



REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY



Cámara de Representantes
Secretaría

XLIX Legislatura

**DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS**

Nº 669 de 2021

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

**RED DE CENTROS DISCIPLINARIOS PROVEEDORES DEL BPS
EMPRESA ARMOR BIONICS (Anatomías para procedimientos quirúrgicos)**

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 6 de octubre de 2021

(Sin corregir)

- Presiden:** Señores Representantes Alfredo De Mattos y Nibia Reisch.
- Miembros:** Señoras Representantes Lucía Etcheverry Lima, Cristina Lústemberg y Silvana Pérez Bonavita.
- Delegados de Sector:** Señores Representantes Luis Gallo Cantera y Eduardo Lorenzo Parodi.
- Invitados:** Red de Centros Interdisciplinarios Proveedores del BPS, licenciada Mariela Méndez Denes (Presidenta), licenciado Federico Veiga Rodríguez (Secretario) y licenciada Marcela Galeano.
- Empresa Armor Bionics, ingenieros Pablo Pereira y Bruno Demuro.
- Secretaria:** Señora Myriam Lima.

=====

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

Tiene la palabra la señora diputada Reisch para realizar un planteo previo.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Mirando el calendario, nos quedan doce sesiones ordinarias, aunque se puede hacer alguna extraordinaria. Tenemos dos proyectos que nos habíamos comprometido a aprobar antes de fin de año: cuidados paliativos y eutanasia. Creo que sería bueno establecer fechas de votación en Comisión, así vamos ordenando el trabajo. Analizamos el proyecto presentado por la bancada del Frente Amplio sobre cuidados paliativos. En el correr de esta semana, terminamos el análisis y vamos a acercar nuestra visión. Reitero que sería conveniente fijar una fecha para votar este proyecto y, al mismo tiempo, otra para votar el de eutanasia, a fin de que sean enviados al plenario y se puedan votar antes de finalizar este año, porque sabemos que el que viene será más complicado.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Son dos temas importantes que están en la Comisión. El compromiso era aprobar primero el proyecto de cuidados paliativos y luego empezar el trabajo con el de eutanasia. Quedan dos meses para fin de año. Tengo que ser muy honesto con lo que digo, y me hago cargo: no creo que en dos meses estemos en condiciones de aprobar el proyecto de eutanasia. Lo digo con mucho respeto. Estoy de acuerdo en ir hacia ahí, pero tengo que ser honesto y no sé si en dos meses podemos concretarlo. Lo que sí podemos hacer es comprometernos a que en el próximo año el principal tema sea este. Además, tenemos una buena lentitud para acercar las modificaciones al proyecto de cuidados paliativos y debemos citar al ministro para que dé su opinión con respecto a dicho proyecto. Entonces, se nos va a ir el año. Por lo tanto, comprometernos a una cosa que ya sabemos que no vamos a cumplir, me parece que no es bueno. Entiendo la necesidad y seguramente...

(Interrupción de la señora representante Nibia Reisch)

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Hemos estado trabajando en paralelo en los dos proyectos. En el caso del de eutanasia, ya recibimos a todas las delegaciones. Entonces, no le veo sentido a la dilatoria para que salga de la Comisión. Luego, los tiempos del plenario serán otros. Entiendo que sería bueno cumplir con el compromiso que nos pusimos de aprobar estos dos proyectos grandes en Comisión antes de fin de año, lo que nos permitirá empezar el año analizando proyectos del Frente Amplio y del Partido Nacional.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

(Ingresa a sala una delegación de la Red de Centros Interdisciplinarios proveedores del BPS)

SEÑOR PRESIDENTE.- Damos la bienvenida a la delegación de la Red de Centros Interdisciplinarios proveedores del BPS, integrada por la licenciada Mariela Méndez, presidenta; por el licenciado Federico Veiga, secretario, y por la licenciada Marcela Galeano.

SEÑORA MÉNDEZ (Mariela).- Gracias por recibirnos.

Queremos exhibir un video.

(A continuación se proyecta un video)

—Es un informe, que ha sido modificado, porque pasaron varias cosas desde que comenzamos con este proceso, que es poner sobre la mesa los centros interdisciplinarios, el trabajo que hacemos y, sobre todo, el derecho que tienen las

personas en situación de discapacidad y los niños y niñas con alteraciones en el desarrollo.

Nosotros trabajamos en varios centros que están en todo el país. En la actualidad, BPS tiene proveedores en esta modalidad de interdisciplinariedad entre 197 y 200 centros. El resto de las ayudas especiales que BPS da y que cuenta como proveedores tiene que ver con la equinoterapia, las camionetas de traslado de niños, los hogares, los clubes deportivos y otros más que, de una u otra manera, también reciben a personas con discapacidad.

En 2008, los centros nos empezamos a juntar porque fue una necesidad que el organismo vio que estaba bueno que todos pertenciéramos a una red, que fue lo que hicimos, que es una asociación civil de segundo grado, con personería jurídica desde 2018. Ahí fuimos un interlocutor válido para el BPS y mantuvimos diferentes reuniones.

En 2015, se establece un reglamento, que es el que está vigente y en 2019 se presentaron ante nosotros, los proveedores, distintas disposiciones administrativas que vulneraban tanto el derecho de los usuarios como de los centros. Pedimos instancias de negociación que nos fue dada por el presidente del BPS de aquel momento y comenzamos a reunirnos con las gerencias. Fueron tres instancias que terminaron en diciembre 2019.

Vino el cambio de Gobierno; luego la pandemia. En 2020 no tuvimos ninguna reunión con BPS, pero sí seguimos trabajando. BPS pagó las ayudas especiales y nos tuvimos que reinventar, sosteniendo los tratamientos y participando en otras áreas que no son las nuestras específicamente.

En 2021 fuimos a hablar con el presidente de BPS pidiéndole retomar estas instancias de diálogo para poner en práctica y manejarlos con estas nuevas disposiciones administrativas, sobre las cuales habíamos logrado llegar a un acuerdo. Estuvieron presentes todas las gerencias. Conversamos en dos instancias diferentes. Cuando llegó la tercera, que era terminar la conversación, sobre los acuerdos a los que habíamos llegado, de las dos partes cedimos algo e hicimos acuerdo -estaba todo el mundo enterado y así íbamos a funcionar-, recibimos de parte del BPS un comunicado que decía que nos iban a citar a una tercera reunión, que no había fecha, pero que se estaba haciendo un nuevo reglamento. Cuando estuviera pronto, iba a sustituir al de 2015, y nos iban a avisar.

Entendemos que esa no era la forma porque no era lo que nosotros veníamos conversando y así se lo hicimos saber en varios *mails* a la gerencia general y a otra gerencia de prestaciones, que era con la que siempre hablábamos, y también a la presidencia del BPS y a todos sus directores. No logramos gran cosa con esa comunicación porque no nos llamaron. Pero encima de todo esto, lo que iba pasando en el ínterin, era que se empezaban a poner nuevas reglas administrativas para las personas que necesitaban esta ayuda y eso hacía que se entorpeciera el ingreso de las personas al plan AYEX mediante el que reciben la atención.

Por otro lado, se empezaron a aplicar los descuentos del cien por ciento de la prestación, que es una ayuda especial que en el momento ronda los \$ 6.400. Con ese dinero tenemos que pagarle a los técnicos que trabajan, mantener un centro que tiene un montón de reglas para poder funcionar, inclusive, por ejemplo, planillas de trabajo, pagar BPS, DGI, mantener el lugar, bomberos. Es decir, todo lo que uno tiene que mantener para funcionar como centro y brindar atención.

Entonces, se empezó a poner en práctica este tipo de descuentos, que fue lo que disparó en 2019 aquellas primeras reuniones. Se estableció que si las personas faltan

dos veces al centro, que corresponde al 25 %, porque son dos sesiones a la semana, al centro se le descuenta. Tener en cuenta que estamos hablando de 2021 y también a principios del año se empezaron a hacer inspecciones y comenzaron a descontar ahora el cien por ciento de la prestación que se brindó, que ya se pagó y por un servicio que ya fue brindado, porque la persona faltó dos veces. Sabemos con qué tipo de personas trabajamos -el BPS lo sabe mejor que nosotros porque son los usuarios-, además está la pandemia que todavía no terminó, pero en 2020 y 2021 afectó mucho. Entonces, debido a eso, hubo faltas y situaciones por las que no pudimos seguir brindando el servicio como lo venimos haciendo desde hace muchos años.

Los centros tienen aproximadamente treinta años de antigüedad en el sistema. Venimos trabajando. Nosotros entendíamos, y creíamos que el BPS también, que eran un orgullo del país. Era llegar a las personas que más lo necesitaban, a los hijos de los trabajadores, ahora a públicos también, en su momento eran privados. También se llegaba a los niños cuyos padres no trabajan mediante un convenio entre el Mides y el BPS que también se cortó y se dejó sin efecto. Esto, más las trabas administrativas, más estos descuentos llevó a que nosotros entendiéramos que no podíamos seguir por este camino de esperar una respuesta de BPS y decidimos hacer una denuncia ante la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, porque entendemos que los derechos de las niñas, de los niños y de las personas en situación de discapacidad fueron vulnerados.

Antes de presentar la denuncia, el 4 de agosto, cuando ya estaba definido presentarla, recibimos del BPS un comunicado que expresaba que todos los usuarios tenían que reintegrarse el 16 de agosto, sino se quedaban sin la prestación. Quitarle la prestación a una persona que la recibe para su rehabilitación significa en tiempo que por lo menos hasta marzo del año siguiente no puede volver a solicitarla. Entendimos que esto agravaba aún más la situación y con nuestro asesor jurídico, doctor Óscar López Goldaracena, presentamos esa denuncia ante la Institución.

La Institución nos recibió, escuchó los argumentos -presentamos la denuncia por escrito-, y ya contestó. El BPS contestó las preguntas que les hizo la Institución. A nosotros no nos conformó porque lo que contestó el presidente del BPS no tiene nada que ver con lo que preguntó la Institución de Derechos Humanos.

Entonces, el abogado está preparando la respuesta que la tenemos que hacer llegar a la Institución de Derechos Humanos.

Este es un resumen de dónde estamos. La situación en vez de ir mejorando se va agravando. Todos los días hay situaciones administrativas que no permiten que la gente pueda renovar su ayuda, pueda hacer un cambio de tratamiento en tiempo y forma o pueda solicitar una nueva ayuda especial.

SEÑORA GALEANO (Marcela).- Soy licenciada en psicomotricidad, soy directora del centro Caidén de Nueva Helvecia y Juan Lacaze desde hace veintiocho años.

En primer lugar, quiero aclarar que el acuerdo que hizo la Red de Centros con el BPS, con las gerencias de salud, fueron en función de las necesidades de la mejora del reglamento de 2015, en el que participó la doctora Ferolla, una neuropediatra muy reconocida y que ha trabajado mucho en Demequi y en divisiones de este sistema de trabajo. Los centros interdisciplinarios somos el único sector que tiene el país que ensambla educación y salud. Ni ASSE ni el mutualismo ni ANEP tienen la capacidad de tratar las dificultades específicas de aprendizaje y de las situaciones de discapacidad en las etapas de desarrollo. Entonces, se hace indispensable trabajar conjunta e interdisciplinariamente los psicopedagogos, psicomotricistas, fonoaudiólogos,

fisioterapeutas, los terapeutas ocupacionales. Así como se visualiza la discapacidad en Teletón -lo cito como un ejemplo- es que se trabaja en la interdisciplina para atender la globalidad del ser; en su situación de alteración, es que se necesitan esos actores.

Eso por supuesto que incide en la inserción biológica, social, cultural y académica de cada individuo, y por eso es que se necesitan de todas esas acciones en forma conjunta.

La misma doctora Ferolla consideró que algunos aspectos del reglamento de 2015 habían quedado escasos. Entonces, por primera vez, el BPS nos dio una participación en cuanto a escuchar el aspecto técnico, porque nosotros insistimos en que no puede marcarse la eficiencia de un tratamiento o su control desde un aspecto meramente administrativo. En este último tiempo, hemos insistido, porque el presidente del BPS insistía en que lo que iba a hacer era generar unas guías de trabajo para que los técnicos diéramos las altas antes de lo que lo estamos haciendo. Nos acusó de eternizar los tratamientos. También dijo que no tiene sentido que nosotros trabajáramos en fonoaudiología más de seis meses si el niño no corrigió su dificultad.

Consideramos que no podemos tener una contrapartida solamente administrativa y si vamos a hablar de una contrapartida técnica, tiene que estar a la altura que corresponda, porque nosotros somos egresados de la Universidad, tenemos la libre potestad de enmarcar nuestras estrategias y encuadres de trabajo en las disciplinas que nos competen. Y siempre que trabajamos con un beneficiario, es derivado por un pediatra, neuropediatra o psiquiatra, y trabajamos refiriéndonos a ese médico tratante. Siempre en buscar el éxito académico y la inserción social a pesar de la dificultad que puede ser crónica, como una dislexia, un trastorno del espectro autista. No podemos pensar en trabajar seis meses en fonoaudiología con un TEA si necesita un acompañamiento para la inserción, que es lo único que va a garantizar el éxito académico y potenciar sus posibilidades.

Desde ese lugar fue que se hicieron los acuerdos con BPS, y pensando que si el niño no concurre, más vulnerable queda aún. No se trata de que si no concurre no se paga, porque así no se resuelve el problema. La Constitución ampara a la persona en situación de discapacidad en cuanto a que exige que el Estado ponga el máximo de sus esfuerzos para velar por ella, para que reciba la rehabilitación o reeducación que necesita. En este sentido, si el BPS nos está descontando en forma retroactiva el cien por ciento de las ayudas que recibimos, porque el niño tuvo dos faltas no justificadas, para el BPS no justificadas, pero nosotros consideramos que sí pueden estar justificadas, se hace imposible sostenernos, porque nosotros no podemos descontarle a nuestros empleados que son profesionales sus asistencias retroactivamente, y hay que pagarles igual la sesión.

Además, no solo el trabajo nuestro es directo con el beneficiario. Trabajamos con las escuelas, con los médicos, con los asistentes sociales, con el INAU más ahora en pandemia que se detectaron muchas situaciones de violencia y abuso; este aspecto se exacerbó exponencialmente.

En pandemia trabajamos mucho de manera virtual. No es que no se trabajó. Se trabajó mucho más aún.

En los acuerdos se manifestó, se acordó -eso está escrito-, las gerencias nos convocaron y redactaron los acuerdos en mejora de ese reglamento de 2015 y se pensaba ampliar una codiguera de justificación de faltas, que no es solo por un certificado médico. De pronto el niño no estaba en condiciones de asistir a la consulta, o tuvo una crisis antes de entrar a la sesión, o se enfermó su hermano y el padre no lo pudo llevar, o

se cortó el paso porque llovió mucho aunque no haya alerta naranja o roja. Hay una variedad de posibilidades mediante la que nosotros pretendíamos que el padre las informe, a fin de que se genere como justificación.

Somos los primeros interesados en volver a la presencialidad y la asiduidad completa de los usuarios, porque así es como podemos trabajar con ellos, pero si no se da...

Queremos expresar que hay situaciones que son muy vulnerables y que de pronto uno detectó una situación de abuso, y entonces, los padres elijen no ir a la psicóloga, no ir a la psicomotricista porque esa situación queda en evidencia. Y faltan. Nosotros no podemos obligarlos a ir, porque ellos elijen ir a ese beneficio cuya ayuda se las da el Estado.

Entonces, en ese acuerdo de 2019 pretendíamos que el BPS tuviera un historial de las inasistencias y que si durante tres meses el beneficiario faltaba dos veces, avisarle que podía perder la ayuda. Además, que nosotros auditáramos -el gasto lo ponemos nosotros, no es con recursos humanos del BPS- brindándole al organismo todos los insumos, por ejemplo "Siguió faltando", "No viene" o "Abandonó con la excusa de". Es decir, que quede registrado en el historial de cada beneficiario cuando no cumple, porque el beneficiario tiene derecho a cambiar de proveedor todas las veces que quiera. Era una manera de sostener y achicar, minimizar la vulnerabilidad de esos casos.

Pero con estas actitudes administrativas del BPS esa vulnerabilidad aumentó. Nosotros no podemos obligar a las personas a que asistan presencialmente. Menos de un 10 % de la población no empezó con la presencialidad, siguió en la virtualidad, porque se desarrollaron fobias, situaciones de estrés, problemas con la locomoción; a veces los padres no tienen dinero ni para el boleto. Estamos hablando de una población, la mayor parte meramente vulnerable. A veces puede tratarse de no vacunados por comorbilidades, porque niños con parálisis cerebral tienen muchas dificultades en la deglución y respiración y no fueron vacunados, o sí fueron vacunados pero los padres todavía no se animan a llevarlos. No es como el certificado médico, como extendió el comunicado del BPS, que eran las patologías que determinó el Ministerio de Salud Pública: trasplantados, HIV, gente que recibe medicación inmunodepresora, oncología, diálisis. Ninguna de esas causales establecidas en el listado aplica a nuestra población. En ningún lado está considerado -nos pasa a todos- cuando nos avisan: "Mirá, no lo llevo porque el papá tuvo que hisoparse en el trabajo", y hasta no saber el resultado en esa semana no lo llevan. Y eso no está considerado. Entonces, tenemos que ponerle la falta y como esa semana faltó dos veces porque tenías dos sesiones mínimas, no nos pagan el cien por ciento. Y las demás sesiones se las damos y les tenemos que pagar a los empleados.

En ese sentido, se está generando -Federico les va a contar un poco- mucha complejidad a nivel laboral.

En pandemia, el presidente del BPS dijo: Pagamos todas las sesiones y ahora estamos descontando las faltas, porque no se trabajó. Pero, de hecho, a pesar de que pagamos hubo mil doscientos funcionarios en seguro de desempleo. Nosotros queremos aclarar que ese es un error conceptual. Sí trabajamos y mucho más, porque trabajamos sin horarios, ayudando a los papás con las plataformas CREA, en fin, un montón de situaciones extraordinarias que se dieron.

Nosotros representamos el 72 % de los centros de rehabilitación de la Red, somos ciento noventa y siete centros y son cuatrocientos trece proveedores de BPS. Todas las empresas de locomoción escolar, las escuelas con inclusión que son un montón en

Montevideo, las instituciones deportivas, las actividades en los hogares diurnos, todos esos sí mandaron gente a desempleo porque las actividades no se podían hacer en forma virtual. Sabemos que las escuelas estaban cerradas y que las empresas de locomoción obviamente no transportaban.

Además, y a este punto quiero llegar, si bien atendemos a la mayoría de nuestros beneficiarios por BPS, por la AYEX, para poder acceder a esta ayuda, el beneficiario necesita tener un diagnóstico, una evaluación indicada por su médico tratante, pero el BPS, hasta que no tenga ese informe de diagnóstico, no lo recibe. Entonces, su centro de salud debe realizar esa evaluación técnica que también es presencial. Los centros tenemos técnicos dedicados a la evaluación y diagnóstico y durante la pandemia muchos no recibimos derivaciones ni de las mutualistas ni de ASSE, aunque esta nunca deriva, punto al que también queremos llegar.

Entonces, capaz que sí hubo algún centro que mandó a alguien al seguro de desempleo, porque si tenían contratados psicólogos solo para evaluar, cuestión que solo puede hacerse de forma presencial, durante la pandemia no se pudo cumplir. Y la parte de talleres y de personal administrativo, puede ser. Pero sabemos que nosotros no mandamos gente al seguro de desempleo como se dijo.

Entonces, ahora vienen esos descuentos retroactivos del cien por ciento cuando por lo menos brindamos el 75 % de los servicios, y eso es algo abusivo que es insostenible.

El Ministerio de Salud Pública dice que desde que en el Sistema Nacional Integrado de Salud existen los comités de salud mental, todos los servidores del Fonasa deben derivar a los niños a tratamientos y tercerizarlos si no los tienen, a contar con diagnóstico psicomotriz, psicopedagógico que eso no hay en las mutualistas ni en ASSE y según cataloguen el diagnóstico por modo 1, 2 o 3, otorgan veinticuatro o treinta y seis sesiones. La mayoría de las mutualistas lo respetan, pero en ASSE no se da. Por ejemplo, en Nueva Helvecia y en Juan Lacaze me llegan niños de la consulta pediátrica del hospital que ya tienen el formulario completo para solicitar la AYEX en BPS expresando que necesitan tratamientos fonoaudiológico y psicomotriz, y si tiene más de seis años tiene que llevar una evaluación de coeficiente intelectual. Pero no trae ninguna orden, ASSE no paga ese servicio, y como el padre tampoco lo puede pagar, el instituto lo tiene que hacer de forma honoraria para que el niño tenga el derecho a solicitar la ayuda en BPS.

Por un lado, sentimos que ASSE nos desconoce absolutamente, no sabe que existimos. Cuando hablamos con los directores de los hospitales, nos dicen: "No, nosotros no tenemos órdenes para derivar para evaluación". "Bueno, pero las mutualistas sí las tienen porque el Ministerio de Salud Pública se los exige". "No lo sabemos" o "Sí, pero no lo hacemos".

(Diálogos)

—Ocurre que ahora ASSE está armando las casas de la primera infancia, y tuvimos una conversación con el doctores Gallo, Fernández Galeano y todos nos dicen que no estamos pensados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Entonces, tampoco encontramos una lógica, porque si somos autosustentables, nos hacemos cargo de nuestra infraestructura edilicia, recursos humanos, de los aportes al BPS, todo, todo. Tenemos a nuestros funcionarios en planilla, tenemos experiencia en interdisciplina desde treinta años, ¿cómo puede ser que ASSE esté pensando en equipos interdisciplinarios en primera infancia y no tenernos en cuenta?! No es que nos parezca mal, está buenísimo que haya más servicios para que lleguen a toda la infancia, porque ahora solo acceden los hijos de los trabajadores, pero los que no tienen trabajo no acceden más, porque el convenio con Mides no existe más. Entonces, tenemos a una

población enorme sin cobertura, que llega todos los días solicitando los servicios, y atendemos en forma honoraria a los que podemos, igual les tenemos que pagar a nuestros técnicos, obviamente, y no por el arancel; por el que aceptamos trabajar es de \$ 6.388 que aumenta una vez al año por IPC. Eso hace que nosotros rondemos en los \$ 500 una sesión técnica, cuando sabemos que los aranceles privados cobran el triple. Igual aceptamos eso, pero con esos recursos hacemos hasta lo imposible, y si ahora se nos está descontando por las faltas, es imposible sostenernos.

Queremos explicar. Acá no es para discutir lo administrativo del BPS, sí para que entiendan que somos un sector, el único sector que tiene el país que creíamos que éramos un orgullo nacional, porque así nos sentimos, que ensambla educación y salud, y que es la única vía para poder atender las alteraciones, las dificultades de desarrollo del aprendizaje y las situaciones de discapacidad en relación a la inserción social y a la educación.

No sé si fui clara.

Esa es la situación en la que estamos.

Queremos que ASSE nos convoque y no lo hemos logrado. El miércoles pasado nos recibió la Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda, por supuesto, y los senadores nos preguntaron si no habíamos solicitado que nos convocara la Dirección de ASSE. Lo hemos hecho, pero nunca tuvimos respuesta. Nos parecía que la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tenía que estar al tanto de quiénes somos, qué hacemos y cómo puede ser que ASSE no nos visualice.

SEÑOR VEIGA (Federico).- Muchas gracias por recibirnos.

Soy del centro Caina de la ciudad de Canelones, integrante de la Comisión Directiva de la Red.

Complementando lo que mis compañeras ya han planteado, nosotros hemos apostado al diálogo con el BPS desde nuestras primeras reuniones en 2008. Eso ha sido reiterado y sistemático, y creemos que es la única manera de ir resolviendo las distintas situaciones que han surgido y que se han agudizado en los últimos meses.

(Ocupa la Presidencia la señora representante Nibia Reisch)

—Sobre todo quiero remitirme a la respuesta que dio el BPS frente a nuestra denuncia y al último párrafo de esa respuesta en la que el presidente del BPS plantea que no considera oportuno una reunión con nosotros en este momento. Esto nos alarma muchísimo, porque nuestra intención para con la denuncia que presentamos en la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo era obviamente para intentar restablecer la mesa de diálogo. Como esto no sucedió, nosotros nos hemos embarcado desde hace ya dos meses en tener muchas reuniones con distintos actores.

Creemos que es fundamental involucrar a dos actores claves, a los equipos técnicos que trabajan en los centros, y para eso hemos tenido reuniones con las diversas asociaciones y carreras, pero también nos parece fundamental sensibilizar y visibilizar esta situación con padres, madres y diferentes referentes de los niños. Ahí siempre hacemos una salvedad. A diferencia del BPS nosotros no consideramos que son usuarios, sino beneficiarios. Para nosotros son niños, con todo lo que ello acarrea desde su historia de vida, su familia y toda las variables sociofamiliares que rodean al niño. Y consideramos básicamente que son sujetos de derecho que están haciendo uso de un derecho consagrado no solo en la Constitución, sino también en todos los pactos internacionales ratificados por el Estado.

Partiendo de esa base, nos hemos embarcado en eso y en visibilizar que se trata de un derecho que consideramos está en riesgo severo.

De estas veintiocho mil ayudas especiales que el BPS deriva en los ciento cuarenta centros que integramos la Red, nosotros atendemos a quince mil niños en el marco de estas ayudas. Es decir, que son quince mil ayudas especiales. Calculamos nosotros, por esta consultoría que hicimos en 2019, que entre nuestro equipo técnico y no técnico son unas cuatro mil personas dentro de estos ciento cuarenta centros que integran la Red.

Nosotros vemos con mucha preocupación lo que planteaba Marcela, la imposición de un sistema de marca y de registro biométrico. Creemos que a fines de este año o a principios del próximo año, el niño tendrá que ingresar al centro, registrar su huella digital, marcar. Obviamente, eso va a saltar en el sistema del BPS, y el organismo va a tener en tiempo real la información de si ese niño asistió o no asistió a la consulta.

Esa imposición del sistema biométrico, sumado a este criterio restringido de la codiguera por la cual nosotros podemos justificar las faltas -el BPS solo acepta la certificación mediante la justificación por enfermedad-, lo que va a traer aparejado, además de estos descuentos que están aplicándose por inspección de 2019, es un cierre masivo, por un lado, de los centros lo cual junto con ello obviamente va a generar una pérdida de este tipo de tratamientos y abordajes que en este momento no se están dando ni brindando en el sistema público ni privado.

Pero por otra parte, también va a traer un desempleo masivo de estos técnicos porque no va a haber quien pueda absorber esta enorme masa de recursos humanos calificados.

Y ahí es donde nosotros, además de esto vemos con preocupación -no es que lo estamos vaticinando, porque ya está pasando actualmente- que frente a la decisión del BPS de descontar el cien por ciento de la ayuda por el 25 % de inasistencia, lo que está pasando es que algunos de los centros están empezando a transferir ese costo a los técnicos. Quiere decir que el técnico no va a saber a ciencia cierta lo que va a cobrar, porque va a depender de que el niño asista a la sesión.

Nosotros siempre ponemos el mismo ejemplo, es como si mañana le digamos a una maestra que si tiene treinta niños en una clase, y el 25 % de esos niños faltan por alguna causa, tomamos la decisión de descontarle del sueldo, porque no han justificado sus faltas por enfermedad. Es un ejemplo muy burdo, pero muy calificador y muy gráfico de esta situación.

Esto no es a largo plazo. Estas decisiones, por lo que planteó el presidente del BPS Odizzio en algún medio de prensa, ya es una decisión tomada, y aparentemente ya tiene el aval jurídico, por lo que transmitió.

Estamos embarcados en seguir profundizando el diálogo con las distintas instituciones, en visibilizar la gravedad de la situación, y que de continuar estas medidas realmente, no vemos viables los proyectos. Porque además, para que entre otras cosas los proyectos puedan tornarse viables, hay que ir en desmedro de la calidad de atención. Entonces, en vez de atender a un niño como corresponde en la sesión de cuarenta y cinco minutos, tendríamos que atender a cinco en esa misma sesión, para que por lo menos asistan tres o cuatro y compensar las faltas de los otros. Eso está pasando; no lo inventamos nosotros. Y va a seguir pasando para que estos proyectos puedan sostenerse. Obviamente, muchos no vamos a optar por ir en desmedro de la calidad de la atención y, entonces, directamente cerraremos los proyectos y el centro. Van a quedar, dentro de estos ciento cuarenta centros que atiende la Red, por lo menos, quince mil niños en jaque con su tratamiento.

Este viernes nos vamos a reunir con el Ministro de Trabajo y Seguridad Social. Le queremos transmitir esta situación y ver si desde el Ministerio de Trabajo se puede contemplar la situación. Entendemos que no nos queda mucho tiempo antes de que estas medidas se lleven adelante; una vez ejecutadas, implicarán la pérdida o inviabilidad de este tipo de proyectos.

SEÑORA GALEANO (Marcela).- Nosotros no tenemos nada en contra del control de la asistencia. Por el contrario, queremos que el BPS detecte las inasistencias. La mayoría de ellas son justificadas. El BPS podría entender que algunos no son justificadas, pero sí lo son. A veces, son para tapar una situación de abuso, o para no dejar expuesta alguna situación que los padres no quieren mostrar, y dejamos vulnerable al niño. No vamos contra el control de la huella digital, siempre que no sea para descontarnos. El objetivo del BPS debería ser detectar las inasistencias, para trabajar socialmente con esas familias que no cumplen con la asistencia. Nosotros queremos ser centros auditables; estamos trabajando en eso. Tenemos comisiones de ética, técnica, de comunicación, de gestión empresarial. Estamos mejorando los estatutos, con asesores jurídicos, para ser centros transparentes y auditables. Queremos que los que integren la Red sean una garantía del servicio.

SEÑORA PRESIDENTE.- El presidente de la Comisión tuvo que retirarse porque debía estar presente en un compromiso que ya había asumido. Él se va a poner al tanto de la última participación de ustedes para ver, como Comisión, cómo seguimos con este tema. No queremos que solo quede en que ustedes vienen y nosotros los escuchamos.

SEÑORA MÉNDEZ (Mariela).- Quiero acotar algo más.

Nosotros, desde el principio, hablamos con BPS -en 2019 y aún antes- de todas las trabas administrativas que se estaban poniendo para que las personas no pudieran acceder a estas ayudas especiales. Esto cada vez se complica más. Entonces, es una forma indirecta de que las personas no puedan acceder a su rehabilitación; tanto para las personas en situación de discapacidad como niños con alteraciones en el desarrollo.

Las complicaciones se dan en las distintas gerencias -departamentos- y, dentro de ellas, en las distintas sucursales, porque a las personas se les exigen cosas diferentes, aunque la situación sea la misma. Tenemos documentado, por ejemplo, lo que sucede ante situaciones muy sencillas como puede ser la solicitud de un timbre profesional. Las personas que se atienden en ASSE, que tienen que traer el formulario médico, no necesitan el timbre profesional, que ahora sale \$ 120. Sin embargo, los mismos funcionarios de BPS le dicen a una persona que lo entregue sin el timbre, pero a otra se lo devuelve, porque debe tener el timbre. Entonces, en la misma tarde, en la sucursal se dieron respuestas diferentes ante el planteo de la misma situación. Las personas van al centro y nos lo dicen. Entonces, nosotros les hacemos documentar lo que está pasando. Porque, ¿qué pasa? Cuando no te reciben el documento que fuiste a presentar para una renovación o para un cambio de tratamiento, tenés que volver a sacar día y hora en BPS, por la web. Eso implica que deban tener usuario web, correo, ir al Abitab, volver. Son cosas que esas personas -ya sea por edad o por desconocimiento- no pueden hacer. Como decía el informe, son analfabetos digitales. Entonces, las termina haciendo el Centro. Cuando les decimos al BPS que sucede eso, nos dicen que no tenemos que ayudarlos. Pero si no los ayudamos, no pueden hacer el trámite.

Yo estoy a 26 kilómetros de acá, en Ciudad del Plata, la primera localidad de San José. Uno podría pensar que como están más cerca de Montevideo, la gente podría tener más posibilidades y conocer más. Sin embargo, ellos dicen que "no pueden seguir así", porque no consiguen la historia clínica -una realidad que en ASSE existe desde que empezó la pandemia, y también antes-, no consiguen que los atienda el médico, no

tienen la plata para ir. Hay que tener presente que por unos poquitos kilómetros deben pagar un boleto de \$ 56. Además, aunque llueva, haya truenos o haga calor, los siguen atendiendo afuera. El BPS está vacío; adentro están los funcionarios; afuera está toda la gente. Hay una persona que le pregunta qué vinieron a hacer; le dice al otro y ahí empieza la recorrida. La persona se aburre, se cansa, se enoja. Cuando vuelve al centro, con todas sus dificultades, nosotros le decimos que escriba lo que le pasó. Nosotros mandamos *mails*; hablamos con las gerencias. En el interior esa situación es peor que en Montevideo. Por lo menos, en el edificio del BPS en Montevideo los reciben mejor; las personas están más entrenadas para hacer todos los trámites. En el interior no están entrenadas; cada uno aplica su criterio. Eso lo hemos denunciado sistemáticamente; está escrito, pero no logramos nada. Esa es una realidad.

SEÑORA PRESIDENTE.- Si nadie más de la delegación va a hacer uso de la palabra, pasaremos a una ronda de intervenciones y preguntas por parte de los legisladores.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Muchas gracias a los tres integrantes de la delegación

Conocemos perfectamente el trabajo de ustedes desde que se conformó la Red, así como la trayectoria de los centros interdisciplinarios, durante todos los años, y el abordaje que hacen. Sabemos que es totalmente insuficiente para a la población beneficiaria, pero es la única respuesta que el Estado uruguayo ha dado durante mucho tiempo a las problemáticas, vinculada no solamente a las niñas, niños y adolescentes.

He participado de muchos encuentros a los que me invitaron. Por mis funciones anteriores, tengo clarísimas las debilidades que tiene Uruguay para atender las alteraciones del desarrollo y discapacidades, pese a los avances que hemos tenido. De hecho, cuando me tocó trabajar en ASSE, siempre fui clara en no aprovechar la Red de centros interdisciplinarios. La conformación de equipos Serenar e Interín daban respuesta desde un lugar mucho más acotado que los centros, con su trayectoria e interdisciplinariedad.

Nosotros presentamos una ley de garantías a la primera infancia, infancia y adolescencia, donde se contempla la responsabilidad que tiene el Estado uruguayo de dar garantías a la atención de cada una de las situaciones vinculadas a alteraciones del desarrollo y de discapacidad. Hoy es está planteando la reapertura de la discusión en el Parlamento para ver si logramos un acuerdo entre todo el sistema político del Uruguay, para que se le garantice derechos y prestaciones a los niños, niñas y adolescentes y se contemplaría situaciones de atención.

Nosotros conocimos el reglamento del año 2015. Conocemos todo el proceso. Junto a la exsenadora Patricia Ayala intercedimos con el directorio anterior para que se conformara ese espacio de diálogo. Fuimos con el presidente anterior del BPS; se habilitó ese espacio de intercambio. Conozco el proceso y la complejidad que tiene. Entiendo que ahora toma dimensiones de gravedad. Ahora nos encontramos ante una situación coyuntural que agrava lo que de por sí ya es complejo de abordar.

Más allá del relato que hicieron quisiera preguntarle si hay instancias concretas de trabajo con el BPS.

SEÑORA MÉNDEZ (Mariela).- En este año 2021, tuvimos dos instancias de trabajo. La última fue en abril de 2021. En junio creímos que era la tercera, pero cuando llegamos allí nos dijeron que solo íbamos a hablar de un plan piloto que BPS estaba instrumentando. Dejaron planteada la posibilidad de seguir conversando, pero nunca más lo logramos.

(Diálogos)

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Creo que la situación es gravísima, y va a requerir que después de las intervenciones de los demás legisladores de esta Comisión, veamos cómo interceder en un diálogo entre el Banco de Previsión Social y nosotros. En forma individual estuve averiguando, porque ya sabía sobre la complejidad y las instancias que ustedes habían tenido. Se requiere un abordaje colectivo, de todo el sistema político, para ver cómo manejar esta situación.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Voy a hacer unas preguntitas puntuales.

Una de ellas está vinculada con la situación de estos gurises. Quisiera saber cuál es la situación a nivel de las familias; si hicieron algún tipo de planteo. Sé que siempre es un respaldo. Me interesa saber particularmente eso.

También hay un abordaje de niños con trastorno del espectro autista. Ahí hay organizaciones de segundo grado. Quisiera saber si están coordinando, si están haciendo algún tipo de respaldo. Me parece importante conocerlo. En esta Comisión se hicieron planteos de respaldo y de concientización sobre el trastorno del espectro autista, y quisiera saber si esto está en línea con darle materialidad a esas situaciones.

Vinculado con las situaciones que están planteando, me gustaría saber cuáles son, para ustedes, algunas líneas posibles en eso de encontrar un camino del medio, como hicieron en 2019, cuando expusieron algunos planteos que entendían podían contemplarse, cediendo un poco cada parte. Para ustedes cuáles serían algunos ejes que tenderían a acercar la situación, para destrabar y que no queden sin ningún tipo de servicio.

SEÑOR VEIGA (Federico).- Con los padres, madres y referentes de los niños, siempre oficiamos como colchón; intentamos que esta situación del BPS no afecte el estrés permanente con el que conviven estas familias por la situación de sus hijos e hijas.

Ante esta situación, lo que hemos hecho es que cada centro se encargue de brindar toda la información posible. Desde la Red contratamos una asesora en comunicación para generar contenido que se pueda adaptar a la diversidad de población que tenemos. Se generaron contenidos que van desde documentos escritos a audiovisuales. Recibimos respuestas dispares de los padres. Por ejemplo, en mi centro, ellos reconocen el valor de este tipo de tratamientos, pero la respuesta inicial es: "Nosotros apoyamos al centro". Nosotros les decimos que no les pedimos que apoyen al centro; necesitamos que vean esto como un problema que afecta el derecho de sus hijos; derecho que tienen consagrado por ser trabajadores, porque la población desempleada o que trabaja de manera informal, no accede a la ayuda especial. Queremos que entiendan que esto no es ni un regalo ni un beneficio; es un derecho que generan para sus hijos y tienen que entenderlo como tal, para poder apropiarse de él y defenderlo de alguna manera.

Nosotros tuvimos contacto con varias asociaciones de padres. Tenemos entendido que hasta la semana pasada, o la anterior, algunas lograron reunirse, por separado, con Odizzio. Entendemos que hay que involucrarlos mucho más. Nosotros vamos a seguir por este camino de tomar contacto con las asociaciones. Ahí es donde viene nuestro planteo en cuanto a cuál es la vía de solución posible. Nosotros entendemos que hay un documento, el de la mesa de diálogo, que surge en 2019. En las dos primeras instancias que tuvimos este año con BPS, Luis Repetto, gerente general de BPS, leyó íntegramente el documento frente a todos los gerentes, y nosotros, de común acuerdo, lo ratificamos. El problema surgió cuando BPS entendió que a alguno de los puntos planteado en ese documento se los podía poner en vigencia -de hecho, algunos ya están en vigencia-, pero

a otros no. Casualmente, a estos últimos, que eran los que implicaban un beneficio al tipo de abordaje que nosotros realizamos, el BPS nos dice que no, que tienen que pasar por el directorio y ser votados para incorporarlos al nuevo reglamento. Entendemos que allí hay dualidad de criterios. ¿Cómo algunos puntos del mismo documento pueden no pasar por el directorio y estar actualmente vigentes, mientras que otros sí necesitan pasar por el directorio para estar vigentes?

Nosotros planteamos -lo hemos confirmado a través de los diálogos con las asociaciones de padres, asociaciones de técnicos y carreras- que es necesario ampliar la mesa de diálogo. Es decir, que esto no quede en una lucha entre la Red de Centros y BPS. Entendemos que el BPS ha empezado a construir el relato de: "Bueno, pero ustedes lo que quieren, como dueños de los centros, es mantener los centros abiertos para ganar dinero". Esto parece muy burdo, pero es un relato que se ha consolidado. Además, nosotros hemos recibido muchas veces de las sucursales del BPS: "Son unos chantas; están lucrando con la discapacidad". Entonces, nosotros entendemos que hay que sacar el foco de los centros. Los centros son una parte, pero también están los padres y los técnicos a quienes el ex presidente del BPS les dijo a través de los medios de prensa que los tratamientos que en seis meses o un año no tengan evolución se quitarán. También está lo que comentaron mis compañeras -que es muy grave éticamente-, en cuanto a plantear que los centros y, por consiguiente, los técnicos, alargan las altas para seguir cobrando por el niños. Esto conllevó a que distintas asociaciones, entre ellas la de fonoaudiología, emitieran un documento. Hicieron una carta que le llegó a Odizzio. Hubo que retractarse de algunas cuestiones que se habían planteado. Más allá de que se hayan retractado en la prensa, no se trasladó a los hechos generando una nueva instancia de diálogo para tratar este tipo de cosas.

A nivel técnico nos alarman las situaciones que Odizzio, en su momento, planteó. Él dijo que estaba siendo asesorado por un equipo, desde ASSE, para hacer una guía que va a establecer los criterios de los tratamientos. Nosotros hablamos con las distintas carreras. La semana pasada tuvimos una reunión con la Asociación de Neuropediatría del Uruguay. Ellos no están al tanto de la situación; nunca fueron convocados. El día anterior a nuestro encuentro, la presidente de la Asociación de Neuropediatría se había reunido con Alicia Fernández, quien dirige el programa de infancia. Ella no estaba al tanto ni de la situación de los centros ni tampoco de este supuesto equipo asesor que estaría elaborando esta guía y estableciendo los criterios.

Nosotros entendemos que se debe sacar el foco del conflicto de BPS- Red, que no beneficia a nadie. Proponemos ampliar la mesa de diálogo y dar la palabra a las asociaciones de padres, a las carreras y las asociaciones de técnicos para, entre todos, trabajar sobre esta guía. Pero que no sea una guía que solamente controle el aspecto administrativo; tiene que poner sobre la mesa las cuestiones técnicas, que es sobre lo que nosotros no hemos podido dialogar con BPS, porque permanentemente se ha resistido a trabajar y tratarlo con los técnicos.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- Buenos días; muchas gracias por su presencia.

Nos queda claro que acá hay un problema administrativo y que se rompió el diálogo; eso es lo más grave. Las consecuencias que está teniendo sobre la población que atienden ustedes nos preocupan a todos.

Tengo algunas preguntas para hacer. Lo que más preocupa no es el trámite del BPS; creo que hay que sentarse y ponerse de acuerdo con la forma. Lo que a mí me preocupa es lo que se acaba de decir, en cuanto a cómo se puede instrumentar algo que

valore y puntúe el trabajo de ustedes, para no caer en la situación de decirles que están lucrando con los discapacitados.

Mi primera pregunta es la siguiente. Antes de que ingrese el paciente para ser tratado por ustedes, durante y después de que finalice el tratamiento, ¿hay una valoración técnica del BPS?

La segunda pregunta es: ¿Lo que ustedes cobran es por todo el tratamiento o por cada sesión? El niño puede faltar por equis motivo; como todos sabemos, en el interior, hay un millón de causas para no ir; no solo por estar enfermo. Ese problema se subsanaría si se cobrara por sesión y no por tratamiento.

Por mi concepción de médico -y médico del interior- creo en la complementariedad de los trabajos. La duplicación no conduce a nada; solo malgasta los recursos. Creo que la mesa que ustedes integren, junto con el BPS, tendría que ampliarse a ASSE y al Ministerio de Salud Pública. Tal vez, a los padres los dejaría para después de que se logre un acuerdo en la mesa. Creo que el Ministerio tiene que estar. En este período el Ministerio está apuntando a la complementación. ASSE, que no le sobran los recursos, puede apuntar a lo mismo. Por lo tanto, podrían abarcar más población que la que expusieron. Creo que lograr una reunión entre los cuatro -la Red, el BPS, ASSE y el Ministerio de Salud- sería un paso muy importante para poner eso en claro.

No sé cuál es la intención de ustedes respecto a la integración de esa mesa en sus funciones; nosotros, como comisión, podemos promover la integración.

SEÑORA GALEANO (Marcela).- Con respecto a la pregunta de si tenemos controles, quiero decir que sí, por supuesto. Nos referimos al médico tratante del beneficiario. Hacemos informes, una evaluación diagnóstica antes de entrar, que se le presenta al BPS y al médico que tenga el usuario del servicio de salud. Durante el proceso, de pronto se le da el alta en una de las disciplinas que consultó. De pronto, a los cinco años le dieron ayuda con fonoaudiólogo y psicomotricista, y cuando empieza primero de escuela, el técnico fonoaudiólogo dice que está pronto para empezar con el abordaje pedagógico. Entonces, damos un informe justificándolo; se lo mandamos al médico del servicio de salud y al BPS. El BPS nos contesta que ellos no tienen un espacio técnico que visualice esos informes, y quedan en las oficinas administrativas. Si bien se lo exigen como requisito, nadie lo lee ni lo evalúa, y queda ahí. Aunque tenga ayuda por más tiempo, se da un informe anual de la evolución y se remite al médico tratante.

La Red está trabajando para tener condiciones técnicas que le permitan hacer auditorías sobre la intervención en las diferentes patologías y trastornos. Todo eso es para volcarlo a los servicios de salud y pedagógicos. Trabajamos mucho con los centros de educación, con las maestras, para saber cómo trabajar con la dislexia, con la hipoacusia, con los implantados cocleares.

El BPS paga la ayuda por mes, y es una ayuda. El centro puede cobrar al padre la diferencia que considere, pero es prácticamente una utopía. Los \$ 6.388 son mensuales; eso incluye un mínimo de ocho sesiones. Hay centros a los cuales los niños van tres o cuatro veces por semana. Además, nosotros no solo trabajamos directamente en la sesión terapéutica. Por ejemplo, yo ayer pasé tiempo trabajando en dos escuelas, conectando a dos directoras, para incluir a una niña sorda, para que tuviera la maestra con adaptaciones curriculares que no tiene en la escuela común, en otra escuela en la que hay una clase especial para hipoacúsicos, para que vaya ese docente tres veces por semana a establecer las pautas de trabajo, con lenguaje alternativo que no da el centro. Esos tiempos no se cobran; nosotros hacemos esa tarea porque es necesaria para poder

seguir avanzando en los abordajes terapéuticos. Ese es un simple ejemplo. En casos de niños con trastorno del espectro autista, necesitamos trabajar con el acompañante terapéutico; tenemos que ir a ver cómo se maneja ese acompañante dentro de la clase para lograr el mayor éxito y tiempo posible. Sabemos que a muchas escuelas que dicen ser de inclusión, el niño va una hora, y en hora de recreo. Nosotros pretendemos que, cuando va, haga un trabajo académico. Para lograr eso tenemos que trabajar.

Ayer me pasó que una psicopedagoga me dijo: "Hoy tengo que ir a la escuela de Fulano para trabajar aspectos que la maestra me pidió; puede solo a esa hora; ¿qué hago?" Como el niño no podía ir a otra hora, le dije que fuera, que trabajara con ella. Esa es una sesión para el niño; el BPS no la va a pagar. Obviamente, el centro la va a pagar esa hora a la psicopedagoga. No podemos cobrar por sesión y que el BPS diga: "Si no va, no se paga". En realidad, no es un problema administrativo. La eficiencia no se marca por la asistencia. La eficiencia incluye todos los trabajos que hacemos, no es solo la presencialidad del niño.

Si un niño falta, el BPS tiene que saberlo para intervenir en la familia, para que no falte, para que no abandone el tratamiento.

SEÑORA PRESIDENTA.- Ya le voy a dar la palabra a la licenciada Méndez, pero antes les voy a solicitar a todos que sean breves. Todavía tenemos que recibir a otra delegación; 14 y 30 nos integramos con la Comisión de Defensa Nacional. No es por mala voluntad, pero los tiempos nos apremian.

SEÑORA MÉNDEZ (Mariela).- Nos parece buena la idea de que tanto el Ministerio de Salud Pública como el BPS y ASSE se junten con nosotros, que somos la Red.

A ASSE, desde el momento que nosotros asumimos en la directiva de la Red, en agosto del año pasado, le estamos pidiendo la reunión, pero nunca nos la dieron.

Con el Ministerio de Salud Pública sí tuvimos acercamiento cuando empezó la pandemia. Pedimos una reunión, nos la dieron e hicimos el protocolo. Fuimos de los primeros que tuvieron el protocolo para los centros.

Con el BPS está cortado el diálogo, pero nos parece que sería una muy buena idea reunirnos, sobre todo, porque se está planteando lo de las guías.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Con respecto al Ministerio de Salud Pública, ¿se reunieron ustedes con la doctora Alicia Fernández o con las autoridades por este tema? No me refiero al protocolo sanitario por la pandemia, sino de la temática y el abordaje.

SEÑORA MÉNDEZ (Mariela).- No.

SEÑORA PRESIDENTA.- La Comisión agradece la presencia de la delegación. Tomamos nota de todo lo expresado por ustedes. Luego, intercambiaremos visiones para decidir cómo podemos hacer para que esta instancia no quede solo en recibirlos, sino que se pueda articular con las autoridades.

(Se retira de sala una delegación de la Red de Centros Interdisciplinarios proveedores del BPS)

(Ingresa a sala una delegación de la empresa Armor Bionics)

—Damos la bienvenida a los señores Bruno Demuro y Pablo Pereira, creadores de la empresa Armor Bionics, que realiza impresiones en modelos 3D de anatomías para procedimientos quirúrgicos. La verdad es que ha sido formidable el desarrollo que han hecho en este sentido. Los vamos a escuchar y a vivir directamente las impresiones 3D que ustedes hacen, ya que las han traído.

SEÑOR DEMURO (Bruno).- Para nosotros es un verdadero honor estar acá. No nos esperábamos su invitación; realmente, nos enorgullece muchísimo.

Vamos a empezar por el principio: cómo surgió todo esto, cómo llegamos a estar donde estamos y a hacer lo que hacemos.

Para explicarnos vamos a mostrar algunas imágenes, además de los modelos que tenemos sobre la mesa.

Quiero aclarar que nosotros somos una empresa cien por ciento creada en Uruguay. Toda la tecnología que desarrollamos fue hecha acá. Nacimos gracias a la ANII, que nos apoyó al principio del proyecto.

Hoy en día, la realidad es que trabajamos más para afuera que para Uruguay, producto de un montón de factores que queremos mostrarles. Nos interesa compartir esto con ustedes porque vemos que afuera nos tienen muy bien conceptuados y tal vez, en casa, es donde más nos ha costado dar un pasito o tratar de apoyar nuestra salud.

¿Cómo surgió todo esto? Surgió por un problema con mi mamá. Mi madre, como muchas mujeres, fue diagnosticada con cáncer de mama. Si bien el escenario era complicado, era el ideal porque el tumor era muy chiquitito y estaba encapsulado; estamos hablando de un tumor del tamaño de una lenteja. Le hicieron una cirugía y le sacaron todo. Al quinto año, cuando le iban a dar el alta, en el último chequeo encontraron una metástasis en las meninges. Ese tumor era muy chiquito: tenía el tamaño de una moneda de \$ 2. Sin embargo, para sacar ese tumor, los doctores abrieron un agujero en el cráneo de mi mamá -estaba en el lóbulo temporal- del tamaño de un pomelo o de la palma de mi mano, que no es chica. La cirugía salió bien. Luego de ella, abordé al cirujano y le pregunté por qué la sección de la cirugía fue tan grande, siendo que el tumor era tan chiquito. Me contestó: "Porque es la única forma que nosotros tenemos de estar seguro de que cuando removemos la tapa, abajo nos vamos a encontrar con el tumor".

Eso fue algo que mi impactó. Tengo formación en ingeniería industrial y en diseño industrial. Si bien no tengo el título de ingeniero industrial, avance casi toda la carrera. Así que tenía un conocimiento de cómo funciona un resonador o un tomógrafo. Entonces, sabía que tenía que haber una forma de poder utilizar esa información.

Las imágenes, por ejemplo, de un tomógrafo son en blanco y negro. Pensé en transformar eso en tres dimensiones, en algo que fuera más manejable, más intuitivo para el cuerpo médico. Me di cuenta que, claramente, lo que estaba pasando es que si bien estas tecnologías son increíblemente poderosas desde el punto de vista de lo que aportan como información, los médicos siguen teniendo problemas para entender exactamente qué es lo que pasa en nuestros cuerpos. En consecuencia, al momento de planificar, planean la hoja de ruta utilizando un insumo que no es cómodo de utilizar.

Las imágenes dimensionales del tomógrafo o del resonador son similares a si nos cortaran en fetas, por decirlo de alguna manera. El médico va recorriendo esas fetas y tiene que hacer todo el proceso de gimnasia mental de reconstruir la anatomía del paciente en su cabeza.

Nosotros, desarrollamos una herramienta que les permite utilizar un insumo mucho más manejable y mucho más intuitivo. Les permite visualizar la anatomía, explorarla, manipularla, seccionarla y tomar medidas. Todo lo hacen utilizando los modelos que vemos en pantalla.

La realidad es que esta tecnología no es algo que nosotros inventamos. Se empezó a utilizar a principio de los noventa. Pero esta tecnología siempre estuvo resguardada

para los centros *top* del mundo, para los líderes del mundo, como puede ser la Clínica Mayo o el Hospital Johns Hopinks. Hay muchas instituciones en los Estados Unidos y algunas en Europa que desde principios de los noventa vienen incursionando en este mundo. Recién a partir de 2005 o 2006 se empezó a acelerar la aplicación de esta tecnología porque se empezaron a ver sus beneficios. Obviamente, la evolución de la impresión en 3D y demás fue un catalizador para que avanzara.

Ahora bien; se debe tener en cuenta que esas instituciones cuentan con presupuestos infinitos. Entonces, ¿qué sucede con el resto de los hospitales del mundo, que no tienen acceso a esos presupuestos infinitos y que quieren tener los beneficios de la aplicación de esa tecnología? Nosotros desarrollamos este sistema, precisamente, para atender ese nicho.

En Latinoamérica, como todos sabemos, no contamos con los mismos recursos que esas instituciones. Encontramos que en algunos hospitales de Latinoamérica la utilización de esta tecnología era el diferencial entre poder abordar un paciente o no y, en algunos casos, esa persona se debatía entre la vida y la muerte. Por eso, pensamos en cómo hacer más accesible esta tecnología para todo el mundo y de una manera inmediata.

Fue así que generamos un servicio -es un modelo de negocio- por el cual cualquier hospital del mundo nos puede contactar y, de un día para otro, comenzar a utilizar esta tecnología sin la necesidad de invertir desde el punto de vista de infraestructura dentro del hospital, de capacitar gente ni tener las máquinas en el hospital. Lo único que hace cuando quiere un modelo, es contactarnos y enviarnos las imágenes del paciente. Nos explica qué necesita y nosotros, desde nuestro lado, hacemos toda la parte de diseño y de impresión 3D, si es necesaria. Es decir que el hospital no tiene que hacer nada, más que pagar por el servicio que consume.

La idea detrás de esto era ofrecer una experiencia más personalizada de cómo es la salud para cada paciente. Como cada uno de nosotros es distinto, pensamos en acomodar la salud para que refleje eso.

Uno de los porqué estamos haciendo esto es que los pacientes necesitan que sean tangibles los esfuerzos que las instituciones hacen al momento de emprender un acto quirúrgico. Muchos pacientes nos han dicho: "Yo no tenía ni idea de cómo iba a ser la cirugía, pero al tener el modelo de ustedes en mis manos, el médico me pudo explicar cómo iba a ser el abordaje".

Los médicos nos explican que para conseguir el consentimiento para ciertos procedimientos muy complejos, esto es crucial. Un ejemplo son las cardiopatías complejas pediátricas. Arriba de la mesa tenemos dos corazones. El que les estoy mostrando es el corazón de una chiquita de seis meses. Este corazón fue diseñado en Uruguay, impreso en Nueva York y la paciente fue operada en Argentina. O sea que hubo toda una cadena de conocimiento; es un trabajo cien por ciento global.

Nosotros tenemos un brazo de producción en Estados Unidos, que nos permite generar este tipo de modelo de calidad, que son flexibles.

Esta es una réplica exacta del corazón tal cual lo tenía la chiquita. El cirujano, el doctor Christian Kreutzer, nos contaba que tener este modelo en la mano antes de la cirugía implicó que pudiera tomar todas las medidas. En este caso, había una comunicación interventricular y era necesario implantar un parche para cerrarla. Con este sistema, va con todo hecho antes de la cirugía. La chiquita salió del *block* quirúrgico y cinco días más tarde, estaba de alta.

Estos casos son increíbles desde el punto de vista de lo que se logra optimizar al momento de la cirugía.

Además de casos como este, hay infinidad de aplicaciones. No solamente usamos esta tecnología en cardiología infantil, sino también en oncología pediátrica y ortopedia. Lo que les estoy mostrando es un ameloblastoma, un tumor en el maxilar. Es decir que las aplicaciones son infinitas.

Lo que hemos encontrado a lo largo de la aplicación de esta tecnología es que no solamente hay beneficios para toda la cadena de servicios de salud: también los hay para el paciente. De hecho, esto permite que el paciente vaya más relajado a la cirugía y entienda mucho mejor qué es lo que padece. Al momento de la cirugía, como el médico está mejor entrenado, la disección de tejidos es menor, hay menor sangrado, el tiempo de exposición anestésica disminuye y los tiempos de recuperación se acortan. En definitiva, esto impacta en toda la cadena de salud.

En un mundo perfecto nosotros siempre nos hacemos la pregunta: si ustedes o alguien querido tuviese que enfrentarse a una cirugía, ¿no preferirían que el cuerpo médico tuviera la chance de practicarla antes de ingresar al *block* quirúrgico? Esa es, precisamente, la solución que damos con esta tecnología.

A continuación les voy a mostrar un caso concreto. Creo que va a ser mucho más rico ver de primera mano cómo funciona.

Este caso es un neuroblastoma en un chiquito de seis meses. Lo que ven en verde es el tumor. Este chiquito fue operado acá, en Uruguay, en el Sanatorio Americano, por la doctora Silvia Duarte y el doctor Berazategui. En este caso, la principal duda que tenía el cuerpo médico era -las imágenes no eran muy claras; recordemos que las de las tomografías y las resonancias son en blanco y negro- era cómo estaba dada la relación entre la vena cava y la aorta. La aorta es lo que vemos en rojo y la vena cava, en azul. Esta última parece que se pliega y se mete dentro del tumor. Al momento de reseca el tumor iban a tener que llegar a ese punto y debían tener muchísimo cuidado para no seccionar ninguna de esas dos vías principales. Al final, el proceso quirúrgico fue un éxito total.

SEÑOR PEREIRA (Pablo).- Quiero hacer una aclaración.

Esto que están viendo es el resultado; es lo que se le entrega al cirujano, que lo puede ver en un celular, en una *tablet* o en cualquier computadora en cualquier parte del mundo. El diseño se hace acá, en Uruguay, para cualquier parte del mundo. Esto, exactamente así como lo ven, es lo que se entrega.

SEÑOR DEMURO (Bruno).- En el caso puntual que les estaba relatando, luego del procedimiento quirúrgico, la doctora nos explicaba: "Fue como utilizar un GPS para la cirugía". Esa es la facilidad que da tener un modelo digital.

Se habrán dado cuenta de que hasta ahora no hablamos nada de impresión 3D.

Este modelo fue cien por ciento digital; fue utilizado como una herramienta extra, previo al procedimiento. La doctora me decía: "En ese modelo pude tomar las medidas y saber exactamente a qué altura estaba la aorta y a qué altura estaba la cava. Entonces, al momento de empezar a reseca ese tumor, yo pude sacar todo ese tejido del medio y saber hasta dónde ir con seguridad". Este es uno de los casos en los cuales el impacto es más grande porque vemos la tecnología materializada para solucionar un problema muy complicado.

Ahora, les estoy mostrando otro caso que vino después, que es de la misma doctora del Sanatorio Americano; es un neurinoma.

SEÑOR PEREIRA (Pablo).- No es coincidencia que la mayor cantidad de casos que tenemos sean de cirugía pediátrica. Generalmente, estos son los casos en los que el cirujano da un paso más, estudia muchísimo y busca lo último en tecnología para usarlo.

SEÑOR DEMURO (Bruno).- En este caso en particular, lo que vemos es un tumor que invade el canal raquídeo: se mete dentro del espacio que ocupa la médula espinal.

Se trata de una chiquita que era sana hasta el momento de la cirugía; de un momento para otro empezó a presentar una parálisis y empezó a perder funcionalidad en una pierna. Cuando la estudiaron, se dieron cuenta de que estaba ese tumor ahí, molestando.

En esta paciente se utilizó el mismo procedimiento que en el caso anterior. Utilizaron el modelo para hacer la planificación de la cirugía. Debemos decir que la cirugía fue un éxito y la chiquita se fue caminando del hospital.

Estos son modelos en los cuales el impacto que tiene una mejor planificación óptima -como la llama la doctora Silvia Duarte-, previa al procedimiento quirúrgico, aporta resultados muy buenos.

La práctica nos ofrece algunas estadísticas que nos permiten cuantificar el impacto. Por ejemplo, el tiempo quirúrgico se reduce entre un 30 % y un 50 %, dependiendo de la complejidad del caso. Hemos encontrado que cuanto más complejos son los casos, mayor es el tiempo que se ahorra dentro del *block*, producto de una mejor planificación quirúrgica previa.

Además, esta tecnología aporta más seguridad al cuerpo médico al momento de actuar.

SEÑOR PEREIRA (Pablo).- ¿Qué se hizo en Uruguay como desarrollo de conocimiento de propiedad intelectual? La plataforma *on line*. Esta es la clave para el éxito de todo el proceso. Esta plataforma facilita al equipo de cirujanos la utilización del modelo, nos permite a nosotros recibir las tomografías desde cualquier parte del mundo y también, gestionar la impresión 3D de los modelos que los requieran.

Nosotros hicimos esto estudiando todo lo último que había sobre el tema y buscando qué faltaba y por qué no se estaba utilizando de la forma en que se podía llegar a utilizar esta tecnología en todos los países del mundo. Encontramos que esta era la forma de democratizar la tecnología y de hacerla accesible para cualquier persona que tuviera internet. Es así que ingresando a nuestra plataforma con un usuario y una contraseña, cualquiera pueda solicitar su modelo 3D para una cirugía.

Desde la misma plataforma se puede solicitar, por ejemplo, el modelo que estamos viendo. Este es un neuroblastoma impreso en 3D. Lo cierto es que se solicita la impresión 3D y esa impresión 3D viaja y llega, por ejemplo, a la casa de los cirujanos. Tenemos muchos cirujanos que prefieren que el modelo 3D les llegue a su propia casa para poder planificar bien la cirugía durante el fin de semana, en la tranquilidad de su casa.

Ahora les voy a mostrar algunos ejemplos de impresión 3D y les voy a comentar qué se puede hacer con ella.

Este es un caso de fractura de maxilar; se llevó adelante en el Hospital de Clínicas.

Cabe aclarar que los primeros pasos que dimos en 2013 y 2014 fueron en el Hospital de Clínicas.

Continúo. Aquí vemos cómo se premoldea esa pieza. Se trata de una pieza de metal, de osteosíntesis; son piezas muy caras. Cualquier implante para el cuerpo humano es carísimo. Como todos somos distintos y tenemos un maxilar con un ángulo diferente, esa pieza hay que premoldearla. Usualmente, eso se hacía durante la cirugía, con el paciente sangrando y bajo anestesia. Ahora, con los modelos 3D, se puede hacer un premoldeado sin el paciente; se hace una copia exacta del maxilar del paciente. Cuando el paciente llega, ya está todo preparado. Esto permite ahorrar tiempo de gases anestésicos -que son carísimos-, volúmenes de sangre -con la pandemia el problema del banco de sangre estuvo complicado- y también, piezas de osteosíntesis, ya que a veces, por alguna equivocación o durante el premoldeado, se quiebran. Entonces, se optimizan todos los insumos y todos los recursos. Además, como el sangrado es menor y la sección es menor, el paciente demora menos tiempo en recuperarse y la cama de CTI se libera antes.

Lo que hay que tener en cuenta es cómo beneficia el uso de modelos 3D todo el proceso, no solamente el momento puntual. Si analizamos solo el momento puntual de la cirugía, pensamos que este mecanismo es un costo extra. Sin embargo, es una forma de optimización de todo el proceso.

Ahora les voy a mostrar un caso complejo, de tumor sobre el cóndilo del fémur.

Acá vemos el modelo impreso del cóndilo del fémur. A la izquierda, está el mismo modelo impreso. Se seleccionó un material de impresión para que simulara hueso; sobre rayos X parece hueso. Esto permitió que todas las piezas de osteosíntesis se pusieran en el modelo de plástico antes de implantarlas al paciente. Esta cirugía se realizó en el INOT; estaba planificada para catorce horas, pero se realizó en seis horas.

Les comento otro caso. Una mujer joven, de treinta y cuatro años, con cirugía de pelvis. Inclusive, nos llamaron para planificar este caso. La paciente no se animaba a operarse. En agosto, le mostraron el modelo 3D a la paciente, le explicaron cómo iba a ser la cirugía y finalmente, decidió operarse. En esta cirugía también se redujo el tiempo en alrededor del 50 %. A la derecha, vemos la resección del tumor que le quitaron a la paciente y a la izquierda, el modelo 3D que usaron para explicarle a la paciente la cirugía.

Volvemos a la cirugía pediátrica.

Acá tenemos muchos casos de escoliosis. En Uruguay trabajamos mucho con el profesor Cúneo.

SEÑOR DEMURO (Bruno).- Les estoy mostrando una réplica exacta de la columna de un chiquito, previo al procedimiento quirúrgico.

En esta imagen, vemos cómo el cirujano ensaya la cirugía sobre el modelo.

SEÑOR PEREIRA (Pablo).- Realmente, los doctores ensayan. Usan un taladro en el modelo; taladran la cirugía.

El profesor Cúneo dice: "En esto, yo tengo la oportunidad de equivocarme todas las veces que sea necesario, de probar técnicas nuevas, antes de hacerlo en el paciente".

Y voy un paso más allá. En general, los estudiantes de medicina, los futuros cirujanos, practican estas técnicas en un cadáver que no tiene la patología. Es un cadáver que tiene una columna sana y además, es de un adulto, no de un niño. El profesor Cúneo siempre nos dice que los pedículos de las vértebras de los niños son muy, muy chiquitos, por lo que el margen de error es mínimo.

En la siguiente imagen vemos otra de las columnas y cómo el cirujano practica sobre la columna de plástico. Como verán, a veces ingresa con la columna de plástico

esterilizada -porque el material es esterilizable- al *block* quirúrgico y usa el modelo como referencia durante la cirugía. Generalmente, lo toma un estudiante y mientras el profesor practica la cirugía, el estudiante va analizando el modelo, usándolo como referencia y aprendiendo sobre el procedimiento.

Ahora vamos a pasar a un caso muchísimo más complejo.

SEÑOR DEMURO (Bruno).- Este caso pasó en 2019. Se comunicaron con nosotros del hospital de niños San Borja porque tenían un caso de gemelos siameses. El caso era muy curioso porque si bien los gemelos no compartían estructura ósea ni vascular, sí compartían cómo estaban configuradas las vejigas, el tracto urinario y el tracto digestivo.

Todo lo que es tejido blanco, en las imágenes de tomografía y resonancia es muy difícil de mapear correctamente. Además, es muy difícil hacerse un mapa mental, utilizando únicamente como insumo esos cortes, que estamos acostumbrados a ver en blanco y negro.

SEÑOR PEREIRA (Pablo).- Quiero aclarar que el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja está en Lima, Perú.

SEÑOR DEMURO (Bruno).- En este caso en particular, el reto estaba en coordinar todo el esfuerzo de los cirujanos que iban a trabajar para separarlos. Se debe tener en cuenta que no estamos hablando de una única especialidad. Estamos hablando de un caso en el cual iban a interactuar, entre otros, médicos cirujanos, nefrólogos, ortopedistas. Todas esas especialidades iban a trabajar en conjunto en este caso.

Ahí pueden ver en el medio esas dos pelotas, una violeta y otra rosada y después en las puntas están en amarillo y en naranja. Lo rosado y violeta son las vejigas y lo que es de amarillo y naranja son los riñones. Ahí justo no se ve muy bien, pero lo que tenemos ahí es que los dos riñones del, llamémoslo, gemelo uno estaban configurados de forma tal de que un riñón iba a una vejiga; en este caso tenemos un riñón naranja yendo a la vejiga azul y un riñón amarillo también yendo a la vejiga azul o violeta. Después, tenemos del otro lado, lo mismo, yendo a la otra vejiga. O sea que están compartiendo las dos vejigas con un riñón cada una. Eso como reto para el cuerpo de cirujanos fue lo más importante; era lo más complejo que había que encararse, eso y el piso de las pelvis que, obviamente, había que reconstruirlo todo.

Nuestros modelos, como dijeron ellos, fueron cruciales para esa planificación, para lograr entender y que todas las especialidades estuvieran en un mismo plano de entendimiento. ¿Por qué? Porque lo que pasa naturalmente en cualquier acto quirúrgico de esta naturaleza, que es tan complejo, es que cuando hacen los ateneos, la gente de neuro ve la parte de neuro, la gente de ortopedia ve la parte de huesos, la gente de nefrología está mirando los riñones. Lo que pasa es como si estuviesen hablando distintos idiomas. Entonces, al momento de coordinarse, lo que nos explicaban es que por primera vez teníamos un insumo que nos permitía a todos discutir el caso sobre un único material; es decir, un material sobre el cual todos teníamos el mismo grado de entendimiento, que no había ninguna duda desde el punto de vista de qué estaba hablando cada uno, y si tenían que ir para adelante o para atrás, perfectamente lo podían hacer arriba de eso. El modelo les permite mostrar u ocultar distintas estructura anatómicas.

Como estamos viendo ahí, el resto de las partes de la anatomía queda silenciado en gris y uno hace foco en el área de interés. Siguiendo con esto, como hicieron también para la parte de ortopedia, para reconstruir las pelvis. También nosotros hicimos la parte del modelo.

SEÑOR PEREIRA (Pablo).- Quiero aclarar que este caso fue tan impactante que lo terminamos publicando. Hicimos una publicación científica en conjunto con los cirujanos del Instituto San Borja, en Lima, que se publicó en el 2020 en la organización de radiología de Europa y en Austria. Al final, no viajamos por la pandemia y publicamos el texto científico en conjunto.

Aquí estamos viendo imágenes del método científico, de cómo se mostraba el modelo 3D dentro del *paper*. Y una de las cosas que cambia el uso de los modelos 3D es que antes el cirujano, el médico, para explicarle al paciente e, incluso, en un ateneo, para interactuar entre ellos, tenían que usar lápiz y papel y hacer el garabato, hacer el bosquejo, el esquema, de la anatomía del paciente y tratar de verbalizar la anatomía del paciente y dibujarlo. Con el 3D se ahorra muchísimo tiempo en eso. Inclusive, hasta la transmisión de la imagen del caso de que estamos hablando es mucho más rápida. Todo lo que explicó Bruno de cómo estaban interconectados los riñones y las vejigas se ve claramente en imagen.

SEÑOR DEMURO (Bruno).- Acá podemos ver lo que hablamos de la anatomía, de cómo estaba dada la parte de la estructura ósea de esos chiquitos. Lo que nosotros hicimos fue hacer el modelo 3D de eso y la reconstrucción, para que luego fuese impresa en 3D, para que los cirujanos tuviesen en la misma posición en que iban a estar los chiquitos en la mesa de operaciones un modelo. Como pueden ver, esto que está en verde son las estructuras que nosotros creamos para anclar espacialmente esos huesos, porque los huesos no están todos pegados uno al otro sino que, cuando uno los deja en el espacio, se separan. De esa manera, tenemos la estructura de ambos gemelos, que fue lo que en definitiva se utilizó como base para la cirugía.

SEÑOR PEREIRA (Pablo).- Acá lo que vamos a ver es un video muy cortito, de unos diez segundos, de cómo eran los ateneos. Ahí vemos a los directores del Instituto San Borja. En el ateneo se proyectaba en una pantalla, como estamos haciendo aquí, el modelo 3D, y cada uno iba comentando el minuto a minuto de la cirugía, que fue, como vimos al principio, de diecisiete horas. Realmente, se sabía en cada minuto exacto quién iba a hacer qué cosa. No podía cometerse un solo error. La cirugía fue un éxito, como vimos al principio. Los dos chiquitos están separados y están perfectos de salud.

SEÑOR DEMURO (Bruno).- Esto es la base de qué es lo que somos y qué rol cumplimos. Nosotros somos el nexo entre esas tres cosas: el tomógrafo, el resonador magnético o cualquier dispositivo imagenológico que se utilice, la impresora 3D y el cuerpo médico.

Creo que esa es una información superimportante a tener en cuenta, en particular hoy en día que, como todos sabemos, se está haciendo un esfuerzo muy grande en todo lo que es el cambio de la historia clínica electrónica. Todos esos procesos de digitalización hoy en día generan un efecto no previsto, y es el hecho de que el médico cada vez tiene menos tiempo para atender al paciente y requiere más tiempo para invertir en lo que tiene que ver con mantener actualizadas las historias clínicas, en pasar a computadora ese trabajo. Entonces, nosotros decimos que cualquier solución que nosotros traigamos a su vida, a su profesión, no puede quitarles tiempo de estar frente al paciente. Este es el resultado de un estudio que se hizo, y a nosotros realmente nos impactó el tiempo que, efectivamente, el médico pasa frente al paciente, el resto son cosas administrativas, son cosas de trasfondo.

SEÑOR PEREIRA (Pablo).- Y tiempo también que no está, por ejemplo, el radiólogo, que tiene que estar todo el día haciendo tomografías, resonancias magnéticas, informando imágenes, o cualquier otra persona dentro de la institución, del hospital, en cualquier parte del mundo. Hoy por hoy, los hospitales, como el Instituto Nacional de

Salud del Niño de San Borja, en lugar de ocupar tiempo de sus recursos, nos envían a nosotros las imágenes para que las procesemos por ellos, de acuerdo a los exactos requerimientos del cirujano, y generemos para ellos el modelo 3D.

SEÑOR DEMURO (Bruno).- Esto es lo que venimos hablando hace rato, el tema de los beneficios que esto tiene desde el punto de vista de la aplicación.

Estos son algunos de los testimonios de los cirujanos y los médicos con los que trabajamos. El doctor Christian Kreuzer, cardiólogo argentino, con quien hemos hecho muchísimos casos en pediatría en cardiovascular infantil, nos decía: "Es la única forma que tengo yo de poder realmente dedicarme a lo que yo sé hacer, que es encargarme de corregir la cardiopatía, contando con la mayor cantidad de información posible previo a la cirugía".

Esto es todo, pero no. La razón de por qué nosotros creemos que es muy importante hoy estar acá, y les agradecemos el espacio, es porque nosotros estuvimos viendo localmente lo que pasa en nuestro sistema de salud. Todos lo que nosotros mostramos son casos que se operaron acá. En todos ellos, el problema más grande que hay siempre es quién costea esto. Lo que termina sucediendo siempre es que, por ejemplo, el hospital se hace cargo del modelo 3D porque le genera tanto diferencial al momento de aplicarlo, y en casos ultraexcepcionales aprueban el costo y lo utilizan o, como nos ha pasado muchísimo, lo termina pagando el paciente. Nosotros vemos que está mal que lo pague el paciente, porque los beneficios de la aplicación de esto, todo el rédito económico, toda la mejora en la eficiencia, todo eso se lo lleva el hospital. Los casos que estamos trabajando con salud pública mejoran la eficiencia de todos los centros de salud en su totalidad. En los hospitales nos decían que si contaran con un recurso en el FNR que les permitiera tener esto funcionando sería algo complementario a absolutamente todas las aplicaciones especiales.

SEÑOR PEREIRA (Pablo).- Nosotros nos reunimos, por ejemplo, con la gente de trasplante renal, que nos dijeron que les encantaría poder usarlo. Cuando vamos a la casuística, tienen entre ocho y diez casos por año; entonces, el volumen es muy bajo. También, está la gente del trasplante hepático que le sirve muchísimo. Nosotros tuvimos experiencias de trasplante hepático en Costa Rica y también tienen la misma situación, son entre cinco y diez casos por año. Entonces, lo que estamos viendo es que si juntamos todos los casos de todas las áreas, si pudiésemos coordinar y saber en total cuántos casos hay y que sean cubiertos para todas las cirugías, sería muchísimo más viable hacerlo en Uruguay. Generalmente, los problemas que tenemos acá son de volumen, porque somos poquitos.

SEÑOR DEMURO (Bruno).- La casuística en cuanto tiene que ver con patologías complejas o casos complejos es muy baja. Entonces, lo que nosotros vemos en los casos, por ejemplo, de oncología pediátrica, de tumores enormes en chiquitos, que el hospital no tiene recursos para este tipo de aplicaciones. Eso también pasa en los hospitales del interior y los casos se tratan acá. Nos decían que los cirujanos piden por favor tenerla, al punto tal de que dicen: "La pago yo de mi bolsillo". Nosotros lo terminamos haciendo porque, obviamente, nunca vamos a dejar a un paciente a pata, pero no es como tiene que pasar, y no es como pasa afuera. En Estados Unidos funciona el repago a las instituciones médicas y esto ya está establecido como una prestación a ser cubierta, producto de que ya está probada la eficiencia y el impacto que esto tiene en toda la cadena de servicios.

Lo que nosotros decimos es que Uruguay es un país que es muy chiquito para muchas cosas -para algunas cosas somos medio lentos, pero para otras somos muy rápidos-, pero realmente es un lugar ideal para realmente empezar a ver esto de una

forma más seria. No es porque nos interese trabajar a nosotros; no nos importa quién lo haga, pero queremos que se utilice. ¿Por qué? Con mi madre yo no llegué a tiempo para darle una solución para que fuese más eficiente. El cuerpo médico fue muy claro con nosotros. El haber hecho ese procedimiento quirúrgico fue la diferencia entre la vida y la muerte.

Esta tecnología está aún disponible acá en Uruguay, se podría empezar a aplicar mañana. Sabemos que hay gente tratando de hacerlo a pulmón, como lo está tratando de hacer el Hospital Pereira Rossell, que tiene un centro que tímidamente está intentando de promocionar esto en el uso interno del hospital, obviamente, con los cuidados que se requieren. Nosotros hace casi diez años que estamos en el medio y vemos que, obviamente, hay una diferencia muy grande de calidad, y eso es una excelente señal porque valida el trabajo en el resto del mundo. Vemos que acá no estamos tan lejos de eso.

Si hay algo que nosotros podemos dejar para que se lleven hoy es el hecho de que nosotros hemos tratado de hablar con todo el mundo, con el Ministerio de Salud Pública, con la Junasa, pero nunca nos han recibido; no hemos tenido suerte con eso.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les recuerdo a los señores legisladores que a la hora 14 y 30 se integra a esta Comisión la Comisión de Defensa Nacional, por eso les pido que sean breves para poder aprovechar al máximo la visita.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Somos conscientes de eso.

Quedó pendiente una respuesta sobre el Fondo Nacional de Recursos.

SEÑOR DEMURO (Bruno).- Hemos solicitado múltiples instancias. Ni siquiera era un pedido formal de nada. No era que íbamos con una oferta de negocio. Realmente, queríamos conversar de por qué es que eso no se estaba dando. Al punto tal que gracias a las relaciones que tenemos afuera logramos que el director del programa de impresión 3D de la Clínica Mayo, que es la que está en primer lugar desde el punto de vista de tecnología asociada a este tipo de aplicaciones, le escribiera una carta al ministro explicándole su experiencia personal con este tecnología en el medio y cómo impactó la parte del tratamiento en la clínica. Esta carta la tenemos guardada. Se la enviamos al ministro, cuando logramos conseguir el contacto de él, pero nunca tuvimos una instancia de charlar, de discutir este tema. Somos una empresa chica...

(Diálogos)

—Es importante aclararlo.

SEÑOR PEREIRA (Pablo).- Nazca nos eligió para hacer una mentoría. Esta empresa lo que está haciendo es apuntando a ODS de las Naciones Unidas y está formando un grupo de emprendedores que ataquen cada uno de los objetivos de las Naciones Unidas y está haciendo mentorías con gente que sabe muchísimo del tema.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- Quiero darles las gracias por su presencia. Me parece excepcional lo que están haciendo ustedes.

Yo soy médico y sé que esto tiene una relación numérica. Somos un país chico, tenemos pocos casos como para que se justifiquen estas aplicaciones.

Estoy de acuerdo con ustedes con que las imágenes tanto tomográficas como de resonancias o cualquier otra no nos da el 3D, y muchas veces en algunos casos, que son los menores, esto aclararía el panorama. Cada vez que hemos ido a San Pablo a hacer

algo -claro, son treinta millones-, pudimos ver que tienen una experiencia enorme. Esto parte de una base de volumen, y ahí el Uruguay no suma, resta.

El otro punto que quería preguntarle es qué costo tiene esto y el tiempo que insume. Sé que las impresiones 3D llevan un tiempo, y hay que corregir. ¿Qué tiempo les insume a ustedes hacer un modelo y qué costo tendría?

SEÑOR PEREIRA (Pablo).- El tema de costo depende del caso. Por ejemplo, un caso de columna es de aproximadamente US\$ 1.000, que son cirugías cuyo costo ronda entre US\$ 10.000 y US\$ 14.000. Normalmente, el costo de esto está entre el 10 % del costo de la cirugía. Hay cirugías cardíacas que cuestan entre US\$ 40.000 y US\$ 50.000. Lo que consideramos ahí es que el costo de esto es el 10 % y lo que se ahorra es entre el 30 % y el

50 %. Esa es la ecuación total.

SEÑOR DEMURO (Bruno).- Pablo se refería a que si nosotros miramos el acto quirúrgico como la única variable en todo el proceso el paciente dentro de la institución médica, efectivamente, es fácil decir esto es un costo agregado. Ahora, cuando uno traza la línea de principio a fin, de ese viaje del paciente por la atención médica, lo que estaría pasando es que el hospital termine percibiendo una ganancia. Eso es lo que nosotros decimos de por qué nos rechina cuando pasa que el paciente termina cubriéndolo, y ha pasado que en casos excepcionales el médico la termina pagando.

El 90 % del trabajo que hemos hecho en Uruguay ha sido todo por bono, porque queremos que eso se use. Como dijimos, cuando un paciente nos aborda directamente, nunca lo vamos a dejar a pata; le vamos a dar siempre la opción de que se sienta más seguro con esto.

Con respecto al tema de los tiempos y de las fallas, nosotros no tenemos ese problema. Alrededor de los diez días esto ya está hecho. Nunca tenemos problemas desde el punto de vista de llegar a tiempo porque está planificado y son situaciones muy complejas en las que se justifica la aplicación.

En cuanto a la impresión 3D, tenemos un plan estratégico con el mayor proveedor de servicios de impresión del mundo, que es una empresa americana, que ahora se cotiza en bolsa. Ellos son, básicamente, nuestro brazo de producción. Ese acuerdo que firmamos nos permite tener alcance global, desde el punto de vista de cómo llegan nuestros modelos. Por ejemplo, el caso del corazón de Delfina, se diseñó en Uruguay, se imprimió en Nueva York y se operó en Buenos Aires, Argentina. Ese modelo llegó a la capital austral tres semanas antes de la cirugía y el cuerpo médico pudo hacer todo lo que tenían que hacer con ella. Entonces, desde el punto de vista técnico, no tenemos ninguna traba. Como pueden ver, no estamos hablando de costos tan altos, que son inaccesibles. El tema es que por más que no sean altos, las instituciones siguen teniendo el tema freno de mano y diciendo: "Si a mí no me lo cubre nadie, ¿cómo hago para poder pasárselo al paciente?".

SEÑOR PEREIRA (Pablo).- Una cosa que sucede es que cuando el cirujano la empieza a usar, después no quiere dejar de usarla. En la tercera o cuarta cirugía que el cirujano usa esto se da cuenta de que tiene una herramienta nueva y cuando se la sacan dice: "No, no; me falta algo para que se entienda".

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- No me queda la menor duda de la utilidad de esto y los felicito. La verdad es que es excelente.

La forma de mencionar los ahorros son fáciles. La hora *block* está cotizada y ya se sabe. Ustedes están acortando los tiempos, y es muy fácil saber cuánto se está

ahorrando la institución. No por la distorsión que puede causar en el personal, ni en los insumos. No es caro, pero sí tiene una especificidad importante lo que están haciendo. Quiere decir que en cirugía cardíaca, nosotros tendremos un promedio de doscientos casos por año de diagnóstico de malformaciones cardíacas en niños. Hoy, no tenemos un volumen muy grande.

Esto tiene que apuntar -es un consejo personal- a lugares específicos donde se resuelva cirugía de alta complejidad. Lo del tumor abdominal del niño, es brillante, porque para el cirujano saber por donde operaba ya era un milagro con ese tumor. Por eso, esto tiene que usarse en lugares de alta complejidad. Está claro que para el cirujano es muy importante. Estoy totalmente de acuerdo con ustedes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les queremos agradecer más que por la presencia, por lo que están haciendo.

Cuando logré tener contacto con el trabajo de ustedes, enseguida le planteé a la Comisión recibirlos porque me parecía importante que el Parlamento tomara conocimiento de todo lo que ustedes vienen haciendo, y somos una caja de resonancia. Vamos a ver cómo podemos articular para poder colaborar también.

Les reitero profundamente mi agradecimiento no solo por todo lo que están haciendo por los uruguayos, sino por muchos de los ciudadanos del mundo.

SEÑOR PEREIRA (Pablo).- Como siempre decimos con Bruno cuando terminamos la presentación, esperemos que nunca requieran de nuestros servicios, pero si lo requieren, acá estamos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se levanta la reunión.

≠