



XLIX Legislatura

**DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS**

Nº 668 de 2021

S/C

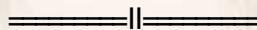
Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

**SOCIEDAD URUGUAYA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA
(SUCBM)**

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 5 de octubre de 2021

(Sin corregir)

- Preside:** Señor Representante Alfredo De Mattos.
- Miembros:** Señoras Representantes Lucía Etcheverry Lima, Cristina Lústemberg, Silvana Pérez Bonavita y Nibia Reisch.
- Delegados de Sector:** Señores Representantes Luis Gallo Cantera y Eduardo Lorenzo Parodi.
- Invitados:** Representantes de la SUCBM, médicos cirujanos: profesor Gustavo Rodríguez, Catedrático de Clínica Quirúrgica UDELAR; Sergio Sauto, Presidente; Fernando Castelli, Secretario; Pablo Santiago, ex Presidente; Héctor Geninazzi, ex Presidente; Daniel Pignanesi, cirujano en Carmelo, Colonia.
- Secretaria:** Señora Myriam Lima.



SEÑOR PRESIDENTE (Alfredo De Mattos).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Vamos a dar inicio a la reunión del día de hoy.

Tenemos los asuntos entrados, que fueron entregados a cada uno de los integrantes de la Comisión.

CARPETA PERMANENTE

(C/50/2021)

LA JUNTA DEPARTAMENTAL DE SORIANO. Remite Oficio N° 533/21, con copia de la versión taquigráfica del Edil Diego Guevara, con una carta del Grupo Oncológico Golondrina de la ciudad de Mercedes, solicitando una casa de estadía en Montevideo para pacientes oncológicos y su familia. (Asunto N° 152427).

OFICIO N° 646 DE LA SECRETARÍA DE LA CÁMARA. Remite versión taquigráfica de las palabras del Representante Juan Federico Ruiz, de 7 de setiembre, referidas a las denuncias vinculadas con el Hospital del departamento de Flores. (Asunto N° 152428).

LA JUNTA DEPARTAMENTAL DE ARTIGAS. Remite Oficio N° 767/21, con nota de la Edila Gloria Martini, solicitando informe referente a los convenios existentes entre la unidad de Soporte Paliativo de Artigas con ASSE. (Asunto N° 152429).

LA JUNTA DEPARTAMENTAL DE MALDONADO. Remite Oficio N° 227/21, con las palabras del Edil Johnny Viera, en relación al costo de los alimentos para los celíacos. (Asunto N° 152506).

SOLICITUD DE AUDIENCIA

ALIANZA ENT URUGUAY. Solicitan audiencia, en relación al proyecto de ley "Hábitos Saludables en la Alimentación". (Asunto N° 152320).

COLECTIVO NO+MENTIRAS. Solicitan audiencia, en virtud de los acontecimientos donde el MSP ha apelado el fallo de un juez, en relación a la vacunación de COVID. (Asunto N° 152430).

LA FEDERACIÓN DE FUNCIONARIOS DE SALUD PÚBLICA (FFSP). Solicitan audiencia por el conflicto de las colonias CEREMOS. (Asunto N° 152450)

La ASOCIACIÓN DE SORDOS DEL URUGUAY reitera solicitud de audiencia por motivo del servicio de salud para la comunidad sorda. (Asunto N° 151889)

NOTAS

EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Remite el contrato solicitado por la señora Diputada Lucía Etcheverry, con el convenio de asistencia en vía pública. (Asunto N° 152352).

Antes de recibir a la delegación de la Sociedad Uruguaya de Cirugía Bariátrica y Metabólica, el diputado Gallo realizará un planteamiento.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Quiero informar a la Comisión sobre un problema que se está suscitando hace bastante tiempo en el departamento de Salto, concretamente en el Hospital de Salto, con respecto a un cirujano Grado 3 de dicho Hospital. Me refiero al doctor Martín Salvatierra, quien se contactó conmigo a los efectos de denunciar irregularidades en la coordinación quirúrgica y relatarme algunos problemas personales que llevaron a que la dirección del Hospital lo apartara de la actividad quirúrgica y lo mandara a la RAP. Debe tenerse en cuenta que existe atraso quirúrgico, obviamente, producto de la pandemia, y que la lista de cirugías coordinadas que tiene el Hospital de Salto es muy larga; además, él argumenta que esa lista es más amplia de la que está publicada. Por tal razón, solicitó concurrir a la Comisión, a los efectos de explicar la situación, con documentación, para que la Comisión la analice.

En ese sentido, solicito al señor presidente que ponga a consideración de la Comisión la decisión de recibirlo, y que a través de la secretaría, se coordine la fecha de la reunión y la forma en que se llevará a cabo, es decir, en forma presencial o a través de Zoom; eso escapa a mi resorte.

Muchas gracias, presidente.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Respaldo la solicitud realizada por el diputado Gallo, a fin de recibir, a la mayor brevedad posible, a este cirujano de la ciudad de Salto.

Por lo tanto, estoy de acuerdo con que la secretaría lleve a cabo la coordinación necesaria para llevar adelante esa reunión.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar.

(Se vota)

—Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Teniendo en cuenta lo acordado, la secretaría coordinará la reunión con el doctor Salvatierra.

A continuación, vamos a recibir a la delegación de la Sociedad Uruguaya de Cirugía Bariátrica y Metabólica, integrada por su presidente, el doctor Sergio Sauto, y los doctores Pablo Santiago, Héctor Geninazzi, Daniel Pignanesi, Gustavo Rodríguez y Fernando Castelli.

(Ingresa a sala la delegación de la Sociedad Uruguaya de Cirugía Bariátrica y Metabólica)

—La Comisión da la bienvenida a la delegación de la Sociedad Uruguaya de Cirugía Bariátrica y Metabólica.

Antes de hacer uso de la palabra, agradecemos que se identifiquen, a los efectos de que quede constancia en la versión taquigráfica, la que posteriormente les haremos llegar.

SEÑOR SAUTO (Sergio).- Como bien dijo el doctor De Mattos, nosotros integramos la Sociedad Uruguaya de Cirugía Bariátrica y Metabólica.

En esta oportunidad, vengo acompañado con parte de la Comisión Directiva, con el doctor Daniel Pignanesi; el profesor de clínica quirúrgica, Gustavo Rodríguez Temesio; el secretario de la Sociedad, doctor Fernando Castelli, y dos expresidentes de nuestra novel Sociedad, los doctores Pablo Santiago y Héctor Geninazzi.

En primer lugar, queremos agradecerles por habernos recibido.

Nuestro principal objetivo es poner sobre la mesa el problema de la obesidad que existe en nuestro país. Para eso trajimos algunas presentaciones -cortas- para intentar explicar, de alguna forma, lo que significa el flagelo de la obesidad, no solo en nuestro país, sino en el mundo.

Entonces, voy a cederle la palabra al doctor Héctor Geninazzi, quien hará la primera parte de la presentación.

SEÑOR GENINAZZI (Héctor).- Esta primera diapositiva, en realidad, es el antecedente de esta reunión, porque -seguramente, el diputado Luis Gallo se acuerda- el 23 de setiembre de 2019 tuvimos nuestra jornada extraordinaria sobre la ley de obesidad, y la sociedad invitó al doctor Juan Acuña Kunz, que es un cirujano del sur de Argentina y fue el autor de la ley de obesidad que fue aprobada por el Congreso argentino. Quiere decir que Argentina nos lleva alguna ventaja, porque cuenta con una ley de obesidad desde hace, por lo menos, cuatro o cinco años.

En ese momento, nosotros invitamos -quienes nos acompañaron- a varios representantes de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Diputados, al doctor Luis Gallo, a Rodrigo Goñi y al doctor Daniel Radío, quien actualmente se desempeña en la Junta Nacional de Drogas.

En esa ocasión, tuvimos oportunidad de intercambiar -fue muy fructífero el encuentro- y, además, nos comprometimos a mantener esta reunión. Obviamente, después se llevaron a cabo las elecciones, hubo un cambio en el Parlamento, y recién en marzo estábamos en condiciones de venir, pero se desató la pandemia; por lo tanto, venimos dos años más tarde, pero con el mismo entusiasmo y con mayor necesidad, como ha quedado demostrado a través de la pandemia.

Entonces, voy a hacer una serie de puntualizaciones sobre lo que significa la cirugía bariátrica y metabólica; pido disculpas a alguno de los colegas por si le parece un poco elemental, pero quiero que quede bien claro el concepto y las razones por las que hoy estamos acá.

Seguramente, ustedes han escuchado hablar de cirugía bariátrica, de cirugía metabólica, de bariátrica metabólica o de repercusiones metabólicas de la cirugía bariátrica, por lo que vamos a tratar de clarificar un poco de qué se trata.

El nombre de cirugía bariátrica deriva del griego *baros*, que quiere decir peso o masa, porque el objetivo de la cirugía es reducir la masa corporal; el índice de masa corporal -tan famoso- es tratado por la cirugía bariátrica. ¿Y qué es cirugía metabólica? Cuando nosotros introducimos modificaciones anatómicas y funcionales en el tubo digestivo, que provocan cambios en el metabolismo del paciente, estamos hablando de cirugía metabólica, que no es un concepto nuevo. En realidad, en el año 1978, Buchwald y Varco, que son dos referentes de la cirugía bariátrica en el mundo -Buchwald, a pesar que tiene más de noventa años, sigue siendo un entusiasta-, decían que era la manipulación quirúrgica de un órgano, o sistema normal, para adquirir un resultado biológico para un potencial cambio en la salud. En realidad, esto, que puede parecer un poco complicado, refiere a que la cirugía introduce cambios anatómicos y funcionales en el tubo digestivo que logran efectos sobre las comorbilidades, que es el objetivo de la

cirugía bariátrica metabólica. Pero eso no solo se logra a través de la reducción de peso de la masa, sino que, en forma inmediata a la cirugía, también a través de las modificaciones hormonales que produce.

Nosotros, clásicamente, cuando hacemos referencia a hormonas, hablamos de tiroides, suprarrenal u ovarios, pero olvidamos que el tubo digestivo es una usina productora de hormonas -de decenas de hormonas; además, cada una de ellas tiene determinados efectos, pero no vamos a entrar en eso-, y que su secreción es modificada por la cirugía. Esto es así a tal punto que, por ejemplo, después de un *bypass* gástrico, el paciente que recibía más de cien unidades de insulina, sale del sanatorio, a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas, sin necesitar más insulina, pero no vamos a entrar en los detalles.

El objetivo de la cirugía de la obesidad no es solo reducir el peso del paciente, sino prevenir, controlar, tratar y, pretendidamente, curar las enfermedades asociadas a la obesidad: el conocido síndrome metabólico, la diabetes, la hipertensión, la dislipemia, la esteatosis hepática -que puede derivar en cirrosis; hepatitis no alcohólica-, las atropatías y las apneas de sueño.

Ahora, enfoquemos en qué contexto está esto. Siempre hablamos de que en el Uruguay no hay tantos obesos y en Estados Unidos sí, pero esta es la verdadera pandemia: la globesidad, se llega a decir.

Pensemos que hay siete mil quinientos millones de habitantes en la tierra, de los cuales dos mil millones tienen sobrepeso u obesidad: el doble en el mundo de pacientes obesos o con sobrepeso que desnutridos.

Fallecen dos millones ochocientos mil pacientes al año de obesidad. Es el mayor desafío de la salud pública para el siglo XXI. Ahora, ¿se enfrenta solo con medidas preventivas?

No cabe ninguna duda de que la Organización Mundial de la Salud hace muy bien en tener como objetivo cambiar los hábitos sedentarios y los hábitos alimentarios, pero todos sabemos que eso supone cambios culturales que llevan años y generaciones para que se produzcan y que por sí solos no van a resolver el problema de esos dos mil millones de obesos que existen hoy en el mundo que, por supuesto, no estamos diciendo que se tengan que operar todos.

Entonces, fíjense cuáles son las causas más frecuentes de mortalidad en el mundo: sin duda, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares.

En la base de esa patología vascular están la hipertensión, la diabetes y la dislipemia, todas provocadas por la obesidad.

El cáncer, que es la segunda causa de muerte, es un 30% más frecuente en los pacientes obesos.

Por supuesto, en tercer lugar están las muertes violentas

Entonces, la obesidad termina siendo la mayor causa de mortalidad a nivel mundial. Ya dije: dos millones ochocientos mil por año. Nos asombramos, porque en los dos años que llevamos de pandemia, se murieron tres millones, y resulta que, por año, la obesidad mata a la misma cantidad. Esa es la gravedad del problema. Es la enfermedad que, además, genera el mayor gasto en salud por las comorbilidades.

Ya dijimos cuáles eran la comorbilidades. Lo que importa decir es que todas mejoran con la cirugía bariátrica. No estoy diciendo que se curen, sino que mejoran, y las que no están presentes, se pueden prevenir.

La cirugía bariátrica es la única herramienta terapéutica que disminuye efectivamente la grasa corporal. Logra un descenso de peso significativo y mantenido a largo plazo. En cambio, los tratamientos médico-nutricionales son eficaces en apenas un 5 % o un 10 % de los casos, logrando éxitos que, en general, los pacientes los viven como fracasos. Yo digo que, en realidad, son éxitos, pero insuficientes, parciales y transitorios, porque sistemáticamente rebotan.

Hablemos ahora de la diabetes. ¿Cuál es la prevalencia de la diabetes tipo 2? Cuando hablábamos de obesidad, está directamente relacionada con diabetes. Es la otra pandemia en ascenso continuo. Doscientos ochenta y cinco millones de personas actualmente son diabéticas; cuatrocientos treinta y ocho millones están previstas para el 2030 y quinientos millones más en riesgo potencial. En nuestro país sucede, no solo con la diabetes y con la hipertensión, que la mitad de ellos no sabe que son diabéticos y a veces se diagnostica tardíamente, cuando el fenómeno es irreversible. Nuevamente, es el mayor desafío de salud pública del siglo XXI.

¿Cuál es la relación entre obesidad y diabetes tipo 2? Es el primer y mayor factor de riesgo. La mujer obesa tiene noventa y seis veces más chance de ser diabética. El hombre obeso tiene cuarenta y dos veces más chances de ser diabético. El descenso de peso mejora la diabetes, pero la mejora de la diabetes tipo 2 con la cirugía bariátrica y metabólica es drástica e inmediata.

Observemos, en cambio, que la estrategia terapéutica antidiabetes -medidas de prevención y control primario, tratamiento de la diabetes tipo 2 establecida, los cambios del estilo de vida, además de la medicación y cada vez medicación más moderna que intenta imitar las hormonas que se producen en el tubo digestivo y que son costosísimas-, hasta ahora, ha tenido eficacia solo en el 7 % de los pacientes.

La cirugía bariátrica y metabólica es eficaz no solo en lograr un descenso de peso sostenido, sino en lograr mejorar y controlar la diabetes, en mejorar y controlar todas las comorbilidades: la diabetes, en más de un 70 %; la hipertensión arterial, en más de un 80 %, y la dislipemia, en un 95 %.

¿Cuál es la realidad del Uruguay? Después se va a referir con mayor detalle el doctor Santiago, pero voy decir algo para fijar conceptos. Dos de cada tres uruguayos tiene sobrepeso y obesidad; o sea, más de 25 del índice de masa corporal.

En esta habitación, seguramente dos de cada tres tenemos sobrepeso; uno de cada cuatro, tiene obesidad, o sea, mayor de 30, y se estima -acá hay datos variables al respecto- que uno de cada diez tiene obesidad mórbida, por encima de 40. En nuestro concepto, es mórbida aunque sea por encima de 30 si tiene las comorbilidades ya presentes.

En cuanto a la población infantil, uno de cada cuatro tiene sobrepeso u obesidad y uno de cada diez tiene algún tipo de obesidad. ¿Qué ha pasado con los factores de riesgo? Tenemos los datos solo hasta el 2013; todavía faltan los datos recientes que no han sido publicados.

Fíjense que el sobrepeso-obesidad varió del 56,6 % al 65 % en siete años; la obesidad, de 19,9 % a 38,7 %. ¿Qué porcentaje de la población tiene glicemia elevada en ayunas? Varió de 5,3 % a 7,8 %. Paralelamente, un 90 % de los uruguayos no hace ejercicio y no consume frutas ni verduras: un 90 %.

Recién hablábamos de la pandemia y de la relación entre la pandemia-obesidad con la pandemia que nos afecta hasta el día de hoy, por suerte, en vías de solución en nuestro país.

La globesidad es una pandemia crónica. El covid-19 es una pandemia transitoria. La obesidad genera comorbilidades graves, compromete el estado inmunológico y la obesidad es la que ha generado las formas más graves de covid-19. La mayor mortalidad del covid-19 ha sido en pacientes obesos. Además, paralelamente, los tiempos de espera para la cirugía -que lo han sido para todas las cirugías-, en el caso de la cirugía bariátrica y metabólica, han permitido el aumento de la morbimortalidad, como lo hemos visto.

¿Cuál es el concepto quirúrgico? No es una cirugía estética, aunque pueda tener resultados estéticos después de que el paciente rebaja de peso. Tampoco es una cirugía paliativa. Tiene pretensión curativa. Intenta cambiar la conducta y nos dicen, ¿pero cómo, cirujanos, manipulando el estómago, el intestino, pretenden cambiar los hábitos? Efectivamente, el paciente aprende a comer de una manera diferente. Baja de peso, se siente más ágil y, entonces, hace los ejercicios que de otra manera no podía. Modifica los hábitos. ¿Pero es una cirugía de mucho riesgo? Seguramente, el profesor se va a referir a dónde está ubicada la cirugía bariátrica en cuanto al riesgo. Debemos tener el concepto de que el riesgo de la enfermedad es mayor que el riesgo de la cirugía y el paciente deberá prepararse para disminuir el riesgo anestésico y para prevenir las complicaciones. ¿Cómo hace para prepararse? ¿El cirujano solo operando? No, un equipo multidisciplinario, con endocrinólogo, diabetólogo, internista, cardiólogo, neumólogo, nutricionista, fisiatra y, en salud mental, psiquiatra, sicólogo y, por supuesto, para la cirugía, el cirujano y el anestesista. Después de que actuó en forma armónica y coordinada, ese equipo multidisciplinario es el que realiza la evaluación del paciente, selecciona el procedimiento, establece el plazo de preparación adecuado, hace el tratamiento médico nutricional que lleva a que descienda de peso en el preoperatorio y mejore las comorbilidades y lo prepara psicológicamente, determina la oportunidad quirúrgica y se puede operar previo consentimiento informado.

El equipo quirúrgico deberá estar muy bien adiestrado y entrenado en cirugía digestiva, en cirugía laparoscópica y en cirugía bariátrica. ¿Por qué? Porque desde el año 1994 y 1995, la cirugía bariátrica se hace por laparoscopia. ¿Cuál es la diferencia entre cinco incisiones de diez y cinco milímetros y una laparotomía que restringe la capacidad ventilatoria, que impide la movilización, que genera dolor? El paciente operado por laparoscopia se levanta en la tarde, moviliza, respira normalmente y con muy poco o ningún dolor.

Para que ustedes tengan una idea cabal de qué estamos hablando, vemos que este es un paciente obeso a punto de ser operado y esta es la técnica quirúrgica: esos cinco trócares de 10 o 12 milímetros y de 5 milímetros, y este es el resultado. Esas incisiones, los dos drenajes que se dejan por pocas horas para controlar si hay sangrado o fuga anastomótica.

En la pantalla pueden ver a una mujer que antes se operó la ginecomastia. Esta paciente ya tenía una cirrosis por esteatohepatitis no alcohólica e igual se hizo el *bypass* por laparoscopia, como se ve allí.

Traemos estas fotos porque dicen que una imagen puede más que las mil palabras que he dicho y me disculpo por el tiempo que les he ocupado.

Podemos ver al primer paciente que se hizo un *bypass*; es un paciente de Salto, hoy fallecido en un accidente de tránsito; esto es en homenaje a él que nos mostró estas fotos y las mandó a los seis meses de operado. Este otro paciente, en Paraguay, pesaba 280 kilos en el año noventa y siete, pero se operó por vía abierta con una banda y este es el resultado: una tremenda eventración. Aquí pesaba 140 kilos, observen, la foto anterior son estas dos fotos juntas; y la imagen en el espejo.

Este es otro paciente preparándose, observen su físico, con la gelatina y el agüita; es un contador, de vida sedentaria, se le hizo un *bypass*, se preparó y bajó 20 kilos; con 180 kilos se operó y al año pesaba menos de 100 kilos, su diámetro de cintura bajó, el índice de masa corporal de 55 a menos de 30, y ahora vemos su imagen posterior.

Para finalizar, les dejo algunas imágenes que son más que elocuentes.....(pacientes de distintos departamentos del país).

Y observen las fechas, algunos son del cuatro, del siete, del diez, hace veinte años que está instalada la cirugía bariátrica y metabólica en Uruguay; repito: veinte años.

Y creo que es más que elocuente.

Para poder hacer la cirugía bariátrica hay que trabajar con un equipo multidisciplinario que debe seleccionar muy bien el procedimiento adecuado para cada paciente. No es una técnica para todo el mundo; cada paciente requiere su técnica quirúrgica. Debe estar bien evaluado y preparado antes de decidir la operación. Se debe trabajar con un equipo interdisciplinario en el pre, intra y pos operatorio, con un seguimiento conjunto muy ajustado y prolongado y el paciente y el familiar directo relacionado debe estar muy bien informado y consentir.

Como conclusión final, lo que Mason dijo hace casi cincuenta años: La cirugía bariátrica no es el mejor tratamiento para la obesidad mórbida; es el único.

Ojalá que podamos contar con una ley de obesidad que le dé acceso a toda la población que lo necesita en cuanto a cirugía bariátrica y metabólica; sobre los costos, después se van a referir los compañeros.

Muchas gracias.

SEÑOR SANTIAGO (Pablo).- Mi misión hoy es, simplemente, extrapolar todo lo que presentó el doctor Geninazzi a números nacionales, con datos nacionales y mostrar cuál es la realidad de nuestra población en cuanto a este tema.

Todos sabemos que la obesidad es una pandemia y Uruguay no está exento de eso. Vamos a referirnos a datos nacionales. Este es el estado actual del problema, según la segunda encuesta nacional de factores de riesgo presentada por el Ministerio de Salud Pública en la que se estudiaron los hombres y mujeres con sobrepeso y obesidad de nuestra población.

La columna que quiero resaltar es la de la derecha, donde se estudiaron pacientes entre 15 y 64 años de edad que es, generalmente, el tipo de población que manejamos con cirugía bariátrica. No hemos incursionado en la cirugía bariátrica en niños, y luego de los 65 años, por los factores de riesgo, generalmente, no son candidatos, aunque no es excluyente.

En esa columna -como dijo el doctor Geninazzi-, seis de cada diez, específicamente, el 58.5 % tienen sobrepeso u obesidad; un 34 %, sobrepeso; es decir, un índice de masa de más de 25, y hay un 23.7 % con obesidad, es decir, pacientes con un índice de masa corporal mayor de 30, que vendría a ser nuestra población objetivo. Hay que empezar a delimitar cuál es la población objetivo.

El Instituto Nacional de Estadística nos brindó estos datos. Para la población uruguaya de 2021, en ese grupo etario entre 15 y 65 años, hay aproximadamente 2.300.000 habitantes. Haciendo una simple regla de tres, podemos llegar a la conclusión de que 1.300.000 habitantes son pacientes que tienen sobrepeso u obesidad. Ese es el universo de nuestro país, específicamente.

Si vamos a referirnos a la obesidad mórbida, es decir, la obesidad que realmente es blanco de cirugía bariátrica, índice de masa corporal mayor de 40, recurrimos a un estudio de un conocido endocrinólogo nacional, el doctor Pisabarro, que publicó que para esa población adulta, aproximadamente la obesidad mórbida corresponde al 1.2 % de la población. Como decía el doctor Geninazzi, aproximadamente, uno de cada diez habitantes adultos, tiene obesidad mórbida.

De ese 23 % de obesidad, 1.2 % tiene obesidad mórbida, lo cual, en número absolutos, equivale a aproximadamente 16.000 uruguayos adultos con obesidad mórbida, es decir, con un índice de masa corporal mayor de 40. Esto es más o menos para ubicarnos en el universo al cual apunta la cirugía bariátrica. Si bien hay matices, las indicaciones se vienen ampliando, dependiendo de las patologías y de las comorbilidades que mencionó el doctor Geninazzi, más o menos ese es el universo al cual debemos apuntar.

El tratamiento es muy complejo porque la obesidad responde a múltiples factores. No es solo regular con qué se alimenta el paciente ni las cantidades ni la calidad. Hay factores psicológicos, genéticos, endocrinológicos y por eso la razón de ser del manejo multidisciplinario. El paciente no se opera si no pasa por el escrutinio de todos estos especialistas que valoran todos los otros polos que pueden estar afectando al paciente obeso.

Esta es una demostración gráfica para que tengamos una idea de cuál es la real dimensión de la enfermedad, mencionando dos enfermedades conocidas, crónicas, una infecciosa, el HIV y otra, una enfermedad crónica degenerativa, la enfermedad de Parkinson

El sobrepeso y la obesidad tienen esa relación en comparación con estas patologías. Esa es la proporción, los pacientes con comorbilidades, obesos, blanco de nuestra terapéutica es esa. El obeso o el súperobeso con índice de masa corporal mayor de 50, los que son tratados realmente por los equipos multidisciplinarios y los que llegan a la cirugía bariátrica. De modo tal que del universo de pacientes pasibles de este tratamiento, hay una subvaloración y un subtratamiento muy importante. Esto no solo pasa en Uruguay. Esta es una estadística, no se ve muy bien porque está muy chiquito, pero son todos los países que tienen documentada la penetrancia de la cirugía bariátrica y metabólica en su población y la media, menos del 1 % del paciente blanco, es tratado a nivel mundial. De modo tal que hay un subtratamiento vinculado con esta terapia.

Las indicaciones ya se mencionaron: índice de masa corporal de más de 40 o un poco menos gordo, pero que asocia comorbilidades, también se benefician en forma importante. Esto surge de consensos de hace 20 años. Al 2021 estas indicaciones se siguen ampliando porque se han visto beneficios en otros subgrupos de pacientes. Por ejemplo, en los pacientes candidatos a prótesis de cadera, candidatos a prótesis de rodilla -que nos envían los traumatólogos para hacer el tratamiento por artropatías invalidantes, previo a las cirugías de reemplazo articular-, pacientes con apnea obstructiva del sueño -nos lo mandan los neumólogos-, el paciente con esteatohepatitis. La esteatohepatitis o el hígado graso se ha convertido en la tercer causa de cirrosis, luego del alcohol y luego de los virus a nivel mundial, también es de tratamiento para cirugía bariátrica y, por supuesto, y ya mencionada, la cirugía metabólica en el paciente diabético fundamentalmente. Esos consensos, esas indicaciones surgen de estudios poblacionales, con muchos pacientes, donde se vio que la diabetes se resolvía más del 60 % de los casos luego de esta cirugía; las dislipemias mejoraban en más del 70 % y la hipertensión también se solucionaba. Se controlan, no existe curación al respecto, es una enfermedad crónica, pero generalmente el control es muy efectivo.

Como mostró el doctor Geninazzi, son pacientes complejos, pero debemos desmitificar la gravedad o el riesgo de la cirugía bariátrica. Es una cirugía laparoscópica, relativamente con muy buen resultado, con una mortalidad equiparable a la colecistectomía laparoscópica cuando se hace dentro de estas condiciones. Con una valoración completa, el equipo multidisciplinario y el paciente preparado para esta cirugía, la mortalidad es similar a la de una colecistectomía laparoscópica y la internación no va más allá de 48 a 72 horas; el paciente se va a su casa y no requiere CTI en el 98 % de los casos.

Las técnicas -y con esto voy terminando- son múltiples, pero las que hacemos en Uruguay y las que se hacen en el mundo mayoritariamente son, fundamentalmente, la manga gástrica, que es un procedimiento exclusivamente restrictivo. Como ustedes pueden ver, el estómago se convierte en un tubo, generando una importante restricción a la ingesta calórica, lo cual genera el adelgazamiento del paciente. Con una cruz aparece el famoso cinturón gástrico o banda gástrica, que dejó de usarse en el mundo hace muchos años.

El segundo procedimiento, en frecuencia, es el conocido *bypass* gástrico que, como ustedes ven, consiste en compartimentar el estómago en dos sectores. Un estómago chiquito arriba, por lo tanto, es restrictivo también, y la comida transcurre por un asa desfuncionalizada, por el intestino delgado, *bypaseando* el resto del estómago y la primer parte del intestino delgado, generando un mecanismo disabsortivo; el *bypass* es restrictivo y disabsortivo, por lo tanto, es más potente en algún grupo de pacientes muy seleccionado.

No voy a entrar en detalle de las otras técnicas. Simplemente, quiero mostrarles las estadísticas internacionales de la IFSO que es la asociación de obesidad mundial, donde el número global de cirugías bariátricas ha ido creciendo exponencialmente a nivel del mundo y, dentro de los cuales, en la línea verde, el procedimiento más utilizado es la manga gástrica y el segundo procedimiento, en línea roja, es el *bypass* gástrico. Procedimientos ambos que, en nuestro país, hay basta experiencia y, como dijo el doctor Geninazzi, algunos grupos de más de veinte años de experiencia.

SEÑOR RODRÍGUEZ (Gustavo).- Buenas tardes para todos, soy profesor de cirugía en la Clínica Quirúrgica 2 del Hospital Maciel y el responsable del programa de cirugía bariátrica y metabólica de ese Hospital.

Tengo simplemente cinco diapositivas, así que voy a tratar de ser muy breve, conceptual y de transmitir lo que nosotros entendemos que es un problema que tiene Uruguay como país con respecto a esta patología.

En primer lugar, la obesidad es una enfermedad crónica. Está reconocida por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad crónica. O sea que es un problema que se va instalando con el tiempo, que condiciona la salud del individuo y que deteriora tanto la calidad como la cantidad de vida. Los pacientes con obesidad u obesidad mórbida viven, en promedio, diez o quince años menos que la población no obesa. O sea que hay una afectación tanto de la cantidad como de la calidad.

En Uruguay no está reconocida como una enfermedad crónica. Existe cierto desconocimiento de esta enfermedad por parte del cuerpo médico. Está extendida la creencia de que tener sobrepeso, ser gordo u obeso mórbido es una opción, que "es gordo porque quiere", "porque es un haragán, un perezoso, no le gusta hacer ejercicio y come cualquier cosa". Es un concepto mucho más profundo; se trata de una enfermedad crónica. Nadie quiere ser obeso mórbido y tener todas las enfermedades que ya mostraron los colegas que hablaron antes que yo.

En el Uruguay existen políticas fuertes, pero apuntan a la prevención primaria. Hay que entender que la cirugía bariátrica hace prevención secundaria. Tenemos un problema de salud que condiciona otras enfermedades como diabetes, hipertensión o enfermedad cardiometabólica, que constituyen la primera causa de muerte en el Uruguay.

Entonces, la aplicación de un programa a nivel nacional, regulado, que permita tratar a estos pacientes, lo que nos hace es evitar que desarrollen otras complicaciones que tienen un costo enorme desde el punto de vista económico para el sistema que financiamos todos a través de nuestros aportes, pero también afecta a la seguridad social porque estas patologías asociadas generan mucha incapacidad. Por ejemplo, un paciente de 40 años, con obesidad e hipertensión severa, que hace un *stroke* puede transformarse en "una carga" -entre comillas- para la seguridad social. Es un paciente que sale de lo que es la población económicamente activa del país.

La cirugía bariátrica es la mejor opción que se tiene hoy por hoy; está demostrado; hay evidencia fuerte a nivel científico que es la mejor opción para el manejo de esta patología. En cuanto al tratamiento mediante la cirugía, hay que entender que es una cirugía segura, porque también está bastante extendido el concepto -creo que muchas veces por desconocimiento en general- de que es una cirugía riesgosa. En realidad, el riesgo de la cirugía bariátrica -cualquiera sea de las que mostró el doctor Santiago- es comparable al de operarse de la vesícula biliar hoy por hoy. Representa el mismo riesgo sacarse la vesícula porque tiene cálculos que realizarse una cirugía bariátrica. Hoy por hoy es una cirugía segura. Pero no es una cirugía segura en el mundo, sino en el Uruguay todos los equipos que trabajamos tenemos esos resultados. Ya está establecido, a través de los consensos internacionales, que un centro de cirugía bariátrica para poder estar acreditado debe tener determinados resultados, que son los que se obtienen en Uruguay. Deben tener una mortalidad de 0,5 % o menos, y un índice de complicaciones no mayor de 5 % a 10 %.

El otro gran problema que tenemos arriba de la mesa es que nosotros no estamos tratando estos pacientes. El paciente obeso forma parte de una población que es discriminada. Cuando una persona que tiene una enfermedad crónica va a un prestador de salud -público o privado- y le dice que pesa 180 kilos, que es diabética e hipertensa ¿cuál es la respuesta que obtiene del sistema? "Mire, señor: nosotros le damos la pastilla para la presión, el hipoglucemiante para la diabetes, pero el otro problema que tiene, que le está generando todo, no lo tratamos". O sea que hay una población que, aparte de sufrir la discriminación social por ser obeso mórbido, de tener problemas laborales, sufrir *bullying* -es decir, una serie de problemas que sufre esa población discriminada-, está el tema de cuando va a pedir ayuda, salvo contadas excepciones, algunos que estamos en la parte pública, y también en la privada, es la única opción. Pero, ¿qué pasa? En Uruguay quien puede acceder a ese tratamiento son dos poblaciones: una que se atiende en la parte pública y se pone a la fila de una lista de espera -por ejemplo, en el Maciel tenemos trescientos pacientes esperando ser operados-, y otra que va a la parte privada y debe tener capacidad en su bolsillo para hacer un pago que no es bajo. En el medio hay una enorme cantidad de gente que está sin atención, que va a sufrir y padecer la repercusión de esta obesidad a lo largo del tiempo, y lo que le va a ir generando. Esto tiene un impacto muy importante desde el punto de vista social y económico.

Es fundamental para la regulación de esto. Para el tratamiento de estos enfermos no se puede decir "a partir de mañana se regula y quien quiera puede empezar a tratar a estos pacientes". Hay un requerimiento esencial, que es el equipo. Esto no se puede tratar si no hay un equipo multidisciplinario, y lo básico es lo que está ahí: licenciado en nutrición, psicólogo, psiquiatra, un médico especializado en obesidad -puede ser endocrinólogo, en fin- y cirujanos bariátricos entrenados. Sin eso no se puede funcionar.

Para poner en marcha esto tiene que estar la exigencia -el imperativo- de que funciona dentro de este sistema.

Ahora voy a hablar de los costos. Obviamente, la cirugía tiene su costo, pero el más importante es el del instrumental que se usa. Está pensado como material descartable, pero se puede reusar, dentro de determinadas condiciones de seguridad.

El costo estimado para operar a un paciente, utilizar una máquina de sutura como la que se utiliza y las recargas que hay que usar, es de \$ 110.000. Eso es lo que le cuesta al sistema operar un paciente. Son \$ 110.000. Ese paciente estará cuarenta y ocho horas internado; en el peor de los casos, estará setenta y dos horas. La norma es que el paciente ingresa el día de la cirugía, se opera y en cuarenta y ocho horas está en la casa.

Ahora bien, si nosotros vemos cuánto cuesta tratar a un paciente obeso, diabético e hipertenso que no tratamos en su momento -frecuentemente son pacientes que tienen una cardiopatía isquémica, que hacen un angor, un infarto de miocardio- o sea que la vamos corriendo de atrás; no actuamos en su momento y desarrolló la complicación. Una angioplastia, que es un procedimiento de dilatación de las arterias coronarias, cuesta US\$ 4.000 por paciente. A eso hay que agregarle el tratamiento farmacológico, porque cuando se pone un stent coronario, en el Fondo Nacional de Recursos le dan el *pack* de la atorvastatina, que tiene que tomar durante un año.

Un cateterismo terapéutico con hemodinamia está casi en US\$ 5.000. Supongamos que el paciente llega a una etapa más grave de su cardiopatía y requiere de un trasplante cardíaco. Ese procedimiento, al sistema le cuesta \$2.000.000. En un monto intermedio está lo que cuesta operarlo a pecho abierto, porque algunos no son candidatos a ese tipo de tratamiento.

El paciente diabético, hipertenso y obeso tiene grandes chances de desarrollar, con el paso de los años, una alteración del riñón, e ir hacia una insuficiencia renal terminal. Para que pueda vivir hay que ponerlo en un plan de diálisis. ¿Cuánto le sale al Uruguay tener un paciente en diálisis? Cada acto de diálisis cuesta \$ 6.000. Si el paciente se dializa tres veces por semana, se hará trece diálisis por mes, lo que da un total de ciento cincuenta y seis al año. Se calcula que ese paciente le cuesta al sistema casi \$ 1.000.000. O sea que son US\$ 21.600 americanos por paciente, por año. Si actuamos antes, con la prevención secundaria, a través de un equipo multidisciplinario -como se mostró- que trata este tipo de pacientes, podríamos evitar llegar a esas situaciones.

Ahora bien, la mejor opción para la falla renal terminal no es la diálisis porque supone un deterioro de la calidad de vida importante. El paciente debe ir tres veces por semana a estar conectado a la máquina. Una minoría de los pacientes que están en diálisis en nuestro país son candidatos a ser transplantados y llegan a esa instancia. ¿Cuánto nos cuesta llegar al trasplante renal? En la imagen que estamos proyectando en la pantalla están los valores a julio de 2021. Son datos públicos, que están en la página del Fondo Nacional de Recursos. Cuando es con donante vivo, cuesta \$ 1.330.000; cuando es con donante cadavérico, \$ 1.280.000. O sea, se trata de costos realmente elevados.

También se realizan otras opciones en Uruguay, pero son menos frecuentes. Por ejemplo, el trasplante renopancreático. En los diabéticos se transplanta el páncreas y el riñón.

También se mencionó la patología traumatológica. Estos pacientes, con un sobrepeso tan importante, aceleran los procesos de artrosis, tanto a nivel de la cadera como de la rodilla. Frecuentemente, la situación de estos pacientes tiene que ser resuelta porque su obesidad y la inactividad que tienen está condicionada porque tienen una

patología articular que les impide moverse. Si hay que operarlos y ponerles una prótesis de cadera cuesta US\$ 3.400; la afectación no es de una sola cadera, sino que en general es de las dos. La prótesis de rodilla ronda los US\$ 4.000.

En suma: hay que visualizar el problema como una enfermedad crónica, que no está tratada en el Uruguay. Apuntamos a la prevención, fundamentalmente, secundaria, a través de la formación de equipos multidisciplinarios, y que es costo efectivo, y está demostrado porque hay estudios ya realizados que calculan que en alrededor de dos años se amortiza el gasto que se tuvo en la cirugía con todo lo que se ahorra en el gasto del paciente *a posteriori*, no solo por lo que les mostré, sino porque el paciente hipertenso que tomaba tres medicamentos, pasa a tomar uno; el diabético tipo 2 que estaba con hipoglucemiante, en general no necesita más medicación. O sea que hay una ecuación costo efectiva que es favorable.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- Muchas gracias por la presencia. Es un gusto escucharlos. Para mí es un doble placer, ya que me he podido encontrar nuevamente con el doctor Santiago, con quien trabajamos juntos con algún paciente de Young. Para mí es un honor estar acá.

Coincido en la exposición, que me pareció muy completa, en casi todo. Nosotros presentamos un proyecto de ley que está en la Comisión, pero todavía no se ha tratado. En él se afirma lo que ustedes dicen en cuanto a que la obesidad no es reconocida como una enfermedad y que tendría que haber una especialidad que la tratara. Tiene varios ítems y también entra la cirugía bariátrica.

Voy a plantear dos preguntas.

En el proyecto que les mencioné está tratado el concepto de prevención primaria y secundaria; no podemos desvincular una de la otra. Se nos ocurrió que una buena idea - tal como ustedes acaban de decirlo, hay un problema económico y tenemos que solucionarlo para que la iniciativa sea viable y se haga efectiva- podría ser incluir la cirugía bariátrica en el Fondo Nacional de Recursos. El proyecto -que todavía no hemos resuelto, así que se pueden agregar y modificar cosas- apunta a eso, porque sería algo similar a lo que pasa con las prótesis. La cirugía bariátrica es una especialidad que no todos los equipos quirúrgicos pueden realizar, por eso hago énfasis en lo que usted dijo: hay equipos que se dedican a la cirugía bariátrica y están especializados en ese sentido.

O sea que ese proyecto abarcaba eso también, y encontramos la salida económica a través del Fondo Nacional de Recursos, que es una herramienta muy importante que tiene este país, no solo para estos temas, ya que también abarca un montón de prestaciones que se le puedan dar a toda la población. De todos modos, lo que no me cierra es el costo de la cirugía bariátrica que usted planteó, que fue de \$ 110.000, porque creo que lo único que entra en la propuesta es el uso de los instrumentos; creo que no entra el equipo médico y el anestésista.

Por lo tanto, si planteamos una solución económica, que es la primera traba que tenemos para hacer un proyecto de ley sobre cirugía bariátrica, tendríamos que hablar del número global, de lo que cuesta todo el paciente. Está bien la especificación de los días de internación, pero también se debe tener en cuenta que la sutura mecánica es cara; cada disparo sale unos cuantos dólares. Entonces, también tendríamos que incluir al equipo técnico para hablar de costos reales, tanto para las instituciones privadas como para la salud pública. De esa forma, se podría elaborar un proyecto de ley que incluyera al Fondo Nacional de Recursos, o tendríamos que buscar otra solución para ese tema. Esa es la salvedad que encuentro en la exposición.

Muchas gracias; aprendí un montón.

SEÑOR SAUTO (Sergio).- En Uruguay, actualmente, hay seis equipos armados y realizando cirugías bariátricas. Nuestro equipo, específicamente, funciona en Rivera, otro lo hace en la ciudad de Carmelo, y hay otros cuatro que funcionan en Montevideo. Uno de ellos atiende en el Hospital Maciel, otro en el Hospital Militar, otro en el Hospital Italiano y otro en la Médica Uruguaya.

Evidentemente, esos seis no son suficientes para atender el volumen de pacientes que hay. La Sociedad de Cirugía Bariátrica y Metabólica tiene implementado un mecanismo por el cual se incluiría la formación de nuevos equipos; inclusive, actualmente, hay nuevos equipos en formación.

En cuanto a los costos, el doctor Rodríguez se refirió a las cargas de sutura mecánica y la máquina que las coloca. A nivel particular, si lo vemos de manera global, el paciente sale alrededor de \$ 400.000, porque hay que incluir la utilización del block quirúrgico y las instalaciones del sanatorio, que es algo que se le cobra al paciente particular. Indudablemente, si esto se generaliza, al costo bajará sustancialmente

Por otra parte, a nivel público hemos pasado por diferentes etapas. En nuestro caso, en Rivera dependemos muchas veces del dinero con que cuenta la dirección de turno. Por momentos nos decían: "Operen", y en otros momentos nos decían: "No operen más". Esto se debe a que es una cirugía que no está entre las prestaciones básicas y no tenemos recursos. Entonces, durante este tiempo hemos generado una lista de espera bastante importante; hablamos de alrededor de cien pacientes, ya que también recibimos pacientes de otros lugares de la región, como Tacuarembó, Artigas y Salto. Y esto también ocurre con otros grupos que trabajan en cirugía bariátrica en Uruguay.

No sé si quedó respondida la pregunta.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- ¿En esos \$ 400.000 entran los honorarios médicos de todo el equipo?

SEÑOR SAUTO (Sergio).- Exactamente; más o menos.

SEÑOR CASTELLI (Fernando).- Yo trabajo en Montevideo, en un equipo particular; no trabajo en salud pública, sino en una mutualista.

En ese sentido, debo decir -respondiendo la pregunta y complementado lo que dijo el doctor Sergio Sauto- que el costo en Montevideo es mucho más caro, porque al paciente, inclusive, se le cobra la internación en su propia mutualista, o en otra mutualista; o sea que se le cobra la internación a un paciente que es afiliado.

Por lo tanto, dentro del costo global está incluida la internación, la que, obviamente, varía según la mutualista; supongo que en el interior debe ser más barata que en Montevideo. Entonces, a eso se le asocia lo que dijo el doctor Rodríguez con respecto a las máquinas, la carga de sutura y, a veces, algún equipo más de cirugía laparoscópica; además, se incluye el costo del equipo que, como dijeron, es multidisciplinario, ya que no solo está integrado por cirujanos, sino también por anestesistas, médicos, psicólogos y nutricionistas. Como dije, aquí en Montevideo, el costo es superior a los \$ 400.000.

Debe tenerse en cuenta que en medio hay una brecha de pacientes que no pueden acceder a esta cirugía. El que no puede pagarla acude a ASSE, pero puede estar años en lista de espera, lo que hace que su calidad de vida decaiga y comience a tener muchas patologías; para que eso no suceda, debe abonar particular este monto, que es elevadísimo.

Entonces, tiene que haber algo en medio para que pueda acceder el resto de la población.

Muchas gracias.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Es un gusto, una vez más, estar compartiendo con ustedes.

Como bien dijo el doctor Geninazzi, en aquella oportunidad, tuvimos una muy buena mañana, porque aprendimos mucho y tuvimos la oportunidad de conocer al doctor argentino que presentó a ley.

En realidad, siempre tuvimos presente que Uruguay tiene un problema grave con la obesidad y, fundamentalmente, con la obesidad mórbida y la obesidad infantil, que en nuestro país, últimamente, se ha disparado en forma exponencial.

Yo creo -capaz que alguno de ustedes ya conoce mi posición- que el Parlamento no debe legislar con respecto a patologías médicas. El Parlamento es una institución que debe legislar sobre políticas sanitarias, pero no sobre políticas específicas, como la ley de diabetes, la ley de obesidad o la ley de fibromialgia. En realidad, hemos convertido al Parlamento en un hacedor de leyes relativas a patologías que después no se llevan a la práctica.

Sin duda, cuando se hace una ley, se debe contar con estudios previos para saber si esa iniciativa que se está redactando se puede llevar a la práctica. Por supuesto, para que ustedes se vayan contentos, podríamos decirles que tenemos un acuerdo partidario y que vamos a elaborar una ley que obligue al Ministerio de Salud Pública a pagar, aunque sepamos que no va a poder. Entonces, me parece que en el Parlamento tenemos que ser responsables cuando emitimos opiniones al respecto.

Esto se arregla, solamente, de una manera: incorporando la técnica de la patología de la morbilidad al PIAS, al Plan Integral de Prestaciones de Salud; no hay otra alternativa.

La otra alternativa puede ser el Fondo Nacional de Recursos, que es algo que se planteó en varias oportunidades; el problema es que siempre -ya sea por el PIAS o por el Fondo Nacional de Recursos- se precisan recursos económicos genuinos, porque para incorporar al PIAS una técnica quirúrgica o una técnica médica se necesita financiamiento, y eso se hace a través del contrato de gestión que tiene la Junasa con las instituciones de asistencia médica.

Por lo tanto, la única posibilidad vial que hay para darle viabilidad a esto es incorporar esta técnica al PIAS.

Cuando uno incorpora una técnica al PIAS, aparte del tema económico, debe tenerse en cuenta que dicha técnica debe ser universal, es decir, que le tiene que llegar a todos los uruguayos que viven en el país.

Entonces, la pregunta que voy tirando es: ¿En Uruguay estamos en condiciones de brindar este servicio en forma universal, ya sea a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud del sector público como del privado? Yo creo que sí.

Estábamos hablando con la diputada Lustemberg de que en el período pasado hicimos una muy buena ley -que por distintas circunstancias no se está llevando a la práctica-, que es la de Centros de Referencia, y tengo la sensación de que adaptándola un poco podemos aplicarla para tratar este problema.

¿Cuál es el problema mayor? Que la ley de Centros de Referencia habla de baja incidencia de la enfermedad, y esta es una enfermedad que tiene una alta incidencia; estamos hablando de casi dieciséis mil pacientes por año. Entonces, esta enfermedad no entraría en esa ley, pero se podría llegar a ajustar.

Además, se deberían determinar centros, porque sería inviable que en Uruguay tuviéramos diecinueve, uno en cada departamento, ya que no sería viable; inclusive, sería hasta inconveniente para Uruguay.

Entonces, me parece que por el lado de los Centros de Referencia, bien distribuidos, podríamos incorporar esto al PIAS.

Por otro lado, acá hay un error conceptual -seguramente, esto vino del período pasado-, porque en la Comisión hay un proyecto de ley que dispone que esta técnica se incorpore al PIAS, y eso está mal, porque el Poder Legislativo no puede incorporar una técnica a un organismo del Poder Ejecutivo. Eso es resorte exclusivo del Poder Ejecutivo; este es el que debe saber cómo están distribuidas las técnicas, cuál se pone y cuál se saca. Además, para eso hay una Comisión del PIAS funcionando en el Ministerio desde hace muchos años, que hace intercambios. Por lo tanto, si hay técnicas quirúrgicas que ya no se usan más, salen del PIAS y se incorporan otras. En ese sentido, esta puede llegar a ser una -con todas las cifras, los datos y los estudios- de las técnicas sobre las que podemos trabajar para incorporar al PIAS o al Fondo Nacional de Recursos.

El problema es que el PIAS o el Fondo Nacional de Recursos necesitan financiamiento genuino, y el Fondo, en este momento, está al tope; está viendo si incorpora algún fármaco específico, y no lo puede hacer porque no tiene disponibilidad económica para eso. Para que eso se logre, se deberían aumentar impuestos; a través de la Junasa y del Fondo Nacional de Salud se debería aumentar el porcentaje que le sacan del sueldo a los trabajadores y a las empresas. Esa es la única manera de aumentar los recursos del Fondo Nacional de Salud para solventar esto.

Sin duda, creo que este es un tema importante, y también creo que es una prevención secundaria. Por lo tanto, creo que debería redactarse una ley general de nutrición -general- que ataque, específicamente, la prevención primaria, la prevención secundaria, hábitos de vida y la alimentación. Me parece que el Parlamento puede contribuir en ese sentido.

Además, creo que se debe trabajar específicamente con salud pública, y como Comisión nos ofrecemos a hacerlo conjuntamente con ustedes; seguramente, han tenido conversaciones con las autoridades del Ministerio, a los efectos de ver cómo se puede incorporar esta técnica que, más que una técnica y un problema, es un problema de salud pública, porque no solamente se trata del gordito, del obeso mórbido, sino de todo en lo que repercute.

Por lo tanto, desde ya estamos a las órdenes; es fácil hablarlo y difícil llevarlo a la práctica, pero en lo que podamos colaborar, estamos a las órdenes.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Agradezco a los integrantes de la Sociedad Uruguaya de Cirugía Bariátrica y Metabólica.

Coincido con lo que decía el diputado Gallo; además, nos comprometemos a trabajar en esa línea.

Durante dos años -hasta que renuncié- fui subsecretaria del Ministerio de Salud Pública, por lo que conozco la situación y el desafío del equipo del Hospital Maciel y del equipo de Rivera, cuando se dio la directiva de que los procedimientos de alto costo que no estuvieran en el PIAS no fueran realizados por los efectores del sistema público, aunque la lista de espera demandaba que, de acuerdo a los recursos genuinos que cada unidad ejecutora tuviera, se siguieran realizando.

En realidad, creo que la obesidad tiene que ser considerada como una enfermedad y no solamente como un factor de riesgo vinculado a las enfermedades crónicas no

trasmisibles. De hecho, nosotros presentamos un proyecto de ley -que está para ser discutido y cuenta con un acuerdo interpartidario para ser evaluado, quizás, el año próximo- que le dé dimensión a este tema y toma antecedentes de otros proyectos, como la prevención más primaria de entornos alimentarios saludables, la publicidad y la carga indiscutible que hoy tiene para Uruguay el sobrepeso y la obesidad. Yo soy pediatra de profesión. Tengo clarísimas las cifras hoy en nuestro país, tanto en la parte pediátrica, como el 60 % en la parte adulta y los costos que esto tiene, pero hoy es indispensable la cirugía bariátrica. Es un tratamiento indiscutible en el impacto en la obesidad mórbida y, como tal, debe estar en el PIAS. Debe estar financiado, quizás, por el Fondo Nacional de Recursos. Hay que ver cómo se evalúa esto con la ley de los centros de referencia que, como decía el diputado Gallo, hay que ver de acuerdo a este volumen de pacientes.

Quizás sí podamos discutir hoy con los legisladores la pertinencia y nuestro compromiso de tomar esto como un tema grave de salud pública y convocar al Ministerio de Salud Pública

Quisiera saber qué recorrido han hecho con el Ministerio de Salud Pública. ¿En esta administración han tenido algún recorrido?

Nuestro compromiso está, si después laudamos y estamos de acuerdo en convocar al Ministerio de Salud Pública y al Fondo Nacional de Recursos para evaluar el impacto presupuestal que esto tiene, porque a mí no me queda la menor duda, desde el punto de vista personal y profesional, que hoy la cirugía bariátrica debe estar contemplada dentro del PIAS por el abordaje multidimensional y por el volumen que tiene el tema. La evidencia lo demuestra. Los datos están a la vista, pero creo que el recorrido es ese.

Eso que decía el doctor Gallo es una trayectoria que tiene nuestro país, que cuesta mucho. Legislar por enfermedad es lo más alejado a tener el impacto en un país que tiene un Sistema Nacional Integrado de Salud. A veces, las leyes son importantes para legislar en problemas globales, que tengan la dimensión y la multidimensionalidad, pero en esto, que es tan específico, yo creo que nosotros vamos en esa línea de legislar para la obesidad y el sobrepeso en los entornos alimentarios, de regular la publicidad y todo lo que tiene que ver con el etiquetado frontal de alimentos y con el entorno que tiene la educación en esto. Desde ahí sí son competencias del Poder Legislativo, pero en este caso las competencias son del Poder Ejecutivo.

Tomando como tales las cifras que ustedes presentan, ahí puede estar el compromiso de convocar a las autoridades del Poder Ejecutivo en conjunto con el Fondo Nacional de Recursos para ver el impacto presupuestal y que sea incorporado para todo el Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑOR SAUTO (Sergio).- Las comisiones directivas de esta Sociedad -la anterior y esta- han establecido contactos con la Comisión de Salud y, en otras oportunidades, se iban a establecer contactos con el Ministerio de Salud Pública, pero formalmente no hemos tenido ninguna reunión.

Hemos tenido una reunión informal, por conocidos, con el señor Satdjian, quien nos estimuló a seguir la línea del Fondo Nacional de Recursos, ir a plantear el tema y ver qué posibilidad existe de incluirlo dentro del Fondo. Es un debe. Indudablemente, la pandemia nos atrasó un poco con las reuniones.

Tenemos pensado llegar al ministro de Salud Pública para plantearle el tema de la obesidad en el Uruguay y ver qué solución podemos encontrar.

Vinimos hoy acá, fundamentalmente, buscando primero mostrar el problema real y ver si podemos conseguir alguna posibilidad de que haya algún tratamiento legal para el

tratamiento de la obesidad. Evidentemente, la financiación no va a salir de la Comisión de Salud; va a salir a través del PIAS o del Fondo Nacional de Recursos.

Como nuestros países vecinos, Argentina y Brasil, tienen su ley de obesidad, pensamos que este era el camino correcto. Por eso es que hoy estamos acá conversando con ustedes, mostrándoles cuál es el real problema de la obesidad en el Uruguay.

Para que tengan una idea, Brasil hace cien mil cirugías bariátricas al año. Argentina creo que hace cerca de diez mil. Nosotros, como país, no tenemos un marco que nos ampare en la realización de la cirugía bariátrica. Tampoco es universal. Al paciente de Salud Pública lo operamos si la dirección de turno tiene los recursos. Cuando nos dicen que operemos dos, lo hacemos. Al mes siguiente, nos dicen que no operemos. Nosotros queremos que todos los pacientes tengan acceso al tratamiento bariátrico. Ese es nuestro objetivo.

SEÑOR GENINAZZI (Héctor).- Agradezco los comentarios; son muy pertinentes. Ya lo habíamos conversado en alguna ocasión también con el doctor Gallo y con el doctor Radío, pero fueron contactos informales, donde nosotros recogíamos opiniones. La mayoría son coincidentes con las expresadas por la señora diputada Lustemberg y por el señor diputado Gallo.

Sin embargo, la experiencia de los países vecinos -como bien dijo Sergio- es la siguiente. Argentina estableció su ley de obesidad y la amplió, porque no es una ley creada para la cirugía bariátrica. Incluso, la llamó ley de los trastornos de la conducta alimentaria. Entonces, amplió el panorama.

En Brasil, también recurrieron a la ley y, de alguna manera, los prestadores de salud se vieron obligados a incorporar la cirugía bariátrica y otras, porque ellos hicieron un estudio económico y vieron que la inversión que se hacía en una cirugía en un paciente se recuperaba en dos años por la reducción de consultas, de internaciones, de medicación, de exámenes, etcétera

Hay un estudio similar en Estados Unidos, donde la inversión se recupera en tres años, pero los costos en Estados Unidos son francamente más elevados.

En Chile, la sociedad chilena también estuvo dando estas vueltas para tratar de incorporarlas. Se dieron cuenta de que si había cambios en el Poder Ejecutivo y en el Ministerio de Salud Pública, también había políticas diferentes con relación a esto. Entonces, están en un proceso difícil, porque están previo a una reforma constitucional, pero es importante crear una ley que reconozca a la obesidad como enfermedad -como la hay para la diabetes- crónica, progresiva e irreversible y cuando se habla de los procedimientos terapéuticos, que la cirugía bariátrica -como bien decía la doctora Lustemberg- ocupe un lugar.

Por supuesto que nuestra misión es mostrar el problema. Podemos tener opinión. Estuve muy cerca del doctor Guglielmone, a través de Antonio Ferrari, cuando él inspiró el Fondo Nacional de Recursos.

Recuerdo en algunas de las conversaciones que dijo: "No, primero la prótesis de cadera, pero la voy a acompañar de otras técnicas para lograr un consenso entre las distintas especialidades". Ahí incorporó marcapasos, diálisis y cirugía cardíaca.

Esperó que eso estuviera consolidado para después incorporar la prótesis de rodilla y así fue, sucesivamente, pero en conversaciones informales la gente del Fondo se pregunta cómo hacerlo, si están fundidos y están pensando en sacar técnicas. Entonces, yo me pregunto, si existe una ley que obligue, ¿estará el Ejecutivo -cualquiera que sea-

en condiciones de sacar técnicas y dejar de dar esas prestaciones? Hoy hay una realidad que, por ejemplo, está probada en la Universidad de Campinas, donde operan a nivel público y privado. Tienen una lista de espera de dos años, muy parecida a la del Hospital Maciel y tienen una mortalidad en la lista de espera mayor que en la de la cirugía

Entonces, en Brasil, el Consejo Federal de Medicina ha incorporado esto. Yo creo que este es el comienzo de un camino que debemos de transitar para llegar al destino que Uruguay pueda darse. No es que tengamos que imitar lo que hacen otros. Traemos las ideas que inspiran. Sé que había un proyecto presentado por el doctor Gallo en la administración anterior; creo que Rodrigo Goñi también había presentado el suyo. El doctor Lorenzo también nos dice que tal vez unifiquen esos criterios, pero no sabemos si es el Fondo Nacional de Recursos o el PIAS. No es algo que nos compete a nosotros. Somos conscientes de que los recursos son finitos y son escasos, pero también somos conscientes de que lo que está gastando el país en atender a la obesidad y a las comorbilidades es infinitamente mayor, pero lo peor de todo es que nuestra población obesa tiene una peor calidad de vida y, además, una vida acortada, con más enfermedades. Entonces, yo creo que en algún momento vamos a tener que dejar de pensar solo en términos financieros -sé que el flujo de caja es importante- y pensar en términos económicos. Entonces, tal vez eso nos permita llegar a una solución.

Muchas gracias

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Quería hacer una consulta muy puntual respecto a lo que planteaban en términos de estadísticas.

¿Cuántas cirugías de estas se hacían en el país? ¿Tienen un seguimiento? Sobre todo, con estos cien eventuales pacientes en lista de espera en la región, o trescientos en el Maciel, ¿cómo se va determinando si es en virtud de otras patologías, de situaciones más críticas para poder ir dando respuesta? ¿O es un tema de disponibilidades presupuestales?

SEÑOR RODRÍGUEZ (Gustavo).- Muchas gracias por la pregunta.

Los números son muy variables. Le puedo hablar de las cirugías que, en los años previos a la pandemia, se hacían en el Hospital Maciel. Operábamos ochenta pacientes por año. Ese era el número, pero ese número en la parte pública, como decía el doctor Sauto, depende mucho de la voluntad política de las autoridades. En ese momento, habíamos encarado el tema junto con la Dirección del Maciel y había un apoyo político muy fuerte a que se hiciera ese tipo de cirugías en ese número, en ochenta

Empezamos con sesenta y después se pasó a ochenta en el equipo de dirección, en ese momento, del doctor Villar.

Ahora, eso ha bajado en forma muy importante; prácticamente estamos en menos de la mitad. Por supuesto, el programa se discontinuó durante la pandemia. También se priorizaron algunas patologías que estuvieron muy bien priorizadas, pero la obesidad mórbida no se evaluó en su real gravedad. Entonces, también entró dentro de la lista de pacientes que eran aplazados. Las listas de espera se han ido incrementando. Hemos tenido el problema del incremento del número de pacientes en lista de espera, porque se ha perdido la oportunidad de enfermos que estaban completamente evaluados y que estaban a punto de ser operados, porque durante todo este tiempo se le fueron venciendo los estudios como, por ejemplo, la evaluación anestesiológica, que dura seis meses o la cardiológica. Muchos de ellos ganaron peso en pandemia. Uno de los requisitos fundamentales para aceptarlo en el Hospital Maciel -creo que en el resto de los grupos también- es que baje un 10% del peso corporal antes de operarse, porque eso demuestra que hay un compromiso de parte del paciente, ya que el sistema le está dando

algo que no se da en todos lados. Entonces, le damos una herramienta para solucionar su problema, pero él tiene que demostrar un compromiso.

Una de las cosas que poníamos era que si no bajaba un 10%, lamentablemente no lo podíamos operar. Eso se da en la charla de inicio. Cuando entran en contacto con el programa, ya se les trasmite. Entonces, tenemos pacientes que ganaron peso. En realidad, el cuello de botella es el número de pacientes que cada centro puede operar y que tiene su limitante natural en la financiación.

En la parte pública, mencionaba ese monto de máquinas y de recargas pensando en el Hospital Maciel, porque ahí el programa es una asociación estratégica ente la academia y ASSE. Entonces, a los que operamos y somos de la facultad, nos paga el sueldo la facultad y a quienes trabajan en ASSE -nutricionistas y demás- van por el ..., pero no porque haya una remuneración particular. Claro, eso va a estar dentro de lo que son los costos fijos de los equipos.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Creo que, como bien se dijo, es un tema muy importante; la Comisión lo va a tomar y buscaremos los mecanismos para hacerlo.

Reitero que tenemos un marco legal que se creó en el año 2007, que es el Sistema Nacional Integrado de Salud, que dentro de las cosas buenas que tiene es que no precisamos marco legal para esto. El doctor Sauto hablaba de que precisamos un marco legal. ¿Para qué se precisa un marco legal? Si hoy a través del PIAS haces obligatorias las prestaciones y si no las cumplís, la institución no cobra la cápita.

¿De qué sirve una ley, si después no puedes operar? O la mutualista dice: "Mirá, yo no tengo los recursos, ni los médicos, ni tengo el dinero para poder pagarlo". O sea, el marco legal, en este país es distinto que en Argentina y que en Brasil, que son los que conozco, y que en Chile, pero ahí no conozco bien el sistema. En Argentina si no haces un marco legal que ampare al usuario, hacen lo que quieren. Acá en Uruguay no se puede hacer eso. Si la mutualista o el hospital no cumple con el PIAS, no hay vuelta. Entonces, el marco legal me parece que es secundario. Se puede estudiar, se puede hacer, está bien, pero el problema acá no es el marco legal; el problema es el financiamiento del sistema; ver de qué manera se puede financiar.

Hice una pregunta que seguramente pasó desapercibida dentro de lo que hablé. Pregunté si están los equipos. Esto puede llevar un año de conversaciones, de negociaciones -porque esto no se hace de un día para el otro- y es muy importante la sociedad civil organizada. No solo de la ciencia se incorporan las técnicas, también de la sociedad civil organizada, a través de las sociedades de gordos, de obesos de lo que fuera, que fue lo que hizo que aprobáramos una ley de diabetes, a pesar de que no queríamos. Se aprobó porque hubo una fuerte presión de la sociedad civil y científica para darle un marco legal; lo que hicimos fue un marco legal. Es un saludo a la bandera, digamos, no hay responsabilidades específicas en esa ley. ¿Por qué se hizo? Porque había un fuerte poder de la gente. Creo que en la Comisión de Salud del período pasado recibimos a obesos anónimos, recibimos a dos o tres pacientes comprometidos y eso también hay que hacerlo jugar al momento de tomar decisiones y negociar. Repito: esto no se hace de un día para el otro y se precisa mucha información. Seguramente, toda la parte numérica la deben tener, cirugías, costos. Básicamente, con la cantidad de pacientes distribuidos en el país ¿de cuántos centros estaríamos hablando para dar una cobertura universal a todo el sistema?

Es cuanto quería decir, presidente.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Creo que la presentación de hoy es muy gráfica, da una dimensión y una magnitud del problema para que nosotros, como comisión y en este ámbito legislativo, le demos la prioridad que tiene.

Estoy convencida -como dice el doctor Gallo; y lo digo por experiencia- de que acá el marco normativo está. En Uruguay hay marcos normativos suficientes en muchas de las áreas; falta en algunas áreas, pero en el marco de políticas de salud está.

Lo que puede faltar es la voluntad política que va acompañada de la decisión. Por eso digo que es crucial que discutamos hoy, con la anuencia del presidente y en conjunto, porque este es un tema de magnitud de salud pública y debe ser evaluado por parte del Poder Ejecutivo. Me refiero a la pertinencia del tratamiento integral que tiene la obesidad, particularmente mórbida, donde conozco perfectamente cómo es el tratamiento interdisciplinario -lo que explicaba el doctor Rodríguez- y cómo se incluyen los pacientes con la indicación de la cirugía bariátrica.

Convoquemos al Ministerio de Salud Pública y al Fondo Nacional de Recursos porque todo esto está en un marco normativo, a diferencia -como decía el doctor Gallo- de lo que sucede en Chile, que tiene un marco de ley de garantías explícitas, y de lo que pasa en Argentina y en Brasil. Acá el marco normativo está. Y hoy creo que sí se debe incluir, quizás, financiados por el Fondo Nacional de Recursos por la magnitud y los costos que tiene. Eso, en el Fondo Nacional de Recursos, cuando se hace impacto presupuestal con los números que hoy ustedes mostraban, es lo que ha permitido que en Uruguay, desde el año noventa y nueve hasta ahora, el marco del Fondo Nacional de Recursos haya tenido un equilibrio fiscal, a diferencia de otros países que realmente se han desfinanciado.

Creo que hoy entraría como una prestación que debe estar financiada. Comprometámonos a trabajar en ese sentido porque es la solución para que realmente suceda; y tenga la solución dentro del marco que prevé la Ley N° 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, para que sea una prestación universal y sea otorgada por los prestadores públicos y privados. Eso es hoy lo que tenemos que evidenciar: que haya estudios de evaluación de impactos, como es el Fondo, con los números, ver cuántos equipos hay, los pacientes, la lista de espera, las indicaciones. Con los números que ustedes muestran creo que hoy el Fondo lo va a tomar como para analizar, si nosotros nos comprometemos también a mediar y a trabajar en conjunto.

Yo en lo personal -creo que el doctor Gallo y los que estamos acá- lo tomamos como tal para impulsar este proceso; y con ustedes, que son los que conocen desde el punto de vista técnico, trabajemos en conjunto para que realmente así suceda porque es la forma más efectiva. Lo demás son acciones que uno hace, pero no tienen el impacto. Lo que nosotros queremos es que la gente se beneficie y que no haya esa lista de espera.

Yo conozco el proceso del sistema público, cuando el doctor Villar desafió la orientación de ASSE de no operar más pacientes. Conozco perfectamente ese proceso. Creo que hoy amerita que esto sea una prestación obligatoria del Sistema Nacional Integrado de Salud, para todos los usuarios como se prevé: debe ser una prestación universal, con las indicaciones adecuadas que ustedes conocen.

SEÑOR CASTELLI (Fernando).- Para responder la pregunta que hacía el diputado Gallo de si había equipos.

Acá estamos representados seis equipos, dos del interior y cuatro de Montevideo, pero hay otros equipos que se están formando y en breve empiezan a trabajar dentro de la sociedad.

Los equipos están ociosos; muchos de nosotros trabajamos en otras áreas. En mi caso, que hago cirugía particular, el paciente tiene que afrontar el costo y, obviamente, el volumen es diferente al de Salud Pública en cuanto a la cantidad de pacientes por año que operamos. Pero podríamos dedicarnos exclusivamente a hacer cirugía bariátrica y a afrontar un volumen de pacientes exclusivos de cirugía bariátrica. Y, en ese sentido, los equipos están formados, se van a seguir formando y no hay problema en afrontar el desafío de trabajar en esta especialidad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradezco a todos los integrantes de la Sociedad de Cirugía Bariátrica y Metabólica, al presidente, el doctor Sauto, vecino; a todos los doctores; al "profe"; al doctor Geninazzi con el que hace tiempo que venimos recorriendo un camino largo y es un hombre de muchísima experiencia.

Casi terminada la pandemia en Uruguay han puesto el gato arriba de la mesa; ahora es un tema que debemos empezar a tratar. Sabemos el camino en cuanto a que hay que financiarlo, nos comprometemos como Comisión de Salud Pública y Asistencia Social a hacer los contactos con el Ejecutivo, a plantearle este tema y empezar a trabajar.

Seguramente, van a tener que venir acá o ir a algún otro lado del Ejecutivo. Es interesante que puedan dejar a la secretaria de la Comisión, si fuera posible, este encare que hicieron sobre el tema, cosa que lo distribuyan a todos los integrantes para que tengamos insumos para trabajar. Realmente, fue muy ilustrativo, dada la ignorancia que tenemos algunos sobre el tema. La cirugía bariátrica hace mucho que la conocemos, desde que empezaron a trabajar con cirugía abierta, luego con cirugía laparoscópica. El doctor Geninazzi ha operado a varios de mi pueblo; algunos recayeron porque le trampearon a la cirugía; otros se mantienen bien. Lo que uno ve es que si bien es una cirugía que da mucho resultado, el seguimiento posterior es muy importante y el equipo - no solo quirúrgico, el otro equipo- tiene que ser fuerte y permanente como le pasa a los pacientes cardiovasculares en cuanto a los controles permanentes de los delegados del Fondo Nacional de Recursos en cada departamento para tratarlo, si no, recaen y le hacen trampa a la cirugía.

Los equipos sé que están fuertes, que están trabajando bien; espero que sigan incorporando gente a sus equipos y trataremos, en este período -no solo de mi presidencia, sino del resto del período de gobierno- de ver si podemos llegar a una solución a este tema.

Muchas gracias y encantados de recibirlos.

(Se retira de sala la Sociedad Uruguaya de Cirugía Bariátrica y Metabólica, SUCBM)

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Quiero plantear dos temitas.

El primero es que en la mañana de hoy fui a saludar e interiorizarme un poco de la situación del Centro Auxiliar de Santa Lucía, en Canelones. Tiene algunas dificultades vinculadas con la cobertura asistencial y están haciendo algunos planteos. Me parece que estaría bueno -si la Comisión está en condiciones- recibirlos la semana que viene. Ellos van a enviar, formalmente, una nota a la secretaria administrativa, dirigida al señor presidente, para plantear la posibilidad de ser recibidos acá a efectos de hacernos un planteo que es de los trabajadores y de los usuarios, por lo cual me pareció bien importante plantearlo.

Hay una situación de reclamos -me parece en un buen sentido- en la defensa de la cobertura y la calidad asistencial, tanto de trabajadores como de usuarios, que coinciden en el planteo. Así podríamos tener la oportunidad de intercambiar con ellos.

El segundo tema es, simplemente, para dejarlo sentado -que conste que esta sería, si no me equivoco, la decimotercera vez-, y es si existe posibilidad de recibir una fecha del directorio de ASSE.

(Diálogos)

—Simplemente, lo dejo planteado.

Nosotros volvimos a formalizarlo por nota, tal como fue acordado en esta Comisión. Además, me parece que justifica que lo reitere también el hecho de que vía redes sociales -parece que se van transformando en un medio de comunicación oficial- el señor presidente ha contestado algunos planteos. Está en todo su derecho. Yo quisiera que se hiciera en esta Casa porque hemos cumplido con la formalidad de solicitarlo -creo que a nadie cabe dudas de eso- con mucho respeto. Entonces, ante esa situación, por lo menos, lo reitero. Este es el espacio para tener el intercambio, las respuestas de todas las partes. Me parece que es de rigor para mantener la calidad del relacionamiento.

SEÑORA REPRESENTANTE PÉREZ BONAVIDA (Silvana).- En otro orden de cosas y siendo breve por la hora, quiero dejar sentados dos temas que me parece prioritario resolver antes de fin de año, antes del receso. Tengo presente la urgencia de los pacientes.

Quisiera saber si es posible que en las sesiones especiales que propusimos hacer después del 18 de cada mes -aunque sea por Zoom- se recibiera al Fondo Nacional de Recursos para tratar el proyecto sobre preservación de la fertilidad de los pacientes oncológicos. Quienes lo hemos presentado, así como las personas que lo apoyan, tenemos la esperanza de que pueda ser resuelto este año. Nos parece oportuno citar al Fondo Nacional de Recursos a fin de que den su aval a la modificación que estamos planteando al proyecto. Lo voy a mandar al grupo de la Comisión para que todos lo tengan presente. Les pido, vía *mail* o en el formato que a ustedes les parezca, que nos hagan alguna devolución al respecto.

Quiero dejar planteada la posibilidad de que se concrete esa citación. No pretendo que se interrumpa el tratamiento de los proyectos a estudio, por eso propongo que se haga en esa fecha que habíamos estimado, aparte.

Ahora no nos da el tiempo para tratar el tema, pero sé que la diputada Etcheverry tenía alguna devolución respecto al proyecto del día nacional de la lucha contra los trastornos de la conducta alimenticia, que también era de orden poder tratarlo. Quizá, podría hacernos llegar esas sugerencias por *mail*; lo plantearé a los firmantes del proyecto para ver si podemos avanzar.

Agradezco si se puede dar celeridad a esos dos temas: al recibimiento del Fondo Nacional de Recursos; y si el otro proyecto amerita alguna citación, podríamos llevarla adelante, por Zoom, fuera de las sesiones ordinarias de la Comisión.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Quiero referirme al régimen de trabajo sobre el tema de cuidados paliativos. Habíamos dicho que era una prioridad. Nosotros presentamos un borrador -no es un proyecto de ley- de siete artículos; lo distribuimos a todos los partidos políticos para enriquecerlo, cambiarlo, conversar sobre él.

Sería bueno que hicieran devoluciones a efectos de conversar y compartir para avanzar; si estamos todos de acuerdo, los aprobaríamos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Mañana comenzamos la reunión a las 12 horas. Primero vamos a recibir autoridades de centros interdisciplinarios proveedores del BPS y. luego, a

dos ingenieros creadores de un emprendimiento de impresiones en 3D. A las 14 y 30 nos reuniremos con la Comisión de Defensa Nacional de esta Cámara.

SEÑOR LORENZO PARODI (Eduardo).- Me gustaría que el proyecto "Sobrepeso y obesidad" fuera repartido, porque es acomodable, movable y conversable.

SEÑOR PRESIDENTE.- No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.

≠