



REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY



Cámara de Representantes
Secretaría

XLIX Legislatura

**DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS**

Nº 1216 de 2022

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

JUNTA NACIONAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 27 de diciembre de 2022

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Lucía Etcheverry Lima.

Miembros: Señoras Representantes Silvana Pérez Bonavita y Nibia Reisch.

Delegado
de Sector: Señor Representante Luis Gallo Cantera.

Invitados: Autoridades del Ministerio de Salud Pública: Lic. José Luis Satjian
(Subsecretario), Cr. Alberto Yagoda (Presidente JUNASA), Dr. Martín
Thomasset (Director de Acceso a la Información Pública).

Secretaría: Señora Myriam Lima.

=====||=====

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

Se da cuenta de los asuntos entrados:

PROYECTO DE LEY

REGULACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA. Sustitución del artículo 26 de la Ley N° 19.167. Carp.3240/2022, Rep.811. Iniciativa Diputado Rodrigo Goñi.

NOTAS

1)El Ministerio de Salud Pública remite informe del equipo técnico de la Unidad de Farmacovigilancia y Estadísticas Vitales sobre el planteamiento del Representante César Vega (Asunto 157488).

2)La Organización Libertad Sanitaria Uruguay reitera la solicitud de reunión remitida el día 6 de diciembre, al haber tomado conocimiento del informe sobre el exceso de muertes desde el año 2021 denunciado ante la Comisión por el señor Representante César Vega (Asunto 157574).

-La Comisión tiene el gusto de recibir a una delegación del Ministerio de Salud Pública integrada por el subsecretario, licenciado José Luis Satdjian; el presidente de la Junasa, contador Alberto Yagoda y el doctor Martín Thomasset, de la Dirección de Acceso a la Información Pública.

Agradezco a los legisladores y a las legisladoras que acompañaron la propuesta y a las autoridades, a pesar de ser una fecha compleja.

Por la importancia de los temas y para tratar de mitigar problemas que ya están instalados, creímos necesario tener este intercambio.

Son dos los temas que fueron anunciados con anterioridad. Uno tiene que ver con la situación y el grado de cumplimiento de la Ley N°2 0.022, y particularmente por planteos que trasladaron con carácter urgente el Sindicato Médico, la Sociedad Anestésico Quirúrgica y el ex gremio de trabajadores de médicos y practicantes de Casa de Galicia. En ese sentido, tenemos una serie de preguntas para realizar.

El segundo tema está vinculado con la problemática -que nos preocupa, y muchísimo- del Casmu y, particularmente, de los trabajadores, pero también asociado con esto, frente al envío de un número muy importante de trabajadores al seguro de paro, aun teniendo una mesa de negociación donde se dieron incumplimientos, el ofrecimiento de servicios vip sobre el cual hemos recibido información adicional.

Esos serían los dos temas importantes a los efectos de solicitar algunas respuestas o compromiso de información.

También tenemos para denunciar algunas cuestiones que han surgido en la última semana y que preocupan a los integrantes de la Comisión.

No sé si les parece comenzar con preguntas o si ustedes prefieren hacer una introducción.

SEÑOR YAGODA (Alberto).- Antes que nada quiero agradecer la disponibilidad a cambiar la fecha ya que el martes 20 tenía un tema personal que resolver. Me parece de orden agradecer la capacidad de haber podido cambiar la fecha.

SEÑOR SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.- En primer lugar, quiero agradecer a la Comisión por la invitación.

Básicamente, la explicación de que hoy estemos acá con el doctor Martín Thomasset, director del Servicio Jurídico, más allá de que la invitación era para el contador Yagoda, es que quisimos acompañarlo en virtud de que a la última comparecencia por estos temas vinimos los tres. Por tanto, queríamos nuevamente dar la información de primera mano ya que este es el equipo que ha continuado con estos temas. Por eso nos pareció prudente en el día de hoy poder comparecer.

Hemos leído las versiones taquigráficas de la Comisión y sabemos el trabajo que realizó.

Si así lo dispone, quizás, sería prudente escuchar las preguntas para luego dar respuesta a las mismas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Excelente.

Habíamos especificado en la invitación la comparecencia del director del Sistema Nacional Integrado de Salud, fundamentalmente, para atender la situación de las autoridades en esta época, pero para nosotros son todos bienvenidos. Además, jerarquiza la instancia.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Les agradezco la presencia nuevamente. No hubo ninguna duda del cambio de fecha para la reunión, planteado por motivos personales.

Asimismo, jerarquiza la presencia del subsecretario y del director de Jurídica. Creo que habla bien del Ministerio.

Los temas, como bien dijo la presidenta, son varios. Hemos recibido un montón de consultas y denuncias en la Comisión y en los despachos, vinculadas con el tema de Casa de Galicia y de los trabajadores médicos y no médicos, que nos preocupa.

En lo que tiene que ver con los trabajadores médicos es el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social el que hace el seguimiento. Pero cabe preguntar qué tipo de información tienen ustedes porque, seguramente, debe haber un vínculo directo entre el Ministerio de Trabajo, la Junasa y el Ministerio de Salud Pública respecto al cumplimiento del convenio firmado con los trabajadores. ¿Por qué pregunto esto? Porque en aquel momento se cuantificó la cantidad de trabajadores por cantidad de usuarios que recibía cada institución. Me refiero a aquellos funcionarios que estaban en caja y a los que tenían contrato. Y quedaba una bolsa de trabajo; era obligación de parte de las instituciones que entraron en la negociación de Casa de Galicia no contratar personal que no estuviera dentro de esa bolsa de trabajo. |Hemos tenido muchas denuncias de trabajadores que, estando en la bolsa de trabajo, se han enterado de que en el mismo cargo y en la misma función hay instituciones que han tomado funcionarios fuera de la bolsa. Eso nos preocupa porque es un incumplimiento de la negociación que se llevó a cabo entre el Ministerio y las instituciones. Entonces, es una consulta concreta y que nos preocupa: ¿qué tanto saben ustedes del cumplimiento acerca del tema de Casa de Galicia?

Sorpresivamente, terminando el año hemos escuchado una serie de denuncias del señor Iglesias, ex administrador de Casa de Galicia, contra el ministro y las autoridades de Salud Pública que, realmente, son muy preocupantes. Me imagino que ese asunto estará en la parte legal y, seguramente, algunas cosas ustedes ya nos habían comentado. Estamos al tanto de que el señor Iglesias hizo un montón de pedidos de informes al Ministerio; queremos saber un poco cómo es la realidad, si ha cambiado, si ha variado; a título personal, creo que la relación no cambió nada; considero que lo que dijo

Iglesias fue porque tuvo el momento y la oportunidad política para salir a decirlo porque venía una visita extranjera importante. Me parece que fue ese el motivo, pero no cambia en absoluto lo que yo pensaba y suscribía antes de esto.

En cuanto al tema Casa de Galicia por ahora me quedaría por acá para no mezclar las instituciones.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quiero agregar algunas preguntas más; algunas, simplemente, para fortalecer y recordar. Obviamente, estoy de acuerdo con lo que planteaba el diputado Gallo.

Como les decía, el 25 de noviembre recibimos al Sindicato Médico del Uruguay; al Sindicato Anestésico Quirúrgico, y a representantes de lo que era la Asociación de Médicos y Practicantes de Casa de Galicia. Allí se mencionó que, efectivamente, se había detectado contrataciones que no cumplían con lo establecido en la ley.

Todo lo que fue planteado aquí también lo fue en la Comisión de Seguimiento. Además, entendemos que por ser una situación tan particular, que hacía tantísimos años no sucedía, bien le correspondía una Comisión de Seguimiento para garantizar que todos los extremos de la ley se cumplieran efectivamente. Sabemos que hubo una vinculada a llegar a los acuerdos de la ley, no tanto al desempeño de esos acuerdos, pero particularmente en eso el plantel, que se contrató por fuera de esa lista, en principio, entre veinte y treinta médicos que no estaban considerados dentro de los tres grupos de prioridades que, además, fue planteado en la Comisión de Seguimiento, como decíamos. También plantearon otro tema que tiene que ver con la particularidad del acuerdo que hicieron los médicos, que estaba asociado a un monto de dinero, a ese famoso monto de diecinueve millones que permitían cubrir las contrataciones. Y, en ese sentido, lo que se planteaban es que este monto se empezó a hacer efectivo en el mes de abril, momento en el que se cierra el acuerdo; sin embargo, en setiembre hubo algunos -o varios- de los prestadores que recibieron socios que no habían tomado la totalidad de los médicos, aunque sí habían recibido no solamente parte de estos diecinueve millones que eran del acuerdo a nivel de grupo de médicos, sino también cápitas, y sobre la base de eso recibieron sí las contraprestaciones. ¿Hay un control de eso? ¿Habrà algún mecanismo de reintegro al sistema de esos recursos que se cobraron? Porque la idea no es que se haga caja con eso, ¿no? Allí hay un problema.

Otra consulta es si ustedes, efectivamente, tienen los números de estos tres grupos. Nosotros entendemos que hay más de cien del tercer grupo que no han sido convocados. Otros han convocado por fuera de este listado, aun habiendo especialidades pendientes entre estos tres grupos.

Hay otro problema que tiene que ver con algo que la ley dejó claramente establecido y es que esa lista no tiene un plazo límite; la lista está determinada a los efectos de que los cinco prestadores, en la medida que necesiten determinado perfil que pueda estar dentro de estos listados, recurran ahí, obligados por ley, eventualmente con posibilidad también otros prestadores de solicitar poder contar con ese mecanismo; pero la ley estableció que no tuviera plazo límite para garantizar, justamente, la reincorporación y el mantenimiento de la fuente de trabajo. Sin embargo, nos plantean las gremiales que en la Comisión de Seguimiento del Ministerio de Trabajo los prestadores sí han planteado un plazo de un año. Eso sería una violación flagrante de la ley. Queremos saber cuál es la posición del Ministerio de Salud Pública y qué mecanismo hay previsto para que se avengan al cumplimiento de lo que se estableció en la Ley N° 20.022.

A ello hay que agregar otras dificultades que tienen que ver con el cumplimiento en términos de la calidad asistencial de los prestadores. De hecho, las autoridades aquí

presentes hicieron inspecciones, tal como lo expresaron el 22 de junio de 2022, que fue otra de las instancias en las que hablamos específicamente de este tema. Ustedes mismos informaron de inspecciones hechas a varios de estos prestadores en las que había incumplimientos que tenían que ver con la lista de espera, con el personal en puerta de emergencia y con la cantidad de camas en cuidados moderados, que era parte de los indicadores. ¿Cuál es la situación hoy? Porque a los despachos nos siguen llegando reclamos, que nosotros derivamos al propio Ministerio, respecto de que no están las historias clínicas. Por lo tanto, el paciente tiene que estar yendo y viniendo, tratando de encontrar o de hacerse de una información que estaba claramente establecido que debía migrar junto con el usuario del prestador. No está; por lo tanto, quien atiende no cuenta con la certeza ni con la robustez de tener los antecedentes del paciente.

Hay otros problemas vinculados a la lista de espera para determinadas especialidades, las cirugías. Eso les consta. ¿Qué mecanismos y controles están haciendo para que eso se revierta rápidamente? Además, no solo es un perjuicio para los ex socios de Casa de Galicia que, además, tenían otros beneficios que no tienen los prestadores a los que fueron derivados, sino que termina siendo un perjuicio para los propios socios o los socios originales de estos prestadores.

Nosotros entendemos que el rol de rectoría y las garantías corresponden al Ministerio de Salud Pública.

Por último, vinculado a la situación de los usuarios, no queda claro si los bienes corresponden solamente a los síndicos y si el Ministerio de Salud Pública va a acompañar algún tipo de planteo como, por ejemplo, el panteón, que hace, además a un bien patrimonial y un activo que tenía la ex Casa de Galicia, a la memoria y a los afectos de los socios, que hoy siguen de un lado a otro tratando de encontrar un camino para poder gestionar y acceder a sus familiares que allí están, pero también a ese servicio. No ha habido por ahora respuestas claras respecto de los síndicos, para por lo menos tener presente si frente a la situación y a las particularidades de Casa de Galicia, el Ministerio de Salud Pública va a interceder o tiene algún planteo que, eventualmente, pueda ayudar a resolver el tema, conteniendo a la comunidad gallega.

Por supuesto que estoy de acuerdo con las preguntas del señor diputado Gallo Cantera, sobre todo, con respecto a los trabajadores no médicos y a las evaluaciones que se dieron. Estaba planteado que eso no podía ser así y, sin embargo, se evaluó y se despidió gente. Quisiera saber qué manejo de esa situación tiene el Ministerio de Salud Pública.

Informo a la Comisión que la señora diputada Nibia Reisch está presente a través de la conexión por Zoom.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Quisiera complementar lo último que manifestó la presidenta sobre el panteón y el patrimonio porque en algún momento la preocupación de los usuarios era, por un lado, el panteón y, por otro, toda una impronta patrimonial que había, como obras de arte y cuadros. En algún momento hasta hablamos con el síndico para ver qué posibilidades había de salvar esa parte patrimonial que no tenía un costo en dinero, pero sí tenía un costo importante desde el punto de vista de la comunidad gallega.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Nos parecía prudente venir a hacer una puesta a punto de la situación de Casa de Galicia, en virtud de lo que fue el impacto del cierre de la institución.

En reiteradas oportunidades dijimos que se trata de una institución emblemática, de más de cien años, que tuvo el desenlace fatal que todos presenciamos en el último año.

Nos parece prudente estribar en la última comparecencia, la del 22 de junio, y todo lo que ha sucedido desde esa fecha hasta ahora, en virtud de las consultas que nos hicieron los señores diputados.

Puntualmente, para no ser extenso ni repetir, tenemos los informes de la actualización de la Comisión de Seguimiento de Trabajadores en el ámbito del Consejo de Salarios del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Como bien refirieron, se firmó un convenio, por un lado, con el SMU y, por otro, con la FUS.

En cuanto al cumplimiento del convenio de la FUS, se había acordado el ingreso de veintiún trabajadores cada mil usuarios. Eso está en una situación de 732 trabajadores contratados, de un total de 1.277, cumpliendo con la relación de 21 cada 100 trabajadores.

Cuando vamos a desglosar por prestador, tenemos, por ejemplo, que el porcentaje de cumplimiento del Círculo Católico es del 100 %; el del Hospital Evangélico, es del 100 %; el de la Sociedad Médica Universal, es del 100 %; el de Crami, es del 77 %, y el de Cudam es del 55 %.

Cuando vamos a las causas de esos cumplimientos, vemos que en el caso de Crami, la principal causa de que no se haya llegado al porcentaje de cumplimiento es la distribución geográfica, ya que los trabajadores de Casa de Galicia que están dentro de la bolsa de empleo tenían un trabajo en la zona metropolitana, precisamente, en la zona de Casa de Galicia o de las policlínicas que tenía la institución. En este caso, estamos hablando de un prestador que está en el departamento de Canelones, por lo cual, por cuestiones geográficas, es compleja la contratación de esos trabajadores. De todas formas, el convenio y el acuerdo hay que cumplirlo. Nosotros vamos a estar trabajando con Crami y con la Federación Uruguaya de la Salud y, en este caso, dentro de la Comisión de Seguimiento, para que se contrate a los trabajadores que están haciendo falta para llegar al 100 %.

El caso de Cudam es distinto. Allí están faltando 25 trabajadores, de acuerdo a la cantidad de usuarios que recibieron, que fueron 2.601. Tendrían que haber contratado a 55 trabajadores del sector no médico y se contrató a 30. O sea que están faltando 25.

En el caso de Cudam, de manera verbal hablamos con los representantes de la institución y les dimos treinta días para la incorporación de los 25 trabajadores restantes. Ahí tenemos una situación que se torna un poco compleja y es que ni la ley ni el decreto reglamentario establecen sanciones para el no cumplimiento del convenio que fue firmado en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Igualmente, por lo que nos asesora el Departamento Jurídico, entendemos que hay elementos para intimar al cumplimiento y luego iniciar un proceso sancionatorio de incumplimiento de convenio colectivo. Es algo de resorte del Ministerio de Trabajo. No es un incumplimiento sanitario; es un incumplimiento de índole laboral. De todas formas, como les decía y les reitero, ya nos comunicamos con representantes de la institución para que en los treinta días del mes de enero se subsane esta situación que, a todas luces, refleja un incumplimiento de lo que fue acordado.

En el caso de los trabajadores médicos, el convenio fue en cuanto a una cifra de dinero, de \$ 19.000.000 a distribuir, de los cuales el porcentaje de cumplimiento del Círculo Católico es del 103 %. Se hace contrato por encima de lo que se estaba obligado. De Crami, es del 106 %; de Cudam, es del 84 %; del Hospital Evangélico, de 101%, y de Sociedad Médica Universal es de 94 %, llegando a un total del 98 % de todo el sector. Eso es lo que estaba priorizado por parte del Sindicato Médico del Uruguay, que eran las

personas que recibían un 60 % de su ingreso de Casa de Galicia. Estamos hablando de la persona que tenía como su principal ingreso Casa de Galicia, quedando en la bolsa de empleo las personas restantes. Con ellas estamos haciendo un trabajo para estudiar si esas personas están trabajando en algún otro de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Sabemos de la situación de multiempleo que hay en el sector, sobre todo en el médico. No podemos decir la cantidad de personas que han quedado en la bolsa porque se está haciendo el cruzamiento de datos con la última información de la Junasa y todavía no sabemos cuántas personas han sido contratadas en estos últimos meses. Esto es lo que tiene que ver con la puesta a punto de las comisiones de seguimiento de ambos convenios.

Tenemos un bucle con respecto a la bolsa de trabajo. ¿Por qué? La ley, como ustedes refirieron, establece la creación de una bolsa de empleo y las mutualistas tienen que hacer el llamado una vez que haya finalizado la parte del convenio, pero en el convenio que se firmó en el ámbito del Consejo de Salarios entre los gremios y las mutualistas no se hace referencia a esa bolsa de empleo. Entonces, se dio cumplimiento al convenio y, a su vez, el decreto reglamentario, que reglamenta la Ley N°20.022, hace referencia a los convenios alcanzados en el ámbito del Consejo de Salarios, pero en los convenios no está estipulada la bolsa, aunque sí está estipulada en la ley. Por lo tanto, se dio una primera atención y se hizo un trabajo con relación a los convenios que están acordados con los gremios, y posteriormente, en lo que tiene que ver con el trabajo en la bolsa.

Ustedes preguntaron cuál es la visión del Ministerio. La visión del Ministerio es que la bolsa está creada por ley y que los prestadores, cuando necesiten recursos humanos, tienen que hacer la consulta a la bolsa. En el caso de que no haya recursos humanos disponibles para la contratación, se pueden hacer las contrataciones por fuera de lo que está en ese listado. Eso es lo que nosotros entendemos desde el Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio de que estamos hablando de relaciones laborales y de aspectos que están en el ámbito del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. De todas formas, estamos en contacto con las autoridades del Ministerio de Trabajo y trabajando en conjunto para llegar a una solución o a un avance en lo que tiene que ver con las contrataciones. Nos parecía muy importante cumplir con los convenios, con lo que fue acordado y firmado con ambos gremios. También tenemos lo que resta de contratación de la institución Cudam, que se solucionaría en el mes de enero.

Además, hemos tenido hubo trabajadores que fueron convocados y por distintas cuestiones, como por ejemplo temas geográficos, han rechazado la convocatoria.

No sé si quieren hacer alguna otra consulta con respecto a las contrataciones o si seguimos con lo que se preguntó con relación a las cápitás. Esa pregunta también fue hecha el 22 de junio.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quisiera tener clara la información respecto a la cantidad o al cumplimiento en cuanto a la totalidad de los médicos que están en los tres grupos porque ese no fue el planteo que hicieron el 25 de noviembre, como acabamos de ver. De hecho, en ese momento, las autoridades gremiales dijeron: "Ese dinero se empezó a distribuir en marzo y se comenzó a contratar a personas hasta el tope que cada empresa. Cuando se terminó ese dinero, todas las contrataciones posteriores de las empresas las hacían por fuera del acuerdo. A eso nos referimos cuando decimos que no hay respeto por los trabajadores que quedaron por debajo de los 250, o sea 700 menos 250".

O sea que 719 menos 250 son los que están pendientes de ingresar. Digo esto respecto de una cifra que dio recién el subsecretario, que no condice con esa afirmación. Además, ustedes recibieron esa versión.

La presidenta del gremio de Casa de Galicia dijo: "De esos 719 médicos, en el marco del acuerdo, se contrataron 254. Implica la totalidad del Grupo 1, la casi totalidad del Grupo 2, menos dos situaciones particulares -quedó registrado en actas- [...] más de 100 del Grupo 3".

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Vamos a tener una diferencia con respecto a las cifras que maneja el Sindicato Médico porque son cifras móviles. Nosotros tenemos el informe de diciembre y creo que el Sindicato Médico vino en noviembre a la Comisión; en el medio pudo haber contrataciones nuevas y desvinculaciones o cualquier otro aspecto. Tenemos 713 médicos en total de los que se contrataron 241 y no se contrataron 472. Estas son cifras similares a las que manejó el Sindicato Médico, pero pueden variar en 3 o 4 para un lado o para el otro, en virtud de que son móviles.

Sí se contrataron los 19 millones acordados. Eso es así; los 19 millones están contratados.

Voy a solicitar que haga uso de la palabra el presidente de la Junasa para complementar la información de los grupos restantes porque hay distintas situaciones. Por ejemplo, tenemos los médicos que están en la bolsa, que no tenían el 60 % de dependencia de Casa de Galicia, sino el 59 %, que es muy cerca, y también la situación de médicos -que hemos constatado a través del sistema de la Junasa-, que tienen once vínculos con instituciones de salud del país. Entonces, están las dos realidades dentro de la bolsa. Vamos a trabajar para abarcar el 100 % de las personas que aún no han sido contratadas porque la ley así lo determina, pero tenemos distintas realidades para complementar en ese sentido.

SEÑOR YAGODA (Alberto).- Quiero aclarar que la información que está dando el subsecretario es la que surge de lo que procesa Dempesa y elabora y prepara para las reuniones de comisión de seguimiento, o sea que son las cifras oficiales que el Ministerio maneja en función de lo que surge de la comisión de seguimiento. Como bien decía, puede haber alguna variante de algún número por un tema de corte de fechas.

Ha habido once reuniones con la comisión de seguimiento en el ámbito de los Consejos de Salarios, específicamente con el Sindicato Médico, para poder llevar adelante este proceso. Desde el primer momento esta ha sido una situación atípica porque la FUS tenía una ventaja y una relación que puso arriba de la mesa. En el gremio médico no existía esa relación y ahí es donde surgieron esas tres categorías que para nosotros fueron muy importantes en cuanto a establecer que la categoría 1 son los médicos que tienen un 100 % de dependencia del ingreso; la categoría 2, la franja que va del 60 % al 100 % y la categoría 3, la de menos del 60 %. Esos médicos serían los que estarían conformando la bolsa hacia adelante.

Me quiero detener un instante en la composición de lugar para decir que estamos en contacto con el Sindicato Médico por esta problemática. No escapa a la realidad que en el día de ayer se firmó un acuerdo en el Consejo de Salarios, después de dieciséis reuniones en ese ámbito, que ha sido intenso. Creemos que en el orden de prioridades está el entrar a trabajar junto con el Ministerio de Trabajo en esa situación. Debemos ser cuidadosos en la metodología. ¿Por qué digo esto? Porque parte de las dificultades que tuvimos en ese proceso tienen que ver con la confección de la bolsa, que hoy ya está, y con llevar adelante esas comunicaciones que se van dando, que son muy importantes,

que a priori no estaban bien establecidas. Hay que dejar documentado el rechazo como mecanismo porque si no, esa bolsa va a quedar *in aeternum*. El trabajo del Ministerio debe establecer, en relación a esos médicos que están en la bolsa en esa categoría, cuáles al día de hoy efectivamente siguen estando en condiciones de tener un nuevo trabajo y cuáles ya lo consiguieron. Ese proceso administrativo dinámico es el que tenemos que buscar para que los prestadores puedan recurrir a una bolsa que esté actualizada.

Ahora podemos trabajar en ese objetivo porque hemos cumplido con las once reuniones que se hicieron para poder llevar adelante el proceso de \$ 19.000.000, que fue innovador porque permitió dar prioridad a algunos trabajadores, cerrar este Consejo de Salarios, mirar a los trabajadores que quedan en la bolsa y crear un mecanismo que perdure en el tiempo. Podemos ir depurándolo con esa varianza que es la tercera categoría, que incluye médicos para los que Casa de Galicia podía representar menos del 60 %, pero también tenemos casos de multiempleo -lo que se dijo de los once trabajos-, quienes probablemente, cuando sean convocados, no muestren recepción.

Nos parecía importante dar esta dimensión de las reuniones que ha habido, de los procesos que se llevaron adelante y de la comunicación que tenemos con el Sindicato Médico para poder atacar este punto.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Me gustaría hacer una referencia fuera de la versión taquigráfica, si es posible.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

SEÑORA PRESIDENTA.- Estarían entonces las respuestas vinculadas a la distribución de trabajadores médicos y no médicos.

Hay cuestiones que tienen que ver con la calidad asistencial a los usuarios. Queremos saber si tienen respuestas en ese sentido o información que puedan proveer a la Comisión.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Continuando con la lista de preguntas, usted había hecho referencia a las cápititas que se recibieron por parte de los prestadores. En la última comparecencia del 22 de junio también se hizo la pregunta y la respuesta es la misma: cuando en abril se distribuyeron los usuarios, todavía no estaban los convenios debido a las distintas demoras en el ámbito de la negociación. Inclusive, en alguna comisión de negociación se llegó a acordar aplazar por treinta o sesenta días la negociación en virtud de la construcción de la base de datos. Durante ese tiempo, igualmente los usuarios se siguieron atendiendo en sus nuevos prestadores y las cápititas se siguieron trasladando, obviamente porque es lo que el usuario le paga al sistema.

La cápita no va atada al trabajador, sino a la asistencia, y en ese caso la respuesta es la misma: que los prestadores la utilizaron para la asistencia, sea contratando más servicios con algunos otros prestadores, ampliando la capacidad locativa, contratando *call center* -algunos prestadores contrataron *call center* especiales para los usuarios de Casa de Galicia- o haciendo inversiones, y en el caso de algunas mutualistas, adquiriendo nuevos consultorios o creando nueva infraestructura con recursos propios en algunos casos y en otros, con crédito.

La realidad es que la cápita no va atada al trabajador, sino a la calidad asistencial, y ahí ingresamos a otra de las preguntas que hizo la presidenta en cuanto a su cumplimiento. En la última comparecencia concurrimos con las actas de inspección de la Dirección General de Fiscalización. No voy a repetir, pero ahí se daba conocimiento de las inspecciones a los cinco prestadores y de que había algunos que no estaban

cumpliendo con los tiempos de espera. En ese caso -no voy a repetir todo lo que ya dijimos- se detectaron incumplimientos por parte del Hospital Evangélico, Sociedad Médica Universal, Cudam y Crami.

El informe continúa diciendo que sin perjuicio de lo antes mencionado se ha verificado que el Hospital Evangélico, la Sociedad Médica Universal y Cudam han incumplido con lo establecido en los artículos 1º a 3º del Decreto N° 359 de 2007 en lo vinculado a los tiempos de espera para consultas médicas, razón por la cual se las intimó a subsanar los incumplimientos en el plazo de diez días bajo apercibimiento de la aplicación de lo dispuesto en el artículo 396 de la Ley N° 19.924.

Eso fue lo que dije la última vez.

Luego se menciona que tanto el Hospital Evangélico como la Sociedad Médica Universal han presentado información relativa al aumento de ciertas consultas y especialidades dando respuesta a lo intimado.

En nueva fiscalización de seguimiento a los citados prestadores realizada en julio de 2022, se constató que el Hospital Evangélico y la Sociedad Médica Universal habían regularizado lo referido a los tiempos de espera para las consultas objeto de fiscalización, en tanto Crami mantenía el incumplimiento. Cudam, sin embargo, incumplía nuevamente el decreto mencionado, verificándose en inspección de 5 de julio de 2022 incumplimiento en los tiempos de espera de veinticuatro horas en ginecología y cirugía general y exceso en tiempo de espera de treinta días en otorrinolaringología y cardiología. En virtud de ello, se impuso una multa de UR 100.

¿Qué quiere decir esto? Que de los prestadores detectados algunos cumplieron; se los volvió a fiscalizar y estaban cumpliendo. Hay un prestador que no cumplió con los tiempos y se lo multó con UR 100.

Esto en lo que tiene que ver con la atención.

Asimismo, tenemos registro de las denuncias que llegaron al Ministerio de Salud Pública, a las que se referirá el contador Yagoda.

SEÑOR YAGODA (Alberto).- Tenemos un informe que hizo el Departamento de Atención al Usuario que aunque no es específicamente de los usuarios de Casa de Galicia, sí nos permite ver la percepción de la situación en cuanto a las denuncias totales registradas en el año.

Hasta el 15 de diciembre de 2022, hay un total de quinientas ochenta denuncias de usuarios. Esto quiere decir que algunas no llegan a estar en el registro porque cuando el usuario hace la denuncia el prestador lo resuelve -esa es otra situación que se da- ; estas son las que quedaron registradas en el sistema. Surge del informe que estos cinco prestadores que tienen usuarios de Casa de Galicia -para tomar como referencia- no son los que más denuncias recibieron.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

—Respecto a las solicitudes de usuarios de Casa de Galicia, transcurridos treinta días de movilidad, desde mayo hasta noviembre inclusive, hubo ochenta y ocho solicitudes de causales entrando por las excepciones que tiene la Junasa. Creemos que no es una cifra para nada exagerada; parece que es otro indicador para tener presente como percepción de los usuarios.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Quiero aportar que desde el Ministerio de Salud Pública estamos trabajando en un plan de atención al usuario y en un

control de algunos aspectos asistenciales; cuando esté pronto, lo vamos a anunciar y a compartir con la Comisión de Salud Pública.

En cuanto a la consulta sobre las historias clínicas, en Casa de Galicia no había historia clínica electrónica; eran historias papel. Cuando se hizo la distribución de usuarios por terminación de la cédula, se distribuyeron las historias de acuerdo a los prestadores. El tema es que luego, en los treinta días que otorgaba la ley para el cambio de prestador, las personas se cambiaron y la historia no acompañó al usuario. Muchas veces, la historia estaba en el prestador al que la persona fue distribuida en el origen o en el Ministerio de Salud Pública. Estamos redistribuyendo esas historias para que siga a la persona; es decir, cuando se requiere por parte del prestador, esa historia se manda desde el prestador original de donde fue distribuido o desde el Ministerio de Salud Pública al último destino. Ese es uno de los inconvenientes de no tener historia clínica electrónica; hubiera sido mucho más fácil, pero no la tenemos.

Las historias que sí estaban en formato electrónico están distribuidas en la base de datos del Círculo Católico -porque es el prestador que recibió la mayor cantidad de usuarios- ; a esa base acceden los distintos prestadores. Sucede lo mismo cuando hay un cambio de prestador de cualquier usuario que tenga historia clínica; la historia clínica queda alojada en el prestador original y se accede desde otro prestador hacia esa base de datos. En este caso, se trasladó toda la base de Casa de Galicia al Círculo Católico y los restantes prestadores acceden a esa base de datos.

Las historias clínicas se están distribuyendo y se encuentran a resguardo.

A los bienes y a la solicitud de información del señor Iglesias se va a referir Martín Thomasset.

SEÑOR THOMASSET (Martín).- Saludo a la señora presidenta, a los señores legisladores y a todos los presentes.

En cuanto a los bienes culturales, la sindicatura nos comunicó oportunamente que habían sido adquiridos por la Xunta con el compromiso de que no fuesen sacados del país; habrían sido cedidos a una asociación civil que es la que continuaría con toda la actividad cultural de la institución.

En lo que tiene que ver con la pregunta del señor diputado Gallo respecto a la información solicitada por el señor Alberto Iglesias, quizás sea conveniente hacer un breve repaso histórico de algunos hechos precedentes.

El 28 de diciembre del año 2021 -hace un año-, el señor Alberto Iglesias presentó ante el Ministerio de Salud Pública una solicitud de acceso a la información pública en la que requería cerca de veintiocho o treinta literales de información. Esa solicitud fue contestada el 3 de marzo del año 2022; se le brindó toda la información que la ley permitía que le fuera brindada. La Ley N° 18.381 de acceso a la información pública, en la que se basó el procedimiento, establece que toda la información en posesión del Estado es pública con excepción de lo que establecen los artículos 7º, 8º, 9º y 10. En algún caso hubo que amparar en la excepción de información confidencial pues existía información comercial sensible y el señor Alberto Iglesias, en aquel entonces, ya no formaba parte de la institución.

No tenemos conocimiento de que esa respuesta haya sido recurrida ni impugnada judicialmente como suele hacerse, ni existieron denuncias en la unidad de acceso a la información pública. Por lo tanto, para nosotros el tema quedó laudado cuando se le dio respuesta formal y el acto administrativo se tornó firme.

Casi un año después -en noviembre o diciembre de este año-, el señor Alberto Iglesias replicó esa solicitud a nivel judicial y es casi un calco de la solicitud presentada un año antes. Incluso, cuando uno mira su redacción, parecería que fuese un acceso a la información pública y no una diligencia preparatoria como es el trámite que utilizó judicialmente.

Con respecto a esa solicitud de información, debo decir que nos encontramos en plazo para contestarla. Hace unos días empezó la feria judicial, que es la que suspendió el plazo de cumplimiento. Además, el Ministerio ha recabado prácticamente la totalidad de lo solicitado; nos quedan cuatro o cinco puntos que estamos terminando de definir. La Cartera va a cumplir con la totalidad de la diligencia judicial de la misma forma que entiende que lo hizo oportunamente, pero con la salvedad de que, en este caso, como la situación de Casa de Galicia a nivel comercial ya no es operativa, parte de la confidencialidad que existía ya no tiene sentido porque no es más información comercial sensible. Nosotros nos tenemos que limitar a lo que establece la ley. En aquella oportunidad y en esta se hizo un informe jurídico a cargo de quien les habla; mirando claramente la ley se entendió qué era lo que se podía dar y qué no porque podía afectar a Casa de Galicia.

Nos ha sorprendido que ese escrito judicial -como señalaba el señor diputado Gallo- tenga una serie de consideraciones que exceden por completo lo que se estila en una diligencia preparatoria que simplemente es: "Vengo a solicitar tal o cual información" y el fundamento por el que se hace; en la argumentación que se hizo se incurrió en todo tipo de comentarios que oportunamente serán contestados desde el punto de vista procesal.

En resumen, la solicitud de información no es novedosa para nosotros; hace un año recibimos una casi idéntica y el Ministerio la cumplió. Esa resolución no se había impugnado, un año después recibimos una solicitud igual y la vamos a contestar con el pleno compromiso de dar cumplimiento a la ley y a lo dispuesto por el juez.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Queremos hacer una referencia en lo que tiene que ver con los bienes. En su momento, pedimos a las autoridades del Círculo Católico que mantuvieran los símbolos de Casa de Galicia, algo que fue entendido y valorado también por los ex socios de esa institución.

El panteón está en la órbita del síndico. En su momento, habíamos hablado con las empresas funerarias porque había una discontinuidad en la atención y eso se mantuvo durante toda la intervención del Ministerio de Salud Pública y la posterior intervención de ASSE.

Como decía el diputado Gallo, el panteón es un bien que depende de la Intendencia, del área de Necrópolis, y cuya administración se entrega a una asociación. En este caso, es cuestión de la Intendencia de Montevideo la administración de ese panteón; ella puede determinar si la ex Casa de Galicia lo sigue administrando o si hay que hacer una nueva licitación o un nuevo procedimiento para entregarlo a otro administrador.

Nosotros no queremos pasar por encima de las competencias departamentales, porque son resortes municipales.

Estamos en contacto con el síndico y también estamos siguiendo el tema de cerca.

Sabemos que el punto es ese y que hay una situación de atraso en cuanto a reducciones y a inversiones que hay que realizar en el panteón; entendemos que el síndico está trabajando en eso.

La administración del panteón es más resorte de la Intendencia de Montevideo.

En cuanto a la pregunta sobre los despidos, voy a pedir que responda el contador Yagoda que tiene más información.

SEÑOR YAGODA (Alberto).- Lo que está sucediendo es que el fondo que tiene el Banco de Previsión Social es insuficiente para cubrir los créditos de la masa de trabajadores que tienen derecho a despido.

El Banco de Previsión Social y el Ministerio de Economía y Finanzas están trabajando en una solución para responder a los trabajadores y encontrar un mecanismo que pueda dar cumplimiento a esos montos, que son significativos, elevados.

Esa es la situación al día de hoy: el Ministerio de Economía y Finanzas está trabajando junto con el Banco de Previsión Social para encontrar un canal que le permita resolver esta situación.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Han sido muy claras las respuestas y entiendo la situación que genera el cierre de una institución de la envergadura de Casa de Galicia y la redistribución, obviamente.

Quiero puntualizar un tema. Se habló de incumplimientos, de la denuncia que tenemos de incumplimientos de esas instituciones; yo voy más allá: el incumplimiento que estamos viendo es a nivel general, no solamente de estas instituciones. De acuerdo con las cifras, uno ve que hay un tema de incumplimiento global, tanto en el sector público como privado. No solo se hace referencia a las listas de espera, que sabemos que es un problema, un problema heredado, un problema multifactorial, cuya responsabilidad no recae solo sobre la institución de asistencia o el hospital que corresponda, sino también en el usuario, porque tenemos un concepto de “me tiene que ver el especialista” y eso hace llenar las agendas; hay un tema cultural, porque no tenemos un desarrollo de primer nivel de asistencia potente. Es decir, influyen un montón de factores, pero me da la sensación de que en estas circunstancias se nos está yendo un poco de las manos. Instituciones importantes en las que uno solicitaba especialista y se cumplía normal o medianamente con los tiempos, de acuerdo con el contrato de gestión, ahora estamos hablando de tiempos de tres o cuatro meses, para acceder a ese especialista.

Esto tiene que ver con la lista de espera, pero también con la coordinación quirúrgica y, concretamente, nos han manifestado que en estas instituciones que absorbieron la masa social de Casa de Galicia hay incumplimientos concretos en listas de coordinaciones quirúrgicas.

Otro de los problemas que hemos visto -digo “hemos visto” por denuncias de usuarios que vienen a golpear la puerta de los despachos o llaman por teléfono; sabemos muy bien cómo es la actividad política- es el tema de los tratamientos con pacientes oncológicos, que vienen con un seguimiento oncológico de Casa de Galicia y al cambiar de institución se generan dificultades para acceder a la historia clínica, y todos sabemos las complicaciones que eso trajo y, obviamente, la desesperación de la familia y del propio paciente en denunciarlo.

Entonces, la pregunta concreta es: ¿qué mecanismos de inspección están usando? Porque el Ministerio, de acuerdo con el último presupuesto nacional, formó una Dirección de Fiscalización muy potente o, por lo menos, la idea era hacerla muy potente. Entonces, como uno estuvo en la Junasa y también efectuó un control a las instituciones donde no lo teníamos, la pregunta es: ¿están pensando potenciar instrumentos que tiene la Junta, como el contrato de gestión, con esta fiscalización? Me da la sensación de que hay un fiscalizador en las mutualistas, pero que no va con un técnico especialista en informática que pueda meterse en el sistema y controlar realmente bien las cosas.

Quiero que me cuenten cómo está funcionando eso.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Compartimos las afirmaciones del señor diputado Gallo Cantera, porque vivimos en el mismo país, somos parte del mismo sistema y nos golpean las puertas a todos en esta actividad, y en Uruguay, por suerte, hay acceso a autoridades, legisladores y distintos ámbitos de gobierno para que el usuario se haga sentir cuando tiene alguna dificultad.

Quiero manifestar algunas cuestiones en las que estamos trabajando en el Ministerio de Salud Pública en cuanto a las fiscalizaciones.

Se creó la Dirección General de Fiscalización en el presupuesto nacional; estamos en la etapa de finalización de los llamados. Tuvimos algunas complejidades en la elaboración de los llamados y en la contratación de recursos humanos. Ya estamos en la etapa de incorporación; ya se hicieron los llamados en "Uruguay concursa", se hizo la selección, las pruebas de admisión, se pasaron todas las etapas, se publicaron los resultados y estamos en la etapa de incorporación de los inspectores. Toda esta administración se realizó con los funcionarios de la dirección que estaba funcionando anteriormente; sí se creó la Dirección y la Subdirección que ya están trabajando.

En cuanto a la lista de espera quirúrgica, todos sabemos lo que fue la situación de la pandemia y, posteriormente, la lista de operaciones en tiempo de pandemia, donde se priorizaron operaciones oncológicas o de urgencia y las de coordinación se dejaron un tiempo -que no fue un tiempo extenso, pero sí un tiempo- en *stand by*. Luego tuvimos la dificultad de los recursos humanos, porque la operación del paciente estaba coordinada, pero tenía covid el anestesista, el cirujano o alguien del equipo y había que reorganizar la operación. En ese sentido, se generó un atraso en la lista de espera y la Junasa estableció una meta para la puesta al día de la lista de espera.

También se creó un sistema novedoso, que fue el reporte de la lista de espera. Hoy tenemos reporte de los prestadores por declaración jurada de la lista de espera quirúrgica -algo que el Ministerio no tenía anteriormente-, que es el conocimiento de cuántos pacientes están en la lista de espera. Eso se mantuvo mientras estuvo vigente la meta, hubo un tiempo que se discontinuó -al terminar la meta- y ya está restablecido desde octubre.

Vamos a hacer llegar a la Comisión la información con la lista de espera quirúrgica para que la puedan manejar. Ha habido una rotunda disminución desde que comenzamos con la medición; desde la pandemia hasta marzo llegó la meta, se restableció en octubre y durante todo este tiempo hubo una disminución.

También quiero hacer otra referencia, porque en esto de la puesta al día en los atrasos quirúrgicos ASSE hizo una apuesta muy grande en el INOT (Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología), y se operaron -creo- 1.900 personas; el otro día lo conversamos con el presidente de ASSE. Ellos van a poder informar mejor, pero en cuanto al seguimiento de la lista de espera, ASSE tiene un comportamiento mejor que algunos prestadores privados. Me parece de orden destacarlo, porque sabemos que hay ciertas complejidades en el sector público y en el privado y, en este caso, ASSE dispuso en el INOT -que había sido el hospital covid- un centro de operaciones para todas las operaciones que habían quedado relegadas.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

SEÑORA PRESIDENTA.- A los efectos de hacer una síntesis de lo planteado en el primer punto, sabemos que hay situaciones que se están monitoreando y en las que tiene mayor especificidad el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con los sindicatos y las

representaciones gremiales. No obstante, el Ministerio de Salud Pública está haciendo un seguimiento efectivo de lo que está establecido en la ley, sabiendo que hay cuestiones particularmente sensibles, como la cantidad de médicos a incorporar -el sector mayoritario que aún está pendiente, con estas particularidades- y un contralor de los vínculos y de los médicos que constituyen cada uno de los grupos.

Con respecto a los montos de dinero, el Ministerio verificó que efectivamente fueron utilizados en las prestaciones que se dieron a los usuarios. No hubo un monto de dinero -tampoco lo que se acordó con los médicos- que un prestador haya recibido eventualmente sin haber tenido la contrapartida que estaba establecida. Las otras cuestiones son responsabilidad de la sindicatura. Le solicitamos al Ministerio que se interese por eso, porque la generación de una preocupación puede lograr que se resuelvan las cosas de la mejor manera posible, en aras de pensar en la comunidad gallega. Todo este proceso de Casa de Galicia tiene que ver con aspectos de altísima sensibilidad.

Pasamos al segundo tema, vinculado a la situación del Casmu, que sabemos que no es la misma, que son puntos de partida muy distintos desde el punto de vista de las capacidades de la institución, de la disponibilidad del socio, de su respaldo financiero, pero que no obstante preocupan y preocupan muchísimo a esta Comisión.

En ese sentido, recibimos a la Federación Uruguaya de Salud, a su secretario general, Jorge Bermúdez, y a los directivos y autoridades de Afcasmu (Asociación de Funcionarios del Casmu), con su presidenta Sonia González y demás integrantes

Hubo un planteo específico de la situación que estaba atravesando Casmu. Aún con una mesa de negociación instalada en el Ministerio de Trabajo se envió a más de cien funcionarios al seguro de paro, muchos de ellos con edades avanzadas. Además, hay una problemática adicional, que también fue planteada por el secretario general de la FUS: el último fideicomiso que se entregó al Casmu no pasó por la Junasa, cuando se supone que debería informarse.

Ese es el planteo, consta en la versión taquigráfica que las autoridades recibieron.

En esa ocasión hicimos -queremos reiterar acá- varias preguntas, respecto a cuáles son las condiciones que se establecieron para ese fideicomiso, cuál está siendo el destino de esos recursos, cuál es la situación real. Sabemos que plantean reestructuras porque es mayoritariamente lo que está establecido en los sucesivos fideicomisos, pero esto no implica la pérdida de fuentes de trabajo. ¿El Ministerio tiene conocimiento de cuántos funcionarios médicos y no médicos tiene Casmu en su plantilla para llevar un contralor?

Sabemos que la incorporación de tecnología está yendo en detrimento de los puestos de trabajo, ¿cómo está controlando el Ministerio efectivamente que no se esté dando? Los veedores que le habían asignado en su momento hablaban de una situación comprometida; nosotros recibimos parte de ese informe. No obstante, accedieron al fideicomiso. Quiere decir que de alguna manera el Ministerio evaluó que esa situación comprometida no era de entidad a los efectos de poder darle ese crédito nuevamente. La consulta es para esa información oficial.

Hay una situación contradictoria: se envía gente al seguro de paro, se accede a un cuarto fideicomiso, pero sin embargo se ofrecen servicios preferenciales, que además -tuvimos acceso a la información- es con los mismos recursos humanos que tiene el Casmu, en el mismo local, con el mismo equipamiento. Entonces, hay una preferencia respecto al acceso a especialistas, a cirugías, a laboratorio, en detrimento de los usuarios del Fonasa. ¿Cómo lo controla el Ministerio?

En alguna información del informe de los veedores consta que el 87% del presupuesto del Casmu es producto de las cápitas Fonasa. ¿Cómo se sustentan estos servicios preferenciales y cómo el Ministerio lo controla en forma separada, a los efectos de que no se utilicen recursos de los trabajadores y del Estado en servicios que vuelven otra vez a generar desigualdad, cuando no el descreme? Este era uno de los problemas que trató de resolver el Sistema Nacional Integrado de Salud y que cambió sustantivamente, sin embargo, se está violentando con esta situación.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- En el mismo sentido, voy a repetir la preocupación que genera el tema, a uno que sigue todos estos temas vinculados a la salud y ve un contrasentido.

Venimos del cierre de Casa de Galicia y vemos una institución que está con veedores; no está intervenida, está con veedores. Cuando el Ministerio toma la decisión de poner veedores es porque hay una situación de inestabilidad, hay que hacer un control, se le otorga un fideicomiso, hay que mirar con lupa. Ese fideicomiso es contra un proyecto, porque los fideicomisos siempre son contra un proyecto. Mi pregunta concreta es: ¿en el compromiso que asumió el Casmu para acceder a ese fideicomiso está comprendido todo esto de Medis Group, el Centro de Imagenología? Sale platales el recambio de una sala de imagenología o de un *block* quirúrgico en el mismo momento. Realmente, nos impacta que una institución que está con dificultades económicas, que está siendo visualizada con lupa por parte del Ministerio -que bien lo hace- y en la que vemos un despliegue, que realmente llama poderosamente la atención.

En segundo lugar, una institución que esté creciendo y desarrollándose, en el mismo momento que está brindando eso a la población está enviando trabajadores al seguro de paro. Por tanto, tampoco se entiende, puesto que no estamos hablando de tres o cuatro trabajadores, sino de más de cien trabajadores. Ahí también hay un contrasentido importante.

El tercer aspecto -es el que más me interesa- tiene que ver con los servicios VIP. Yo no estoy en contra de los servicios VIP, sino cuando el derecho del usuario que está en la misma situación que yo entra en detrimento. Si yo voy a una institución, soy socio Fonasa, y pido para que me hagan una ecografía me dan hora para dentro de dos meses; sin embargo, si vengo con el "cartelito de Medis Group", me dan hora para la tarde. Yo no estoy contra los servicios VIP, pero los servicios VIP privados, fuera del sistema, ahí no tengo problema. Porque la gente confunde lo que es sala VIP con el servicio VIP. La sala VIP es una cosa, pero el servicio VIP -de acuerdo a mi modesto entender- va en detrimento del usuario Fonasa. Es más, en la rendición de cuentas del Ministerio de Salud Pública vino una propuesta para prohibir ese tipo de servicios. Y en el Parlamento nacional, desgraciadamente, lo cambiaron. El Frente Amplio estaba de acuerdo con mantener lo que el Ministerio decía. Sin embargo, lo cambiaron. No se cambió por gusto, sino que está todo vinculado a esto. Eso es lo que se percibe desde afuera.

Tenía necesidad de contarles esto porque realmente es un tema que me preocupa y que no quiero que termine como Casa de Galicia, porque es una institución emblemática -como también lo era Casa de Galicia, cuyo cierre todos lo sufrimos- y no queremos repetir eso. Por tanto, queremos saber cuál es su opinión. ¿Cuál es la visión que ustedes tienen de este desenlace del Casmu?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- En primer lugar, queremos separar las situaciones, ya que la situación del Casmu no es similar a la de Casa de Galicia. Si bien cada prestador tiene su complejidad, su modelo de negocios -hablando en términos financieros o gerenciales-, la situación de Casmu no es la misma que tenía Casa

de Galicia, ya que estamos hablando de una institución con 185.000 afiliados, con balances positivos y con ciertas complejidades.

Particularmente, quiero hacer referencia a la situación de Casmu, a la política de veedores, al fideicomiso y a lo que han sido las recientes noticias sobre recursos humanos y seguro de desempleo.

Por otra parte, queremos hablar del capítulo relativo a servicios preferenciales.

En cuanto a lo que fue la política de veedores del Ministerio de Salud Pública, en 2020 se decidió su incorporación en instituciones que tenían fideicomisos otorgados por el Ministerio de Salud Pública en conjunto con el Ministerio de Economía y Finanzas. Ese trabajo concluyó en las instituciones con fideicomisos y luego vino un posterior pedido de fideicomiso por parte del Casmu. Por eso, ese nuevo fideicomiso continuó con la incorporación de un veedor.

Posteriormente, en la última rendición de cuentas, se incorporó la figura del delegado, que se votó en el Parlamento, y ahora el Ministerio de Salud Pública tiene a disposición esa figura para los distintos prestadores en los que haya necesidad de contar con más información.

Con referencia al trabajo del fideicomiso, le voy a solicitar el contador Yagoda, presidente de la Junasa, que relate todos los hechos y nos diga en qué etapa estamos actualmente.

SEÑOR YAGODA (Alberto).- Retomando lo comentado por el señor subsecretario, en primer lugar, quiero hacer una aclaración por lo que vi en las versiones taquigráficas.

En esta nueva solicitud, este cuarto fideicomiso que solicita Casmu no es un resorte de la Junasa, sino del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública; sí informarlo en la Junasa y presentarlo, pero no es la aprobación.

Cuando un prestador -esto fue lo que pasó- accede al fondo de garantía -por eso está el MEF en esto- es porque declara que está frente a una situación financiera compleja y delicada. Es ahí donde se entiende que, frente a un proyecto que hace viable o que muestra pautas hacia adelante, se accede a darle esa garantía. En este caso, la particularidad de este fideicomiso es que tiene tres tramos. En vez de ser un solo desembolso, se fijaron tres hitos para poder hacerlos. Un primer desembolso inicial era contra la firma y el hito estaba asociado al uso de ese dinero siempre; es decir, el desembolso está asociado a un destino. La empresa había planteado retiros incentivados de personal y ese era el destino que principalmente le daba.

Un segundo desembolso, que también se cumplió y se liberó, estaba asociado a objetivos que tienen que ver con la negociación de precios de medicamentos y demás.

Está pendiente el tercer tramo, el tercer desembolso, que al día de la fecha aún no ha sido liberado, ya que se está evaluando el cumplimiento del plan para poder liberarlo.

Esto es importante en el proceso que se mencionaba, es decir, la veedora que está trabajando hoy hizo una prolongación de sus funciones, puesto que su primer objetivo era evaluar si habían cumplido con las premisas que estaban establecidas en los fideicomisos anteriores, y se entendió oportuno -ya que tenía un conocimiento del prestador- que quedara. Está desarrollando esa tarea. Es el nexo, lo que permite la proximidad de la situación y evaluar específicamente, frente a estos objetivos, si la empresa los logra o no. Es un elemento que da visibilidad acerca de la situación.

Comparto el hecho de que estamos frente a una realidad distinta, sobre todo si miramos el endeudamiento por afiliado: Casa de Galicia tenía un endeudamiento de

cerca \$ 75.000 por afiliado; el Casmu está en el entorno de los \$ 45.000. El nivel de cesión de Fonasa que tenía Casa de Galicia es distinto al que tiene Casmu hoy. Sin embargo, todos quedamos con “la piel fina” después de ese proceso, y está bien tener las precauciones.

Se está trabajando permanentemente. La veedora está trabajando en el lugar en forma recurrente, lo que nos da esta mirada del fideicomiso.

(Diálogos)

—Es importante aclarar que en ningún momento el Ministerio de Salud Pública ni el Ministerio de Economía y Finanzas pusieron como condición a la empresa que tenía que disminuir su plantilla. Digo esto porque se mencionó en alguna de las versiones taquigráficas.

El proceso es inverso, ya que la empresa dentro de ese plan presenta las medidas que piensa adoptar para llevar adelante la gestión. En ese sentido, no hay una meta prevista de reducción de la plantilla, ni fue ello exigido por el Ministerio como mecanismo.

Con respecto a la situación actual, ahora se abre una ventana de tiempo, porque se está en una situación bipartita en la que la empresa se encuentra dialogando con el gremio sobre el proyecto de modernización que estaría llevando adelante. En la próxima instancia, que creo es el 6 de febrero, vuelven a reunirse con el Ministerio de Trabajo en forma tripartita. Esa es la situación que hoy hay con respecto al seguro de paro.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- El 31 de octubre se estableció la mesa tripartita con reuniones quincenales. Están en ese *impasse*, pero quizás sería aconsejable hacer la consulta al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que es el que está liderando las negociaciones. Desde el Ministerio de Salud Pública estamos acompañando esa conversación. Nosotros trabajamos sobre el aspecto asistencial y, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el aspecto laboral, pero no tenemos injerencia directa en cuanto a la política de contratación o de seguro de desempleo -sí el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social-, por más que hay un trabajo muy coordinado entre las dos instituciones.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Está también el tema de la incorporación de tecnología.

Yo recuerdo que cuando se quería incorporar tecnología había que pasar por una burocracia importante y por determinados chequeos. Acá uno ve una incorporación masiva de altísima tecnología. Quiero saber si cumplieron con los requisitos del Ministerio y desde cuándo está autorizado este aparato, porque no se autoriza de un día para el otro una incorporación de este tipo.

Recuerdo -y lo cito como referencia- la llegada del famoso robot Da Vinci. En ese momento yo era el presidente de la Junasa y paramos, porque se había instalado sin estar autorizado. Lo habían sacado del puerto e instalado, pero no lo dejamos funcionar hasta que se cumpliera con las autorizaciones. Esta incorporación de tecnología es más o menos similar a aquella. Por eso me gustaría saber cómo pasó.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Al principio de la Comisión el diputado Gallo hacía referencia a que padecemos de los mismos problemas. En algunos casos padecemos también de instituciones que primero incorporan tecnología o ponen carteles de inauguración de policlínicas y después piden la solicitud. No estamos hablando del caso puntual de la mutualista Casmu; en el sistema de salud se da la incorporación primero y después la parte administrativa necesaria para poner en funcionamiento ese equipamiento.

La tecnología del Casmu pasó por todos los procesos de aprobación y por la Junta de Evaluación y Pertinencia, que es la que evalúa la pertinencia de la incorporación y, en este caso, se le dio autorización final.

Tengo entendido que hace años que el Casmu está trabajando en este proyecto de incorporación de tecnología hasta la desembocadura, que es la aprobación. Tiene que pasar por un proceso en el Ministerio de Salud Pública; si no cuenta con la aprobación de Salud Pública, no están habilitados a funcionar. En este caso, están habilitados.

SEÑORA PRESIDENTA.- Yo quisiera reiterar la preocupación.

Entiendo que el estudio lo hizo el Ministerio de Economía y Finanzas, pero se está accediendo a recursos y a una línea de crédito. Son recursos que se están facilitando a este prestador o a cualquiera, y me parece que está muy bien, pero eso exige que el Ministerio de Salud Pública sea una parte importante en el contralor. De hecho, fue parte de lo que sucedió -salvando toda la distancia- con Casa de Galicia. Dijo: "Esta es la información", y por eso colaboró.

En este caso hay una institución que solicita un tercer fideicomiso, en tramos o en lo que sea. Está bien que no diga -sería como darse un tiro en el pie- que va a hacer una reestructura con disminución de la plantilla. Pero eso no quita -en mi opinión- que el propio Ministerio, que es el organismo rector, el que manda y tiene el dinero, le diga: "Ojo, no puede. En la medida en que accede a un beneficio que da el Estado, que es parte de una política de Estado, no debería poner en riesgo ninguna fuente laboral". Pasa en otros. De hecho, mañana vamos a hacer *quorum* para que pueda sesionar la Cámara y votar determinados fondos, justamente, pensando en que se pueda acceder a ellos con la garantía de que no haya una disminución de los puestos de trabajo.

Esa es mi preocupación. En blanco y negro lo estoy diciendo, con total frontalidad. Debiera ser al revés: no que la institución me lo diga, sino que el Estado debería exigir, porque en la salud los recursos humanos son fundamentales. Sin duda, la infraestructura, el equipamiento y la tecnología también, pero sin recursos humanos en todas las especialidades, en todas las áreas, desde administrativos, auxiliares de enfermería, licenciados en enfermería y hasta los propios médicos, es muy difícil y eso no está pasando. Es más: sentado a una mesa de negociación manda a ochenta y pico de personas al seguro de paro en un momento crítico; crítico porque no salimos de la pandemia; estamos otra vez en un brote. Estamos con un problema de atraso en lo que tiene que ver con recuperar cuestiones vinculadas con el diagnóstico oportuno y los tratamientos. Eso es lo que me preocupa.

Yo tengo frente a mí a las autoridades que definen e inciden en el comportamiento de todos los prestadores y de este en particular. ¡Cuarto fideicomiso! ¡Ni en tres etapas ni en diez! ¡Qué cumpla!

Dejo planteada esa preocupación y voy a reiterar y reformular la pregunta. Este servicio, que no es de hotelería -creo que el de la hotelería podríamos discutirlo-, que tiene que ver con acceder tempranamente a un diagnóstico, acceder tempranamente al especialista que necesito, acceder al laboratorio en forma prioritaria, ¿no requiere de una habilitación o permiso del propio Ministerio? ¿Yo mañana puedo poner un servicio? ¡No! ¿Cómo se equilibra eso de un prestador cuyo sustento dependen estas cápitás que son de los trabajadores, que son del Estado? ¿Cómo se procesa? ¿Cómo se controla eso? No se trata solamente de hotelería. Uno va a la emergencia y se encuentra con el cartel: "Anunciarse". Algunos cristianos esperamos cuarenta y cinco minutos y otros más -lo vi-, menos el que tiene ese servicio preferencial. Mismo local, mismo funcionario, misma situación. ¡Está mal! ¿Cómo se controla eso? ¿Qué herramientas hay para revertir? Si

no, es un abuso de los recursos y de la política del Estado. Se lo planteo a quien entiendo que tiene todas las herramientas para decir: "Por acá no".

Entiendo lo de la Junasa que no aprueba, pero es el organismo donde estas cosas se debaten y se ponen a juicio. Están todos los actores representados menos los usuarios, que también deberían estar. Yo voy a insistir en que el control social es bueno y en que los usuarios tienen que estar.

(Interrupción del señor subsecretario de Salud Pública)

—Yo tengo acá las versiones taquigráficas. ¡Se están pareciendo a ASSE con el "ya estamos"! ¡Ya estamos en setiembre; ya estamos en octubre; ya estamos en noviembre! Ya estamos un año después.

(Interrupción del señor representante Gallo Cantera)

—¡Yo tengo aquí a las autoridades que son las responsables del contralor y de la rectoría del Sistema Nacional Integrado de Salud público y privado! De lo público, capítulo aparte cuando entremos en un ratito.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- En primer lugar, compartimos lo expresado y la preocupación.

Empezamos por compartir la visión de que el dinero del Fonasa y de las mutualistas es dinero público. Entonces, si es dinero público tiene que haber un control público y eso es lo que se realiza. Eso es lo que entendemos del Fonasa y de cómo está creado el Sistema.

Cuando se solicita el fideicomiso el Ministerio de Salud Pública establece la figura del veedor. Déjeme adelantar que el tercer tramo del fideicomiso no está aprobado actualmente; está en revisión. No es que se autoriza un fideicomiso sin controles, sino que se controlaron los dos primeros desembolsos y se cumplieron con los objetivos. Reitero que el tercer desembolso está a revisión; no está aprobado actualmente. Hay también un control del Ministerio de Economía y Finanzas. Cada área dentro de su *métier*, dentro de su área de trabajo. La nuestra es la sanitaria; la del Ministerio de Economía y Finanzas es velar por seguir la plata de los uruguayos; la del Ministerio Trabajo y Seguridad Social son las relaciones laborales. Eso no quiere decir que no trabajemos de manera coordinada y que el Ministerio de Salud Pública tenga principal interés de lo que pase dentro de una mutualista, porque después las repercusiones van al Ministerio de Salud Pública, no así en la misma proporción a otros ministerios.

Volviendo a lo que decía el contador Yagoda, dentro del plan no hay una disminución de la plantilla. Obviamente, no lo iban a poner tampoco, porque de lo contrario no se iba a aprobar el fideicomiso. La situación es la de los 185 seguros de desempleo -se aumentó la cantidad de seguros de desempleo en este período; eso es una realidad-, el período de *impasse* hasta febrero y la coordinación, negociación o ámbito bipartito o tripartito en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el cual estamos siguiendo de cerca y de manera constante con las autoridades del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, del Casmu y también de la Federación Uruguaya de la Salud. Entonces, no estamos ajenos a la situación. Vamos siguiendo cómo se devienen los hechos y qué sucede o qué va a suceder. Tampoco podemos intervenir en lo que decidan las autoridades de las instituciones, porque sería una intervención directa del Ministerio de Salud Pública. En este caso, las mutualistas tienen la independencia gerencial y disponen de las contrataciones o de las desvinculaciones. Nosotros hacemos el trabajo que nos corresponde, porque en el pasado reciente se nos acusó de una intervención que supuestamente no teníamos fundamento, y después quedó demostrado que sí, pero

las autoridades de la institución son elegidas entre los socios y disponen, dentro de la institución, de las políticas que lleven adelante. Nosotros velamos por la correcta atención a los usuarios, el correcto cumplimiento del contrato de gestión, que se mantengan las condiciones laborales y que no haya una suerte de abuso hacia los trabajadores.

Compartimos lo que dice la señora presidenta y estamos en siguiendo la situación.

Con respecto a los usuarios preferenciales, lo primero que manifestamos es lo que decía el señor diputado Gallo Cantera y también reafirmó la señora presidenta. El Ministerio de Salud Pública propuso regular la actividad de usuarios preferenciales en el artículo 266 de la rendición de cuentas. Ese artículo no fue votado en la Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda. Nosotros entendemos que la actividad de usuarios preferenciales tiene que ser regulada por ley; no tenemos otra forma de regular. Las limitaciones no son por ordenanza o decreto, sino que son por ley y hay que darle una fuerza legal, porque después podemos exponernos a cualquier cuestión legal hacia el Estado si no la tiene.

En ese sentido, desde el Ministerio de Salud Pública, el ministro Daniel Salinas expuso su visión -que es la nuestra- en cuanto a los usuarios preferenciales y la seguimos sosteniendo. Lo que dijimos en julio cuando vinimos a la Comisión es lo que pensamos en cuanto a la doble contratación de los usuarios, porque tienen dos contratos: el Fonasa y otro paralelo para otras prestaciones. Entendemos que hay que separar lo que es el servicio PIAS de lo que no lo es. Nosotros íbamos a regular lo que era PIAS. Lo que no es PIAS es de contratación libre: entiéndase la cama en la habitación privada, la televisión con cable, o distintos servicios de atención que no están dentro del contrato de gestión ni dentro de la canasta de prestaciones. Nosotros íbamos por la regulación de la canasta. Eso no se votó -como todos sabemos-, por lo cual esa actividad está en funcionamiento desde hace varios años en otros prestadores y nuestra responsabilidad es que se cumpla con la atención PIAS de todos los usuarios.

Acá la Federación Uruguaya de la Salud hizo denuncias muy graves; hizo denuncias de atención en CTI o de atención en puerta de emergencia que rozan la omisión de asistencia. Queremos subrayar esto, porque de comprobarse esas denuncias, estaríamos hablando de cuestiones graves en cuanto a la atención. Me refiero a las versiones taquigráficas en las que referían a que había una atención diferencial en un CTI -que eso sí está regulado- o hay una atención en urgencias de la misma magnitud. Lo que nos gustaría, y quizás dejamos sentado en el ámbito de esta Comisión, es que esas denuncias tengan elementos probatorios y que se denuncie en el ámbito del Ministerio de Salud Pública o en los distintos ámbitos de denuncia para poder intervenir. ¿Por qué digo esto? Porque las afirmaciones que realizó la Federación Uruguaya de la Salud fueron de una índole genérica como que se recibían órdenes de atender primariamente al que tenía un servicio contratado u a otro o que se daba esa atención en los hechos, pero esos no son elementos como para que nosotros podamos tener un seguimiento de la atención de algún paciente.

Es distinto si a la paciente con esta cédula o este comportamiento se la dejó de atender en alguna patología y a este paciente con la misma patología se le dio este tipo de atención. Ahí tenemos una denuncia distinta en la que podemos actuar, pero en una denuncia genérica es difícil el ámbito de actuación en un servicio que, reitero, no está regulado y lo que está regulado es la canasta PIAS. ¿Cuál es la situación? Es que estos servicios han florecido en los últimos años en distintos prestadores y la visión del Ministerio de Salud Pública es que no debería existir esa doble contratación, porque todos aportamos al Fonasa, todos tenemos una canasta de atención y perfora el Sistema Nacional Integrado de Salud en cuanto a lo que es la equidad de la atención.

Lo volvemos a manifestar, fue lo que dijimos en julio y es lo que sostenemos: tiene que haber un aspecto legal para su regulación, porque las limitaciones se regulan por ley en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Concuero ciento por ciento con lo manifestado por el señor subsecretario, pero la responsabilidad de gobernar la tiene el Poder Ejecutivo. Si ustedes necesitan una ley para esto, mándenla, que nos comprometemos a sacarla, porque no estamos hablando con la oposición; estamos hablando con quienes están gobernando. Entonces, manden ese proyecto de ley que en marzo se lo estamos aprobando, porque hay voluntad política del Parlamento nacional para que esto no pase. Uno lo escucha de la gran mayoría de los legisladores de todos los sectores políticos, porque estamos de acuerdo en que esto perfora al Sistema si no lo frenamos a tiempo. Considero que tiene que haber una herramienta legal, que no alcanza con un decreto; tiene que haber una ley, porque después vienen los recursos y surgen mil problemas. Eso ya los hemos tenido cuando mediante un decreto prohibimos la publicidad. Estábamos contentos hasta que recurrieron las instituciones y volvimos otra vez a cero. Entonces, me parece que la responsabilidad de esto, en lo que todos estamos de acuerdo -estoy seguro de quienes estamos sentados en esta mesa estamos seguros-, manden un proyecto de ley o lo hacemos nosotros, pero tiene que haber voluntad política, porque los que están gobernando son ustedes. Entonces, tienen que mandar un mensaje político a sus legisladores. Obviamente, hacemos el proyecto de ley en cinco horas de trabajo, para que les dé potestades y herramientas al Ministerio de Salud Pública para que no suceda esto de los servicios VIP. Concuero con que cuando uno hace denuncias generalizadas, son muy difíciles de probar, pero simplemente con escuchar a algún amigo o pararse en alguna institución -para no nombrar a ninguna; esto no es para el Casmu ni para ninguna en particular; esto es genérico- y manda a un cuerpo inspectivo sin que se den cuenta, va a ver en la cola que hay un trato diferencial claro entre una persona que tiene un seguro privado dentro del Fonasa -que es Fonasa, pero, además, está pagando un seguro especial- y la que no. Lo difícil de comprobar es lo otro.

La otra cosa es lo del PIAS, porque hay una confusión con eso. El PIAS es la canasta, pero la ecografía está en la canasta. Entonces, lo que está por fuera del PIAS es otro tema, pero el 80 % de las prestaciones a las que uno accede con este servicio VIP está dentro del PIAS, y dentro del PIAS, el que manda es el Ministerio. El que manda en el PIAS es el contrato de gestión, es la Junasa con las instituciones. Entonces, en parte se puede. Obviamente, la ley es la ley, pero mediante decreto también se puede, dentro del PIAS, que es la obligación que tienen las instituciones.

Me parece que tenemos herramientas, pero el compromiso para 2023 es trabajar específicamente con el fin de tratar de abordar una ley que de alguna manera limite los servicios VIP en los usuarios Fonasa. No tengo drama con que alguien quiera abrir una clínica privada y se pague, pero sí con el tema del Fonasa, porque me parece que va en detrimento del socio. Entonces, me parece que el compromiso es trabajar para lograr aprobar una ley.

Gracias, presidenta.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Agradecemos el comentario del diputado Gallo.

Entendemos que dentro del PIAS el que manda es el Ministerio de Salud Pública, siempre y cuando a los usuarios se les contemple lo que manda el PIAS. El problema es que a unos se les da antes y a otros un poquito después, y los dos están dentro del PIAS. Nosotros tenemos injerencia cuando uno se cae del PIAS; cuando a uno se le pasa el tiempo de la lista de espera, sobre lo que ya hemos conversado abiertamente. Entonces,

¿cuál es el argumento de algunos prestadores que tienen esos servicios? Es que los dos están dentro del PIAS. Lo que pasa es que hay unos que están antes y otros están después, y es ahí donde queremos actuar. Nosotros tenemos injerencia si alguno se cae del PIAS, pero si están los dos dentro de lo que manda el PIAS, están dentro de las reglas.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Si los dos están en el PIAS y a uno se le da rápido y el otro se pasa del contrato de gestión, hay que sancionarlo.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- No es por adelantar a uno, sino por pasar al otro.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Eso es lo que está pasando.

SEÑOR YAGODA (Alberto).- En la redacción nosotros *a priori* fuimos por los tiempos y después entendimos que era mejor ir sobre el principio de equidad, independientemente del tiempo, porque también hay una alternativa: si estoy dentro de los plazos -es otro capítulo, porque son acotados y hay situaciones que no están contempladas en plazos-, se puede decir que se accede a un especialista dentro de treinta días, y si alguien va más rápido dentro del plazo que está permitido, sería un contexto, pero estamos hablando de situaciones que están fuera del plazo, y es otra connotación.

Es preocupación del Ministerio. Lo que se puso en de la rendición de cuentas está dentro de un plan o de una idea -también se dice dentro del acta y me parece importante- del rol de fiscalización y de regularización, que es lo que el Ministerio está buscando fortalecer para poder llegar más rápido a ese tipo de situaciones.

SEÑORA PRESIDENTA.- Para resolver este tema, voy a poner en blanco en negro de vuelta la pregunta. El Ministerio está informado de que hay un prestador, que es el Casmu, que tiene en ventanilla carteles que dicen: "Socios Medis Group, anunciarse". ¿El Ministerio no tiene potestad de ir a verificar qué consecuencia tiene el anunciarse?

El Ministerio de Salud Pública tiene y accede a la misma información que toda la ciudadanía en cuanto a la publicidad que se hace de este servicio, ¿y el Ministerio no puede ir a preguntar o verificar que ningún recurso público, ni un centavo de los recursos públicos, sean derivados a ese tipo de servicio?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Vamos a tratar de responder. El diputado Gallo también tiene conocimiento de esto por haber estado.

Vuelvo a lo que dijimos hace un rato. Obviamente, tenemos conocimiento, porque estamos dentro del sistema y en este caso somos autoridades del sistema de salud; tenemos conocimiento de lo que sucede. Siempre y cuando se le de atención a los usuarios dentro de la obligación del contrato de gestión, nosotros tenemos injerencia en cuanto a que ninguno pase lo que está estipulado en el contrato de gestión. Ahí es donde entra la parte de fiscalización, es decir si hay algún usuario que se le pasa lo que ya está regulado, pero dentro de los tiempos de espera -en este caso es lo que se prioriza- hay un adelantamiento de uno antes que otro, porque paga. Eso es lo que pretendimos regular en la ley y no se votó.

En cuanto a la publicidad, ya fue ampliamente discutido e inclusive fue regulado por decreto, pero no funcionó, porque hubo un recurso por parte de las instituciones. Ahí entramos. Nosotros entendemos que son recursos públicos administrados por instituciones privadas, y en la administración privada está la libertad o la potestad de tomar las decisiones internas dentro de las instituciones. Creo que esa es la cuestión del Sistema de Salud porque se entrega la potestad de administrar recursos públicos a

instituciones privadas para que determinen el destino o la atención. Es donde se dan esas situaciones, que es una discusión de sistema; no es puntualmente un prestador, sino que es una discusión de sistema. Entonces, con regulación legal, de decreto o de ordenanza, de acuerdo con lo que se quiera normalizar, se pone límite al uso de esos dineros que son públicos. Hasta ahí creo que es como está pensado el sistema. Yo no participé del diseño, pero me parece que va por ahí.

SEÑORA PRESIDENTA.- Fundamentalmente que no se lucre.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Acá hay una diferencia, que es lo que dice la presidenta, y yo quiero interpretar lo que está diciendo, porque creo que no lograron entender.

Hay una institución que está funcionando con dineros públicos y está administrando los servicios públicos. Cuando hablamos de administrar, nos referimos a brindar servicios de salud, gerenciar y atender la ventanilla, con plata pública, que es del Fonasa. Lo que yo no entiendo, y es lo que es difícil de explicar, es que ese funcionario, que cobra a través del Fonasa, está cumpliendo, en el mismo horario, un servicio absolutamente privado y lucrativo. Yo he visto que en la ventanilla del Casmu -no me lo contó nadie- hay un cartelito que indica: "Socios Medis Group y Socios no Medis Group", pero es el mismo funcionario el que atiende, al que le estamos pagando con plata pública. Me parece que a eso apunta la presidenta cuando pregunta.

Entonces, la única alternativa es prohibir y para eso precisamos una ley. Eso sería lo ideal. Mediante decreto se podría alguna cosa, pero la ley es lo ideal para que no pase eso.

Vamos a entendernos. Yo siempre soy muy autocrítico. Esto no es responsabilidad de ustedes ahora, sino que estaba pasando antes con el gobierno en el que yo estaba. Vamos a entendernos. Creo que sí tenemos que trabajar para que no pase eso, porque es imposible. Cuando hablamos de estos temas me hablan de los seguros. Los seguros privados son seguros privados, que tienen Fonasa; todos los que se van a atender al seguro tienen la misma cobertura, pero acá no. Acá tenemos el gran porcentaje de socios Fonasa, y hay un mínimo que puede pagar esa sobrecuota, que tiene servicio VIP. Me parece que apuntaba a eso la presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Hay definiciones en la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud que amparan la posibilidad de verificar que esas cosas no sucedan. Eso es lo que estoy diciendo, actuando desde otro lugar. No es ir a prohibir, sino ir a verificar si hay servicios lucrativos con la salud y, además, con recursos públicos. Es eso. Yo entiendo lo otro.

Otra cuestión que quiero dejar clara es que ese artículo el Frente Amplio lo votaba con las dos manos. Ese artículo el Frente Amplio lo va a volver a presentar como proyecto de ley. No fue la oposición la que no lo acompañó. Es más, nos consta que hay gente de otros partidos, como Cabildo Abierto, que también entiende que hay que garantizar eso.

¿Quieren hacer negocio? Fantástico, pero no recursos públicos ni con la salud de la gente. Es pararse un ratito en algunos prestadores -los dieciséis minutos de alguna inspección que vi- y uno se da cuenta que incumplen.

SEÑOR YAGODA (Alberto).- Quiero hacer solamente un comentario porque me parece importante.

Comparto todo lo que se ha dicho, ha sido nuestra preocupación.

También somos conscientes de lo que decía el señor diputado Gallo respecto a que no es una situación actual; si bien lo que hizo el Casmu con su servicio Medis Group fue ponerle un gran foco encima de la problemática por la gran exposición que tuvo, me parece importante mencionar que los prestadores tienen cierta actividad que no se desprende de la cápita que reciben. Y eso está bien, eso ayuda al sistema y lo fortalece. La venta de servicios, todo lo que es no PIAS, complementa, fortalece el sistema. Y cuando uno habla del Sistema Nacional Integrado de Salud, también es un elemento que los actores puedan intercambiar servicios. Digo esto porque fue gráfico con la persona que está en ventanilla, pero creo que eso es parte de las reglas de juego.

A nosotros nos interesa -lo compartimos plenamente- que se respete el principio de equidad, si un usuario llega a atenderse a un servicio que tenga el mismo derecho. Lo compartimos. Pese a que entendimos que la ley era el mejor marco, tenemos algunas estrategias que estamos planificando para ir por el control desde otro lado y no necesariamente mediante la fiscalización.

De todas formas, es importante lo que se decía porque hay situaciones que son delicadas en cuanto a la denuncia, como por ejemplo que un paciente en CTI sea relegado frente a otro paciente o como escuché en la prensa decir, que en la puerta de emergencia dos pacientes con dolor precordial a uno se le da trato diferencial. Son situaciones delicadas desde el punto de vista asistencial y omisión de asistencia.

La voluntad del Ministerio es trabajar en estos temas, seguir monitorizando y con el equipo de fiscalización acercarnos a situaciones como las que se plantean que creemos se dan en el sistema y no están dentro de los principios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑORA PRESIDENTA.- Es responsabilidad de quien lo planteó, por supuesto -está en la versión taquigráfica-, pero creo que le da una pista importante al Ministerio para encontrar los caminos para verificarlo, porque de hecho ocurre. Hay usuarios que escriben y llaman; veremos cómo trabajamos para elevarlo a la escala, nivel o escenario que corresponda. Hay patologías muy serias que por PIAS tienen el tratamiento, pero hacia sesenta o setenta días para adelante y si paga una sobrecuota, porque además el servicio vip presenta distintas modalidades, lo puede tener en siete días. Y eso lo puede verificar el Ministerio; ¡si lo pudimos verificar nosotros...!

Trabajaremos en ese proyecto de ley. Este sistema tiene quince años y hay mucha cosa para corregir. Mucho ha logrado sin duda en aras de la equidad, que son los fundamentos que ustedes exponían por ese artículo, pero lamentablemente hay algunos prestadores que vuelven a viejas prácticas.

En esto de tratar de garantizar que efectivamente no se siga perdiendo la calidad asistencial y que el Ministerio tenga cada vez mayores posibilidades de contralor -estamos convencidos de que es el órgano rector-, con un montón de diferencias que hemos explayado y otras que diremos, lo cierto es que en el prestador público también hay problemas serios, por lo menos, queremos plantear los últimos. Realmente la situación del Hospital de Colonia es preocupante. En el día de ayer se conoció públicamente una nota que comunica que prácticamente cesan todos los contratos vinculados al CTI, desde auxiliares de enfermería, licenciados en enfermería hasta médicos intensivistas.

Hay dificultades muy serias en el Hospital de Salto; las venimos planteando desde mediados del año pasado al Directorio de ASSE en su totalidad. No ha habido modificaciones.

Asimismo, hay planteos vinculados al Hospital de Artigas muy serios. No hay modificaciones.

Esta Comisión planteó y transmitió al Directorio de ASSE una nota que nos llegó de usuarios y de organizaciones sociales del territorio; está verificado, pero no hemos recibido respuestas. Se están procesando.

Por ejemplo, en una situación en la que realmente el país había logrado avanzar como en la detección del cáncer de cuello de útero, ASSE ha cuotificado la cantidad de paps que se hacen por región. Eso implica realmente un perjuicio enorme para muchísimas mujeres, porque todos sabemos que un diagnóstico oportuno y un tratamiento oportuno y eficaz hacen la diferencia. Fueron cuotificados. No es porque se esté haciendo más tests de HPV, sino que directamente se cuotificaron. Tendrá que ver con la capacidad del INCA, lo que sea, pero lo cierto es que gestionar es anticiparse a los problemas, pero no cuotificar dos años y medio después, porque esto de que fue por la pandemia... ¡Todo tiene un límite, ¿no?!

Entonces, ahí hay un problema serio como también con los medicamentos. Se los comentaba al principio: fuimos a ver el sistema y hace un año que estamos esperando que esté. Podemos listar la cantidad de veces que se mencionó: “Ya está”; “El mes que viene va a estar en todas las unidades”; “Ya está el mes que viene”, y “Ya está el mes que viene”; “El mes que viene”. Va a hacer dos años y ese sigue siendo todavía un compromiso porque no se mantuvo lo que estaba pero tampoco está el nuevo sistema.

Entonces, esto de que buena parte del medicamento era por la gestión -dicho por el doctor Cipriani- termina, parece siendo también parte del problema. Y lo mismo con los medicamentos que siguen faltando en muchísimos centros y cada vez más. ¡Siete explicaciones distintas! Lo que nosotros estamos haciendo es transmitirle al responsable -estábamos hablando de los prestadores privados, ahora del público- que hay problemas y problemas muy serios en ASSE.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- En el mismo sentido que la presidenta, dejamos el tema de los prestadores privados para ingresar ahora en la responsabilidad del órgano rector que es el Ministerio de Salud Pública y de la Junta Nacional de Salud. No hay vuelta. El incumplimiento en ASSE es preocupante, preocupante.

Hace un año y medio hemos denunciado situaciones concretas de algunas especialidades como urología y traumatología que no ofrecen atención en un departamento, por ejemplo Salto. Se terceriza toda la cirugía traumatológica y urológica. ¡Toda! Cuando hablaban del atraso quirúrgico por el covid y de que se habilitó el Hospital Español, ¿saben cuánto sale -usted, presidente de la Junasa, lo preguntó- la hernia del paciente de Salto operada acá en vez de en ASSE Salto, donde hay cirujanos que están sin trabajar?

Seguramente, ustedes saben de todos estos temas que venimos denunciando y es parte de su responsabilidad ponerles el foco.

Nos quedamos muy contentos cuando abrieron el CTI y garganteaban con el CTI de Colonia: “Abrimos el CTI de Colonia”, y que iba a quedar porque iba a prestar una cobertura no solamente para los usuarios de Colonia, sino para los de la región. ¡Se cerró! ¡Se cerró! No hay ningún médico intensivista y ninguna licenciada, y los últimos cuatro o cinco meses mantuvimos el CTI abierto sin los recursos adecuados, con falta de anestesistas, falta de laboratorio. Hubo que trasladar pacientes de Colonia a instituciones privadas porque había que hacerles un procedimiento y no estaba el técnico. Es realmente preocupante, y ustedes, como órgano rector tienen límites. Hoy hablamos de tres lugares clave; Salto, donde la asistencia es realmente preocupante; la asistencia en

general, tanto pública como privada, pero específicamente ahí ASSE está haciendo agua y me parece que la situación es grave.

Y la otra situación grave es la de Colonia.

Además, el tema de los medicamentos para el que no hay solución y no la habrá porque si tú achicás el presupuesto, no tenés plata para comprar medicamentos. Por lo tanto, todas las atribuciones que se quieran decir, pero el tema es que el usuario va a la farmacia y de cada diez recetas que le dan, con suerte se lleva seis medicamentos, cuatro no hay. Esa es la realidad que estamos viviendo hoy.

Es oportunidad de presentarles estas denuncias porque el Ministerio de Salud Pública y la Junta Nacional de Salud son el órgano rector.

SEÑORA PRESIDENTA.- Estaba revisando, y veo que los usuarios del Hospital Saint Bois desde agosto están intentando acceder al servicio de urología. ¡Desde agosto! Hay una situación extremadamente compleja en ASSE, en distintos lados. Y respecto a los recursos humanos, ¡sin lugar a dudas! Finalizaron los contratos- covid y de hecho, en el marco de qué llamados se van a hacer, se está en conflicto todavía porque la idea no es entrarlos por la ventana, ¿no?, tema también bien delicado.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- A modo de cierre o redondeo, me parece que hemos discutido abundantemente los temas por los que fuimos llamados hoy. Surgen, además, temas de los que somos responsables desde el punto de vista sanitario porque no nos vamos a quitar la responsabilidad que tiene el Ministerio de Salud Pública sobre todo el sistema: prestadores privados y prestadores públicos. Como autoridad sanitaria somos responsables de velar por la correcta atención de toda la población.

Ustedes han manifestado una serie de denuncias que hemos recepcionado. En algunas estamos trabajando en conjunto; hay otras cuestiones que vienen desde hace tiempo y también estamos atendiendo. ASSE tiene la obligación de atender en los lugares donde los prestadores no van porque es el prestador público; pasa algo similar con el Banco República: tiene que estar en todo el país porque hay que dar atención a toda la población, con las dificultades que conlleva.

Estamos trabajando internamente en ciertas medidas para atender algunos problemas estructurales del sistema; estamos trabajando en soluciones para todo el sistema.

En cuanto a las denuncias manifestadas aquí, las vamos a recepcionar y vamos a trabajar con el Directorio de ASSE, que es independiente al Ministerio de Salud Pública.

Respecto a la gestión de medicamentos -y nos compete a nosotros-, a principios de año hubo una discusión pública en lo que fue la explosión de uno de los principales laboratorios fabricantes de medicamentos que produce tres millones de unidades por mes para el sistema nacional, me refiero a Fármaco Uruguayo. Eso se reestableció, hubo un trabajo del Ministerio de Salud Pública de coordinación con la ALN para la elaboración de los productos que fabricaba Fármaco Uruguayo y algo que fue difícil: la puesta a punto. Cuando empezaron a producir, debía darse una continuidad: dejaba de producir determinado laboratorio y empezaba inmediatamente a abastecer Fármaco Uruguayo. Por el volumen que maneja Fármaco, tiene costos menores a los que tenían otros laboratorios. Por tanto, ese trabajo de coordinación se hizo desde el Ministerio de Salud Pública y, en casos extraordinarios, se habilitó la importación de productos que no había en *stock* o no había posibilidad de fabricación en nuestro país. Se hizo desde lugares donde había agencias de evaluaciones, donde estaba el medicamento registrado y con

representación nacional. Eso se hizo sí, porque fue una discusión pública que se dio en su momento y de esa manera pudimos sobrepasar.

También se hacen gestiones a nivel de lo que son medicamentos sedativos o drogas que se utilizan en el ámbito quirúrgico cuando hay una atención del sistema en algún prestador y ante el anuncio de disminución de la actividad quirúrgica, interviene el Ministerio de Salud Pública para la redistribución de algunos fármacos en los distintos prestadores y que esas operaciones se sigan llevando adelante

Esto es justo decirlo: se hace en coordinación con el SAQ. Cuando el SAQ detecta que hay algún prestador que no tiene alguna droga, se avisa inmediatamente al Ministerio de Salud Pública y este interviene para que haya una redistribución.

¿Qué pasa con medicamentos? Estamos en contacto con ALN, que tiene un porcentaje de entrega de un 97 % o 98 %; estamos a nivel máximo histórico y es lo que el Ministerio mide. Luego hay un tema de distribución y logístico que es, quizás, el área de trabajo de cada prestador para llevar el acceso del medicamento al usuario y también lo estamos trabajando.

Sin duda, estos temas nos apasionan y son de nuestra responsabilidad. Hay medidas en las que estamos trabajando. Estamos seguros que vamos a volver a la Comisión próximamente para seguir conversando de estos temas porque es nuestra responsabilidad dialogar con el Poder Legislativo e intentar buscar las soluciones y las mejoras entre todos.

Queremos agradecer la invitación y estamos a las órdenes para volver cuando sea necesario.

SEÑORA REPRESENTANTE PÉREZ BONAVITA (Silvana).- Le agradezco la comparecencia a la delegación en estas fechas de tanto trabajo, planificando la temporada que también puede repercutir a nivel de la pandemia. Me imagino que el trabajo es incasable.

Quiero destacar el profesionalismo y la transparencia con la que siempre acuden a la Comisión cada vez que se requiere; con todas las respuestas verídicas, con las estadísticas reales que destacan el profesionalismo con el que trabaja el equipo del Ministerio.

Se han clarificado las consultas que teníamos con respecto a los dos temas por los cuales fueron citados. Un gusto muy dulce deja esta Comisión porque fue el propósito y se ha cumplido con creces.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Nos sumamos al saludo y al agradecimiento. Por supuesto tenemos diferencias, entiendo que quedaron planteadas muchas preguntas, aunque agradecemos algunas respuestas, pero queda la preocupación que la hemos hecho llegar a todas las autoridades de acuerdo a los mecanismos establecidos en esta Comisión, pero que entendemos que es el Ministerio el que tiene que tomar cartas en el asunto.

Hay situaciones realmente muy preocupantes. Usted mencionaba lo del laboratorio, pero hay algunos medicamentos que son elementales, sobre todo en algo que ha sido muy debatido en esta Casa en estos últimos meses: los cuidados paliativos. En buena parte de Canelones, en el santoral, no los hay y hay pacientes en cuidados paliativos que salen a buscar morfina.

Creo que la situación merece que se tomen decisiones.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis Enrique).- Siempre es bueno conversar con las autoridades, hemos recibido algunas respuestas y otras no, es lógico. Además, tenemos diferencias; en lo conceptual creo que no las hay: faltan instrumentos, etcétera, pero siempre es bueno este intercambio de ideas que debemos aceptar. Sería bueno convocarlos más a menudo y no cuando hay problemas; tener un vínculo quizás bimensual respecto a temas que van surgiendo.

Obviamente, nos quedamos con muchas interrogantes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si no hay más asuntos, se levanta la reunión.

≠