



**XLIX Legislatura**

**DEPARTAMENTO  
PROCESADORA DE DOCUMENTOS**

**Nº 810 de 2022**

S/C

Comisión de Salud Pública  
y Asistencia Social

**VICEPRESIDENTE**

Elección

**ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO  
(ASSE)**

**FALLECIMIENTO DE NIÑA EN RIVERA Y TRASLADOS**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**MUTUALISTA CASA DE GALICIA**

Versión taquigráfica de la reunión realizada  
el día 15 de marzo de 2022

(Sin corregir)

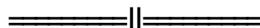
- Preside:** Señora Representante Lucía Etcheverry Lima.
- Miembros:** Señoras Representantes Cristina Lústemberg, Nibia Reisch y señores Representantes Alfredo de Mattos y Guillermo Silva.
- Delegado de Sector:** Señor Representante Eduardo Lorenzo Parodi.
- Asisten:** Señoras Representantes Soledad Rodríguez, Nazmi Camargo Bulmini y Margarita Libschitz Suárez y señores Representantes Álvaro Perrone Cabrera y Martín Sodano.
- Concurre:** Señora Senadora Sandra Lazo.
- Invitados:** Por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), doctor Leonardo Cipriani, Presidente; doctor Marcelo Sosa, Vicepresidente; señor Sebastián Iramendi, Adjunto a la Presidencia;

señor Eduardo Blanco, Asistente Presidencia, señor Leonardo Hofemblatt, Secretario de Vicepresidencia; Cnel. (R) Julio Micak, Vocal; doctor José Antonio Rodríguez, Director SAME 105; doctor Gonzalo Medina, Director Unidad de Transparencia; señora Lorena Piñeyro, Directora de Comunicaciones y doctor Juan Carlos Otormín, Adjunto al Director de Comunicaciones.

Por el Ministerio de Salud Pública, doctor Daniel Salinas, Ministro; licenciado José Luis Satdjian, Viceministro; contador Alberto Yagoda, Director General del Sistema Nacional de Salud; doctora Nuria Santana, Área Técnica de Casa de Galicia; contadora Alicia Rossi, Responsable del Área Administrativa y Financiera de Casa de Galicia; doctor Martín Thomasset, Director de Jurídica y señor Carlos Ruiz, Secretario del Ministro.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Margarita Garcés.



**SEÑORA PRESIDENTA (Lucía Etcheverry Lima).**- Habiendo número, esta abierta la reunión.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 123 del Reglamento de la Cámara de Representantes corresponde la elección de vicepresidente.

Procedemos a escuchar las propuestas.

**SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).**- Quiero proponer, con muchísimo gusto, al doctor Alfredo de Mattos para ocupar la vicepresidencia.

Como todos sabemos, existen acuerdos entre los partidos acerca de cómo distribuir las presidencias y las vicepresidencias. En la misma línea en que expresé mi satisfacción por el nombramiento de usted, señora presidente, también lo hago ahora, más allá de lo protocolar, con total convicción y afecto, a la hora de apoyar la candidatura del diputado Alfredo de Mattos.

No lo conocía anteriormente; recién acá nos conocimos, en esta labor parlamentaria, y he aprendido a valorarlo como persona y como profesional.

Propongo el nombre de Alfredo para que sea puesto a consideración por los restantes miembros de la Comisión.

**SEÑOR REPRESENTANTE SILVA (Guillermo).**- Por el doctor Alfredo de Mattos.

**SEÑOR REPRESENTANTE DE MATTOS (Alfredo).**- Por la diputada Nibia Reisch.

**SEÑORA REPRESENTANTE LÚSTEMBERG (Cristina).**- Por el doctor de Mattos.

**SEÑORA PRESIDENTA.**- Con mucho gusto, por el diputado de Mattos.

Finalizada la votación nominal es electo el diputado Alfredo de Mattos como vicepresidente de esta Comisión.

**SEÑORA REPRESENTANTE LÚSTEMBERG (Cristina).**- Disculpe, presidenta, pero antes de comenzar con los temas más formales del orden del día -recibir a las delegaciones y otros asuntos-, quiero proponer a los integrantes de la Comisión que consideren la posibilidad de suspender la reunión de mañana. Como sabrán, en el Senado se suspende la sesión del día de mañana y en la coordinación interpartidaria de nuestra Cámara hoy se va a discutir la pertinencia o no de sesionar el día de mañana, dependiendo de si hay asuntos urgentes o no a considerar.

En este contexto, quiero consultar si hay consenso para suspender la reunión de la Comisión mañana, salvo que haya un tema de extrema gravedad que amerite que la dejemos vigente.

**SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).**- Por mi parte, apoyado, señora presidente.

**SEÑOR REPRESENTANTE SILVA (Guillermo).**- En lo que me corresponde, también acompañamos la propuesta.

**SEÑOR REPRESENTANTE DE MATTOS (Alfredo).**- Apoyo la propuesta de la diputada Lústemberg de suspender la reunión del día de mañana.

**SEÑORA PRESIDENTA.**- De acuerdo con lo manifestado, por unanimidad, se suspende la reunión de la Comisión de Salud del día de mañana.

Tenemos dos delegaciones de autoridades para recibir; en primera instancia, a las del Directorio de ASSE y, posteriormente, a las del Ministerio de Salud Pública, ambas con temas distintos y específicos.

Saludamos al diputado Lorenzo y a la diputada Soledad Rodríguez quienes están integrándose hoy al trabajo de la Comisión; bienvenidos.

Los integrantes de la Comisión de Salud del Senado habían planteado la posibilidad de asistir, en el mismo marco de lo que se había dado en oportunidades anteriores, es decir, el año pasado. Yo lo planteé en el grupo de Whatsapp de la Comisión y allí se propuso que era mejor volcarlo al colectivo en la Comisión. Trasludamos el planteo a los senadores -que hoy también tienen reunión- y eventualmente, si les diera el tiempo, concurrirían; más allá de que el Reglamento los habilita, como cortesía, podríamos decidirlo y así podrían concurrir y presenciar las reuniones, intercambiar, fundamentalmente para optimizar los tiempos, en un tema que también fue seguido en conjunto. Simplemente, quería dejar planteada esa situación; no sabemos si se va a dar pero, por lo menos, la informamos.

Habíamos solicitado a la Secretaría de la Comisión que pudiera hacer un raconto, un listado, de todas las organizaciones que habían solicitado ser recibidas por el proyecto de eutanasia, iniciativa que en la sesión pasada, a propuesta de la diputada Reisch -propuesta que se acompañó-, sería una de los priorizados en el primer semestre de trabajo. Tenemos ese listado acá y la Secretaría se los hará llegar a los efectos de que puedan ver si hay que integrar otras organizaciones, en caso de que así lo entendieran algunos legisladores, y de establecer la prioridad de las convocatorias. Es un tema de altísima sensibilidad, hay que dar los tiempos al conjunto de la sociedad para que pueda consultar, proponer, sugerir cambios y expresar su opinión -obviamente-, y me parece que cuando antes podamos tener definida esa lista sería mejor, ¿verdad? Así que cada uno la va a recibir a los efectos de complementarla.

Hay algunas delegaciones que figuran subrayadas en amarillo porque ya concurrieron, pero inclusive dejaron constancia en las versiones taquigráficas de que cuando se tratara específicamente el proyecto se las volviera a citar. Así que en principio tenemos ese tema.

Tenemos varias solicitudes de organizaciones de distintas características, con diferentes temáticas, de las más diversas, que han solicitado ser recibidas, pero nos fueron quedando pendientes en virtud de aquel régimen por el que recibíamos delegaciones los días miércoles y los temas se sumaban. Este listado también lo vamos a remitir desde la Secretaría a los efectos de ir ordenando el trabajo, de acuerdo con lo que se acordó la semana pasada -se lo que comento especialmente al diputado Lorenzo y a la diputada Rodríguez-, en cuanto a ir intercalando los proyectos de mayor complejidad, que requieren un tratamiento mucho más debatido, con proyectos de menor complejidad y de organizaciones que solicitan ser recibidas y que no se pueden postergar, obviamente. En ese marco, van a recibir este listado para que podamos ir ordenando, también, la comparecencia de estas organizaciones y personas.

Solamente a los efectos de informar, quiero mencionar que se han contactado con nosotros, una vez que se difundió por la página web del Parlamento que habíamos asumido la Presidencia, organizaciones que están vinculadas a la endometriosis, que solicitan la consideración de los proyectos que se han presentado. Son dos proyectos que cada uno de ustedes debe tener porque fueron ingresados en mayo del año pasado. Por lo menos, dejo el tema planteado.

La semana pasada hicimos un planteamiento en cuanto al proyecto que había presentado el diputado Lorenzo para ser considerado. Sería bueno que en abril cada uno de los legisladores tuviéramos una propuesta de orden para incluir estos proyectos de menor complejidad.

Aclaro que se trata de dos proyectos muy similares, uno, presentado por el Partido Nacional y, el otro, por Cabildo Abierto.

(Diálogos)

—La Comisión pasa a intermedio para esperar que llegue la delegación.

(Es la hora 13 y 5)

—Continúa la sesión.

(Es la hora 13 y 30)

(Ingresa a sala una delegación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, ASSE)

—Buenas tardes.

Primero que nada, quiero agradecer y saludar a las autoridades de ASSE.

La delegación que nos acompaña está integrada por el doctor Leonardo Cipriani, presidente del directorio; por el doctor Marcelo Sosa, vicepresidente; por el señor Sebastián Iramendi, adjunto a la Presidencia; por el señor Eduardo Blanco, asistente a la Presidencia; por el señor Leonardo Hofemblatt, secretario a la Vicepresidencia; por el coronel retirado Julio Micak, vocal; por el doctor José Antonio Rodríguez, director de SAME 105; por el doctor Gonzalo Medina, director de la Unidad de Transparencia; por la señora Lorena Piñeyro, directora de Comunicaciones, y por el doctor Juan Carlos Otormín, adjunto al director de Comunicaciones.

Ya se había informado, pero quiero dejar constancia de que el tiempo que tenemos es acotado, porque hoy también vienen las autoridades del Ministerio de Salud Pública por otra situación.

Si las autoridades están de acuerdo, y con el fin de optimizar, podríamos empezar con algunas preguntas que nos permitan orientar el tema.

Como nos mencionaban las autoridades, se está investigando la situación de Rivera, de esta niña, pero también algunas cuestiones más generales vinculadas con los traslados y la situación asistencial. Sabemos que la investigación está en curso, pero queremos, sin entrar en detalles, por supuesto, tener una valoración de las autoridades en cuanto a si de alguna manera esto está poniendo en evidencia que hay cuestiones sistémicas a corregir en esta situación en particular. Además, al respecto, queremos saber si la Comisión de Seguridad del Paciente, tanto a nivel central como local, ya ha intervenido y formulado las recomendaciones, sobre todo con la perspectiva de resolver las situaciones que se presentan como imprescindibles para que esto tan lamentable no se reitere.

También queremos saber si se han formulado planes de contingencia, sobre todo para poder resolver estas situaciones que, eventualmente, requieran estrictamente de traslados, y si hay, desde el punto de vista del Ministerio de Salud Pública, una coordinación vinculada con la fiscalización, que son las cosas que se han informado públicamente por parte del Directorio.

Este es el marco general. Luego, realizaríamos algunas preguntas más específicas.

**SEÑORA REPRESENTANTE LÚSTEMBERG (Cristina).**- Gracias, presidenta; gracias a toda la delegación de la Administración de Servicios de Salud del Estado, a los integrantes del Directorio y a los técnicos que acompañan.

En primer lugar, les agradecemos que estén acá. Esta es una muy buena instancia. Hemos aprendido a trabajar en conjunto, a tener este vínculo cuando una situación de inquietud por parte de la ciudadanía lo amerita, con el fin de buscar y llegar a soluciones. Los temas no son fáciles. Si fueran fáciles, se hubieran resuelto antes o requerirían respuestas más fáciles para el país.

Creo que esta situación es muy lamentable, triste. El fallecimiento de cualquier persona siempre lo es, especialmente para la familia. Uno siempre comienza poniéndose en el lugar de esa familia. Como pediatra, la muerte de un niño tiene connotaciones para esa familia mucho más sentidas, quizás, pero cualquier persona que fallece nos debe llevar, a quienes tenemos responsabilidades en diferentes ámbitos y poderes del Estado, a tratar de trabajar en la prevención. El concepto de muertes evitables siempre es controvertido para quien no conoce la gestión de administración de salud. Entonces, cuando uno lo maneja, tiene que ser muy cuidadoso.

Queremos realizar algunas preguntas concretas para actualizar la información, porque yo fui subsecretaria del Ministerio de Salud Pública y me gustaría que la síntesis sea que, en conjunto, busquemos soluciones hacia delante, para resolver todo el Sistema Nacional de Trauma y la emergencia médica, que involucra a los dos subsectores: al público y al privado. Creo que resolver la situación de forma estructural requiere que, en algún momento, nos sentemos todos a trabajar buscando la solución más profunda.

En este caso, queremos saber algunos detalles, por ejemplo, cómo fue el proceso de solicitud de traslado y, en líneas generales, cómo se activa, hoy en día, la convocatoria ante un traslado de urgencia. Quizás el doctor José Antonio Rodríguez nos pueda responder cómo funciona el sistema de traslado del transporte sanitario aéreo. Recuerden que se había firmado un convenio de cooperación interinstitucional con fecha 1° de febrero del año 2017 -no sé si está vigente-, entre el Ministerio de Salud Pública, ASSE, el Ministerio de Defensa Nacional, con el rol que tenía la Fuerza Aérea como servicio de emergencia médica con el helicóptero sanitario -lo que se llama HEMS-, a utilizar en situaciones de atención médica sanitaria crítica. Quizás nos puedan explicar cómo se conjugaba esto con los traslados de forma terrestre.

Después, les quiero preguntar más allá del relato de la situación específica. Nosotros sabemos las particularidades que tuvo la gravedad de esta niña. Creo que tenemos que analizar la situación actual, pero ¿cómo es la situación de los traslados en general? ¿Cómo lo está resolviendo ASSE? ¿Tienen convenio o cómo se resuelve en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud?

Una cosa en particular que les quiero preguntar es si ustedes están trabajando en conjunto con el Ministerio de Salud Pública, si están funcionando los comités regionales de análisis de la mortalidad en niños, niñas y adolescentes. Ustedes saben que los comités regionales para la auditoría de muerte de niños menores de quince años fue en un decreto que se hizo en el año 2006. Realmente, quiero preguntarles si están en funcionamiento, porque no hice la pregunta previamente. Me parece que estos comités siempre sirvieron para, a punto de partida de una situación tan dolorosa como el fallecimiento de un niño menor de quince años, tomar medidas por parte de Salud Pública para la evitabilidad en situaciones siguientes. Entonces, son herramientas de discusión técnica muy importante, que permiten evitar situaciones posteriores.

**SEÑOR REPRESENTANTE DE MATTOS (Alfredo).**- Buenas tardes al presidente y a todos los integrantes del Directorio de ASSE.

Como esta paciente es de un departamento vecino y nos manejamos con mucha familiaridad con los médicos tratantes, tanto con los de Rivera como con los de

Vichadero, estuve haciendo las averiguaciones del tema, que es lo quiero que noten, para que no se politice la muerte de un paciente pediátrico.

Esta niña de ocho años vivía en una localidad rural, en un paraje que se llama Abrojal, que queda a unos 15 kilómetros de Vichadero, donde se hizo la primera asistencia. Vichadero queda a 140 o 150 kilómetros de Rivera. Tienen dos médicos, de los cuales uno es de Tacuarembó y está muy bien preparado en la parte de emergencia; trabajó mucho tiempo con nosotros en Tacuarembó. Fue el primero que ve a esta niña de ocho años el 20 de febrero con un cuadro de obstrucción respiratoria, con chillidos, disnea, sin tirajes, que saturaba cien por ciento. Se le da broncodilatadores y corticoides, con lo que mejora, y se traslada a su paraje, Vichadero. Vuelve otra vez a consultar, cinco o seis días después, con crisis también de broncoespasmo y se la trata de igual forma. Sus padres la llevan de nuevo a su paraje rural. De ahí concurre a Rivera con una dificultad respiratoria importante; se trata de una niña con historia de broncoespasmo.

Les quiero recalcar que tanto en Vichadero como en Abrojal no hay equipos de rayos, no hay radioscopia, no hay elementos de ese tipo como para hacer una placa. Además, la placa de rutina, en un paciente con broncoespasmo, habitualmente no se hace. Simplemente, se lo trata y se hace el examen clínico.

Llega a Rivera con una dificultad respiratoria severa, con paro. Es vista en Rivera por el cirujano de guardia, por los intensivistas y por los anestesiistas de allí. Les quiero hacer notar que históricamente Rivera es una ciudad que, desde el punto de vista quirúrgico y anestesiológico, tiene un excelente nivel. Son colegas con quienes nos manejamos e intercambiamos experiencias. Tienen un excelente cirujano pediátrico, que es el doctor Sauto; también hablé con él y me explicó el tema.

La niña tenía un gran tumor mediastinal de crecimiento lento, que cuando llega a esas compresiones de vía aérea, vasos pulmonares, compresiones cardíacas, ya en situación *in extremis* es muy difícil de solucionar. La entubaron, la estabilizaron y, después, hablé con los cirujanos. ¿El tumor que tenía lo podía operar el cirujano y solucionar el problema?

Según los cirujanos que la vieron, los pediatras y los que la ventilaron, el problema era que se trataba de un tumor que, seguramente si se hubiera hecho un diagnóstico temprano, hubiese requerido de una biopsia y un tratamiento, si fuese una linfopatía tumoral de un tratamiento médico posterior. Pero no se planteaba hacer cirugía ante una gran masa.

Quiero hacer mención a lo que dicen algunos en los congresos de cirugía de tórax pediátrico. Dicen que los tumores intratorácicos gigantes son como enfrentarse a Goliat. Es muy difícil la solución, debe ser precedida de estudio con tiempo; debe ser diagnosticada desde niño, desde muchos años antes para poder llegar. Y en la discusión del tema en el congreso de cirugía, dice: "Afortunadamente, esta patología tiene una baja incidencia sin embargo, ello determina una menor experiencia en el manejo anestesiológico. Estos pacientes están expuestos a severas complicaciones cardiorrespiratorias durante el período perioperatorio.

Las complicaciones más frecuentes están vinculadas con la incapacidad de controlar la vía aérea o con dificultades del manejo hemodinámico, por compresión tumoral de cavidades cardíacas".

Es un problema severo, de poca frecuencia y, cuando ocurre con síntomas *in extremis*, prácticamente es muy difícil de solucionar. No se arregla con una cirugía de emergencia, sino que se arregla con el diagnóstico previo tratado adecuadamente.

Pienso que Rivera es un departamento que tiene una larga historia de cirujanos de altísimo nivel, tanto de cirugía pediátrica como cirugía general, cirugía traumatológica, ginecológica, etcétera. Hay anestesistas de altísimo nivel. Algunos de los maestros de la cirugía epidural estuvieron en ese pueblo y hoy ya no viven más.

Hablando con ellos, se trata de una paciente que llegó fuera de los recursos terapéuticos posibles que había allí.

Era cuanto quería informar.

**SEÑORA REPRESENTANTE LÚSTEMBERG (Cristina).**- En primer lugar, ¿cómo es hoy el proceso de solicitud del traslado de situaciones de urgencia? ¿Cómo se suplió el funcionamiento del avión sanitario que había previamente? ¿Cuál es el funcionamiento actual del sistema del transporte sanitario aéreo? ¿Cómo es el sistema de traslado del paciente a tiempo dependiente? ¿Está protocolizado? ¿Quién toma las decisiones actuales? ¿ASSE estaba integrado en el cumplimiento del Decreto Nº 340 del año 2006? Esto también se lo vamos a preguntar al señor ministro de Salud Pública, porque la competencia de convocarlos forma parte del Ministerio de Salud Pública. Son los comités nacionales y regionales donde ASSE siempre tuvo una participación muy activa en su conformación. Esos comités permitían analizar cada muerte para ver si era evitable o no evitable y tomar medidas de Salud Pública en los casos siguientes.

En segundo término, quiero hacer una aclaración: creo que el interés de esta Comisión es que este tema no se esté politizando. Este tema se está analizando, porque se trató de una situación que provocó impacto en la población de nuestro país y se trata de construir hacia adelante, hacia una evitabilidad de situaciones lamentables o tener la mejor respuesta sanitaria. Bajo ningún concepto la convocatoria es para politizar el tema. Quiero dejar sentado esto.

**SEÑORA PRESIDENTA.**- Reitero, obviamente, el acuerdo con lo que acaba de plantear la señora diputada Lústemberg. De hecho, cuando las autoridades comunican, no solicitamos la investigación administrativa que está en curso. En todo caso, las autoridades la podrán remitir después, porque hay cuestiones de confidencialidad que tendremos que analizar. Aquí se han dicho algunas cosas respecto a la historia clínica, que es un tema en el que no queremos entrar. Queremos que esto no se repita y transmitir, en la medida de lo posible, la tranquilidad y la certeza a todos los ciudadanos de Rivera y, sobre todo, a esta familia el mayor sentido de comprensión frente a esta situación.

Tiene la palabra el presidente de ASSE, doctor Cipriani.

**SEÑOR CIPRIANI (Leonardo).**- Muchas gracias, presidenta. Le deseamos una buena gestión en la Comisión durante este año. Siempre estamos a las órdenes para lo que necesite el Cuerpo.

Desgraciadamente, como bien se dijo, este es un hecho muy lamentable, de muchísimo dolor para la familia -ni hablar-, para la comunidad y para lo que es el sistema de salud. Cada vez que hay un fallecimiento de un niño, sabemos las repercusiones que tiene.

Creemos que es muy importante el tema. Nosotros somos gestores de salud. ASSE es un prestador de salud. Es el prestador del pueblo uruguayo y aplaudimos el tratar los temas siempre con miras a mejorar y -ni que hablar- a aclarar.

Consideramos de muchísima madurez política la actitud de todos los integrantes del Cuerpo para no politizar un tema de estas características, lo que sería algo extremadamente deplorable y bajo.

En lo que se refiere a este tema, nosotros tenemos dos puntos importantes que se plantearon desde el inicio. Uno de ellos es qué pasa en nuestra ruralidad o en los pueblos alejados. Nosotros nos encontramos con una serie de policlínicas, de centros de salud en el interior y en el interior profundo del país -también en la parte rural-, que están muy desprovistos.

En este momento, es bueno hablar de la parte de Rivera, de Vichadero. Allí tenemos un centro de salud que, por ejemplo, no tenía ambulancia. Hará cuestión de unos meses -seis o siete meses- se le entregó una ambulancia, porque en ese momento se vio que se estaba necesitando. En ese mismo momento en que recorrimos ese centro de Vichadero, también vimos la necesidad del equipo de rayos equis, debido a que el paciente tiene que trasladarse 140 kilómetros para poder realizarlo.

También nos pasó en Minas de Corrales. Cuando llegamos allí en la misma gira en Rivera, nos encontramos con el mismo problema de la radiología: un paciente de Minas de Corrales tampoco tenía un equipo de rayos equis, debido a que al equipo de rayos equis que estaba en Minas de Corrales, al haberse roto el del Hospital de Rivera -no fue en nuestra gestión-, lo sacaron y lo trasladaron hacia el Hospital de Rivera y quedó desprovisto en Minas de Corrales.

En nuestra gestión ya estamos trabajando para mejorar esos déficits, porque al cuerpo médico uno también -más allá de la semiología que puede hacer- lo tiene que apoyar y colaborar con herramientas para poder realizar mejores diagnósticos. Es por eso que el equipo de Minas de Corrales ya está comprado. Si no me equivoco, ya debe estar instalado. Están con el tema de los llamados a los imagenólogos y está en etapa licitatoria el equipo de Vichadero y también con la parte de recursos humanos para empezar a trabajar. Este es un tema que estamos viendo con la directora de Atención Primaria.

Desgraciadamente, eso nos pasó en muchísimas policlínicas. En Rivera, en Amarillo no había luz ni agua en la policlínica y la partera llevaba agua de un vecino para poder lavar, por ejemplo, los espéculos. Ya se fueron reparando. Ese trabajo lo estamos realizando en todo el Uruguay y en todo el interior.

No quiero entrar en el resultado de la investigación, porque ya va a terminar, pero a nosotros nos salió del registro.

Yo concurrí personalmente a Rivera apenas pasó esto para ver de primera mano cuál fue la situación. Nos encontramos con que esta paciente había tenido dos consultas previas, en las cuales nunca se le había solicitado una placa de tórax, que fue como se hizo el diagnóstico en el Hospital de Rivera, apenas la paciente ingresa. Capaz que ahí se podría haber acelerado algo, pero no lo creemos, porque por la patología y como médico -es una opinión- no hubiera tenido otro resultado debido a las características de tamaño y de compresión que tenía este tumor, pero sí se podría haber actuado de manera previa. O sea que ahí viene la responsabilidad de la Administración de tener siempre presentes en todo el interior -no estoy hablando solo de Rivera- todos los equipamientos. Estamos trabajando en eso. Se sabe que nosotros estamos apostando muchísimo a la descentralización para poder realizarlo.

Quiero destacar que en ese primer nivel de atención no faltó ningún tipo de medicamentos ni faltó traslado por si la paciente lo necesitaba, porque había una ambulancia nueva entregada que tiene choferes. Trascendió que había un salbutamol que no se había indicado: eso es falso. De hecho, la policlínica tiene *stock* hasta de más.

También quiero destacar que cuando la paciente concurre a Rivera, el equipo técnico médico del hospital no le encuentra ningún tipo de corrección para realizar. Hacen en forma muy rápida lo que es el diagnóstico. La paciente inmediatamente es tratada.

Cuando ocurre el primer paro por causa respiratoria, la paciente es reanimada con éxito y es atendida en ese momento y estabilizada por un médico intensivista de adulto, un médico pediatra, un médico anestesista y un cirujano de tórax. O sea que tuvimos una paciente en su tiempo correcto.

Inmediatamente, se empieza a buscar una solución definitiva. Obviamente que el único lugar para atender a este tipo de paciente y dar una solución quirúrgica es en Montevideo, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, porque sabemos que allí están los cirujanos pediátricos y de tórax que pueden atender estos casos.

En ese momento, se dispara -más adelante el doctor Rodríguez profundizará al respecto- el protocolo para poder hacer el traslado de esta paciente que se coordina de forma exitosa. Se solicita el avión a la hora 0 y 14, que despegga posteriormente. El avión llega a despegar de Carrasco y en su vuelo tiene que dar vuelta por un desperfecto. En ese momento, el avión estaba equipado con médico pediatra con características de saber manejar medicina intensiva, así como también con el equipo de enfermería. Fue una desgracia en ese sentido: el avión tuvo que dar vuelta.

Una vez que el hospital se entera, se coordina mediante SAME 105. Acá tenemos otro problema de carácter más estructural y de muy difícil solución, con lo que estamos trabajando.

En el norte profundo -en Artigas y en una parte de Rivera- prácticamente no existe unidad de traslado pediátrico. Los traslados pediátricos ASSE los soluciona -también lo hemos hecho para otros prestadores- mediante el traslado aéreo. Tenemos un promedio de dos traslados aéreos mensuales, que siempre se realizan con un total éxito, sin ningún tipo de problema ni inconveniente. Hace no mucho tiempo -salió en la prensa- dos mellizos con una dificultad respiratoria muy grande fueron trasladados sin ningún tipo de problemas. Y así puedo mencionar otras historias. O sea que nosotros lo tenemos bien coordinado el traslado.

¿Qué pasa acá? Se solicita el traslado al SAME y se accionan todos los recursos de ASSE y de los privados de departamentos vecinos, pero resulta que la ambulancia pediátrica que estaba en Salto también estaba haciendo otro traslado. Es el único departamento que cuenta con una unidad de traslado pediátrico. Este es un problema estructural que siempre se resuelve mediante esta vía; inclusive en el aeropuerto siempre es el pediatra del hospital el que va arriba de la ambulancia para realizarlo con éxito. Repito que son traslados que se vienen realizando desde hace tiempo.

Como primicia, en cuanto a ese problema estructural...

**SEÑORA REPRESENTANTE LÚSTEMBERG (Cristina).**- Para no interferir con la investigación, quizás la delegación no tiene previsto mencionar cuestiones de la historia clínica y desea mantener privacidad en este caso porque la versión taquigráfica es pública. Entonces, si hay algún dato que en el curso de la investigación administrativa ustedes consideran que no debe ser de público conocimiento, es aconsejable que se diga.

De pronto hay algo que ustedes consideran que no se debe publicar de la versión taquigráfica porque interfiere con la investigación. Digo esto nada más que para construir.

**SEÑOR CIPRIANI (Leonardo).**- No.

Decimos a tono de primicia que estamos instalando en el departamento de Rivera el SAME 105 con las ambulancias nuestras para apoyar el traslado de adultos -aunque en ese sentido no hemos tenido dificultad-, así como también una unidad pediátrica para poder realizar los traslados de la localidad y apoyar el traslado aéreo; vamos a seguir realizándolos ya que tienen muy buen éxito, tanto para pacientes como para el sistema.

Acá nos encontramos con dos problemas serios. En uno ya se está trabajando -aquí queremos transmitir tranquilidad al Cuerpo- mediante el fortalecimiento del interior y la ruralidad con recursos, por ejemplo, para Minas de Corrales que tenía este problema. Además, se están instalando los equipos de radiología, se está contratando a los técnicos radiólogos para poder trabajar en los lugares y fortaleciendo los traslados a nivel de todo el país. Antes de ingresar a ASSE, nos encontramos con que gran parte del gasto de funcionamiento -una cifra muy grande- se iba en el rubro traslado.

Entonces, en todos los hospitales de los departamentos, menos en Tacuarembó porque ese hospital ya tenía -pero ahora tenemos que enviar una porque su ambulancia chocó-, hemos instalado ambulancias especializadas. Se forman equipos especializados para trasladar. Por ejemplo, en el caso de Rivera se llegó a mandar dos ambulancias especializadas, así como también en Artigas, en Bella Unión y se agregó en Salto. En Paysandú no se agregó porque el hospital ya tenía ambulancia con una buena capacidad; es decir, ya estaba la ambulancia especializada instaurada.

De esa manera, hemos puesto en todos nuestros hospitales ambulancias especializadas para realizar los traslados; para ello formamos equipos de médicos que se trasladan. De hecho, se demostró y se probó en el sistema que durante la pandemia no hemos tenido dificultades a nivel de traslado.

Lo mismo sucede con el servicio SAME 105 que solo estaba concentrado a nivel de Montevideo -el doctor José Antonio Rodríguez después lo explicará mejor- y ahora lo estamos distribuyendo a nivel del territorio nacional. En Montevideo hemos aumentado los móviles para trabajar y poder cubrir la demanda. Ahora, estamos en el departamento de Canelones -uno piensa en Rivera- porque estábamos teniendo una serie de problema con los traslados. Se instaló una base en Las Piedras que, aunque ya existía, realizaba traslado solo para el hospital y no tenía otra función. Instalamos una base completa con atención domiciliaria que cubre a La Paz, Las Piedras y Progreso hasta Villa Felicidad. Instalamos otra ambulancia especializada con base completa en San Bautista para el recorrido de la Ruta N° 6 y cubrimos a San Ramón, Castellanos, San Antonio, Santa Rosa y Paso de la Cadena; en este momento, ya está pronta la base de salida. La semana que viene se estaría inaugurando en Migueles. La zona de Migueles y de Montes no cuenta con ninguna ambulancia. Los pacientes de estas localidades se trasladan en la caja de una camioneta de la Policía cuando es una emergencia. Ahora estamos instalando la ambulancia en la base de salida con médico de emergencia, enfermero y chofer las veinticuatro horas, de SAME 105 en Montes. También en esta semana estamos instalando lo que es la base de Santa Lucía y la base en el Hospital de Canelones, también con el servicio SAME 105 para extenderlo. Ya fue inaugurada la base -y está funcionando con muy buenos resultados- de Juan Lacaze en el departamento de Colonia.

Por otra parte, estamos estudiando el trayecto del eje de la Ruta N° 1 y próximamente -porque ya están los recursos- contaremos con la base en Ciudad del Plata ya que hay baja densidad de ambulancias en esa zona.

Ya instalamos la base en Parque del Plata porque no existía. Había serias dificultades, sobre todo en verano, para el traslado y atención de pacientes en ruta. Además, en Paso Carrasco, Canelones, dentro de la propia policlínica, estamos

instalando la base con dos móviles, uno pediátrico y otro de adultos, y potenciamos la base de Ciudad de la Costa. Asimismo, tenemos la de la Capuera, antes de llegar a Maldonado que, como se sabe, antes no existía. Hace mucho tiempo, allí hubo un problema con una niña de dos años y se llegó, inclusive, a un corte de ruta. Entonces, ahí instalamos una unidad especializada de estas características.

Ahora, ya tenemos planificada, presupuestada y en vías de ejecución en un par de semanas -le hablo a los diputados de Rivera-, no creo que lleguemos a un mes, la instalación de SAME 105 para apoyar los traslados aéreos.

No obstante, hemos mejorado muchísimo los traslados comunes, que también son importantes, y Vichadero fue un ejemplo. Ahora venimos de Artigas de instalar en las policlínicas chicas. En Yacaré trasladaban a los pacientes a través de un vecino que tenía una buena Toyota. Esas cosas no pueden pasar. Instalamos el servicio en La Bolsa, departamento de Artigas: en eso estamos.

Otro tema que nos ha perjudicado un poco fue que el plan recambio no se llevó a cabo. Cuando ingresamos en la Administración nos encontramos con sesenta unidades que se dejaron pasar del plan recambio. Eso llevó a una auditoría y ahora estamos en proceso de sumario para que esto no vuelva a pasar.

Lo que sucedió con la niña fue ese problema aunque, desgraciadamente, por lo que uno ve, desde el punto de vista clínico, el resultado no hubiera cambiado; eso lo quiero decir como médico.

La segunda pregunta que se realizó, tenía que ver con el avión. Las características para poder trasladar a esta paciente requerían que se utilizara el Aviocar, porque venía en camilla, intubada, ventilada; todos quienes somos médicos, sabemos lo que eso significa y para los que no lo son, es como si se precisara abrir la puerta de una camioneta. En el resto de los aviones, cuando tienen puerta chica, uno no puede inclinar un paciente que viene intubado, ventilado para poder cargarlo. O sea, para poder actuar en forma efectiva la aeronave que se necesitaba era el Aviocar, que tuvo este inconveniente.

Respondiendo a una pregunta que realizó la diputada Lústemberg, el convenio de la Fuerza Aérea no se había firmado en el año 2017 y, de hecho, cuando ingresamos en la Administración nos encontramos con que no estaba actualizado y se le debe a la Fuerza Aérea Uruguay -estamos en proceso de pago- el combustible desde esa época hasta ahora. Quisiera destacar que el Ministerio de Defensa Nacional y la Fuerza Aérea Uruguay, a pesar de esto, siempre tienen disponibilidad. Hoy en día, el convenio ya pasó por todas las partes: ASSE, Unasev, Ministerio de Salud Pública y, actualmente, se encuentra en el Tribunal de Cuentas: queremos acelerar esto por un tema personal.

**SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).**- Quisiera hacer un pequeño aporte porque me tocó estar de los dos lados del mostrador y la ruralidad la conozco muy bien. A veces en los traslados, por más que uno tenga las ambulancias y el equipo, no tiene el camino, la ruta. Me ha tocado pasar en bote a una parturienta, en una localidad con un arroyo crecido, porque no había forma de sacarla de ahí: íbamos con la partera y tuve que hacer de ginecólogo y de marinero.

O sea que la ruralidad es muy compleja e, incluso, atendiendo en el interior profundo, como decía el doctor Cipriani, uno se encuentra con localidades que no tienen agua ni luz. Ahora estamos mucho mejor que antes porque estamos mejorando la conectividad. Ya hay localidades que antes no tenían conectividad y hoy la enfermera de ese lugar puede comunicarse y transmitir lo que sucede, y el que está del otro lado puede interpretar la gravedad del paciente o no.

A su vez, también me ha tocado coordinar algún traslado aéreo estando en la dirección del Hospital de Young, lo cual no es fácil.

En toda esta experiencia que estoy tratando de transmitir, hemos crecido como instituciones, tanto públicas como privadas, pero todavía nos falta en el desarrollo de esos traslados. Hoy en día se usan helicópteros, por ejemplo, en Young aterrizan helicópteros para traslados de pacientes críticos, graves.

En aquel momento, lo que sucedía me llevó a interiorizarme, por ejemplo, en el sistema de Portugal que tenía dos helicópteros, uno en una punta y el otro en la otra, y con esos dos helicópteros atendían todas las emergencias sanitarias, aparte de lo que había en las rutas; y muchas veces sin médicos, con paramédicos.

Personalmente, como médico, uno trata de hacer lo imposible para salvar la vida, tanto de un niño como de un adulto. Pero también hay que tener presente que lo que es complicado para un médico del interior es también muy complicado para un médico de Montevideo. El mismo diagnóstico, el mismo criterio y la misma problemática que tuvieron en Rivera iban a tener acá, en Montevideo. Por eso hay que ver con criterio médico si esa niña se hubiera salvado de haber llegado a Montevideo en tiempo y forma, dado que el caso era tan grave tanto para allá como para acá.

Era cuanto quería aportar a las palabras del doctor Cipriani.

**SEÑOR RODRÍGUEZ (José Antonio).**- Muchas gracias.

Buenas tardes a todos.

Vamos a centrar esta exposición en el tema de los traslados desde la óptica del hecho desgraciado que ocurrió con esta paciente. Por lo tanto, vamos a hacer una descripción de cómo funciona el sistema de traslados aéreos, en una primera instancia, y luego cómo funciona el sistema de traslados por vía terrestre, cómo se accede a él, cómo se coordina y cómo se controla.

En la Mesa Central de Operaciones de SAME 105, que se reestructuró por completo en el último año y medio, pasando a tener una capacidad de respuesta técnica de quince a noventa líneas digitales para el servicio del 105, y de diez líneas a sesenta digitales para la línea 1013, duplicando el número de operadores de la Mesa Central para ambas funciones y, en el área de coordinación de los traslados, segmentando la mesa central por región, igual que la distribución regional que tiene ASSE. Quiere decir que existen operadores de la mesa central que atienden las regiones sur, oeste, este y norte. Junto con eso, se implantó un sistema de telemedicina que atiende la masa de más o menos el 98 % de los llamados que ingresan en el día para recatálogos, dado que los casos código 1 -reales y auténticas emergencias- no exceden el 2 % diario. En este momento, por la línea 105 ingresa un impacto total, en 24 horas, de entre 4.800 y 5.000 llamadas: no todas, afortunadamente, son código 1.

Vamos a centrarnos ahora en el tema de los traslados. Cuando ingresa una solicitud de traslado, particularmente para una aeronave, puede entrar tanto por la línea del 105 como por la 1013. Los tiempos de respuesta son muy rápidos; se miden continuamente. Hoy por hoy, en la línea del 105, opción 1, tenemos tiempos de demora que no exceden los veinte, treinta segundos, y atiende un operador especializado en emergencia. La persona que solicita el traslado, generalmente un médico o alguien de enfermería del equipo que está asistiendo al paciente en ese momento, plantea la situación, explica la necesidad y, rápidamente, el operador lo deriva con el jefe médico coordinador de la Mesa Central de Operaciones; existe un jefe médico durante 24 horas al día, 365 días al año y, además, un equipo médico asistencial de apoyo de cuatro médicos durante

24 horas en la Mesa Central de Operaciones. Cuando se identifica que se trata de una solicitud de traslado aéreo, se recaban todos los datos del paciente, la situación clínica, y se pide, en la medida de lo posible, que se envíe por algún medio electrónico una copia de la historia clínica.

Inmediatamente, se ponen en comunicación con la coordinadora de la Fuerza Aérea, doctora María Hernández -la nombro específicamente porque es una única coordinadora que está veinticuatro horas, trescientos sesenta y cinco días al año; es una médica intensivista formada en traslado aéreo en Buenos Aires-, se le pasa la solicitud, los datos clínicos, y ella tiene que hacer una serie de valoraciones conjuntamente con el equipo de guardia del COA, Centro de Operaciones Aéreas de la Fuerza Aérea. En base a esos datos que se le proporcionan a la doctora Hernández, se valora la condición clínica del paciente, así como también el tipo de aeronave más apta para hacer el traslado y las condiciones de seguridad de vuelo -aspectos muy importantes- : condiciones meteorológicas y de la pista de aterrizaje del destino. En la historia de los traslados aéreos nos ha pasado encontrarnos con que un vuelo no se pudo realizar porque tenía que ser nocturno pero la pista de destino no contaba con luces para aterrizar. Si todo eso está en condiciones, la doctora Hernández da la autorización técnica aeronáutica de que el traslado es posible.

Realizado eso, se convoca al equipo especializado para traslados, y aquí quiero detenerme unos pocos segundos. En esto hemos hecho un cambio profundo, que se ha comentado mucho, y agradezco la oportunidad para presentarlo y aclararlo en este ámbito. Cuando nosotros iniciamos nuestra gestión, SAME 105 contaba con un equipo de traslado propio y a la orden que estaba integrado por médicos y enfermeros. El cuerpo médico, que integraba ese equipo aéreo, tenía documentación que lo avalaba para volar; en ese equipo teníamos hasta psicólogos de guardia. Nuestra intención fue formar un equipo de profesionales aptos para cada circunstancia que una enfermedad pudiera requerir. Por lo tanto, si se trata de un adulto, la idea es que vaya un médico emergencista o intensivista de adultos que pueda manejar al paciente ventilado, los parámetros hemodinámicos; si se trata de un paciente pediátrico, se envía a un pediatra, y si se trata de un neonato se envía a un neonatólogo. Yo no me sentiría muy tranquilo si mi hija de diez años tiene un accidente en la zona del norte y la traslada en un vuelo aéreo un profesional que sabe volar, pero que es psicólogo -por ejemplo-, y no tiene la capacidad habilitante para el manejo de un paciente grave. Esa fue nuestra línea de razonamiento al reinventar ese tema.

Ahí hicimos una reingeniería con un criterio totalmente técnico, pero dada la media de traslados que tenemos en un año que, como el doctor Cipriani dijo correctamente, es de dos por mes, aproximadamente, debimos obtener con mucho menos dinero un equipo más eficiente desde el punto de vista técnico. Una vez que se convoca al equipo que está de guardia y a la orden -el tiempo de estancia o de arribo desde la convocatoria hasta el aeropuerto de Carrasco, que es desde donde decola el avión de traslado sanitario, es muy breve: no llega a veinte minutos-, se cumplimenta un trámite administrativo con el COA, que requiere de los datos de todos quienes van a participar en el traslado. Si todo está en condiciones, se le transfiere el mando a la única persona que tiene la potestad total y absoluta de definir qué hacer de ahí en más: el comandante de la aeronave. Eso nos lo dijeron en cursos que hemos hecho y en comunicaciones que hemos mantenido y mantenemos en forma frecuente con el comando de la Fuerza Aérea. Personalmente, con nuestro equipo en SAME 105 hemos hecho evaluación de todas las aeronaves con capacidad para transporte, y ese es un tema crítico, es un tema "aerolegal", por decirlo de alguna manera.

Una vez que se está arriba del avión el que toma el mando sobre la misión es el comandante. Si todo va bien, simultáneamente se coordina con el centro hacia donde se dirige el paciente para que haya una ambulancia que lo esté esperando. La idea es que se transfiera de la cama de la unidad donde se encuentra a la ambulancia que hará el traslado hasta la aeronave y que, cuando el avión toque tierra, el tiempo de descarga sea el mínimo posible: el avión decola de nuevo y regresa a Carrasco que es el centro de referencia para los aviones. Al respecto hay que hacer algunas apreciaciones para tener en cuenta, de criterio meramente ilustrativo, sobre cuestiones que hemos aprendido en los diálogos con la gente de la Fuerza Aérea. No cualquier aeronave sirve para volar a toda parte del territorio uruguayo; tenemos la autonomía, la capacidad de vuelo nocturno; y dentro del vuelo nocturno hay normas que no permiten que algunas aeronaves vuelen de noche. El único avión que está habilitado para volar con facilidad de carga del paciente, que tiene potencia de 220 voltios para los equipos médicos que se trasladan, suministro de oxígeno, capacidad de anclaje de las camillas, fácil accesibilidad, fácil movilidad del equipo en torno de la camilla para trabajar con el paciente en caso de un incidente en vuelo, es el Aviocar.

Los helicópteros están dentro de otro capítulo totalmente distinto; las posibilidades de traslado son diferentes; y vamos a comentar algo sobre el problema de que no todo paciente puede ser pasible de un traslado aeromédico.

Normalmente se vuelve a Carrasco. Esto lo traje a colación porque algunas aeronaves pueden aterrizar en condiciones ideales fuera de Carrasco, pero el centro de referencia siempre es Carrasco: algún helicóptero podrá aterrizar en algún helipuerto habilitado y operativo. Entonces, una vez que el paciente llega a Carrasco, se coordina para que la ambulancia lo esté esperando y lo traslade hacia el centro de referencia previamente coordinado.

El traslado no se inicia si cada uno de los eslabones no está previamente acordado. El destino tiene que estar garantizado. No se podría hacer si el avión rápidamente carga, corre, viene pero la cama no está pronta. Todo tiene que estar pronto. Cuando esa cadena está garantizada, el traslado se pone en marcha.

En el episodio lamentable de Rivera, el avión sufrió un desperfecto técnico y el comandante decidió el retorno al aeropuerto de Carrasco.

**SEÑORA REPRESENTANTE LÚSTEMBERG (Cristina).**- ¿Hay un solo Aviocar?

**SEÑOR RODRÍGUEZ (José Antonio).**- Uno solo que está pronto para traslados sanitarios. Hay uno solo.

**SEÑORA REPRESENTANTE LÚSTEMBERG (Cristina).**- Bien.

**SEÑOR RODRÍGUEZ (Juan Antonio).**- En realidad, hay dos, pero hay uno que está pronto, operativo; al otro es preciso prepararlo. Con los helicópteros para lo mismo: como son multipropósito, se preparan para un traslado sanitario; no están a la orden para esa finalidad. Eso es lo que nos han transmitido siempre. Ese sería el ciclo de un traslado aéreo en condiciones ideales, que no tenga ningún evento adverso.

Ahora bien. Respecto de los pacientes, para ser trasladados por vía aérea, se hace un filtro. Como verán el proceso que acabo de relatar, es un trabajo de equipo, un trabajo coordinado entre la mesa central de operaciones, el médico coordinador, el médico del destino -del origen- y la coordinación de la Fuerza Aérea. La decisión se toma entre los cuatro. En nuestra mesa central tenemos la capacidad de enlazar a los cuatro por teleconferencia, de forma tal de que hablen del paciente en forma simultánea: acuerden

la posibilidad de traslado, el momento, la oportunidad, las condiciones, el destino, y recién ahí se gatilla el traslado aéreo.

Esto funciona con total éxito y tenemos la firme aspiración de que así siga siendo. La profesionalidad de la Fuerza Aérea, en ese sentido, no está en discusión; al contrario. La coordinación es muy buena. Lo que no quedó claro es que no tenemos la posibilidad, no existe la posibilidad, de sustituir rápidamente la aeronave que se rompe por otra que esté pronta.

En ese momento, y yendo a este mismo caso, se gatilló otro recurso que tenemos en el sistema nacional de traslados; es decir, si por vía aérea no era posible, en este caso o en otro, ahí se gatilla el traslado por vía terrestre. Con respecto a esta paciente en concreto, la trasladabilidad aérea podía ser dudosa, pero frente a un niño, frente a la posibilidad de salvarle la vida a un niño, uno se saca la duda al lado del paciente, no a 600 kilómetros de distancia. Por eso, la duda de la trasladabilidad, o de las condiciones en que estaba el paciente, en ningún momento fue motivo para decir "no se traslada por vía aérea"; al contrario, se va y se valora en el lugar.

En estos casos, el traslado por vía terrestre, por muy chica que la distancia sea, para hacerse rápido, se podía hacer hasta Salto, que es casi la mitad del trayecto hasta Montevideo. Otro centro de referencia es Tacuarembó, pero tampoco queda muy cerca para ir por tierra. El tema era llegar, porque tenemos una grilla de proveedores de traslado pediátrico -que está hace muchísimos años-, de distintos proveedores en cada zona, que cuando la capacidad de traslado se ve menoscabada, como en este caso, por estas condiciones, se trata de recurrir al proveedor que pueda brindar el servicio. En este caso, fue Salto.

Todas estas instancias que estoy relatando están grabadas; incluso, hemos elaborado un cronograma de cómo fueron los hechos. Cuando se pone en marcha el proceso, una unidad móvil de Salto, que tenía que hacer un traslado por tierra hasta Rivera, acepta el traslado, y debemos reconsiderar el destino del niño, porque hasta ese momento el destino más lógico que teníamos, o el que se podía haber coordinado, era Montevideo: estamos hablando de casi 500 kilómetros por tierra, lo cual implicaba un viaje de no menos de siete horas. Esto nunca se llegó a completar, y el resto de la historia, el desenlace de esta situación, ya la conocen.

Ahora sí, hablando un poco de cómo funciona el sistema nacional de traslados, lo hace de una manera muy similar a esto que acabamos de relatar a modo de ejemplo. Es decir, hay dos grandes maneras en las que un centro asistencial de ASSE puede resolver su necesidad de traslado, y siempre depende del tipo de traslado que se requiera: puede ser para un estudio, para una interconsulta, hacia otro centro asistencial donde se hace un procedimiento que el centro de origen no tiene; puede ser un traslado de un paciente crítico, víctima de un accidente de tránsito, de un evento coronario agudo, de cualquier circunstancia que ponga en riesgo real su vida. Hay un concepto muy importante que en el tema del traslado tenemos siempre presente: el traslado no se debe hacer porque el paciente se esté muriendo. Al paciente que tiene una afección grave hay que estabilizarlo en el lugar de los hechos o próximo al lugar de los hechos. Es decir, si hay una persona herida de bala, que está inestable en Rivera, es ilógico pensar en enviar un avión para ponerla seis horas después en un quirófano de Montevideo; seguramente vaya a fallecer. Ese es un concepto básico. Es decir, los traslados implican que el paciente esté estabilizado y con capacidad de soportar las condiciones del propio traslado, ya sea por tierra o por aire. En este concepto se habla mucho -y en SAME existía esa noción y hemos tratado de corregirla enfáticamente- de los traslados código 1. El traslado código 1

no es un traslado, es una asistencia; es una asistencia en clave 1, porque no existe el traslado en clave 1. Es una asistencia médica especializada de emergencia; así se llama.

Entonces, cada unidad de ASSE sufre la necesidad de traslado de diferentes maneras. Puede hacerlo con recursos propios, de manera que tenga una ambulancia con chofer para traslados sin médico. Los dos grandes grupos de traslado que existen son con médico y sin médico; no le vamos a llamar especializados: son con médico o sin médico. Los traslados sin médico atienden una cantidad enorme de necesidades, ya sea traslados para estudios, de tipo social, para diálisis -pueden ir con un enfermero o con un camillero; la gran mayoría de las veces se hace con un camillero-, y los traslados con médico atienden a todo aquel paciente que puede requerir acción médica durante el propio traslado. En general, son pacientes que vienen de áreas del centro hospitalario, ya sea cirugía, CTI, complicación de los centros de diálisis, y otras que requieran vigilancia médica continua durante el proceso. Para los traslados aéreos ocurre lo mismo. Hay traslados en los cuales no se requiere presencia médica.

La solución que toma cada centro es diferente. Hay centros que tienen su ambulancia, con su personal, y lo resuelven con cualquiera de los dos tipos de traslado: con médico o sin médico. Hay otros que no los tienen, pero cuentan con convenios con empresas locales para cualquiera de los dos tipos de traslados. SAME es uno de los principales proveedores de asistencia y de traslado para ASSE.

Hoy por hoy, como decía el doctor Cipriani, SAME está en un proceso de expansión y de alcance nacional, intentando implantar lo que llamamos la logística SAME en este modelo de asistencia.

¿Cuál es la logística SAME? SAME cuenta con dos tipos de servicios de traslado: con médico y sin médico. El traslado con médico es con plenas capacidades para trasladar pacientes graves o pacientes estables no graves que requieran control médico. También hay estructuras para traslados de tipo social, sin médico.

Ese modelo lo estamos implantando en cada una de las bases que en este momento estamos operativizando en el territorio uruguayo. Ya tenemos base en Bella Unión -empezamos por el extremo más norte-, en Juan Lacaze -en el eje de la Ruta N° 1-, en La Capuera, en Maldonado, y en San Bautista. Además, hay once bases en el área metropolitana: en el Cerro, en el Saint Bois, en Las Piedras, en Malinas, en Piedras Blancas, en el CHPR, en el Maciel, en Villa Española y en la Costa de Oro. Próximamente, tendremos en Monterrey, en Ciudad del Plata, en Canelones, en Santa Lucía, en Migueles y en Rivera, a donde viajaremos la semana que viene.

Entonces, ¿cuál es la idea? Es armar una red con estructuras móviles pluripotenciales que tengan la capacidad de asistir situaciones de emergencia y urgencia, que apoyen a los centros hospitalarios -en caso de que sea necesario- en situaciones de emergencia y urgencia, y que, a su vez, puedan hacer el traslado entre el lugar donde se reanima y se estabiliza a la persona -estamos hablando de pacientes graves- y la aeronave que la va a trasladar, cuando sea necesario.

Ese es el plan que tenemos. El enorme desafío es integrar el SAME a nuestra grilla de proveedores particulares, que tiene un pequeño gran defecto que nos mostró la pandemia; esta es una de las muchas enseñanzas que nos dejó. Los convenios andan bárbaro, pero a la hora de la verdad son como aquello de que "Si no lloviera, te prestaba el paraguas". Esto es igual: los convenios anduvieron fantásticamente hasta que empezamos a pedir traslados de apoyo. En ese momento, las respuestas fueron: "No puedo" y "No tengo", una y otra vez. Los "No tengo" y "No puedo" nos enseñaron que esta tarea la teníamos que hacer nosotros mismos.

En ese camino estamos. Como decía, la grilla de proveedores privados que nos asistió en algún momento funcionalmente no nos sirvió porque tuvo ese defecto de "No puedo", "Lo hago cuando yo pueda", "Tengo la ambulancia en Montevideo; cuando vuelva, te la envío" o "Sí te puedo cubrir Artigas, pero te la cubro desde una base que tengo en Rivera".

**SEÑORA PRESIDENTA.-** ¿Me permite?

Lo interrumpo, doctor Rodríguez -discúlpeme-, porque quedan preguntas pendientes respecto a la situación de la niña y ya llegaron las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

Además, las diputadas Reisch y Lústemberg y el diputado Martín Sodano solicitaron la palabra.

Reitero: quedaron pendientes varias preguntas respecto de la situación de la niña y ya llegaron las autoridades del Ministerio. Resulta muy ilustrativa su exposición -la analizaremos-, pero no entramos en las respuestas.

**SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).-** Debido a que las autoridades fueron claras en la exposición y manifestaron que se está investigando, creo que en todo lo concerniente a las preguntas con respecto a la situación de la niña sería oportuno esperar a que se termine ese proceso. Además, si quieren, nos podrían informar por escrito.

Lo cierto es que estamos haciendo esperar al ministro. Por tanto, propongo esperar la finalización del proceso administrativo.

No quiero que termine la reunión sin antes felicitarlos una vez más y agradecerles por el excelente trabajo que están haciendo. Felicito a Cipriani y, en su nombre, a todo el equipo. Valoro enormemente cómo están mejorando la situación sanitaria de los ciudadanos. También valoro enormemente que vayan en persona a reunirse con los usuarios de ASSE en los rincones más recónditos de nuestro país. En lo personal, acompañé al presidente en Colonia, en una recorrida por policlínicas en balnearios como Fomento y Santa Ana, donde por primera vez recibieron a una autoridad de la Salud. Allí, por primera vez se escuchó a los usuarios y a las comisiones de apoyo, que tanto trabajan para mejorar la asistencia. Es decir que esta es la primera vez que se ponen a trabajar para mejorar la atención de quienes residimos -porque yo también vivo ahí- en lugares en los que, muchas veces, nos sentimos abandonados y olvidados.

Por tanto, propongo que para responder las preguntas relativas al caso de la niña se espere a que se termine el proceso de investigación y luego, nos informen por escrito.

A su vez, reitero que los felicito por su trabajo. Sin duda, lo que nos pasa a nosotros les sucede a todos esos pobladores que viven en lugares en los que, ante una emergencia, tenían que salir en la caja de una camioneta. Muchas veces, esas personas se sentían ciudadanos de segunda categoría.

Así que les agradezco el esfuerzo y la optimización clara de los recursos que están haciendo, porque con la misma plata -como en los traslados aéreos- se están consiguiendo mejores resultados. También destaco las inversiones que se están haciendo, que son considerables.

Valoramos todos estos aspectos. Lo cierto es que nos sentimos más seguros en lo que es la calidad de nuestra salud.

Muchas gracias.

**SEÑORA REPRESENTANTE LÚSTEMBERG (Cristina).**- Quiero hacer una puntualización.

Coincido en que todo lo que sea para mejorar la atención de los usuarios del sistema de salud, particularmente de ASSE, es bienvenido.

Señalo al doctor Rodríguez que si yo analizo el convenio -trabajé bastante; entiendo lo que ustedes decían y lo podemos rever después, fuera de los ámbitos-, eran bien claras las funciones de cada una de las instituciones: qué rol tenía la Fuerza Aérea, qué rol tenía ASSE, qué rol tenía el Ministerio de Salud Pública, quién pagaba el combustible. Me refiero a aspectos que sabemos que en la Administración Pública, cuando uno hace convenios interinstitucionales, tienen su complejidad.

Me alegra que todo mejore. Cuando uno gobierna y le pide el voto a la ciudadanía, es para hacerse cargo de los problemas que hay para resolver.

Además, me parece adecuado que trabajemos los temas no siempre mirando para atrás; inclusive, lo que se mejoró permitió que hoy estemos mejor. El día que trabajemos así, es el día en que el país va a mejorar y resolver los temas estructurales, que no se solucionan de un día para otro y tampoco, de forma no sería, por decirlo de alguna manera. Me gusta cuando se trabaja identificando los problemas y se resuelven.

Yo tengo una duda. Cuando se vendió el avión presidencial, ¿se sustituyó por los dos aviones Aviocar para hacer los traslados aéreos en la Fuerza Aérea? Quisiera saberlo, porque es algo que se trasmite.

También quisiera que se aclarara si esos dos aviones hoy forman parte de los recursos que tiene la Fuerza Aérea cuando está indicado el traslado. Yo conozco todo el proceso, todo el relato. Tengo clarísimo cómo funciona y cómo se hace, por mi profesión; no sé de otras cosas, pero esto lo tengo claro. Entonces, quisiera saber si hoy están disponibles dos aviones dentro de la Fuerza Aérea. Ante una situación de emergencia como la que sucedió, ¿cómo se pueden habilitar para que se pase de uno a otro?

Me tocó trabajar en traslados donde el equipo médico iba hacia el lugar. Quisiera saber si también está activado ese mecanismo, sobre todo, en atenciones puntuales.

Reitero: quisiera que se aclare ese punto. Luego de la venta del avión presidencial -termino porque está el ministro esperando y entiendo que este tema da para hablar, pero creo que esto debe quedar sentado-, ¿qué disponibilidad de aviones tiene hoy la Fuerza Aérea para realizar un traslado aéreo cuando esté indicado -en las condiciones en que esté indicado; sé que el paciente debe estar estabilizado- y cuánto tiempo tiene para habilitar de un avión a otro?

**SEÑORA PRESIDENTA.**- Como las autoridades del Ministerio de Salud Pública están esperando, les sugiero al señor diputado Martín Sodano y a la señora diputada Nazmi Camargo Bulmini que hagan uso de la palabra con celeridad para optimizar el tiempo. Luego, estaríamos cerrando esta ronda de preguntas

**SEÑOR REPRESENTANTE SODANO (Martín).**- Antes que nada, quiero agradecer a usted, señora presidenta, y a la Comisión por permitirme participar.

Además, doy la bienvenida al Directorio de ASSE y a la delegación que lo acompaña.

Quiero hacer dos preguntas. La primera tiene que ver con lo planteado por la señora diputada preopinante, es decir, con el avión multipropósito, que se vendió hace un año. Me gustaría saber si ese avión podría haber sido la solución. Si no se hubiera vendido,

¿hoy estaríamos hablando de estas otras herramientas aéreas que existen? Esto sería algo para evaluar.

Por otro lado, consulto si hay información -no es necesario que me la den ahora, sino que me pueden responder por escrito- sobre la coordinación de las ambulancias para este caso. La verdad es que esto sigue preocupando y es de suma sensibilidad para nosotros y para toda la sociedad.

**SEÑORA REPRESENTANTE CAMARGO BULMINI (Nazmi).**- También agradezco que nos permitan participar en esta reunión aunque no integremos la Comisión, y le doy la bienvenida a la delegación.

Lo mío, más que una consulta es, en realidad, un pedido. Quiero pedir que en el norte, que está tan apartado de los centros de atención de salud -como bien dijeron y reconocieron acá-, se refuerce todo lo relativo a la atención pediátrica. Sería bueno tener un centro regional de referencia en pediatría en esa zona, sobre todo, porque ya hemos visto todos los inconvenientes que se generan cuando hay que hacer un traslado. Espero que en un futuro próximo podamos tenerlo. Como comentaba hace unos días, la población lo que más quería era un CTI neonatal. Nosotros no tenemos inconveniente en recibir lo que le parezca mejor a ASSE, según la demanda que tenemos en el norte. Ustedes, más que nadie conocen la situación y saben qué se puede mejorar.

Por otra parte, celebro la noticia de la instalación del SAME en Rivera. Sin duda, va a sumar para solucionar toda la problemática que tenemos.

**SEÑORA PRESIDENTA.**- Quedan pendientes varias preguntas.

**SEÑOR CIPRIANI (Leonardo).**- No; las respondimos todas.

**SEÑORA PRESIDENTA.**- Me refiero a que quedan pendientes las vinculadas con la Comisión de Seguridad del Paciente, que se hicieron al inicio.

**SEÑOR CIPRIANI (Leonardo).**- Ya las respondo.

**SEÑORA PRESIDENTA.**- También hay otras inquietudes formuladas por la señora diputada Lústemberg y por el señor diputado Sodano.

Por otra parte, se hicieron algunas consideraciones que tienen que ver con lo que sucede en el Hospital de Rivera. Tuve la oportunidad de estar ahí y encontré funcionarios muy angustiados y usuarios que plantearon distintas situaciones. Además, corresponde decir que en estos últimos días han tomado estado público las entrevistas al director del Hospital sobre algunos conceptos referidos al tema.

Lo cierto es que las autoridades del Ministerio de Salud Pública están esperando. Si el señor Cipriani quiere responder, por lo menos, la pregunta del avión, puede hacerlo. En cuanto a las otras preguntas, le pedimos el compromiso de que su respuesta llegue por escrito. Lo mismo digo con respecto a la investigación. No entramos en detalles vinculados a la investigación administrativa en el entendido de que cuando esté culminada, las autoridades la remitirán a esta Comisión y se tratará con la seriedad que corresponde.

**SEÑOR CIPRIANI (Leonardo).**- Voy a responder rápidamente lo referido a los comités de mortalidad. Debo decir que se están llevando a cabo y los lidera nuestra gerencia asistencial de ASSE, tal como lo ha hecho siempre; es decir que sigue funcionando de la misma manera.

Lo mismo pasa con los estudios de la Comisión de Seguridad del Paciente ante los casos de mortalidad; lo confirmé en este momento con nuestra Gerencia Asistencial. La doctora Gabriela Medina me confirma que se sigue trabajando de la misma manera con el

Ministerio de Salud Pública y que nuestras Cosepa siguen trabajando en cada caso de este estilo.

Cada vez que ocurre un caso de estos, más allá de lo que realiza el Directorio y de lo que hace cada hospital en forma independiente, ASSE central lleva adelante investigaciones administrativas -como informamos- para tener mayor seguridad y certeza. Esta es la respuesta a la pregunta que nos quedaba pendiente.

En cuanto al avión multipropósito -al avión presidencial del que se habló-, señalo que no tenía las características necesarias como para trasladar a esta paciente. Como dijimos hoy, los aviones sanitarios deben tener una accesibilidad muy particular que permita realizar la tarea. De hecho, otro avión de la Fuerza Aérea -aclaro que no soy especialista en aviones- que no sea Aviocar no sirve para trasladar este tipo de pacientes, que están intubados e inestables.

El avión multipropósito -el avión presidencial que existía antes- realizó doce vuelos sanitarios de pacientes que, en realidad, tenían características muy distintas. Así que no servía para esto. Esto hay que dejarlo claro.

En cuánto a qué disposición tiene o no la Fuerza Aérea Uruguay, nosotros no podemos responder; me refiero a las características de los aviones. Sí podemos remarcar lo que sucedió el fin de semana anterior con relación a un paciente de cuarenta y cuatro años procedente de Maldonado, con aneurisma de aorta en sufrimiento y al punto de ruptura. El SAME 105 realizó la coordinación, levantó al paciente del hospital y lo trasladó hasta la base de la Armada en Laguna del Sauce, donde lo esperaba un helicóptero. El paciente aterrizó en Montevideo. Es decir que fue resuelto en el Hospital de Clínicas un aneurisma de aorta; todos los que somos médicos sabemos lo que eso implica. O sea que el sistema lo estamos llevando adelante.

Para terminar quiero decir un simple concepto: de 0,2 traslados por hora que realizaba el SAME 105, hoy en día hace 1,75. Es decir que aumentamos ocho veces la producción del SAME.

**SEÑORA REPRESENTANTE LÚSTEMBERG (Cristina).**- ¿Me permite?

**SEÑORA PRESIDENTA.**- Señora diputada Lústemberg: le pido que sea muy breve, ya que el ministro de Salud Pública y el señor subsecretario están esperando.

**SEÑORA REPRESENTANTE LÚSTEMBERG (Cristina).**- No voy a hacer más preguntas. Simplemente, me voy a referir a lo escrito.

Además, me pongo a la orden para trabajar en lo acumulado hacia un sistema nacional de transporte público o privado, que dé respuesta a los traslados aéreos y terrestres.

Quiero aclarar que tengo conocimiento -capaz que estoy equivocada- de que con el convenio anterior se realizaron ciento cincuenta traslados aéreos. Quizás, doce se hicieron con el avión multipropósito y el resto, con el equipamiento que tiene la Fuerza Aérea. No quiero que esto quede dicho en forma anecdótica. Voy a informarme sobre la licenciada en psicología. Había equipos médicos formados, que eran competentes.

Lo cierto es que se realizaron ciento cincuenta traslados. Tengo acá muchos de ellos documentados con nombre y apellido, que se realizaron a partir de la puesta en marcha del convenio

Digo esto para que siempre demos la información fidedigna de lo que se hizo bien, de lo que falta corregir y de lo que se proyecta. No fueron solamente doce traslados.

Quizás, fueron doce con el avión multipropósito, pero, en total, se hicieron ciento cincuenta con el convenio vigente con la Fuerza Aérea.

**SEÑORA PRESIDENTA.-** La Secretaría de la Comisión les va a acercar, como ayuda memoria, los puntos pendientes: el informe de la Cosepa, la investigación administrativa y algunas preguntas que quedaron a la espera de respuesta.

Les agradecemos su presencia.

(Se retira de sala la delegación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, ASSE)

—La Mesa informa que se integran a la Comisión la señora senadora Sandra Lazo, las señoras diputadas Nazmi Camargo, Soledad Rodríguez y Margarita Libschitz, y el señor diputado Martín Sodano, a quienes damos la bienvenida.

(Ingresa a sala una delegación del Ministerio de Salud Pública)

—La Comisión tiene el gusto de recibir a una delegación del Ministerio de Salud Pública integrada por el ministro, doctor Daniel Salinas; el subsecretario, licenciado José Luis Satdjian; el director general de la Junta Nacional de Salud, contador Alberto Yagoda; la directora de la División de Servicios de Salud, doctora Nuria Santana; la responsable del área técnica y financiero contable de Casa de Galicia e interventora, contadora Alicia Rossi -es un gusto conocerla- ; el director de la División Servicios Jurídicos, doctor Martín Thomasset y el secretario del ministro, señor Carlos Ruiz.

Les agradecemos su presencia y también, les pedimos disculpas por el poco tiempo que tenemos, ya que en un rato comienza la sesión de la Cámara.

Informo a nuestros invitados que tenemos una Comisión ampliada: también están presentes la senadora Lazo, otros diputados y otras diputadas. Nos pareció que esta era una buena oportunidad para optimizar los tiempos, entre otras cosas, porque el seguimiento de este asunto ha sido bicameral.

Los hemos invitado para hacer una puesta en común del proceso de implementación de la Ley N° 20.022 -aprobada en febrero de este año-, relativa a los afiliados de Casa de Galicia.

A su vez, queremos poner en conocimiento algunas dificultades y las preguntas de los distintos legisladores respecto de esta problemática y la situación de los usuarios, de los trabajadores médicos y no médicos y de la propia casa sanatorial.

Si les parece, y a los efectos de optimizar los tiempos, comenzamos por las preguntas.

(Diálogos)

—Entonces, voy a hacer algunos planteos.

Ya se hizo pública la asignación de los usuarios. En este sentido, nos han llegado reiterados planteos respecto a que algunos prestadores les piden a los usuarios, dependiendo de la edad -supongo que a ustedes también se lo han planteado; vimos algo en la prensa en el día de hoy-, declaraciones juradas y exámenes de admisión. En algunos casos, eso implica costos.

La Ley es clara: abarca tanto a socios Fonasa como a particulares, que están en una situación especial. Por lo tanto, eso no debería suceder.

Creemos que es importante contar con la valoración del Ministerio sobre este asunto y saber qué ha podido resolver.

También hay inconvenientes con los tiempos que estaban establecidos para los cambios, sobre todo, en aquellos núcleos familiares que quedaron separados. Nos gustaría saber cómo se vienen resolviendo esos problemas logísticos que surgen de la implementación de la Ley.

Con respecto a los trabajadores médicos y no médicos, sabemos que ya hay instancias de negociación. También se nos ha transmitido -creo que todos hemos visto los comunicados públicos de las organizaciones de segundo grado- que hay cierta lentitud en la definición de algunos procedimientos. Esto afectaría, además, a los usuarios, sobre todo, porque algunos trabajadores de la mutualista podrían ser asignados a prestadores diferentes. Quisiéramos saber cómo se va a procesar esto.

Asimismo, nos preguntamos cuál es la proporcionalidad. Este asunto fue parte del debate, así como tratar de garantizar, efectivamente, las fuentes de trabajo. Nos gustaría que nos dijeran cómo se está resolviendo esto.

Por último, en cuanto a la situación de asistencia, en más de una oportunidad se planteó que mientras este proceso se transite, ASSE garantizará la cobertura y la calidad asistencial en Casa de Galicia.

En ese sentido, más allá de que se nos ha dicho que esto no es oficial, lo cierto es que sigue haciendo un ruido muy importante el hecho de que algunos servicios podrían estar disminuyendo o cerrando al 31 de marzo, sobre la emergencia. Por esta razón, queremos primero trasladar la preocupación y el planteo concreto y después, obviamente, haremos alguna valoración si correspondiera.

Nos parece que eso es muy importante para dar certeza a los usuarios y además por lo que significa Casa de Galicia. Respecto a este punto, importa saber también cómo sería atendido, porque en la medida en que ya fueron asignados, estamos hablando de una cápita que va a un prestador. Existe la necesidad de garantizar también la asistencia en Casa de Galicia por medio de ASSE, porque fue el compromiso del gobierno. Queremos, por lo menos, saber cómo se va a resolver.

**SEÑORA REPRESENTANTE LÚSTEMBERG (Cristina).**- Agradezco a la delegación; al ministro, al subsecretario, a quienes vienen en representación del Ministerio de Salud Pública; personas que conozco por cuya trayectoria tengo un particular reconocimiento.

Voy a administrar la intervención porque tenemos acotado el tiempo y es importante que las preguntas que motivaron la convocatoria queden resueltas para poder dar explicaciones a la ciudadanía.

Además de las preguntas que hizo la diputada Etcheverry, tengo una duda que quizás ya se aclaró, pero no lo vi en los medios de prensa. ¿Por qué no se han publicado aún el criterio y la distribución exacta para los trabajadores médicos y no médicos entre los prestadores establecidos?

Por otro lado, si la institución va a cerrar el 31 de marzo, ¿cómo va a ser el manejo -sé que hay cerca de cien- de los pacientes internados? ¿Qué personal médico y no médico va a prestar la asistencia? ¿Quién va a gestionar desde el punto de vista administrativo y qué servicios van a seguir funcionando?

Sé que los IMAE, tanto el centro cardiológico como el electrofisiológico, van a seguir funcionando, ¿qué trabajadores van a quedar anexados a estos servicios y hasta cuándo?

Sé que Casa de Galicia está integrada a través del Plan de Residencias Médicas y tiene aproximadamente catorce residentes. Sé que seis van a quedar vinculados a un IMAE y los otros a una propuesta que les hizo el Hospital de Clínicas, sin remuneración acorde al trabajo.

Lo otro que quiero saber es si el cierre de la puerta de emergencias ya está claro. Ustedes saben que es un lugar en la zona oeste al que espontáneamente van pacientes -por la zona geográfica y por la ley de urgencia y emergencia- de diferentes lugares.

La última pregunta es si está medido el impacto que tiene el cierre del CTI en un sanatorio que tenía veinte camas y se ha extendido a muchas más en el marco de la pandemia.

Muchas gracias.

**SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.-** Voy a hacer un racconto histórico de los hechos destacados.

En primer lugar, el 15 de octubre de 2021 se realiza una solicitud de declaración concursal del entonces presidente de Casa de Galicia, el señor Alberto Iglesias, que se presentó ante el Poder Judicial solicitando voluntariamente la declaración de concurso de la institución, alegando estar impedido de cumplir con los compromisos patrimoniales asumidos. Esta causa se tramita ante el Juzgado Letrado de Concursos de 1º Turno, en autos caratulado "Concurso Ley N° 18.387", y tiene un número.

En segundo término, el 26 de octubre se decreta por parte del Poder Ejecutivo la intervención administrativa que dispuso, por el plazo de hasta un año, el desplazamiento de sus autoridades naturales, designando una comisión interventora integrada por la contadora Alicia Rossi y la doctora Nuria Santana, ambas de vasta trayectoria.

Como tercer punto, se hizo una declaración judicial de concurso y cese de la intervención administrativa por sentencia interlocutoria N° 2539/2021, de 18 de noviembre de 2021, ante el Juzgado Letrado de Concursos, que suspendió la legitimación para disponer y obligar a la masa del concurso designando como síndico a Lideco, a la vez que determinó el cese de la intervención administrativa por parte del Ministerio de Salud Pública.

Cuarto punto: dando cumplimiento al dictamen del señor juez, por resolución del Poder Ejecutivo de fecha 30 de noviembre de 2021, se resolvió dejar sin efecto dicha intervención en cumplimiento del fallo.

Quinto punto relevante: a fines de noviembre de 2021, se presenta denuncia penal por parte del Ministerio de Salud Pública contra las autoridades de Casa de Galicia por un cúmulo de hechos de apariencia delictiva.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

—Sexto punto relevante: se hace una declaración judicial del cese de actividades el 23 de diciembre, un día que recordamos muy bien. Concluyó el juez que existía un altísimo riesgo -en sus propias palabras- de incumplimiento de la asistencia básica a los usuarios de Casa de Galicia, decretando su cese inmediato a excepción de los IMAE y aclarando, por sentencia interlocutoria, que el cese de actividades abarcaba, además, la atención ambulatoria, debiendo la sindicatura coordinar con el Ministerio de Salud Pública la atención de los pacientes internados, así como su derivación a otros centros de salud. Por tanto, la gestión sanatorial pasó a estar a cargo del Ministerio de Salud Pública en un trabajo de responsabilidad conjunta con el Poder Judicial, la sindicatura y ASSE.

Con fecha 27 de diciembre, se impugna la declaración judicial del cese de actividades por parte de la doctora Lucía Curbelo, alegando representar a Casa de Galicia en un recurso jurisdiccional que no ha sido resuelto hasta la fecha. Es de destacar que el Ministerio de Salud Pública no la reconoce como legítima representante en la medida en que su poder fue revocado por la sindicatura, además de estar desvinculada de la institución.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

—Octavo hito: acuerdo para la prestación provisoria de salud en cumplimiento de lo dispuesto el 23 de diciembre con fecha 31 de diciembre. Se hace un acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública, la sindicatura y ASSE sobre los términos y el alcance de la prestación sanatorial y se le comunica a la sede judicial, que el 3 de enero de 2022 tomó conocimiento. Noveno elemento: el 29 de enero cesó la vigencia del certificado que el Banco de Previsión Social emite en las situaciones irregulares de pago. Esto, como se verá, tuvo consecuencias, como por ejemplo que el prestador de salud pasó a estar impedido de realizar cualesquiera de los actos previstos en los artículos 663 y 664 de la Ley N° 16.170 no pudiendo, por tanto, percibir cobros del seguro nacional de salud, así como tampoco obtener créditos de instituciones públicas o privadas. De esta forma, el prestador se quedó sin financiamiento.

El 8 de febrero de 2022 -hito número 10-, el Parlamento nacional aprobó la Ley N° 20.022, que faculta al Poder Ejecutivo a movilizar a los usuarios de Casa de Galicia, habilita la apertura de la liquidación de la institución y asegura el destino sanatorial del principal bien inmueble, procurando asegurar fuentes laborales y profesionales. Destacamos que se trató de una solución de consenso de todo el sistema político, habiendo sido votada por los legisladores de casi todos los partidos; solo tres legisladores, de ambas Cámaras, se opusieron.

Hito número 11: el 16 de febrero de 2022, desde el órgano Junasa se decide, a consecuencia de la grave situación ya no solo asistencial, sino económica, y por carecer de capital que le permita cumplir con sus obligaciones asistenciales, declarar rescindido el contrato de gestión suscrito con Casa de Galicia. De esta forma, Casa de Galicia quedó por fuera del elenco de prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud. Es de destacar que esto se aprobó con una abstención y que el resto fueron votos afirmativos de todos los integrantes de la Junasa.

Con fecha 17 de febrero de 2022, los tres administradores privados de los IMAE solicitaron al Ministerio de Salud Pública que les fuera conferida en forma directa la autorización de dichas instituciones. Luego de oír a la sindicatura, la Dirección de División de Servicios Jurídicos se expidió sugiriendo rechazar lo solicitado.

El 23 de febrero de 2022 se promulgó el decreto reglamentario N° 63/022, a través del cual el Poder Ejecutivo reglamentó la Ley N° 20.022, y se eligieron en forma concreta los prestadores destinatarios de afiliados -vamos a dar respuesta a preguntas que se hicieron- observando los criterios previstos en la mencionada ley. A partir de allí, comenzaron a movilizarse los usuarios, trámite en conjunto con prestadores y BPS.

Punto 14: por sentencia interlocutoria N° 305/2022, de 24 de febrero, el juzgado actuante resolvió decretar la liquidación y disolución de Casa de Galicia.

Punto 15 de relevancia: se presenta un decreto de inconstitucionalidad, con fecha 24 de febrero, así como una medida cautelar, y ambos escritos fueron contestados en tiempo y forma por la Dirección de la División de Servicios Jurídicos.

Punto 16: corresponde, a los treinta días, dictar un nuevo decreto que haga efectiva la movilidad de los trabajadores y profesionales en los términos previstos en la ley y su decreto reglamentario. Esto en cuanto a los jalones histórico- jurídicos.

Desde el punto de vista financiero -está la contadora Rossi aquí-, destacamos que desde que el presidente de la institución se presentó a concurso voluntario debido a la insolvencia, la situación ha continuado siendo deficitaria hasta hoy, lo cual es consecuencia de varios factores: las cápitás Fonasa, de las que solo ingresaba a la institución hasta febrero de 2022 lo correspondiente al pago de sueldos a través del fideicomiso existente -su saldo se encontraba cedido a terceros en prácticamente su totalidad, parte de la recaudación de las cuotas de los socios y de la cobranza de tiques y órdenes, también- ; la venta de servicios de los IMAE que pertenecen a Casa de Galicia, por la que tampoco se perciben ingresos debido a que se encuentran cedidos a terceros; la venta de servicios a través de convenios, acuerdos o contratos con otros prestadores, de los que en su mayoría no se perciben ingresos por estar cedidos a terceros; contratos de venta de servicios deficitarios para la mutualista que a pesar de seguirse cobrando no cubren los costos del servicio prestado; nula gestión de la cartera de deudores comerciales y contratos de compra de servicio a valores superiores o muy superiores a los del mercado.

Segundo punto importante: alto grado de endeudamiento comercial y financiero documentado por una millonaria emisión de cheques en pesos y dólares -no se contaba con los fondos necesarios para cubrirlos- ; cesiones de créditos que en muchos casos tenían una segunda garantía; contratos de préstamos financieros renovados una y otra vez por montos que incluían intereses del anterior, y así sucesivamente; hipotecas sobre la mayoría de los inmuebles y prendas sobre los bienes muebles; acreedores con doble garantía sobre sus préstamos, y endeudamiento de la institución que corresponde a acreedores financieros.

La situación financiera hoy -luego de que describí que prácticamente Casa de Galicia no percibe ingresos por ningún concepto- indica que el 29 de enero cayó el certificado del BPS y, por lo tanto, también el cobro a través del SIIF, que tenía algunos pequeños servicios vendidos a otros prestadores que no estaban cedidos, y se consolidó al día de ayer una deuda con el BPS por aportes y por convenios a corto y mediano plazo que totaliza \$ 443.000.000, cifra aproximada, al tipo de cambio de hoy, a los US\$ 10.000.000.

Por supuesto que es necesario relatar que el pago por abastecimiento y funcionamiento ha sufrido diversos cambios; tan es así que se tienen que invertir los procedimientos porque los proveedores y demás quieren cobrar por adelantado antes de dar sus servicios. En este sentido hablamos de industria farmacéutica, insumos hospitalarios, insumos generales, diagnósticos, tratamientos médicos, internaciones psiquiátricas; piden pago adelantado con transferencia bancaria documentada y, una vez recibido el comprobante, se da el tratamiento. Debido a esta exigencia, se reiteran a diario los casos.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

—El 31 de diciembre, ASSE asume el compromiso con el Ministerio y la sindicatura, y a partir de allí pasa a financiar las compras de medicamentos, insumos hospitalarios, insumos generales, técnicas y procedimientos médicos especializados, laboratorio de análisis clínicos contratados, oxígeno, anatomía patológica, enfermería a domicilio, alimentación, vehículos para médicos de radio, cuidados paliativos, traslado de pacientes, recolección de residuos hospitalarios, *call center*, mensajería de Whatsapp, reparación de equipos médicos, mantenimiento imprescindible de la planta física. Estas

compras se realizan, en su mayoría, desde Casa de Galicia y son atendidas con un fondo rotatorio que ASSE habilitó para pagos con transferencia bancaria -como ya se describió- o a través del SIIF, para las de montos más importantes. También existen compras desde el nivel central de ASSE para aquellos insumos que tiene licitados.

Por lo tanto, hay una asistencia financiera mensual de ASSE a Casa de Galicia que está en el entorno de los \$ 41.000.000, es decir aproximadamente US\$ 950.000 por mes. Casa de Galicia asume los pagos de todos los componentes salariales y otros, en la medida de sus posibilidades financieras, como salarios, honorarios de técnicos, no técnicos, salarios vacacionales, liquidaciones por egreso, acuerdos transaccionales, retenciones sobre sueldos y servicio fúnebre.

Existen deudas con el personal que forman parte de la masa concursal; y en lo posconcurzal, los salarios y honorarios se mantienen al día. Se adeuda el salario vacacional de médicos correspondiente a febrero y lo que va de marzo de 2022, y de no médicos correspondiente a los días de marzo de 2022. Se abonan con prioridad las retenciones correspondientes a garantías de alquileres, Banco Hipotecario, Fondo Nacional de Vivienda y Chasefu, Comisión Honoraria Administradora del Seguro de Enfermedad de los Funcionarios de Casa de Galicia. Se pagan las liquidaciones de egreso a medida que se cuenta con fondos, aunque hay conceptos y reclamos a diario para su pago. Está pendiente el incremento salarial del 2,9% de enero, febrero y marzo, que los síndicos estiman que se va a liquidar en forma retroactiva al momento de hacer las liquidaciones correspondientes. Esto en cuanto al aspecto financiero.

En cuanto al aspecto sanitario en lo asistencial, se ha revisado una planificación minuciosa para la adecuada transición de los usuarios anteriormente comprendidos en el padrón de Casa de Galicia y designados al prestador, permitiendo su inserción en el esquema de asistencia global.

Con la premisa de mantener funcionando los IMAE, se ha realizado una planificación que contempla el mantenimiento de los servicios de apoyo necesarios para que cumplan con los procesos en forma adecuada y bajo la normativa vigente en materia de servicios de salud. Se dispuso a futuro el cierre de los servicios que no son necesarios para el funcionamiento de los IMAE. Dentro de estos servicios está contemplada la emergencia porque hay que poner una fecha, un cierre transitorio hasta que se adjudique el nuevo sanatorio como tal, lo que estimamos será en los primeros días de mayo; tenemos un gap de abril y algunos días de mayo, pero en mayo ya estaría nuevamente en funciones.

Como hay una pregunta específica sobre la puerta de emergencia, más adelante quisiera ceder el uso de la palabra a la doctora Santana a fin de que explique por qué se toman determinadas decisiones; como siempre, son opinables, pero pensamos que son las mejores.

La asistencia normal a usuarios de Casa de Galicia y venta de servicios irán hasta el 31 de marzo, inclusive, cuando se dará el cese de los dos servicios asistenciales a usuarios. La planificación, que es muy meticulosa, implica que las policlínicas atenderán hasta el 31 de marzo, habiéndose cerrado las agendas. Las consultas que hubieran sido agendadas para abril deberán realizarse en el prestador asignado. Contamos con una lista de citas del mes de abril que será remitida a los prestadores asignados para eventual priorización.

El servicio de emergencia atenderá pacientes hasta la hora 24 del día 30 de marzo. La internación se realizará a partir de la hora 18 en forma coordinada con el prestador

asignado. Los servicios de urgencia, domicilio y radio funcionarán hasta el 31 de marzo, inclusive, derivando a internación o policlínica del nuevo prestador.

La internación de cuidados moderados se hará hasta la hora 18 del 30 de marzo. Luego de esa hora, el servicio de emergencia coordinará los ingresos a los prestadores asignados a través del SAME 105. Aquellos pacientes que permanezcan internados se irán coordinando en días sucesivos con prestadores designados. Todo esto siempre se hará poniendo en la balanza y como centro al usuario, a la persona que está en el centro de los desvelos.

El *block* quirúrgico trabajará de forma habitual con la coordinación realizada hasta el 19 de marzo, o sea con las llamadas intervenciones de coordinación. Luego de esa fecha, se operarán pacientes oncológicos y urgencias.

Cuidados paliativos, internación domiciliaria y enfermería domiciliaria trabajarán normalmente hasta el 31 de marzo. Sin embargo, en internación domiciliaria se harán ingresos hasta el 24 de marzo, y al servicio de cuidados paliativos hasta el 31 de marzo. Obviamente, se va a coordinar cada paciente al prestador asignado en la lista de pendientes. Ya se realizó la coordinación con servicios de cuidados paliativos e internación domiciliaria para realizar un relevamiento de los pacientes al 24 de marzo, que será coordinado con los prestadores asignados. Ha habido innumerables reuniones con los prestadores de coordinación y, ni qué hablar, con los sindicatos y los trabajadores médicos y no médicos.

Los servicios administrativos trabajarán normalmente hasta el 31 de marzo, salvo aquellos que se vinculan con los servicios de apoyo a IMAE. Se planificaron los inventarios de medicación e insumos al cierre de cada servicio: policlínica, farmacia externa y emergencia. Se realizó la coordinación con servicio de enfermería domiciliaria -empresa Procura- para finalizar el 31 de marzo, y los servicios de diagnóstico y tratamiento como fisioterapia, endoscopia digestiva y otros trabajan normalmente hasta el 31 de marzo, inclusive.

En cuanto a los IMAE, hasta adjudicación de la unidad operativa del sanatorio Casa de Galicia con su amoblamiento y sus IMAE, a partir del 1º de abril de 2022 y hasta el resultado de la licitación del sanatorio y su destino, se cierran el servicio de emergencia, policlínicas, ingreso a piso y CTI de usuarios de Casa de Galicia y todas las dependencias administrativas, excepto las que se mencionarán como apoyo a IMAE. Se cerrará la puerta de acceso principal por calle Millán; se establece un circuito de entrada para el personal, otro para ambulancias y otro para acompañantes que será comunicado oportunamente, y permanecerán funcionando con normalidad los IMAE y los servicios de apoyo que necesitan. Con esto nos referimos a laboratorio, hemoterapia, imagenología, *block* quirúrgico, centro de materiales, economato, CTI de adultos, cuidados moderados del segundo piso y farmacia unidosis. Estos servicios de apoyo mantendrán una estructura básica que permita dar apoyo a los IMAE, y permanecerán los recursos humanos de conserjería, higiene, mantenimiento, sistema, alimentación, compra de servicio, proveeduría, recursos humanos, tesorería contable y registros médicos, acorde a las necesidades de los servicios. Es decir, va a ser proporcional a fin de mantener la estructura indispensable para mantener en actividad todo esto.

En el segundo piso permanecerán las treinta camas de contrato que tiene Casa de Galicia con ASSE; son treinta camas de cuidados moderados. Los recursos humanos de este sector se están evaluando. Una de las opciones es que podrían ser provistos por ASSE a través de la Comisión de Apoyo. En tanto, los pisos tercero, cuarto y quinto quedarán cerrados. El servicio de hemoterapia que presta servicios en el tercer piso va a

pasar a la planta baja, junto con el resto del servicio de hemoterapia, donde está el banco de sangre.

Se establecen nuevos puestos de vigilancia en función de las nuevas entradas. Registros Médicos permanecerá trabajando en la distribución de las historias clínicas a prestadores hasta que finalice su clasificación, unificación y distribución a prestador de destino. Se están separando las historias clínicas en papel, según el dígito, para que el original sea entregado a cada prestador. Se dispuso de un sector específico para este fin y se están unificando las historias clínicas de las policlínicas con la historia clínica del sanatorio. Debo destacar que existen algunas dificultades. Una de ellas es que esta primera selección, que es para ganar tiempo, puede sufrir cambios debido a los movimientos de mutualista que realicen los usuarios hasta el 2 de abril. Por el volumen y la custodia, se harán actas para tener todo bajo control.

Otra dificultad son las historias clínicas de los pacientes fallecidos que aún no están para su destrucción física y deberán quedar en custodia del MSP. Este servicio trabajará durante abril hasta que termine esta logística en coordinación con los nuevos prestadores.

Se realizó una coordinación con el Fondo Nacional de Recursos para la entrega de mediación bajo cobertura del Fondo Nacional de Recursos, de manera de asegurar la continuidad de los tratamientos.

Se cuenta con el listado de pacientes en tratamiento y la idea es que el Fondo les entregue la medicación para abril también, salvo aquellos en los que existe la dificultad que requieren cadena de frío y los que deben ser reconstituidos en campana de citostáticos. Esto se acuerda con los prestadores asignados caso a caso.

Hay que planificar la logística de la medicación que otorga el Fondo Nacional de Recursos a los prestadores, como eritropoyetina y fibrinolíticos.

En este momento, se están planificando los insumos para el funcionamiento de los Imae y servicio de apoyo.

Se está haciendo relevamiento de las láminas de citología, que deben guardarse por cinco años, piezas de anatomía patológica, ya que debe ser coordinada su entrega a los prestadores.

Se está coordinando con la presidenta del Consejo de Residencias el pasaje de los residentes a otros prestadores. Son catorce en total, de los cuales tres son contratados directamente por los Imae, según el dato que tuvimos directamente de las autoridades del Sindicato Médico del Uruguay y once lo que se está coordinando con el Sindicato Médico y la coordinadora de Residencias, pero hay ambiente para que sean tomados, puede ser el Hospital de Clínicas o pueden ser los prestadores mismos también, asalariados en ese caso.

Se está coordinando con los proveedores la baja de algunos contratos y se está realizando la coordinación con empresas que entregan material quirúrgico para su inventario y devolución, por tanto, su nota de crédito correspondiente.

En cuanto a lo que hay que coordinar con los prestadores, la entrega de historias clínicas; como verán es un operativo complejo, pero bien planificado, minuciosamente planificado. La entrega de historias clínicas en papel, la entrega del historial o soporte electrónico de estudios de laboratorio e historia clínica electrónica de policlínica; las entregas de muestra patológicas y láminas de citología, ya mencionadas; la entrega de resultados de estudios realizados en el último período; la coordinación de traslados de pacientes internados en cuidados moderados, en CTI de adultos y de niños, y la

valoración de pacientes al traslado, generando un sistema de trazabilidad de los pacientes; coordinación de los pacientes en cuidados paliativos; coordinación de los pacientes en internación domiciliaria, coordinación de los pacientes con procedimiento de enfermería pendiente, como medicación en domicilio u oxigenoterapia; coordinación de pacientes internados en clínicas psiquiátricas; coordinación de los pacientes en tratamiento oncológico, o sea, quimio, radio u otros; se deberá mantener la continuidad de la clínica que se está realizando la radioterapia; habiendo terminado la serie, debe ser visto por oncólogo a la semana siguiente y coordinar la lista con el prestador.

Se pasará a los prestadores la lista de espera quirúrgica.

Ya hicimos referencia a los tratamientos de Fondo Nacional de Recursos.

Se deberá prescribir desde Casa de Galicia ya para abril, porque siempre el trámite es un mes antes, para establecer la logística, y en aquellos en que no sea posible se les dará la medicación para abril.

De alguna manera, hay que resolver las prescripciones de insulina, ya que no se pueden pedir en forma adelantada y exigen el examen de hemoglobina glicosilada.

Se deberá coordinar el seguimiento de los pacientes operados de urgencia en Casa de Galicia, que permanezcan internados. Una vez que sean trasladados al prestador asignado, debería seguirlo el cirujano que lo intervino y lo mismo con el control postalta; este es un tema a resolver.

Con los prestadores también hay que coordinar los pacientes con agenda de abril con especialidades y lograr que se prioricen; el tema de las historia clínicas de los pacientes fallecidos: hay que dejarlas en custodia del Ministerio de Salud Pública.

Este es un informe muy exhaustivo que abarca los hitos jurídicos, los aspectos financieros y los aspectos asistenciales.

Fui bastante ágil para no perder la sustancia de las inquietudes que a ustedes los alientan y le voy a dar la palabra, para ir respondiendo puntualmente, al contador Yagoda, para que nos explique el criterio de la asignación de los usuarios, el tema de los exámenes de admisión y costos, y el tiempo para los cambios.

**SEÑOR YAGODA (Alberto).**- Buenas tardes.

Quiero comenzar por este último punto que a nosotros también nos preocupó, porque recibimos denuncias de afiliados, sobre todo de afiliados no Fonasa, sino individuales y colectivos que, yendo a prestadores, se les exigía cerca de \$ 20.000 para un examen único. Si bien en el Decreto reglamentario N° 63/22, en el artículo 6° específicamente, lo pusimos como un apartado, para que ningún prestador pudiera filtrar o restringir el acceso, lo que hicimos fue reiterar el día viernes en un comunicado a través de la Junasa, a todos los prestadores, intimando el cumplimiento del artículo 6° del decreto, donde no se podía limitar o tener ningún copago o ningún precio para poder ingresar. En este punto ya actuamos, se está haciendo seguimiento, hemos hecho llamadas desde la Junasa de forma anónima para constatar si esto era efectivamente así y lo verificamos. Esto para nosotros es relevante; por eso se estableció en el decreto, porque hay cerca de cuatro mil afiliados en Casa de Galicia, que son afiliados individuales. Entonces, entendimos que era una contingencia.

Yendo al criterio de distribución y al proceso, según lo que establecía la ley y por los criterios que estaban fueron cinco los prestadores que iban a recibir afiliados: Universal, Círculo Católico, Hospital Evangélico, Cudam y, particularmente, se sumaba Crami, para lo que era la zona de La Paz y Las Piedras

En un trabajo conjunto desde el Ministerio con el Banco de Previsión Social, y quiero destacar esto porque fue muy amplio el apoyo que recibimos del Banco de Previsión Social para implementar la distribución y para enfatizar la comunicación, se instaló una mesa con los cinco prestadores y con el Banco de Previsión Social para coordinar la comunicación. No queríamos que ningún afiliado cayera en desinformación o en no saber cuál era su prestador. Eso nos lleva a la implementación del dígito verificador. ¿Por qué usamos el dígito verificador? Por la simplicidad que tiene para la comunicación. Entonces, cualquier afiliado podía rápidamente saber, por su dígito verificador, cuál era el prestador. Eso minimizaba el margen de inquietud en cuanto a no saber cuál era su prestador.

Paralelamente, se utilizó comunicación, tanto del Ministerio de Salud Pública como del Banco de Previsión Social, como los prestadores, comunicando a los afiliados cuál era su nuevo prestador.

Se configuró junto con los prestadores una lista de preguntas frecuentes para tener una respuesta unificada frente los afiliados sobre inquietudes que pudieran surgir y eso facilitaba que no hubiera doble discurso, que era otro problema que queríamos evitar. A los efectos prácticos lo que hicimos fue tomar el padrón de cada prestador, ver qué incidencia tenía y repartir el padrón de Casa de Galicia por dígito a cada uno de estos prestadores, con los criterios que establecía la ley, o sea, prestadores con menos de cien mil afiliados, un porcentaje de mayores de sesenta y cinco años menor al 20 % y que cada prestador no recibiera más de un 15 % de afiliados de su padrón. Y con ese criterio de distribución se procedió.

En tal sentido, el Círculo Católico recibió, 14.915 afiliados; Cudam, 7.365; Hospital Evangélico, 6.878; Universal, 7.759, y Crami, 951. Lo que se hizo en la zona de La Paz y Las Piedras fue sustituir al Hospital Evangélico que no tenía sede secundaria en la zona, por Crami, para poder tener únicamente dos cuadros en la asignación.

Al cierre del día viernes -esto tiene que ver con una pregunta que surgió sobre la movilidad; esto se viene monitoreando conjuntamente con el BPS- hubo cambios, en algunos casos, significativos. El Círculo Católico recibió 2.942 afiliados más a lo que fue la distribución inicial; Crami tuvo 238 más; Cudam una disminución de 2.673 afiliados; el Hospital Evangélico, 931 más, y Universal una disminución de 1.519.

Me quiero detener un segundo en esto, porque ahí la ley dio un amplio aspecto de movilidad. Al principio, se había pensado en casos más restringidos; ahora hay libertad total. Entonces, nos vimos en una dificultad, que es la distribución inicial con el tope del 15 % más la libertad total, pero por eso estamos haciendo el monitoreo, para saber cómo se están comportando.

(Diálogos)

—Quizás para cerrar este punto y en línea con esa mesa que se implementó con los prestadores, con reuniones recurrentes, se está trabajando también en algo que menciona el ministro, que es la segunda fase, la fase logística -por decirlo así-, en la que se está trabajando con los prestadores.

**SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.-** Voy a ceder la palabra al viceministro para que se refiera a los trabajadores médicos y no médicos, a las gestiones realizadas ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y a las proporcionalidades.

La señora diputada Lústemberg hablaba de que no se publicó el criterio. No sé si se refería al tema de los asociados o de los trabajadores. Ahí me quedó una duda.

**SEÑORA REPRESENTANTE LÚSTEMBERG (Cristina).**- Sé que había una reunión, pero no teníamos clara la distribución de los trabajadores médicos y no médicos en los prestadores preestablecidos de acuerdo a la elección por parte de los usuarios.

**SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.**- Buenas tardes para todos.

Esta negociación en el ámbito del Consejo de Salarios no comienza ahora, sino que las conversaciones con los gremios empezaron el 23 de diciembre, cuando el juez declaró el cese de actividades.

Tuvimos reuniones previas con los gremios: con el SMU, con SAQ y también con los prestadores. Tuvimos reuniones con estos cinco prestadores, pero también con toda la coordinadora, con la Conaiamc, la Coordinadora Nacional de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, primero, para explicitar los criterios de distribución y también ahora los criterios de asignación de trabajadores.

La Ley Nº 20.022, de distribución de trabajadores de Casa de Galicia, establece que sea en el ámbito del Consejo de Salarios donde se deba llegar al acuerdo de distribución. Establece también que se debe presentar la base de datos de trabajadores, para lo cual establecimos desde el Ministerio de Salud Pública y desde el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social un formulario web para que los trabajadores de manera voluntaria adhieran a lo que es la distribución. Esto lo hicimos en el sentido de que una vez que estudiamos la planilla de trabajadores de Casa de Galicia, detectamos que había varios trabajadores que tenían multiempleo, algo que es muy común en el sector, por lo cual establecimos esta web para que manifiesten la adhesión.

También nos habían hecho llegar manifestaciones de algunos trabajadores que, por la realidad de tener diversos empleos, no iban a tomar la opción de ser distribuidos. Entonces, esos quedarían por fuera de la negociación. Esto simplifica bastante, porque, por ejemplo, tenemos algunos datos del Sindicato Médico o de los médicos, propiamente dicho, que en calidad de dependientes hay 814, pero los que llenaron el formulario son 565. Esto quiere decir que vamos a trabajar en la base de la distribución total, pero dando prioridad a aquel trabajador que manifestó su voluntad de adherir a ser distribuido. En calidad de independientes hay 82 trabajadores médicos y, que hayan llenado el formulario, son 31.

Como decía la señora diputada Lústemberg, hoy tuvimos una reunión en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, donde se comenzaron a discutir los distintos criterios de distribución y donde vimos que hay acuerdo en algunas características y hay otras que se deben seguir conversando, pero eso está todo en el ámbito de la negociación colectiva en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Como es característico del sector, se negocia por separado el SMU y la FUS. Mañana tenemos reunión con la FUS. Hay una cuestión de la representatividad, que está en discusión y mañana también se deberá determinar, y nuestro trabajo, nuestra intención es llegar al 31 de marzo con los trabajadores en su máxima cantidad distribuidos, porque los usuarios van a verse atendidos en los nuevos prestadores. Para verse atendidos y mantener la calidad asistencial estos prestadores van a necesitar contratar trabajadores que deberán ser los que estaban en Casa de Galicia. Entonces, vamos a trabajar en esta base de datos que se construyó a partir del formulario web y a partir también del listado que tienen los gremios para distribuir a los trabajadores y el resto, como establece la ley, estarán en una lista de preferencia para ser absorbidos o para ser distribuidos progresivamente por los prestadores que estén comprendidos en la distribución.

Hay algunos criterios de distribución que se manejaron -esto es a modo de adelanto- que, reitero, están en el ámbito de la negociación; por ejemplo, tener en cuenta el porcentaje de ingreso que representaba Casa de Galicia en el ingreso del trabajador. Esto quiere decir: si hay trabajadores que su único ingreso era Casa de Galicia, podrán tener prioridad sobre otros trabajadores para los que Casa de Galicia no represente su principal ingreso o su mayor porcentaje de ingreso en su salario mensual. Ese es un criterio y hay otros criterios que se están acordando entre los gremios.

Hoy tuvimos esta instancia. Vemos que hay acuerdo en algunos criterios y cuestiones y que hay otros que se deben seguir conversando y negociando en el ámbito de los Consejos de Salarios.

Muchas gracias.

**SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.-** Sobre la situación asistencial que comenzamos a desarrollar a partir de la pregunta de la señora presidenta de la Comisión, sobre el tema de la puerta de emergencia y sobre el día de traslado de los pacientes, que hizo la señora diputada Lústemberg, y sobre la definición de qué Imaes siguen trabajando y hasta cuándo, cedo la palabra a la doctora Nuri Santana, quien tiene un informe bastante detallado y la visión día a día desde hace varios meses.

**SEÑORA PRESIDENTA.-** Si me permite, ministro, a la hora 16 tenemos la convocatoria a la sesión de Cámara. Tenemos tramitada la posibilidad de que se vote la autorización para continuar sesionando. Queríamos saber si la delegación tiene posibilidades de que hagamos un breve intermedio para hacer este trámite.

**SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.-** Tenemos la mejor disposición para terminar con las consultas y las preguntas o repreguntas que hubiera.

**SEÑORA PRESIDENTA.-** Tendríamos que hacer un intermedio para solicitar la autorización a la Cámara, como corresponde, e inmediatamente retornaríamos para poder terminar. Quedan unas preguntas pendientes y algunas otras cosas, en un tema que es de muchísima sensibilidad.

**SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.-** Conversando con el señor ministro, le decía que tenemos otra instancia en el Ministerio de Salud Pública a la hora 17 y 30, por lo cual nos deberíamos retirar a la hora 17 y 15; lo digo porque conozco los tiempos de la Cámara y sería prudente que pudiéramos continuar a la brevedad, para poder finalizar.

**SEÑORA PRESIDENTA.-** Podríamos informar al presidente de la Cámara para poder tratarlo con celeridad y estar retornando nuevamente en diez o quince minutos.

(Diálogos)

**SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).-** Agradezco profundamente la buena disposición por parte de la delegación. Hay una excelente disposición para evacuar todas las consultas, pero acá nosotros estamos embretados con un tema reglamentario y de procedimientos del Parlamento; no están en falta las autoridades sino que, en realidad, nosotros tenemos que dar cumplimiento a un reglamento y, sinceramente, estamos atados de pies y de manos. Además, coinciden los tiempos en que nosotros podemos terminar de dar curso a todo lo reglamentario con la hora en que la delegación se tiene que retirar porque tiene otros compromisos.

Si hay alguna pregunta que quedó pendiente, también está la posibilidad de recibir la respuesta por escrito o coordinar otra fecha con el ministro y que concurren quienes quieran formularle otras preguntas y así tener un mano a mano con él.

Realmente, agradezco la disposición, pero el problema es nuestro y no de la delegación; el inconveniente surge a partir de los tiempos parlamentarios y hay que cumplir con el Reglamento.

**SEÑOR REPRESENTANTE SILVA (Guillermo).**- Evidentemente, los tiempos no dan; está clarísimo porque es la hora 16 y, normalmente, como dice el subsecretario, la Cámara empieza a la hora 16 y 30 -con suerte- ; luego, tenemos la media hora previa hasta la hora 17, ahí se pide la autorización y a la hora 17 y 15 estaríamos acá. A mí me parece que las explicaciones del señor ministro y del equipo -a quienes agradecemos mucho- fueron muy claras. Todas las dudas que se nos habían planteado a nosotros en la reunión anterior fueron contestadas. Creo que esto es seguir hablando de lo mismo. Entonces, si ha quedado pendiente alguna respuesta para la comisión, que la respuesta sea por escrito como se hizo en más de una vez; no sería nuevo.

Propongo que, por los tiempos, aquellas preguntas que hayan quedado sin contestar -cuyo número debe ser mínimo- sean respondidas por escrito.

**SEÑORA PRESIDENTA.**- Por supuesto que no comparto lo que plantea el señor diputado Silva pues las preguntas siguen estando pendientes. Nos tenemos que ir, agradecemos mucho al señor ministro, pero lo cierto es que las preguntas que formulamos y las que queríamos agregar no son solamente producto de lo que nosotros entendemos, sino de lo que nos trasladan los actores, algo que también se lo hemos dicho a ustedes en diálogos informales. Además, este es un tema extremadamente serio, que afecta a muchísima gente y nos parecía que, en honor al proceso complejo que dio lugar a la aprobación de esta ley, quienes estamos acá merecíamos, como oposición, y también los actores, contar con las respuestas.

De todos modos, agradecemos la disposición. No tenemos las respuestas por una cuestión de tiempo, pero vamos a trasladar las preguntas y en el Senado se hará la correspondiente citación con celeridad.

**SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.**- Respondimos todas las preguntas y quedó la relativa a la puerta de emergencia. Esa es la que quedó pendiente de respuesta y hasta cuándo seguirían trabajando los Imaes. Si se lee la versión taquigráfica se verá que se contestó cuál es el plan de residencias médicas, cómo sería el traslado de los pacientes. En realidad, lo que quedó sin contestar es lo relativo a la puerta de emergencia pero, como ya lo tenemos escrito, no nos cuesta nada hacer llegar la respuesta en el día de hoy. Ya tenemos escrito ese texto sobre las puertas de emergencias porque, como dijo bien la señora presidenta, ese tema ella lo adelantó al señor viceministro por teléfono, porque era una preocupación, y nosotros elaboramos la respuesta de dicha pregunta. Si la comisión dispone de diez minutos, la señora Nuria Santana puede responder; de lo contrario, podemos enviar la respuesta por escrito en el día de mañana.

**SEÑORA PRESIDENTA.**- Nos encantaría poder disponer de diez minutos, pero no podemos, señor ministro, pues cometeríamos una falta y generaríamos un problema a los demás. De todos modos, quedan pendientes otras preguntas que no se formularon. Agradecemos nos envíe respuesta de esta otra pregunta. Trasladaremos lo que corresponda e insisto en que los compañeros del Senado harán la convocatoria correspondiente.

Se levanta la reunión.

≠