



CÁMARA DE REPRESENTANTES
XLVII. Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 1601 de 2013

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

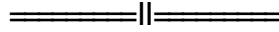
ASSE

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 7 de mayo de 2013

(Sin corregir)

- Presiden:** Señores Representantes Daniel Bianchi, Presidente y Berta Sanseverino, Vicepresidenta.
- Miembros:** Señores Representantes Antonio Chiesa Bruno, Ivonne Passada y Daniel Radío.
- Delegados de Sector:** Señores Representantes José Bayardi, Carlos Gamou y Rodrigo Goñi Romero.
- Asisten:** Señores Representantes Gerardo Amarilla, José Carlos Cardoso, Aníbal Pereyra, Pedro Saravia Fratti, Horacio Yanes, Edgardo Rodríguez y Mario García.
- Invitados:** Por el Ministerio de Salud Pública: doctora Susana Muñiz (Ministra), profesor doctor Leonel Briozzo (Subsecretario); doctora Elena Clavel (Directora del Sistema Integral de Salud); doctora Marlene Sica (Directora General de Salud); doctor Ariel Rodríguez (Director General de Secretaría); doctora Pilar González y Santiago Pérez (Adjuntos a la señora Ministra), doctor Ceibal Carbajal, José Luis Varela (Director de Comunicaciones) y procurador Daniel González (Adscripto).

Por ASSE: doctora Beatriz Silva (Presidenta de Directorio); doctor Enrique Soto (Vicepresidente); doctor Marcelo Sosa (Vocal); señor Alfredo Silva (Representante de los trabajadores para el Directorio); señor Wilfredo López (Representante de los usuarios para el Directorio); doctora Alicia Ferreira (Gerente General); doctora Cecilia Greif (Unidad de Negociación); doctor Martín Esposto (Asesor Legal de Directorio); licenciada Estela Harispe y Teresa Grimoldi (Asistentes a Presidencia de Directorio).



SEÑOR PRESIDENTE (Bianchi).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Diputados tiene mucho gusto en recibir al señor Subsecretario de Salud Pública, doctor Leonel Briozzo, a la Directora del Sistema Integrado de Salud, doctora Elena Clavell, a la Directora General de Salud, doctora Marlene Sica, al Director General de Secretaría, señor Ariel Rodríguez, y a los adjuntos, señora Pilar González y los señores Santiago Pérez, Ceibal Carbajal y Daniel González.

Asimismo, le complace recibir al Directorio de ASSE, integrado por su Presidenta, doctora Beatriz Silva, el señor Vicepresidente, doctor Enrique Soto, el vocal, doctor Marcelo Soca, el Representante de los Trabajadores para el Directorio, señor Alfredo Silva, el Representante de los Usuarios para el Directorio, señor Wilfredo López, la Gerenta General de ASSE, doctora Alicia Ferreira, la representante de la Unidad de Negociación, doctora Cecilia Greif, el asesor legal del Directorio, doctor Martín Esposto, la adjunta a la Presidencia del Directorio, licenciada Estela Harispe, y la Asistente de la Presidencia del Directorio, señora Teresa Grimoldi.

Esta era una visita muy esperada. De ahí la amplia concurrencia de los señores legisladores. Hemos enviado varias preguntas. La delegación, en primera instancia, realizará una presentación, por lo que le damos la palabra al señor Subsecretario.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Para nosotros es un gusto concurrir a esta Comisión, ya que también estábamos expectantes de esta visita.

El objetivo principal de nuestra concurrencia es el de presentar al nuevo equipo que dirige el Ministerio de Salud Pública, encabezado por la Ministra, la doctora Susana Muniz, quien no se encuentra presente debido a que está en una reunión oficial con el Presidente de Venezuela, firmando un convenio de colaboración bilateral, el cual es muy importante para nuestro país. Esa es la razón por la que la señora Ministra llegará a la Comisión más tarde.

De todos modos, eso no es un obstáculo para presentar al nuevo equipo que está llevado adelante las tareas de Dirección en el Ministerio.

En ese sentido, quiero presentar a la doctora Marlene Sica, que es la nueva Directora General de Salud, al contador Ariel Rodríguez, que es el nuevo Director General de Secretaría, y a la técnica Elena Clavell.

También quiero destacar que contamos con la presencia en pleno del Directorio de ASSE, que es una visita muy esperada por los miembros de la Comisión, lo cual nos complace en gran medida. Por supuesto, esa delegación está encabezada por la Presidenta del Directorio, la doctora Beatriz Silva.

Estamos dispuestos a aclarar todas las dudas que se planteen. Quiero aclarar que la presentación inicial será realizada por la señora Ministra cuando se haga presente, ya que es personal y refiere a los lineamientos generales.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión envió varios oficios con algunas preguntas.

SEÑOR CHIESA.- En primer lugar, quiero agradecer la presencia del señor Subsecretario de Salud Pública, de las demás autoridades del Ministerio y de los integrantes del Directorio de ASSE.

Los integrantes de la Comisión estamos preocupados por una cantidad de temas, que yo resumí en siete preguntas y que voy a transmitir a la delegación presente.

La primer pregunta sería la siguiente: ¿Cómo lleva a cabo el Ministerio de Salud Pública la inspección de los servicios de salud, tanto públicos como privados, a fin de controlar el cumplimiento de la normativa vigente en materia sanitaria, el cumplimiento de protocolos de atención, etcétera? En ese sentido, deseamos saber, concretamente, con cuántos funcionarios cuenta el cuerpo inspectivo del Ministerio de Salud Pública para todo el país, a fin de realizar esta importante e imprescindible tarea de prevención del incumplimiento de la normativa vigente.

Asimismo, deseamos saber con qué personal especializado cuenta, como por ejemplo médicos legistas, para analizar e investigar los casos que se denuncian, como el que nos ocupan.

La segunda pregunta es: ¿Qué tipo de controles se efectuaron desde el observatorio de recursos humanos, y que fueron informados por el señor Subsecretario cuando concurrió a la Comisión de Salud Pública del Senado, en los casos de pública notoriedad, como el de Paso de los Toros? Esta pregunta está referida a lo manifestado por la señora Ministra en la Comisión de Salud Pública del Senado.

La tercera pregunta es: ¿Qué tipo de controles se efectúan a los recursos humanos antes de las designaciones y/o contrataciones, tanto en ASSE como en el Ministerio de Salud Pública?

Por otro lado, como legislador del departamento de Tacuarembó, y atendiendo a lo ocurrido en el Hospital de Paso de los Toros, que conmocionó a la opinión pública, quiero hacer la siguiente pregunta: ¿Por qué el Ministerio de Salud Pública -o ASSE- no tomó la iniciativa de dar información de los hechos acaecidos y solo salió a la opinión pública cuando se dieron a conocer por parte de la prensa local?

La quinta pregunta es la siguiente: ¿Por qué motivo se relevó al Director del Hospital de Paso de los Toros antes de que concluyeran la investigación administrativa dispuesta? Asimismo, quisiéramos saber si se le efectuó algún sumario, habida cuenta de que el Ministerio reconoció que fallaron determinados mecanismos. ¿Acaso, además del relevo, no correspondía el inicio de un sumario administrativo para determinar eventuales responsabilidades en su carrera funcional?

La siguiente pregunta es: ¿Qué otras medidas se han tomado respecto del resto de los funcionarios intervinientes el fatídico día de la muerte de la paciente en Paso de los Toros?

Para finalizar, quisiera recordar la concurrencia del entonces Ministro Venegas y del señor Subsecretario, el doctor Briozzo, a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social el 22 de marzo de 2012. En esa oportunidad el doctor Briozzo anunció que se tomarían seis medidas con respecto a los hechos ocurridos con los llamados “enfermeros asesinos”. Pero como ya ha transcurrido más de un año desde que se realizó ese anuncio, quisiera saber cuáles fueron las medidas tomadas, qué grado de implementación poseen y qué evaluación se ha hecho de su cumplimiento.

SEÑOR AMARILLA.- En primer lugar, deseo saludar al equipo del Ministerio, encabezado por el señor Subsecretario, y a los jefes de dicha Cartera y de ASSE.

En el mes de febrero de este año realizamos un planteo a raíz de la implementación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, aprobada por este Parlamento, que legaliza los procedimientos para realizar abortos.

En ese sentido, quisiera hacer algunas consideraciones, ya que después de este tiempo se fueron agregando algunos otros elementos a la lista de temas vinculados a esta área. Y esa es la razón por la que deseábamos contar con la presencia del señor

Subsecretario, ya que ha tenido una destacada participación en la implementación de esta ley, sobre todo, en el Decreto Reglamentario, el cual fue cuestionado y recurrido por organizaciones no gubernamentales y profesionales. Estas organizaciones y profesionales reclamaron, sobre todo, la extralimitación -con lo que coincido- en cuanto a lo que establece la ley, que el Decreto regula con mayor ampliación, sobre la objeción de conciencia. Estas personas, a través de los medios de prensa, profesionales e, inclusive, académicos, han planteado serios reclamos, cuestionando el manejo del Ministerio de Salud Pública y, particularmente, del señor Subsecretario, teniendo en cuenta algunas declaraciones relativas a aquellos profesionales que ejercían la objeción de conciencia que, en algunos casos, fueron discriminatorias.

El tercer tema tiene que ver con la información sobre los datos del Registro que establece la ley. Todavía no tenemos formalmente una definición clara de los procedimientos de aborto realizados en el país. Hay algunas declaraciones de prensa un tanto ambiguas sobre el número, que dista mucho de lo que se proclamaba aquí como cantidad de abortos realizados en el país. Queremos saber si hay alrededor de 27.000 abortos que se hacen fuera del sistema o si los números brindados anteriormente eran distantes de la realidad y eran solo para justificar la aprobación de la ley.

Las situaciones dadas en el marco de la aplicación de la ley -que fueron noticia de prensa porque hubo casos en Maldonado, en Canelones y en Salto-, de alguna forma, denuncian cierta deficiencia en la aplicación del sistema previsto. Particularmente, queremos conocer la evolución de los legrados en el sistema público de salud desde enero hasta el presente.

También nos gustaría saber los datos sobre la importación e indicación de Misoprostol; parece que no se está indicando ese medicamento para problemas digestivos sino para la interrupción del embarazo. ¿Hay datos fehacientes sobre la importación de este medicamento y su distribución en el país?

SEÑOR GARCÍA (don Mario).- Puntualmente, hemos convocado a las autoridades de ASSE por un hecho ocurrido en Minas; me refiero al fallecimiento de un niño al nacer, algo que tomó estado público y que causó conmoción en nuestra ciudad. Aclaro que la respuesta de la autoridad del centro asistencial llamó la atención.

En definitiva, queremos saber en qué fecha las autoridades de ASSE tomaron conocimiento de lo acontecido en el Hospital de Minas, si se dispusieron investigaciones y si hubo resultados. Pretendo saber si están en conocimiento de que se hayan dispuesto investigaciones internas en el mencionado nosocomio. También me gustaría saber si se tomaron medidas con los profesionales actuantes en la oportunidad, a efectos de tranquilizar a la población y para que este tipo de acontecimientos no se vuelva a repetir.

Nosotros sabemos que el Director del Hospital dijo que esto había sido producto de un óbito. Por lo tanto, queremos saber si esa evaluación surge en forma inmediata o después de una investigación. En las declaraciones que escuchamos, nunca quedó claro si se hizo alguna investigación. Por eso, es fundamental para nosotros saber cuándo tomaron conocimiento de este hecho las autoridades de ASSE; lo digo porque, aparentemente, esto sucedió unos cuantos días antes de que tomara estado público y de que nosotros nos enteráramos.

SEÑOR RADÍO.- A la luz de las preguntas de los colegas y de la presencia de la señora Ministra -que será inminente- y su planteo, recuerdo que pedimos al Directorio de ASSE que opinara sobre un proyecto de ley. Parece claro que no es prioritario pero, en todo caso, nos gustaría conocer su impresión.

SEÑORA PASSADA.- En nuestro poder tenemos un remitido con los distintos oficios que se enviaron al Ministerio, y creo que lo mejor sería que los respondieran porque allí figuran todas las interrogantes planteadas por escrito. Eso nos facilitaría el trabajo a los miembros de la Comisión.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Empezaremos, entonces, refiriéndonos al remitido por Oficio N° 70, de 5 de marzo de 2013, en el que se plantean tres temas: “Evaluación final sobre la investigación y las medidas tomadas de los decesos ocurridos en diferentes instituciones médicas involucrando a varios enfermeros de las mismas.- Situación del Hospital del departamento de Colonia. Opinión del Directorio de ASSE sobre el proyecto de ley a estudio por el que se modifican disposiciones de la Ley N° 18.161, de 29 de julio de 2007, relativas a la integración a ese Directorio del Consejo Asesor Honorario Nacional y de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, cuyo repartido se adjunta al presente mail”.

No entendemos exactamente a qué se refiere el primer tema, específicamente la frase relativa a “los decesos ocurridos en diferentes instituciones médicas involucrando a varios enfermeros de las mismas”, por lo que pediríamos que se explicitara.

SEÑOR CHIESA.- En realidad, se refiere al famoso caso de los enfermeros asesinos que tanto conmocionó a nuestro país hace aproximadamente más de un año, lo que tiene que ver con algunas de las preguntas que hemos acercado al señor Subsecretario.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Entonces, ese tema se complementa con las preguntas que nos alcanzara el señor Diputado Chiesa, recordando que en oportunidad de la concurrencia del señor Ministro Venegas a esta Comisión de Salud Pública y Asistencia Social el día 22 de marzo, quien habla anunció seis medidas a tomarse frente a los hechos ocurridos por los llamados “enfermeros asesinos” -entre comillas-, por lo que transcurrido más de un año de ese anuncio desea saber cuáles fueron las medidas tomadas, qué grado de implementación poseen y qué evaluación se ha hecho de su cumplimiento.

Como ustedes saben, desde el punto de vista jurídico el proceso sigue su devenir, con diferentes alternativas que no han dejado de asombrar a la opinión pública y también a nosotros.

Vamos a centrar nuestra respuesta en las acciones que hemos llevado adelante desde el Ministerio de Salud Pública desde el año pasado hasta la fecha.

Cuando informamos las seis medidas en la Comisión a la que concurrimos con el entonces Ministro Venegas, planteamos dos niveles. Por un lado, recordarán que al día siguiente a que se conocieran los incidentes ocurridos en la Asociación Española y en el Hospital Maciel, el Ministerio desarrolló un plan de impacto frente a la emergencia sanitaria y a la crisis de confianza en el sistema y se plantearon seis medidas. La primera fue decretar una investigación administrativa en las dos unidades involucradas, para evaluar el funcionamiento y para hacer el análisis de la mortalidad histórica y en el período analizado. La segunda fue la creación de la Unidad de Información y Apoyo a la Población, integrada por el Ministerio de Salud Pública, en coordinación con ASSE y la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, para que diera información veraz sobre los hechos ocurridos en las unidades y en las guardias en las que habían actuado los enfermeros en aquel momento procesados. Se planteó, entonces, un apoyo psicológico para las familias de las potenciales o eventuales víctimas y orientación para las denuncias e investigaciones. La tercera medida fue evaluar las condiciones de seguridad e higiene laboral, lo que implicaba incorporar criterios de evaluación de

personal al ingreso a su actividad, todo lo que tenía que ver con la salud laboral y la prevención del “burnout” en las áreas cerradas, el apoyo psicológico a los equipos que se estaban capacitando y el cambio en las condiciones de trabajo. En cuarto lugar, se planteaba crear una Comisión “ad hoc” para elaborar una estrategia y formar una Comisión Nacional de Seguridad del Paciente, que manejara las auditorías y los casos de eventos centinela, con un sistema de comunicación facilitado de las conductas disruptivas, que procesara el cambio de cultura a la autorresponsabilidad de las unidades cerradas y luego en todo el sistema, así como un sistema de comunicación eventual de casos sospechosos, la capacitación y sensibilización de todo el equipo de salud en las unidades cerradas como CTI, cuidados intermedios y luego del resto, y pautas nacionales para el tratamiento al final de la vida. La quinta medida del Plan de Impacto era la auditoría y habilitación de todas las unidades de cuidados especiales y en sexto lugar se preveía una consultoría internacional.

Debo decir que este plan se cumplió y ya fue cerrado y evaluado como muy positivo. Creemos que el Plan de Impacto fue la respuesta más adecuada que pudo dar el Ministerio de Salud Pública frente a una situación dramática, como la que se generó. Independientemente de si en realidad hubo enfermeros que actuaron asesinando pacientes -lo que está en la órbita de la Justicia-, lo que nosotros entendimos en aquel momento fue que eso generaba una crisis potencial de confianza que podía afectar a todo el sistema -como en parte lo ha hecho-, ya que se han incrementado bastante los tiempos de internación en los cuidados intensivos, lo cual hace que frente al próximo invierno tengamos una situación muy compleja de evaluar por el déficit relativo de camas de internación.

Creemos que en aquel momento se actuó de manera adecuada con estas seis medidas y, rápidamente, voy a referirme al balance del primer punto, es decir el decreto de la investigación administrativa. Esta se llevó adelante y, tal cual lo planteamos en una de las Comisiones parlamentarias a las que fuimos citados el año pasado, no se demostró un incremento de la mortalidad en ninguna de las dos unidades donde acontecieron los supuestos hechos delictivos

(Ingresa a Sala la señora Ministra de Salud Pública y asesores)

—Llegó la señora Ministra de Salud Pública, por lo que puedo terminar de brindar esta respuesta para que ella haga uso de la palabra.

La Unidad de Información y Apoyo a la Población se creó y fue llevada adelante en el marco de la Digesa por la técnica Elena Clavell, quien puede plantear las principales conclusiones.

SEÑORA CLAVELL.- Lo que hicimos, en primer lugar, fue reforzar la propia Unidad, que habitualmente no atiende público de manera directa sino en segunda instancia, luego de que los reclamos de los usuarios no son resueltos adecuadamente o a su satisfacción en las unidades de atención de las propias instituciones. Por lo tanto, rápidamente reforzamos el personal, brindando una capacitación y un apoyo con el equipo de Dirección de Salud Mental del Ministerio, para que esos funcionarios pudieran realizar la recepción adecuada de las situaciones que iban a enfrentar, que no son habituales en el tratamiento de los casos que ellos atienden. Se hizo un convenio con el equipo de crisis de la Facultad de Psicología para que pudieran derivarse a ellos los casos de usuarios que así se entendiera pertinente, y en conversación con la familia y los usuarios denunciadores se detectara la necesidad de un apoyo psicológico especial. A la vez, se reforzaron los equipos de actuación de médicos peritos del propio Ministerio y se trabajó en un convenio con el Fondo Nacional de Recursos, que está realizando auditorías a pedido del Ministerio, para darles mayor resolución en tiempo. Luego esas auditorías son

vistas por nuestros médicos legistas y es ahí donde se da el dictamen final, pero el Fondo Nacional de Recursos realiza el primer peritaje.

Por otra parte, se está aplicando un convenio que existía de hecho con la Facultad de Medicina y que ahora se está terminando de formalizar por escrito, que tiene que ver con el apoyo de las Cátedras en caso de situaciones muy específicas en las que se necesitan técnicos especialistas para determinados casos, ya que desde el punto de vista del Ministerio sería verdaderamente ineficiente contratar esos técnicos. Por eso la estrategia ha sido, tanto con el Fondo Nacional de Recursos como con la Facultad de Medicina, que el propio país vaya resolviendo las situaciones que necesita en acuerdo con los lugares en que se encuentran los técnicos.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Con respecto al punto tres, relativo a las condiciones de seguridad e higiene laboral, se hicieron intervenciones en las Comisiones paritarias de ambas instituciones y el equipo de salud mental del Ministerio -en particular el Programa de Salud Mental- trabajó con los equipos de salud involucrados en las dos instituciones.

Con respecto al cuarto punto del Plan de Impacto, debo decir que se creó la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente, por ordenanza Nº 349, y por primera vez se crea en el Uruguay la Comisión Nacional de la Estrategia de Seguridad del Paciente -que por ahora tengo el honor de presidir-, que desarrolló un plan específico en unidades de cuidados intensivos, en todo el país, con seis objetivos. El primero de ellos se refería a profesionalizar los equipos de salud. Esto se ha cumplido y hoy, a un año, tenemos cursos de capacitación y sensibilización en seguridad del paciente en todos los CTI del país, en los que han participado más de seiscientos profesionales de la salud de todas las procedencias, tanto pública como privada.

Con respecto al desarrollo de la cultura de control y autorresponsabilidad del equipo, hemos trabajado mucho en lo que se denomina las conductas disruptivas, que son las conductas anómalas que se dan en el equipo de salud y que pueden alertar en cuanto a condiciones que pongan en riesgo la seguridad de los pacientes. Estamos trabajando con la encuesta mundial más grande de conductas disruptivas, con diez mil formularios que van a ser tenidos en cuenta en una investigación en de junio de este año, que trata de evaluar esas conductas, tanto activas como pasivas, que pueden implicar disrupciones en el equipo de salud y, por lo tanto, rotura de la calidad asistencial a los pacientes.

El tercer punto del Plan de la Estrategia Nacional, es un proceso de controles externos al equipo de salud, que se está desarrollando por intermedio de las auditorías.

En cuarto lugar, estamos trabajando en un cambio del sistema de trabajo en el equipo de salud en las áreas cerradas, fundamentalmente, con la Comisión Honoraria de Cuidados Intensivos, en diseñar estrategias que den mayor continuidad asistencial y no tantas guardias para los profesionales y el personal de enfermería.

En quinto término, se propone el monitoreo y el control de recursos humanos, además de la prevención de la demandabilidad. La Comisión Honoraria de Medicina Intensiva lleva adelante un control muy bueno. El próximo mes se van a presentar los resultados; se evaluó a más de cincuenta mil pacientes.

En sexto lugar, planteamos instrumentar un programa de cuidados paliativos al final de la vida. Como todos saben, este era un déficit que existía en el sistema asistencial y desde el punto de vista programático en el Ministerio de Salud Pública. Esto ya se ha creado, es decir que existe el programa de cuidados paliativos dentro del Departamento de Programación Estratégica de Salud de la Digesa que está trabajando con todas las instituciones públicas y privadas.

En cuanto al quinto punto del plan de impacto, cabe aclarar que las auditorías en los CTI se llevaron adelante, y ya se dieron los resultados.

El sexto punto del plan de impacto refiere a la consultoría externa llevada adelante por la OPS y la OMS durante el año pasado, cuyas conclusiones ya fueron planteadas oportunamente.

Con respecto a la situación generada, creemos firmemente que frente a lo que podía haber sido, sobre todo, en cuanto al impacto social que tuvo la posible presencia de asesinatos en el sistema de salud, las medidas tomadas fueron integrales, articuladas entre sí, lo que permite visualizar la situación entorno a la seguridad del paciente, en principio en las áreas de cuidados críticos pero las vamos a extender -ahora estamos trabajando en la parte perinatal- de una manera cualitativamente superior a la forma de trabajo existente cuando ocurrieron estos hechos. De alguna manera, se aprovechó la oportunidad que se planteó frente a esta situación para dar una respuesta que mejora cualitativamente la calidad del sistema con respecto a lo que había antes.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Antes que nada, quiero pedir disculpas por llegar más tarde a esta reunión. Estaba asistiendo a la firma de un convenio con Venezuela y se retrasó el protocolo. No había previsto que se podía retrasar tanto.

Si no hay inconveniente, me parece bien que sigamos con la dinámica que ya se había planteado y al final -si los señores Diputados tienen disposición- me gustaría que me escucharan un ratito para presentar un plan de trabajo.

En cuanto al tema del Hospital del departamento de Colonia, va a contestar la señora Presidenta del Directorio, Beatriz Silva.

SEÑORA SILVA.- Muchas gracias por recibirnos en esta convocatoria.

A fines del año pasado, por distintas razones, por no habernos puesto de acuerdo con las agendas, no pudimos concurrir. Después, hubo cambio de Ministro, y hoy estamos aquí todos los integrantes del Directorio para opinar con respecto a algunos temas.

En cuanto al Hospital de Colonia, podemos hablar de dos grandes temas y de algunos de los problemas que últimamente han surgido, fundamentalmente, en el funcionamiento de la emergencia del Hospital, por diferentes motivos. El Directorio en pleno recibió a un grupo de médicos que vinieron del Hospital acompañados por representantes del Sindicato Médico del Uruguay y de la FEMI. Hicieron sus planteos y dieron las respuestas del equipo de gestión del Hospital. En ese entonces, se tomó una decisión y se les comunicó a los médicos que debían definir a la brevedad un llamado para la encargatura de la jefatura del servicio de emergencia. Se hizo una convocatoria que fue dificultosa. Algunas de las personas que son de esa zona saben que no hemos podido cubrir ese puesto. Había un médico que cumplía la función de guardia interna y desempeñaba el cargo de jefatura, que era muy importante, pues consolidaba la actividad general de ese servicio en toda la semana. Seguiremos apostando a cubrir el puesto de jefatura de la emergencia.

En cuanto a la anestesiología, el departamento entero tiene dificultades. Cuando ASSE definió el fortalecimiento de los cargos de alta dedicación para las disciplinas escasas, tomó la decisión y otorgó al Hospital de Colonia un cargo de alta dedicación en anestesiología que, por distintas razones y por un desempeño inadecuado del profesional que ocupaba ese puesto, no pudimos hacer que el servicio se brindara con el esfuerzo presupuestal que ASSE había asignado en ese momento.

En el programa de fortalecimiento de recursos humanos del sector salud se acordó la designación, el nombramiento y el financiamiento de una segunda cátedra de anestesiología -que básicamente funcionaba en los Hospitales Pereira Rossell y Maciel- con grados 2, 3 y 4, que permitió ampliar en veinte el número de residentes que ingresan a la disciplina en el año 2009. En el último año se han mantenido conversaciones con el grado 5 de la especialidad, a fin de buscar un especialista que pueda radicarse y cumplir las funciones de anestesiología y de docente, además de recibir residentes en ese hospital. Hasta este momento, por distintas razones, no hay profesionales que estén dispuestos a ocupar ese puesto, aunque el presupuesto para la contratación de las horas que tiene ASSE, se mantiene asignado al hospital.

Otras de las dificultades o preocupaciones de los médicos de puerta era la falta de cobertura en la guardia de pediatría en algunos días y horarios; había una problemática importante para cubrir la atención en urgencia y en emergencia, también en pediatría. Esta es una realidad del departamento, fundamentalmente de la ciudad de Colonia, de todos los prestadores que están repartidos aproximadamente en tercios en cuanto a la responsabilidad de cobertura en la ciudad.

En su momento, hubo algunas reuniones y gestiones para tratar de consolidar una puerta de emergencia única de pediatría, que fueron frustradas, pero con el esfuerzo de todos y un grupo de trabajo en conjunto con los representantes de la Dirección del sistema y de la Junta Nacional de Salud se ha implementado un borrador de acuerdos entre los prestadores privados -Orameco, Médica Uruguaya, el Hospital Evangélico- y ASSE para realizar la cobertura, en una primera etapa, mediante la modalidad de venta de servicios con un arancel preacordado, que funciona la puerta en diferentes lugares y, en una segunda etapa, cuando el nuevo hospital de Colonia finalice la obra, la puerta de emergencia de pediatría y la maternidad funcionarán en este nuevo lugar. Esto está bastante avanzado e, inclusive, en las últimas reuniones se han hecho acuerdos para definir los valores, los aranceles, tanto de la guardia interna de doce horas o de veinticuatro horas, y de quiénes proveerán los servicios como de los aranceles para partos y cesáreas.

Hoy estamos en una situación un poco particular; esperamos que se resuelva por decisión de uno de los prestadores o, por lo menos, de la Federación Médica del Interior. El convenio fue acordado en todos sus puntos, inclusive, en lo que respecta a los valores por prestación en el Hospital de Colonia.

Esos son los temas que consideramos más importantes en la situación generada en el Hospital.

SEÑOR PRESIDENTE.- La señora Presidenta de ASSE nuevamente está haciendo el diagnóstico, pero seguimos con la misma realidad de hace un año. La señora Presidenta de ASSE acepta lo que digo, ¿verdad? Seguimos con doce guardias de pediatría y lo demás en las instituciones privadas. Seguimos con cuatro días de ecografía; las que no se pueden hacer se pasan a Camec, en Rosario. Seguimos con siete días de anestesia y diez días de cirugía que, además, no se coordinan entre ellos: generalmente, cuando hay cirujano no hay anestesista. Y cuando hay cirujano y anestesista, no hay circulantes de block; por lo tanto, se puede hacer alguna pequeña cirugía, si se cuenta con la buena voluntad de alguna enfermera que circule, pero no se pueden hacer cirugías importantes. Prácticamente todo se contrata en el sector privado.

En el Hospital de Colonia no hay partos. Como ustedes bien saben -por eso están haciendo el esfuerzo de hacer un nuevo hospital-, el Hospital de Colonia es un hospital departamental y regional. Reitero: en el Hospital de Colonia no hay partos. Todo se hace en las instituciones privadas o en Montevideo. Los partos de Colonia se atienden en el

Hospital Pereira Rossell. Hace pocos días, un embarazo gemelar de pretérmino, de treinta y cuatro semanas, fue atendido en una ambulancia, a quince kilómetros de Colonia. Por suerte, no pasó nada. Pero usted, como médica, sabe de la gravedad de esa situación.

Por tanto, nosotros pedimos soluciones. Sé que ustedes hacen el máximo esfuerzo, sé que es difícil encontrar personal, pero como médico y legislador de Colonia puedo decirles que en Carmelo, a ochenta kilómetros, hay guardia de pediatría las veinticuatro horas todos los días del mes, de cirugía, de anestesia y de especialidades, como ginecología y demás. De manera que creo que haciendo un esfuerzo se puede llegar a acordar.

La Presidenta de ASSE dice que no aparece la persona que debería desempeñarse como encargada de la emergencia. No aparece porque la persona que podría estar dispuesta a cumplir esa tarea teme ser responsable de cualquier tipo de accidente que pudiera ocurrir por falta de personal o de instrumental. Todos sabemos que el Hospital de Colonia tiene esas carencias.

Entonces, hay que empezar a concretar. Lo que la señora Presidenta de ASSE dice sobre el acuerdo de pediatría es un borrador, pero está lejos de concretarse; lo sabe.

Sabemos del esfuerzo que han hecho; sabemos que todos los integrantes del Directorio de ASSE han concurrido y que han recibido a los funcionarios del Hospital; sabemos que no se trata de falta de voluntad, porque han trabajado en el tema, pero tenemos que empezar a solucionar los problemas porque ustedes, como médicos y algunos como enfermeros, saben que la situación de la Emergencia del Hospital de Colonia es realmente grave, porque hay vidas de por medio.

Gracias.

SEÑOR SILVA.- Coincido con el señor Presidente en que hemos hecho los máximos esfuerzos pero, lamentablemente, lo que pasa en la ciudad de Carmelo no pasa en la ciudad de Colonia. No hay profesionales -médicos, anestesistas, cirujanos y pediatras- que estén dispuestos a trabajar en el Hospital de Colonia. Eso podrá atribuirse, en parte, a la situación de dificultad que tiene el Hospital de ASSE, pero sin duda también a otras cuestiones. Y nosotros no tenemos la posibilidad de decidir sobre las personas ni de obligarlas a que cumplan determinadas funciones. Por eso, hemos hecho y seguiremos haciendo el máximo esfuerzo para que los acuerdos ocurran. Tampoco tenemos la posibilidad de decirle a un profesional que cumple funciones cruzando la calle que se niegue a cumplir funciones en el hospital, cruzando la calle.

Este problema tiene ya mucho tiempo. En algunos casos, no está basado en la remuneración, porque lo mismo que cobran los que sí cumplen sus guardias en el Hospital de Carmelo cobrarían los que deberían cubrir las guardias en el Hospital de Colonia. Lamentablemente, no tenemos la posibilidad de definir que una persona trabaje en un lugar si no está dispuesta a hacerlo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Estamos de acuerdo con que no es una cuestión de recursos económicos: sabemos que ASSE los tiene, porque paga mucho más caro el servicio en las instituciones privadas que lo que pagaría a los profesionales de la salud.

SEÑORA SILVA.- Lamentablemente, solo con los acuerdos, con el convencimiento y consiguiendo personas dispuestas a cumplir esa función, podremos resolver este tema. No se trata de que no tengamos recursos ni la voluntad de que la solución ocurra, como está ocurriendo en otros lugares. Por ejemplo, en el caso del Hospital de Rivera -anoche llegué de ese departamento-, un Grado 2 de Anestesia que vivía en Montevideo decidió

radicarse en Rivera para lograr la descentralización de la Cátedra de Anestesiología. Estaban allí el Grado 5 con todo su "staff", que han hecho el máximo esfuerzo. También conversamos con ellos acerca de cómo resolver el problema de un candidato para cumplir con la anestesia en el Hospital de Colonia.

SEÑOR BAYARDI.- Según entiendo, la exposición de la señora Presidenta de ASSE está dirigida a poner de manifiesto los esfuerzos de ASSE para lograr concretar la integración de mis colegas y de los colegas del señor Presidente a una función en la actividad pública.

Todos sabemos que este es un tema de largo aliento y que así como ha habido colegas que se han puesto la camiseta y han respondido desde el punto de vista ético a una función social importante en su medio -acá hay colegas que así lo han hecho en distintos departamentos-, hay otros que no lo hacen. Sería importante poder transparentar e identificar cuántos colegas son dueños de cooperativas médicas del interior del país, cuántos venden servicios dentro de cooperativas médicas del interior y cuántos que son dueños y venden servicios dentro de cooperativas médicas del interior después se niegan a trabajar del otro lado de la calle. Todos sabemos que en el interior el sistema estuvo sometido durante mucho tiempo a la pajita de extracción de recursos económicos por parte del subsistema privado al subsistema público. Bastaría con averiguar en la Dirección General del Registro de la Propiedad Inmobiliaria para darse cuenta de lo que estoy diciendo, teniendo en cuenta sobre todo la parte inmobiliaria rural en el interior del país.

Reitero que la respuesta de la señora Presidenta de ASSE estuvo dirigida a mostrar los esfuerzos que se están haciendo. Obviamente, el Presidente tiene una preocupación legítima, más allá de la nacional, en tanto conoce la realidad y los colegas en su departamento. Llegará el día en que lograremos que aquellos que tienen que formar recursos humanos no le pongan la llave de paso a esa formación. Ese es un tema que también hay que discutir con la Universidad de la República, porque en este país hubo brillantes profesionales en distintas áreas de la salud en una época en que la formación de los recursos humanos, sobre todo en posgrado, no estaba limitada a una puerta de acceso que manejaban las corporaciones que, inclusive, hoy se sindicalizan por fuera de los ámbitos gremiales para defender intereses corporativos.

Digo todo esto porque me consta que se están haciendo esfuerzos; así ha quedado planteado. Creo que lo que tenemos que evaluar es que los recursos económicos están. Salvo que deseemos generar un marco legal más limitativo de la libertad de definir si se trabaja o no en determinado ámbito -aclaro que yo estaría casi de acuerdo, por motivos que no viene al caso mencionar en este momento-, tendremos que esperar si se logra que éticamente se responda a aquellas demandas de una sociedad que ha pagado por formar esos recursos humanos.

SEÑOR GAMOU.- Muchas veces nos dejamos llevar por algunas versiones estereotipadas que aparecen en la prensa, por lo que quisiera saber, concretamente, si la Dirección de ASSE o el Ministerio de Salud Pública manejan algunos indicadores desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo sobre el grado de satisfacción de los usuarios de ASSE en general a nivel de todo el país. También quisiera saber si hay alguna diferencia sustantiva con respecto al departamento de Colonia y con relación a otras instituciones privadas. Sería bueno no dejarse llevar por determinados estereotipos que aparecen en la prensa y hacer un análisis mucho más abarcativo y científico a fin de saber a dónde tenemos que apuntar. Evidentemente, señora Ministra, usted entenderá que si hay un grado de satisfacción muy alto en determinado departamento y uno sustancialmente más bajo en otro, quizá, esos sean los indicadores que deberían llamar

la atención de los prestadores de la salud que arman el desafío. Si es así, me gustaría saberlo porque acá estamos manejando titulares en cuanto a que se queja Fulano o Sultano. Por tanto, quisiera saber si hay alguna cuestión científica que permita a los legisladores formarnos opiniones, porque de lo contrario estamos hablando al grito de la tribuna.

Gracias.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- En el trabajo que traje les iba a presentar las encuestas de satisfacción de usuarios; son de ASSE en su conjunto y de ASSE con relación a otros prestadores privados. No tengo aquí la información discriminada por departamento, pero la podemos aportar después.

Si se me permite, al final de la entrevista les voy a mostrar el grado de satisfacción de los usuarios. Lo que constatarán es que, tanto a nivel público como privado, los usuarios se encuentran “muy satisfechos” y “satisfechos” y la mayor parte -en el entorno del 82%- no cambiaría de prestador. Eso se reflejó en las cifras cuando se levantó el corralito en febrero. Si me dan un tiempo, les presentaré la información ya ordenada y con los gráficos pertinentes.

SEÑOR CHIESA.- Los que tuvimos responsabilidades en el área pública, conocemos del tema de las encuestas. Nos llama la atención que, desde hace muchos años -estoy hablando de la década del noventa-, los niveles de satisfacción de los usuarios son muy altos.

Además, también sabemos que es muy importante saber de dónde se extrajo la muestra de la encuesta. No es lo mismo tomar la muestra en el Hospital Maciel o en el Pasteur que en otro tipo de hospitales. Seguramente, eso implique una variación en los números.

También llama la atención que, por lo general, los usuarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado tienen buena opinión con respecto al sistema que, además, es el que usan. Por lo general, los que mejor valoran el sistema son los que lo usan. Por eso, a veces se hace difícil extrapolar una opinión contundente con respecto a este tipo de indicadores.

Quería hacer ese aporte porque es lo que hemos vivido en el área de la Salud Pública.

SEÑOR RADÍO.- Lo que nosotros solicitamos fue que se nos informara sobre los esfuerzos que el Directorio de ASSE y el Gobierno hacen para resolver estas cosas que, francamente, valoro mucho. En todo caso, habría que ver si, dada la realidad objetiva, estos esfuerzos son o no suficientes y no andar buscando culpables. Lo digo porque no me gustaría que después de esta reunión, parece que los colectivos médicos son los responsables de estas cosas. Y estamos hablando de un país al que se llegaron a traer colectivos médicos de otro país. Si midiéramos la satisfacción de los usuarios en cuanto a cómo se limpia la basura en Montevideo, capaz que a alguien se le ocurriría traer empleados municipales de Cuba -aunque no está planteado- que estarían felices de venir a trabajar y, probablemente, de quedarse aquí.

En todo caso, lo que importa es si se ha entrado con el bisturí a fondo, si se han determinado emergencias sanitarias, si se han traído profesionales de otro país o se ha amenazado con hacerlo, pero lo que no corresponde es que, a la hora de discutir este tema, pretendamos transferir entre los miembros de la Comisión la responsabilidad de los colectivos involucrados. Lo que se quiere valorar son los esfuerzos que se hacen desde el Gobierno, que entiendo que son muy valiosos; insuficientes, pero muy valiosos.

SEÑOR GAMOU.- No tengo más remedio que dejar una constancia.

La encuesta tiene un componente cualitativo y otro cuantitativo. Es cierto que lo cualitativo siempre da lugar a hacer interpretaciones, pero lo que no podemos decir porque me parece que no tiene ningún sustento científico es que los usuarios de ASSE se encuentran satisfechos porque quizá tengan una menor capacidad de razonamiento que los que están en MP. Yo sigo confiando en que las neuronas son lo que más democráticamente se recibe. Si hay una encuesta según la cual cuatro de cinco apoyan la gestión de ASSE, por lo menos, démosle el beneficio de la duda en el sentido de que son lo suficientemente inteligentes para saber si los atienden bien o mal. No podemos suponer que como no tienen otra cosa, terminan diciendo que eso está bien.

El tema de las encuestas es muy serio y yo confío en los encuestadores de este país.

Gracias.

SEÑOR BAYARDI.- Yo evalué lo que dijo la Presidenta de ASSE sobre los esfuerzos y los bien valoré. No le pido a la Comisión que diga que los responsables son una parte de mis colegas. Yo no pido a la Comisión que diga eso. El que dice que la responsabilidad la tienen parte de mis colegas es el Diputado Bayardi -solo el Diputado Bayardi- y así lo ha dejado expresado en la versión taquigráfica y está dispuesto a discutirlo con los colegas donde sea. En definitiva, no pretendí que eso lo dijera la Comisión.

Gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero decir que sé de los esfuerzos que ustedes están haciendo, que realmente han hecho todo lo posible y que hay una dificultad. Y hablé de Carmelo porque también es de ASSE y está en el mismo departamento. Se trata de saber si podemos seguir insistiendo para solucionar los problemas. No dije que no se hubieran ocupado ni que no hay recursos. La idea es ayudar entre todos para solucionar un problema. Por eso di un ejemplo bueno y otro no tan bueno en el mismo departamento y con colegas que son todos del mismo lugar.

O sea que esta no es una crítica sino un reclamo para seguir trabajando en el tema.

SEÑORA SILVA.- Si me permite, tan es así que no solo en el departamento de Colonia sino en otros, hace ya un tiempo ASSE tenía topes de cargas horarias para algunos profesionales y los abolimos -si es ese el término justo-, permitiendo que aquellas personas que tuvieran la decisión de centralizar su actividad en ASSE así procedieran y fuimos el primer prestador que definió el llamado a cargos de alta dedicación horaria para cumplir con algunas de las disciplinas prioritarias, con un valor salarial diferente al de baja dedicación y que hoy es una meta prestacional para el sistema. Estuvimos evaluando la posibilidad de que otros profesionales de estas disciplinas del resto del departamento pudieran cumplir, como en otros casos, más de una guardia en distintas localidades. Hasta este momento, eso no ha podido ser. Seguiremos haciendo el esfuerzo. El ejemplo de Rivera nos dio buenos resultados. Trataremos de buscar algún profesional que se vaya a radicar a Colonia, esa hermosa ciudad que está cerquita de todo; a muchos les gustaría vivir allí.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Nos puede informar cómo va la construcción del nuevo hospital?

SEÑORA SILVA.- Firmamos el convenio con la Intendencia para la cesión del terreno y el acuerdo con la oficina de proyectos de Naciones Unidas para la gestión de la construcción del hospital; definimos y acordamos con el Ministerio de Economía y

Finanzas el plazo para la definición de los créditos presupuestales y los cupos financieros para entregar a la oficina de proyectos de Naciones Unidas la gestión del proyecto; acordamos y tomamos la decisión de que el saldo del préstamo italiano que estaba para la compra de equipamiento, alrededor de US\$ 4:000.000, va a estar destinado exclusivamente a la compra de equipamiento para el hospital de Colonia. Está en fase de culminación el proyecto ejecutivo para el llamado a licitación que estaría pronto en el correr de este mes a fin de iniciar las obras a la brevedad posible

En eso estamos en lo que refiere a la nueva obra del hospital.

SEÑORA RADÍO.- Quisiera saber sobre la situación del Hospital Pasteur, en el momento en que la señora Directora de ASSE lo crea conveniente.

SEÑORA SILVA.- El Oficio N° 70 refiere a la opinión del Directorio de ASSE sobre el proyecto de ley a estudio por el que se modifican las disposiciones de la Ley N° 18.161, de julio de 2007, relativas a la integración del Directorio, el Consejo Asesor Honorario Nacional y los Consejos Asesores Honorarios departamentales y locales. Cuando el Directorio recibió el planteo, la convocatoria y el proyecto de ley que había sido enviado en su momento, hubo discusiones y dificultades para lograr la agenda. Voy a hacer un planteamiento y luego los compañeros del Directorio podrán hacer su fundamentación.

Para nosotros, la integración del Directorio es parte de lo que rige nuestra función. De hecho, cada uno de los cinco miembros que fuimos designados por el Poder Ejecutivo para cumplir este rol, independientemente de las motivaciones por las que hemos sido elegidos, nos comprometimos a cumplir con lo que está dispuesto en la ley de constitución de ASSE.

El Directorio, previamente a mi llegada como Presidenta, había definido un reglamento que se aprobó a fines de 2011 y principios de 2012 para nuestro funcionamiento. En la reunión que mantuvimos consideramos que como representantes del Poder Ejecutivo en el Directorio de ASSE solamente podíamos cumplir con lo que la ley de constitución de la Administración de los Servicios de Salud del Estado define para cada uno de nuestros puestos, y que más allá de que cada uno de los cinco miembros pudiera eventualmente tener una opinión personal al respecto, no correspondía como instituto colectivo brindar una opinión diferente a la que nos comprometimos cuando asumimos nuestros cargos.

Con respecto a algunas partes de la reglamentación de los Consejos Honorarios Asesores, que también integran esta propuesta, en abril, un grupo de trabajo de colaboradores del Directorio resolvió por unanimidad aprobar una propuesta para reglamentar estos Consejos. Si los señores Diputados están de acuerdo, para no usar el tiempo en la lectura detallada de estos once artículos, dejo una copia de la resolución y los diez puntos de la propuesta para la reglamentación de los Consejos Asesores Honorarios en ASSE para que figure en la versión taquigráfica. Este es un deber que teníamos como colectivo.

Con respecto al Oficio N° 71, algunas preguntas son para el Ministerio de Salud Pública.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.- Hubiéramos querido comenzar por la primera pregunta, pero no lo pudimos hacer debido a que llegamos tarde. El gabinete está integrado por las doctoras Elena Clavell, Directora General del Sistema Nacional Integrado de Salud; Marlene Sica, Directora General de la Salud, e Inés Álvarez, Directora del Instituto Nacional de Donación y Transplante; el contador Ariel Rodríguez, Director General de Secretaría, y el doctor Luis Gallo, Presidente de la Junasa.

Corresponde aclarar aquí lo que dijimos el otro día a los señores Senadores: nosotros trabajamos en equipo de tres gabinetes. Uno de ellos funciona los días lunes con la participación de las Direcciones Generales y los adjuntos del Subsecretario y míos. Existe otro llamado Gabinete de Descentralización en el que participan los Directores Departamentales de Salud, y por último un gabinete ampliado, que desde que yo estoy en el cargo fue convocado una sola vez, del que participan todos los Directores que corresponden de las diferentes Unidades Ejecutoras. Con ellos elaboramos el plan de trabajo que presentaremos al final. Estos son los cargos que estaban vacantes de todos los Directores Generales de Unidades Ejecutoras.

El segundo punto tiene que ver con el decreto reglamentario de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y los cuestionamientos realizados por parte de los profesionales y algunas organizaciones.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Los recursos presentados oportunamente están siendo analizados desde el Ministerio y no hemos encontrado ninguno que inhabilite la reglamentación de la Ley N° 18.937. Los recursos estaban centrados en el artículo 28, que tiene que ver con la objeción de conciencia. Se planteó que dicha objeción se limitaba a los procedimientos del inciso 5) del artículo 3° de la ley. No hay dudas de la legalidad de esto porque está contenido en el propio texto legal.

El otro cuestionamiento tiene que ver con la restricción del personal que participa en el procedimiento de la IVE. En ese sentido, la ley habla de los médicos ginecólogos y del personal de salud que interviene en el procedimiento, y tampoco nos pareció que dicho cuestionamiento tuviera ningún asidero. El otro planteo tiene que ver con que se restringe la objeción de conciencia en los casos de riesgo de salud biopsicosocial de la madre en los casos graves. En ese sentido, es clara la definición de salud de la OMS. Por lo tanto, hay riesgo de salud. Tampoco vimos en ese recurso un elemento contundente.

Otro cuestionamiento es que la ley no impone al médico derivar a la paciente, pero el decreto sí. Entendemos que es cierto que la ley no impone al médico derivarla, pero la jurisprudencia internacional y los códigos deontológicos nacionales, sobre todo el Código de Ética que se votó por parte del Colegio Médico del Uruguay, sí lo habilita. Por eso, el decreto reglamentario incluye la derivación como una obligación.

Sobre el equipo interdisciplinario, la ley plantea que no se actuará conjuntamente y el decreto permite que se actúe separada, pero coordinadamente. Este punto es muy importante. Creemos que el decreto reglamentario de la ley da cuenta de la realidad asistencial que tenemos en todo el país, en la que en muchos lugares es imposible tener una instancia simultánea donde estén los tres profesionales. Por eso, reglamentamos que fuera en casos sucesivos, pero coordinados; así es como se viene llevando adelante.

Asimismo, se restringen los cometidos del equipo interdisciplinario, que deberá constituirse en un ámbito de apoyo psicológico a la mujer para contribuir a superar las causas que puedan inducirla a la interrupción del embarazo. Creemos que el decreto que reglamenta la ley contempla absolutamente el espíritu de la ley votada, en particular de quien la propuso, el señor Diputado Posada, que se basaba específicamente en la experiencia que se llevó adelante en Uruguay por iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Claramente, se planteaba que el equipo de asesoramiento debía asesorar, no recomendar el aborto ni convencer a la mujer de que no aborte; asesora a la mujer sobre las situaciones y circunstancias y, eventualmente, posibilitar que ese embarazo que se está planteado interrumpir pueda seguir adelante.

El otro recurso que se planteó fue sobre los plazos de reflexión. El cuestionamiento es si se empieza desde el comienzo del asesoramiento. Observamos que esto no ha sido

un problema mayor en la reglamentación, ya que el conjunto del asesoramiento se ha dado en uno o dos días de manera sucesiva. Por lo tanto, tampoco creemos que este sea un elemento sólido en contra de la reglamentación.

En cuanto a la objeción de ideario, el cuestionamiento consiste en que el decreto obliga a proveer el servicio mediante tercerizaciones. Eso no solo queda claro en el texto de la ley, sino que las propias instituciones que hicieron objeción de ideario se adhirieron completamente. Está funcionando de manera correcta en el Círculo Católico y en el Hospital Evangélico.

El segundo punto tiene que ver con la reglamentación del ejercicio del derecho a la objeción de conciencia respecto a la realización de abortos reconocidos por la ley, con las declaraciones públicas respecto a este tema por parte del Subsecretario, con las polémicas generadas con los profesionales amparados y con las acciones previstas en el tema. Quisiera que los señores Diputados explicaran más al respecto.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Qué pasó con la exigencia a la explicación por escrito de los ginecólogos? ¿Quedó en eso o varió?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Es la primera vez que en la Ley Nº 18.937 se introduce en el derecho positivo la figura de la objeción de conciencia. Cuando reglamentamos la ley creímos que había un conocimiento, por lo menos generalizado, de lo que significa la objeción de conciencia. Al comenzar la implementación nos dimos cuenta de que había una confusión increíblemente generalizada con respecto a la objeción de conciencia, a la desobediencia civil, y a otro tipo de falsas objeciones de conciencia que sí podían poner en riesgo la implementación de la ley. Eso fue lo que nos hizo reflexionar en el Ministerio de Salud Pública sobre la necesidad que teníamos de que existiera un procedimiento por el que el profesional que iba a hacer objeción de conciencia supiera exactamente qué es. La ignorancia no es un problema si se está dispuesto a educarse en el tema.

Creímos -y lo planteamos en el mes de enero- que la mejor perspectiva era hacer un taller de alto nivel con la Universidad de la República, la Facultad de Medicina, la Facultad de Derecho y el Colegio Médico del Uruguay -instituciones que tienen que ver directamente con este tema- para promover un procedimiento por el que los profesionales de la salud pudieran hacer la objeción de conciencia. La justificación que planteábamos era que supieran qué es la objeción de conciencia. Propusimos elaborar una hoja en la que se defina qué es la objeción de conciencia, sus alcances y sus limitaciones, y a qué hace la objeción de conciencia profesional, la firma y el número de caja profesional. Todo lo demás son trascendidos de prensa y opiniones que se dieron en medios que yo no avalo, sobre todo las del 3 y 4 de enero. Se dijo que habíamos planteado que se justificaran los motivos. Eso nunca estuvo planteado. Lo que sí se planteó es que el que hace objeción de conciencia sepa qué es. No se puede hacer objeción de conciencia porque no se está de acuerdo con cómo está reglamentada la ley. Ese no es un tema de objeción de conciencia

La objeción de conciencia tiene que ver con elementos de índole filosófica, ética, moral y religiosa; no se plantea por tener diferencias con la forma en que está reglamentada una ley. Eso es desobediencia civil. En algo tan excepcional como que un profesional se excuse de cumplir con la ley, tiene que haber elementos de conciencia, no de discrepancia, con un texto reglamentario.

El taller del 15 de marzo fue muy bueno; estuvo integrado por el Colegio Médico del Uruguay y por las Facultades de Medicina y Derecho. Se complementó con una reunión de trabajo que se hizo hace diez días. Ya tenemos terminado el procedimiento y

probablemente vaya con los logos de las tres instituciones. Estará a disposición de la señora Ministra en la formulación de una guía clínica o de una ordenanza, pero nunca de una reglamentación porque esta ya se hizo.

SEÑOR AMARILLA.- Quisiera saber si lo que el señor Subsecretario está afirmando aquí es la respuesta oficial del Ministerio o lo va a ser y, eventualmente, la del Poder Ejecutivo. No sé si el recurso fue de revocación y jerárquico en subsidio; consulto esto a los efectos de saber qué nos espera por delante jurídicamente. Hay gente que ha recurrido que todavía no tuvo respuestas de la Administración, pero la va a tener, presumimos, a partir de la respuesta del señor Subsecretario en el sentido de las declaraciones que recién realizaba, desestimando, en principio, los argumentos de recursos, algunos de los cuales no veo tan claro como el señor Subsecretario, ya que de alguna manera está reconociendo que el decreto no está cumpliendo con lo que establece la ley en cuanto al equipo técnico multidisciplinario, más allá de que no haya generado problemas. Sin embargo, el decreto claramente contradice -así como en el tema del plazo- el texto expreso de la ley.

Con respecto al espíritu o a la opinión del legislador que propuso la norma, jurídicamente no tiene relevancia. El decreto tiene que cumplir con lo que establece el texto de la ley, no con un supuesto espíritu. No sabemos qué seguridades da evocarlo ni de dónde se lo evoca.

En cuanto a la segunda pregunta sobre la que el señor Subsecretario pedía que se ampliara más, voy a remitirme a algunas declaraciones de prensa que fueron colgadas en la página de la Presidencia de la República, no recuerdo bien en qué fecha

El señor Subsecretario hablaba del 3 y 4 de enero...

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- La del 3 de enero fue en "Búsqueda" y la del 4 de enero en "El Observador".

SEÑOR AMARILLA.- ...pero hay algunas declaraciones del 11 de enero, en las que manifiesta que no se reporta ningún tipo de complicaciones. Luego, hay apreciaciones en las que a nuestro entender se extralimita en cuanto a estudiar la posibilidad de aplicar sanciones que no se han estudiado hasta el momento, pero que tampoco se descartan por la oposición del derecho de objeción de conciencia. No vamos a entrar a analizar aquí qué es la objeción de conciencia y el ejercicio del derecho en el contexto de la legislación internacional. Más allá de las recomendaciones de algunas corporaciones y de algunos gremios profesionales, lo que dice la legislación internacional es que se trata de un derecho que se reconoce. Se supone que es un derecho humano que preexiste a la ley que lo reconoce.

Por otro lado, un Catedrático Grado 5 de la Facultad de Medicina realizó una denuncia -que también fue publicada en algunos medios de prensa-, cuestionando al señor Subsecretario porque hacía favores al Poder Ejecutivo desde la Universidad de la República y desde las páginas oficiales de la Cátedra de Ginecología, lo cual no fue debidamente aclarado.

Asimismo, el señor Subsecretario, a mi entender, realizó una apreciación grave y discriminatoria cuando destacó que el 70% de los médicos trabaja a favor de los derechos de las mujeres, lo que quiere decir que el 30% restante que se amparó bajo la objeción de conciencia lo hace en contra.

No, eso es discriminatorio. Trabajan a favor de las mujeres que abortan.

En esa oportunidad, el señor Subsecretario si bien manifestó que el 70% de los profesionales trabaja a favor de los derechos de las mujeres y que la objeción de

conciencia es un derecho inalienable, invitó a los médicos y a los equipos de salud a reflexionar sobre el valor de la profesión y el compromiso de conciencia con la labor. O sea que de alguna manera desestimó o despreció el derecho a la objeción de conciencia como tal. Me parece que esto es grave, y me permito decir que es tener ignorancia sobre un derecho fundamental como el de la objeción de conciencia.

SEÑORA SANSEVERINO.- Hace casi cuatro meses que se está aplicando la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, y esperamos más de de sesenta años para tenerla. En ese sentido me gustaría saber si se ha realizado alguna evaluación general sobre su desarrollo y si se cuenta con algún documento al respecto. Hago esta consulta porque quisiera saber cómo está funcionando el sistema, los equipos médicos y los niveles de capacitación.

Seguramente más adelante se contará con algunos números a este respecto, los cuales nos posibilitarán contar con un mayor conocimiento acerca de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las familias. Sin duda que el informe del equipo coordinador será clave, inclusive, para saber cómo mejorar la aplicación de la ley.

No sé si en el plan de actividades hay alguna meta que haya permitido realizar algún informe. Si es así, la Comisión está interesada en analizar esa información ya que será de mucha utilidad para quitar demonios y trabajar sobre el tema con más responsabilidad y menos presiones. En realidad lo que buscamos es avanzar sobre la salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta que este año se llevarán a cabo algunas actividades importantes en las que el señor Subsecretario tendrá un lugar relevante. Me refiero a las conferencias post Cairo. En 1994 se hizo un trabajo muy importante para dar a la salud sexual y reproductiva de las mujeres un lugar significativo.

La ley a que hago referencia está siendo analizada en toda América Latina y en otros países, y necesitamos contar con más elementos para saber si se ha avanzado. En ese sentido me gustaría saber si tienen algún plazo para emitir un documento que permita enriquecer la discusión que se llevará a cabo este año.

SEÑOR GAMOU.- Si hubiera sabido que uno de los motivos de esta sesión era el de interpelar al señor Subsecretario de Salud Pública, me hubiese preparado de otra manera.

Me parece que no corresponde hacer un análisis exegético de las cosas que ha dicho, o que han dicho que ha dicho el señor Subsecretario. Creo que por ese camino vamos bastante mal, pero sigamos adelante.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- En cuanto a la reglamentación manifesté al principio de mi exposición que está siendo estudiada por el Ministerio, por lo que todavía no se cuenta con una resolución al respecto.

También dije que el Decreto Reglamentario que elaboramos en tiempo récord -porque el propio Poder Legislativo decidió que debíamos reglamentar la ley a los treinta días de su promulgación, lo cual no es habitual-, desde nuestro punto de vista respeta la ley de manera conspicua. Obviamente, como Ministerio nos hacemos responsables de dicho Decreto el cual, como dije, está siendo estudiado.

Por respeto al señor Diputado Amarilla, me pareció necesario hacer referencia a los cuestionamientos, los cuales están siendo estudiados.

Por otro lado, el señor Diputado dijo que la objeción de conciencia es un derecho humano, peor no es así. En realidad, el derecho humano es el de la privacidad, y la objeción de conciencia deriva de este derecho, que tienen los profesionales de la salud. Además, a esta altura del partido está unánimemente establecido que la objeción de

conciencia debe esgrimirse por motivos de índole religioso, filosófico o ético. Entonces, lo que se ha dispuesto es que un profesional puede negarse a realizar ciertos actos o a tomar parte en determinadas actividades -jurídicamente exigibles para un profesional- si provocan una lesión grave de su propia conciencia o de sus valores religiosos o filosóficos. En la bibliografía internacional no hay ninguna otra acepción de objeción de conciencia, y nosotros creemos que la ley y la reglamentación van en este sentido.

En realidad, con la objeción de conciencia hay un conflicto porque, por un lado, está el derecho del profesional a no cumplir con la ley y, por otro, el de la ciudadana a ser atendida en el marco de la ley. En ese contexto, para el Ministerio de Salud Pública está claro cuál es la prioridad: la atención de la ciudadanía, por lo que la objeción de conciencia tiene restricciones. Con esto me refiero a que se trata de un acto individual y no colectivo ni institucional. Además, debe asegurarse que la usuaria reciba el servicio por otro profesional, que la referencia sea oportuna y de calidad técnica y humana para evitar un riesgo mayor para la persona. En ningún caso el médico puede imponer sus condiciones filosóficas, confesionales o ideológicas a la usuaria y debe abstenerse de emitir criterios morales propios a la paciente. Esas son las limitaciones que tiene el médico, por lo que si se presenta una urgencia y no hay otro profesional, aunque el médico presente sea un objetor, debe actuar, ya que eso es lo que establece el Código de Ética, inclusive por encima de su propia opinión.

Con respecto a las declaraciones públicas, como profesor de ginecología, creo que este no es el ámbito para discutirlos. Lo que puedo decir es que el Consejo de la Facultad de Medicina tomó las declaraciones realizadas por otro colega y procesó la discusión en el ámbito interno de la Facultad.

Quiero aclarar que yo no le hago favores al Poder Ejecutivo. En realidad tengo el honor de integrar este Poder Ejecutivo, tengo el honor de integrar el Ministerio de Salud Pública y de acompañar a la señora Ministra Muniz en la gestión de la Cartera. Por lo tanto, no le hago favores. Lo integro y me hago cargo de las resoluciones y de todo lo que estamos desarrollando en el Ministerio.

Por otro lado, debo decir que la libertad de cátedra, en mi condición de Grado 5, me permite dar mi opinión a nivel universitario. Es más, en el artículo 12 de la Ley Orgánica se establece que los universitarios tenemos la obligación de dar nuestro punto de vista sobre las cuestiones de interés público, que fue lo que hice en el editorial de la página web de mi clínica. ¡Bueno sería que yo no pudiera escribir un editorial en la página web de la clínica que dirijo! Sería realmente insólito.

Por último, con respecto al compromiso de conciencia, quiero aclarar que nosotros pensamos que la despenalización del aborto en el Uruguay es un avance indudable en los derechos de las mujeres y en los derechos humanos en general. Estamos orgullosos de estar en el único país de América del Sur que tiene despenalizado el aborto en condiciones adecuadas, que va a hacer que se consolide probablemente la tendencia a la disminución de la mortalidad materna que viene registrando nuestro país en estos diez años. Eso nos permitirá plantearnos con firmeza que para 2015 vamos a ser probablemente el único país que cumpla las metas de desarrollo del milenio con respecto a la mortalidad materna.

La definición de compromiso de conciencia, mejor que yo, la dio el profesor Bernard Dickens, de la Universidad de Toronto, quien dijo: "Los profesionales con compromiso de conciencia a menudo necesitan coraje para actuar en contra de la ortodoxia legal, religiosa y médica imperantes, siguiendo la honorable ética médica de colocar los intereses de los pacientes por encima de los suyos". A eso nos referimos en el editorial que citaba el señor Diputado.

Creemos que el hecho de hacer objeción de conciencia no coloca al profesional por fuera del compromiso de conciencia, siempre y cuando sea genuina, es decir, basada en principios internos profundos. Es claro -la prensa así lo mostró en enero y febrero- que muchos profesionales están haciendo falsa o pseudo objeción de conciencia o, directamente, desobediencia civil porque no habría motivos religiosos, filosóficos ni éticos para hacerlo. Eso fue lo que quisimos transmitir en el editorial de la página web de la clínica que dirijo.

El tercer punto refiere a la información respecto de los datos del Registro previsto en el artículo 12 de la mencionada ley, tanto en el sector público como privado.

Nosotros pensamos hacer un corte a los seis meses de implementado el sistema. Tenemos un monitoreo, pero todavía no completamente afiatado. Creemos que ese corte a los seis meses será bueno para promediar. Entendimos que en diciembre era importante brindar los datos preliminares sobre los primeros veinte días de implementación porque había mucha incertidumbre y dudas con respecto a lo que estaba pasando. De todos modos, la idea no es transformar el análisis epidemiológico de la situación del aborto legal en Uruguay y hacerlo mes a mes, porque no sería correcto.

La cuarta pregunta tiene que ver con situaciones dadas en el marco de la aplicación de la referida ley que hayan suscitado reclamos por deficiencias en el procedimiento, en particular, los de pública notoriedad.

Según tenemos entendido, hubo dos situaciones que se están estudiando. Aclaro que no las está estudiando el Ministerio sino que las responsables son las instituciones donde acontecieron.

La quinta interrogante refiere a otras dificultades surgidas a partir de la aplicación de la norma. Diría que no hay grandes dificultades y que todo se está desarrollando con normalidad y como era dable esperar, teniendo en cuenta el cambio tan dramático que surge en el sistema de salud de nuestro país con la despenalización del aborto.

Como ustedes saben, en el departamento de Salto, todo el colectivo de ginecología hizo objeción de conciencia. Estamos trabajando de manera muy intensa para destrabar esa situación, pero no hubo atrasos en la continuidad asistencial ni problemas de otra índole.

No tenemos aún la evolución del número de legrados pero está planteado obtener esos datos; se trata de una información compleja de conseguir en el corto plazo porque hay que fijarse en cada uno de los procedimientos. De todos modos, pensamos que cuando hagamos el corte a mediados de año podremos tener esos datos.

Con respecto a la indicación del Misoprostol y de por qué no se receta para problemas digestivos, no lo puedo detallar porque no trabajo con ese tipo de patologías. En realidad, el Misoprostol es una revolución tecnológica en la especie humana porque produce una acción directa sobre las tres principales causas de muerte materna; como sabemos, una es el aborto. Es la primera vez en la historia de la especie humana que la mujer de manera autoadministrada, segura, efectiva y basada en evidencias puede interrumpir un embarazo sin participación de terceros. También tiene un rol protagónico en la primera causa de muerte materna, que es la hemorragia posparto y en el parto obstruido, que es una causa importante de muerte y de mutilación por fístula en la población de África Subsahariana, sobre todo, al provocar contracciones uterinas.

De todas maneras, a pesar de que el Misoprostol tiene indicaciones digestivas, las más importantes desde el punto de vista de la salud pública son en ginecología y obstetricia.

SEÑOR AMARILLA.- Quiero dejar constancia en la versión taquigráfica de la diferencia fundamental que tenemos con el señor Subsecretario respecto a que la despenalización del aborto es un retroceso en materia de derechos humanos. Entendemos que hay un derecho humano a la vida del no nacido que está contradictoriamente regulado en nuestra Constitución, aunque esta ley no hace caso de ello.

Sin perjuicio de eso, queremos detenernos en el tema del Registro que establece el artículo 12 de la norma. La pregunta iba dirigida a si estaba vigente ese Registro y si tenían datos; se trata de algo que debería llevar el Ministerio de Salud Pública respecto de todas las instituciones tanto del sector público como del privado. Según algunas publicaciones de prensa del señor Subsecretario, sabemos que hay entre 300 y 400 abortos por mes. Queremos saber si eso es así, sobre todo pensando en aquella cifra mítica de los 30.000 abortos al año. Digo esto porque hace un año y medio las autoridades de Salud Pública ratificaron aquí esos números, o algo más. La duda es saber si se hacen 26.000 abortos por fuera del sistema, de forma aparentemente segura, porque para las mujeres eso es mejor que hacérselo en algún centro asistencial, o si la cifra era una justificación muy equivocada -con alarma social de por medio- para la aprobación de una ley. Podemos esperar al corte de los seis meses, pero con el Registro fidedigno y al día podríamos tener los datos sobre la cantidad de procedimientos llevados adelante en el sistema de salud.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- La cifra de 33.000 abortos por año fue planteada en un estudio que encabezó un ex Diputado, Rafael Sanseviero, pero que se hizo a punto de partida del análisis de las clínicas clandestinas que existían en la década del noventa. Este panorama cambió dramáticamente con el advenimiento del aborto con fármacos -sobre todo con el Misoprostol- y, en lo personal, no recordamos que la Cartera se hiciera eco de 30.000 abortos por año. Afortunadamente, la situación planteada -de acuerdo con la aproximación inicial- indica que estamos muy por debajo. Eso es lo bueno de haber legalizado el aborto en el Uruguay; ahora estamos sabiendo lo que pasa. Ya no es algo que se tapa por la mentira y por la hipocresía generalizada; no es un drama que viven en solitario las mujeres. Como dijimos, la situación es diferente; luego del corte, analizaremos las tendencias.

Nosotros esperamos -como dijimos y publicamos recientemente- que haya un proceso de incremento en el número de abortos -con el consiguiente incremento en los registros-, que todo se estabilice y que luego baje; sabemos que la despenalización del aborto busca -y lo que ha logrado en todos los lugares- disminuir el número de casos. Entonces, para estar en contra del aborto hay que despenalizarlo, como hemos dicho en varias oportunidades. Eso es lo que demuestra la experiencia de los países desarrollados y está claramente establecido en un artículo editorial de la revista "The Lancet" -la más prestigiosa a nivel biomédico mundial- que los países con legislaciones liberales con respecto al aborto tienen números significativamente menores que aquellos que lo tienen penalizado. Por lo tanto, a la hipocresía de la penalización del aborto y de la situación que se vive de no saber qué pasa, se suma que son dos, tres y cuatro veces más los casos de aborto que se producen en los países donde no está legalizado que en los que se legaliza; es la experiencia de España y de Francia -en la década del ochenta-, que al despenalizar el aborto disminuyó el número.

Por último, con respecto a los derechos humanos, el artículo 1º de la Carta de Derechos Humanos expresa que todos los seres humanos nacen libres e iguales. El término "nacen" implica que esa Carta es aplicable a esos seres humanos. Como ustedes saben, esto no fue unánime y el Estado del Vaticano recurrió a esa acepción y junto con dos países de Centro América -no recuerdo bien si fue El Salvador y otro- pusieron a

consideración que el artículo 1º expresara que todos los seres humanos son tales desde la concepción, pero eso no fue lo que la inmensa mayoría de los países del mundo, en el año 1948, estableció como criterio de verdad, y a eso nos avenimos cuando hablamos de derechos humanos: a los derechos de los seres humanos, sin que esto desconozca en lo más mínimo los derechos que tiene el embrión y el feto y fundamentalmente, en lo que me es personal, como ginecólogo, la importancia que tiene velar por su salud, siempre y cuando sea presentado como paciente por la madre, que es la verdadera y única posible de presentarlo como tal para los cuidados médicos.

SEÑOR RADÍO.- Quiero dejar constancia de que el Pacto de San José de Costa Rica se refiere en otros términos al derecho desde la concepción. Aclaro esto porque adjetivamos y calificamos las actitudes de quienes no piensan como nosotros y no parece lo más conveniente en este contexto. Por eso quiero resaltar que hay otras consideraciones y disposiciones a nivel internacional. Yo soy respetuoso de la posición de la mayoría de este país -lo fui siempre-, aunque no la comparta, y no me parece bien que se adjetiven las definiciones que otros tenemos.

Por otra parte, quiero expresar que el compromiso de conciencia incluye una dosis de coraje muy importante y la objeción de conciencia también incluye una dosis muy importante de coraje en un país en el que lo hegemónico va por otro camino.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pasamos al último ítem del Oficio N° 71 que expresa: “Con respecto a la imagenología para el interior del país, dónde están instalados los tomógrafos computarizados y los resonadores”.

SEÑORA SICA.- Es un gusto estar aquí en el día de hoy en esta Comisión, estrenando este cargo.

Para responder específicamente lo que se pregunta, no solo en cuanto a dónde están instalados los tomógrafos y los resonadores en el país y cuál es su número, voy a brindar algunos datos, pero si ustedes lo entienden pertinente, luego les podemos enviar la información por escrito.

En lo que refiere a resonadores magnéticos, actualmente hay diez instalados en el país, distribuidos nueve en Montevideo y uno en el interior. A la vez, están distribuidos según ámbito público y privado con una discriminación que luego puedo comentar. Hago la aclaración de que estos equipos están instalados y en diferentes fases; hay algunos que ya están en etapa de habilitación e instalación mientras que otros aún están en la etapa de la solicitud.

Con respecto al número de tomógrafos y a cómo están distribuidos, puedo decir que el total de tomógrafos del país es de cuarenta y tres instalados. Reitero el concepto anterior en cuanto a que de estos instalados hay algunos que están en funcionamiento, en diferentes etapas, mientras que otros están en proceso de habilitación y otros, además, están siendo evaluados en cuanto a su habilitación. Hay veinte distribuidos en Montevideo y el resto en el interior del país. A la vez, hay una información muy pormenorizada no solo en cuanto a los departamentos en los que están, sino a las localidades en las que se encuentran, lo que no me parece que venga al caso, pero cuento con la información para hacerla llegar posteriormente. De esos cuarenta y tres tomógrafos treinta y tres se encuentran en el ámbito privado y diez en el ámbito público, en todo el país.

Independientemente de que la pregunta fue muy concreta, me interesa expresar dos o tres conceptos que no necesariamente tienen por qué conocer y es que cuando hablamos de equipamientos y concretamente de tomógrafos y resonadores, es decir equipamientos de alto porte, las definiciones actuales a nivel internacional, que nuestro

país adopta, son las relativas a tecnología sanitaria. Y cuando hablamos de tecnología sanitaria o tecnología en salud apuntamos a un concepto bien amplio que no solo abarca los equipamientos sino que concretamente se refiere a medicamentos y dispositivos médico- quirúrgicos utilizados en la atención médica y en los sistemas organizacionales. ¿Por qué hago esta disquisición? Porque muchas veces cuando hablamos de tecnología en salud nos referimos únicamente a la vinculada a equipamiento y no a la tecnología sanitaria como tal. Esta nueva concepción que se tiene a nivel internacional es adoptada por el Ministerio de Salud Pública -concretamente por el Departamento de Evaluación Sanitaria- porque hay un cambio radical en la política sanitaria con respecto a este tema. Me interesaba destacar ese aspecto.

Además, dentro de la evaluación de tecnología sanitaria en el mundo hay dos conceptos y me parece importante mencionarlos de manera general. Uno es un concepto bien restringido que evalúa o solamente se refiere al equipamiento médico, que es lo que habitualmente se maneja a nivel general, y otro más amplio -que es el que mencionaba- que apunta a la evaluación en general y alude fundamentalmente a las evaluaciones en las intervenciones de salud. Además de estas intervenciones, hay algunos elementos importantes a destacar, que son cuatro o cinco componentes que importan en la evaluación y en decir que sí o no a la instalación de un servicio y al lugar en el que se ubica. Esto se basa en cinco componentes. Ellos son la eficacia, la efectividad, la seguridad, el impacto organizativo, ético y social y, además, un análisis económico, tanto sea de minimización de costos o de costo- efectividad. Este es un nuevo cambio en la concepción de evaluación de las tecnologías en salud de las cuales el equipamiento en salud es uno de los elementos.

Este tema es muy vasto, rico e interesante de discutir. No quiero aburrirlos con este planteo pero me interesaba no solamente brindar el número y las localidades en las que se encuentran -puedo entender la necesidad de saber dónde están distribuidos-, sino ir un paso más allá y explicar cuáles son los elementos o componentes importantes que hay a nivel mundial y que Uruguay está adoptando para esto. Si quieren, luego podemos abundar en esto, con más claridad, pero no quiero derivar la discusión específicamente a este tema tan técnico.

SEÑOR PRESIDENTE.- Corresponde considerar el remitido N° 72, “Analizar la situación particular del Hospital del Chuy, así como de los demás centros hospitalarios públicos. Hecho de notoriedad trascendido en los últimos días sobre lo acontecido en el Hospital de Paso de los Toros”.

SEÑOR CARDOSO (don José Carlos).- Supongo que quienes nos visitan, en la convocatoria recibieron la versión taquigráfica. Allí estaba hecho el planteo en términos generales respecto al Hospital del Chuy, centro asistencial que depende de ASSE. Queremos tener información en cuanto a su funcionamiento, ya que hemos advertido algunas carencias, vinculadas a ciertos aspectos de infraestructura.

Por otra parte, me interesa conocer las políticas que lleva adelante el Ministerio de Salud Pública, en tanto policía sanitaria y regulador del Sistema Integrado de Salud, y cómo articula los sistemas público- privados en esa localidad. En tanto somos representantes de la comunidad, recibimos reclamos en cuanto a que hay una diferencia muy importante en la prestación de los servicios entre los distintos prestadores, y suponemos que se tiende a que el servicio tenga equivalencia y equilibrio, de tal manera que la población reciba una asistencia similar.

Uno de mis planteos está dirigido concretamente a ASSE, que supongo conoce el Hospital del Chuy y su situación. Como se sabe, este hospital hace más de dos años que no tiene ambulancia especializada porque está rota, y ocho meses que no cuenta con un

Director. En este sentido, quisiera saber las noticias que ustedes nos pueden dar y qué va a pasar en el futuro.

El otro planteo está dirigido al Ministerio de Salud Pública, y refiere a cómo controla las metas y la articulación entre el sistema público y privado. En la versión taquigráfica de nuestra exposición puse algunos ejemplos, como el de la ambulancia que se contrata al prestador privado pero este nunca usa la sala de cirugía del hospital, que está en condiciones de ser utilizada. En definitiva, cómo ustedes ven ese relacionamiento tan asimétrico en cuanto al funcionamiento de la salud de una población que cuenta con aproximadamente catorce mil habitantes como tiene la ciudad de Chuy.

SEÑORA SILVA.- Voy a hacer algunos comentarios a nivel general y sobre otros hospitales públicos, porque la pregunta del oficio era un poco más vasta.

El Hospital de Chuy tiene Director, porque hay una resolución expresa del Directorio que define que el Subdirector subroga naturalmente al Director cuando este no está en funciones por distintas causas. Por lo tanto, la Subdirectora del Hospital hoy está cumpliendo la función de dirección por las resoluciones que la habilitan por parte del Directorio.

En cuanto a los temas concretos relativos a la ambulancia, el centro asistencial del Chuy tiene asignada una ambulancia común y otra especializada, porque está rota. Hay un procedimiento de compra, y en el mes de junio el proveedor se comprometió a la entrega de más de quince o de dieciséis ambulancias. Una tiene como destino el Hospital del Chuy. Cabe señalar que es cierto que hemos tenido dificultades en la reparación de la ambulancia especializada.

En los últimos años no solo no se han suspendido sino que han aumentado algunos de los servicios en el centro de asistencia del Chuy. Es bueno reconocer que el departamento de Rocha tiene un 49% de los habitantes afiliados a ASSE, y el 51% al resto de los prestadores. Por lo tanto, compartimos con los prestadores de la localidad la atención de los habitantes de ese departamento. Se incorporaron algunas nuevas especialidades como, por ejemplo, diabetología, oftalmología, nutrición, cardiología, otorrinolaringología, podología, ecografía, banco de sangre, policlínica del tratamiento del dolor y se hacen los estudios que se requieren para la obtención del carné de conducir. También se han agregado algunos nuevos estudios de laboratorio, especialmente los que refieren a las fibroscopías digestivas; se extendió el horario de farmacia y se amplió el vademécum farmacológico que estaba definido para ese centro auxiliar. Asimismo, se logró disminuir algunos de los traslados a Rocha, precisamente por contar con ecógrafo que, si bien no tiene todas las prestaciones que nosotros pretendemos para esa población, hoy ha permitido reducir el número de traslados. Este servicio de asistencia participa en la formación de los recursos humanos que integran el equipo de salud, y hay pasantías de estudiantes de registros médicos y de auxiliares en enfermería. En los últimos tres años no ha variado sustancialmente su volumen de actividad, es decir, se ha mantenido en el orden de los doscientos treinta y doscientos cuarenta intervenciones quirúrgicas; se ha mantenido en el orden de las cincuenta mil consultas anuales, también en los últimos tres años; se han mantenido los egresos hospitalarios en el orden de los mil doscientos y el número de partos por todas las vías es de alrededor de ciento veinte promedio anual, que se mantuvo entre los años 2010 a 2012. Además, estos indicadores son prácticamente estables desde más de diez años; estuvimos viendo información del año 1999, y pudimos advertir que se mantiene una actividad sostenida en el centro del Chuy, no así en el resto del departamento de Rocha.

Estamos trabajando con ese centro de atención para avanzar en la complementación de servicios. El señor Diputado José Carlos Cardoso planteaba algunas

de las dificultades en establecer vías de complementación de ida y vuelta que tengan una ponderación razonable para un lado y para el otro. Es justo reconocer que en el departamento de Rocha tenemos algunas dificultades para consolidar los convenios de complementación, como tenemos en otros departamentos. En otros hemos firmado un número importante de convenios y complementamos no solo con un prestador, sino con varios. Un ejemplo de ello, es la localidad de Sauce, donde cinco prestadores del sistema definimos tener una puerta única de emergencia para una localidad pequeña.

Por otra parte, seguimos trabajando en ordenar la derivación de pacientes desde la localidad del Chuy. Además, estamos trabajando con el Gobierno de Brasil en buscar algún fortalecimiento de las ciudades de frontera, teniendo en cuenta que en ciertos casos los servicios que se prestan del lado uruguayo son de mejor calidad y los habitantes tienen más posibilidades de acceso. Estamos hablando de una frontera que está muy mezclada.

En el día de ayer se realizó una actividad anual, que se hace desde más de nueve años, de cirugía pediátrica: se operaban a cinco niños de la ciudad de Livramento, cinco de Artigas y quince de Rivera. En este sentido estamos trabajando concretamente en el centro auxiliar del Chuy.

SEÑOR GAMOU.- Me preocupa un poco la intervención del señor Diputado José Carlos Cardoso en el sentido de que hay alguna visión, concretamente en el Chuy, de una diferencia de tratamiento médico entre los prestadores privados y ASSE.

Tengo entendido que, según una encuesta -después discutiremos con el señor Diputado Amarilla el aspecto cualitativo-, nueve de cada diez usuarios de ASSE están satisfechos o muy satisfechos con la atención. Por otro lado, un 95% de los usuarios aconsejaría ir a ASSE.

Quiero saber si se ha percibido en el MSP o en ASSE que aparece un lunar o un forúnculo en el Chuy que nos está diciendo lo contrario. Sé que la señora Ministra ha dicho que no tiene los datos por departamento, pero solo quiero saber si esta situación es tan grave.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Creo que este es uno de los puntos importantes en cuanto a cómo pretendemos abordar la asistencia.

Nosotros hablamos en clave, junto con la OPS, de redes integradas de servicio de salud, si bien no podemos decir que hoy las tengamos conformadas. ¿Qué es esto? Atendiendo las necesidades que tenemos como país -que son muchas-, los recursos formados de que disponemos, sobre todo los recursos humanos, el requerimiento de equipamiento y demás recursos, la idea es trabajar en redes que aseguren un continuo asistencial. Es decir que los prestadores hacen convenios entre ellos, por los cuales unas partes prestan determinados servicios y otros prestadores u otros efectores prestan el resto de los servicios, siempre asegurando un continuo asistencial.

Esta dinámica, que es promovida desde la Organización Mundial de la Salud, ha dado buenos resultados en otros países. En este sentido, nosotros recién estamos en el inicio, en embriones.

Estas redes integradas no son solo públicas o solo privadas. Decimos que tenemos un Sistema Nacional Integrado de Salud. En realidad, hasta ahora, en este proceso, básicamente lo que tenemos es un sistema mixto, público y privado, pero muchas veces con pocos mecanismos de relación entre ellos. Así como se presentan dificultades en el ámbito público estas también se presentan en el ámbito privado, precisamente por la carencia de recursos humanos en el país. Por eso, la propuesta que se ha establecido, y

que se ha reglamentado, en la Ley N° 18.211, refiere a acuerdos entre los prestadores, a los que llamamos convenios de complementación de servicios. ¿A qué apuntan estos convenios de complementación de servicios? Apuntan a la racionalización de los recursos, brindando una mejora de la calidad y equidad de los servicios. Voy a tratar de ejemplificar para que esto se entienda. En los casos de determinadas ciudades en las que el número de partos o de nacimientos es bajo se habla de una Maternidad única, que puede estar en el ámbito público o privado. Lo que se establece acá es que ambos prestadores ponen sus recursos -uno puede poner la planta física, si es mejor; otro aporta enfermería, médicos o determinados equipamientos- a fin de brindar una mejor cobertura para todos los usuarios de ese departamento o de esa capital departamental, logrando mejoras en la calidad. No es lo mismo la práctica y la experticia que tiene un hospital o un sanatorio que atiende dos o tres partos por día que la de otro que atiende uno por semana. En ese sentido, hay una mejora de la calidad y de la interacción del equipo y, por otro lado, hay equidad, pues todas las usuarias de dicho departamento o capital, a la hora del parto son asistidas en el mismo lugar y por el mismo equipo. Esa es la filosofía.

Hemos logrado varios acuerdos de complementación de servicios, pero también debo decir que el proceso es muy heterogéneo, de acuerdo con las realidades de cada departamento y, a su vez, de cada ciudad. No podemos comparar departamentos, pero sí quiero decir que tenemos diferentes realidades. En el caso de Chuy, teniendo en cuenta la realidad del lugar hemos pensado en convenios de complementación con Brasil, como hemos hecho en otras ciudades fronterizas. Pero en este caso hay una dificultad adicional: Brasil y Uruguay tienen más o menos los mismos servicios en Chuy que en Chui brasileño. Por lo tanto, es un desafío encontrar complementación. Sí hemos tenido conversaciones para que, ante la posibilidad de equipamiento o de nuevos servicios, se hagan las consultas entre ambos países de manera de no duplicar esos servicios, sino aportar servicios diferentes.

En el caso de la región este -sobre lo cual luego quiero hablar un poquito más- hay una modalidad que se trabajó muchísimo -creo que el señor legislador participó en algunos- y son los foros de participación en salud. En estos foros que se realizaron en los distintos departamentos de la región este -Cerro Largo, Treinta y Tres, Lavalleja, Rocha y Maldonado- se trabajó con los prestadores, con los usuarios, con trabajadores de la salud y con distintos actores de la sociedad civil. Recuerdo que el señor Diputado Aníbal Pereyra también participó en los foros. En estos, el Ministerio de Salud Pública planteó algunos problemas pendientes de resolución en esos departamentos dentro del plan general de trabajo. En estos grupos -diría que interdisciplinarios, pero son más que eso, porque también participan los usuarios-, que trabajaron en talleres, se eligieron y priorizaron tres problemas de salud. Posteriormente, se crearon mapas de rutas, se plantearon algunos objetivos y se realizaron acuerdos de trabajo.

Lo cierto es que toda la región tuvo un último encuentro, que se llevó a cabo en noviembre del año pasado, en Rocha, cerca de la entrada a La Paloma, donde participaron todos los departamentos y, finalmente, eligieron trabajar en algunos problemas que les son comunes, por ejemplo, el de las maternidades.

Digo esto porque acá se ha hablado de convenios de complementación, que pueden ser público- privados, público- públicos e, inclusive, acuerdos internacionales con Brasil. Estamos trabajando en esta línea, como decía, con desarrollo desigual. Por ejemplo, en Maldonado y en Cerro Largo avanzamos más rápido que en otros lugares.

El artículo 34 respectivo de la Junta Nacional establece la importancia del desarrollo de la complementación de diversos tipo de prestadores, para referirse precisamente a los acuerdos público- público, público- privado o privado- privado. En el caso de los público-

públicos se viene avanzando en lo que se llama la Red Integrada de Efectores Públicos en Salud, que está integrada no solo por ASSE, sino por el BPS, el Banco de Seguros, el Hospital de Clínicas, Sanidad Militar, Sanidad Policial y hasta ahora solo la Intendencia de Montevideo. Hace pocos días, esta Red Integrada hizo su planificación estratégica para el año y empieza a funcionar con base a acuerdos que se comienzan a establecer.

En el caso de Rocha, los acuerdos se plantean sobre todo en el ámbito público-privado y público con el SUS brasileño, pero con la consideración que señalaba: en este caso tenemos más dificultades que en otros lugares por la semejanza de los servicios que tenemos a un lado y al otro de la frontera.

Voy a hacer referencia a otros puntos referidos al Chuy. La Presidenta de ASSE ya ha contestado algo al respecto.

Es cierto que tenemos dificultades edilicias en el Hospital. Eso es así, fue reclamado por varios de los Diputados de la región este. Sabemos que tenemos un debe al respecto y creemos que las mayores dificultades son con respecto a los recursos humanos.

El señor Diputado decía recién que el block quirúrgico no está operativo. No es que no esté operativo solo por la estructura edilicia, sino porque cuenta con un solo anestesista. A pesar de los esfuerzos realizados, no hemos logrado que otro anestesista se radique en ese lugar. Por lo tanto, cuando hay una verdadera emergencia, los usuarios son trasladados al servicio de Comero y, en el resto de los casos, al Hospital de Rocha. No sé si esto contesta su pregunta.

SEÑOR CARDOSO (don José Carlos).- Por supuesto que en términos generales la explicación es entendible y comprensible. También podríamos hablar de los acuerdos con Brasil, que desde mi punto de vista están funcionando con mucha dificultad. En Chuy estamos muy atentos para ver si podemos resolver la aplicación de esos acuerdos, por ejemplo, para un centro de hemodiálisis; tiene ya más de dos años, pero siempre aparecen nuevas dificultades, ahora de parte del Ministerio de Salud Pública brasileño.

Quiero volver a la Presidenta de ASSE. Entendí perfectamente sus respuestas, y voy a profundizar en algunas.

Entiendo que el nombramiento de un director es un tema relevante, porque por más que asuma el cargo el Subdirector, por supuesto que usted busca integrar sus directores en todos los centros hospitalarios dado que eso conforma un equipo de dirección. Si no se nombra a un director, el equipo de dirección no está conformado. Más allá de que la Subdirectora asuma las responsabilidades del Director -cosa que es lógica-, ¿no le parece mucho tiempo nueve meses para nombrar a un director de un hospital? ¿No le parece que es mucho tiempo para no tener integrado el equipo de dirección en un hospital fronterizo?

Con respecto a la ambulancia, Usted acaba de señalar cuál va a ser la solución y me alegro mucho de que sea una ambulancia especializada. ¿No le parece que US\$ 200.000 es mucho dinero desembolsado por ASSE por no tener en dos años una ambulancia reparada? ¿No parece ser un exceso de gasto de recursos hacer una contratación tan alta por un tema que parece ser de solución administrativa o de estructura de taller? Lo digo porque es casi más que el valor de una ambulancia lo que se ha pagado por contrato de ambulancia especializada en el Chuy.

No quiero distraer la atención del tema que estoy planteando porque reviste especial interés para los vecinos del Chuy. Yo traigo una opinión de los vecinos y de los trabajadores del Hospital de Chuy, con lo que obviamente me reuní para hacer este planteo. De manera que no estoy hablando de ninguna encuesta. Seguramente, ustedes

podrán informar de las encuestas al Diputado Gamou que está interesado en conocerlas, pero las encuestas no son el tema de mi convocatoria. Mi planteo tiene que ver con el funcionamiento del Hospital de Chuy.

Por otra parte, comprendo las dificultades existentes para contar con especialistas, pero quiero decir que en el Chuy no hay un traumatólogo. Usted enumeró una cantidad de actividades. Ocurre que en el Chuy alguien se fractura y hay que llevarlo a Rocha. Yo veo que la dificultad que ASSE no ha logrado superar -y no la estoy culpando sino preguntando- es que en el Chuy sí hay traumatólogos. Ahí está mi diferencia en cuanto al funcionamiento: al Chuy sí asisten traumatólogos, pero no van al Hospital. Entonces, ¿cómo han buscado corregir una dificultad que sé que existe? Esto me consta y lo pongo en evidencia porque es algo que veo. Por eso hablaba de una suerte de asimetría en la atención. Los usuarios del sistema privado por Fonasa cuentan con la presencia de especialistas que ASSE no tiene y, desde mi punto de vista, esa es una dificultad.

La Ministra de Salud Pública hablaba del Hospital. Yo no dije que no hubiera atención porque la sala no estuviera operativa. Me consta que la sala está operativa. Los propios cirujanos me han dicho que en esa sala se puede operar perfectamente. Sin embargo, hace diez años que no se usa. Eso también refiere a un tema de personal. Allí hay una cirujana solamente los días lunes. En el Chuy no se opera. Las cirugías que se hacen son de emergencia porque la cirujana se va los lunes y no hay más. Ustedes saben -yo soy maestro, no médico y puedo cometer errores- que si no hay un cirujano permanente en la localidad no hay postoperatorio que pueda ser atendido. Por eso no se opera en el Chuy.

Esto es lo que uno busca cómo corregir. Porque mi interés es que esto se corrija. Yo siento que hay un desequilibrio en el Chuy. Los que se atienden por Fonasa en ASSE tienen un rezago: deben hacer más kilómetros, deben ser trasladados, deben esperar, ven que hay especialistas que atienden en la Comera o en Médica Uruguaya -que son los dos prestadores que están en el Chuy- y lo hacen en forma más rápida. Es ahí donde está mi punto de concentración.

SEÑORA SILVA.- Señor Diputado: ofrezco enviarle documentación detallada de la actividad y de la contratación, pero quiero hacer algunos comentarios al respecto.

Nosotros tenemos que contratar los traslados en el Hospital del Chuy y, visto así, un número anual de tanto volumen sin duda que compra más de una ambulancia. Sin embargo, probablemente con ese volumen no se asegure el funcionamiento de una ambulancia las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días del año.

En cuanto a los costos de funcionamiento en ASSE, los salarios de nuestro personal, y en especial del personal no profesional de algunas disciplinas son competitivos con el resto del sector, inclusive, en el interior, de mejor remuneración que en el ámbito privado. Por lo tanto, muchas veces nuestros costos de funcionamiento son similares a los de compra del servicio e, inclusive, a veces son más altos.

De cualquier manera, le vamos a enviar al señor Diputado Cardoso la información con respecto al gasto.

Por otra parte, el ejemplo que el señor Diputado Cardoso pone con respecto al traumatólogo no es algo que solo suceda en el Chuy, sino que pasa en algún otro lado e involucra también alguna otra disciplina.

Voy a repetir los comentarios que hicimos a propósito del departamento de Colonia porque se aplican a ese caso y posiblemente también a otro. Pondré un ejemplo que no es del Chuy. En Semana Santa -de Turismo o como cada uno la quiera llamar- había en

un departamento del norte dificultades para cubrir una guardia de una especialidad quirúrgica. Era una de esas guardias que hay que cubrir en una ciudad muy grande del interior. Nosotros no habíamos podido cubrirla durante el fin de semana y el prestador privado pudo cubrir uno de los días. Hay una relación muy buena entre los dos servicios. Son dos hospitales grandes y hay una buena relación entre sus directores y su personal. Decía que el prestador logró cubrir uno de esos dos días -no recuerdo si fue sábado o domingo- y el profesional que aceptó cubrir esa guardia le dijo: "Te cubro la guardia, pero al primer paciente de ASSE que venga, me voy". Eso pasó. Después se arregló el problema entre los dos directores, resolvieron y la guardia se pudo cumplir. Lo cierto es que en algunos lugares tenemos esas dificultades porque hay individuos que, dada la libre elección de dónde trabajar, lo hacen en un lado y no en el otro

Por eso es que en Rocha todavía nos queda mucho por hacer para establecer con los prestadores privados del departamento buenos acuerdos de complementación de servicios, como sucede en otros departamentos. En la gran mayoría de los departamentos tenemos un buen ámbito de discusión y de trabajo. Allí todavía nos queda mucho por hacer, porque en una localidad en la que compartimos la atención de los habitantes sería bueno que pudiésemos contar con un único block quirúrgico, sin importar dónde esté alojado, y que atienda a todos por igual. También sería bueno contar con una única puerta de emergencia, tal como en el acuerdo que firmamos hace muy poco en la villa Isidoro Noblía, Cerro Largo, en donde hay una casa de ASSE, médicos de uno, de otro, enfermeros de uno y de otro y medicamentos en un único stock, que se sigue por cuentas separadas. Asimismo, está el ejemplo que citábamos de Sauce, donde cinco prestadores acordamos una misma puerta de emergencia. Sin embargo, hay una localidad, un pueblo donde yo vivía, en Casupá, Florida -a ciento y pocos kilómetros-, en donde hay tres prestadores y tenemos problemas para que se ponga una puerta única en un pueblo con tres mil habitantes.

Vamos a seguir trabajando en la localidad del Chuy y en todo el departamento de Rocha, con esfuerzo y reuniones sistemáticas por todos lados, a fin de ponernos de acuerdo. Creo que para la integración del sistema y para los prestadores es una actividad ineficiente que tengamos un block, a veces con personal circulante financiado durante todo el año, con una cirujana que vaya un día y no otros. Obviamente, esas otras personas pueden pasar a cumplir otra función, pero puede pasarle lo mismo al que está enfrente. Hay actividades bajas en aquellas localidades que tienen menos de un parto en promedio por día y estamos acordando para que la maternidad sea única. Sin duda, en los casos en los que hay una actividad baja, como la que tenemos en esa localidad, los acuerdos de complementación van a mejorar la salud de todos y la destreza del personal que trabaja en ese lugar, así como la satisfacción de los usuarios, pues todos se van a atender en el mismo lado e independientemente de cuál sea su prestador van a tener un mismo nivel de calidad.

Asimismo, me comprometo a enviarle la información más detallada que tengamos sobre la actividad.

Por otra parte, sin duda que estamos preocupados por no haber conformado el equipo completo del Hospital del Chuy. Está a consideración del Directorio una propuesta, pero sabemos que allí hay un Subdirector y un Adjunto que con mucho empeño, dedicación y compromiso están tratando de hacer lo que la función de su cargo define, en una resolución que el Directorio valida. Vamos a considerar esto a la brevedad para fortalecer ese equipo también.

SEÑOR GAMOU.- No quiero aparecer acá como un fanático de las encuestas, pero resulta que, lamentablemente, en Uruguay parece que tiene más importancia algún titular

de un diario en primera página o alguna entrevista repetida ochenta veces en un canal de televisión que la opinión de los propios usuarios. Aquí debemos valorar lo siguiente. Asse tiene veinte mil consultas diarias. Además, hay sesenta mil interacciones diarias entre los usuarios y Asse, y más de trescientos cuatro mil usuarios. Nueve de cada diez están conformes; muestran satisfacción o mucha satisfacción. Entonces, ¿a quien le tenemos que creer? ¿Al titular del diario El País, de El Observador, a alguna cosa en algún canal de televisión, o a los usuarios de Asse, aunque algunos creen que lo que ellos opinan cualitativamente es menos importante? Yo considero que les tenemos que creer a los usuarios de Asse.

Por si fuera un poco, un 95% de los usuarios recomienda estar en Asse. Por lo tanto, sea en el Chuy, sea Mansavillagra o cualquier localidad del país acá hay una cuestión absolutamente científica. Yo creo que Asse y el Ministerio de Salud Pública no tienen que estar a la defensiva. No es que yo sea fanático de las encuestas, pero, ¡ah!, yo le creo toda la vida más a una encuesta que al titular de un diario que está abiertamente en contra de la salud pública de este país por vaya a saber qué interés que está defendiendo. Por lo tanto, voy a seguir defendiendo las encuestas y lo que se nos está diciendo. Venimos por el buen camino, me parece bárbaro lo que dice la Directora General de Asse. No estamos conformes. ¡Caramba! ¡Ojalá puedan seguir mejorando! Ahora, está difícil.

SEÑOR PEREYRA.- Quiero hacer algunos comentarios relacionados con el Hospital de Chuy y con otras situaciones del departamento de Rocha.

Concuerdo absolutamente con un concepto que mencionaron tanto la señora Ministra como la Presidenta de Asse, en cuanto a cuál puede ser la mayor debilidad con respecto a la dificultad de los servicios. Efectivamente, hay dificultades en muchos aspectos, y es lo relacionado con la complementación. No tengo nada que ver con el sistema de salud; sé poco y nada, pero sí conozco mi departamento y lo recorro bastante. Uno ve en las diversas localidades los esfuerzos importantes que ha hecho Asse y cómo ha mejorado. Lo digo porque soy usuario del subsistema de Asse; lo que digo lo he visto, no me lo contó nadie. Hay una cantidad de áreas que han tenido mejoras notorias; en otras sí, tienen dificultades.

Creo que lo que nos tiene que preocupar a todos es lograr un mejor acceso de la población a la salud. Es verdad que hay que corregir los problemas de Asse, pero nunca hablamos en este ámbito de lo que tenemos que mejorar para complementar cuando a veces los actores del subsistema privado miran para arriba. Lo quiero decir con todas las letras. Pongamos todo en la misma olla y tratemos de verlo, no buscando responsables sino soluciones.

Es real lo que dice el colega Diputado de nuestro departamento sobre la ambulancia del Chuy. Yo creo que sí podría haberse arreglado antes esa bendita ambulancia. Ahora, yo puedo nombrar otras localidades donde el subsistema privado no tiene ganas de llevar una ambulancia. Por ejemplo, Cebollatí, un lugar que está alejado de la mano de Dios, que cuando el río Cebollatí crece, la balsa no cruza y no se puede ir por la Ruta Nº 15, que no es buena, quedan aislados. Al subsistema privado no le sirve llevar una ambulancia ahí y la gente queda colgada del pincel. Entonces, lo que a mí me preocupan son las diferentes lupas que hay para ver cómo se atiende a la gente. En la policlínica de Cebollatí había un drama histórico, que era que había un médico solo: ahora hay dos. Había otro drama -estoy hablando de una localidad que tiene problemas reales en la atención de la gente-, que era el de los medicamentos, sobre lo cual había una queja permanente: "Faltan medicamentos". Se hablaba con las autoridades de Asse y decían: "No faltan, la remesa va en forma correcta". ¿Cuál era el problema? Que al no haber un

sistema claro, los novecientos que se atendían en un subsistema y los ochocientos que se atendían en el otro sacaban todos de Asse. ¡Claro, así es bárbaro!

Ese fue el primer conflicto que hubo en nuestro departamento en el primer período de Gobierno del Frente Amplio cuando se declararon como personas no gratas al Director de Salud Departamental y al Director de Asse. Ese fue el primer conflicto. Aclarar los tantos y ver cuál era la complementación, porque para un lado valía cobrar y para el otro no.

Reconozco que hay problemas y dificultades en muchas atenciones de Asse. En Chuy, porque conozco el hospital e ido varias veces, creo que el problema de la ambulancia era real y se resolvía de la manera que acá se dijo, contratando. Pero creo que uno de los problemas mayores que tiene el hospital del Chuy es el área de internación, que la verdad que es malo. Sé los esfuerzos que está haciendo Asse para buscar la financiación que se ha previsto para este quinquenio para atender ese aspecto y la sala de emergencia del Hospital de Rocha, que es muy importante. Solo escuchamos los problemas, pero no las grandes inversiones. Como dijo la Presidenta, en Chuy, Asse tiene muchas cosas que son mejores que lo que prestan los privados, pero de eso no se enteran. A eso le llamo la teoría de las cucarachas.

(Hilaridad)

—Mis compañeros se ríen, pero eso es verdad. Me lo dijo un médico y tiene toda la razón del mundo. La cucaracha que aparece en un hospital público es estrella de televisión. La muestran de arriba, de costado, del centro. Las que aparecen en el subsistema privado...¡no, no hay! No existen, porque el mismo que mostró la cucaracha del subsistema público en las cámaras de televisión a la otra la tapó, la enterró y no existe.

Si no somos más cristalinos y no vamos más de frente en cuanto a discutir los problemas reales del sistema de salud vamos a seguir con estas cuestiones.

En Lascano hay otros dramas iguales; se reclama por el famoso primer nivel de atención de salud. Se ha generado todo un problema en la población. Ahora resulta que se va a todos los ámbitos públicos y se reclama que no hay sistema de internación correcto en Lascano, pero el subsistema privado tampoco lo tiene, y ninguna radio, nadie comenta nada. ¡Y dale que es tarde!

Entonces, me consta que hay dificultades y que algunas se han solucionado y otras no.

Finalmente -y agradezco a la Comisión y al Presidente por poder participar aunque no la integro-, quiero hacer referencia al tema de la dirección. Es cierto que hay problemas cuando una institución no tiene conducción, pero muchos de los dramas del Hospital de Chuy vienen de antes, de cuando tenían directores nombrados. Sinceramente, no me quiero meter en las internas de los corporativismos o de los actores que trabajan en un lugar; porque existe mucho de eso. Hago confianza en lo que las autoridades puedan hacer para resolver los problemas que allí hay.

SEÑOR CARDOSO.- La intervención del señor Diputado Pereyra me obliga a hacer alguna puntualización, breve, pero la tengo que hacer.

Hacerle planteos a Asse en el ámbito público y en el Parlamento es una cosa lógica, entre otras cosas porque nosotros les votamos el presupuesto a ustedes, no al sistema privado. Yo puedo invitar al sistema privado acá y hacerle preguntas, pero no puedo exigirle porque no le votamos presupuesto público. En cambio, Asse tiene presupuesto votado por el Parlamento. Además, si se escuchara bien lo que uno dice se advertiría que

cuando hice referencia a la sala de cirugía justamente estaba preguntando por qué el sistema privado no utiliza la sala de cirugía de Chuy y traslada sus pacientes a Rocha, causándoles también un problema.

Con respecto a los corporativismos médicos, tiene razón el señor Diputado Pereyra. En el primer Gobierno del Frente Amplio se dio ese tipo de enfrentamiento, ¡y vaya si se generaron problemas!, hasta que el Frente Amplio nombró a uno de los dueños de la cooperativa privada como Director del hospital. En ese momento, las cosas empezaron a funcionar muy bien y hoy podría decir que el Hospital de Rocha, que es dirigido por uno de los dueños de la privada, funciona con una muy buena coordinación.

SEÑOR RADÍO.- Quiero quebrar una lanza y reivindicar el derecho del Diputado Pereyra a hacer planteos sobre el subsector privado. En definitiva, los problemas que tiene el subsector privado también son responsabilidad de la Ministra que está aquí presente. Entonces, me parecen bien las denuncias que hace el Diputado Pereyra con respecto a las cucarachas del sector público y del sector privado. Seguramente, la Ministra tomó nota de las denuncias que el Diputado Pereyra hizo.

SEÑOR CHIESA.- Vamos a plantear un tema que sucedió hace cincuenta y dos días, en el Centro Auxiliar de Paso de los Toros, que realmente generó una conmoción muy grande no solamente allí sino en todo el país.

Al inicio no se encontraba presente la señora Ministra pero entregamos al Subsecretario una serie de preguntas que pensábamos hacer. Yo voy a reiterar las que tienen que ver con el Hospital de Paso de los Toros.

La pregunta cuatro era por qué el Ministerio de Salud Pública y/o ASSE no tomaron la iniciativa de dar información pública a los hechos acaecidos y solo salió a la opinión pública una vez que se dio a conocer todo lo ocurrido por parte de la prensa local. En la quinta pregunta decíamos por qué motivo se releva al Director del Hospital de Paso de los Toros, previamente a que concluya la investigación administrativa dispuesta, y no se le efectuó un sumario habida cuenta de que se reconoció por parte del Ministerio que fallaron determinados mecanismos. ¿Acaso no corresponde que, además del relevo, se inicie un sumario administrativo para determinar eventuales responsabilidades en su carrera funcional?

La sexta pregunta era qué otras medidas se han tomado respecto del resto de los funcionarios intervinientes el fatídico día de la muerte de la paciente en Paso de los Toros.

Habíamos hecho una séptima pregunta y el doctor Briozzo adelantó ya la opinión del Ministerio.

Nos quedan tres preguntas que nos parecen importantes, porque se ha tocado el tema por parte de otros colegas y quisiéramos conocer la opinión del Ministerio de Salud Pública.

Al respecto, me gustaría agregar que en el momento en que sale a luz el problema que sucedió en Paso de los Toros se tomaron determinadas medidas por parte de ASSE. Incluso, concurrió un equipo multidisciplinario a la ciudad, encabezado por el doctor Porciúncula, Director del Programa de Salud Mental, e integrado también por el doctor Ferrazini, la licenciada Techera, el equipo de Cosepa del Ministerio de Salud Pública, con el propósito de dar tranquilidad y continencia al esposo de la señora fallecida como a su familia. Entonces, también me gustaría conocer en profundidad cuáles fueron las medidas que tomó este equipo en ese sentido.

SEÑORA SILVA.- Voy a hacer un informe general de la situación, con el cual quedarán contestadas las preguntas cuatro, cinco y seis del Diputado Chiesa.

El fallecimiento de la señora ocurrió el 17 de marzo. Salieron públicamente algunas declaraciones locales lo que, a nuestro juicio, no debió haber ocurrido hasta tanto se hicieran las investigaciones del caso. Por resolución de la Gerencia General, el día 20 de marzo se dispuso la instrucción de una investigación administrativa tendiente a determinar o comprobar la existencia de actos o hechos irregulares dentro del servicio, a individualizar los responsables en relación con las circunstancias en las cuales fuera asistida la paciente fallecida. Esta investigación aún no ha culminado, encontrándose dentro de los plazos impuestos en la normativa vigente.

El día 26 de marzo, la Gerencia General eleva al Directorio un informe sobre el caso, de los dos enfoques que se utilizaron para la investigación en este evento, la metodología de la Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina en la investigación técnico administrativa. Una vez culminado este análisis de la Cosepa, se realizó un informe preliminar y un informe de avance.

El Directorio analizó este informe preliminar. Hubo una moción por parte del doctor Sosa de iniciar en ese momento el sumario administrativo al Director del Hospital. El Directorio, por mayoría, decidió continuar con la investigación administrativa, y voy a separar en dos partes la actuación que hizo la Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina, y cuáles fueron las motivaciones que llevaron al Directorio a decidir el cese de la encargatura de la dirección del Hospital.

Los objetivos de la actuación de la Comisión de Seguridad del Paciente -está integrada por el equipo de salud mental, licenciados de enfermería, médicos, médicos legistas y ginecólogos en este caso- fueron: tomar contacto directo con la situación y los actores, con el propósito de generar un marco de contención y apoyo a los equipos asistenciales; conocer los procesos asistenciales en forma directa, a través de una entrevista con todos los trabajadores del Hospital; ponerse en contacto con los familiares de la paciente fallecida; dar las condolencias en nombre de ASSE; ofrecer contención y apoyo. Este equipo se entrevistó con cada uno de los integrantes que directa o indirectamente formaron parte del episodio, alcanzando a treinta y seis personas entre los tres turnos de trabajo.

Las conclusiones preliminares fueron que se trató de una paciente muy grave desde el inicio; que fue una muerte materna prevenible y la causa de la muerte fue shock hipovolémico en anemia aguda, por placenta previa, con primer episodio de sangrado; que hubo fallas en la percepción del riesgo, por parte de los profesionales actuantes y de la Dirección del Hospital, desde que ingresó y hasta las 6:00 de la mañana en que se inició el protocolo de reanimación. Probablemente, por el error en la valoración del riesgo, se cometieron fallas en la toma de decisiones, que no fueron tomadas en el momento oportuno y por los profesionales que correspondía en cada caso. No hubo omisión ni intencionalidad. Cada uno de los integrantes del equipo de salud que actuó en este caso, lo hizo con mucho compromiso y dedicación. El funcionamiento habitual del hospital, con una maternidad que en general está adecuadamente cubierta, posiblemente haya incidido en la decisión de mantener a la paciente en el hospital y hacer todo lo que estaba al alcance para obtener el mejor resultado en la atención, en vez de trasladarla en forma inmediata. La Maternidad del Hospital de Paso de los Toros debería haber estado en plan de contingencia por falta del equipo completo. El traslado debería haberse realizado lo antes posible; se atrasó más de lo debido y debería haberse realizado a la ciudad de Durazno. Hubo fallas en el sistema y existen responsabilidades individuales que emergerán de la investigación administrativa en curso.

Quiero destacar que esta comunicación -de este modo contesto parte de la pregunta cuatro- fue realizada primero a los familiares de la paciente, tal como nos habíamos comprometido, y después en una conferencia de prensa en la que todo el Directorio informó el estado hasta este momento del análisis del proceso técnico, que tiene diferentes etapas: primero, la actuación de la Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina, y estos fueron sus resultados. El proceso de análisis técnico no culminó. El Comité específico de análisis de la mortalidad materna tiene que actuar y la Comisión Honoraria de Salud Pública también. Por tanto, el análisis técnico del proceso de atención tiene todavía pasos para dar, más allá de lo que supongan el procedimiento administrativo y la investigación judicial que están en curso.

Hubo algunas recomendaciones que se hicieron desde la Comisión de Seguridad del Paciente, fundamentalmente, en cuanto a la capacitación sobre la normativa vigente que tiene el Ministerio con respecto al funcionamiento de las maternidades, en un documento técnico que aprobó en noviembre de 2012. Hablamos de implementar un sistema de traslados en conjunto y analizar -en eso se está trabajando- el traslado perinatal con otros prestadores públicos y privados, en los diferentes departamentos. En algunos tenemos mejores avances. En Colonia ha habido conversaciones para establecer un sistema común de traslado pediátrico; esperemos que eso lo podamos resolver a la brevedad posible.

También se recomienda elaborar pautas sobre planes de contingencia y definir en forma taxativa e informar a los integrantes de los equipos de salud cuál es el rol que cada uno debe cumplir ante una urgencia o emergencia obstétrica en cada uno de los casos. Otra de las recomendaciones es planificar -y en eso estamos trabajando en conjunto- un servicio de autopsias clínicas en el norte que, sin duda, nos va a permitir definir algunas de las causas de mortalidad. Y fortalecer, con un convenio de acuerdo, la complementación de servicios en la maternidad de Paso de los Toros, que es la única de la localidad. Allí compartimos con el prestador local la atención de todos los usuarios. Hoy tenemos un acuerdo histórico, no formalizado, de funcionamiento en esa localidad de baja complejidad. Prácticamente, nos compartimos la mitad de la población de un lado y de otro. Estamos trabajando para tratar de resolver, en el marco de un convenio, la responsabilidad de los dos prestadores.

Hubo motivos por los cuales el Directorio decidió cesar la encargatura del Director del Hospital que, a nuestro juicio, no lo condenan como responsable en este caso. Voy a leer los fundamentos que estuvieron en la resolución del Directorio para cesar la encargatura al Director. Dice así: No se verificaron los protocolos de atención de urgencia que hicieran posible la planificación de la atención ante una urgencia. Ante la carencia de ginecólogo de guardia, la maternidad del hospital debería encontrarse en un plan de contingencia para resolver situaciones como la que se presentó en este caso. El médico de guardia no fue informado al momento de tomar la guardia a la hora 20 sobre la carencia de la cobertura por parte de ginecología y anestesiología. Hubo un retraso excesivo en la preparación del traslado. Tomando en cuenta que era un protocolo de emergencia, ante la falta de algunos especialistas, debió haberse previsto que la preparación del móvil de traslado especializado, que no es del hospital y que es contratado a un tercero, hubiera estado pronta en un tiempo menor. El traslado debió haberse programado a la ciudad de Durazno, que es el lugar más cerca donde existía cobertura de ginecólogo en el sector privado. Todos los Directores de ASSE conocen que uno de los principios del sistema es la complementación y, mucho más, en un caso de emergencia. En la localidad de Durazno, una semana después, hubo dos emergencias obstétricas de pacientes mutuales: una se atendió en el hospital y otra, en la mutualista, porque coincidieron en tiempo y oportunidad. El Director no midió adecuadamente el alto

riesgo de la paciente. No surge de las declaraciones que la Dirección haya agotado los recursos necesarios para no dejar descubierta la maternidad con ginecólogo de retén y anestesista. La gravedad ante una muerte materna ameritaba la comunicación inmediata a la Gerencia Asistencial de ASSE, lo cual no ocurrió. Y sí se realizó dos días después y no se cumplió con la normativa vigente en cuanto a las declaraciones a los medios de prensa realizadas previo a la información a la Gerencia Asistencial.

Estas fueron las motivaciones que el Directorio consideró para cesar al Director del Hospital. Reitero, también el Directorio analizó y tuvo una moción de inicio del sumario. La mayoría del Directorio consideró oportuno culminar la investigación administrativa, ya sea para tomar medidas respecto al Director, hoy funcionario de ASSE y de ese centro, o para otros integrantes del equipo de salud. A mi juicio, eso contesta la pregunta número seis.

Quiero comunicarles que ASSE institución asumió públicamente la responsabilidad hasta este momento del fallecimiento de esta señora. En lo que llevamos trabajando, esta es la primera vez que, con mucho dolor, la asumimos, luego de haber comunicado al esposo de la señora cuál había sido, a nuestro juicio y hasta ese momento, el análisis del fallecimiento de su señora esposa.

SEÑOR CHIESA.- Simplemente, quiero dejar sentada nuestra opinión.

Nos parece que hubiera sido mucho más productivo si se hubiera establecido el sumario al Director del hospital, con retiro de la función después de verificar exactamente los resultados de dicho sumario. Pero, esa es una decisión que toma ASSE, a mi juicio, apresurada.

Ojalá no vuelvan a suceder este tipo de situaciones en ninguna parte del país.

Quisiera saber cuál es la contención que dan esos equipos de ASSE, qué actividades realizan con los familiares directos, en este caso el esposo y los propios hijos. Sinceramente, pregunto esto porque hace cincuenta y dos días que sucedió este acontecimiento lamentable y la información de que dispongo es que solamente una persona del equipo habló con el esposo. Además, lo hizo porque el esposo concurre al hospital, si no, no se sabe si hubieran hablado con él. La semana posterior a turismo, un médico psiquiatra de la localidad, conocido del esposo de la fallecida, tiene una charla con él. Según la información de que dispongo, tengo la visión de que esa simplemente fue la actividad de contención que se le dio tanto al esposo como a la familia. Quisiera corroborar si esto es así, porque este hecho me deja muy preocupado desde el punto de vista de esa actividad que podemos realizar para contener a esta familia, que ha sido golpeada tan duramente.

SEÑORA SILVA.- Me gustaría hacer tres comentarios.

En primer lugar, consideramos que con lo que había ocurrido de no previsión del funcionamiento por parte del hospital, había mérito suficiente para cesar la encargatura del Director. Tomamos la decisión de no iniciar un sumario porque este iba a estar, en definitiva, respondiendo, a nuestro juicio, errores en el desempeño como cargo de Director, e íbamos a tomar la misma decisión. Podemos tomar un camino u otro. Decidimos cesarlo porque con estos cuestionamientos había méritos suficientes para su cese como encargado de Dirección. Y tomamos una decisión por mayoría. Unos opinaban que había que iniciarle un sumario en forma inmediata como funcionario y otros, que había que culminar la investigación administrativa y de ella definir el funcionamiento para el resto. Como bien dijo el señor Diputado, hay distintas opiniones al respecto.

Quería destacar que el reconocimiento del error, que es humano, viene desde hace muy poco tiempo. El Presidente de la Cosepa del Ministerio podrá ahondar en algunos de los postulados. Lo imperdonable es no reconocer el error, y mucho más imperdonable es no tomar medidas cuando un error existe. Eso fue lo que hicimos: tomamos todas las medidas. Me gustaría, si el señor Presidente así me lo permite, para preservar determinadas cuestiones que son de respeto por las personas, que lo que voy a decirles no figure en la versión taquigráfica.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se suspende la toma de versión taquigráfica.

SEÑOR CHIESA.- Con respecto a la pregunta seis, todavía no me quedó claro qué otras medidas se han tomado con el resto de los funcionarios; me parece importante conocer esta información.

Por otra parte, como se tocó el tema de la seguridad, quiero decir que hemos compartido con el señor Subsecretario algunas jornadas sobre la seguridad del paciente. En el área de la salud ocupacional se sabe que un accidente no obedece a un hecho aislado sino a una serie de hechos que se van encadenando y que terminan en un desenlace trágico. Creemos que esto también sucedió en el Hospital de Paso de los Toros. Por eso, consideramos que en este caso hay muchas responsabilidades. Estoy de acuerdo con que la responsabilidad no es solo del Director, aunque la suya es indelegable, y siempre es el responsable final; puede delegar las actividades, pero no la responsabilidad.

SEÑORA SILVA.- Con respecto a las medidas para el resto de los integrantes del equipo, debo decir que sigue la investigación administrativa para poder identificar las responsabilidades

Por otra parte, se hicieron jornadas a la interna del Hospital de Paso de los Toros con el resto del equipo, para que la segunda víctima -tal como se la denomina en el análisis de la Comisión de Seguridad del Paciente-, es decir, aquellos que participaron en un procedimiento en el que hubo un error, no sientan victimización por este error sino que tengan la posibilidad de reconocerlo, de tomar las medidas correctivas y, fundamentalmente, de cambiar conductas. En definitiva, esto estaba dentro de las recomendaciones que hacía la Comisión de Seguridad del Paciente de ASSE.

Quería comentarles que si bien la normativa que establece la obligatoriedad de los prestadores de conformar las comisiones de seguridad del paciente es relativamente nueva -es del 2012-, desde 2008 ya se están conformando en distintos servicios de ASSE. Tenemos más de una Comisión de Seguridad del Paciente por departamento.

Además, ASSE ha participado en distintas iniciativas nacionales. Por ejemplo, tres hospitales nuestros participaron en un grupo de diez prestadores de la implantación de la lista de verificación quirúrgica. Se trata de un proyecto realizado por el Ministerio de Salud Pública que cuenta con el apoyo de la OPS

Por otra parte, un servicio de ASSE es el único -por ahora- en el Sistema Nacional Integrado de Salud que está participando en el desarrollo de un sistema de notificación de eventos adversos, que tiene una metodología específica y demás. Por ahora, solo dos de nuestros hospitales están participando en este registro sistemático.

Estamos tratando de hacer talleres de capacitación para que la cultura de la seguridad sea un tema de pensamiento general en todos los equipos de salud de ASSE. Trabajamos en la conformación -si bien ya existe- de un Comité central de Seguridad del Paciente en ASSE que, a través de una norma básica, dé apoyo en aquellos lugares en los que los comités no están constituidos.

Desde 2012 estamos trabajando en la creación de una unidad de riesgo conformada por el Comité de Seguridad del Paciente y la Comisión Asesora de Control de Infecciones Hospitalarias.

Asimismo, en el mes de mayo se llevará adelante una importante iniciativa para el encare de la salud ocupacional. Aprovecho para comentarles que, a iniciativa de algunos miembros del Directorio, están planificando una jornada de discusión de salud ocupacional en ASSE, en el amplio sentido, es decir en la salud, con los sindicatos de trabajadores médicos y no médicos, con el Ministerio de Salud Pública, con la cátedra de Salud Ocupacional, en la cual se van a plantear algunas de las experiencias que tiene ASSE en este sentido.

Sin duda, tenemos que seguir trabajando, en especial en aquellos servicios en los que ha habido un error -como en este- o en los que exista la probabilidad de que ocurra. No es fácil en las localidades pequeñas; no es fácil reconocer el error. Pero estamos haciendo todos los esfuerzos para cambiar los procedimientos y para asegurar que los protocolos estén en los tiempos que le permitan actuar al equipo de salud en forma más oportuna.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- Quiero hacer referencia a algunas cosas que son complementarias a lo que se ha dicho.

En cuanto al incidente en sí, creo que acá ya se ha hablado abundantemente y con profundidad. Por tanto, me parece que no es necesario decir más. En su momento nos interesamos por el apoyo a la familia, y aquí se ha aclarado ese aspecto.

La otra cosa que quiero destacar es que cuando existe un error no es frecuente encontrar que se asuma la responsabilidad. Yo creo que en este caso hay que saludar esa situación, porque errores cometemos todos, y para quienes trabajan en salud son más difíciles de asumir. El hecho de que ASSE lo esté asumiendo es muy importante. Creo que todos tenemos que valorar esa situación y ponerla en el lugar que corresponde.

En cuanto a lo que percibimos en Paso de los Toros y, sobre todo, en esta familia que pasó por esta situación fue la preocupación por saber cómo seguía la atención en salud en ese lugar.

Para decirlo en titulares, nosotros detectamos varios temas que, seguramente, cuando la Ministra plantee el plan de trabajo, y en función de lo que nos han venido explicando, van a saltar. Inclusive, a partir de este incidente, nosotros tuvimos conversaciones con el sector privado, y es clarísimo que hay dificultades de complementación entre lo privado y lo público. Yo no comparto lo que se dijo hace un rato, en cuanto a que nosotros votamos el presupuesto para ASSE y por eso podemos hablar con esa Administración y no con el sector privado. No lo comparto porque nosotros votamos las cápitas, que son las formas de financiamiento del sector privado. A mí me gustaría saber cuántas cápitas cobra el sector privado, por ejemplo en Tacuarembó. Creo que hay complementación, pero todavía hay mucho por hacer.

Entiendo que se necesita un examen riguroso, localidad por localidad; se necesita saber cuántas cápitas en las zonas rurales, en Paso de los Toros, en San Gregorio, en la ciudad. También como Parlamento necesitamos saber eso, y cuánto está aportando el sector privado al funcionamiento del sistema.

Estos son temas en los que hay que seguir profundizando. Por eso digo que mi intervención es nada más que un titular.

En esas conversaciones también detectamos la dificultad que hay para conseguir especialistas que vayan a Paso de los Toros, las maniobras de todo tipo, tamaño y color

que hay que hacer para tener determinados especialistas. Son cosas que dan para escribir una novela. Esto no debería seguir ocurriendo, y creo que es responsabilidad de todos encontrar un mecanismo que no haga que localidades que están al norte del país -ahora advierto con asombro que en Colonia también sucede lo mismo- sigan funcionando como hasta ahora. Es un problema mucho más estructural. En ese sentido, creo que muchos de los presentes estamos dispuestos a meter mano al problema, y a votar las leyes que sean necesarias para lograr que los especialistas, que se forman gratuitamente en la Universidad de la República, atiendan en todos los lugares del país, y que trabajen no en los lugares que se les cante, sino donde se los necesita.

Este es un tema planteado y está en la agenda del Parlamento y del Poder Ejecutivo seguir trabajando en esto.

Hay otros temas que quiero dejar planteados como titulares. Uno es el de los traslados y, otro, que el plan de contingencia funcione realmente. Yo creo que estas son las cosas que se plantearon en la movilización que hubo. Más que quejarnos de la situación triste que se vivió, debemos mirar para adelante, es decir, debemos tratar de ver cómo logramos que no vuelva a ocurrir lo mismo. Entiendo que tener un plan de contingencia bien aceitado es fundamental. Después que pasó esto, yo aprendí en qué consiste un plan de contingencia verdadero. Uno bien se puede imaginar que no siempre estuvo a la orden del día.

Quisiera saber si tienen alguna información o si se ha podido ir avanzando en cuanto a la posibilidad de instalar un sistema de traslados más integral y que no solamente tenga que ver con Paso de los Toros, sino con el resto de las zonas del país que tienen estos problemas. Si a una parturienta le ocurre una situación grave en muchos de los pueblos de Tacuarembó, de Rivera, de Cerro Largo, de Salto o de Artigas sepan que no es muy fácil la cuestión. Sé que se viene trabajando en esa línea y de repente nos pueden brindar alguna información al respecto.

SEÑOR SOSA.- Simplemente, quería hacer un comentario acerca de la pregunta realizada por el señor Diputado Chiesa Bruno respecto a qué medidas se habían tomado con el resto de los funcionarios. Deseo aclarar que en su momento, como bien dijo la señora Presidenta de ASSE, mocioné el sumario con separación del cargo preventiva al Director del Hospital de Paso de los Toros y lo hice sin perjuicio de las responsabilidades que eventualmente arroje la investigación administrativa que está en curso. Creo que todos estamos esperando los resultados de dicha investigación para conocer eventuales responsabilidades de otros funcionarios.

SEÑORA SILVA.- Se nos preguntó en qué estamos trabajando con el sistema de traslados. Acá no solo hay una propuesta concreta del Ministerio de Salud Pública para todo el sistema, que se encargará de ahondar en ella el señor Subsecretario o la señora Ministra. Nosotros estamos trabajando fuertemente en el proyecto de la regionalización, es decir, en analizar en cada región y en cada subregión cuáles son algunos de los problemas que tenemos y que compartimos con el resto de los prestadores. El traslado es uno de los temas prioritarios de un análisis global en cada una de las regiones y subregiones.

Estamos analizando en la región del sur -que es la exmetropolitana- la integración de nuestro sistema, no solo del sistema de atención de urgencias y emergencias que tenemos con los móviles especializados, sino de la actividad de la coordinadora centralizada de CTI que define dónde van nuestros pacientes críticos, tanto los de la puerta de emergencia como los de CTI, y tenemos avances en algunos departamentos para mejorar la complementación en un sistema único de traslado, que defina una única mesa central por región -eso sería lo razonable- y que complementemos con todos los

prestadores, haciendo un diagnóstico primero de cuál es la situación de los traslados para esa región o para ese departamento, qué tenemos cada uno de nosotros, qué nos falta, quién lo pone y cómo se define la línea de salida para que los traslados sean oportunos para toda la población.

En el punto 73 dice que existe preocupación en pacientes embarazadas residentes en el departamento de Río Negro, frente a la posibilidad de tener que ser trasladadas a la ciudad de Mercedes en el caso de que el parto se presente los días lunes o jueves, debido a que estos días desde hace meses, están sin cubrir; solamente hay tres pediatras y uno más ocasionalmente.

Otro punto es una denuncia que fue realizada por un profesional del Hospital de Fray Bentos ante la Junta Departamental de Río Negro referida al desmantelamiento del Servicio de Cardiología.

En principio, nosotros tenemos la asignación presupuestal para la cobertura de todas las guardias de retén, tanto de ginecólogo como de anestesista y pediatra; el crédito está disponible para la cobertura completa de las setecientas veinte horas que tiene cada mes. En el departamento de Río Negro el equipo cuenta con cuatro ginecólogos de retén, dos anestesistas y cuatro pediatras. Se rige para su funcionamiento en base al protocolo de maternidad que es definido oportunamente por el Ministerio de Salud Pública. En caso de encontrarse con inconvenientes en la atención con relación a la cobertura de las guardias se actúa según el protocolo establecido: traslado al Hospital de Mercedes en caso de que la situación así lo permita o del prestador privado del departamento, de acuerdo con la valoración obstétrica de cada uno de los casos.

Quiero aclarar que la población del departamento de Río Negro es de cincuenta y cuatro mil ochocientos habitantes, de los cuales treinta y cinco mil son usuarios de ASSE y el Servicio de Cardiología cuenta actualmente con dos cardiólogos y con un tercer cargo vacante para el que se está realizando un llamado a concurso.

Respecto a la denuncia realizada por un profesional del Hospital de Fray Bentos ante la Junta Departamental, podemos decir que en el Servicio se realizan consultas programadas así como los siguientes estudios: electrocardiogramas, ergometrías y holter. Estos dos últimos se hacen a través de la compra de servicios. El equipamiento a que probablemente hace referencia esta denuncia era propiedad de un médico específico que cesó en su relación con el Hospital y retiró el equipamiento de su propiedad. De todos modos, el servicio sigue funcionando. En el caso de algunos estudios, lo hace mediante compra de servicios y buscando una solución definitiva en el marco de la regionalización con algunos acuerdos en carpeta para la complementación de servicios de cardiología en la zona.

En el siguiente punto, el oficio N° 73 dice que el día 21 de marzo fallece un niño cuando es dado a luz en el Hospital de Minas, departamento de Lavalleja, cuyo caso ha tomado estado público. Quiero aclarar que no se trató del fallecimiento de un niño, sino de un óbito, es decir, de una muerte fetal. El caso al que hacemos mención era un embarazo de treinta y ocho semanas bien controlado. El 21 de marzo, la paciente consulta en la puerta de emergencia del hospital, se hace el examen completo y el monitoreo fetal, lo que resulta normal. Dado que en ese momento la paciente no estaba en trabajo de parto se envía, como establece el protocolo, a su domicilio. En la madrugada del día 22 de marzo consulta nuevamente y allí el monitoreo muestra la muerte fetal. Se indica esperar el parto como es habitual -se trababa de una paciente joven-, para preservar el útero y su posibilidad futura de embarazos, pero el planteo de la señora y de la familia hace que esta situación termine en una cesárea, que no es lo ideal para cada caso. Además, se solicita, en especial, a la paciente y a su familia -como es la

pauta- la autorización para realizar la necropsia del feto, y la familia no lo autoriza. Por lo tanto, va a ser muy difícil conocer la causa de muerte de ese feto. Si bien no se trataba de una muerte dudosa, porque no se desprendía del procedimiento, de la historia clínica ni del análisis preliminar de los médicos actuantes, el Hospital de Minas solicitó una investigación. Se presentó una moción en el Directorio para que esa investigación se instruyera desde ASSE, lo que así ocurrió, y se dio participación a la Comisión de Seguridad del Paciente desde el nivel central, que aún no ha concluido su análisis de este caso.

SEÑORA PASSADA.- No me voy a referir a ninguna pregunta en particular.

Por una reunión que ya estaba prevista, nosotros nos vamos a tener que retirar. No preveíamos que esta reunión pudiera ser tan extensa.

De todos modos, queremos particularmente saludar y agradecer a la señora Ministra de Salud Pública así como al Subsecretario y todo el equipo, a la Presidenta de ASSE y todo su equipo, por toda la información que se nos ha suministrado, que va a ser tenida en cuenta y que vamos a tratar en la Comisión.

Ahora que vienen los meses de invierno y que sabemos que hay un Plan de Invierno muy interesante, quería solicitar a todas las autoridades de la Salud si nos pudieran hacer llegar a la Comisión los caminos y los elementos que se están tomando sobre el mismo para poder abordarlo.

Gracias.

SEÑOR GARCÍA.- Me quiero referir a lo acontecido en Minas.

Precisamente, una de las denuncias de la familia es la ausencia de un médico en el momento de la evaluación del embarazo, es decir, que no se pudo consultar a un ginecólogo, y así consta en los diferentes recortes de prensa. Por eso, nos interesa saber quiénes dispusieron las investigaciones, si fue una vez que se tomó conocimiento de este hecho o cuando aconteció el hecho, porque mediaron unos cuantos días, ya que el hecho aconteció el 21 o 22 de marzo y tomó estado público el 4 ó 5 de abril.

Pregunto esto a efectos de esclarecer y sobre todo brindar tranquilidad a la población porque, más allá de las intenciones expresadas en esta extensa reunión, todos los actores, tanto políticos como los directamente involucrados, tenemos que hacer hincapié en la confianza del usuario en el sistema de salud. Este es el gran objetivo, con el que debemos involucrarnos todos.

Evidentemente, los actores políticos siempre nos marcan determinadas intenciones, cuando nosotros nos manifestamos, pero lo que buscamos sobre todo es llevar tranquilidad a la población, y que en el lugar donde elija asistirse tenga la seguridad que contará con los mejores medios y con las mejores garantías, y de eso somos todos responsables.

Por eso, insistimos en este tema. De las palabras de la Presidenta de ASSE se desprende que había médicos actuantes, cuando se insistió reiteradamente con la presencia de un ginecólogo, tanto en la primera oportunidad que asiste la mujer, como en la segunda, pero aparentemente el ginecólogo apareció horas después de que se presentara esta mujer por segunda vez, con un embarazo que, supuestamente, tenía fecha de parto para el 8 de marzo. Todos los datos que manejamos surgen de versiones periodísticas, porque no hablamos con la familia.

Entonces, nos interesa sobremanera tener claro cuándo se inició la investigación, qué se hizo con las personas actuantes, si se investigó, porque en principio se dijo que sí

hubo, que estaba todo bien y que se garantizaba la actuación de todas las personas que estuvieron involucradas en este caso; inclusive, se nombró hasta más de treinta personas que intervinieron en este caso.

Queremos aclarar nuestras dudas con el objetivo de llevar tranquilidad a la familia y al resto de la población del departamento.

SEÑORA SILVA.- No estamos ante un caso de muerte dudosa, ni tampoco de muerte inexplicada; los informes preliminares de la Comisión de Seguridad del Paciente no definen que haya habido en este caso error en el proceso de atención, sino un desenlace fatal, de baja probabilidad. La imposibilidad de realizar autopsia al óbito, sin duda, nos dificulta identificar la causa de muerte.

En la primera instancia actuó el obstetra partera y, en la segunda, fue consultada por un ginecólogo, pero estos hechos surgirán del proceso de investigación administrativo y del análisis de la Comisión de Seguridad del Paciente.

Quiero sumarme a la preocupación planteada por el señor Diputado García con respecto a nuestra responsabilidad, la de todos, la de cada uno de los habitantes, para dar tranquilidad y seguridad a la población y no generar alarma pública, como sin duda genera la publicación en los medios de comunicación de la sospecha de muerte en casos concretos; en todos los casos que se han publicado en los diferentes medios hasta hoy, podemos responder como hicimos en el caso de la muerte de la señora de Paso de los Toros, asumiendo la responsabilidad de todo el Directorio. En todos los demás casos, hasta el momento, no hablamos de desenlaces prevenibles o que haya habido error; en el caso concreto de la localidad de Minas, así lo definen hasta ahora todas las actuaciones. Nos perdemos la posibilidad de saber qué pasó, pero respetamos la decisión de la familia, porque también tiene derecho a negarse a una autopsia clínica.

Sin duda, el manejo público de la información de la muerte, el manejo fácil en algunas oportunidades de las causas de la muerte, poner en los medios de comunicación datos confidenciales de historia clínica, que violan toda la normativa vigente, nos genera a todos mucha alarma. La semana pasada comentamos en la Comisión de Salud Pública del Senado, y pedíamos especialmente a algunos Senadores, cuidado cuando se manejaran algunos comentarios públicamente, teniendo en cuenta además que esto no solo genera preocupación a los usuarios del servicio de salud, que somos todos, cada uno de nosotros, sino también a los trabajadores, que en el caso de ASSE son más de 27.000, pero que en todo el sistema son más de 70.000, que en estos casos se ven permanentemente interpelados. Además, estos hechos abonan negativamente en generar la necesaria confianza que debe existir entre el equipo de salud y el paciente y la posibilidad de que los trabajadores de la salud cubran puestos de trabajo. La señora Diputada Passada preguntaba por el inicio del plan de invierno: tenemos un plan primario. El Directorio lo ha considerado y el Ministerio tiene un plan conjunto para todos los prestadores en el que ASSE participa permanentemente, pero tenemos problemas para que aquellos trabajadores que toman trabajo zafra en el invierno ocupen estos cargos -con alta exigencia personal porque aumentan sus horas de trabajo-, precisamente, por todo el temor que se ha generado en los trabajadores y en los usuarios a propósito de alguna información publicada en algunos medios que, a nuestro juicio, nunca debió ser publicada, hasta tanto no se supiera realmente de qué se trataba.

Sin duda, en los servicios de nuestro país ocurren casos de este tipo todos los días, pero lamentablemente los casos que se publicaron en la prensa y que generaron alarma en todos -en ese sentido, coincido con el señor Diputado García- están vinculados con aquellas personas que menos posibilidades tienen y a quienes seguimos agrediendo

planteándoles que serán atendidos por un servicio público más cercano a la muerte que en otros. Tenemos muchos ejemplos de lo que digo.

Debe tenerse en cuenta que tenemos muchos pacientes internados en los hospitales de ASSE y por eso debe tenerse cuidado cuando se publica en los medios alguna información de este tipo. En ese sentido, aspiramos a que se entienda, con todos los errores que podamos cometer, que procederemos como en el caso de la señora de Paso de los Toros, analizando primero cuando nos enteramos, siendo cuidadosos en la contención de la familia, dándole primero la información a la familia, y después asumiendo la responsabilidad.

Por eso, nos ganamos la opinión no muy halagüeña cuando suspendimos las declaraciones de prensa en torno a algunos trascendidos de prensa, que se van mezclando y se transforman en un espiral sin sentido que solo agrede a cada uno de nosotros.

En ese sentido, comparto la preocupación del señor Diputado, y por eso informamos públicamente cada vez que tenemos seguridad y hoy pedimos especialmente hacer algunos comentarios sin versión taquigráfica, para tener la libertad de plantear nuestra preocupación.

SEÑOR GARCÍA.- Simplemente quiero dejar constancia que en este caso la propia familia acudió a los medios comunicación, tanto televisivos como escritos, para dar su versión, tiempo después de haberse producido el hecho. Además, la propia dirección del Hospital da algunas respuestas que en un primer momento no convencieron a la familia, que no voy a calificar.

En ese sentido, quiero preguntar a ASSE si se tuvo algún contacto con la familia para asistirlos psicológicamente.

Asimismo, en las declaraciones surge que hubo alteraciones en la historia clínica; no sé si esto se está investigando o no. Por supuesto, esto afirmó la familia, pero lo negó el señor Director del Hospital. Esto también conlleva a que el clima se siga enrareciendo porque más allá de que hubiese existido la muerte de un no nacido, todo este otro tipo de comentarios va abonando teorías en el imaginario colectivo que no conducen a fortalecer la institución ni la confianza que se tiene en ella.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- Mi intervención es casi innecesaria, porque la doctora Silva lo dijo mucho mejor de lo que yo lo hubiera hecho.

Cuando hablamos de seguridad en el sistema de salud se pide una correcta actuación a los efectores del sistema, a los políticos -etcétera-, pero nos olvidamos bastante de los medios de comunicación. Mientras intervenía el colega de Lavalleja estaba pensando decir esto, que lo explicó mejor la doctora Silva.

Hay que leer con mucho cuidado los medios de comunicación, que muy frecuentemente son fuente de denuncias que luego se amplifican en el Parlamento. Felizmente acá se ha podido brindar toda la información y se han aclarado varias situaciones. También los medios de comunicación deberían -es como pedir peras al olmo- colaborar en el sentido de mejorar esta situación. Por supuesto que hay que denunciar lo que sea denunciado, pero deberíamos manejarnos con elementos más o menos serios y no tomar cualquier versión que luego resulte rápidamente infundada.

SEÑORA SANSEVERINO.- Esto merece una reflexión más que sería acerca de nuestro rol como parlamentarias y parlamentarios y de cómo nos presentamos ante la sociedad en temas de altísimo valor que tienen que ver con la salud, la vida y la muerte. Los medios de comunicación tienen una especie de juego de retroalimentación, y

deberíamos ser muy cuidadosos y muy serios al amplificarlos, porque desde el sistema político se amplifican. No solo los medios de comunicación son muy proclives a utilizar la última noticia que genera conmoción. Desde diversos ámbitos ha habido un juego bastante perverso, que se vio claramente con los enfermeros, que saltó primero en el sistema público y quedó bastante mitigado en el privado, hasta que después ya no hubo nada que hacer.

Además, a uno le llegan noticias muy tristes, muy preocupantes sobre situaciones que han pasado en el sistema privado. Podríamos salir a decirlas, como si fuera un juego ver qué sistema funciona mejor. A lo mejor en una institución privada pasó algo muy terrible en estos meses, o en el mes de marzo. Ahora, ¿sirve para algo salir a decir estas cosas? No es que sean temas secretos, sino que hay lógicas sumariales, protocolos de intervención para el Ministerio y para las comisiones de seguridad. Hay un formato responsable, transparente para atender estas situaciones. Ese es el camino.

A esta Comisión han venido actores claves en la salud, quienes nos han dejado temas que deberán seguir siendo trabajados. Por ejemplo, el de los recursos humanos. Han venido profesores, la Academia, la Facultad de Medicina, los usuarios. Cada uno viene con una dinámica y una problemática que hacen al problema de fondo que deberemos seguir trabajando con mucha responsabilidad y seriedad, teniendo en cuenta que hay intereses muy fuertemente enfrentados. Eso será parte de la negociación y de cómo gobernamos estos asuntos para salir adelante.

Todos debemos ser más cuidadosos en el manejo de temas de tanta seriedad para no retroalimentar lo que hace mucho daño a la sociedad.

SEÑORA SILVA.- Hasta el momento no hay ninguna evidencia ni duda de que haya habido la más mínima alteración de la historia clínica de la paciente del Hospital de Minas.

SEÑOR SOTO.- Nos complace enormemente que la forma en que se transmiten las informaciones del área de la salud a la opinión pública sea abordado por este Parlamento. Según la forma en que se maneje la información, se contribuye a generar un imaginario colectivo que termina siendo perjudicial. Esto no quiere decir que no estemos de acuerdo con dar la información. Es una preocupación del Directorio de ASSE, casi permanente, recoger la información que se vierte a través de los medios de comunicación, analizarla con seriedad y emitir un pronunciamiento. Muchas veces nos encontramos con informaciones ciertas, por la que tenemos que dar respuesta a la ciudadanía. Otras veces nos encontramos con informaciones que no son ciertas, y que también generan alarma.

Hace algunos meses encontramos el titular de un medio de comunicación en el que se decía que en el Hospital Maciel se daba comida en mal estado a los pacientes. Imaginen la sensación de los pacientes internados que leen la información o que la escuchan en los medios que la reproducen. Investigamos la información y era falsa.

A fines de marzo -solo lo pongo como ejemplo para mostrar cómo funcionan algunos medios de prensa-, en la página editorial de uno de los principales diarios de nuestro medio apareció una caricatura de un famoso caricaturista, en la que se sustituye el sol del logo de ASSE -que simboliza la bandera uruguaya- por una calavera, simbolizando la muerte. Esa imagen que se transmite a la población es de un grado de irresponsabilidad tal que ya no responde a absolutamente nada y que termina haciendo daño al sistema de salud en su conjunto. Por eso me alegro de que los legisladores tomen esto, lo analicen y expliquen a la población que esas formas de transmitir en el fondo son un profundo error.

SEÑOR RADÍO.- De algún lado uno se tiene que informar. Hace ocho meses que venimos convocando al Directorio de ASSE. No me queda otra que informarme en “El País” y mirar a Arotxa, porque el directorio de ASSE no comparecía a pesar de que hacía ocho meses que era convocado. Eso tiene que quedar claro.

Estoy de acuerdo con que debemos ser más cuidadosos con el manejo de la información, y que no corresponde que se den datos inexactos. La irresponsabilidad de esa caricatura solo es comparable con aquellas pintadas anónimas y cobardes que salieron cuando el conflicto de los quirúrgicos, que involucraban a colectivos médicos y que por lo coordinadas hacían sospechar y generaban suspicacias respecto a que estaban organizadas por algún sector político.

SEÑOR LÓPEZ.- Con referencia al triste episodio de Minas queremos dejar establecido que respondiendo a la preocupación y a la conmoción que nosotros padecemos, y por la responsabilidad que nos toca, estamos en comunicación con la madre, quien se refiere al nonato tan anhelado con el nombre previsto para él. Ella expresa el reconocimiento por la preocupación del Directorio de ASSE acerca de esta situación. Le comunicamos que mañana será convocada para participar en el procedimiento administrativo que se está llevando a cabo.

SEÑOR CHIESA.- Yo había solicitado que la señora Ministra me contestara tres preguntas, pero teniendo en cuenta lo avanzado de la hora, me conformaría con que respondiera la primera. Además, también queremos escuchar su planteo.

Quisiera saber cómo lleva a cabo el Ministerio de Salud Pública la inspección de los servicios de salud, tanto público como privados, a fin de controlar el cumplimiento de la normativa vigente en materia sanitaria, cumplimiento de protocolos de atención, etcétera. Deseamos saber con cuántos funcionarios cuenta el cuerpo inspectivo del Ministerio de Salud Pública en todo el país para realizar esta imprescindible tarea de prevención.

También quisiéramos saber con qué personal especializado cuenta -por ejemplo, médicos legistas-, para analizar e investigar los casos que se denuncian, como el que nos ocupó en la tarde de hoy.

SEÑORA CLAVELL.- Esta área es compartida con la Directora General de la Salud. El área específica de fiscalización depende de la Dirección General de la Salud.

El Ministerio tiene un sistema mixto de fiscalización vinculado con un programa anual de fiscalización predeterminado en función de las necesidades de habilitación de servicios y de control de otros procesos y protocolos. Luego actúa a demanda de la señora Ministra, de las autoridades o de las denuncias de los usuarios, cuando existe necesidad de realizar una fiscalización en un lugar o servicio específico.

En este momento no podría dar un número exacto, porque existe un cuerpo inspectivo a nivel nacional altamente calificado, que tiene exclusividad en la organización de sus tareas y desde el año pasado se está en proceso de descentralización de parte de las tareas -una de las áreas de trabajo priorizada del Ministerio- hacia las Direcciones departamentales de salud en el territorio. Obviamente, para este Ministerio, ni ninguno del mundo, los cuerpos inspectivos serán suficientes si no existe un acercamiento o estrategia en el territorio que permita un control. Podemos enviar un informe sobre las estrategias de descentralización. En este momento no podría decir cuántos funcionarios están abocados a la tarea.

En cuanto a realizar la imprescindible tarea de prevención en el cumplimiento de la normativa, desde la perspectiva del Ministerio la prevención del incumplimiento de la normativa tiene que ver con otras dos áreas que no son necesariamente la inspección de

los servicios. Una de ellas es la capacitación y educación de los trabajadores de la salud. En ese aspecto el Ministerio tiene un trabajo muy grande en las diferentes áreas, ya sea salud sexual y reproductiva, VIH, adultos o niños. Se capacita a los trabajadores que son los que en definitiva llevan adelante los protocolos de actuación y cumplen con las normativas. Gran parte de eso recae en los trabajadores, que en su contacto diario hacen posible que se realice la tarea

Existe un área muy grande que nos ocupa desde diversos aspectos del Ministerio y en diferentes instancias. Por ejemplo, se capacita para realizar la visita domiciliaria que permite controlar a los niños en su domicilio. Esta es una nueva estrategia.

Otra área que no me parece menor -mencionada por un integrante del Directorio del ASSE- tiene que ver con la difusión de los derechos de los usuarios y la formación en derecho de los usuarios. Para nosotros tiene especial relevancia que los usuarios estén informados de sus derechos y alertas previamente al incumplimiento de la realización de algún proceso. Por lo tanto, el Ministerio desarrolla una actuación muy importante en la formación, ya sea a través de charlas abiertas a la población en general, así como también a distintas organizaciones que nos lo solicitan. También está lo que mencionaba el Director de ASSE sobre el representante de los usuarios, es decir, la formación de líderes comunitarios en promoción de derechos. El año pasado realizamos la primera experiencia y se formaron más de trescientos líderes comunitarios.

(Ocupa la Presidencia la señora Representante Sanseverino)

—Este año se está llevando a cabo una actividad mensual en todo el país. Cuando las actividades se realizan en Montevideo nosotros pagamos los pasajes de los usuarios que se trasladan desde otras localidades. Si es en el interior, llevamos nuestros equipos. Nos parece que esa actividad es muy importante y tiene que ver estrictamente con la prevención de los incumplimientos de la normativa. Es mucho más importante desde el punto de vista de la calidad de la atención y la salud de la población.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- El cronograma de trabajo lo elaboramos junto con integrantes del Gabinete que están acá. La Directora General de la Salud debió retirarse porque mañana viaja a Colombia para desarrollar actividades oficiales.

Ya explicamos cómo está conformado el organigrama del Ministerio de Salud Pública.

Ahora vamos a referirnos a la estrategia para implementar el sistema y universalizar la cobertura a través del Sistema Nacional Integrado y el Seguro Nacional de Salud. Ha habido una continuidad en lo que se viene haciendo desde que se implementó la creación del Fonasa, y han ingresado nuevos colectivos. En diciembre de 2012 había dos millones cien mil usuarios. El año pasado ingresaron dos colectivo: en diciembre lo hicieron los cónyuges con hijos a cargo, y en julio los pasivos mayores de 74 años de edad que ganaran menos de 3 BPC. Está previsto seguir incorporando nuevos colectivos. Para diciembre de este año se incorporarán los cónyuges, sin restricción de menores a cargo, y en julio los pasivos que al mes de diciembre de 2010 no tuviesen cobertura de prestador privado, mayores de 70 años de edad, con ingresos menores a 4 BPC.

Se plantea que para 2016 hayan ingresado dos millones y medio de usuarios al Fonasa. Continuamos con los planes de universalizar el seguro.

Corresponde decir que el Fonasa sigue siendo un sistema solidario, tal cual se planteó. El 77% del Fonasa está financiado por los aportes de los trabajadores en

actividad y 9% por Rentas Generales. El resto, que son sectores deficitarios, están sustentados por los trabajadores y por ese 9%.

Asimismo, cabe señalar que este Fonasa, que son US\$ 1:700.000 por año, aporta a los prestadores el 83% como cápitas, un 8% a través del Fondo Nacional de Recursos para los IMAE, un 6% por las metas y un 2% por seguros integrales.

En cuanto a cómo se modifica la cobertura por prestador, podemos ver que si bien ASSE varió un poco, el ingreso a las mutualistas y los seguros siguen igual.

La encuesta de 2010 es un poco vieja, pero muestra el nivel de satisfacción de los usuarios. Entre Montevideo y el interior no hay grandes diferencias. Si comparamos el grado de satisfacción de los usuarios de los seguros con los de ASSE, hay un porcentaje mucho mayor de satisfechos. Aquí no están representadas las instituciones de asistencia médica colectiva. Este estudio fue hecho por el Consorcio de Empresas de Opinión Pública. En 2012 se realizó la encuesta de satisfacción de usuarios de Junasa y la que están viendo es la que manejábamos, donde se mide la satisfacción respecto al primer y segundo niveles de atención, y se pregunta si seguirán siendo socios de la institución. No vemos diferencias sustanciales entre los índices de satisfacción de ASSE con respecto a los seguros privados. Inclusive, ASSE tiene mejor nivel de satisfacción en el primer nivel de atención con respecto a las instituciones de asistencia mutual. En aproximadamente el 95% de las instituciones aparece una fidelidad con la institución.

El segundo punto es la revisión del paquete integral de prestaciones.

Nosotros sabemos que en la medida en que se van produciendo modificaciones es necesario revisar cuáles son estos paquetes de prestaciones y modificarlos en función de las necesidades. Es así que queremos plantearles la revisión que hemos hecho de este paquete en las áreas de salud sexual y reproductiva-, de salud mental, y en salud rural.

Respecto al área de salud sexual y reproductiva, más allá de la discusión sobre la interrupción voluntaria del embarazo, el gran logro que ha habido desde 2010 a esta parte es la mejora en la accesibilidad a los métodos anticonceptivos, a la ligadura tubaria y a la vasectomía, que además cuentan con un alto porcentaje de satisfacción de nuestros usuarios. Obviamente, esto se acompaña de medidas que tienen que ver con las reducciones de los copagos en estas áreas y, en algunos casos, con la exoneración y solo abonando timbres profesionales.

En cuanto a salud mental, hasta el momento tenemos tres modalidades de atención. La Modalidad 1, que funciona en forma de terapias grupales para niños y niñas adolescentes, y trabajadores de la salud y de la educación. La Modalidad 2, que incluye la psicoterapia para estos mismos grupos, más los niños con dificultades de aprendizaje y padres de adolescentes con ciertas conductas de riesgo. Y la Modalidad 3, que incluye la psicoterapia rehabilitante para aquellos usuarios con trastornos mentales severos persistentes, entre los cuales se incluyen los usuarios de drogas.

En lo que refiere al proyecto de salud rural estamos trabajando para empezar a la brevedad en el departamento de Artigas. Allá nos está acompañando la Directora del Plan de Salud Rural. Además, se completó el censo de salud rural, a través del cual pudimos ver varias dificultades en la accesibilidad y en la concreción o, por lo menos, una brecha entre lo que debería ser la atención en el medio rural y lo que hoy tenemos. Ese censo está siendo validado departamento por departamento -algunos de los Diputados han participado- y se está realizando con los actores involucrados. Para la semana próxima estaremos trabajando junto con la Asociación de Estudiantes de Medicina en el departamento de Artigas.

En cuanto a la democratización del Sistema Nacional Integrado de Salud, si bien algunas cosas se hablaron, quiero decir que desde el Ministerio la Junasa trabaja muy fuertemente junto con los Consejos Honorarios Departamentales, lo que llamamos las Judeasa, Juntas Departamentales de Salud, que se completaron en todo el interior del país. A la brevedad estaremos instalando en Montevideo. Empezamos por el interior y dejamos para el final Montevideo porque por la cantidad y variedad de prestadores que tiene -seguros, parciales e integrales, emergencias médicas, prestadores integrales- es una situación bastante más compleja.

Ya que hoy hablamos de los convenios de complementación de servicios, cabe señalar que esas cosas son discutidas a nivel de las Juntas Departamentales de Salud, y hemos recibido aportes, tanto de trabajadores como de usuarios, que han sido sustanciales en el desarrollo de estos convenios.

Asimismo, están los Consejos Consultivos y Asesores en todos los prestadores integrales del sistema, que ejercen contralor y propuestas de mejora institucional, y que son un mecanismo de democratización y también de transparencia.

También está el Foro Nacional de Salud, que es una herramienta de planificación participativa, donde los propios actores, tanto usuarios, trabajadores y prestadores, junto con facilitadores del Ministerio, priorizan cuáles son las áreas en las que ellos entienden que deben trabajar y establecen las hojas de ruta. En el caso de la Región Este -que fue donde empezamos-, finalmente se hicieron acuerdos que fueron validados a nivel regional. Esta es la verdadera herramienta de democracia participativa que tenemos hoy en el sistema.

La doctora Elena Clavell se refirió a las políticas de recursos humanos para el Sistema Nacional Integrado de Salud. En varias ocasiones durante la sesión se habló de los recursos humanos como un cuello de botella. Esto no lo podemos superar rápidamente, pero sí establecer mecanismos de planificación y de ejecución de acciones que en un futuro nos permitan salir de esta situación. Es así que en la órbita de la Dirección General del Sistema se crea una División Especializada de Recursos Humanos, no para que gestione los recursos humanos, sino para que haga su planificación en cuanto a número, especialidades y capacidades que deben tener y a la capacitación.

Además, de acuerdo con los convenios internacionales, se crea el Observatorio de Recursos Humanos, integrado por OPS, ASSE, Udelar, FUS, SMU, FEMI Gremial y los prestadores.

También nos habíamos comprometido a la creación y desarrollo del Nodo Uruguay del Campus Virtual de Salud Pública OPS, el BPS, el área de salud de la Udelar y el Ministerio de Salud Pública, como hay en otros países y con buenos resultados.

Asimismo, la División de Recursos Humanos trabaja en el laudo común para el sector salud. Como ustedes saben, existe un grupo de negociación colectiva -el Grupo 15-, para la salud privada y, en estos días también se está convocando a un grupo para llevar adelante la negociación colectiva en el sector público de la salud.

Por otro lado, podemos hablar de la creación de Unidades Docentes Asistenciales, con las que se apunta -esto fue planteado por la doctora Beatriz Silva-, a generar nuevos recursos humanos, ya que las cátedras existentes tenían un número acotado de ingresos. Por supuesto, pensamos que en el futuro con esto se estará dando respuesta al sistema.

También se está trabajando en la elaboración de un proyecto de ley sobre regulación del ejercicio de la enfermería, que actualmente está en el Ministerio. Además, se redactó un proyecto de ley sobre residencias médicas para el sistema que,

actualmente, se encuentra en el Senado. Sin duda, una ley de estas características constituiría una herramienta fundamental a fin de solucionar el problema que se suscita con los recursos humanos en el interior del país.

En cuanto al fortalecimiento del sector público, que fue otro de los temas abordados anteriormente, quiero hacer algunas puntualizaciones. Una de ellas es que no solo trabajamos con ASSE, sino también con la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud, es decir, con Sanidad Militar, Sanidad Policial, Hospital de Clínicas, BPS, Banco de Seguros del Estado y, en principio, la Intendencia de Montevideo, pero en el futuro pensamos integrar a los servicios de salud de las otras Intendencias.

Por otra parte, la doctora Beatriz Silva ya esbozó que ASSE está trabajando en un proyecto relativo a las Redes Integradas de Servicios de Salud con base regional. En realidad, el país estará dividido en cuatro regiones, y cada una de ellas tendrá un Director. Se trata de áreas administrativo- financieras, pero también de gestión asistencial, y se procurará promover y mantener la continuidad asistencial, por supuesto, sabiendo que en todas las ciudades no se pueden tener todos los recursos. Entonces, en una dinámica de intercambio de prestaciones, vamos a tratar de resolver el 90% -esa es nuestra aspiración y sabemos que nos va a llevar un tiempo- de los eventos de salud en el interior del país. Con esto no quiero decir que esos eventos se resolverán en el departamento que se produzcan, pero debemos tener en cuenta que no es lo mismo trasladar a un paciente desde Rocha a Maldonado o desde Tacuarembó a Durazno, que hacerlo hasta Montevideo.

En ese sentido, sin duda, pensamos que esa red no solo debe estar integrada por los efectores públicos, pero consideramos que ASSE, por el tamaño que tiene y su distribución en el territorio, de alguna manera constituye la plantilla base para establecer con los prestadores privados convenios de complementación más beneficiosos para todos y que permitan a los usuarios resolver su problema de salud en un lugar lo más cercano posible a su domicilio.

En cuanto a la construcción del sistema y la red público- privada tenemos algunas herramientas bien importantes. Una de ellas es la política de complementación asistencial público- privada, o público- público y privado- privado, que tiene como objetivo racionalizar los recursos, mejorar la calidad y brindar equidad en las prestaciones.

También hemos trabajado en otros proyectos, como el de la red de maternidades y el de traslados médicos, que fue planteado anteriormente por el señor Diputado Edgardo Rodríguez. En cuanto al proyecto de red de maternidades, como ustedes saben, el año pasado fue aprobada una ordenanza sobre maternidades de baja complejidad y alta complejidad. En aquellas de baja complejidad se prevé que el equipo esté completo, que haya, obviamente, un block quirúrgico y un sistema de traslado rápido y disponible para llegar a maternidades de mayor complejidad, en donde haya CTI neonatal y CTI materno, o por lo menos, CTI de adultos.

Por supuesto, también continuamos trabajando en políticas intersectoriales, como la política de control sobre los efectos nocivos del tabaco. Como ustedes saben, esta política es una bandera de nuestro país, y esa experticia la estamos ofreciendo al mundo. En ese sentido, es bueno decir que otros países quieren conocer la experiencia uruguaya para ponerla en práctica; además, nos ofrecen ayuda en el juicio con Philips Morris.

Asimismo, estamos llevando a cabo distintas campañas de prevención y promoción de salud, como la del dengue y la de la gripe. En este sentido, es bueno decir que hasta el momento se han impartido 250.000 dosis, lo cual es un éxito. Como todos saben, este año hemos iniciado la campaña antes y viene siendo exitosa

Obviamente, también estamos trabajando en la estrategia nacional de las enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual hacemos con el resto del Gabinete Social. En ese sentido, destacamos algunos trabajos con el Sistema Nacional de Cuidados, el Comité Estratégico de Infancia y Adolescencia, el Sipiav -recorremos caminos en forma conjunta contra la violencia doméstica-, el programa Uruguay Crece Contigo, que está destinado a la identificación de familias vulnerables, y también trabajamos con personas en situación de calle.

Con respecto al fortalecimiento de la rectoría del Ministerio quiero decir algunas cosas. La Ley de Presupuesto aprobada en 2010 creó la Unidad Territorial de Descentralización y las Direcciones Departamentales de Salud, que hoy estamos abocados a fortalecer. Asimismo, creó el Departamento de Programación Estratégica en Salud -que unifica todos los programas de forma de tener una continuidad y de relacionarlos entre ellos-, como así también la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud, que ya presentó algunas de sus áreas de trabajo.

Por otra parte, en este momento estamos abocados a un proyecto de reestructura ministerial. Si bien contamos con personal calificado y comprometido, tenemos una estructura que responde a un modelo anterior y para nosotros es un desafío, dentro de lo posible, ir adecuando la estructura del Ministerio de Salud Pública.

No voy a profundizar en algunos otros aspectos, ya que el Subsecretario Briozzo ha hecho hincapié en ellos, como los Comité de Seguridad del Paciente, que constituyen una línea de trabajo a fortalecer, los Comité de Bioética y los Comité de Infecciones -que están incluidos en los prestadores, que son unificados desde el Ministerio con acciones conjuntas y capacitación- y la ley de Derechos y Obligaciones de los Usuarios del Sistema de Salud.

Traté de ser lo más breve posible, pero quería que tuvieran una idea del trabajo que realizamos y a lo que estamos apuntando. Seguramente, los integrantes de la Comisión nos convocarán nuevamente a fin de realizar un seguimiento sobre alguno de estos temas y, obviamente, asistiremos, ya que estamos a su entera disposición.

Sin duda, para nosotros era importante concurrir a la Comisión para realizar esta exposición y escuchar sugerencias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que todos nos vamos conformes con el resultado de la reunión.

Solo quiero recalcar lo que dijo el señor Diputado Mario García, que lo importante es dar confianza a los usuarios. A mi juicio, es algo fundamental.

La Comisión agradece la presencia de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

Se levanta la reunión.

Montevideo, 17 ABR 2013

Visto: que el Artículo 12 de la Ley 18.211 y el Artículo 10 de la Ley 18.161 prevén la existencia de un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, representativos de sus trabajadores y usuarios. -----

Resultando: I) que en el Artículo 2º del Reglamento General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado se establece que para el cumplimiento de los cometidos del Directorio corresponde, entre otros, proyectar la creación de los citados Consejos con la competencia de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones sin efectos vinculantes. -----

II) que se ha realizado una propuesta para la reglamentación de estos Consejos Asesores Honorarios. -----

Considerando: que se estima pertinente aprobar dicha propuesta de reglamentación. -----

Atento: a lo expuesto, al artículo 5º de la Ley 18.161 de fecha 29/07/07. ---

El Directorio de ASSE

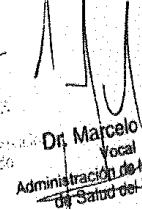
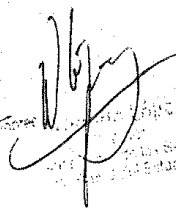
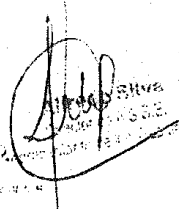
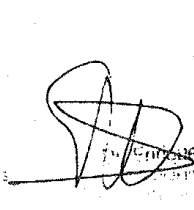
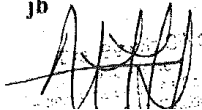
Resuelve:

- 1) Apruébase la Propuesta para Reglamentar los Consejos Asesores Honorarios de ASSE cuyo texto luce en anexo adjunto que forma parte de la presente resolución -----
- 2) Comuníquese. -----

Nota: 1610/13

Res.: 1408/13

jb



Dr. Marcelo
Vocal
Administración de
Salud del



PROPUESTA PARA REGLAMENTAR

LOS CONSEJOS ASESORES HONORARIOS DE A.S.S.E,

según el Art. 12 de la ley 18.211 y el Art.10 de la Ley 18.161.

ART. 1° - La Administración de los Servicios de Salud del Estado (en adelante A.S.S.E), contará con Consejos Asesores Honorarios departamentales, regionales y nacional.

En ellos estarán representados la Administración, sus trabajadores y sus usuarios. Los Consejos Asesores Honorarios tendrán un funcionamiento autónomo respecto de los demás órganos de la entidad.

ART. 2: COMETIDOS: Compete a los Consejos Asesores Honorarios: a) Apoyar campañas de promoción y prevención de la salud. b) Emitir opinión y formular propuestas sobre estrategias, políticas, planes, programas y acciones que hagan a la gestión de A.S.S.E; c) Expedirse sobre los asuntos que someta a su consideración el Directorio de A.S.S.E; d) Evaluar el desarrollo en A.S.S.E de los Programas de Atención Integral a la Salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública; e) Velar por la calidad de los Servicios de Salud que brinde la A.S.S.E; f) Participar en el análisis y evaluación de las reclamaciones de los usuarios de la A.S.S.E, pudiéndose contactar y coordinar acciones con las Oficinas de Atención al Usuario y otros órganos con funciones similares, según normativa vigente; g) Promover acciones encaminadas a fortalecer el compromiso de usuarios y trabajadores con la gestión de la A.S.S.E; h) Tomar conocimiento de los balances y memoria de la entidad.

ART. 3: Para el efectivo ejercicio de las atribuciones referidas en el Artículo anterior, A.S.S.E proveerá a los Consejos Asesores Honorarios de un conjunto regular y sistematizado de información, que incluirá: a) Estados de resultados. b) Presupuesto de la Administración y Unidades Ejecutoras c) Número y estructura de Usuarios. d) Estructura de recursos humanos. La información correspondiente al literal a), será entregada cada seis meses y la de los literales b); c) y d) anualmente, en un plazo no mayor a 90 días desde el cierre del ejercicio.

Los integrantes de los Consejos Asesores Honorarios serán responsables, en los términos de la legislación aplicable, por la utilización, fuera de su ámbito de competencia, de la información que reciban en el ejercicio de sus funciones.

ART.4: Los Consejos Asesores Honorarios podrán dar cuenta al Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, de la omisión o negativa de los representantes de A.S.S.E. en proporcionar información solicitada según el Art. 3 del presente Decreto, para ello deberán presentar copia del acta de la sesión del consejo donde se haya efectuado el pedido.

ART. 5: Los Consejos Asesores Honorarios estarán integrados por dos representantes de A.S.S.E, dos de sus trabajadores y dos de sus usuarios. Podrán ser representantes de los trabajadores y de los usuarios quienes tengan una antigüedad mínima de dos años en la planilla de trabajo o en el padrón de usuarios de la Administración, según corresponda. Cuando una misma persona revista la calidad de usuario y de trabajador a la vez, primará esta última.

Por cada representante titular, se designará un alterno que lo sustituirá en sus ausencias.

ART.6: La duración del mandato de los integrantes de los Consejos Asesores Honorarios será de dos años, pudiendo ser reelectos por una sola vez. La calidad de representante se perderá en todos los casos cuando cese la relación con la entidad que lo invista de dicha representatividad: por incumplimiento de las obligaciones que pone a su cargo el presente Decreto y por la comisión de delitos o infracciones respecto de los cuales haya recaído sentencia judicial o resolución administrativa firme.

ART.7: Los representantes de A.S.S.E serán designados por esta, debiendo al menos uno de ellos ejercer una función de alta jerarquía en el Organismo.

Los representantes de los trabajadores y de los usuarios serán elegidos por voto secreto de acuerdo a lo establecido oportunamente por el Poder Legislativo. La elección la realizarán los integrantes de sus respectivos colectivos que tengan una antigüedad mínima de un año en la planilla de trabajo o en el padrón de usuarios, según corresponda. La Administración deberá facilitar los recursos pertinentes y colaborar para la adecuada convocatoria, organización y desarrollo del acto eleccionario.

Los integrantes titulares y suplentes de los Consejos Asesores Honorarios tendrán el derecho y la obligación de participar de los talleres de capacitación y actualización que a tales fines se organicen en la A.S.S.E.

Mientras no se procese el acto eleccionario, aquellos Consejos Asesores Honorarios ya instalados y en funcionamiento, continuarán haciéndolo interinamente hasta la elección, adecuando el número y calidad de sus integrantes a la presente reglamentación.

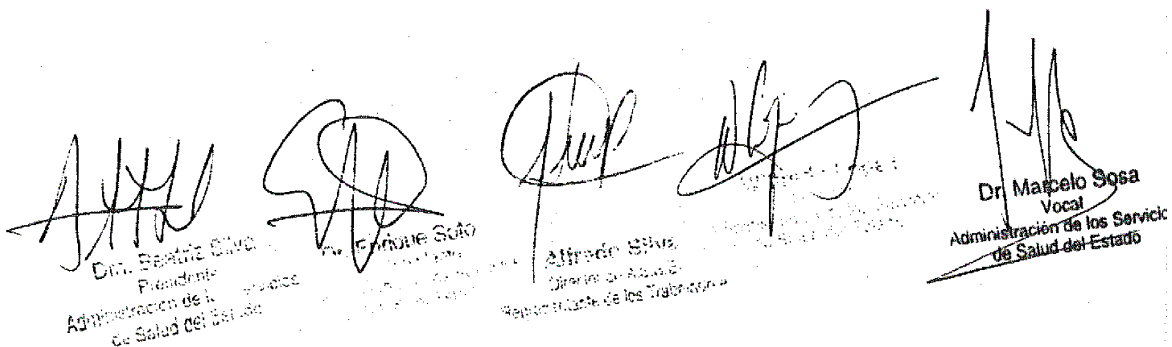


ART.8: Cada Consejo Asesor Honorario elegirá de entre sus integrantes a un Coordinador. Esta función será ejercida en forma rotativa por un período de 6 meses. Corresponde al coordinador: a) Convocar, organizar, presidir y labrar actas de las sesiones del Consejo. b) Recibir, expedir y archivar toda la documentación que maneje el Consejo. c) Recibir y poner en conocimiento de todos los miembros del Consejo las consultas que formule al mismo el prestador. d) Ejecutar las resoluciones del Consejo.

ART.9: -Los Consejos Asesores Honorarios departamentales celebrarán sesiones ordinarias una vez al mes, los Consejos Asesores Honorarios Regionales cada seis meses, el Consejo Asesor Honorario Nacional anualmente; y sesiones extraordinarias, cada vez que lo consideren conveniente para el ejercicio de sus competencias. El quórum para funcionar requerirá la presencia de cuatro de sus integrantes. Las resoluciones serán adoptadas por consenso. En caso de no alcanzarse el mismo, todas las posiciones serán puestas en conocimiento de la autoridad departamental, regional o del Directorio de A.S.S.E. según corresponda.

ART. 10: Las resoluciones que adopten los Consejos Asesores Honorarios, tendrán el carácter de recomendaciones sin efecto vinculante para la Administración. Cuando dichas recomendaciones no sean atendidas por la Administración, esta deberá brindar respuesta debidamente fundada de su rechazo. En caso de no hacerlo, el Consejo Asesor Honorario Nacional, podrá poner el caso en conocimiento del Directorio de A.S.S.E. En el caso de que los representantes sociales en el Directorio, no compartan el rechazo de la Administración, se pondrá el tema en conocimiento de la JUNASA.

ART. 11: Los Consejos Asesores Honorarios podrán crear grupos de trabajo en los que participen tanto representantes titulares como sus alternos y asesores, su funcionamiento será determinado por el futuro reglamento de funcionamiento de los Consejos.


Dr. Beatriz Gilvo
Presidente
Administración de los Servicios
de Salud del Estado
Dr. Enrique Soto
Director de Asesoría
Administración de los Servicios
de Salud del Estado
Alfredo Siles
Director de Asesoría
Administración de los Servicios
de Salud del Estado
Dr. Marcelo Sosa
Vocal
Administración de los Servicios
de Salud del Estado