el dióxido de la atmósfera.

P. ¿Qué queda por saber de ellos?

R. Ignoramos cómo se heredan estas estructuras. Es muy interesante porque, al igual que nuestro ADN mitocondrial viene solo de la madre, los centriolos los heredamos del padre, porque son la base del flagelo del espermatozoide. Y estas estructuras se heredan de una célula a otra, desde que somos una sola célula hasta que nuestro cuerpo contiene unos 30 billones. Además, es muy importante heredar el número de centriolos adecuados. Si hay más de los adecuados, puede aparecer el cáncer. Y uno de nuestros últimos hallazgos es que los virus parecen ser claves en mantener la integridad de estas estructuras dentro de nuestras células.

P. ¿Cuál es la pregunta más importante sobre cáncer que queda por responder?

R. La próxima gran pregunta sobre cáncer es sobre su heterogeneidad celular, que le permite sobrevivir a los tratamientos. Un tumor es un conjunto de células muy heterogéneo, y algunas escapan



La bióloga molecular Mónica Bettencourt-Dias, nueva directora del Centro de Regulación Genómica de Barcelona. GIANLUCA BATTISTA

sigue en pág. 28

viene de pág. 27

a los fármacos y seguirán evolucionando hacia algo nuevo. Entender esa heterogeneidad e incluso poder controlarla es la gran cuestión.

P. La tecnología a menudo determina

los nuevos hallazgos. ¿Qué se puede lograr?

R. El gran reto futuro es la proteómica espacial de alta resolución para mapear el proteoma de células individuales y sus compartimentos internos. Esto revelará la heterogeneidad dentro de cada célula, en humanos y otros organismos del en-

torno, transformando nuestra comprensión sobre cómo funcionan las células y cómo interactúan con su medio.

P. Estados Unidos es la mayor potencia científica mundial y China le está igualando. ¿Qué tiene Europa que ofrecer?

R. Lo más importante que tenemos

son nuestros valores. La libertad para investigar guiada por la curiosidad, sin dirigismos. También cómo compartimos nuestros datos de forma abierta. A esto añadido colaboración y cooperación. Así es como debemos atraer a las mentes más brillantes: valores e inversión en ciencia.

Fuente: El País Madrid

Sobreutilización de pruebas diagnósticas en síndrome del intestino irritable empieza en la facultad: estudio en 14 países de Latinoamérica

Debate sobre el uso apropiado de pruebas diagnósticas. Diversos informes clínicos destacan la necesidad de reducir estudios innecesarios, especialmente en pacientes con síndrome del intestino irritable, promoviendo una medicina más basada en la evidencia y menos dependiente de pruebas de bajo valor.

La tendencia de profesionales en medicina a solicitar una cantidad excesiva de pruebas antes de convencerse que un paciente tiene síndrome del intestino irritable u otro trastorno prevalente de la interacción intestino-cerebro puede atribuirse a factores como incertidumbre, miedo a no detectar una enfermedad más grave y cultura de formación más que a la falta de conocimiento de los criterios positivos diagnósticos, sugiere una publicación de Journal of Neurogastroenterology & Motility realizada en 238 estudiantes de medicina de 45 universidades de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, República Dominicana,

Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Perú, Uruguay y Venezuela.

Hallazgo: Los criterios de Roma IV indican que cuando un paciente presenta determinados síntomas digestivos y ausencia de señales de advertencia, como sangrado gastrointestinal, pérdida de peso no intencionada, fiebre, diarrea nocturna o antecedentes familiares que sugieran una enfermedad gastrointestinal grave, corresponde diagnosticar un trastorno de la interacción intestino-cerebro, tranquilizar al paciente y discutir opciones de tratamiento y un plan de seguimiento. En el estudio, tres de cada cuatro participantes habían tomado cla-

ses sobre esos trastornos y oído hablar de los criterios de Roma.

Sin embargo, cuando analizaron un caso clínico que describía los requisitos para un diagnóstico de síndrome del intestino irritable, 70 % solicitó pruebas diagnósticas iniciales. Las indicaciones de pruebas aumentaron según la gravedad de los síntomas y persistieron en 53 % de los casos a pesar de que las pruebas de laboratorio estaban dentro de los rangos normales.

Interpretación: Una explicación de los resultados es que la formación médica suele enfatizar la identificación de enfermedades raras pero graves y recompensa una investigación exhaustiva. "Estudiantes pueden aprender los criterios de Roma en clases teóricas, pero reciben menos formación sobre cómo aplicar estos principios cuando se enfrentan a la incertidumbre en la práctica clínica", se-

ñaló el primer autor, Dr. Manuel Linares, médico argentino que actuó como becario de investigación en la Escuela de Medicina Miller de University of Miami, en Miami, Estados Unidos, agregando que mejorar este escenario probablemente requiera más que simplemente enseñar los criterios. "Las estrategias educativas deberían centrarse en el razonamiento clínico, incluyendo aprendizaje basado en casos, discusión de la incertidumbre diagnóstica, reconocimiento de señales de advertencia y formación sobre cuándo la evaluación está —y cuándo no— indicada. Los estudiantes necesitan oportunidades para practicar diagnósticos positivos con confianza en lugar de considerar cada presentación funcional como un diagnóstico que primero debe demostrarse mediante la exclusión".

Fuente: medscape.com

Más pruebas a favor de las fluoroquinolonas en la leucemia aguda

La profilaxis antibiótica en leucemia aguda es objeto de discusión. Se plantea incluso abandonarla, pero antes sería necesario disponer de alternativas. Un estudio refuerza su uso.

Un nuevo estudio aporta datos que respaldan el uso selectivo de fluoroquinolonas como profilaxis antibiótica en pacientes con leucemia aguda sometidos a quimioterapia intensiva, un campo que continúa generando debate entre los especialistas por el equilibrio entre beneficios y riesgos.

Los pacientes con leucemia aguda, especialmente aquellos que atraviesan periodos prolongados de neutropenia tras recibir tratamiento, presentan un elevado riesgo de infecciones bacterianas graves. Para reducir estas complicaciones, las guías clínicas han recomendado durante años el empleo preventivo de antibióticos como las fluoroquinolonas en determinados pacientes de alto riesgo.

Sin embargo, esta estrategia no está exenta de controversia. El aumento de las resistencias bacterianas, la alteración de la microbiota intestinal y los posibles efectos adversos han llevado a algunos grupos a plantear si debería abandonarse la profilaxis rutinaria y buscar alternativas más dirigidas.

Los nuevos datos indican que, en pacientes seleccionados, la profilaxis con fluoroquinolonas puede disminuir episodios de neutropenia febril y algunas infecciones bacterianas durante las fases más vulnerables del tratamiento. En pacientes con leucemia mieloide aguda tratados con terapias como venetoclax y azacitidina, el uso de levofloxacin se ha asociado con una reducción de infecciones documentadas sin observar un incremento temprano significativo de resistencias.

Otros análisis recientes también han señalado beneficios en la reducción de fiebre neutropénica e infecciones del torrente sanguíneo, aunque los expertos subrayan que la decisión debe individualizarse según el riesgo del paciente, los patrones locales de resistencia antibiótica y la capacidad de vigilancia clínica del centro.

La conclusión actual no apunta a un uso indiscriminado de estos antibióticos, sino a una estrategia personalizada: mantener la profilaxis en aquellos pacientes con mayor riesgo de infección

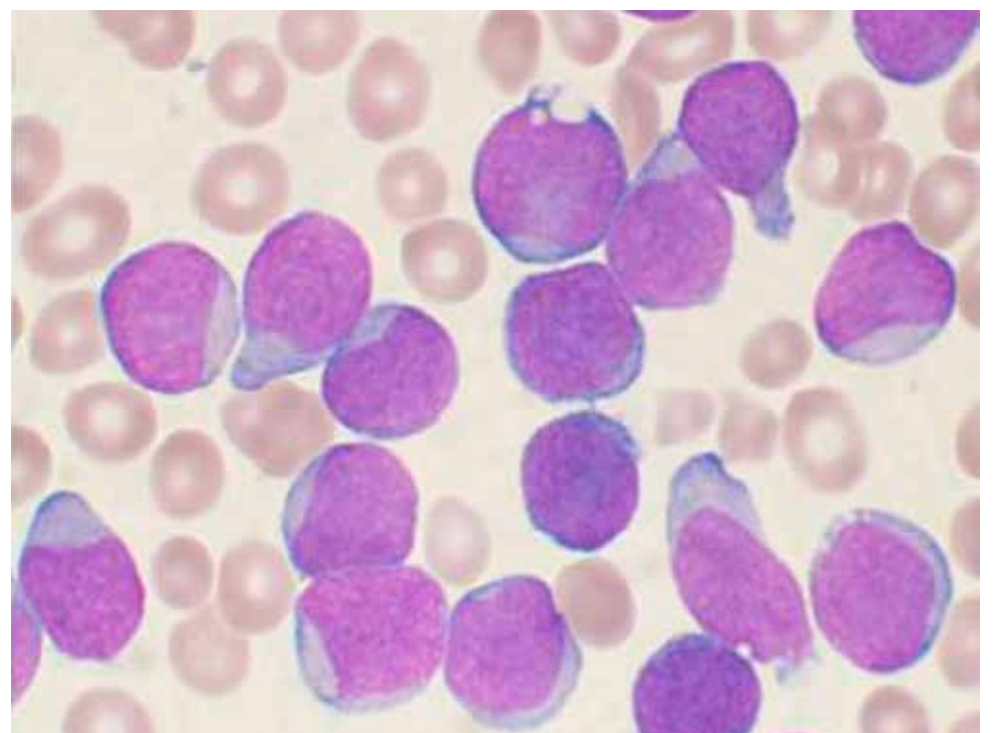


Imagen tintada de la médula ósea de un paciente con leucemia linfoblástica aguda. FOTO: CSIC.

mientras se refuerzan los programas de uso responsable de antimicrobianos.

El debate continúa abierto, pero la evidencia acumulada sugiere que las fluoroquinolonas siguen teniendo un papel relevante en la prevención de com-

plicaciones infecciosas en determinados pacientes con leucemia aguda.

Fuentes: www.diariomedico.com
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41700141/>