



REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY



Cámara de Representantes
Secretaría

XLIX Legislatura

**DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS**

Nº 1140 de 2022

Carpetas Nos. 1251/21, 2024/21 y 1475/21

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

**SOCIEDAD ANESTÉSICO QUIRÚRGICO DEL URUGUAY
(SAQ)**

CÁNCER DE PRÓSTATA

Se establece un día de licencia con goce de sueldo para la realización
de exámenes paraclínicos

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Declaración de interés público

ENFERMEDAD CELÍACA

Se dictan cambios para su detección precoz

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

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Alfredo De Mattos.

Miembros: Señoras Representantes Cristina Lústemberg y Silvana Pérez Bonavita.

Delegados
de Sector: Señores Representantes Luis Gallo Cantera y Eduardo Lorenzo Parodi.

Invitados: Por el Sindicato Anestésico-Quirúrgico (SAQ), doctor Daniel Montano, Presidente; doctor Germán Reta, Vicepresidente; doctor Matías Abal, Asesor y doctor Raúl Blanco, Veedor de SAQ.

Señor Sebastián Sanguinetti.

Señora Inés Monzillo.

Concurre: Diputado Gabriel Gianoli.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Margarita Garcés.

=====

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

Se da cuenta de los asuntos entrados:

(Se lee:)

"PROYECTO DE LEY: CIRUGÍA BARIÁTRICA. Normas. Iniciativa. Federico Casaretto, Álvaro Viviano, Mario Colman, Juan Martín Rodríguez Da Costa Leites, Milton Corbo, Eduardo Lorenzo Parodi. Carpeta N° 3093/22. Repartido N° 776.

PROYECTO DE LEY: DONACIÓN DE ALIMENTOS. Normas. Iniciativa Poder Ejecutivo. Aprobado por la Cámara de Senadores. (Carpeta N° 3096/22. Repartido N° 774.

CARPETA PERMANENTE N° 50/20

LA COORDINADORA NACIONAL DE SINDICATOS POLICIALES. Solicitan audiencia para tratar los siguientes temas, suicidios funcionarios, propuestas para llevar adelante y funcionamiento de la Comisión de Salud Mental en el Ministerio del Interior. (Asunto N° 157056).

LA SOCIEDAD URUGUAYA DE UROLOGÍA. SOLICITA AUDIENCIA PARA PROMOVER UNA CAMPAÑA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. (Asunto N° 157096)".

—La Comisión tiene el agrado de recibir a una delegación del Sindicato Anestésico Quirúrgico (SAQ), integrada por el doctor Daniel Montano, presidente; el doctor Germán Reta, vicepresidente; el doctor Matías Abal, asesor, y el señor Raúl Blanco, veedor de SAQ y amigo personal. Estoy encantado de tenerlos acá con nosotros.

SEÑOR MONTANO (Daniel).- Hemos sido convocados para aclarar algunos puntos con respecto a la situación del doctor Leonel Briozzo.

Nuestro sindicato se compone por trece sociedades científicas, que son las que conforman, mediante sus delegados, la Mesa Ejecutiva del Sindicato. Una de estas sociedades científicas es la Sociedad de Ginecología del Uruguay, que nos trajo el tema por ser el doctor Briozzo socio de ella.

Nosotros nos pusimos a estudiar la situación y nos enteramos de que todo esto empieza por una gestión que se realizó en el Hospital Pereira Rossell por uno de los adjuntos de la Dirección, que aparentemente analizó la supervisión que venía realizando el doctor Briozzo con respecto al Variable Anestésico Quirúrgico (VAQ); aparentemente, se había detectado algún tipo de desvío de la norma, y lo informa a ASSE. El 27 de junio, ASSE toma una resolución, que no es lo que recomendaba en primera instancia la investigación que se hizo. Pero, el Directorio de ASSE decidió disponer el cese de la encargatura del Departamento Médico Obstétrico del Hospital de la Mujer, pasando al

doctor Briozzo como médico ginecólogo. De hecho, no estaba directamente vinculado con la supervisión del VAQ.

En ese momento, la Sociedad de Ginecología trae el planteo del doctor Briozzo a la Mesa Ejecutiva del SAQ. A nosotros como gremio lo primero que nos preocupaba era saber si al doctor Briozzo se le había respetado en sus derechos gremiales como funcionario, o sea, si los procedimientos que se habían seguido eran los adecuados.

Le pedimos a nuestros asesores que trabajaran en el tema, y llegamos a la conclusión -sin entrar el tema de fondo sobre si estaba bien o mal la resolución, lo cual no nos compete a nosotros- de que no se habían respetado los mecanismos por los cuales se debía tomar este tipo de resoluciones. Por eso, en ese momento, decidimos declarar en conflicto el cargo hasta tanto se realizara un informe o un proceso que le diera las garantías del debido proceso al doctor Briozzo. Se lo comunicamos a las autoridades de ASSE -además de a todos nuestros socios, por supuesto-, y tuvieron que darnos la razón, porque la teníamos, y desandaron el camino de la destitución e indicaron la realización de una investigación administrativa. Nos pidieron que levantáramos el cargo en conflicto, a lo cual nos negamos en ese momento, porque considerábamos que teníamos que asegurarnos de que esta investigación se realizara.

La investigación se realiza por un proceso de sumario -del cual obviamente no vamos a hacer juicios de valor porque no nos compete- y se llega a una resolución que, ahora sí, resuelve cesar al doctor Briozzo como encargado del Departamento. Todo eso no tenía mucho que ver con la supervisión del contrato, pero la cuestión de fondo es que se había seguido un proceso jurídico que entendíamos adecuado. Compartamos o no la decisión que se tomó, no es nuestra función analizar si está bien o está mal; por eso, dado que el cargo se había declarado en conflicto por la falta de garantías del proceso que había tenido previamente el colega, ahora, al haberse cumplido las garantías por este sumario, levantamos el cargo en conflicto y dejamos que esto siguiera por la vía jurídica, como ya se está desarrollando.

Este es un breve resumen de nuestra acción como gremio en defensa de la Sociedad.

Voy a hacer una breve ampliación que me quedó al margen y no es poco importante.

Lo otro que hicimos desde el SAQ fue ofrecerle el apoyo de nuestro equipo legal para que él tuviera el asesoramiento jurídico necesario y que se estila en estos casos. En ese sentido, se entrevistó con el doctor Abal, acá presente, que es nuestro asesor

Quedamos a disposición de ustedes por alguna pregunta en particular que nos quieran hacer.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- En primer lugar, quiero agradecer a la delegación y a los amigos que hoy nos acompañan.

Estamos culminando el proceso de entrevistas. Recibimos al Directorio de ASSE, al profesor Leonel Briozzo y, obviamente, faltaba la pata de la SAQ, para aclarar un poco más. Si bien algunos podemos conocer un poquito de lo que es el VAQ, creo que la mayoría de los legisladores no lo conoce en detalle.

A nuestro entender -esto es más bien personal-, fue desmedida la decisión que tomó el Directorio de ASSE con respecto a un trámite administrativo; sí hubo errores, y el profesor Briozzo lo comentó acá. Precisamente, queríamos saber de parte de ustedes cuáles fueron los errores concretamente y cómo es el mecanismo del VAQ. Quisiéramos saber si cuando se hace una cirugía por parte de Facultad es un cosa; si la hace

contratado por ASSEes otra cosa; si una cirugía de coordinación se complejiza y se hace de urgencia, cómo se liquida. Estas eran las irregularidades que pudimos comprobar a lo largo de la entrevista con ASSE como con el profesor Briozzo. Entonces, ahora teniendo a las personas que saben del tema, queríamos saber más en detalle cuáles fueron y qué interpretan ustedes de este error. Además, importa saber si este error que pasó concretamente en el Pereira Rossell es común en los servicios anestésico quirúrgicos de los hospitales del interior y de Montevideo. Me imagino que no debe ser un problema puntual de un servicio. Como hoy está con nosotros el doctor Raúl Blanco, que es especialista en este tema, me interesa conocer su opinión al respecto.

SEÑOR MONTANO (Daniel).- Antes de darle la palabra a quien más sabe de esto, que es nuestro veedor gremial de ASSE, Raúl Blanco, quiero dar tres o cuatro conceptos macro de lo que es el VAQ.

Primero, el VAQ se creó para realizar el pago de los actos anestésico quirúrgicos en ASSE y está destinado a los funcionarios de ASSE. Los funcionarios docentes tienen una compensación diferente, que es la compensación por UDA FMED y, por lo tanto, no les corresponde cobrar el VAQ.

Primero, sería eso. Pero ¿qué pasa? Muchas veces los médicos son docentes y, además, tienen cargos en ASSE, porque hacen guardias y complementan su actividad con policlínicas y coordinaciones, entonces, ahí es cuando se empiezan a generar los problemas.

Desde que se creó el VAQ en el año 2008, esto está bastante claro. Se hicieron manuales con respecto a cómo llenar las descripciones operatorias y además existen manuales para la supervisión para que los directores puedan controlar, pero igualmente es un mecanismo complejo. Al cabo de todos estos años hemos intentado ir mejorándolo e, incluso, se está trabajando en este momento, porque siempre va requiriendo correcciones.

Por lo tanto, como gran concepto, está destinado a los médicos de ASSE, pero muchas veces los médicos tienen dos cargos, uno por ASSE y otro docente. Entonces, un docente no puede cobrar el VAQ si no tiene un cargo de ASSE, y ahí es donde comienzan los problemas. Cuando se actúa de una manera y cuando se actúa en el otro rol. ¿Qué es lo que dice el uso? El uso dice que los docentes cuando estamos en nuestra actividad docente con los pacientes de las salas donde está la Facultad de Medicina estamos actuando como docentes, por lo tanto, no cobramos VAQ; más allá de eso, a todos nos pasa y los anestesistas y cirujanos saben muy bien que a veces las cirugías duran mucho más que lo que nosotros creemos y queremos y se evaden largamente los horarios. Entonces, ahí hay un sector confuso, pero el uso es que si tú estás operando un paciente de una sala docente de la Facultad de Medicina en tu cargo docente, no corresponde cobrar el variable anestésico quirúrgico.

Es diferente cuando ese mismo docente está operando a un enfermo que proviene de su policlínica de ASSE, porque lo está cobrando por ASSE, o en su guardia; en su guardia opera enfermos que son de urgencia y, por lo tanto, son de ASSE, no son del servicio y corresponde cobrar el VAQ. Pero sí, se presta a ese tipo de confusiones, indudablemente.

¿Dónde pasa esto? Pasa más en los hospitales que tienen servicios docentes, obviamente, porque se da muchas veces esa doble calidad de médico de ASSE y docente de la Facultad de Medicina, que ejerce la asistencia del paciente de ASSE, pero por el convenio lo está haciendo desde el punto de vista docente. Repito: para esa asistencia, desde hace unos años, existe el complemento del salario docente, que es la

UDA FMED, que se creó justamente como complemento para atender la asistencia en esos casos.

Ahora le cedo la palabra al doctor Blanco, que es el veedor gremial y, por supuesto, quien más sabe sobre esto.

SEÑOR BLANCO (Raúl).- Un poco en la línea de la pregunta que hacía el diputado Gallo y complementando lo que acaba de describir el presidente, sobre todo, para aquellos que no están vinculados, de alguna manera, con la asistencia quirúrgica en ASSE, comienzo diciendo que ASSE destinó este año \$ 370.000.000 a lo que nosotros llamamos un fondo de productividad. Son \$ 370.000.000 que se distribuyen a lo largo del año a aquellos profesionales con vínculo laboral en la institución, ya sea por un vínculo laboral genuino a la institución o por comisión de apoyo, en función de la productividad que desarrollen en su actividad profesional.

En ese sentido, se generan mediante un sistema bastante complejo puntos VAQ, es decir, ese monto de \$ 370.000.000 se divide en doce parte iguales y, mensualmente, en función de los puntos generados por todos los profesionales anestésico quirúrgicos del país, se llega al valor del punto del mes. Por eso se llama variable, porque varía de mes a mes y, anestésico quirúrgico, porque está destinado a los anestesistas y a los cirujanos.

¿En función de qué? En función de la productividad y la productividad a su vez está, de alguna manera, identificada en función de la complejidad que tienen los procedimientos: si son cirugías corrientes, mayores o altas. De alguna forma, también impacta la oportunidad operatoria, si es urgencia, si es coordinación y, por supuesto, el lugar que ocupa, quien está haciendo el acto operatorio, sea un cirujano, un ayudante, o un anestesista. Ello está laudado desde hace muchos años y de esa forma se retribuye mediante la variable a los anestesistas y cirujanos de todo el país.

En conjunto con esta cuestión, se ideó una forma de supervisar, es decir, que existiera una figura vinculada a los profesionales anestésico quirúrgicos que tuviese la capacidad de supervisar lo que se carga al sistema informático, ya que, en definitiva, de ahí va a salir la retribución.

Ese contralor se lo asigna a una persona que se llama supervisor del VAQ que, por defecto y por lo genuino, será el propio jefe de servicio, a no ser que el jefe no quiera serlo, o directamente, que haya solamente un especialista en el lugar; en ese caso se sustituye por otro colega anestésico quirúrgico.

Los objetivos de tener un supervisor son básicamente dos: por un lado ratificar o rectificar, si así fuera necesario, los ingresados, porque los registros ingresados pueden tener errores; el supervisor, que es de su misma especialidad, puede corregir esos errores hablando con la persona involucrada.

De alguna manera, esto tiende a proteger la veracidad de los mismos, porque hay que tener en cuenta que las descripciones operatorias hoy día forman parte de la historia clínica electrónica y tienen un valor médico legal importante. Por esa razón, el mecanismo de la supervisión ha sido un elemento de jerarquía en todo este proceso.

Por otro lado, existe un impacto médico legal, tiene un impacto que antes de este sistema ASSE no tenía la capacidad de saber cuántos procedimientos anestésico quirúrgicos se hacían en el país. Hoy lo puede saber al momento *on line*, es decir, continuamente en todas las unidades ejecutoras de ASSE se están realizando estos procedimientos y aquellos que tienen los permisos informáticos adecuados saben lo que se está operando en este momento, en Treinta y Tres, en Salto, o en el hospital Pasteur. Digo todo esto para centrar la importancia de la supervisión.

Los supervisores del VAQ existen desde el año 2011, es decir, desde el año 2008, cuando se firmó el acuerdo médico que se destinó el fondo de productividad; pasaron tres años y se ajustaron todas estas cuestiones. En el año 2011 se llegó a la conclusión de que se necesitaba tener un supervisor.

El supervisor, aparte, por hacer esa tarea, genera el 10 % de los puntos generados por el servicio que él supervisa. Es una forma de retribuirle la función de supervisión. Por supuesto que los supervisores tienen que tener vínculo laboral con ASSE y generan ese 10 % del servicio que supervisan, independientemente, si el servicio es de ASSE o de Facultad, cosa lógica, porque el que resguarda los datos de los pacientes, la historia clínica, etcétera, es ASSE; la Facultad actúa en hospitales de ASSE, pero los pacientes son de ASSE y, por lo tanto, la supervisión la tiene que hacer alguien que tenga vínculo laboral con ASSE.

En el 2011 se acordó y, si ustedes me permiten, para que quede en la versión taquigráfica y no haya dudas, voy a leer parte de aquel acuerdo.

De aquel acuerdo se destacan los siguientes conceptos:

"El supervisor natural del VAQ" -como dijimos anteriormente- "será el Jefe de servicio de la especialidad respectiva en cada Unidad Ejecutora.

En caso de que en la UE involucrada dicho cargo estuviere vacante, o el Jefe manifestara su intención de no cubrir dicha función, se podrá designar por ASSE un 'supervisor del VAQ', el cual deberá ser cubierto por un profesional de la especialidad cuyo control tiene a su cargo.

Dicha designación será en forma provisoria hasta que la SAQ y ASSE acuerden un sistema de selección para el desempeño de dicha función".

Seguidamente, se dice:

"Quien desempeñe la función del control del Variable anestésico quirúrgico es el responsable en cada unidad ejecutora en controlar el correcto ingreso de los datos vinculados al acto quirúrgico en el sistema informático con el objetivo de liquidar el VAQ a cada uno de los integrantes del equipo.

Como contraprestación a la función que realiza el jefe de servicio o supervisor recibe un 10 % del total de puntos generados por el servicio. Las partes acuerdan que la duplicación de los puntos de la urgencia acordada para los profesionales no regirá para el cálculo de la retribución del jefe de servicio o supervisor que percibirá el 10 % de los puntos sin la duplicación referida".

Eso se hizo, justamente, para proteger el hecho de que no pasara por alto la urgentización de los procedimientos.

Luego, expresa:

"Los jefes de servicio o supervisores deberán suscribir un compromiso de gestión con las responsabilidades correspondientes que surgen de la presente acta.

El jefe cirujano debe ratificar o rectificar la siguiente información cargada en el sistema: conformación del equipo, oportunidad operatoria, procedimiento realizado y relación laboral" de quien lo hace.

¿Qué quiero decir con esto? Como dijo el presidente Montano, si alguien, por error, tiene dos cargos y se carga en horas de facultad como perteneciente a ASSE, el

supervisor puede cambiar eso; tiene un permiso informático para corregirlo y para poner todo en orden.

Continúa:

"Por su parte, el Jefe de anestesiología debe además enviar la información de las horas trabajadas por cada uno de los anestesistas en el mes correspondiente, así como también la actividad anestesiológica fuera del Block Quirúrgico.

Los jefes de servicio o supervisores del VAQ tienen la potestad de realizar las rectificaciones que crean pertinentes para lo cual tendrán el permiso informático correspondiente, debiendo cumplir con los plazos en la cláusula siguiente".

Eso lo detallé anteriormente.

Sigue:

"Deberán asimismo que los especialistas utilicen las categorías previstas para su especialidad anestésico, quirúrgica o endoscópica, debiendo habilitar en forma fundada la utilización de categorías correspondiente a una especialidad diferente [...]".

Eso sucede frecuentemente. A veces, uno, como cirujano, no tiene en su especialidad el procedimiento que está haciendo y lo tiene que buscar en otro lado. El supervisor puede avalar o rectificar esa cuestión.

Dice:

"La información definitiva debe ser cargada en el sistema dentro de los primeros 15 días [...]".

Esa es una cuestión administrativa.

Continúa:

"Por tratarse de la supervisión del Variable Anestésico Quirúrgico el Jefe o supervisor que no cumpla en el plazo establecido con el control y envío de la información no percibirá el Variable Anestésico Quirúrgico.

Si el incumplimiento se produce dos veces consecutivas o tres veces alternadas en un año, se le retirará la función de supervisor del VAQ, debiendo nombrarse un sustituto de este".

Como se aprecia, claramente fueron especificadas las bases y la intención de la supervisión. No sé si fui más o menos claro en la cuestión.

Hice este resumen para contestar a la pregunta del doctor Luis Gallo.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Nosotros nos preparamos cuando vino el Directorio de ASSE, haciendo todo el recordatorio de cómo se había conformado la Variable Anestésico Quirúrgica a diferencia de los aranceles que se manejan en las IAMC. Además, supongo que ustedes deben haber leído las dos versiones taquigráficas de cuando vino el Directorio de ASSE y de cuando la semana pasada vino el doctor Briozzo.

Tengo algunas dudas, y quiero preguntar algo al doctor Montano. Quiero saber si hay antecedentes de alguna destitución de un jefe de servicio vinculada con algún tipo de problemas con la gestión del VAQ, porque sabemos que tiene sus complejidades. No es un sistema que esté clarísimo. El doctor Briozzo alega, en su versión -la acabo de revisar; también vi un informe de mi asesora médica, quien colabora en mi equipo, la doctora

Alicia Ferreira-, que no se le pagó de más. A su vez, deseo conocer bajo qué informe o investigación se avala que tuvo un beneficio con ganancias espurias.

Además, veo otras cosas como, por ejemplo, que el servicio cambió de no paga a paga. Me refiero a toda esa situación que hay en el sistema de información en algo que sabemos que es complejo, con las variables que ustedes explicaron. De todos modos, ustedes son los especialistas en ese tema y es importante que figure en la versión taquigráfica la opinión bien específica porque acá hay una situación de destitución vinculada con una irregularidad.

Por lo tanto, como integrantes de esta Comisión -particularmente a nosotros, desde el lugar que ocupamos-, nos gustaría tener claridad en esta cuestión porque, como especialistas, conocen las fortalezas y las debilidades del VAQ dentro de la gestión de ASSE y cuánto tiene que ver la dirección del servicio, quién avaló, etcétera. Lo digo porque en este caso se llegó a la destitución del jefe de servicio de la maternidad más grande del país.

SEÑOR MONTANO (Daniel).- Es verdad que es un sistema complejo, que tiene muchas variables a atender, que está bastante especificado pero que, obviamente, se pueden generar errores. Para ello, existen los mecanismos de corrección de los errores. Por consiguiente, la figura de la supervisión y la dirección del hospital son muy importantes.

Dentro de lo que está estipulado, existen causales para destituir a un supervisor del VAQ. Ello puede suceder por no ejercer su función o por no atender adecuadamente lo que está haciendo. Inclusive, existe un mecanismo escrito sobre cómo se destituye al supervisor del VAQ. Originalmente, nosotros reclamamos que no se había respetado eso cuando ASSE tomó la primera resolución; fue por ello que declaramos el cargo en conflicto. Esa fue la primera parte.

Si después ASSE decide quitarlo de su cargo de jefe de servicio por su actividad de supervisión del VAQ, no debo opinar. De todos modos, no conozco antecedentes.

Todos saben que ASSE está habilitada para agregar o quitar personal de confianza en sus jefaturas, pero eso no lo vamos a analizar porque no corresponde. Sin embargo, lo que surgía como algo natural era que si se había demostrado un incumplimiento en la función de la supervisión del VAQ, existían los mecanismos para retirarle esa supervisión. Si después ASSE entendió que tenía que tomar otras decisiones, obviamente no nos compete analizarlas. Desconozco antecedentes al respecto.

No es la primera vez que detectamos desvíos de este tipo o similares. Me refiero a aquellos que terminaron en que ciertas personas cobraran más allá de lo que correspondía por su actividad. Desde que el doctor Blanco está como veedor nuestro en ASSE, muchas veces detectó este tipo de situaciones; siempre las hemos denunciado frente a ASSE, que es el organismo que debe tomar cartas en el asunto. Lo hicimos por varios motivos. Primero, porque consideramos que si había un desvío involuntario, debía corregirse. Además, si es voluntario, configura un delito. Además, como bien dijo el doctor Blanco, este es un fondo cerrado, que no se extiende a lo largo del año. Entonces, cuando un médico cobra algo indebido por un procedimiento que no realizó, le está retaceando el dinero a los que están haciendo su tarea en forma adecuada. Por lo tanto, es nuestra función defender a los que hacen su tarea correctamente.

Para nosotros es lo mismo que ese desvío sean \$ 5 o \$ 5.000; lo importante es corregirlo. No está en nuestra función ni en nuestro espíritu determinar si fue un beneficio espurio o si fue un beneficio casual por un error involuntario. Nuestro objetivo no es ese, sino detectar los desvíos y corregirlos. En general, siempre se han corregido identificando

el problema, notificando a los interesados, hablando con la persona que estaba cometiendo el error, con sus superiores jerárquicos, con el supervisor o con el director y, por supuesto, con el Directorio de ASSE. En muchos casos, se solucionaron simplemente con el diálogo y se hizo la devolución del dinero correspondiente. En algún otro caso, habrá que tomar las medidas jurídicas o penales que corresponda si consideramos que hay un ilícito.

Nosotros no calificamos el hecho como algo indebido, como con un interés espurio o como con intención determinada. Detectamos el problema y tratamos de solucionarlo porque tenemos que proteger al colectivo, que es el que recibe el producto del Variable Anestésico Quirúrgico.

No sé si la señora diputada se siente conforme con la respuesta.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Sí; gracias.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- Quiero formular algunas preguntas al doctor Raúl Blanco.

Luego de hablar con las autoridades de ASSE y con el doctor Briozzo, advertimos que esta irregularidad de que las operaciones de facultad fueran rotuladas como de ASSE se dio en varios casos y en varios meses seguidos. Según tengo entendido, sucedió durante tres o cuatro meses. ¿Eso fue detectado y avisado al doctor Briozzo? Esta es la primera pregunta.

La segunda pregunta es la misma que formulé al doctor Briozzo, es decir, si él tenía conocimiento de eso. Me respondió que no. Además, le pregunté si él había participado de ese error, porque estamos en una línea muy delgada entre la malversación de fondos y el error. Es una línea muy delgada porque se reitera, y no es un caso, sino varios. Frente a eso, en el proceso -como se nombró acá en un pasaje-, ¿la dirección del hospital pudo haber estado involucrada en el error durante esos tres meses?

SEÑOR BLANCO (Raúl).- La primera pregunta que usted me hizo se refería a si desde nuestro lado habíamos detectado algo. No lo detectamos nosotros. Esa fue una investigación interna que se hizo dentro del Pereira Rossell por el equipo de gestión que oportunamente detectó estas cuestiones.

En esos dos o tres meses, lo que se hizo fue versionar. Ello implica el cambio de algún elemento de los datos requeridos cuando uno hace un procedimiento. Por lo tanto, se cambió el origen de los pacientes que pertenecían a la Facultad de Medicina hacia ASSE. ¿Eso qué determina? Claramente es un error. Por supuesto que no hago juicio de intención ni mucho menos. Eso determina una retribución inadecuada para aquellos participantes de los equipos quirúrgicos que tienen doble cargo, es decir, se beneficia a aquel individuo que, por ejemplo, es profesor adjunto de ginecología y aparte tiene un cargo en ASSE en alguna lugar del país. Si le cambian el origen del servicio, obviamente, el sistema no pregunta y genera la Variable Anestésico Quirúrgico, no a esa persona, no al doctor Briozzo, porque él es supervisor de ASSE, no hace las operaciones, sino que las supervisa; es decir que él, independientemente de dónde se haga el procedimiento, si se hace en facultad o en un servicio de ASSE, inequívocamente, si supervisa correctamente, debería recibir el 10 % de los puntos generados por los servicios que supervisa, como dijimos anteriormente.

Yendo a la pregunta concreta sobre cuál es el detrimento, si usted quiere llamarlo así, o lo que está mal en este caso, es que en ese pasaje del origen de los pacientes, del equipo quirúrgico, de un lado para el otro, se benefició alguien que no debió haber sido retribuido por esa cuestión, amén de ser también un error administrativo importante en

todo lo que tiene que ver con la parte de estadísticas y cuestiones que son datos muy importantes para ASSE.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- La duda que me quedó es si, aparte del jefe de servicio, que es el responsable, los datos también son manejados por la dirección del hospital y si pueden ser cambiados por esta.

SEÑOR BLANCO (Raúl).- No. Los únicos que pueden cambiar -y este es un mecanismo de seguridad que se planteó desde el inicio-, es el responsable del procedimiento quirúrgico, el cirujano principal o el anestesista principal, que tiene la potestad de autoversionar su actuación operatoria, si se equivocó o no, y el supervisor respectivo. El equipo de gestión tiene un permiso informático que le permite ver pero no modificar, lo que es bastante razonable en el sentido de que, si soy cirujano y tengo una equivocación, el que me puede corregir es un individuo par mío, que tiene la capacidad genuina y la idoneidad técnica para hacerlo, y no el equipo de gestión, que sí tiene un permiso informático que le permite observar.

Debo hacer una aclaración que creo pertinente en este sentido, que hace poco que aprendí a punto de partida de todas estas cuestiones. Hay una cuestión informática que se llama parametrización, es decir, este sistema informático tiene la capacidad de que si desde la estructura de información de ASSE cambian un parámetro -como por ejemplo lo que preguntaba la señora diputada Lustemberg-, y Facultad no paga, el sistema, automáticamente, borra todos los datos anteriores y lo presenta como manda el nuevo parámetro, y de eso no queda un historial informático adecuado. ¿Qué quiero decir con esto? Que el equipo de gestión no puede manipular desde otros sistemas, desde otras estructuras, del desarrollo informático o del sistema de información de ASSE; lo desconozco, pero probablemente, sí.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Iba a formular la misma pregunta que el señor diputado Lorenzo. Pero para ser más precisos, ahora que conocemos las generalidades de lo que es el VAQ, de cómo se retribuye la cantidad de puntos, quién lo supervisa, concretamente: ¿cuál fue el error administrativo que cometió el profesor Briozzo, a juicio de ustedes? Porque del relato de ASSE y del que hace el doctor Briozzo hay algo que no cierra, porque de acuerdo al reglamento del año 2012, que se acaba de leer, el supervisor está autorizado a cambiar, para bien o para mal, eso lo determinará quien corresponda, pero está autorizado, y una de las acusaciones que hizo el Directorio de ASSE acá fue que el doctor Briozzo hizo modificaciones. Entonces, queremos saber concretamente cuáles fueron los errores administrativos que, a juicio de ustedes, cometió el profesor Briozzo, si fue que catalogó mal la cirugía, si catalogó mal que era de ASSE o de Facultad de Medicina.

SEÑOR BLANCO (Raúl).- Cuando uno versiona, cuando el supervisor modifica, o quien hace el procedimiento modifica, y pasa de la versión una a la dos, tres y cuatro, la que fuera, el sistema, antes de cerrarse, le pregunta: "Usted está haciendo una segunda versión, ¿qué fue lo que usted modificó?". Es un mecanismo de seguridad. El sistema no se cierra, no se hace la segunda versión si uno no pone: "Lo que modifiqué fue que el ayudante era el doctor Luis Gallo y no el doctor Montano", porque puede haber un error.

El error administrativo en cuanto al cargado de las famosas intervenciones quirúrgicas que están sobre la mesa por los errores del profesor Briozzo son exactamente esas. Cada vez que se modificó algo, alguien lo hizo. Supongo que fue el doctor Briozzo o pudo haber sido otra persona; eso es responsabilidad de cada uno: yo no le puedo dar mi tarjeta de crédito al doctor Montano, porque si sabe el pin, me deja sin fondos. Lo cierto es que, sí, es verdad, hay una serie de historias que fueron versionadas oportunamente y que en la respuesta a la pregunta que le hace el sistema informático

dice algo así como cambio del origen del servicio. Ese fue el error administrativo y no otro; no hubo modificaciones, ni de nombres de colegas ni de procedimientos de pasar una operación de mayor a alta, no; los errores detectados se centran en ese problema.

(Interrupción del señor representante Luis Gallo Cantera.- Respuesta del orador)

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Tengo una duda, Doctor Blanco. Según el manual del 2011, ¿no hay que hacer una advertencia dos veces si se constata una irregularidad? ¿Usted fue consultado por el doctor Pernas, quien, como adjunto, es el que inicia la investigación sobre las dificultades que podía tener el sistema del 2017 al 2020, que creo que después fueron corregidas? Como dice el señor diputado Gallo, tenemos que ser lo más objetivos posible entre la última versión, cuando vino a comparecer el doctor Briozzo -acá tenemos todo-, y la comparecencia de ASSE. Por eso nos llama la atención por qué reconociendo que el sistema tiene fallas importantes no se menciona ni a la dirección del Hospital de la Mujer, ni a la dirección del hospital Pereira Rossell, ni a usted como veedor. ¿O yo estoy entreverada en estas tres instancias que tenemos que tener como objetividad?

SEÑOR MONTANO (Daniel).- El sistema no tiene fallas; los que tenemos fallas somos quienes lo utilizamos. El sistema puede ser complejo, sí, pero dentro de su complejidad se previó en su origen y al cabo del tiempo se fue mejorando para tratar de identificar los problemas propios del sistema. Es complejo, pero es bastante sólido en cuanto a su administración.

Como SAQ, incluido el veedor, nosotros tomamos conocimiento de esto después de que la dirección del Hospital de la Mujer había hecho su primera investigación y ya se habían tomado las primeras decisiones que, como enumeré, fueron separarlo del cargo. Ahí es cuando tomamos un primer contacto, y justamente el Sindicato Anestésico Quirúrgico sale en defensa del doctor Briozzo, declarando el cargo en conflicto, porque detectamos que no se había seguido el procedimiento al que usted hacía mención. O sea que no se le había advertido en tiempo y forma a la persona sobre sus irregularidades y que, por lo tanto, el proceso había sido incorrecto. Nuestro asesor legal le puede explicar mejor cuál fue la acción del Sindicato Anestésico Quirúrgico en ese momento, que detectó que ese procedimiento de ASSE avasallaba los derechos del doctor Briozzo y por eso hicimos lo que hicimos. Nosotros no tuvimos contacto con todo este proceso; por lo tanto, el doctor Blanco no fue avisado; no pudimos hacer otro tipo de gestiones porque ya se había hecho la investigación. Si ustedes le permiten al doctor Abal, él puede explicar cuál fue el argumento legal de nuestro accionar en ese momento.

SEÑOR BLANCO (Raúl).- Para complementar lo que dice el presidente, ni el doctor Pernas ni ningún integrante del equipo de gestión nos consultó. Sin perjuicio de eso, es real que no tienen por qué hacerlo; es una decisión institucional o gerencial del lugar. En otras oportunidades en las que han sucedido cuestiones parecidas hemos sido consultados y hemos ido a declarar a diferentes estamentos de ASSE, como a la parte de sumarios y demás, pero esta vez no nos convocaron y, como dice el doctor Montano, el Sindicato Anestésico Quirúrgico y yo, personalmente, nos enteramos de esto una vez que ya se había realizado la primera investigación hecha por el equipo de gestión en ese momento.

SEÑOR ABAL (Matías).- Antes de ir propiamente a la parte jurídica, creo que es importante recalcar lo que decía el doctor Blanco en cuanto a que el SAQ siempre ha mantenido una actitud proactiva en la defensa, el contralor, del fondo VAQ.

Ha habido, por lo menos -no me quiero equivocar-, cinco o seis instancias de importancia, en las que se detectaron irregularidades y se buscó una solución al

problema, en forma conjunta con ASSE, que terminó en investigaciones administrativas o en acuerdos. Hubo casos en los que, detectado y comprobado el error involuntario de los profesionales actuantes, se llegó incluso -con nuestra participación e intervención- a una especie de acuerdo de restitución de lo que se había cobrado indebidamente, lo que, de alguna manera, solucionó el problema al corregir o rectificar esos errores.

Sobre nuestra actuación en lo que tiene que ver con el doctor Briozzo, también quiero hacer una aclaración. Nosotros lo asesoramos a pedido del Sindicato, hemos colaborado en su defensa; creo que es importante dejarlo claro, simplemente para que quede constancia.

En lo que refiere a esta situación en particular, el Sindicato fue efectivamente consultado a pedido de la Sociedad de Ginecología cuando ya había sucedido la separación de la función de supervisor. Aclaro esto porque en la primera instancia que hubo se resolvió separarlo de esta función y nada más que de esta función, que no es lo que sucedió en la segunda instancia. Se hizo el estudio de la situación y, en base a lo que fueron los convenios colectivos y a los principios generales del ordenamiento, se concluyó que no se había cumplido -sin adentrarnos en lo sustancial- ni siquiera con los aspectos formales para poder llevar adelante los procedimientos. En los convenios se establece un proceso en el cual hay que seguir una serie de reglas, pero había sido tan irregular que ni siquiera se le había dado al doctor Briozzo la posibilidad de tener la vista previa antes de las resoluciones. Realmente, era muy grave desde el punto de vista formal.

Ante esa situación, se tomaron las medidas gremiales que describieron los doctores y, además, se interpusieron los recursos administrativos ante ASSE, que fueron los que efectivamente prosperaron y terminaron con la revocación de esa primera resolución, al determinar que se anulara y volviera al estado anterior. Es decir, se anuló esa primera suspensión o separación del cargo de la función de supervisor, el doctor Briozzo retornó a la función y luego se inició, por parte de ASSE, una investigación administrativa en forma, siguiendo los canales adecuados. Esa investigación avanzó en el tiempo y llegó a determinadas conclusiones. En aquel entonces, se hizo un análisis desde el punto de vista formal, estrictamente respecto a esas conclusiones, que entendió que razonablemente se había cumplido con esas garantías, que era lo que se buscaba preservar en primera instancia.

En ese sentido, nuestra participación fue hasta ese punto. Después, tuvimos algunas apreciaciones jurídicas respecto a la situación individual, que tienen que ver con la defensa de Briozzo, y al respecto creo que es bueno diferenciar las dos situaciones. Una cuestión es lo que tiene que ver con la suspensión o el retiro de la función de supervisor ante los errores constatados en la investigación administrativa, que además es lo que emerge de esa investigación, y otra es lo que tiene que ver con la jefatura de Maternidad; a mi entender, son dos situaciones bien diferentes.

En lo que tiene que ver con la suspensión, se añaden otros ingredientes jurídicos que complejizan la situación, relativos a la forma de contratación del doctor Briozzo. ¿Por qué? No sé si ustedes están al tanto, pero la estructura de ASSE está conformada por una infinidad de formas de contratación del personal, entre otras -seguramente, la conozcan- la Comisión de Apoyo. Todo eso complejiza desde el punto de vista jurídico, porque incluso se puede llegar a objetar la posibilidad de hacer un sumario, ya que técnicamente no son funcionarios públicos -por lo menos, desde el punto de vista formal; digo esto porque en innumerables ocasiones se han demostrado judicialmente las relaciones laborales encubiertas por ese mecanismo-, ni funcionarios dependientes. De hecho, también surge ese aspecto en el informe de los instructores.

A grandes rasgos, resumiéndolo y sin adentrarnos en la defensa individual, la intervención tuvo que ver más que nada con garantizar el adecuado procedimiento administrativo y el debido proceso, que en principio no había sido cumplido y que en esta segunda instancia sí se cumplió.

SEÑOR PRESIDENTE.- No hay preguntas de los integrantes de la Comisión.

Agradecemos a los doctores Montano, Reta, Abal y Blanco por haber concurrido y por la ilustración del complejo tema de las VAQ.

(Se retira de sala la delegación del Sindicato Anestésico Quirúrgico, SAQ)

(Ingresa a sala la señora representante Inés Monzillo y el señor representante Sebastián Francisco Sanguinetti)

—Recibimos a la diputada Inés Monzillo y al diputado Sebastián Sanguinetti, quienes se van a referir a los proyectos de ley relativos a la prevención del cáncer de próstata.

SEÑORA REPRESENTANTE MONZILLO (Inés).- Primero, quiero agradecerles por darnos la oportunidad de presentar nuestro proyecto.

Este proyecto ya tiene un tiempo presentado y surgió a partir de vivencias que hemos tenido en el correr de la vida, en cuanto a lo que significa realmente el cáncer de próstata.

Siempre se habla del cáncer de mama, del cáncer de útero, pero nunca se le da la relevancia que tiene al cáncer de próstata. Es más, a los hombres se les nombra el tema del cáncer de próstata y te dicen: "De eso no me hables", porque se imaginan haciéndose el estudio y no se lo quieren realizar.

En Uruguay, el cáncer de próstata es el cáncer más diagnosticado en hombres -como lo es el cáncer de mama en las mujeres- y la tasa de mortalidad que tiene tratado a destiempo, cuando está en estado avanzado, es muy importante. Estamos hablando de 2.000 diagnósticos de cáncer de mama por año y unos 1.500 diagnósticos de cáncer de próstata por año, con una mortalidad anual de entre 500 y 600 hombres.

Sabemos que hay dos estudios que lo diagnostican: el tacto rectal y el PSA. Queremos que se incluya en el carné de salud y que el hombre tenga la posibilidad de tener el día libre para realizarse ese estudio, así como la mujer tiene el día libre para realizarse el PAP y la mamografía.

Como dije, el cáncer de próstata es un cáncer de alta mortalidad, pero diagnosticándolo a tiempo -como todos los cánceres- tiene cura y además prevenimos que no se extienda a otros órganos, que es el mayor problema. Muchos hombres empiezan a sentir síntomas y los dejan pasar porque no quieren ir a realizarse el estudio. Lo primero que encuentran es una disfunción sexual o problemas al orinar y lo van dejando pasar por falta de información.

Como noviembre es el mes de la concientización del cáncer de próstata, es bueno que se informe a los hombres que realizándose un estudio de sangre anual pueden prevenir este cáncer.

También es importante que el estudio se haga a partir de los 45 años porque es donde empiezan las primeras secuelas del cáncer, y cuando llegan a los 70 años ya está en estado avanzado. A su vez, si sus padres o abuelos tuvieron cáncer de próstata es importantísimo que se empiecen a realizar el estudio antes, ya sea a los 40 años o incluso a los 35 años. Sin embargo, esto no se sabe. Uno escucha a los hombres hablar y decir: "A partir de los 60 años me lo tengo que hacer". Entonces, consideramos que es

importante que esté incluido en el carné de salud, así como están incluidos los estudios para la detección del cáncer de mama o del cáncer de útero. Es un tema de igualdad para todos, hombres, mujeres y para las mujeres trans que tienen que hacérselo y merecen su día libre.

La idea es prevenir este tipo de enfermedades que muchas veces tienen un desenlace que lleva a la muerte, que acarrear muchos traumas personales, problemas psicológicos y de todo tipo en la vida social y en lo personal. No es fácil para nadie llevar cualquier tipo de cáncer y menos un cáncer de mama o un cáncer de próstata, sabiendo lo que significa para todos el tema sexual.

SEÑOR REPRESENTANTE SANGUINETI (Sebastián Francisco).- Agradezco a todos los miembros de la Comisión por recibirnos.

No quiero ser repetitivo con la presentación que hizo la diputada Monzillo sobre este tema. Simplemente, quiero hacer un racconto.

Este mismo proyecto ya tiene una historia en el Parlamento. El período pasado fue presentado por el diputado Trobo y se aprobó en la Cámara de Diputados; lamentablemente, no tuvo el mismo éxito en la Cámara de Senadores, donde directamente no se llegó a tratar.

Nosotros estábamos un poco preocupados más que nada en el contexto de la pandemia, porque a fines de 2020 algunos expertos presentaban datos precisos en cuanto a que había bajado la detección de muchas enfermedades -sobre todo las de transmisión sanguínea y enfermedades como el cáncer- que se detectaban en las consultas clínicas, no porque hayan desaparecido en la población, sino -como todos sabemos- por las dificultades que tenían los centros de salud y la gente para concurrir.

Eso nos motivó a buscar qué se podía aportar desde el ámbito legislativo para tratar de mitigar estos datos que, según algunos estudios que estuve leyendo en estos días, todavía son imprecisos porque no se sabe cuánto ha repercutido la pandemia, precisamente, en enfermedades como el cáncer.

Nos pareció oportuno tratar de reflotar este proyecto para que vuelva a ser considerado. Luego, la diputada Monzillo realizó un agregado que me parece sumamente importante, que tiene que ver con las exigencias del PSA para el carné de salud.

En estos días he mantenido conversaciones con integrantes de la Sociedad Uruguaya de Urología, que sé que envió una carta para ser recibida. Les comenté de la iniciativa de la diputada Monzillo y les pareció excelente, porque la detección precoz lleva a que sea un cáncer con una sobrevida mayor, dentro de todo lo mortal que puede ser.

Voy a resaltar algunos datos que ya mencionó la diputada Monzillo.

Este cáncer es la segunda causa de muerte en hombres en Uruguay y en el resto del mundo. Son aproximadamente seiscientos los uruguayos que mueren al año por esta enfermedad. El examen paraclínico, la consulta al urólogo y el PSA siguen siendo las herramientas más eficaces para la detección de esta enfermedad.

Un informe de mayo de 2022, que publicó la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (CHLCC), dice que según la Organización Mundial de la Salud -hay un esquema de la Globocan de 2020- Uruguay pasó a integrar hace muy poco tiempo la lista de cuarenta y ocho países donde la principal causa de muerte es el cáncer. Tengo entendido que antes eran las enfermedades cardiovasculares. Quizás los médicos presentes puedan instruirnos un poco más sobre eso.

En definitiva, de lo que se trata es de incentivar un poco más la detección, como ocurrió con la aprobación de la ley que permitió a las mujeres tener un día libre para realizarse el papanicolau y el examen mamario. Según los que saben, esto ha tenido un impacto muy positivo para la detección de la enfermedad.

También quiero resaltar que los trabajadores del sector público hace algunos años cuentan con este beneficio, pero no así los trabajadores del sector privado.

Otro aspecto que quizás no es demasiado relevante pero vale la pena destacar es que la mujer trabajadora cuenta con derecho a licencia por un día para concurrir a realizarse esos exámenes y el hombre, no. Este proyecto podría ayudar a disminuir esa brecha que genera que la mujer sea un poco discriminada en el ambiente laboral por tener algunos derechos o beneficios.

SEÑORA REPRESENTANTE PÉREZ BONAVIDA (Silvana).- Este es un tema que venimos trabajando con los dos diputados; los dos proyectos fueron presentados hace muchísimo tiempo. Si por mí fuera, los hubiese votado el día que los presentaron. Por supuesto que estoy totalmente de acuerdo con ambos.

En estos tres años me he caracterizado a nivel parlamentario por visibilizar algunos temas que quizás no tenían voz en el Parlamento, así sea a través de la presentación de diferentes proyectos de ley o de la realización de eventos a los que la gente, la sociedad civil y las asociaciones de pacientes concurren. Lo que saqué de todo ese trabajo es la importancia de la detección precoz. Este es un ejemplo clarísimo, por la gran incidencia que tiene la enfermedad en nuestro país.

Reitero: estoy totalmente de acuerdo con los dos proyectos. El de Inés -como bien decía el diputado Sanguinetti- incluye la realización del examen dentro de los requisitos para obtener el carné de salud, con lo que estoy totalmente de acuerdo. Creo que este proyecto contiene todo lo que están buscando los dos. Quizás deberían hacer uno en conjunto, con mi apoyo y con el de los miembros de la Comisión que estén de acuerdo con esta propuesta, a fin de aprobarlo.

Insistí mucho en que vinieran hoy porque me parece importantísimo que en este mes de prevención y concientización del cáncer de próstata presenten los proyectos a la Comisión y que esta se expida al respecto para avanzar en este tema que es muy necesario para el país.

Además, este es un tema de igualdad de género porque se iguala al derecho de las mujeres a tener un día de licencia para hacernos el PAP todos los años con el de los hombres. La idea es que ellos también puedan ir al médico, sin tener vergüenza de pedir en el trabajo, porque sabemos que las consultas médicas muchas veces son en horario laboral. Tener el día libre destinado para esto a partir de una edad determinada en la que se detectan más casos me parece superjusto y es un tema de igualdad.

Estoy de acuerdo con trabajar en un proyecto en conjunto o ponernos de acuerdo en aprobar uno de los dos porque la idea es que esto se pueda votar, si así lo considera el resto de la Comisión.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- Agradezco a los legisladores por la concurrencia.

Quiero hacer alguna especificación.

El cáncer de próstata se detecta pero no se previene. No podemos hablar de prevención porque no tiene lesiones premalignas. Digo esto porque a veces se mezcla la terminología y no corresponde.

Son muy parecidos los dos proyectos. Estaría bueno que se juntaran e hicieran uno. Estoy de acuerdo con todo lo que exponen.

No sé si ustedes tienen cifras, porque más que la intencionalidad de la ley después esto se va a traducir en economía. ¿Ustedes saben cuánto cuesta un PSA y a qué número de población estamos apuntando? Tengamos en cuenta que sería obligatorio. Al introducir el PSA como requisito para obtener el carné de salud lo estamos haciendo obligatorio y eso tiene un costo.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Les agradezco la presencia a los dos diputados que traen estas iniciativas.

Continuando con lo que decía el diputado Lorenzo, siempre tengo graves dificultades en aprobar proyectos que tienen que ver con competencias del Poder Ejecutivo y a legislar por enfermedad. En principio, no tendríamos inconveniente con el proyecto del diputado Sanguinetti en el sentido de que los varones tengan la posibilidad de un día de licencia para detectar el mayor riesgo. No lo hemos discutido aún en la bancada pero sí lo hemos hablado con el diputado Luis Gallo Cantera; falta Lucía Etcheverry.

A fin de aportar, desde el punto de vista médico, entendemos que para estas cosas deben venir los especialistas que tienen mayor formación que nosotros. Nosotros tenemos formación en política de salud pública y hacemos los aportes para que los proyectos de ley salgan con la mayor solvencia posible y con la mejor evidencia. El mayor riesgo no es detectar a tiempo el cáncer de próstata, sino la hipertrofia prostática benigna. Yo creo que ahí hay otro error.

Lo del día libre me parece pertinente.

Con la exposición de motivos tengo algunas dificultades. La evidencia científica ha demostrado eficacia en dos *screening* para la detección precoz del cáncer: el PAP para el cáncer del cuello y la detección en sangre de materia fecal. En este caso es para detectar a tiempo el cáncer de colon. Si corresponde -si da positivo-, se hace la fibrocolonoscopia para el diagnóstico y el eventual tratamiento. Esta posibilidad de detección precoz para mayor sobrevida no existe lamentablemente para el cáncer de próstata.

Con respecto al proyecto de la diputada Monzillo, en los artículos 1° y 2° hay un error desde el punto de vista médico; no existen exámenes para prevenir el cáncer de próstata. Supongo que los proyectos de ley se refieren a la prevención del cáncer de próstata. Es algo que parece semántico, pero médicamente no lo es. Esto es por la profesión que tenemos. Capaz que ustedes me hablan de otro tema y no tenemos el mismo *expertise* o requerimos de otro asesoramiento.

Se refieren a la necesidad de realizar exámenes que detecten el cáncer de próstata en la población, o sea, los llamados estudios de *screening*. Los test de *screening* se realizan cuando el paciente no tiene ningún síntoma.

Estos proyectos de ley plantean que se debería hacer test de *screening* a todos los hombres mayores de cuarenta y cinco años. Lo que nos ofrece la bibliografía es que el riesgo se incrementa después de los cincuenta años como para detectar a tiempo este tipo de cáncer. Después, una vez que el test de *screening* da positivo -los test de *screening* para que tengan viabilidad tienen que tener alta sensibilidad- se realizan los estudios diagnósticos para saber si el paciente tiene o no un cáncer de próstata.

Me gustaría hacerles algunos aportes.

Un artículo de la Clínica Mayo de EEUU, dirigido a los pacientes, del 27 de setiembre de 2022, o sea, de este año, expresa: "Lamentablemente no existen estrategias que hayan probado tener eficacia para prevenir el cáncer de próstata, pero para reducir el riesgo de padecer cáncer de próstata, las medidas de mayor impacto tienen que ver con elegir estilos de vida saludables, como la alimentación saludable y el ejercicio físico. No hay ninguna forma segura de prevenir el cáncer de próstata. Los estudios que existen para la detección en general entran en conflicto unos con otros," -y esto me interesa que lo tengan claro- "porque pueden dar resultados contradictorios. Hasta ahora, no se ha encontrado ningún estudio que sirva para prevenir el cáncer de próstata".

El Instituto Nacional de Cáncer de EEUU, en un artículo actualizado el 6 de mayo de 2022, sobre el *screening*, dice: "No existen tests de *screening* estándares o de 4 % rutina".

De todos modos -sigue diciendo el artículo-, los estudios que pueden detectar un cáncer en forma oportuna son, en primer lugar, el tacto rectal -por eso entendemos que dar el día libre debería tener acuerdo en la legislatura uruguaya-, y los estudios genéticos.

El PSA -esto es importante- o el Antígeno Prostático Específico mide el nivel de PSA en sangre, que es una sustancia que produce, principalmente, la próstata, y se puede encontrar elevado en los hombres que tienen cáncer de próstata, pero también -y esta es la disquisición más importante; los diputados Lorenzo y Gallo Cantera lo saben- en hombres que tienen una infección -prostatitis-, una inflamación, o tumor benigno de próstata.

No está claro -dice el Instituto Nacional del Cáncer- si la detección precoz reduce el riesgo de morir por cáncer de próstata.

Sumado a esto, existen riesgos en el uso del PSA como *screening* para la detección precoz. Por ejemplo, que un hombre tenga un test de PSA alto, y por tanto continúe con la rutina de estudios diagnósticos, no necesariamente mejora la salud o prolonga la vida. Continuar con estudios después del PSA, es considerado "sobrediagnóstico", o sea, intervencionismo perjudicial para el paciente, porque no está probado que tratar estos cánceres en estas etapas, mejore la sobrevida.

En cambio, sí hay evidencia en que realizar una biopsia prostática en un paciente solo porque tenga valores altos de PSA, tiene complicaciones tales como fiebre, dolor, sangrado uretral -en la orina o en el semen-, e infección del tracto urinario. Aunque la biopsia resulte negativa -que es probable porque si no hay tumor "visible", el tejido extraído puede no contener las células malignas-, el paciente queda temeroso, y puede continuar con estudios adicionales, como los genéticos, que son costosos, y no están en el PIAS. Por eso es muy importante la apreciación del doctor Lorenzo, en cuanto a que hay que consultar a la Dirección General de la Salud o a las instituciones de la salud para esto.

Quiero decir tres cosas más, si me permite, señor presidente.

Si la biopsia da positiva, tratar estos cánceres en etapas tan tempranas, produce más daño que beneficio. La prostatectomía radical y la radioterapia se complican habitualmente con disfunción eréctil e incontinencia urinaria. Algunos estudios de pacientes con detección precoz de cáncer de próstata muestran que ellos tienen más riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares o suicidio que por el cáncer de próstata. El riesgo es mayor en las primeras semanas o meses después del diagnóstico.

Recordemos, desde el punto de vista médico, algunos aspectos relevantes del cáncer de próstata en ese mismo artículo del Instituto Nacional de Cáncer de EEUU, actualizado el 6 de mayo de 2022, que dice:

"Los factores de riesgo que incrementan el riesgo de padecer un cáncer de próstata son: la edad, ya que el riesgo se incrementa con la edad. El cáncer es raro en menores de 50 años. O sea que se incrementa a partir de los 50 años. La historia familiar influye, en tanto se hereda la predisposición, como en la mayoría de los cánceres. Y entre otros factores de riesgo se encontró que la ingesta de Vitamina E, aislada, y la de calcio y dietas con cremas y leche, también puede incrementar el riesgo después de los 50 años".

También veo que no está la ecografía como estudio de *screening*, ni diagnóstico para el cáncer.

El otro error es que el Carné de Salud ya no existe; fue cambiado por los Decretos N° 247/017 y N° 312/021 por el de Control de salud.

En el Decreto del año 2021 se establecen los exámenes que debe incluir, según pauta. Pero en los que hay evidencia científica, como el PAP, la sangre oculta en materias fecales y la mamografía, si vamos legislar más específicamente en este proyecto, sería importante convocar a quienes tienen la evidencia para legislar en políticas de salud pública.

El problema que existe hoy son los tiempos de espera, que son largos y no se controla por parte del MSP. Este es un problema estructural grave que tenemos desde hace tiempo. En los seguros privados es rápido; nos falta en las IAMC y en ASSE, que a veces es muy difícil acceder para que los pacientes hombres tengan acceso a un urólogo, y esa sería una medida muy importante.

Yo tengo más razones como para decirles que creo que hay que buscar más argumentos desde el punto de vista médico, y por eso me parece importante que concurra el MSP. No tengo objeciones en lo que me es particular. Siempre he apoyado, y lo hemos discutido con los integrantes de esta Comisión, tanto los días de prevención de determinadas cosas como estos días que marcan un hito, que genera que después la política pública tiene que tomar acciones mucho más profundas.

Con respecto a este otro proyecto, creo que tiene algunas debilidades en la fundamentación, y habría que asesorarse más con los que tienen mayor formación en el tema. Me parece que pasa por ahí.

Lo mío es para aportar; de ninguna manera, para obstruir. Me parece que deberíamos consultar para que los proyectos salgan con los menores errores posibles desde este lugar.

SEÑORA REPRESENTANTE PÉREZ BONAVIDA (Silvana).- Simplemente, para sumar a lo que mencionaba la diputada Lustemberg.

Me parece muy importante que esta Comisión destine tiempo para recibir a la Sociedad Uruguaya de Urología en breve, ya que nos pidió una entrevista, precisamente, para dar a conocer su posición al respecto -que entiendo es positiva- y dado que ya recibimos a los diputados. También, me gustaría convocar al doctor Asqueta, director general de la Salud del Ministerio de Salud Pública para que pueda expedirse al respecto.

Creo que con esas dos citas podríamos cubrir la parte científico- técnica que mencionaba la diputada Lustemberg.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- En primer lugar, quiero saludar a los invitados.

Siempre son bienvenidas este tipo de iniciativas, cuya intención es mejorar la calidad de vida de los uruguayos, en este caso de los hombres; o sea que eso se da por descontado.

Me voy a plegar al informe excelente que hizo la diputada Lustemberg, que contiene datos muy importantes. Obviamente, estos van a ser considerados en el análisis concreto de estos dos estudios. Y lo doy por descontado por la experiencia personal de haber unificado dos proyectos de ley; seguramente, ustedes van a tener la capacidad de unificarlos y tratar uno solo.

Hay dos temas que para mí son importantes. Obviamente, la parte estrictamente científica es fundamental, como se acaba de mencionar. Para quienes somos médicos y cirujanos, la Clínica Mayo y ese tipo de informes son muy importantes. No nos olvidemos de los corporativismos. Una cosa es la ciencia, las sociedades científicas y otra cosa son las sociedades que nuclea a especialistas, que son los mismos. Entonces, tenemos que evaluar bien el tema científico del tema corporativo. Porque si se va a hacer una ley por la que va a ser obligatoria la ecografía, obviamente, los ecografistas van a salir beneficiados, y difícilmente vengán a decir que están en contra de esto. Puse un ejemplo burdo.

Me parece que la opinión científica es muy valedera, pero para mí lo más trascendente es la Dirección General de la Salud, que es la que determina los lineamientos políticos en salud. Entonces, me parece que antes que la Sociedad Científica, el lineamiento del Ministerio de Salud Pública en las políticas de salud es muy importante.

Por otro lado -por experiencia lo digo-, nombrar en proyectos de ley los exámenes es de mala técnica legislativa. No debemos poner los exámenes; podemos poner "exámenes tendientes a...", etcétera. Lo digo porque dentro de cinco años capaz que el PSA, que ya está muy discutido, se cambia por otro antígeno o la ecografía por otra técnica. Las leyes se hacen para que perduren. Entonces, me parece que en este caso se puede unificar sin poner concretamente el examen o puede ser a criterio del médico, y que diga: "A este le hago un PSA; a este le hago una ecografía; a este le hago solamente un tacto rectal porque tiene menos factores de riesgo. Ahí me parece que se podría ajustar y no ser tan tajante en decir PSA, ecografía o tacto rectal.

Por último, creo que cuando uno legisla en general debe tener en cuenta los aspectos económicos, porque son muy importantes. Acá aumenta exponencialmente la cantidad de consultas urológicas, de consultas de exámenes de PSA y de ecografías especialmente rectales, que no todos los ecografistas del Uruguay hacen, pues son muy específicas.

Entonces, me parece que antes de aprobar este proyecto debemos conversar con la Dirección General de la Salud y con la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública, que es muy importante, a los efectos de costear este proyecto de ley.

Los felicito por la iniciativa, y van a contar con nosotros para avanzar en esto, sin ninguna duda.

SEÑOR PRESIDENTE.- En primer lugar, quiero felicitarlos por la iniciativa.

De mi parte cuentan con el apoyo, fundamentalmente, para la detección del cáncer de próstata. Todos los exámenes tienen sus positivos y negativos.

El Fecatest o la investigación de sangre oculta en materia obliga a hacer una fibrocolonoscopia al que lo tiene, y favorecemos al colectivo de los endoscopistas. Y no todos los Fecatest positivo tienen cáncer de próstata; pueden tener hemorroides, colitis, un pólipo, cualquier otro tipo de patología o nada.

El hecho de tener el PSA elevado puede ser un neoplasma de próstata, una prostatitis o un adenoma de próstata o que sucedieron algunas cosas que se lo elevaron. El PSA elevado indica que hay que hacer el estudio que disponga el urólogo.

Pienso que hay que unificar los proyectos, recibir a las delegaciones que proponen los diferentes legisladores, y también a la Sociedad Uruguaya de Urología, a efectos de apoyar este proyecto y tratar de aprobarlo a la brevedad.

SEÑOR REPRESENTANTE SANGUINETI (Sebastián Francisco).- Agradezco a los miembros de la Comisión que intervinieron y aportaron al proyecto.

El puntapié inicial fue tratar de dar una solución legislativa desde nuestra humilde función, y ahora queda en manos de ustedes. Creo que habiendo tantos médicos en la Comisión y tanta gente que se ha interesado en temas de salud y que vienen trabajando desde hace mucho tiempo, obviamente, en el plano técnico nosotros quedamos excedidos. Yo no soy médico; tengo formación en comercio exterior, pero me he asesorado con algunos médicos para esto.

Me parece perfecto que se invite a la Sociedad Uruguaya de Urología, al doctor Asqueta del Ministerio de Salud Pública, etcétera.

Simplemente, quiero contar por qué se estableció en el artículo 2º lo siguiente:

"Los trabajadores de la actividad privada y los funcionarios públicos a partir de los 45 (cuarenta y cinco) años de edad, tendrán derecho a 1 (un) día al año de licencia especial con goce de sueldo a efectos de facilitar su concurrencia a realizar exámenes paraclínicos necesarios, tendientes a prevenir o diagnosticar el referido cáncer".

Eso fue sugerido en su momento por el expresidente de la Sociedad Uruguaya de Urología, con la que mantuve contacto. La idea era captar al hombre en la consulta. Más allá de decirle que se le detectó equis patología, lo que se pretende es captar, que es lo difícil. Precisamente, estaba leyendo una carta de la Sociedad Uruguaya de Urología, en la que dice que el hombre tiene una expectativa de vida siete años menor que la de las mujeres. El hombre por naturaleza -ustedes lo saben mejor que yo- es más resistente a ir a las consultas médicas.

Creo que es bueno dar un incentivo para poder captarlo, y así en la consulta médica poder detectar otro tipo de patologías que no sea específicamente un cáncer.

En cuanto a los costos que preguntaba el señor diputado Lorenzo, el año pasado -ya hace un año y medio que presenté este proyecto- no eran significativos. Ahora, recién busque en Google, y dice que para el carné de salud hay clínicas que ofrecen la opción de hacer un examen más completo de VIH y PSA. El costo no varía mucho, sacándole la ganancia de estas clínicas, y sería de \$ 200. Un examen normal cuesta \$ 1.200 y el otro \$ 1.400. No tengo el monto exacto, pero en el caso de que la iniciativa de que se pida para el carné de salud salga, el costo no sería elevado. Pienso que lo económico de ese examen no sería la limitante. Pero lo que me preocupa un poco más es la saturación de profesionales en diferentes áreas, como lamentablemente existe hoy en día. Tal vez, el urólogo demore un poco más estos exámenes por verse sobrecargado debido a la cantidad de hombres que van a decidir ir a las consultas.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- Quiero aclarar que cuando hablo de costos me refiero al sistema; es decir, no con respecto a clínicas o exámenes particulares, porque este costo entra directamente en la cápita Fonasa, y si no viene, disminuye las posibilidades de la institución. A ese costo me refería.

SEÑORA REPRESENTANTE MONZILLO (Inés).- Yo no soy médica, pero en base a la investigación que hice, lo que respecta al tema costos en sí, el estudio -que es la propia extracción de sangre donde se encuentra la enzima que diagnostica los problemas de próstata- no es significativo para lo que se puede prevenir.

El PSA es un estudio en sangre que marca distintos niveles; depende del nivel en que se encuentre el PSA, si llega a ser cáncer, o si existe un crecimiento de la próstata, o no hay nada.

Con respecto a que se llegue a incluir en el carné de salud y que el hombre después tenga un día libre para realizarse los estudios, si le da el PSA alto, lo que justificaría una ida al urólogo para hacer un tacto rectal, que es lo que realmente diagnostica si tiene cáncer o no, en esa instancia es donde se produce el día de descuento para que vaya al urólogo. No tiene que ir al urólogo para pedir que le hagan el análisis de sangre para diagnosticarse, porque en ese caso todos los hombres tendrían el día libre. Sería bueno que en el carné de salud, que ahora se llama control de salud, en la extracción de sangre que se les realiza, se incluya ese estudio. Es como nos pasa a las mujeres: cuando llevamos la mamografía y el PAP y se detecta algún problema, nos dan el carné de salud solo por seis meses y hasta que no consultamos a un ginecólogo y llevamos un papel de que estamos en tratamiento no se nos expide el carné de salud por dos años.

Entonces, la idea es que en el estudio se incluya el PSA o un análisis de sangre que diagnostique un problema en la próstata, ya sea el aumento, porque también el crecimiento de la próstata es muy perjudicial para los hombres y después con el tiempo les acarrea casi lo mismo que un cáncer; no lo lleva a la muerte, pero en situaciones de la vida diaria los perjudica mucho en la salud, en lo social y en todo.

También hay que tener en cuenta el tema de las edades. Todos sabemos -creo que todos lo saben- que los hombres a partir de los cuarenta y cinco años tienen que hacerse el estudio de próstata, pero ninguno se lo quiere hacer

Por eso, podemos ir a la parte médica. Lo que los médicos recomiendan está perfecto; pero si después vamos a lo social, lo que hace el ciudadano común, el hombre no se realiza el estudio de próstata, tiene desconocimiento de lo que es. No sabe que con solo un análisis de sangre podemos llegar a diagnosticar cáncer y, después va a tener que pasar al estudio que no le gusta, pero lo tiene que hacer.

Por consiguiente, viendo la parte social, la falta de información y que no tienen posibilidades o no quieren ir al urólogo para que les mande el estudio, proponemos que esa investigación se incluya dentro de la extracción común de sangre. No vemos que sea un costo significativo, ni la realización del estudio, ni lo que después conlleva a los ingresos Fonasa, porque no todos los hombres tienen que derivar a un urólogo. Por ejemplo, los hombres entre treinta y treinta y cinco años que tienen antecedentes de cáncer en próstata, capaz que se lo hacen y el nivel de PSA es bajísimo; por tanto no tienen que seguir haciéndose análisis y tiene su carné de salud por dos años y continúa su vida normal. No genera gastos de ningún tipo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos su comparecencia. Nos mantenemos en contacto y los tendremos informados para cuando concurra la Sociedad Uruguaya de Urología.

SEÑOR REPRESENTANTE SANGUINETI (Sebastián Francisco).- En particular, quedo abierto a recibir las sugerencias de la redacción que ustedes entiendan conveniente o, en su defecto, nosotros podremos proponer un articulado que resulte más conveniente para que ustedes lo evalúen.

Muchas gracias.

(Se retiran de sala la señora representante Inés Monzillo y el señor representante Sebastián Francisco Sanguineti)

(Ingresa a sala el señor representante Gabriel Gianoli)

SEÑOR PRESIDENTE.- Recibimos al señor Gabriel Gianoli, que va a presentar un proyecto de ley sobre el tema de la enfermedad celíaca.

SEÑOR REPRESENTANTE GIANOLI (Gabriel).- Agradezco a la Comisión el habernos recibido. Claramente, no soy médico y estoy frente a varios médicos y personas que trabajan en el tema, pero sí me movió desde el inicio de la legislatura la problemática que tienen las personas celíacas, que cuenta con varias aristas y que, lamentablemente, hasta el momento no hemos podido atacar ni una.

Entonces, esto surge a raíz de un planteo que me trajo la Comunidad Celíaca del Uruguay, que es uno de los grupos que están integrados por pacientes celíacos, en cuanto a la necesidad de establecer en los análisis de rutina los reactivos de la celiacía para hacer una detección temprana. En tal sentido, nosotros charlamos con la profesora Clara Jasinski, con el doctor Asadur Tchekmedyan, y con varias personas; también con la diputada Lustemberg en relación a que esa prestación podría estar incluida en el PIAS y no necesitaría de una ley. Pero, realmente, hemos llegado al día de hoy y no tenemos ni una cosa ni la otra.

Entonces, avanzamos en un proyecto de ley que fue el artículo único que realizara la pesquisa de esta situación que pudiera hacerse en niños, niñas y adolescentes y a lo largo del trayecto de la vida, varias veces, en distintas edades y que permitiera encontrar al paciente celíaco, porque siempre que hemos hablado de estos temas con quienes están en profundo conocimiento, dicen que la prevalencia es de uno en cien, puede que sea 34.000, pero lo que se nos dice es que lo que tenemos registrado son unos 18.000. Estas cifras surgen de las distintas asociaciones y de los informes que puede dar el Mides o el INDA a través de las canastas. Todas cuestiones que no nos dan el público objetivo y eso impide otra parte: generar políticas focalizadas, por ejemplo, en el Ministerio de Economía. ¿Qué nos sucede en el Ministerio de Economía? Hemos hecho un planteo de la reducción de los costos y a través de los impuestos no podemos reducirlos, porque eso se licuaría y no daría el resultado final. Nosotros hicimos, ahora se le llama proyecto de resolución, en aquel momento era una minuta, referida a generar algo que en la Argentina se hace que es una tarjeta libre de gluten que permite, por medio del supermercado con el subsidio del Estado, reducir el costo. Eso está a estudio del Ministerio de Economía, pero también entiendo que la pandemia retrasó todo y es complicado.

Ahora tenemos varias aristas para atender. Tenemos un público objetivo que no sabemos cuántos son. El objetivo principal de este proyecto de ley es que integre preceptivamente los reactivos que detecten los anticuerpos de Antitransglutaminasa tisular a los estudios de rutina establecidos en el Sistema Nacional de Salud para niños, niñas y adolescentes, así como en los carné de salud, control durante y pos embarazo y carné del deportista. En caso de ser positivo, por supuesto que vendrá la posterior biopsia de intestino por fibrogastroscofia.

Con total humildad y respeto dije al principio: no soy médico, pero sí entiendo que es hora que le demos una señal a los pacientes celíacos, partiendo de la base que la detección temprana nos ayudaría en su dieta, sabiendo, como sabemos todos, que la dieta es el mejor medicamento y, también, que de no hacerlo los daños al paciente pueden llegar a ser irreversibles y los costos para el Estado también.

Se me preguntó qué costo tendría esto, pero en definitiva también preguntémonos cuál es el costo de un paciente cuando ya no podemos hacer nada.

Eso es cuanto quería decir, presidente.

Agradezco a todos la deferencia, sabiendo que aquí hay profesionales de la salud. En definitiva yo me guíé por la cadena lógica, por la propuesta de una paciente de la comunidad celíaca y luego el conocimiento de dos destacados gastroenterólogos que entendieron que podía ser factible esta posibilidad. También nosotros hicimos llegar al ministerio el planteo; lo hicimos al inicio solicitando un censo de celíacos. Varias leyes se han votado en este Parlamento; existe bastante legislación referida a los celíacos. Se habla de un censo, o se habla de un registro. No lo tenemos. Le acercamos al director general de Salud, Miguel Asqueta y al ministro de Salud Pública, Salinas, ese tema como este.

Este tema cumpliría con la detección, no a través de estudios, sino en lo cotidiano y nos permitiría que el paciente con esta enfermedad que es asintomática y sintomática -a veces se duda qué puede ser- pudiera tener la posibilidad de detectar la enfermedad en forma temprana para colaborar y evitar problemas graves al ciudadano, pero también los gastos asociados en el sistema de salud.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- Muchas gracias por su comparecencia; muy bueno su aporte.

Voy a hacerle una pregunta porque sé que el ministro tiene arriba del escritorio un posible decreto sobre enfermedades celíacas. ¿No será este? ¿Tú hablaste con él? Porque la otra vez estuve hablando con él y me dijo: "Tengo arriba del escritorio lo de enfermedades celíacas y probablemente saque un decreto".

SEÑOR REPRESENTANTE GIANOLI (Gabriel).- Nosotros le acercamos al ministro varias consultas entre ellas el censo; también al director general de salud. Además, a través de alguien que hoy cumple otra función, que es el ministro García, pero es de quien heredé todos estos temas, porque manejaba todo esto de los pacientes celíacos en la Cámara de Diputados y después en el Senado, se le acercó este proyecto. Quizás vaya en la línea de lo que habíamos conversado con la diputada Lustemberg de que se trababa de un decreto que incluyera en las prestaciones del PIAS esta posibilidad, pero desconozco si va por ahí.

Como dije anteriormente, lo que tratamos con este proyecto es empezar a darle señales a los pacientes celíacos que son tres muy claras: la económica, la detección temprana y la que tiene que ver en lo referente al Mides y por sobre todo para aquellos que están al norte del Río Negro, que cuando a uno lo llaman y escuchamos diversas situaciones termina siendo preocupante. Hay familias numerosas. En una escuela nos avisan que eran las maestras quienes brindaban la dieta a dos niños, porque obviamente en casa de siete hijos la harina es parte de la dieta de todos los días.

Me quedo por ahí, pero no tengo certezas de eso.

SEÑORA REPRESENTANTE PÉREZ BONAVITA (Silvana).- Teníamos conocimiento previo de este proyecto porque Cuando el señor diputado Gianoli nos presentó este proyecto lo firmamos con mucho gusto y sin dudarlo, en señal de apoyo.

Como bien dijo él, se trata de un tema muy relevante en nuestra sociedad, pero es muy difícil encontrar el ángulo desde dónde poder aportar desde el Parlamento en tal sentido.

Lo que comentó el señor diputado en su presentación sobre esta tarjeta que puede llegar a surgir realmente me dio mucha esperanza porque la gente necesita tener algún precio diferenciado en estos productos de alto costo. Este es otro paso que, si se diera, sería muy importante para esta población.

Con respecto al proyecto, entendemos que es algo necesario y que sería bueno tratarlo cuanto antes. Por supuesto -si es necesario-, quedamos a disposición ante posibles sugerencias para recibir delegaciones a efectos de que se expidan al respecto. La idea es poner el tema en agenda. Si fuera por mí, esto estaría próximo a ser votado.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Agradezco la exposición del señor diputado Gianoli porque me consta su particular interés en este tema desde el inicio de esta legislatura. Comparto toda la complejidad que tienen los pacientes celíacos -algo que no es de ahora-, desde el tema económico hasta que no hay erogaciones fiscales para el acceso a esto.

Yo fui subsecretaria de Salud Pública, y debo decir que nunca eludí las responsabilidades que tuve en mi función pública. Sé que hubo temas que no fueron resueltos. Por lo tanto, quiero que esto conste en la versión taquigráfica; no tengo ningún problema. Lo digo antes de que alguien me recrimine: "Ustedes no lo resolvieron". Esto no sucede en este ámbito, y lo expreso para que conste en la versión taquigráfica. Estoy mirando al señor diputado Lorenzo. No sucede en este lugar, pero en muchos lugares sí pasa. Por lo tanto, siempre me gusta dejar claras las responsabilidades asumidas, las que no pude llevar adelante, y en las que estoy dispuesta a colaborar.

Con respecto a la canasta del Mides, en su momento, solicité un acceso a la información que nunca me fue contestado respecto a las dificultades que tenían los pacientes con esta enfermedad y cómo los de mayor vulnerabilidad -sobre todo- deberían tener un refuerzo en la calidad de los alimentos, por la magnitud que tiene esta patología.

De todos modos, creo que -esto es algo que ya hablé con el señor diputado Gianoli, y todos me escucharon-, más allá de que el carné pase al Control de Salud -eso es algo para corregir, nada más-, deben ser consultadas las autoridades. Entiendo que lo que se quiere legislar es la incorporación al Plan Integral de Atención a la Salud. Además, que la detección de los anticuerpos antitransglutaminasa tisular forme parte de los estudios de rutina y se incluya en el PIAS es competencia del Poder Ejecutivo. Las prestaciones al PIAS se incluyen por decreto del Poder Ejecutivo o más habitualmente por ordenanza del MSP. Creo que ya hablamos sobre recorrer ese camino. Entiendo que el señor diputado lo recorrió, pero en esta Comisión tenemos la obligatoriedad -por lo menos- de convocar a las autoridades competentes para llegar a esta situación.

La inclusión en el PIAS tiene costo. Además, puede implicar un incremento del valor de la cápita que se le pasa a los prestadores que tienen socios por el Fonasa. Entonces, el valor de la Cuota Salud puede cambiar. Por eso el señor diputado Lorenzo hizo esa apreciación.

Como bancada del Frente Amplio no nos vamos a oponer a esto. Creo que es un tema que hay que arreglar entre el Ministerio de Economía y Finanzas -como siempre- y el Ministerio de Salud Pública.

Desde el punto de vista sanitario, también quiero hacer algunas apreciaciones para aportar al proyecto. Luego, cuando llamemos a los especialistas, quizás haya cosas para corregir.

La detección de anticuerpos no es un test que se utilice para el *screening*. Ya vimos lo que es el *screening*: estudios para detectar una enfermedad asintomática, y es lo que entiendo que se quiere hacer con este proyecto de ley de artículo único. No solo habría que modificar la cápita del Fonasa, sino que su incorporación me parece que no se usa como test de *screening* hasta la evidencia que yo manejo en este momento.

En el portal de la Fundación Internacional de Enfermedad Celíaca se explica en qué pacientes se debería practicar el test de anticuerpos.

Con respecto a los test de anticuerpos, la Fundación dice: "Un simple test se puede usar para diagnosticar la enfermedad celíaca. Las personas con enfermedad celíaca que comen gluten, tienen anticuerpos elevados en sangre contra el gluten, porque lo consideran una amenaza para el organismo. Recordemos que la enfermedad celíaca es una enfermedad autoinmune. La persona a la que se le realice el test tiene que estar alimentándose con una dieta rica en gluten, porque de lo contrario, no aparecen los anticuerpos". O sea que acá ya hay una primera pregunta. ¿Para qué hacer el test a todos los que dice el proyecto? Esto es algo para consultar. Si alguno tiene enfermedad celíaca, tiene síntomas si está alimentándose con alimentos con gluten.

La Fundación también explica en qué pacientes debería realizarse el test de detección de anticuerpos. Acá quiero ser precisa porque estas deberían ser las indicaciones: "Niños mayores de 3 años que tengan síntomas de enfermedad celíaca", y este requisito se encuentra subrayado. O sea que, según la Fundación Internacional, no se debe testear a niños asintomáticos. También se debe testear a los familiares de pacientes con enfermedad celíaca y a pacientes con otras enfermedades autoinmunes. En esas personas, la sensibilidad del test al que hacemos mención es del 93 %. O sea que en el 93 % de las personas que estén comiendo una dieta con gluten, el test da positivo cuando tienen enfermedad celíaca. Además, tiene un 96 % de especificidad. Por lo tanto, en el 96 % de los pacientes que no tienen la enfermedad, da negativo.

Según la última evidencia que nosotros manejamos de la Fundación Internacional de Enfermedad Celíaca -con actualización a 2022-, nos dice que el método de *screening* a todas las personas no sería lo adecuado como política de intervención de Salud Pública.

Aconsejo escuchar a los expertos porque quizás tienen evidencia más actualizada de la que nosotros manejamos al día de hoy. Entendemos que es un tema que hay que dimensionar, pero desde las prioridades que tiene el Poder Ejecutivo.

SEÑOR REPRESENTANTE GIANOLI (Gabriel).- Agradezco a todos la oportunidad de exponer sobre este proyecto de ley. Sucede que si no ponemos el tema arriba de la mesa, se sigue dilatando y no se buscan soluciones.

El proyecto tenía una intención mucho mayor, pero en el entendido de que algo saliera lo teníamos que hacer bien corto. Con el doctor Tchekmedyan entendimos que era este el planteo. Se pueden imaginar que si agregamos la biopsia, ven ese término, y adiós proyecto. Entonces, la idea era poner el tema aquí.

Me parece bueno convocar al doctor Asadur Tchekmedyan porque es un experto. Él conoce el tema y trabaja muchísimo al respecto. Por supuesto, también sería conveniente invitar a las autoridades del Poder Ejecutivo. Ya nos pasó hace pocos días que fuimos con un proyecto y tuvimos un decreto rápido.

Entonces, me parece que por lo menos cumplimos con la sociedad y con esta población que tiene todas las contras. Aquel que es celíaco, primero, no sabe que es

celíaco. Después, cuando lo sabe, no tiene los medios para sostener la dieta. Luego, aquellos con daño irreversible se transforman en una complicación enorme.

Reitero: les agradezco esta oportunidad, y estoy abierto a todo. Creo que a veces uno va entrando en esto y pone la inteligencia práctica a la orden. La idea es que salga algo y que se pueda avanzar.

En relación a lo del principio -porque todo es costos-, también me gustaría que no quedara en el aire que la Comisión de Hacienda ya recibió al Ministerio de Economía y Finanzas ante el planteo de una tarjeta libre de gluten. Si empujamos entre todos, quizás podamos encontrar una solución.

¿Qué sucede con esto? Desde la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud se habla de programas integrales de prestaciones, pero los celíacos no están comprendidos. Y todo el mundo, dice: "Es poca población. ¡Es poca gente!". Si es tan poca, resolvámoslo.

Sería bueno encontrar una solución para todas estas personas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Es importante el proyecto.

En la asistencia médica -sobre todo en el interior del país- uno ve que hay un aumento de casos; no sé si se estudian más o si es más fácil detectarlos. Hay aumento de cantidad de pacientes celíacos, tanto de niños como de adultos. Inclusive, hay pacientes con peso aumentado. Aunque considero que celíacos gordos no existen, algunos hay.

Como vamos a citar al señor director general de la Salud para conversar sobre el proyecto de ley relativo al cáncer de próstata y los antígenos, podríamos incluir este proyecto también. Asimismo, vamos a hablar con el doctor Asadur Tchekmedyan.

Mantendremos informado al señor diputado Gianoli y, en todo caso, lo invitamos a la Comisión para escuchar los informes.

Se levanta la reunión.

≠