

SESIÓN DEL DÍA MARTES 11/09/2018

16.- Centros o Servicios de Referencia en Salud. (Normas para su designación y funcionamiento)

—Se pasa a considerar el asunto que figura en tercer término del orden del día: "Centros o servicios de referencia en salud. (Normas para su designación y funcionamiento)".

—Léase el proyecto.

—En discusión general.

Tiene la palabra el miembro informante, señor diputado Luis Gallo Cantera.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Señor presidente: el proyecto de ley aprobado por el Senado, que declara de interés general la designación de Centros o Servicios de Referencia de Salud fue considerado por la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de esta Cámara de Representantes. Al término de su análisis, se votó afirmativamente, por unanimidad, con salvedades en los artículos 2º, 9º y 18, todo de acuerdo con los fundamentos que en el presente informe se desarrollan y las salvedades que en sala se expresarán.

Como lo consignaran, tanto la exposición de motivos enviada con el proyecto del Poder Ejecutivo como el informe de la Comisión de Salud Pública del Senado, la presente iniciativa legislativa está enmarcada en el proceso de mejora continua que todo sistema de salud debe tener siempre vigente y activo.

En efecto, en directa aplicación de los principios rectores de nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud, a los diez años de su creación se propone esta innovación legislativa a nivel nacional que observa y recoge las mejores experiencias internacionales y nacionales, así como las recomendaciones de la Academia Nacional de Medicina.

Hay frases y conceptos que, si bien se han repetido y están desgastados, reafirman su contenido cada vez que son expresados. Para este caso, el mandato de superar la fragmentación y la superposición de los recursos en los servicios de salud y buscar la eficiencia con eje en el modelo centrado en los usuarios, logra conjugarse y aplicarse en forma cabal, pues la última medicina que lleva la impronta del avance tecnológico como signo constante desafía al administrador y rector de los sistemas a mantener el óptimo nivel de eficiencia y calidad, con propuestas en la línea de la mayor accesibilidad por los usuarios.

Para la presente propuesta de creación de los Centros o Servicios de Referencia en Salud, esta aludida eficiencia y calidad en la afectación de los recursos se traduce en mejorar los diagnósticos de las patologías complejas y de baja prevalencia y en concentrar la experiencia en equipos referentes especializados y reconocidos a nivel de sistema. Es innegable la proporción directa que presenta el mayor número de tratamientos de la misma enfermedad con los mejores resultados y el abatimiento de sus costos.

Esta propuesta de reconocimiento de especialización a nivel de sistema de equipos en determinadas patologías complejas y de baja prevalencia, que serían los centros de referencia, está consolidada, a nivel comparado, en países

con sólidos sistemas de salud, que pueden acreditar con información estadística que a partir de su implementación se han alcanzado las aludidas mejoras en eficiencia en la utilización de los recursos, consecuencia positiva e infalible que tendrá para Uruguay esta iniciativa.

Así lo confirmamos en el trabajo realizado en esta Comisión con las delegaciones recibidas, encontrando eco, en su mayoría, en cuanto al texto del presente proyecto de ley. Por tanto, elevamos el presente informe favorable, con salvedades de algunos integrantes en cuanto a los artículos 2º, 9º y 18, que se formularán en sala, recomendando al plenario la aprobación del texto que ya tiene media sanción del Senado, con la sola modificación de su artículo 15 respecto a la integración de un órgano creado por la norma.

En Uruguay existen hoy varios y muy reconocidos servicios especializados en determinadas patologías y procedimientos que ya han logrado consolidar su prestigio. El ejemplo más divulgado y conocido es el Centro Nacional de Quemados -Cenaque-, que funciona como Instituto de Medicina Altamente Especializada -IMAE- en el Hospital de Clínicas, en la órbita de la Universidad de la República, adonde se deriva de instituciones del ámbito público y del privado de todo el país, a fuerza de convicción por conveniencia, especialidad y mejor atención del paciente.

Hay varios institutos que actúan como referencia con igual prestigio. En esa lista están el Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras del Banco de Previsión Social, el Servicio de Neurocirugía del Hospital Regional de Tacuarembó, la Unidad Bi-Institucional de Enfermedades Hepáticas y Trasplante Hepático del Hospital de Clínicas y el Hospital Central de las Fuerzas Armadas y la Unidad de Ataque Vascular del Hospital de Clínicas, entre otros. Para todas estas positivas experiencias prácticas de especialización focalizada en determinadas patologías y procedimientos, el propuesto sistema de designación de Centros o Servicios de Referencia en Salud los fortalece y complementa, implantando la obligatoriedad de derivar en el caso de estar designados como tales.

En correcta técnica legislativa, el texto remitido por el Poder Ejecutivo, aprobado con modificaciones en el Senado ordena en seis capítulos y en un total de veintiún artículos el objeto o tema a definir y regular con rango de ley.

En el primer capítulo sobre disposiciones generales, los artículos 1º y 2º abordan el objetivo a legislar, donde se declara el interés general en la materia y la definición que la ley dará al novel instituto o entidad "Centro o Servicio de Referencia en Salud", que serán aquellos designados por el Ministerio de Salud Pública que se aboquen exclusivamente a la atención de patologías con las siguientes características dadas por el legislador: generalmente complejas y de baja prevalencia; elevado nivel de especialización y que demanden recursos tecnológicos de alta especialización.

Se delega la precisión del elenco de patologías con esas características a la autoridad administrativa competente, Ministerio de Salud Pública, quien definirá los criterios macro para conjugar la lógica y la reorganización de la propuesta.

En el artículo 3º, también se impone el mandato legal de velar por la cobertura geográfica que asegure a los usuarios igualdad y equidad en el acceso a estos servicios. En el artículo 4º, en clara facultad exclusiva del

legislador, se establece la derivación obligatoria entre prestadores, quedando ordenada por el artículo 6º los procedimientos de referencia y contrarreferencia, esta última de óptima evaluación práctica a nivel nacional e internacional.

Cabe destacar la especial atención dada en el proyecto al aspecto formativo y de trasmisión del conocimiento que se vaya generando en la especialidad desarrollada. En efecto, el proyecto, en dos pasajes, vela por la obligación de difundir el conocimiento a cargo de los futuros Centros o Servicios de Referencia en la Salud.

En primer lugar, al momento de aspirar a su designación o reconocimiento como tal, entre los seis criterios considerados en el artículo 7º se define el "Acreditar capacidad y disposición para la formación, en la actividad que se trate, de profesionales externos al centro o servicio, sin perjuicio de la capacitación continua de los propios profesionales de la entidad".

La otra prudente previsión en este aspecto, definida como un capítulo del proyecto, está en el artículo 19, donde se impone que "Los Centros y Servicios de Referencia deberán contar con políticas y actividades formativas en las respectivas especialidades que se realicen en ellos, pudiendo a tales efectos celebrar convenios con la Universidad de la República u otras instituciones educativas, con supervisión del Ministerio de Salud Pública".

Con estos mandatos y especiales exigencias en formación permanente, externa e interna, al momento de postularse y luego, en el ejercicio profesional, queda definido, con la sensible y necesaria importancia en la voluntad del legislador, el tema de la cooperación y la trasmisión del conocimiento médico desarrollado a través de la práctica en las condiciones de referencia obligatoria, con el que se propone ejercer y practicar la profesión médica para las especiales patologías de baja prevalencia y alta especialización y costo elevado.

Como es de estilo, el proyecto que se aconseja aprobar al plenario otorga potestades al Ministerio de Salud Pública, órgano sanitario competente en toda la policía y tutela sanitaria del país, sujeto a control parlamentario. Asimismo, prevé el funcionamiento de una Comisión Honoraria Asesora que crea el artículo 15, de neto corte técnico, con una integración que recoge las mejores experiencias similares de nuestro país.

Para la integración de esta Comisión Honoraria Asesora, la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de esta Cámara entendió y votó por unanimidad la necesidad de una única modificación al texto aprobado por el Senado, incorporando un integrante en representación "de los prestadores integrales de salud". Ello recoge la preocupación de las entidades médicas que fueron recibidas en el seno de la Comisión, habiéndose acordado en forma unánime su pertinencia, no siendo objetado por los autores de esta iniciativa, que tendrán la responsabilidad de su buen funcionamiento.

Para la búsqueda de un ponderado análisis y asesoramiento previos que hará esta Comisión Honoraria Asesora al Ministerio de Salud Pública, por el artículo 17 también se prevé enriquecerlos con la presencia, con voz pero sin voto, de expertos en sus deliberaciones de trabajo.

Sin lugar a dudas, este órgano técnico consultivo tiene asignados los sustanciales y sensibles cometidos descriptos en el artículo 16, que son la evaluación de las necesidades de todo el Sistema de Salud y la proposición de designaciones, renovaciones y revocaciones de centros y servicios de referencia y la elaboración de procedimientos de referencia y contrarreferencia a observarse por usuarios y profesionales.

Existe un capítulo destinado al financiamiento. A través del artículo 18 se elabora un criterio de previsión financiera para estos Centros o Servicios de Referencia en Salud que se prevén crear por este proyecto de ley, de acuerdo a si las patologías reconocidas ya están cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos -FNR- o por el Plan Integral de Atención en Salud -PIAS-, exigiéndose, para el caso de nuevas coberturas que se propongan, informes favorables de evaluación económica y de impacto presupuestal realizados por el FNR y avalados por el Ministerio de Economía y Finanzas.

Asimismo, en el artículo 19 se previó específicamente la situación de usuarios amparados por Sanidad de las Fuerzas Armadas, el Ministerio del Interior y ASSE, sin aportes o con carné de asistencia. A las autoridades de esos colectivos se les otorga la opción de cobertura prepaga a través del Fondo Nacional de Recursos o por pago directo de los actos médicos efectivamente realizados.

Por último, y como se impone en toda norma con rango de ley, el proyecto contiene un capítulo donde se prevé la existencia de sanciones tanto económicas como administrativas, sin perjuicio de acciones civiles y penales para los actos de incumplimiento del nuevo régimen que se instituye.

En definitiva, con las salvedades que en sala se expresarán acerca del texto de los artículos 2º, 9º y 18, y con la única modificación en el artículo 15 del texto aprobado por el Senado, la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social entiende que el proyecto que se eleva, con opinión e informe favorable, a consideración del plenario de esta Cámara constituye una valiosa propuesta para el perfeccionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud. Como se dijera anteriormente, este proyecto de ley fue tomado de las mejores prácticas institucionales, extranjeras y nacionales, sobre el cual se ha logrado el consenso técnico y académico, además del político.

Con orgullo y convicción de avance y complemento fundamental al Sistema Nacional Integrado de Salud, sugerimos a esta Cámara la aprobación de dicho proyecto.

Gracias, señor presidente.

SEÑOR PRESIDENTE (Jorge Gandini).- Tiene la palabra el señor diputado Martín Lema.

SEÑOR LEMA (Martín).- Señor presidente: voy a hacer una referencia muy breve con respecto a la exposición que acaba de efectuar el diputado preopinante y al contenido y presentación de este proyecto de ley.

En primer lugar, nos llamó la atención un proyecto de estas características, teniendo en cuenta a lo que apunta. Por lo que acaba de señalar el diputado Gallo, uno se lo imagina más para impulsarlo a principios del período, y no llegando prácticamente al final. Eso nos llamó la atención.

También nos llamó la atención la instancia en que se presentó: unos días antes de que me tocara interpelar al ministro de Salud Pública en la Comisión Permanente, el 21 de febrero de 2017. Esa interpelación consistía en la habilitación de un IMAE cardiológico para el norte del país. Reitero que nos llamó la atención el momento en que se presentó. De hecho, hemos visto cómo en un principio, desde el Gobierno, no se tenía una estrategia clara en cuanto a este tipo de iniciativas. ¿Por qué decimos esto? Porque durante un tiempo el Ministerio de Salud Pública y el Gobierno negaron la habilitación de un IMAE cardiológico en el norte del país, pues estaba este proyecto de ley sobre centros de referencia.

Nosotros entendíamos que las autoridades del Ministerio de Salud Pública tenían un plan, y que este no se basaba en la habilitación de un IMAE cardiológico, situación con la que teníamos una discrepancia totalmente legítima, porque peleábamos particularmente por la habilitación de un IMAE cardiológico en el norte del país.

Finalmente, el 18 de abril de 2017, luego de haber negado en forma permanente la instalación de un IMAE cardiológico en el norte del país, se termina habilitando el IMAE cardiológico de Salto, contradicción que celebramos porque veíamos con preocupación la falta de estrategia de un Gobierno que un día sí, y otro también, nos decía que un IMAE cardiológico en el norte del país no tenía razón de ser y basaba su explicación en el proyecto de ley de centros de referencia. Realmente, en su momento nos confundía un poco esta contradicción del Ministerio de Salud Pública.

Sin perjuicio de estos antecedentes, que creemos no se inscriben en una estrategia -de ser así tendría que haberse producido al inicio del período-, entendemos que cualquier iniciativa que sea buena para los usuarios del sistema de salud debe ser apoyada. En ese sentido, vamos a votar en general el proyecto, así como muchos de sus artículos.

No obstante, advertimos que este proyecto tendrá problemas a la hora de instrumentarse, y para afirmar esto nos basamos en lo que dijo el señor ministro de Salud Pública en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, ya que no nos contestó un montón de interrogantes a propósito de la instrumentación. Esta falta de respuesta nos generó muchas dudas y por eso creemos que en algunos aspectos se terminará improvisando. Si bien vamos a apoyar la iniciativa -desde el día en que asumimos esta responsabilidad nos propusimos apoyar con absoluta determinación toda iniciativa que sea buena para los usuarios-, tenemos el deber y la responsabilidad de advertir que este proyecto no será fácil de instrumentar.

Por otra parte, no vamos a votar el artículo 18, vinculado con el financiamiento, entre otras cosas, porque solicitamos al señor ministro de Salud Pública el informe de impacto económico que esta iniciativa podría tener, pero no lo presentó. Incluso, dijimos al señor ministro que si al momento de comparecer a la Comisión para explicar este proyecto no tenía el informe de impacto económico, con mucho gusto estábamos dispuestos a recibirlo en los últimos días. Hasta hoy el oficialismo no ha presentado un informe de impacto económico, lo que incrementa nuestras dudas en cuanto a su instrumentación.

Por tanto, si bien entendemos que el momento en que fue presentado el proyecto no era el oportuno y que no cuenta con un informe de impacto económico que permita garantizar su respectiva instrumentación, muchas de sus disposiciones forman parte de una tendencia mundial, y como a nivel teórico es compartible, vamos a acompañar este proyecto de ley en general y una cantidad de artículos, salvo el que corresponde al financiamiento, por las razones que acabo de explicar, y algunas otras.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE (Jorge Gandini).- Tiene la palabra el señor diputado Walter De León.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Señor presidente: a pesar de las salvedades presentadas por la oposición con respecto a los artículos 2º, 9º y 18, quiero resaltar su actitud de colaboración para sacar adelante este proyecto que realmente va en la línea del "estado del arte", como mencionó el señor diputado preopinante, especialmente en lo que están haciendo hoy los países de la OCDE, cuyos sistemas sanitarios tienden más al bien público.

No voy a ser reiterativo, pero me interesa dejar bien claro qué se desprende de este proyecto. Más allá de la coordinación y de lograr que el sistema sea más coherente, acá estamos hablando de la calidad de los cuidados médicos. La calidad está determinada por la estructura, los procesos y los resultados; ya hay acuerdo en lo que se llama administración sanitaria en cuanto a que estos pilares son los que determinan la calidad de los cuidados médicos.

Esas estructuras, esos procesos, estarán concentrados en un lugar determinado donde coincida el recurso humano -el clave y importante en la medicina-, formado al más alto nivel en patologías de baja prevalencia y de alta complejidad, con los equipos tecnológicos -hoy existe una relación muy importante entre ciencia y tecnología-, todo lo cual, además del análisis de procesos, garantizará los mejores resultados para nuestros ciudadanos. Estamos hablando de un paso importantísimo en la calidad de los servicios médicos.

Por supuesto que la medicina no es solo la medicina altamente especializada y que la atención primaria es fundamental, pero el surgimiento de diagnósticos más precisos ha logrado aumentar la expectativa de vida de los pacientes y ello hace necesario que se proceda a una concentración.

Por otra parte, más allá de que puedan aumentar los costos, se trata de la relación costo-efectividad y de ganar años con calidad de vida, y en ese sentido vamos a lograr avances muy importantes.

Este proyecto, para un país muy pequeño como Uruguay, es muy importante, y no creo que vaya a tener problemas de implementación. Por supuesto, una cosa es redactar una ley y otra llevarla a la práctica. Si en procesos de ingeniería hay problemas de instrumentación, en procesos vinculados con las ciencias biológicas y las ciencias de la vida hay muchos más, porque son más complejos, no solo por lo que es la medicina en sí, sino porque en ella confluyen distintos colectivos con intereses muy diferentes, que es necesario conciliar. Me refiero a los intereses de los ciudadanos, de los

usuarios, de los profesionales, de los funcionarios, de los proveedores, de la sociedad, del bien público y del mercado, así como de la industria, por ejemplo la farmacéutica, una de las más complejas y con más índices de corrupción a nivel mundial.

Todo esto es muy difícil de prever, pero lo importante es el paso que estamos dando.

Por lo tanto, felicito al Ministerio de Salud Pública por este proyecto, que fue trabajado muy bien en Comisión, reitero, privilegiando el consenso y no el disenso.

SEÑOR PRESIDENTE (Jorge Gandini).- Tiene la palabra el señor diputado Olano Llano.

SEÑOR OLANO LLANO (José Quintín).- Señor presidente: votaremos en general el proyecto, pero no vamos a acompañar algunos artículos. Si bien estamos de acuerdo con la pretensión conceptual, algunos artículos pudieron mejorarse y en Comisión habríamos encontrado una solución más exacta y garantista.

Tal vez Uruguay sea de los países del mundo con más experiencia en cuanto a colectivizar la asistencia y a optimizar recursos para asistir patologías complejas o caras. Algunas experiencias, como la del Fondo Nacional de Recursos, son muy propias del Uruguay y, en general, son elogiadas por médicos que nos visitan y conocen la forma como estamos organizados. Además, hay experiencias de instituciones que, intentando optimizar recursos y mejorar la calidad de la asistencia con los menores costos posibles, han buscado agruparse en la resolución de algunas patologías.

Este es el concepto que inspira esta iniciativa y no podemos estar en desacuerdo, pero el proyecto es demasiado amplio en cuanto a la definición de las patologías que podrán integrarse al grupo que atenderán los Centros o Servicios de Referencia en Salud. El artículo 2º es impreciso cuando las define, pues establece que deberán "Ser generalmente complejas y de baja prevalencia". La palabra "generalmente" permite la inclusión de patologías que pueden no cumplir con las características que inspiran este proyecto. El Ministerio de Salud Pública determinará cuáles serán esas patologías, previa consulta de una Comisión Honoraria Asesora, y la inclusión de la palabra "generalmente" da al Gobierno del momento una discrecionalidad muy amplia para elegir las patologías que van a ser incluidas en este sistema. Alguien dirá: "¿Qué importa si entra una gripe más o una angina menos?", pero podríamos estar hablando de muchísimo dinero, porque la asistencia en salud cuesta mucho y la discrecionalidad es un elemento que puede ser verdaderamente peligroso. También sabemos que hay patologías que pueden no cumplir con las características expresadas en el artículo 2º, pero que estaría bien que fueran financiadas bajo este sistema.

Por tanto, no nos parece bueno que la inclusión de una patología quede al amparo del "generalmente". Nos hubiera parecido mejor acotar la decisión del Ministerio de Salud Pública en la definición y establecer, por la vía de la excepción, la inclusión de algunas patologías cuya resolución fuera de interés general, con el debido fundamento, y con la aprobación de la Comisión Honoraria Asesora. Y agregaría más: que en caso de que se incluyera una

patología por la vía de la excepción, esa resolución fuera comunicada a la Asamblea General, y voy a decir por qué.

La historia de la medicina es más o menos así. La asistencia médica empieza con alguien que cree que está enfermo y otro que le dice que conoce a uno que lo puede curar. Así empieza. Después, en torno a eso, a lo largo de los siglos, se ha ido creando una parafernalia impresionante, que se termina llevando la mayoría de los recursos y donde termina "anidando" la mayoría de los vivos que hay en la medicina; porque en la medicina hay vivos, como los hay en todos lados. De todo eso que se ha inventado para atender la salud de la humanidad, hay un instrumento que es el más revolucionario de todos: la silla. La silla es el instrumento más importante que tiene la asistencia médica. Me refiero a que el médico tenga el tiempo para sentarse a hablar con el enfermo, porque el núcleo de la asistencia médica sigue siendo un médico que se sienta responsable por su enfermo y un enfermo que, en virtud de ese compromiso que advierte, deposita en el médico su confianza. Esto es lo insustituible; todo lo demás vino después: el examen de orina, las placas, la tomografía, la ecografía. Y eso habla de un concepto hacia el que debe avanzar la salud del mundo, o por lo menos la de Uruguay: la humanización en la asistencia médica. Eso es lo que debemos mejorar, apuntalar, no perder nunca. Los médicos, si no tenemos ecografía, podemos palpar la barriga del enfermo; si no tenemos una placa, podemos escuchar el pulmón sobre una toallita. Pero sin la confianza del enfermo no podemos asistir, y la confianza se genera hablando con el enfermo.

Entonces, esta discrecionalidad puede permitir que, con parte de las cápitas que irían a las instituciones, se financie a estos prestadores de los Centros de Referencia. Entonces, hay que ser muy cuidadosos con las instituciones de asistencia, públicas y privadas, porque ahí es donde están las sillas; esas son las que tienen el contrato con el usuario. Todos los que estamos acá pertenecemos a una institución pública o privada, y con esa tenemos el contrato. De manera que se debe ser muy cuidadoso en la designación del Centro de Referencia que va a afectar la cápita de las instituciones que prestan asistencia de salud. Es más: en el artículo 15, que crea la Comisión Honoraria Asesora, se habla de que la integrará un representante de los prestadores integrales de salud. Hubiéramos querido que fueran dos, uno del público y otro de los privados, porque la presencia de los prestadores en la Comisión Honoraria Asesora -que van a estar financiando con las cápitas que reciben por sus afiliados- es muy importante.

También nos hubiera gustado que en el artículo 9º, que refiere a las postulaciones para la designación como Centros de Referencia, se hubiera agregado que, a iguales condiciones técnicas y económicas, tuvieran preferencia las instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud. Reitero que me parece muy importante fortalecer las instituciones que mantienen el compromiso con el usuario, que lo atienden, que tienen la silla donde se sienta el médico para atender al enfermo desde hace siglos.

Esas son las razones por las cuales acompañaremos el proyecto en general, pero no algunos artículos, además del que mencionaba recién el señor diputado Martín Lema, relativo a la financiación del proyecto.

Es cuanto quería expresar, señor presidente.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Pido la palabra para una aclaración.

SEÑOR PRESIDENTE (Jorge Gandini).- Tiene la palabra el señor diputado.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Señor presidente: quiero señalar que comparto muchos de los conceptos vertidos por el señor diputado preopinante.

Se dice que en el artículo 2º, que define los Centros o Servicios de Referencia en Salud hay discrecionalidad, pero, en definitiva, el responsable es el órgano asesor. Incluimos la palabra "generalmente" porque nos pareció que daba más laxitud para considerar un conjunto de servicios que hoy no integran la canasta, pero que son en extremo importantes para la rehabilitación de los niños y los adultos en el Uruguay. En concreto, incorporamos la palabra "generalmente" para que pudieran ser considerados el Cerema (Centro de Rehabilitación de Maldonado) y también la Teletón; si no la agregábamos, era muy difícil incluir ciertas patologías. En general, las patologías de rehabilitación resultan de accidentes de tránsito y son de alta incidencia, como por ejemplo los accidentes vasculares encefálicos.

Como dije, comparto conceptualmente los dichos de mi compañero de Comisión, el señor diputado Olano Llano, pero me parece que ante la situación que estamos viviendo la palabra "generalmente" se ajusta más al espíritu de este proyecto.

Con respecto a la conformación de la Comisión Honoraria Asesora -por eso el proyecto vuelve al Senado-, nos parecía importante que un prestador integral la integrara. Obviamente, el público ya lo tiene integrado a través de la Udelar, que, además, vende servicios y tiene centros de referencia. Entonces, si hay uno, nos parecía que debía estar el representante del prestador integral. No especificamos si es público o privado, precisamente porque será producto de la negociación entre todos los actores, que determinarán quién conformará esa Comisión Honoraria Asesora.

Este proyecto ingresó en febrero de 2017, se conversó durante un año con las instituciones públicas y privadas y con los actores vinculados al tema y estuvo casi un año a estudio en el Senado. Por suerte, hoy le estamos dando trámite. Seguramente, el Senado lo aprobará rápido y se convertirá en ley.

Estamos absolutamente consustanciados con esta iniciativa que, sin lugar a dudas, se traducirá en una mejor calidad asistencial.

Muchas gracias, señor presidente.

SEÑOR OLANO LLANO (José Quintín).- Pido la palabra para una aclaración.

SEÑOR PRESIDENTE (Jorge Gandini).- Tiene la palabra el señor diputado.

SEÑOR OLANO LLANO (José Quintín).- Señor presidente: no pretendo entrar en un debate.

No quise nombrar al Cerema, a la Teletón ni a ninguna de esas instituciones porque me pareció que no era bueno focalizar el tema en algo puntual. Al respecto, conversamos muchas veces con los compañeros de la Comisión, en la se trabaja en un ambiente muy agradable. Obviamente, todos queremos que esas instituciones tengan financiamiento, pero para ello prefiero que el ministro del momento lo haga por la vía de la excepción y que el Parlamento se entere a

través de la Asamblea General, y no que, aprovechando esa puertita abierta que dejamos por la Teletón y el Cerema, ingrese la empresa de algún amigote que se compró un aparato y se lo trajo para curar alguna enfermedad rara. Entonces, se mete por ese hueco; ¡total!, dice "generalmente". Si pasa algo así, las instituciones tendrán que financiarlo a través de sus cápitás y, además, la ley las obliga a enviar a sus enfermos ahí, quieran o no.

Nos pareció que lo que planteamos no quitaba la posibilidad de que esas instituciones, que nos preocupan tanto a todos, fueran tenidas en cuenta, pero con otras garantías.

Nada más, señor presidente.

18.- Centros o servicios de referencia en salud. (Normas para su designación y funcionamiento)

Continuando con la consideración del asunto en debate tiene la palabra el señor diputado Edgardo Rodríguez Álvarez.

SEÑOR RODRÍGUEZ ÁLVEZ (Edgardo).- Señor presidente: no podemos aprobar este proyecto de designación de Centros o Servicios de Referencia en Salud -que compartimos plenamente, así como el informe del señor diputado Luis Gallo Cantera y muchos de los conceptos que se vertieron en sala- sin dejar de mencionar una situación que involucra a los habitantes de varios departamentos, en particular de Artigas, Rivera y Tacuarembó, al que representamos. Me refiero a la necesidad de instalar un centro de referencia cardiológico en el Hospital de Tacuarembó, de lo que se viene hablando desde hace mucho tiempo.

—Se habla de un centro regional, lo que sería un centro de referencia en salud cardiovascular. Bienvenida, entonces, esta iniciativa, porque da un marco legal para avanzar.

Nosotros queremos poner un matiz, salirnos un poquito de la discusión del texto frío que estamos considerando y llamar la atención con respecto a este proceso de instalación del centro cardiológico en Tacuarembó. Por lo menos desde 2012 se habla de este asunto, pero estamos cerrando el año y no tenemos novedades concretas. Probablemente, casi nadie lea esta versión taquigráfica, pero abrigamos la esperanza de que por lo menos llegue al Ministerio de Salud Pública y a la gente de ASSE y del Fondo Nacional de Recursos. Nos interesaría muchísimo que la leyera la gente de la Universidad de la República y, en especial, de la cátedra correspondiente, que es el Departamento Clínico de Cirugía Cardíaca del Hospital de Clínicas.

Hicimos un pedido de informes y nos enteramos de que ASSE ha hecho todo lo que corresponde para dar trámite y poner a funcionar este centro cardiológico. Se ha adquirido el equipamiento y el hospital cuenta con las instalaciones y el personal disponible. El Fondo Nacional de Recursos tiene disposición para financiar las intervenciones que se realicen, pero hay alguna dificultad en la Universidad de la República, en concreto en la mencionada cátedra que funciona en el Hospital de Clínicas. Lo que sucede es que, buscando un recoveco, siempre encuentran alguna dificultad para empezar a trabajar en el norte del país, y esto lo queremos decir con todas las letras.

Descentralizar, una de las cosas que se plantean en este proyecto, está muy bien. Es muy bueno ponerlo en el papel y aprobarlo en la ley, pero hay que descentralizar en la práctica y romper ciertos privilegios que existen en Montevideo. Todos los IMAE cardiológicos están a la vuelta del Obelisco, aquí, en la capital del país. Esa es la realidad que queremos torcer, que queremos modificar, pero no se cambia muy fácilmente. Por eso, pido disculpas a los queridos colegas, pero no puedo aprobar en silencio una norma de este tipo que habla de descentralizar la atención de determinadas patologías complejas. Justamente, estamos hablando de llevar la cirugía cardíaca al norte del país, un tema con el cual todo el mundo dice estar de acuerdo, pero tenemos que concretarlo.

Entonces, nos permitimos utilizar algunos minutos del valioso tiempo de la Cámara, saliéndonos quizás un poquito de la letra fría de la ley, porque lo que nos interesa son los resultados y, de acuerdo con la información de que disponemos -si estamos equivocados, que a la gente de la Universidad nos lo diga-, hemos podido percibir que la dificultad está ahí. Pedimos, por favor, que esto se concrete, porque cuando se trata el presupuesto en el Parlamento la Universidad viene a reclamar recursos y creemos que le asiste razón. Está bien que reclame y apoyamos que se le destinen todos los recursos posibles, pero no podemos aceptar que un grupo reducido de técnicos especialistas no se decida a descentralizar su trabajo. Parte de la tarea que hoy realizan en el Hospital de Clínicas pueden hacerla en el norte del país. Está todo dado para que se empiece a trabajar. Entonces, es necesario reclamar, desde esta Cámara, que se dé ese paso y se comience de una buena vez con la atención en el norte del país. Hay cientos de miles de uruguayos que siguen padeciendo la inequidad a la hora de la atención en salud. Esto se tiene que corregir. Es un deber ético de todos los uruguayos y creo que nosotros, como parlamentarios, también debemos hacer escuchar nuestra voz y recorrer los caminos que sean necesarios para lograr que estos objetivos se cumplan.

Era cuanto queríamos expresar, señor presidente. Sabemos que no tiene que ver directamente con la letra de lo que estamos considerando, pero sí con las políticas y con el impacto que deben lograr las leyes que votamos.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- ¿Me permite una interrupción?

SEÑOR RODRÍGUEZ ÁLVEZ (Edgardo).- Sí, señor diputado.

SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).- Puede interrumpir el señor diputado.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Señor presidente: concuerdo totalmente con las expresiones del señor diputado Edgardo Rodríguez Álvarez. Hoy, ASSE tiene la voluntad política de formar un centro cardiológico en el Hospital de Tacuarembó, pero -como bien dijo el señor diputado- hay dificultades con la Universidad de la República, concretamente con la cátedra de Cirugía Cardíaca. En ese sentido, nos pondremos a trabajar, pero no queremos mezclar la paja y el trigo. Estos son centros de referencia específicos para patologías de baja prevalencia y alta complejidad. Sería malo enmarcarlos en el tema del centro cardiológico, que es otra cosa. Las patologías cardiovasculares son de alta incidencia y muchas de ellas ya no son de tan alta complejidad. Me parece que tenemos que apostar y seguir trabajando desde el punto de vista político con las

autoridades de ASSE y de la Universidad, para que haya un satélite de la Udelar en el Hospital de Tacuarembó, pero el proyecto de Centros o Servicios de Referencia no calza en este caso.

Para terminar mi participación, quiero explicar a las señoras legisladoras y a los señores legisladores de qué se trata esto. En un año quizá se presenten seiscientas, setecientas u ochocientas patologías de este tipo como, por ejemplo, alguna atresia intestinal, que es de muy baja incidencia y los cirujanos pediátricos operan una o dos en el año. Por tanto, la *expertise* de recursos humanos y técnicos que se necesita no alcanza. Yo prefiero que esas doscientas o trescientas cirugías las haga un equipo interdisciplinario y no que alguien opere esta patología una vez cada dos años.

Ese es el concepto que debemos manejar cuando hablamos de centros de referencia. En parte, se puede aplicar a la cirugía cardíaca, pero por la alta prevalencia ya no entraría en la definición concreta de centro de referencia.

Gracias.

SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).- Puede continuar el señor diputado Edgardo Rodríguez Álvarez.

SEÑOR RODRÍGUEZ ÁLVEZ (Edgardo).- Señor presidente: podemos compartir lo expresado, y llamémosle IMAE, centro cardiológico o como se les cante. La cuestión es que esto tiene que funcionar y no se puede dilatar en el tiempo. Ese es el mensaje concreto que queremos transmitir.

Muchas gracias.

SEÑOR LEMA (Martín).- Pido la palabra para una aclaración.

SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).- Tiene la palabra el señor diputado Martín Lema.

SEÑOR LEMA (Martín).- Señor presidente: si bien son temas distintos, el que empezó a mezclarlos fue el ministro de Salud Pública, porque cuando lo interpelamos para discutir sobre los IMAE cardiológicos en el norte del país -consta en la versión taquigráfica-, habló de centros de referencia. Por lo tanto, comparto gran parte del planteo que hace el señor diputado preopinante y la preocupación que esto genera, que es objetiva.

Estuve repasando alguna documentación que reunimos, señor presidente. La primera vez que el Gobierno anunció un IMAE cardiológico en Tacuarembó fue el 30 de octubre de 2012; incumplió. La segunda vez fue el 7 de octubre de 2014; incumplió. La tercera vez fue el 15 de enero de 2015; incumplió. La cuarta vez fue el 26 de abril de 2017; incumplió. Y como ya estaba anunciado para el año 2018, hace unos meses convocamos a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social al señor ministro de Salud Pública, porque cada vez que hay un anuncio se genera expectativa en la población.

Entonces, es entendible lo que dice el diputado preopinante. De todos modos, tengo un matiz con el planteo, porque la responsabilidad es del Gobierno que, cuando anuncia, debe tener claro quién va a instrumentar la habilitación de ese IMAE.

Voy a decir más, porque se lo planteamos al ministro de Salud Pública. El Hospital de Clínicas es el IMAE que menos procedimientos realiza. Entonces, estamos hablando de trasladar al norte el IMAE cardiológico que menos procedimientos hace. Cuando se habla de cirugía cardíaca, no debería ser excluyente. La angioplastia primaria, con el desarrollo de la ciencia y la tecnología y con la experiencia, conlleva un mínimo de complicaciones a los pacientes que efectivamente hayan pasado a cirugía. Tanto es así que el IMAE cardiológico de Salto -lo tuvimos que pelear y terminó saliendo, sobre todo por el reclamo ciudadano de la región- se terminó habilitando solo para hemodinamia. Hoy, el IMAE cardiológico de Salto no tiene cirugías cardíacas. Sus resultados fueron elogiados por todo el mundo, inclusive por las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

Yo creo que está bueno que se traiga al debate el tema del IMAE cardiológico de Tacuarembó, porque hay que terminar con el anuncio. ¡Vamos a trabajar! ¡Hay que accionar! Hay que ver quién está en condiciones, hoy por hoy, de prestar este servicio, puesto que, en definitiva, está en juego la salud de la gente. No podemos seguir incrementando la inequidad cuando están todas las herramientas para evitarlo.

Por conversaciones mantenidas con el señor diputado Ezquerro el día que convocamos al Ministro de Salud Pública a la Comisión, y por lo que recién hablábamos con el señor diputado Olano, se decidió pasar rápidamente a la acción. Vamos a proponer que la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social vuelva a ir al departamento de Tacuarembó, invitando a todos los demás legisladores del departamento. La última vez que fuimos también se acercó la diputada Montaner para sumarse a esta causa.

Entendemos que a la gente poco le importa si se llama centro de referencia, IMAE o de cualquier otra manera. Lo que tratamos de promover es una mayor asistencia, una salud y un acceso de mayor equidad, tratando de reducir las injusticias y la desigualdad.

En realidad, me parece que el planteo está bien. Lo que no comparto es que se diga que el responsable es la Universidad de la República, cuando los datos están a la vista; creo que no es el camino. El Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria, debe decir cuál es el camino para dar los pasos que mejoren la calidad asistencial.

En una reunión que mantuve con el presidente de ASSE le pedí encarecidamente que le diera importancia al IMAE cardiológico en el departamento de Tacuarembó. Creo que es muy apropiado discutir este tema, porque no podemos hablar siempre de materia teórica; tenemos que salir del sistema de salud del papel o de las propuestas que, en forma muy noble, muy altruista, se presentan.

En consecuencia, si bien acompañamos proyectos -como recién decíamos-, como el de Centros o Servicios de Referencia en Salud, nos parece que hay que tomar acciones concretas tendientes a mejorar la calidad asistencial que reduzcan las muchas injusticias que se dan entre el norte del país y los departamentos más cercanos a la capital.

Aprovechamos la oportunidad para ratificar este compromiso, ratificar la pelea que desde el Partido Nacional estamos dando permanentemente para

reducir este tipo de injusticias. En los próximos días, con el señor diputado Olano, presidente de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, vamos a promover una vez más en este Período una visita a Tacuarembó para pasar del dicho al hecho, a la acción que, en definitiva, es lo que importa.

Muchas gracias.

SEÑOR RODRÍGUEZ ÁLVEZ (Edgardo).- Pido la palabra para una aclaración.

SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).- Tiene la palabra el señor diputado.

SEÑOR RODRÍGUEZ ÁLVEZ (Edgardo).- Señor presidente: alguien mencionó, con una expresión no muy académica, la cuestión de los vivos en la medicina. La idea es no seguir abriendo nuevos IMAE, porque el Uruguay ya tiene bastantes. En ese sentido, lo que se planteó -estrategia que compartimos- es que el IMAE o centro cardiológico de Tacuarembó sea una extensión del IMAE del Hospital de Clínicas; es decir, que sea el mismo IMAE que funcione con un anexo en el norte del país.

De acuerdo con la información que hemos recibido y chequeado en más de una oportunidad, tanto ASSE como el Fondo Nacional de Recursos han cumplido con todos los pasos necesarios. Lo que falta es voluntad de parte de los equipos técnicos para empezar a trabajar en el norte. Las pocas intervenciones a nivel del centro cardiológico del Hospital de Clínicas en Montevideo se deben, precisamente, a que muchos de los especialistas trabajan en los IMAE privados de Montevideo y prefieren derivarles los pacientes.

Se trata de que tienen que trabajar a nivel público como lo hacen a nivel privado y, lógicamente, ahí aparecen resistencias. No estamos lidiando con intereses muy menores. Acharar el asunto y decir que hay que recurrir al sistema privado para resolver esto, creo que es buscar un atajo que no corresponde. El Hospital de Clínicas tiene que hacerse responsable de todo el país. Es una discusión que estamos dispuestos a dar, y compartimos totalmente que el Parlamento se tiene que ocupar de estos asuntos e incidir para que estas cosas se concreten.

Muchas gracias.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Pido la palabra para una aclaración.

SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).- Tiene la palabra el señor diputado.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Señor presidente: es fácil pasar las responsabilidades.

Hay un compromiso de abrir un centro cardiológico en Tacuarembó. Todo lo que tiene que ver con el Fondo Nacional de Recursos se está cumpliendo, y todo lo que tiene que ver con ASSE ya está. ¿Por qué se demoró? Porque demoró ocho meses la importación del angiógrafo digital que se precisa para desarrollar la cirugía cardíaca; ya lo tenemos. Ahora, ¿cuál es la traba? Estoy hablando a título personal.

Yo me imagino un centro cardiológico público en un hospital público, Y si es público, ¿qué mejor que hacerlo como una extensión de la Universidad de la República, de la cátedra de la Facultad de Medicina? Es lo lógico. Sin embargo, la pregunta que me hago es hasta cuándo vamos a esperar, porque lo que decía el señor diputado preopinante es así; hay intereses económicos, porque los docentes que trabajan y los que enseñan en la Facultad de Medicina son los que en la tarde operan en los IMAE privados.

Entonces, llegará el momento en que ASSE tenga que hacer un llamado a licitación a ver qué IMAE de Montevideo quiere extenderse a Tacuarembó, y será público o privado. Ojalá sea con la Universidad. Entiendo la necesidad de abrir un centro cardiológico público, y seguiremos luchando por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

De todos modos, hay límites. Creo que llegó el momento de transmitir nuestra preocupación -que debe ser la de toda la Cámara- a las autoridades de ASSE y al ministro de Salud Pública. No podemos estar negociando durante seis o siete meses, porque lo que falta son recursos humanos. El instrumental, las salas, todo lo relacionado con estudios de viabilidad ya existe; falta quien vaya a hacer la cirugía cardíaca. Entonces, a través de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social nos comprometemos a trasladar esta preocupación al ministro de Salud Pública y al presidente de ASSE para ver en qué está actualmente la negociación.

SEÑOR LEMA (Martín).- Pido la palabra para una aclaración.

SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).- Tiene la palabra el señor diputado.

SEÑOR LEMA (Martín).- Señor presidente: uno de los diputados preopinantes hizo referencia a que dijimos cosas que no manifestamos. Lo que sucede es que un anuncio puede atrasarse unos meses, un año o dos, pero no seis años. Todos los años se hace el anuncio del IMAE cardiológico de Tacuarembó, o sea, se depende de que el Hospital de Clínicas -el que menos procedimientos hace- pueda ir a Tacuarembó para que la gente que habita en esa regional reciba un tratamiento de primera elección. De lo contrario, quien vive en Tacuarembó o en Rivera tiene que recurrir al segundo tratamiento recomendado, a través de fibrinolíticos, para terminar, de todas formas, viniendo a la capital a realizarse un cateterismo de urgencia, con el gasto que eso implica en traslado y en lo social.

Me parece que es ridículo. Se ha justificado hasta el cansancio la contratación de empresas de jerarcas de ASSE por la necesidad asistencial en temas relacionados con las enfermedades cardiovasculares. Estamos hablando de que hay ciudadanos clase A y clase B. ¿Es tan complicado, en seis años de anuncios, tener un plan y cumplirlo? Me parece que tampoco estamos siendo demasiado pretenciosos; es sentido común. Si algo se empieza a anunciar en el año 2012 y en el año 2018 el ministro no ha dado garantías de cuándo se puede habilitar un IMAE cardiológico en el departamento de Tacuarembó, realmente me parece que estamos reclamando algo que, precisamente, requiere de sentido común.

Se habilitó el IMAE cardiológico en Salto y todos sabemos que es una extensión de un IMAE privado. ¿Quién fue a hablar el día de la inauguración del IMAE cardiológico de Salto? Fue el señor ministro de Salud Pública, del partido de Gobierno. Entonces, yo no puedo creer que se asuste cuando estamos

pidiendo un plan de acción. ¿Pueden hacerlo, o no? Primero, ¿qué es lo más importante? Que cuando la persona haga un infarto agudo de miocardio se atienda con una angioplastia primaria o con fibrinolíticos. ¿Primera elección o segunda elección? Eso es lo primero a decidir. Creo que todos queremos la primera elección. Entonces, ¿quién puede dar ese tratamiento? ¿En seis años no saben si el Hospital de Clínicas puede hacerlo? Bueno, traten de averiguarlo, porque si puede, bienvenido sea.

Sin embargo, si seis años después el Hospital de Clínicas no puede hacerlo, ¿hay una opción para quienes habitan en esa región o, necesariamente, tienen que morir en la capital, como tantas veces se ha dicho en este Cuerpo, para hacerse un cateterismo de urgencia luego de un infarto agudo de miocardio y de haber recibido un tratamiento de segunda elección, como a través de fibrinolíticos? Reitero: las guías internacionales europeas y americanas dicen que para las angioplastias no se necesita la cirugía cardíaca cerca, como sucedía hace quince años, porque la técnica evolucionó. Entonces, si evoluciona la técnica, evolucionemos la mentalidad. No sigamos insistiendo en cirugía cardíaca. Las acciones se contradicen, porque en el caso de Salto se habilitó un IMAE privado con el que habló el ministro de Salud Pública, y que tiene angioplastia primaria. Lo que estamos pidiendo es, nada más ni nada menos, que se tenga un plan, que no se anuncie más y que se pase a las acciones.

Muchas gracias.

SEÑORA MONTANER (Susana).- Pido la palabra para contestar una alusión.

SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).- Tiene la palabra la señora diputada.

SEÑORA MONTANER (Susana).- Señor presidente: he sido aludida. Es verdad, en mi departamento han estado presentes; debo agradecer a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social que se ha interesado por el tema del IMAE. Yo pienso que es hora de que el norte profundo tenga oportunidades. Muchas vidas se habrían salvado si hubiésemos tenido ese IMAE en tiempo y forma; es algo que se viene dilatando desde hace mucho. No quiero que suceda lo que dice la canción de Pablo Estramín, es decir, que todos tengan que venir a morir a la capital. Además, el hospital regional ha dado muestras cabales de la capacitación y dirección técnica.

Agradezco las inquietudes de la Comisión; ivaya si los tacuarembenses los esperaremos con los brazos abiertos! Hace mucho que planteamos este reclamo. La población se ha movilizado y pedido ese IMAE.

¡Bienvenidos sean! Seguiremos insistiendo para que esto se concrete y no sean meras promesas e ilusiones para un norte profundo que también vive, late y tiene necesidades en el área de la salud.

Muchas gracias.

20.- Centros o servicios de referencia en salud. (Normas para su designación y funcionamiento)

Continuando con la consideración del asunto en debate tiene la palabra el señor diputado Iván Posada.

SEÑOR POSADA (Iván).- Señor presidente: en estos temas vinculados a la salud, uno tiene la impresión de que en cada avance -por cierto, este proyecto

lo es- no se atreven a cambiar determinadas situaciones que se vienen dando desde hace mucho tiempo en el área.

Nosotros recordamos que cuando el actual partido de Gobierno vino al Parlamento a esbozar la creación del Fondo Nacional de Salud, del Sistema Nacional Integrado de Salud planteó que se trataba de un sistema nacional integrado que abarcaba -en esa idea primigenia- a todos los servicios de salud prestados por áreas del Estado, es decir, incluía al Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, al de Sanidad Policial y también al Hospital de Clínicas.

Cuando se analiza este proyecto -que, repito, representa avances-, lamentablemente, se puede advertir que hay aspectos que continúan sin tocarse. Por ejemplo, mientras quienes nos atendemos a través de las IAMC o seguros de salud realizamos un aporte para financiar el Fondo Nacional de Recursos, el sector público no los realiza y directamente paga el acto. Esta situación se viene dando desde hace tiempo y tampoco se resuelve en esta oportunidad.

Con este proyecto tampoco se soluciona la situación del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas. De acuerdo con lo previsto, se da la posibilidad de que la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Dirección Nacional de Asuntos Sociales del Ministerio del Interior puedan optar por el prepago al Fondo Nacional de Recursos, pero no se establece.

Además, advierto con asombro que se siga pensando en el Hospital de Clínicas -creo que no es función de la Universidad de la República encargarse de este- como uno de los centros fundamentales en el desarrollo de la atención a la salud. Ese es uno de los temas que permanece intocado.

Año tras año, rendición de cuentas tras rendición de cuentas y en las leyes de presupuesto, la Universidad de la República viene a plantearnos financiación, entre otras cosas, para el Hospital de Clínicas. Yo me pregunto: ¿debe ser la Universidad de la República un prestador de salud o la función de la Universidad de la República es la formación de los nuevos médicos? Esas situaciones se mantienen iguales a pesar del paso del tiempo y seguimos postergando temas que deberían ser el centro en materia de salud.

Esta iniciativa está vinculada con la atención en los nosocomios y sus prestaciones y, en este caso, el financiamiento es a través del Fondo Nacional de Recursos.

Recuerdo que, años atrás, cuando estudié el Fondo Nacional de Recursos, pude enterarme de que manejaba un presupuesto equivalente al del Poder Judicial y el Poder Legislativo juntos. Además, no tiene ningún tipo de control parlamentario; tiene puerta de entrada, pero no de salida. Sin embargo, esas realidades permanecen intocadas.

Nos sentimos representados en las observaciones hechas por nuestro coterráneo, el diputado Olano, pero creemos que en lo que respecta a la salud quedan muchas cosas para atrás.

A veces tenemos la intención de batir el parche respecto de los avances, pero en cierta forma quedamos sorprendidos.

Acompañaremos este proyecto, pero con salvedades. Aún quedan muchas cosas en el tintero; quedan muchas cosas para atrás. Algunas de las afirmaciones que se hacen en sala, a la hora de fundamentar este proyecto nos generan honda preocupación, pero entendemos que es un paso adelante, y por ello lo votaremos.

SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).- Tiene la palabra el señor diputado Silvio Ríos Ferreira.

SEÑOR RÍOS FERREIRA (Silvio).- Señor presidente: no quiero ingresar a la discusión acerca de nuevos IMAE, nuevos centros de referencia porque, en realidad, en el país entero se conoce qué procedimientos se hacen en cada uno de los lugares. Lo cierto es que hay una estrategia.

En materia de reclutamiento de afiliados, hace menos de un año, el Sistema Nacional Integrado de Salud completó la cantidad de 2.500.000. Esto se logró gradualmente, a través del Fonasa, creado por una ley que fue votada por todos, al igual que la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que fue acompañada por todos los partidos. Necesariamente, esto implica un proceso que se va consolidando en el tiempo.

Me parece que debe existir un desarrollo armónico entre los distintos sectores.

Aquí todavía no se ha hablado del sector primario, pero todos sabemos -sobre todo, los colegas- de su importancia, porque es el que está al lado del enfermo, en la comunidad. Al respecto, se ha hecho un esfuerzo muy grande, tanto en el ámbito público como en el privado, a lo largo y ancho del país. Esa fue una primera gran apuesta del nuevo plan del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Creo que el sector secundario, donde se atienden las patologías más frecuentes, ha tenido una renovación muy importante en el ámbito público -que mostraba un retraso importante- a nivel de todo el país. Si me preguntan, para mi gusto, se ha privilegiado Montevideo con respecto al interior del país, pero no quiero entrar en esa discusión. De hecho, se ha mejorado en este sentido.

En cuanto a los centros de referencia, aplaudo el gran esfuerzo realizado por los compañeros de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social -yo asisto como delegado de sector, pero no participé en esta discusión-, que han logrado un avance muy importante en el tema. ¿Qué es lo que presentan hoy a la Cámara? Nos presentan una lectura de la realidad posible para Uruguay de este año 2018, cuál ha sido la evolución y cómo se fueron dando los recursos para financiar este tipo de actividades.

Además, cabe destacar que la medicina en su conjunto ha tenido un desarrollo tecnológico impresionante, que ha avasallado todos los sistemas de salud. No se trata solo de la angioplastia o de los tratamientos quirúrgicos, sino que ha habido un avance muy importante en todas las áreas.

En Uruguay hay un número muy importante de personas con problemas en los ojos que no recibían asistencia. Se creó el Hospital de Ojos y todos sabemos -no es secreto para nadie- que hubo que traer gente del exterior para resolver esa situación.

O sea que Uruguay, poco a poco, se va ordenando. Como decía un líder del Partido Nacional, a medida que el carro va marchando, los zapallos se van acomodando. Eso es lo que está pasando.

Me parece que el informe que presenta la Comisión se condice con la situación del país en la materia y con los avances del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Hace dos o tres semanas estuve en Salto, adonde fui invitado -vivo en Artigas- para conocer cuál era la situación y la evolución que se había producido en un año de trabajo. Se realizaron más de mil cien estudios y alrededor de trescientas sesenta intervenciones a ciudadanos de Salto, Artigas -fue el segundo departamento que envió más gente a ese centro-, Paysandú y Río Negro.

El avance de un sistema de salud tiene muchísimos vericuetos. Hay que dotar a los centros de recursos; hay que distribuir los recursos humanos para cubrir los diferentes lugares. Todo eso lleva tiempo. Quienes trabajamos en la salud conocemos las dificultades que existen en cada uno de los lugares y nos sentimos muy contentos de los avances que, poco a poco, se van produciendo.

Para los oriundos de Artigas, el hospital de Tacuarembó se ha transformado en un centro de referencia impresionante en neurocirugía y neurología. Antes, si se nos presentaba un paciente con traumatismo de cráneo, ni siquiera teníamos un tomógrafo. Hoy, el hospital de Artigas cuenta con un tomógrafo. Actualmente, la atención de ese traumatismo o de cualquier otra afección cerebrovascular es inmediatamente coordinada con el hospital de Tacuarembó; la sala quirúrgica enseguida está disponible, esperando al paciente, con todo el equipo de gente que desde hace tiempo se ha venido instalando. Primero fueron haciendo ciertas cosas, después otras, y hoy es un centro de referencia indiscutible en neurocirugía. Así se trabaja en salud. Si hay que esperar un poquito para contar con el centro cardiológico y ver cómo se pueden conseguir los recursos humanos que puedan trasladarse hasta allá, está bien; hay que tener paciencia.

Entiendo que la dificultad que se planteaba con respecto al término "generalmente" que figura en el artículo 2º está salvada porque más adelante, en el mismo artículo se establece cómo se van a ir haciendo las incorporaciones. Dice: "El Ministerio de Salud Pública, previa consulta técnica" -esto es trascendente- "a la Comisión Honoraria Asesora en Centros y Servicios de Referencia que crea la presente ley, determinará las patologías que reúnan las características referidas en los literales anteriores". Cuando se decide incluir determinada patología, hay que tener el pleno convencimiento de que se puede resolver.

El Fondo Nacional de Recursos quiere dejar de tener bajo su órbita procedimientos como la diálisis renal; la idea es que se hagan cargo los prestadores integrales. Esa es una cuestión económica; habrá que hablarlo. Para ese procedimiento no se requiere una tecnología de alta especialización. Sin embargo, las prótesis, que son cada vez más sofisticadas, siguen estando dentro del sistema. Debe haber una interrelación entre los prestadores.

El proyecto refiere a un prestador; el compañero diputado Gallo decía que es un prestador, porque está representada la parte pública, pero por cada pres-

tador se designa un alterno. Entonces, podría ser un prestador privado con un prestador público alterno para seguir muy de cerca todos estos aspectos.

Desde mi concepción de la prestación asistencial, me siento plenamente satisfecho por lo realizado. Y no porque lo haya hecho nuestro gobierno; nos tocó la responsabilidad ahora, pero estas leyes fueron votadas por todo el Parlamento. Eso es lo que da fuerza a estas cosas en Uruguay e internacionalmente; todo ha sido con respaldo.

En cuanto al Fondo Nacional de Recursos, es verdad lo que dice el diputado Posada. Los que tenemos asistencia colectivizada, sabemos que desde hace muchísimos años se otorga un plus para el Fondo Nacional de Recursos, y el Estado uruguayo no da ese mismo plus por cada carné de asistencia; paga por prestación. Se fija un precio para la cirugía cardíaca, para la prótesis, y se paga integrando un capital.

El Fondo Nacional de Recursos ha sido tan bien administrado que hasta ahora sigue incorporando nuevas prestaciones, como los medicamentos de alto costo, que tanta discusión han generado. En otros sitios del mundo la gente tiene que pagar esos medicamentos; acá siempre se busca una solución. Creo que hay que seguir trabajando. En ese sentido, el Fondo Nacional de Recursos está trabajando con la Facultad de Medicina -con la cátedra de oncología y otras-, tratando de resolver ese problema. El Fondo Nacional de Recursos es un ejemplo más del Uruguay solidario, del Uruguay que supo hacer las cosas correctamente. En lo personal, felicito al grupo, y apoyo este plan porque me parece que es un paso más hacia adelante.

Nosotros tenemos otro planteo sobre la calidad en la salud, y se lo hicimos saber al señor ministro de Salud Pública. También se lo hemos hecho saber al Directorio de ASSE. Este sistema de salud necesita incorporar una acreditación de calidad de los sistemas de salud. En otros países del mundo la gente con algún problema mira en la agenda telefónica qué acreditación tiene cada uno de los centros y libremente decide. En Uruguay no sé cuántos años llevará eso, pero no va pasar mucho tiempo porque la calidad está impresa en los centros de referencia.

Es todo cuanto tengo para decir.

Muchas gracias, señor presidente.

SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).- Tiene la palabra el señor diputado Omar Lafluf Hebeich.

SEÑOR LAFLUF HEBEICH (Omar).- Señor presidente: por suerte, en la bancada del Partido Nacional tenemos a los señores diputados José Olano Llano y Martín Lema, que nos asesoran en estos temas. Por lo tanto, no voy a opinar específicamente acerca de la salud. Sí voy a opinar, como diputado del interior, como hicieron varios colegas, especialmente, el señor diputado Edgardo Rodríguez Álvez.

Uno lee este proyecto de ley y necesariamente termina pensando -Dios quiera que me equivoque- que la mayoría de estos centros de referencia van a estar en Montevideo. ¿Por qué? El artículo 3º establece: "El Ministerio de Salud Pública promoverá la descentralización territorial de los Centros y Servicios de Referencia, garantizando que su instalación sea equitativa entre Montevideo y

el interior del país". El artículo 2º, el anterior, dispone que para instalar un centro de referencia es necesario: "B) Requerir para su adecuada prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de elevado nivel de especialización, tanto en materia de recursos humanos como materiales, así como de experiencia acumulada. C) Demandar recursos tecnológicos de alta especialización que, en atención a la ecuación costo-efectividad, precise de la concentración de un número mínimo de casos".

Esto me recuerda lo que nos pasa siempre en el interior. El señor diputado Silvio Ríos Ferreira acaba de decir que la diálisis ya no es un tratamiento de alta complejidad. Nos lo dijo al señor diputado Constante Mendiondo y a quien habla el propio ministro de Salud Pública. El tema es que hace cinco años que queremos instalar un centro de diálisis en Río Negro y la respuesta es siempre la misma: "Si no tienen treinta y dos pacientes, el número no cierra". ¡Pero no hay forma de inventar pacientes en diálisis! Mientras tanto, los dieciocho que tenemos van en ómnibus a Paysandú o a Mercedes para la diálisis y vuelven de la misma forma.

Esas cosas son las que nos preocupan; vamos a entendernos, el IMAE cardiológico de Salto no fue una estrategia nacional, sino que surgió por la firma de miles de personas. Hasta que no se consiguieron cuarenta mil firmas, no salió el IMAE. El tomógrafo de Fray Bentos lo conseguimos a través de una colecta pública que arrancó con Pombo Carminatti, el hermano de Mario, cuando Fray Bentos cumplió ciento cincuenta años.

Esto es lo que nos hacen dudar. Pensamos que hay que trabajar en este aspecto. ¿Que estamos un poco mejor? ¡Por supuesto! Pero estas cosas, sobre todo a los diputados del interior, nos preocupan.

Cuando se hablaba del IMAE cardiológico de Salto se decía que en un radio de siete cuadras del Obelisco de Montevideo hay seis IMAE cardiológicos. Ahora se está peleando por el de Tacuarembó. Dios quiera que salga, pero es todo así.

Señor presidente: como dijeron los señores diputados José Olano Llano y Martín Lema, acompañaremos el proyecto de ley, excepto algunos artículos. Sin embargo, creo que es un tema mucho más amplio que el verso de la descentralización y de que todos deben tener una atención equitativa, justa e igualitaria. Normalmente, eso no sucede.

Era cuanto quería expresar.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar si se pasa a la discusión particular.

—Setenta y uno por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

En discusión particular.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).- Tiene la palabra el señor diputado.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Señor presidente: propongo que se suprima la lectura y se vote en bloque el proyecto, desglosando los artículos 2º, 9º, 15 y 18.

SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).- Se va a votar el procedimiento propuesto.

—Setenta y dos por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

De acuerdo con lo resuelto por la Cámara, se va a votar en bloque el proyecto, desglosando los artículos 2º, 9º, 15 y 18.

—Setenta y dos por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

En discusión el artículo 2º.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

—Sesenta y ocho en setenta y dos: AFIRMATIVA.

En discusión el artículo 9º.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

—Sesenta y cuatro en setenta y dos: AFIRMATIVA.

En discusión el artículo 15.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

—Sesenta y siete en setenta y dos: AFIRMATIVA.

En discusión el artículo 18.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

—Cuarenta y siete en setenta y dos: AFIRMATIVA.

Queda aprobado el proyecto y se devolverá al Senado.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- ¡Que se comunique de inmediato!

SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).- Se va a votar.

—Sesenta y ocho en setenta: AFIRMATIVA.