



REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY



Cámara de Representantes
Secretaría

XLIX Legislatura

DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 676 de 2021

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

CENTRO REGIONAL DE NEUROCIRUGÍA DEL NORTE (CERENET)

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 13 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.
- Delegado de Sector: Señor Representante Eduardo Lorenzo Parodi.
- Invitados: Neurocirujanos del Centro Regional de Neurocirugía del Norte (CERENET) -Hospital de Tacuarembó, doctores Pablo Pereda, Pablo Hernández y doctora Alejandra Jaume.
- Secretaria: Señora Myriam Lima.

=====

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

Damos la bienvenida a la delegación del Centro Regional de Neurocirugía del Hospital de Tacuarembó (Cerenet), integrada por la doctora Alejandra Jaume y los doctores Pablo Hernández y Pablo Pereda, quienes han venido a presentarnos sus veinte años de experiencia.

Quiero hacer una pequeña introducción.

Yo me fui a trabajar a Tacuarembó en agosto de 1979, y no teníamos neurocirujano, neurólogo y, por supuesto, no había tomógrafo ni angiógrafo; no había nada, solo la experiencia de los médicos.

En ese momento era la ciudad de las bicicletas y pasó a ser la ciudad de las motos, y se empezó a ver gran cantidad de fracturas de rodilla y traumatismos de cráneo; era algo impresionante. Esa situación del tránsito nos complicó la vida dado que no teníamos ni imágenes ni especialistas. En una reunión con un grupo de antiguos cirujanos y con gente de experiencia llegamos a la conclusión de que si una persona sufría un traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento y se demorara más de diez minutos, había que ponerla en una ambulancia y trasladarla a un centro que tuviera alguna actividad neuroquirúrgica; habitualmente, era a Montevideo y, a veces, a Rivera, porque allí se había instalado un neurocirujano uruguayo que se especializó en Porto Alegre, el doctor Carlos Mira. Fue una historia interesante.

Por ahí surge la posibilidad de que la neurocirugía fuera a Tacuarembó. Empezamos a contar con un tomógrafo en la mutualista y en el hospital, y se comienza a hacer contactos, primero, con la cátedra del Hospital de Clínicas, con la Facultad de Medicina. Nos habían autorizado a que fuéramos a hacer cirugías básicas y que el resto se trasladara a Tacuarembó, y rápidamente se fueron desarrollando, perfeccionando. Hoy, el Hospital de Tacuarembó cuenta con un tomógrafo nuevo, con un resonador y un angiógrafo de siete canales. Realmente, los neurocirujanos cuentan con muchísima experiencia, tienen un gran nivel y se han vuelto unos expertos. Ellos nos solucionan los problemas desde Tacuarembó, los de la salud privada, los de la salud pública y los de toda la neurocirugía de la región. Tacuarembó pasó a ser un gran centro de neurocirugía.

Quiero contarles también que hemos coincidido con algunos de ellos operando. Yo voy a mirar lo que hacen para enterarme cómo es adentro de la cabeza. Hoy les iba a traer lo que teníamos para hacer trépanos. Unos de los cirujanos fundadores del Hospital de Tacuarembó fue el doctor Barsabás Ríos. Ese doctor tenía una cajita de instrumentos de origen alemán -se las tengo que presentar; el día que me jubile se las voy a regalar, porque no es solo mía- que tiene un trépano portátil y están todas las fresas puestitas allí. Era lo que teníamos. En alguna oportunidad quisimos hacer alguna cosa, pero decidimos que eso se tenía que ir, y menos mal que no nos metimos en eso.

SEÑOR PEREDA (Pablo).- Les agradecemos mucho la audiencia; para nosotros es un honor estar acá y, especialmente, le agradecemos a Alfredo, con quien hemos venido manejando la idea desde hace tiempo.

Voy contarles un poco cómo fue el desarrollo de esta idea. Antes, quiero mencionar que me acompañan la doctora Alejandra Jaume, que actualmente es la encargada de la parte de angiografía y tratamiento endovascular, además de ser integrante del *staff* nuestro como neurocirujana; el doctor Pablo Hernández, que es el especialista en cirugía funcional y cirugía de columna y, además, forma parte junto conmigo de los pocos

integrantes que sobrevivimos los veinte años de trabajo viviendo en Tacuarembó parte de nuestras vidas.

El Centro Regional de Neurocirugía en Tacuarembó surge hace mucho más de veinte años y a instancias de la necesidad regional que había de poder tratar un grupo particular de pacientes, para los cuales el tiempo es equivalente a vida. Esos pacientes son, particularmente, aquellos que tienen necesidad de neurocirugía de urgencia o emergencia, muchos traumatizados, portadores de lesiones potencialmente curables muy fácilmente, pero que pasadas seis horas de instaladas el riesgo de vida o morbilidad significativa es muy alto. De hecho, los pacientes portadores de hematomas extradurales son un parámetro de eficiencia del sistema sanitario de un país, midiendo la mortalidad de dichos pacientes.

La realidad es que está totalmente centralizada la neurocirugía, particularmente para el polo público. Antes, todos los pacientes que tenían necesidad de neurocirugía de urgencia o emergencia tenían que ser trasladados sí o sí hacia la capital, transitando por rutas que no estaban lo bien que están ahora y con vehículos que no son los que tenemos ahora y, por lo tanto, llegar a la capital implicaba una demora a veces de ocho o más horas. Además, en algunas oportunidades, los pacientes debían ser estudiados para ser diagnosticados y, finalmente, proceder a un tratamiento, lo cual generaba una mortalidad y morbilidad muy altas. De hecho, una de las cosas que termina siendo el puntapié inicial para realmente efectivizar esta idea es que en el año 2000 hubo dos muertes en rutas de niños que fueron trasladados con patologías neuroquirúrgicas curables, y en el traslado en la ambulancia desde Rivera y desde Tacuarembó fallecieron. Entonces, la necesidad que había de cambiar ese paradigma y de instalar en el centro del país un lugar que permitiera acceder fácilmente fue lo que motivó la idea original.

Esto se gesta desde 1993, cuando el doctor Álvaro Villar asiste como interno al Hospital de Tacuarembó, conoce al doctor Ciro Ferreira, y empiezan a generar esta idea, que era, lisa y llanamente, una locura. Primero porque Álvaro ni siquiera había empezado la residencia en neurocirugía y porque no era practicable. No obstante, fueron fermentando esa idea, preguntando, averiguando costos y, finalmente, cuentan con el apoyo incondicional del doctor Spagnuolo, que a partir de 1999 empieza a tomar cartas en el asunto y envía notas a los diferentes estamentos de la parte del sistema médico para presentar la idea y para que no se obstaculizara, no se frenara

Finalmente, en 2000 se consigue el apoyo de la cátedra gracias al profesor Wilson, y también con el apoyo incondicional de él, se logra establecer las bases de lo que sería nuestro centro y empiezan a comprarse insumos, materiales, etcétera. Y, finalmente, en 2001 está todo pronto. Se convoca al *staff* completo y el 2 de setiembre se inician las guardias por los doctores Villar y Prinzo; en esa primera guardia, al día siguiente, ya tuvieron una primera cirugía, lo cual fue una demostración de que había lugar para nuestra idea.

Del equipo inicial, los doctores Wilson y Tarigo fungían como coordinadores, y los doctores Nicoli, Villar, Prinzo, Lima, Erman, Costa, Pereda y Hernández, que fuimos quienes iniciamos esta gesta, trabajamos entre tres y cuatro guardias por mes y teníamos el equipamiento inicial indispensable para hacer neurocirugía, que constaba del material neuroquirúrgico específico, microscopio quirúrgico. Y en el Hospital ya había CTI pediátrico y de adultos, cuestión rara en aquel momento; sigue siendo raro que un hospital público tenga CTI privado y CTI público, pero ya en aquel momento ya contábamos con ellos.

Pero para nuestra logística en el Hospital no teníamos tomógrafo, pero por suerte sí en la mutualista. Entonces, trabajábamos codo a codo con Comta para hacer las

tomografías y viabilizar rápidamente los traslados. Pero los otros estudios que requerían angiografía o resonancia tenían que sí o sí hacerse en Montevideo, lo cual claramente era subóptimo, pero era muchísimo mejor de lo que contábamos hasta ese momento.

¿Cuáles eran nuestros objetivos iniciales? Teníamos una población referenciada en el norte del Río Negro que debía ser asistida por nuestro centro y que tenía que ser, no una población cautiva, sino la población que podía acceder en horas a nuestro centro, y por lo tanto era a la que debía asistirse. Y esto involucraba a todos los usuarios, tanto del sistema público como del privado. La idea era evitar traslados, es decir, no trasladar pacientes a Montevideo que requirieran tratamientos, sino tratarlos en Tacuarembó; para los que debía aplicárseles técnicas con las que en ese momento no contábamos se trasladaban en coordinación.

El *leitmotiv* de nuestra empresa era disminuir la mortalidad y la morbilidad. Es decir, estamos abocados a la urgencia y a la emergencia, y para eso estamos de guardia todos los días del mes durante todo el año.

Asimismo, se abrió una policlínica que atendía dos veces por semana porque había pacientes operados que debían ser controlados. Poco a poco empezamos a captar más pacientes de coordinación y, por lo tanto, se operaba por coordinación una o dos veces en el mes a cargo de los doctores Tarigo y Wilson.

Los números iniciales nos muestran que en los primeros dos años operamos entre siete y diez pacientes por mes. La relación de urgencia y de coordinación claramente era muy a favor de la urgencia; se operaban entre siete y nueve pacientes de urgencia y una coordinación mensual.

Una cosa que impactó ya en esos primeros números fue que no hubo traslados de pacientes de urgencia, emergencia y cero mortalidad en traslados en ese período. Es decir que el objetivo que nosotros nos habíamos planteado ya lo habíamos cumplido.

El tiempo de trauma- cirugía en la región cae a menos de cuatro horas, entre tres horas y media y cuatro. Pero, además, pacientes que eran usuarios de la Regional Sur, que están al sur del Río Negro, como Durazno y Cerro Largo, empiezan a transitar hacia Tacuarembó porque las rutas los beneficiaban y porque los tiempos para acceder al Hospital eran mucho más amigables que acceder a los centros hospitalarios de Montevideo; así lo indicaban. Y, por lo tanto, comenzamos a extender nuestra área de referencia.

También quisimos universalizar el acceso a la neurocirugía y nos planteamos una discusión interna acerca de si teníamos que pedir referencia para recibir pacientes en policlínica, cuestión que pasa en la mayoría de las mutualistas donde uno puede acceder a un neurocirujano solamente si lo referencia otro médico. Abolimos ese requisito en el Hospital y decidimos que todos los pacientes que quisieran ser asistidos por neurocirujano en el Hospital, simplemente tenían que anotarse en la policlínica. Aumentamos la frecuencia de atención de las policlínicas a una por semana y sin referencia.

Asimismo, comenzamos insistentemente a dialogar, a conversar con las autoridades, porque precisábamos más equipamiento.

Finalmente, empezamos a desarrollar técnicas neuroquirúrgicas que no se desarrollaban en el país, en las que no había experiencia y así fuimos comprando equipamiento indispensable para ello, como un marco de estereotaxia, un aspirador ultrasónico, un neuroendoscopio, el equipo de radiofrecuencia. Con la Facultad de Ingeniería desarrollamos un neuronavegador casero. Es decir, nos planteamos que

nosotros podíamos crecer como neurocirujanos, no solamente asistir, sino transformar el Cerenet en un Centro de formación neuroquirúrgica.

La principal herramienta que teníamos para ofrecer como Centro de formación neuroquirúrgica era disponer de todas las técnicas posibles y la capacidad de desarrollar toda la neurocirugía que se desarrollaba en el mundo, pero que no había en Uruguay. Ese fue el segundo gran mojón que nos propusimos desarrollar.

Los objetivos secundarios consistían en mejorar la formación neuroquirúrgica, facilitar el acceso a la consulta especializada, la capacitación de los técnicos. La capacitación de los técnicos viene por varias ramas, como voy a analizar más adelante.

Hasta ese momento, el paradigma imperante de la formación del neurocirujano en Uruguay era casi que se aprendía como un oficio. Había un maestro viejo que nos enseñaba su experiencia, nosotros leíamos los libros y veíamos al maestro operar, y luego hacíamos lo nuestro. Y decidimos que no, que había que salir al mundo y ver cómo otros colegas habían hecho avanzar la neurocirugía y fue lo que empezamos a apoyar. Eso implicó que tuviéramos que comprar equipamiento que no había para poder aplicar esas técnicas en Uruguay.

Como corolario de todo esto, había que potenciar la esfera pública en la atención de salud. Este es un Centro público; nos vanagloriamos de trabajar en el sector público en estos veinte años y generar el principal polo neuroquirúrgico del país, tanto a nivel público como privado.

La capacitación neuroquirúrgica se centra en estos aspectos. Decidimos que todos los residentes de neurocirugía, a partir del cuarto año de formación, cuando ya están capacitados por la cátedra a hacer guardias solos, empiezan a asistir a nuestro Centro y operan las urgencias y emergencias en el momento en que los pacientes lleguen a nosotros. Además, en las coordinaciones los asistimos con un docente que va a colaborar con ellos para desarrollar una cirugía de mejor calidad. Pero, además, apoyamos a los colegas que se querían ir al exterior, conectando como Cerenet con centros de primer nivel en el mundo para que fueran a especializarse, apoyándolos económicamente. ¿Cómo? Nosotros hacíamos guardias en el mes y en vez de cobrarlas nosotros se la dábamos al colega que se estaba capacitando fuera de Uruguay.

Fuimos capacitándonos y entrenándonos para hacer cirugías cada vez más complejas y eso iba derramándose en otros colegas, que también aprendían esas técnicas. Asimismo, ello nos potenció en la posibilidad de acceder a técnicas neuroquirúrgicas novedosas que solamente tuvieron lugar en ese momento en el Hospital de Tacuarembó. Por lo tanto, la posibilidad de entrenarse en esas técnicas en Uruguay era solamente a través del Cerenet.

Con mucha frecuencia invitábamos a neurocirujanos reconocidos a nivel mundial a que vinieran a operar a nuestro Centro, mostrándonos su capacidad, enseñándonos estas cirugías, mejorando así el nivel.

Las nuevas técnicas que fuimos adquiriendo en el correr de los años, que se hicieron por primera vez en el Hospital, fueron la neuroendoscopia, particularmente la de columna. La artrodesis de columna no es una novedad *per se*; la hacen los traumatólogos hace muchos años. Pero somos los primeros neurocirujanos del país -con el doctor Hernández a la cabeza- que desarrollamos la artrodesis de columna inicialmente, con construcciones más sencillas, y ahora estamos haciendo todo tipo de construcciones de alta complejidad.

Destacamos también la cirugía de Parkinson gracias a la compra del marco de estereotaxia, la neuronavegación, es decir la localización en el espacio dentro del cráneo del lugar específico al que hay que llegar por vía visual; la posibilidad de arteriografía intraoperatoria, inicialmente con un angiógrafo móvil, es decir, un arco en C, un equipamiento barato y que casi todas las mutualistas lo tienen.

Pero nosotros desarrollamos la técnica de hacer angiografías intraoperatorias gracias a las doctoras Jaume y Romero, es decir, sacar la angiografía de las salas clásicas de angiografía y llevarlas al campo quirúrgico para beneficiar a los pacientes; la angiografía intraoperatoria ha demostrado y nos sigue demostrando que es una herramienta indispensable para algunos tipos de neurocirugía.

Desarrollamos la resonancia intraoperatoria, es decir perioperatoria. Nosotros estamos operando a un paciente, culminamos la parte que nosotros asumíamos suficiente para curar al paciente y sin cerrar nos íbamos al resonador que está en el mismo piso, como todo el Hospital, para hacer una resonancia y ver que al paciente le faltaba completar esa exéresis, y volvíamos al Centro operatorio para continuar la cirugía.

También adquirimos la capacidad de radiocirugía, que es un tratamiento oncológico muy específico, que permite tratamientos de lesiones como metástasis y malformaciones arteriovenosas, entre otras cosas. La posibilidad de desarrollarlo junto con el equipo de oncología ha cambiado claramente el manejo de esos pacientes.

En cuanto a la evolución de todo el Centro, puedo decir que fuimos declarados de interés nacional en 2008 por Presidencia de la República; instalamos el tomógrafo de dieciséis hileras en 2009 y también se instaló en el centro oncológico el acelerador lineal para tratamientos oncológicos por vía estereotáxica.

Además, se inauguró la Casa Ronald McDonald en 2015, que es un elemento importantísimo. Nosotros somos un centro regional. Los centros regionales tienen una enorme capacidad para atraer pacientes y tratarlos, pero los pacientes son regionales, es decir que viven lejos de la ciudad en la que estamos nosotros y tienen familiares, y el *leitmotiv* del hospital todo es asistir a esos familiares en lo que necesiten. Hay dos casas de la hospitalidad en las que se pueden quedar los familiares mientras los pacientes están internados y, específicamente, la Casa Ronald McDonald está destinada para los padres de los niños que están internados en pediatría y en el CTI pediátrico. Realmente, la calidad con que esos padres se quedan en esos centros, es excepcional.

También se instaló el resonador 1.5 Tesla en 2016 y el angiógrafo digital, que era el más moderno en ese momento, en 2019. Es decir que fuimos adquiriendo tecnología, particularmente en la última década.

Actualmente, el Centro está conformado por catorce neurocirujanos titulados y cuatro residentes de neurocirugía. Además, contamos con cuatro especialistas en tratamiento endovascular; algunos forman el *staff* de neurocirujanos, pero otros no son neurocirujanos. De hecho, hay un radiólogo intervencionista y un neurólogo especializado.

Un mojón importante en nuestro desarrollo es que contamos con una licenciada en material quirúrgico especializada en neurocirugía y en tratamiento endovascular, que es Ana Sima, que es un puntal indispensable para nuestro desarrollo, porque es una persona que se encarga de que todo el material esté en perfectas condiciones, con lo cual la durabilidad de nuestro material es enorme y, por lo tanto, los costos se abaten.

También contamos con un oncólogo especializado en radiocirugía, que es el doctor Quarneti -el actual profesor de radioterapia-, y aumentamos notoriamente el *staff* de

anestesiastas. Inicialmente, había cuatro anestesiastas que trabajaban en el hospital y en la actualidad hay ocho o más, porque en realidad hay dos colegas que están terminando su vida útil como anestesiastas, pero todavía hacen algunas cirugías con nosotros.

Viéndolo en blanco y negro en cuanto a números, puedo decir que tenemos más de 6.700 pacientes enrolados en nuestro sistema, es decir, pacientes que fueron internados en el hospital y asistidos. Cumplimos más de 5.000 cirugías en estos veinte años. Hemos hecho 35.000 o más consultas en policlínica y, desde que se instaló el angiógrafo, llevamos hechos 107 procedimientos endovasculares, diagnósticos y terapéuticos. Lo más destacable de todo esto es que en estos veinte años de evolución hemos logrado mantener una cobertura veinticuatro siete. No hubo un solo día en que no hubiera un neurocirujano en Tacuarembó.

Eso tiene como corolario que en la actualidad la relación urgencia- coordinación se invirtió. Hoy hacemos más coordinaciones; hacemos una coordinación y media por cada urgencia que se opera. Estamos operando un promedio de veintidós pacientes mensuales, con picos de treinta y dos y valles de quince pacientes.

El crecimiento del Hospital de Tacuarembó por fuera es enorme. Se desarrolló un nuevo CTI pediátrico moderno y se extendió el CTI de adultos. Actualmente, hay tres áreas diferentes con catorce camas en total. Tenemos un CTI cardiológico con seis camas -ahora vamos a ver la apuesta a futuro-; cuidados intermedios con seis camas; doce camas de cuidado moderado, y un block quirúrgico inteligente, híbrido y totalmente equipado con cuatro salas.

Además, se desarrolló el banco de leche materna.

Ahora se compró un nuevo acelerador lineal y un tomógrafo para la parte de oncología, y adquirimos la capacidad -por desgracia en la pandemia- de biología molecular.

Asimismo, hemos comprado un nuevo microscopio neuroquirúrgico, que está por llegar el mes que viene; el año pasado *aggiornamos* el drill de alta velocidad y se construyó un nuevo policlínico.

¿Cuál es el futuro de nuestro emprendimiento? Tenemos una línea de crecimiento enorme apoyada por este gobierno, que es el desarrollo del tratamiento integral del ACV y nosotros estamos integrados a esa línea. Vamos a desarrollar una unidad de stroke y vamos a poder integrar la lista de centros que desarrollan efectivamente trombectomía mecánica y manejo del ACV isquémico.

Estamos apuntando a la capacitación personal para la revascularización encefálica.

También hay dos colegas que están en pleno desarrollo de sus capacidades para lograr mejorar la cirugía de base de cráneo, a efectos de modernizarla. De hecho, en este momento una de ellas está haciendo una pasantía en el exterior, con el apoyo económico nuestro.

También queremos optimizar la radiocirugía con el nuevo acelerador lineal, para poder extendernos a las malformaciones arteriovenosas que nunca se han hecho con éxito en Uruguay en la esfera pública.

Es decir que tenemos línea claras de crecimiento; tenemos claro nuestro inicio y nuestros antecedentes, y estamos extremadamente contentos y satisfechos por lo logrado en estos veinte años y queríamos compartirlo con ustedes, que tanto importan para nosotros a la hora de apoyarnos y de tomar decisiones.

Muchísimas gracias.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- Es un placer tener esta visita y escuchar los resultados. Los que somos del interior sabemos lo difícil que es armar un servicio y crecer. Después, sin versión taquigráfica, voy a preguntarles de dónde sacan la plata. Quiero felicitarlos en serio. Soy de Young y sé lo difícil que es formar un servicio de la categoría que tiene este, que está brindando a un montón de uruguayos la posibilidad de resolver las cosas en la región, en casa y en la región.

Mucha felicitaciones por ese esfuerzo y espero que sigan adelante.

La otra felicitación que quiero hacer es a Alfredo, por haber dejado el trépano. Fue una muy buena decisión por aquello que nos enseñaron en facultad de *primum non nocere*.

Realmente, me impresiona el equipamiento que han logrado instalar y uno piensa en los dineros, pero cabe destacar lo difícil que es conseguir especialistas para el manejo de esos equipos.

Me siento orgulloso de haberlos escuchado.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Muchas gracias a los tres integrantes de la delegación y empiezo por Alejandra Jaume, y me van a disculpar los doctores Pablo Hernández y Pablo Pereda, y los doctores Ciro Ferreira y Álvaro Villar.

Conozco perfectamente cómo fue la charla en el año 1999 a la que se hizo referencia. Sé porque Ciro lo ha repetido y Álvaro quizás no tanto, pero la conozco. Me tocó participar de los quince años. En el año 2008 fueron declarados de interés todos los procedimientos por la Cámara de Representantes. Hoy podríamos proponer hacer desde esta Comisión un reconocimiento a los veintes años del Centro Regional de Neurocirugía.

En ese momento la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social estaba integrada por el doctor Álvaro Vega, el doctor Dardo Sánchez, el doctor Luis Gallo Imperiale -el padre de Luis- y el doctor Asqueta, si no me falla la memoria.

Creo que hoy -si no tengo los datos desactualizados- es el centro hospitalario, tanto público como privado integrante de todo el Sistema Nacional Integrado de Salud, que más operaciones neuroquirúrgicas está realizando. En una época, junto al Hospital Maciel, eran los lugares -en volúmenes y cantidad de pacientes- en los que más intervenciones neuroquirúrgicas se hacían y en esta fecha creo que es en el Hospital de Tacuarembó; los integrantes de la delegación me podrán corregir si no es adecuado lo que digo, pero son las referencias que tengo.

Quiero destacar que es un hospital y le digo al doctor Lorenzo que ha hecho una fuerte inversión en recursos humanos, presionando a quienes asignan recursos para entender la importancia de la descentralización de la atención en áreas que son de complejidad, en las que las distancias influyen mucho en los pronósticos de los pacientes. Entonces, creo que ha habido un esfuerzo muy importante por parte de la Administración de los Servicios de Salud del Estado y también de las personas que han estado al frente de este equipo, a fin de tratar de tener los mejores recursos humanos con las remuneraciones adecuadas. Eso no es fácil de entender por parte del sistema, sobre todo de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, donde hay una inequidad salarial importante con el resto de los prestadores privados. Se debe lograr entender que para el desarrollo de un centro de alta tecnología, con lo que requiere la inversión en infraestructura tecnológica, los recursos humanos capacitados son lo más importante, sobre todo para llevarlo a cabo en el norte del país, donde este equipo da respuesta -el doctor Lorenzo lo sabe por haber sido presidente de la sociedad del departamento de Tacuarembó que integra la FEMI-, no solo en Tacuarembó, sino también en la región,

incorporando procedimientos en la parte endovascular, que sabemos que tienen su complejidad y que están en proceso de desarrollo.

Por lo tanto, hago un reconocimiento de parte de los integrantes de esta Comisión, que podemos hacer extensivo, enviando en algún momento un escrito a la Cámara como reconocimiento a los veinte años de trabajo de un equipo que creo que ha invertido mucho en recursos humanos, infraestructura y ha permitido desarrollar la atención de los pacientes lo más cerca posible.

Estuve en la inauguración de la Casa Ronald McDonald en el año 2015, cuando ocupaba el cargo de subsecretaria en forma transitoria, y sé que fue un logro muy importante para los pacientes de Tacuarembó -no es que tengan que venir de Rivera- porque por la dispersión que hay en el departamento -no voy a hablar de Tacuarembó, porque hay gente que conoce mucho más, pero algo recorrí- se generaban grandes dificultades en cuanto al alojamiento, a la residencia cuando son internaciones no tan cortas. Esto redundaba en beneficio de los pacientes y sus familias, ya que ellos pueden así estar cerca de sus seres queridos.

Muchas gracias a los tres. Creo que las compañeras a veces tienen un perfil más bajo, porque a los Pablos los conocemos, a los Álvares los conocemos y a los Ciro los conocemos. Así que hoy, como mujer médica, hago un reconocimiento a todo el equipo y particularmente a la doctora Jaume y a su compañera.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Doy la bienvenida a la delegación; fue impresionante la presentación.

No soy médica y pediré asistencia a los doctores.

Me consta el trabajo y, además, tenemos un excompañero ingeniero de la Intendencia de Canelones que fue intervenido en Tacuarembó y lo tenemos con nosotros. Estamos felices por la calidad de la atención.

Mi pregunta es sobre los desafíos que tienen planteados. Capaz que entiendo un poquito más de política y me parece que es importante sostener la descentralización de calidad en el país, como ocurre con el centro de Tacuarembó. Eso cuesta dinero y hay que tener voluntad política para asignar los recursos y priorizar. En ese marco y en el desafío que tienen, consulto cómo lo tienen planteado desde el punto de vista de los recursos, si es sobre la base, fundamentalmente, de la Administración de los Servicios de Salud del Estado -solo público- o también con marcos de complementación, que me consta que tienen con muchos prestadores privados, incluso de Montevideo, que trasladan pacientes hacia Tacuarembó. Pregunto para tener idea de cómo podemos acompañar esos desafíos desde este ámbito político.

SEÑOR PEREDA (Pablo).- La idea de los desarrollos futuros sigue estando en el marco de ASSE y, de hecho, voy a comentar algunas de las dificultades que tenemos, respondiendo también a algunas preguntas que hizo Lorenzo.

Nosotros no somos la unidad ejecutora de ASSE que tiene mayor presupuesto. Estamos a mitad de tabla. Tacuarembó no es la unidad ejecutora que tiene mayor presupuesto. Sin embargo, la gestión de ese presupuesto creo que es una de las claves de lo que se ha logrado.

Obviamente, hubo insistencia a nivel de ASSE central, contactos en la gerencia. Calculo que hubo llamadas diarias hasta el hartazgo, hasta que alguien dijera: "Bueno, sí, compramos". Es un método que se usa y que es eficiente. Creo que va en lo que decía usted, señora diputada. La descentralización de calidad me parece una excelente

palabra, un excelente concepto. Nosotros hemos demostrado en este proceso la valía de nuestro emprendimiento.

En concreto, el año pasado fue super complejo. Nosotros necesitábamos un microscopio nuevo porque el que teníamos estaba al límite de nuestra capacidad. Ese microscopio ni siquiera lo había comprado ASSE. Ese microscopio lo tenemos con nosotros desde 2007 y lo donó la embajada de los Estados Unidos de América. Nosotros compramos un microscopio en 2001 y se dejó de usar al quinto año. O sea que nunca más habíamos invertido en un microscopio. Tengo entendido que ya estaba discontinuado y que no había repuestos. Sigue funcionando, pero está en el límite de su capacidad. Yo insistí ante Ciro y, finalmente, él empezó a hablar con la gerencia y con la parte económica de ASSE para mostrarles la necesidad. Finalmente -luego de varias reuniones-, logramos que entendieran que era indispensable. De hecho, se pudo comprar eso en aquel momento.

Se trata de equipamientos caros. Puntualmente, un microscopio de esta entidad sale en el entorno de los US\$ 200.000, que es una erogación altísima. Creo que ahí estaba la clave. Nosotros logramos demostrar que lo que se había invertido inicialmente en 2001 bien valió la pena y que se usufructuó más de lo necesario. Me parece que una de las claves para esa compra fue la demostración de nuestros números.

Hay otro tema muy importante. Yo estoy convencido de que el sistema uruguayo de salud se basa en la solidaridad. No me refiero solo a la solidaridad de que los sanos pagamos para que los enfermos estén atendidos, sino también a la solidaridad de todos los integrantes de los equipos, que somos conscientes que debemos topear lo que nosotros podemos cobrar porque eso no va en beneficio mío, sino que funde el sistema. Nosotros tenemos claro que no somos la guardia neuroquirúrgica mejor paga del país. Eso está clarísimo, pero se paga bien. El principal beneficio que tenemos todos los que vamos a Tacuarembó es que consideramos que la práctica que podemos desarrollar allí prácticamente no la podemos hacer en ningún otro lado. ¿Por qué? Porque tengo toda la tecnología que yo quiero a mi disposición y la puedo usar como yo quiero y cuando yo quiero. Esa libertad es el mejor sueldo que tenemos los neurocirujanos que vamos a Tacuarembó, porque podemos ejercer en nuestra práctica poniendo en juego toda nuestra capacidad. Eso nos llena en otro sentido, que no es el económico.

El problema más grande que tenemos en este momento es contratar el personal que precisamos para la unidad de stroke, para el equipo endovascular y para el equipo de mantenimiento de los materiales. ¿Por qué destaco a esta compañera que trabaja con nosotros, licenciada en instrumentación? Para que tengan una idea, si nosotros compramos un catéter para que la doctora Jaime trabaje con calidad, haciendo un procedimiento endovascular, ese catéter puede oscilar entre los US\$ 200 y los US\$ 1.500. Muchos de esos catéteres son reutilizables. Si yo lo lavo, lo mantengo perfectamente estirado, limpio y así lo esterilizo, lo puedo utilizar en cantidad de veces; a veces, veinte veces. Por lo tanto, el costo de US\$ 200 se remite a US\$ 20 o a US\$ 10. Pero si yo no lo guardo bien o lo guardo simplemente doblado, ni siquiera por desidia sino por poca información, se estropea y no sirve para más nada. Entonces, la persona que está encargada de ese material es tan importante para ASSE como cualquiera de nosotros. Ahí también hay que invertir, en capacitar a más personas para que sean capaces de cumplir ese rol. En este momento estamos abocados a eso, es decir, a que todo el personal que vaya a trabajar en la unidad de stroke -deberá contar con fisiatras, neurólogos, personal de enfermería, licenciadas de enfermería- y la parte que trabaje en endovascular -que es muy amplia, entre radiólogos, licenciados en instrumentación quirúrgica, auxiliares de enfermería más los doctores- sea pagada por ASSE.

Nosotros creemos que se puede mejorar, con sueldos dignos, y lograr que se trabaje en perfecto funcionamiento en el hospital.

SEÑORA JAUME (Alejandra).- Quiero complementar la respuesta. Lo relativo a la unidad de stroke, hoy en día, por la voluntad política existente, se implementa a través del Fondo Nacional de Recursos. Lo digo como respuesta de dónde va a salir toda la parte económica. Es un desafío muy grande mantener un servicio de stroke; es muy caro. Cada stent para trombectomía vale entre los US\$ 3.000 y US\$ 4.000. Estrictamente, se puede usar una vez sola pero, bien utilizado, a veces reutilizamos los stent; los usamos dos o tres veces. Eso nos permite abaratar costos en todo el material. Eso no solo sucede acá. En Argentina y en todos los países de Latinoamérica se reutilizan los materiales porque son muy caros. Todo eso se está viendo que vaya a través del Fondo Nacional de Recursos. Digo esto para complementar lo que dijo el doctor Pablo Pereda.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- Tengo una pregunta para interiorizarme sobre el funcionamiento de ustedes.

¿Ustedes cobran un sueldo mensual o cobran el acto médico? Lo pregunto porque monetariamente la diferencia es enorme. Comprendo que eso pueda hacer inestable los sistemas de salud, más con lo que ustedes están planteando. Es una pregunta que tengo. Si quieren responder, la responden; si no, no; es muy personal. En el interior tenemos ese problema. No podemos contratar por acto médico, sino que debemos tener personal a sueldo. Montevideo nos lleva largo en ese sentido.

SEÑOR PEREDA (Pablo).- No tengo ningún problema en responder porque, además, es una pregunta que ya se nos ha hecho en reiteradas oportunidades de parte del señor senador Carlos Camy y de otros integrantes del Poder Legislativo. Esto es bien transparente.

Nosotros tenemos un contrato 068 con ASSE y tenemos un sueldo fijo por guardia. Además, como todos los cirujanos que trabajamos en ASSE, cobramos la variable anestésicoquirúrgica por cada procedimiento que hacemos. Aplica exactamente lo mismo que en cualquier otra institución pública del país.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Hace un tiempo, nosotros recibimos a la facultad de Medicina, al decano, con el asistente académico, por el programa de las Unidades Docentes Asistenciales, que están involucradas dentro de la formación. Como mencionaban, ustedes ejercen como docentes y tienen los residentes. Quiero saber si también están amparados o alcanzados por este convenio de las Unidades Docentes Asistenciales.

SEÑOR PEREDA (Pablo).- Nosotros no tenemos una UDA que funcione en Tacuarembó. No hay asistencia económica en ese sentido. Sí contamos con el aval del profesor de neurocirugía, el profesor doctor Humberto Prinzo, que integró históricamente nuestro grupo y que dejó de trabajar no hace muchos años. Él entiende importante que los residentes asistan a Tacuarembó. De hecho, lo único que exige a los residentes que están capacitados para integrarse a nuestro equipo es que traten de no faltar más de dos días laborables por mes al lugar donde estén trabajando, ya sea en el Hospital Maciel o en el Hospital de Clínicas. Está avalado por la cátedra. Al respecto, hemos desarrollado varias ideas de solicitud de UDA en conjunto. Sin embargo, hay elementos que son súper importantes para el desarrollo de una Unidad Docente Asistencial y con los que no contamos en el hospital, como un comité de ética, entre otros valores fundamentales para desarrollar la Unidad Docente Asistencial. Teníamos limitantes y no era necesario para complementar desde el punto de vista económico. Contamos con la parte importante, es decir, con el aval de la Cátedra de Neurocirugía.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia de todo el equipo, a Pereda, a Hernández y a la doctora Jaume.

También quiero hacer mención que el Ministerio de Salud Pública empieza con el tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares, algo que está en desarrollo. Una cosa importante que pasó fue que en Tacuarembó se hicieron algunos procedimientos. Coincidentemente, cuando el señor ministro de Salud Pública fue a visitar el hospital, llegó un paciente en plazo. No sé si estaba apléjico o afásico, y salió sin afasia. Eso pudo verlo el señor ministro. Realmente, fue algo muy importante, y está allí.

Lo otro que ha ocurrido en Tacuarembó S.S. en todas las poblaciones del país será igual S.S. Fue lo siguiente. Cuando llego a Tacuarembó para pasar visita en el sanatorio me encuentro, desde hace mucho tiempo, que está fulano o zutano integrado con una aplejia por un ACV. Desde no hace mucho tiempo, algunos de los médicos -sobre todo los intensivistas y algunos de los neurólogos- ya están con los fibrinolíticos y ya van cambiando la cara de lo que fueron los infartos con los fibrinolíticos y luego con los stent. Pienso que pasada la pandemia -estamos en vías de pasarla- se tiene que atacar en ese aspecto.

Lo otro que debemos decir de ASSE es que cuando el pico de la pandemia -cuando tuvimos que dar asistencia fundamentalmente a Rivera, porque estaba en una situación compleja- nos facilitó un número muy importante de personal de enfermería para atender todas las camas respiratorias. Ese servicio de enfermería y de nurses ha ido saliendo del sistema porque se van cerrando lugares. Es uno de los reclamos que tenemos que hacer en estos servicios que se quieren incorporar: manejarlos con más actividad y que ese personal no se nos vaya; hay personal entrenado y que se puede entrenar.

A todos los especialistas nos van sacando a los mejores instrumentistas. Son todas personas que trabajan en las dos instituciones y que nos conocen a todos de memoria. Conocen lo que hacemos y lo que no hacemos, los caracteres, etcétera. Es gente realmente muy bien formada, como lo viví yo en la época del Hospital de Clínicas, cuando estuve por acá hace muchos años. En el piso diecisiete se operaba mucho y se hacía toda tipo de actividad quirúrgica y neuroquirúrgica. Había personal muy bien formado.

Si nos pueden hacer llegar algo de que pasaron por acá, vía Secretaría, será importante para la versión taquigráfica. Trataremos de hacer como dijo la señora diputada Lustemberg: un reconocimiento al servicio de veinte años del Cerenet.

(Se retira de sala una delegación de neurocirujanos del Centro Regional de Neurocirugía del Hospital de Tacuarembó)

—El próximo martes a la hora 12 y 30 debemos recibir a las autoridades de ASSE.

Se levanta la reunión.

≠