



PARLAMENTO

DEL URUGUAY

CÁMARA DE REPRESENTANTES

Secretaría

XLIX Legislatura

**DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS**

Nº 1772 de 2024

Carpeta Nº 4034 de 2023

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

PRESTADORES INTEGRALES DE SALUD DEL SNIS

Normas

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 16 de abril de 2024

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Lucía Etcheverry Lima.

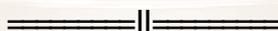
Miembros: Señoras Representantes Cristina Lústemberg, Nibia Reisch y señores Representantes Milton Corbo y Gastón Roel Bottari.

Delegado de Sector: Señor Representante Luis Gallo Cantera.

Invitados: Por el Ministerio de Salud Pública, licenciado José Luis Satdjian, Subsecretario y contadora Alicia Rossi, Directora General del Sistema Nacional de Salud.

Secretario: Señor Héctor Amegeiras.

Prosecretaria: Señora Margarita Garcés.



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

Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se lee:)

"LA COMISIÓN DE USUARIOS DE LA POLICLÍNICA DE SAN LUIS. Comunica cambios reiterados de fechas de especialistas en cardiología y faltante de insumos para cateterismo intermitente, para un paciente con lesión medular, aros y bolsas de colostomía, entre otros. (Asunto N° 162680)".

—Damos la bienvenida al subsecretario de Salud Pública, licenciado José Luis Satdjian, y a la directora de la Dirección General del Sistema Nacional de Salud, contadora Alicia Rossi.

Recibimos la información de la ausencia de la ministra de Salud Pública.

Vamos a empezar con el primer punto de la convocatoria del día de hoy, que tiene que ver con conocer de primera mano y tener la posibilidad de realizar un intercambio con las autoridades respecto del proyecto que figura en el Repartido N° 1015, de noviembre de 2023, referido a los prestadores integrales de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud, cuyo espíritu -es lo que se hace en sus cinco artículos- es tratar de avanzar en una regulación más clara respecto de lo que comúnmente se denomina como servicios VIP.

Ustedes ya son de la Casa y conocen el mecanismo, así que podemos iniciar el intercambio.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Muchas gracias, presidenta. Buenos días a todos los señores legisladores.

Para nosotros es un honor estar hoy acá compareciendo y dando la visión del Ministerio sobre un proyecto que venimos discutiendo desde hace mucho tiempo. Creo que la génesis son los artículos que envió el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud Pública, en la Rendición de Cuentas de año 2022, que en esta y en otras instancias hemos intercambiado con varios legisladores de la Comisión. Además, en su momento, el diputado Gallo había anunciado que se iba a estar presentando un proyecto de similares características.

Preparando esta presentación estuvimos leyendo la versión taquigráfica de la Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda de aquel año. Vale la pena recordar lo que dijimos en ese momento porque ahora somos cien por ciento coherentes con la visión que tuvimos en ese momento. No seríamos honestos intelectualmente si cambiáramos o diferenciáramos nuestra opinión en un giro de 180 grados; nada de eso. Nosotros subrayamos lo que decíamos en 2022 sobre este tema y vinimos a dar la misma opinión y la misma visión. Por lo cual, en líneas generales, queremos manifestar nuestra aprobación al proyecto que estamos discutiendo. Desde el Ministerio de Salud Pública entendemos que es un proyecto que va en sintonía con el mantenimiento o la protección de los principios esenciales del Sistema Nacional Integrado de Salud. Fue lo que dijimos en el año 2022.

El proyecto tiene cinco artículos. En aquel momento, en la rendición de cuentas, había uno solo referido a los llamados servicios VIP o quizás al contrato con el usuario por servicios PIAS, para ser más precisos. Voy a ser breve en cuanto a los cinco artículos

porque la contadora Alicia Rossi va a explicar el funcionamiento de la Junasa con algunos de los artículos o con algunas de las situaciones que plantea regular este proyecto.

El artículo 1° es similar a lo que se establecía en el artículo de la rendición de cuentas, es decir, que no se podrá realizar un contrato de lo que signifique los servicios PIAS que ya están cubiertos dentro del pago Fonasa y dentro de la canasta de prestaciones. En eso estamos cien por ciento de acuerdo, y también en lo que dice en cuanto a que todo acuerdo o convenio en contravención a lo dispuesto será nulo. También entendemos que eso tendría efecto a partir de que se apruebe hacia adelante y no con los usuarios que ya tengan un régimen de contratación de ese tipo. En ese sentido, nos parece importante que la explicación quede sentada porque hay usuarios que tienen esos contratos y les genera incertidumbre qué es lo que pueda pasar a futuro. Además, quiero dejar claro que el Ministerio no ha presentado objeción con las contrataciones que se hagan por lo que no está en el PIAS. Nos referimos básicamente a hotelería o algún servicio extra que no sea asistencial que esté en el PIAS. Se trata de algún tipo de cobertura extra, como la hotelería o consultorios de algún tipo en cuanto a su arquitectura o al funcionamiento o distintas disposiciones. No tenemos ningún tipo de objeción con que eso se pueda manifestar en un régimen de libre contratación.

En el artículo 2° se establece un mecanismo de control de tiempos de espera y acceso oportuno. Nosotros tenemos un mecanismo de control que hemos ido construyendo en este tiempo en base a dos aspectos. Uno es la lista de espera quirúrgica, que es un indicador que hemos construido en 2021 y estamos haciéndole seguimiento, y otro es el control de los tiempos de espera regulados. Vale la pena destacar que no son todas las prestaciones que hay dentro del PIAS lo que está regulado. Están las especialidades básicas, especialistas treinta días y cirugías coordinadas. El resto no está hoy establecido o regulado en el tiempo de espera máxima. En cuanto al tema de causas, la contadora Rossi va a explicitar la visión del Ministerio de Salud Pública en el sentido de la regulación de los temas de espera.

El artículo 3° habla de la sanción del Ministerio de Salud Pública al incumplimiento en cuanto a los tiempos de espera. Eso ya se está realizando y en este período hemos impuesto sanciones por incumplimiento en los tiempos de espera. Se han puesto sanciones desde el punto de vista de multas, y hemos habilitado el régimen de cambio de prestador en el caso del incumplimiento en los tiempos de espera, que está establecido en el artículo 4°, que implica que el usuario pueda cambiarse de prestador cuando haya un incumplimiento de tiempo de espera. Eso se está haciendo desde el año pasado a través de un decreto del Ministerio de Salud Pública; ya tiene un año de haber entrado en vigencia y quizás la contadora Rossi tenga mayor información, pero no hemos tenido cambios de manera significativa por ese motivo. No hay solicitudes de forma masiva o de forma frecuente de los usuarios del sistema por incumplimiento de tiempo de espera, como tampoco hay por las otras causales de cambio de prestador. Dentro de las causales de Junasa, no son mayoritarias en el sentido de que el usuario haga uso para poder cambiarse. Sí lo es el régimen de movilidad regulada, que está vigente, que tiene mayor movilidad que las causales de cambio de Junasa.

En líneas generales, estamos de acuerdo con el artículo 1°. El resto de los artículos es para dar fuerza de ley a situaciones que ya están sucediendo y se están regulando en los hechos. En algunos casos tenemos información y, en otros, podemos acercarla, como los cambios solicitados por usuarios, que no han sido una cantidad cuantiosa en números para lo que es el Sistema de Salud, y la normativa de sanción por tiempo de espera; como dijimos, ya estamos sancionado porque tenemos las herramientas para hacer el seguimiento.

Solicito que la contadora Rossi pueda ahondar en estos aspectos.

SEÑORA ROSSI (Alicia).- Muchas gracias por recibirnos para poder hablar de estos temas.

Voy a reforzar lo que manifestó el subsecretario.

Por supuesto que compartimos y estamos de acuerdo con lo que establece el artículo 1º, en el entendido de que sean servicios que incluyan lo que no queremos que suceda, que son prestaciones que están dentro del PIAS, que hacen al concepto por el cual se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud, que es la equidad, la igualdad y la universalidad. No estamos de acuerdo en todo lo que esté por fuera de eso y sí lo que implican cuestiones como hotelería y otro tipo de prestaciones.

El artículo 2º habla de mecanismos de control de los tiempos de espera. Eso me importa mucho porque a veces, a nivel del conocimiento público de lo que son los tiempos de espera y de nuestra experiencia respecto a lo que recibimos en la Dirección, que después voy a comentar, hay una cosa instalada de que la demora en los tiempos de espera estaría asociada a problemas de gestión de los prestadores o que, por alguna razón, lo demoran financieramente, económicamente y demás, que no descarto. Nosotros, a través de una de las direcciones que depende de nuestra Dirección General, que tiene que ver con la división de la economía de la salud, llevamos un control de los tiempos de espera, como decía el subsecretario, tanto de los tiempos para las consultas como los tiempos de espera quirúrgicos. Las dos cosas se controlan por sistemas diferentes que tenemos funcionando. Es mucho más complejo el control de la consulta por el volumen y por los diferentes sistemas de agenda que tienen los prestadores instalados. A veces, un mismo prestador tiene diferentes sistemas informáticos de agenda en las distintas sedes, que no compatibilizan, o también todos los canales porque puede ser agenda telefónica, presencial, por la web o por la app. La gente muchas veces se queja porque si va presencial tiene una disponibilidad que no tiene por los otros canales. Tenemos identificadas reservas que mantienen los prestadores ex profeso para cuando se dan situaciones que tienen que cubrir, como por ejemplo, cuando equis médico dice: "Te tengo que ver de nuevo en cuarenta y ocho horas o te quiero ver la semana que viene". Ellos mantienen eso y cuando llega el momento de que esa hora no se utiliza, la habilitan. Entonces, la gente se queja y dice: "Cómo me apreció si no había". Son los sistemas que también forman parte de la gestión dentro del prestador, para asegurar que se puedan cubrir esas cosas que pueden derivarle en el momento.

Con respecto tanto a esto como a los tiempos de espera quirúrgico, nosotros identificamos varias causas que son las que están incidiendo porque a veces, si bien se fiscaliza, independientemente de lo que nosotros monitoreamos -está la Dirección General de Fiscalizaciones que va y fiscaliza y multa y sanciona y nosotros también-, está el tema de la causa, dado que si fiscalizamos y multamos, pero no solucionamos la causa, es como decir: "Me quedo tranquilo porque fiscalicé y listo". Entonces, esto es multifactorial. La norma que establece los plazos tiene como quince años de vigencia. Por lo tanto, establecieron determinadas prioridades para la atención -no decimos que esté bien o mal- en un determinado contexto, que no es el actual porque a lo largo de todos estos años hemos tenido muchos problemas con la formación de los especialistas, que hacen que la formación no haya acompañado esa demanda o esa estructura de cumplimiento de acuerdo a la norma. Nosotros, desde la dirección de Dempesa, el año pasado presentamos a todo el nivel académico, a los prestadores y demás -está publicado en la web- dos estudios muy interesantes sobre la disponibilidad de especialistas al día de hoy en Uruguay, que se amplió a partir de un estudio de OPS que había; se hizo ese estudio, que no solo está realizado en personas, sino también en

cargos de equivalencia de tiempo completo, lo que quiere decir si esas personas tienen o no tiempo libre que pueda ser utilizado. Además, a partir de eso, se hizo un segundo estudio que proyecta, si no cambia nada y si la formación sigue igual y los factores demográficos siguen igual, en qué situación vamos a estar en 2030, y lo proyecta distribuido geográficamente. Es algo sumamente interesante -está en la web- para ver la distorsión de especialidades que parecen que están perfectas, pero no lo están, y al revés. Entonces, este es uno de los factores que estamos teniendo: la no disponibilidad de los especialistas en todos los lugares para los cumplimientos de los tiempos de espera.

El otro factor que tenemos se trata de una serie de acuerdos que se dieron a nivel de consejo de salarios a lo largo de los años que mejora la calidad del trabajo médico y, por lo tanto, también mejora la calidad de la asistencia brindada a los usuarios, pero que acota el número de consultas que se pueden tener, por ejemplo, por hora. En un contexto en el que no tenemos los especialistas necesarios para todas las especialidades, y sumado a que ahora estamos terminando lo acordado en el consejo de salarios, a mitad de año ya tuvieron que bajar todos a determinado número de consultas según la especialidad, y se agrega un nuevo problema.

Está primero la normativa; segundo, la formación; tercero, lo acordado que, de alguna forma, tiene que contemplarse en este contexto, y por último, lo que estuvimos viendo a través de nuestros análisis -hacemos un seguimiento bastante estrecho- de la disponibilidad física de los *blocks*. ¿Por qué? Porque hay muchos *blocks* quirúrgicos que se han superespecializado en algo y así bajan la oferta a las cirugías más comunes o generales, y por otro lado, está el tema de la demanda.

Cuando volvimos del covid, se llegó a un pico para recuperar, pero ese pico no bajó: se mantuvo. Y ha seguido en incremento constante. La demanda del servicio se mantiene con una estructura física que, debido al volumen de *blocks* disponibles, no es la correcta.

Todo esto, más algún tema de gestión -por ejemplo de las licencias o los feriados- los estamos analizando con cada uno de los prestadores de acuerdo a cómo va evolucionando. Algunos han achicado mucho su lista, otros no. También vemos temas de calidad: si la resolución se hace a través de urgencia o realmente coordinado como debió ser, dentro de los plazos.

Recibimos dentro de nuestra Dirección, ya que una de las oficinas que depende de nosotros es la de Atención al Usuario del Ministerio, muchas consultas y quejas. Todas se tratan por expediente. Manejamos las quejas de las personas que tienen tiempo de espera que superan los ciento ochenta días. En esos casos lo que hacemos es trabajar con el prestador en las instancias que establece la normativa: están obligados a dar información y demás. Nos importa que se resuelva y saber por qué no lo resolvieron previo a nuestra citación, porque si no cada uno tendría que estar golpeando para que lo operen.

Junto a ellos hacemos un seguimiento de las causas. Cuando los prestadores no nos cumplen con la información en los plazos legales, directamente los multamos nosotros y les pedimos toda la información de la historia clínica a los médicos legistas que tenemos. Y, hay otros casos que no vienen a través de nosotros en los que fiscalizaciones va directamente porque sabe que los tiempos de espera de equis prestador pueden tener alguna queja o denuncia. Fiscalizaciones se maneja totalmente independiente de nosotros. Después nosotros recibimos los informes, pero yo no sé nunca cuándo van a ir, salvo que se lo pida expresamente. O sea que tenemos canales distintos porque el vínculo es distinto.

Ya nos hemos estado reuniendo -por los problemas del tiempo de espera- con los equipos de dirección técnica de algunos prestadores. Con tiempo les mandamos los datos que tenemos para que los vean y, luego, busquemos las soluciones.

Como decía el subsecretario, está el asunto de los motivos de pedido de cambio de prestador que también lo manejamos desde la Junasa. La realidad es que siempre se trata de un número bajo; es una movilidad muy baja la que hay. Es mucho más bajo por estas razones, están los cambios habilitados por cambio de domicilio, por disconformidad en la calidad asistencial y por este motivo. En este momento no tengo la cifra, pero se las voy a mandar -tenemos el cierre del 2023 y de estos meses- para que ustedes puedan ver cómo han sido los cambios de cada causal. Y, repito, en realidad, son bajos. Por lo que vemos, entre los cambios, las denuncias y el seguimiento las personas no quieren cambiarse de prestador porque no los operen; quieren que los operen y seguir en sus prestadores. Eso es lo que nosotros vemos. Está bueno el hecho de haber habilitado el mecanismo para que tengan libertad; creo que eso fue muy importante que se normatizara. Pero la persona quiere que su prestador le solucione el problema y no estar yendo de uno a otro.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Voy a complementar lo que manifestó la señora contadora Rossi.

Una de las acciones que hemos llevado a cabo en cuanto al problema del tiempo de espera fue incentivar, de manera fuerte, el uso de la telemedicina, ley que se votó en el 2020 y que se está instaurando en todo el país. Por ejemplo, ayer estuvo la ministra en Río Negro por un proyecto con OPS y con la Embajada de los Estados Unidos sobre el uso de la telemedicina desde Río Negro. Sabemos que ASSE tiene en Treinta y Tres una base para conectar con Montevideo. En la reciente remodelación del hospital Filtro, hospital Claveux, se determinó el uso de consultorios para telemedicina. Sabemos que no supe 100 % la atención presencial del médico, pero es una herramienta para que un especialista pueda dar su atención con un médico presente del otro lado, no es solamente el especialista con el usuario. La manera en que lo está incentivando ASSE es: un especialista en Montevideo, un médico general en el destino y una herramienta tecnológica que marca la atención.

Estamos trabajando con el decano de la Facultad de Medicina, doctor Briva, en cuanto a las residencias médicas. Como decía la contadora Rossi, en los informes de la Junasa se establecen las necesidades de especialistas que está teniendo el país; tendencia que se viene dando en algunas especialidades desde hace muchos años con un coeficiente negativo de restitución, por lo que es alarmante la situación de las especialidades, sobre todo, al norte del Río Negro.

Hay varios estudios de la OMS y de la OPS con relación al aumento de la demanda luego de la pandemia. Nuestra visión es que ha habido una revalorización de la salud personal. Luego de la pandemia del covid 19 y todo lo que se puso sobre la mesa en cuanto al cuidado de la salud, creo que el efecto positivo ha sido la valoración de la persona de realizarse los estudios diagnósticos y de *screening*, de concurrir al médico o de tener alguna patología bajo tratamiento. Eso es positivo y trae como consecuencia un aumento de la demanda. La OMS establece que luego de la pandemia hubo un 30 % de aumento de la demanda en salud mental, por ejemplo. Por tanto, es en ese punto que se viene trabajando desde hace algún tiempo con los recursos que ustedes votaron el año pasado y que se están aplicando.

Estamos trabajando en la derivación de áreas de psiquiatría hacia otros profesionales de la salud que puedan dar respuesta en ese sentido. Eso se está haciendo desde el área de salud mental.

Básicamente, esto es multicausal y estamos trabajando en cada aspecto con respecto al tiempo de espera.

Ya dimos nuestra visión sobre el tema de los usuarios VIP y creo que la situación en que está hoy es el peor de los mundos porque está sucediendo, no está ni regulado ni eliminado y hay prestadores que lo tienen, hay otros que no. Entonces, si se decide avanzar en la línea de lo que propone el proyecto del Frente Amplio, y de lo que también se había propuesto en la rendición de cuentas o en otros aspectos de regulación que blanquee esa situación que hoy se está dando en la vía de los hechos con un agujero normativo dentro del Sistema de Salud.

Creo que nuestra visión queda dada con lo que hemos planteado.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Bienvenidos.

La verdad es que nos reconforta que tenga el beneplácito del Ministerio de Salud Pública; más o menos esbozaba el pensamiento que sabíamos que tenía el Ministerio y que vino en el propia rendición de cuentas. Fue lo que tomamos desde la bancada del Frente Amplio y trabajamos en ese sentido.

Ratifico algunos de los conceptos mencionados. El tiempo de espera es un asunto multifactorial, como bien lo dijeron. Desde que estaba en la Junasa, vengo diciendo que somos varios los responsables, no solamente las instituciones. También somos responsables los especialistas, los médicos generales y los usuarios. Cada uno tiene una cuota de responsabilidad. El usuario quiere que lo vea el especialista sin pasar por el médico general y hay muchas instituciones en las que directamente van a ver al cardiólogo, al gastroenterólogo. Muchas veces el especialista se adueña de ese paciente en vez de devolverlo al internista. Pero también está el hecho de que las instituciones contratan menor cantidad de médicos y hay listas de espera interminables.

Estoy preocupado porque si bien creo que están actuando con bastante eficacia en el sector privado, en el sector público no. Si desde el sector público empezamos a derivar a la Junasa todos los atrasos que hay de meses o años para poder operarse de la próstata o de cualquier otra cirugía, van a formar una cola. Porque en el privado ustedes lo resuelven llamando a la institución y diciendo: "Mirá, tengo esta queja". Y seguramente lo arreglen. Yo les puedo garantizar que en ASSE las listas para poder acceder a la cirugía de coordinación son enormes. Esa es la realidad, después ASSE podrá decir que la lista la tienen.

La mayor cantidad de consultas las tenemos desde el sector público y no desde el privado. Esa es la percepción que yo tengo gracias a la experiencia de las consultas; cuando te golpean el mostrador y te dicen: "Doctor, hace ocho meses que estoy para operarme de la próstata y no puedo".

Creo que venimos bien por el hecho de que algunas cosas se están haciendo. Esto lo refuerza porque siempre el rango de ley da mayor fuerza.

Lo que cambiamos en el artículo 4º es el orden. Ahora la carga de la prueba la tiene la institución. Antes era el usuario quien tenía que demostrar que no lo atendieron, llevar carta, etcétera. Ahora no, es al revés. Y creo que es importante.

Sé que por lejos este no es el motivo del cambio de institución. Estoy de acuerdo con la presidenta de la Junasa de que no lo es. El principal motivo es cambio de domicilio, por lejos, después viene por inconveniencia, y debe de ser mínimo, pero nunca está de más.

Me parece buena cosa que hayan implementado las multas y han tenido suerte. ¿Cuántos recursos han tenido ante la aplicación? ¿Ninguno?

(Interrupción del señor subsecretario de Salud Pública)

—La dificultad que teníamos nosotros en la Junasa cuando íbamos a aplicar sanciones era que teníamos recursos, y después de que van a lo contencioso tenemos cinco años de espera. Entonces, terminaba siendo muy complejo poder aplicarlas.

En definitiva, estamos contentos y creo que es la voluntad de toda la Comisión poder aprobarlo este año.

SEÑOR REPRESENTANTE CORBO (Milton).- Primero que nada quiero, formalmente, darles la bienvenida y agradecerles la presencia.

Quisiera hacer un comentario. Nosotros estamos totalmente de acuerdo con el espíritu del proyecto presentado en cuanto a los lineamientos del Sistema Nacional Integrado de Salud. También estamos conformes con que el Ministerio persista en la posición que se planteó hace un tiempo y en la que, por diferentes motivos, no se habría avanzado.

Nos preocupa la visión -y la pregunta va por ese lado- en cuanto a la retroactividad, es decir, a lo que ya... Bueno, retroactividad, no, porque es ilegal, no se puede poner, pero sí qué pasaría en las instituciones que ya tienen este tipo de convenios. Evidentemente, habrá que respetarlos, si no generaríamos un problema legal tremendo en cuanto a incumplimiento de contratos, juicios, etcétera.

Además, tenemos que ser claros y sinceros: muchas forman parte de la financiación que tienen las instituciones. Podemos discutir si está bien, si está mal o cuáles fueron las causas, pero es una realidad y podríamos afectar a algunas instituciones.

Creo que esas instituciones que tienen esos servicios deberían ser observadas con lupa en cuanto al cumplimiento estricto y los tiempos de espera. Obviamente -como ustedes lo están diciendo-, hay que tender a que todas las instituciones lo cumplan y sancionar a las que no lo hacen, pero este tipo de institución debería tener un tratamiento especial para que se pueda conciliar la situación existente con el espíritu del Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Le damos la bienvenida a la delegación y saludamos especialmente a José Luis, con quien compartimos en el período pasado esta Comisión junto con Martín Lema. Estás en tu casa.

Sin duda, compartimos el espíritu de la propuesta del Frente Amplio, al igual que lo hicimos cuando el Ministerio de Salud Pública envió los respectivos artículos en la rendición de cuentas.

Estamos totalmente de acuerdo en que pueden existir planteos o propuestas de diferencias en hotelería -digamos-, contar con una habitación más comfortable, cama para acompañante, televisión más grande o un servicio diferenciado de comida, pero no en cuanto al acceso a las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En esta Comisión recibimos delegaciones que nos planteaban el tema de Medis Group en el Casmu. Venía una persona, se anunciaba públicamente que era socio VIP y eso le permitía mejorar el acceso a alguna consulta, a algún estudio y tenía una diferencia marcada en cuanto al acceso a la medicación.

Por tanto, estamos totalmente de acuerdo en que puedan existir diferencias en la hotelería, pero no que de acuerdo a lo que pagues tengas preferencias para acceder a consultas o estudios.

Sin duda que los tiempos de espera nos preocupan mucho. Hace poco estuve reunida con la ministra de Salud Pública y le planteé lo que los propios vecinos, no solo del departamento de Colonia -al que represento- sino de otros puntos del país, nos planteaban. Me refiero a la demora en los tiempos de espera; muchas veces tres o cuatro meses de demora. Somos conscientes de que faltan recursos humanos y pongo un ejemplo. El Hospital de Colonia ha hecho llamados a neuropediatras, ginecólogos, psiquiatras, dermatólogos y han sido declarados desiertos. Muchas veces hasta de ASSE nos han informado que han promovido que sean contratos de alta dedicación, con aproximadamente \$ 200.000 de sueldo y tampoco ese es un incentivo. Sin duda -somos conscientes porque nos informó la ministra-, se aumentó el número de fiscalizadores, de treinta se pasó a cuarenta y cinco. Supongo que ya ingresaron porque cuando estuve con ella, en esos días ingresaban los nuevos fiscalizadores para controlar más de cerca los tiempos de espera. Indudablemente, el Ministerio de Salud Pública, como rector de la salud, tiene que tomar algún tipo de medida para revertir la situación.

Nosotros hablábamos, precisamente, de que en el caso de las especialidades médicas, en vez de hacer una monografía o residencias pudieran ir al interior. Sabemos que hay características de índole individual que hacen a los profesionales no concurrir, pero en algunos puntos del país la situación es muy compleja.

Se está apelando a diferentes herramientas, a la telemedicina, por ejemplo; además, el Ministerio de Salud Pública, en el marco de la problemática de la salud mental, ha dispuesto la capacitación para el Primer Nivel de Atención. En año pasado, si mal no recuerdo, eran tres mil trescientos o tres mil cuatrocientos profesionales que fueron capacitados. Este año se promovió esta iniciativa que nos parece bien, pero creo que también tenemos que buscar soluciones de fondo.

No conozco bien la situación de los cupos de las especialidades, pero entiendo que hay algunos intereses creados de parte de distintos grupos de salud. Creo que tenemos que entrar a analizar si los cupos son los adecuados o, como ustedes informaban, la realidad es distinta, porque la realidad cambió por varios factores, porque la gente se concientizó en la pandemia en cuanto a los cuidados de la salud y está demandando más consultas. Entonces, capaz que es uno de los factores que tenemos que rever: los cupos de los especialistas. Hay una realidad: están faltando especialistas a lo largo y ancho del país. En el área metropolitana no se siente tanto, en Colonia lo sentimos, imagínense desde el Río Negro hacia el norte, y cuando más al norte, peor es. También entendemos que los profesionales prefieren el multiempleo, se radican en esta zona porque en quince cuadras tenés cuatro mutualistas para cubrir y cuatro ingresos.

Como Ministerio, como rector de la salud, tenemos que empezar a buscar soluciones de fondo e ir viendo el tema de las residencias, de las especialidades, si podemos cumplir en el interior en vez de un trabajo monográfico, cómo está el tema de los cupos de los especialistas por año, pero me parece que tenemos que empezar a dar respuestas. Reconocemos el espíritu del Ministerio de Salud Pública en cuanto a contratar más fiscalizadores, de estar en el área de salud mental capacitando, dada la insuficiencia de los profesionales, pero la sábana, a pesar de toda la buena voluntad, nos está quedando corta y los reclamos nos siguen llegando.

Entendemos que se pretendieron tomar medidas que pudieran ayudar a cambiar de prestador, pero también se mencionaba que la idea no es cambiar de prestador. Uno quiere que el prestador le dé la solución; te querés quedar porque es tu médico, es el que te conoce, en los pueblos chicos todos nos conocemos, tenemos los mismos médicos, los mismos especialistas. "No me quiero cambiar de prestador, lo que quiero es tener soluciones".

En la Comisión -más allá de las diferencias ideológicas que tenemos- coincidimos en una cantidad de puntos. Está bueno empezar a transitar esos cambios que necesitamos y sea quien sea el próximo gobierno tenemos que profundizar porque hay que revertir esto.

Muchas gracias a la delegación por el tiempo dispensado.

SEÑORA PRESIDENTA.- Me gustaría arrancar por lo que fue la introducción del secretario en cuanto a la propuesta en la rendición de cuentas de 2022, aquel famoso artículo 266 que finalmente es retirado. El espíritu de este artículo decía que se debería garantizar la igualdad de trato entre los usuarios. Entonces, parto de la base de que el Ministerio identificó, seguramente, que había desigualdad de trato entre los afiliados. Me gustaría saber cómo las identificó, dónde, cuáles, que dieron sustento a este artículo. Además, quisiera saber si cree que la situación que le dio origen hoy permanece o pudo accionar para incidir, una vez que retiró el artículo, que no tuvo buen término. Me imagino que fue el propio Ministerio el que lo retiró.

En cuanto a los servicios preferenciales, en noviembre de 2022 hice un pedido de informes al Ministerio, sobre todo respecto a la situación de Medis Group -como lo señalaba la diputada Reisch-, por los reclamos que nos llegaban. La respuesta del Ministerio fue que el servicio de Medis Group, de acuerdo a lo que surge de los modelos de contrato entre Casmu y sus afiliados, que fueron presentados en instancia de habilitación de la policlínica de Punta Carretas, trámite iniciado por el prestador mencionado, se rige por el principio de libre contratación. No constituye un servicio asistencial en sí mismo, sino una modalidad de atención, por lo que no requeriría habilitación. Esta es la respuesta. "Esta modalidad otorga beneficios tales como habitación privada, servicio fúnebre, emergencia móvil, así como prestaciones no comprometidas en el PIAS (Plan Integral de Atención a la Salud)". Quisiera saber si hay más instituciones con servicios diferenciales -cuáles son y cuántas- sobre la base de este principio de libre contratación que me ha argumentado el Ministerio.

Lo otro es si esto ameritaría, efectivamente, corroborar la utilización y administración de los recursos. Solamente de Casmu era el 75 %, de acuerdo al informe de 2022, de fondos en el presupuesto de la institución que eran aportes del Fonasa, trabajadores, empleadores, Estado y otras instituciones. ¿Cómo regular esto?

Esto que usted mencionaba: el proyecto es del Frente Amplio porque lo discutimos mucho; teníamos aportes distintos; partiendo del propio artículo, con el mismo objetivo, teníamos algunas miradas. Nosotros teníamos artículos que iban en esta línea e hicimos los acuerdos por el proyecto que finalmente se presenta, pero habrá que considerarlo, sobre todo eso de habilitar o de dejar que existan este tipo de servicio está generando un ingreso adicional a las instituciones -lo decía la diputada-, que deberían ser sin fines de lucro, por definición, pero acá hay algo que, eventualmente, podría llegar a constituir un lucro. Entonces, ¿cómo se va a regular? ¿No debieran exigirse, justamente, contabilidades separadas para tener certeza de ese control y de que no hayan desvíos o utilización de fondos que no corresponden con respecto a estos servicios?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Efectivamente, en cuanto a lo que manifestaba el diputado Gallo, hacemos énfasis en los prestadores Fonasa, en ASSE, y la contadora Alicia Rossi va a profundizar. Entendemos que ASSE tiene otro tipo de controles parlamentarios, sociales y el directorio está integrado por los trabajadores y por los usuarios. Por tanto, el Ministerio tiene la responsabilidad total -porque somos el Ministerio de Salud Pública- y ASSE tiene otras características de control que no tienen los privados. Por eso no hacemos valoraciones respecto a la situación Fonasa, porque son los que se pueden cambiar de prestador. El usuario ASSE, que no está cubierto por

el Fonasa, es usuario ASSE. Entonces, más allá del cambio de prestador, ASSE es la mutualista más grande y tiene que llegar a todos los rincones del país; como el Banco República, tiene que estar en todos lados; ASSE es lo mismo.

Si bien a efectos del sistema de salud están obligados a ofrecer el mismo servicio en canasta de prestaciones, son otras condiciones que el privado puede elegir, si va al pueblo tal o al pueblo equis; ASSE tiene que estar. Entonces, eso está dentro de las bases del sistema y de la salud del Uruguay desde hace más de cien años.

Le pido a la contadora Rossi que explicita sobre el seguimiento o trabajo en conjunto, más allá de todos estos parámetros y diferenciales que estamos manifestando en cuanto a la situación de ASSE.

SEÑORA ROSSI (Alicia).- Hoy cuando el señor diputado Gallo mencionaba el tema del seguimiento, lo que habíamos mencionado sobre todas las líneas de acción que tenemos, las llevamos adelante con los privados, lo seguimos muy de cerca, pero con ASSE también. ¿Por qué? Porque los usuarios de ASSE no son un usuario diferente del sistema, sino que es un usuario más y porque puntualmente cuando recibimos, más allá de los indicadores, las quejas por determinadas demoras nos interesa trabajar con ellos.

Después de mucho intercambio, en varias ocasiones aplicamos sanciones con multas, como al privado, igual. Nosotros no hacemos ninguna diferencia en ese sentido, o sea, agotamos todas las instancias que la norma nos dice, "tienen tantos días para responder directamente al usuario en atención al usuario de ASSE"; no le responden allí, viene a atención al usuario nuestro; no nos responden a nosotros, vamos al prestador y le damos los días que tiene ASSE para responder; no nos responde, intimación y multa, pero no nos resuelve el problema. Sí lo sancionamos, pero no tenemos solución.

Entonces, lo que hicimos en la semana anterior a la semana de feriado fue reunirnos con la directora de la Gerencia Asistencial, con una abogada de Jurídica, con el subgerente general, planteando la situación; ya lo veníamos hablando, pero ese día ellos nos trajeron un plan para solucionar estos problemas más acuciantes que, además, se reiteraban en los mismos lugares. Por lo tanto, ellos diseñaron un flujograma de cómo es el canal de la comunicación y de cómo se tienen que resolver los temas, en donde le dieron una participación más importante, que no había tenido hasta ahora, a lo que son las direcciones regionales, tanto de Montevideo y área metropolitana como las demás, ya que vimos que había que hacerlo en la toma de decisiones, en los atrasos, en las respuestas a los usuarios. Entonces, ellos tienen un plan que nos lo presentaron, ya lo habían discutido con todas las regionales, con los directores de los centros departamentales y con los directores de los hospitales de Montevideo y, en realidad, en este último tiempo ha disminuido muchísimo el volumen que teníamos de quejas o de consultas por esos tiempos de espera. Entiendo que es porque se está implementando este plan que nos presentaron a solicitud nuestra, porque no queríamos seguirlos sancionando, queríamos una solución para la gente.

Ahora tenemos que hacer el seguimiento, porque siempre lo que hacemos cuando trabajamos, tanto con un privado como con ellos, es establecer un plan. Ellos lo empiezan a implementar, dejamos un tiempito que funcione y después lo evaluamos; ahora tenemos que hacer la instancia de evaluación.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Complementando lo que manifestaba el diputado Gallo. Hay una cuestión o un motivo que no lo estamos manejando, pero está dentro de las causas, es multicausal, como lo vimos, que es el ausentismo, que es una cuestión importante. En prepandemia se hablaba de un 20 %, en algunas especialidades o en medicina general, de ausentismo de los usuarios. No

tenemos los números actualizados, pero eso ha bajado, por todo lo que manifestamos anteriormente: el aumento de la demanda, el aumento de la percepción de riesgo del cuidado personal. Pero en algunos prestadores, porque no todos se manejan de la misma forma -la tasa moderadora, en realidad, no tiene efecto de moderar, sino que son tasas más básicas-, el ausentismo es mayor, con lo cual también se genera una distorsión en la lista de espera y una distorsión en la demanda asistencial.

Entonces, manejaban valores del 30 %, del 20 %, de acuerdo con cuál y eso da un aspecto importante a trabajar también.

Se manejó la posibilidad de efectuar algún tipo de sanción al usuario. A nosotros eso no nos convence hasta el momento. Lo tenemos a estudio y estamos trabajando con los prestadores. Creemos que tiene que haber otro tipo de herramientas y los prestadores en algún aspecto también manejan otro tipo de cuestiones como la imposibilidad de emitir órdenes vía electrónica, si hay ausentismo en alguna consulta, algún tipo de esas cuestiones.

Habría que trabajar en premiar al buen usuario, más que castigar al usuario que falta y no avisa. A todos se nos puede complicar ir a una consulta, pero se puede cancelar y están todos los mecanismos de cancelación previamente para que el prestador tome las medidas oportunas.

También hay un proyecto, por ahí, dando vueltas -lo tomamos no me acuerdo de qué país-, que ante la ausencia de un usuario el médico tenga la lista de usuarios que están en espera para poder atender y que se pueda hacer esa atención vía telemedicina en el momento; esto es para que el médico no quede con el ausentismo y que la lista no esté completa. Esa es otra posibilidad, es algo que se viene trabajando, pero creo que es importante incluir ese factor, el tema del ausentismo.

Con respecto a lo que manifestaba la diputada Nibia Reisch, sabemos, al igual que todos, que son conocedores del sistema de salud y han seguido de cerca el tema tiempo de espera y usuarios vip. Estamos de acuerdo también con lo que manifiesta el señor diputado Corbo.

En cuanto a las consultas de la señora diputada Etcheverry, el artículo va en sintonía de prever desvíos asistenciales. Las denuncias son de incumplimiento a la persona, no son denuncias de que a un usuario lo atendieron más rápido y a mí no me cumplieron en tiempo. Es muy difícil que llegue una denuncia de ese tipo, sino que la persona denuncia un incumplimiento de su atención y es lo que venimos haciendo en el seguimiento.

El espíritu o lo que preveía el artículo era que no hubiera ese tipo de doble atención o ese tipo de desvíos en cuanto a lo asistencial.

En cuanto a las instituciones que tienen este régimen, en este momento no tenemos el relevamiento, pero está o lo podemos construir si falta alguna, básicamente porque son contratos privados entre la institución y el usuario y algunos son servicios que están por fuera del PIAS -otros no-, pero podemos construir ese relevamiento en cuanto a la cantidad de instituciones. No lo trajimos hoy, pero lo hacemos, no hay problema; sí los controles que se hacen ante los incumplimientos.

En cuanto a los recursos, creo que nos metemos en la discusión de si son recursos públicos o privados, que es una discusión que está instalada en el sistema. Nuestra visión es que son recursos públicos, porque si no fueran públicos, dejemos de asistir con Rentas Generales al Fonasa y veremos lo que pasa. Entonces, son recursos que en su

mayoría tienen un porcentaje de Rentas Generales, que estuvo también en discusión últimamente, y son recursos públicos que se vuelcan al sistema de salud.

También está la otra visión, que existe; es una discusión que lleva varios años y se deberá de dilucidar qué tipo de recursos son y cómo los instrumenta cada institución para la utilización. A veces es difícil, porque estamos hablando de instituciones de administración privada, no privada en su figura, sino de una administración particular que tienen sus autoridades legítimamente electas y tienen su gobernanza y dentro del sistema están las instituciones cooperativas, las instituciones mutuales, las instituciones de diversa índole y que en cuanto a que son sin fines de lucro lo son como institución, pero tienen actividades que les generan lucro: venden servicios; son instituciones que se venden servicios entre ellas, la famosa complementación; ahí se estipula un lucro para la institución que vende servicios, como instituciones que tienen emergencias móviles dentro de su estructura y también ello les genera un lucro o una renta para la institución. Esas son actividades que realizan las instituciones y que, efectivamente, están regularizadas. Son sin fines de lucro en su globalidad, o sea, que esos recursos no representan una renta para los accionistas o para los socios, los usuarios.

SEÑOR REPRESENTANTE CORBO (Milton).- Quiero hacer un comentario para no irme del tema.

Lo que no tienen las instituciones es un reparto de utilidades, como tienen otras empresas, pero el lucro existe, lo que tiene es que volcarse hacia las actividades propias, en inversión, en diferentes cosas propias de la institución. Pero el concepto de sin fin de lucro es que no hay un reparto de utilidades de sus dueños, para decirlo de alguna manera.

SEÑORA PRESIDENTA.- Está bien la aclaración.

Por supuesto que tengo más comentarios para aclarar algunas otras cosas, aunque me parece que nos vamos de tema, pero pone en cuestión al propio Sistema Nacional Integrado de Salud buena parte de su respuesta, pero es parte de otra discusión.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Quiero decir algo solo para dejar constancia nada más.

Los fondos son fondos públicos y la creación de la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud consta de tres pilares de financiamiento: trabajadores, empresas y Rentas Generales. O sea que no es aporte de Rentas Generales por déficit.

(Interrupciones)

—No es déficit. Quería dejar constancia solo de eso.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Conocemos la creación y fueron parte de la creación. Simplemente, conocemos otra visión y sabemos que es una discusión desde la creación del sistema, está en algunos aspectos. Me parece que no es algo que en el día de hoy tengamos una definición.

Con respecto a las instituciones sin fines de lucro, la economista Ana Balsa, en los últimos días, ha escrito una columna con respecto al fin de las instituciones. Creo que es algo de lo que se seguirá discutiendo en distintos ámbitos y, probablemente, estaremos discutiendo en esta instancia o en otras sobre las bases del sistema de salud.

Básicamente, creo que en esta primera instancia, señora presidenta, son las respuestas que teníamos.

SEÑORA ROSSI (Alicia).- Respondiendo un poco a lo que planteaba la señora diputada Reisch y complementando, tanto lo que dijo el subsecretario como lo que dijimos

hoy de los trabajos en relación a cómo incidir y estar haciendo cosas para mejorar, todas las cosas que dijimos las venimos trabajando, pero no son soluciones para ayer.

En este déficit que estimamos -están los trabajos de los especialistas presentados al 2030 y su distribución geográfica; es un trabajo que fue calificado como muy valioso en el sector porque es un trabajo muy serio de la gente de Dempesa-, lo estamos tomando como base para trabajar en el Consejo de residencias médicas, que además había sido presentado a la Universidad y a las distintas facultades privadas o institutos formadores. Entonces, en el Consejo de residencias donde el Ministerio tiene la presidencia y tiene doble voto estamos incidiendo en una serie de medidas para mejorar la formación a futuro. ¿Por qué? Porque actualmente el tema de la formación de los residentes está básicamente definido por el financiador, que son los prestadores públicos o privados, que lo que hacen es llamar al especialista que le hace falta a él. Pero, de repente, no es lo que nos hace falta en el sistema ni en el lugar donde lo necesitamos o en la cantidad que necesitamos.

Entonces, por un lado, está definido por el prestador que paga y, por el otro lado, está definido por las cátedras que son las que hacen ese manejo como decían hoy de hasta cuántos dejo entrar por especialidad y después de que los dejo entrar, cuándo los dejo dar la prueba final, que en eso también tenemos cantidad de temas y hemos incidido en muchas acciones y lo he hablado con Briva, porque realmente él está en la misma línea como decía el subsecretario.

En el Consejo que tenemos ahora, el equipo que trabaja allí, del Ministerio, propuso una reglamentación de funcionamiento del Consejo y ahora una reglamentación para las residencias médicas y en esa reglamentación se va avanzando por capítulos. Compartí con los prestadores la semana pasada para que sepan para lo que va a ser el funcionamiento, lo que se votó en el Consejo ya para que ellos lo discutieran con los demás prestadores; se lo propuse a los privados; todavía no lo vimos con ASSE, pero en realidad ASSE participa del Consejo.

Entendemos que los privados también deberían participar en el Consejo, porque es una visión más completa del sector, no es solo de ASSE. Tienen que estar ahí para las decisiones que se toman poder acompañarlas o incidir en algo que sea mejor. Y en esto, una de las primeras acciones que se pudieron tomar en este nuevo funcionamiento del Consejo que estamos llevando para esta tendencia fue la prueba única para la residencia que por primera vez se hizo a fin del año pasado en donde antes se concursaba por cupos. Cada especialidad decía: "Tengo tres de cardio", "tengo dos de dermatología". Capaz que no es lo que necesitamos; entonces, lo que se hizo fue una prueba única donde el postulante elige los cinco lugares por orden de importancia, dónde quiere estar y de acuerdo a su calificación dónde va a acceder. ¿Qué nos está permitiendo eso? Nos está permitiendo llevar a visión de sistema, porque en realidad es el Ministerio el que tiene la visión de qué es lo que necesitamos en todos lados, y hasta ahora estábamos sujetos al prestador financiador. Así que esa es una de las medidas que estamos tomando que entendemos más fuertes, incidiendo en el mercado, para lo cual estamos trabajando mucho con la Facultad de Medicina y tenemos etapas a seguir

Hace poco tuvimos la prueba única -por la cual van a entrar por primera vez-, y ya está aprobado el primer reglamento acerca de cómo va a ser el funcionamiento. Esto nos parece fundamental para el sector, pero que todo lleva su tiempo.

También, estuvimos trabajando -lo hablamos con el decano- para lograr que quienes hacen la carrera de grado, la hagan en el mismo lugar, que la Facultad vaya extendiéndose para que puedan hacer el posgrado, o sea, la residencia. Hay que empezar a generarlo, es decir, quedarte en el lugar donde hacés tu carrera para hacer la

especialidad, así ya te contratan, y no que todos tengan que viajar para acá. Eso también lo hablamos.

Tuvimos el primer grupo de egresados de la de Paysandú, pero fueron muy poquitos -como me mencionaba él. La idea es que aunque sean pocos, se empiece a hacer la formación y tratar de instalarse en otros lugares para que se queden. Eso con respecto a uno de los temas.

Me parece muy importante que conozcan lo que estamos haciendo, porque todos compartimos las preocupaciones. El otro tema es el del financiamiento por estos socios vip. De paso aclaro que, en el caso del Casmu -porque se mencionó y no hay problema en mencionarlo-, es un ingreso muy menor, porque no le ha resultado ya que no ha tenido una afiliación como esperaba. Pero, a nosotros sí nos preocupa desde nuestro sector, en la parte de economía de la salud, cuando analizamos los estados contables de los prestadores por ver, precisamente, la incidencia de empresas en las que participan. Como decía el señor subsecretario, son dueños de una emergencia móvil, están dentro de. ¿Qué pasa? Que el formato de estados contables que tienen -que está normatizado; hay una ley que establece cómo debe ser el plan de cuentas y demás-, no establece diferencias en la información como para poder decir: esto es la empresa que tiene el objetivo principal y, por otro lado, tenemos las colaterales, que pueden ser cien por ciento de ellos o puede ser una participación, como tenía Casa de Galicia en Leborgne, por ejemplo. Eso no está establecido, no hay forma de que nosotros lo podamos sacar de los estados contables, de los resultados, y ver cuánto fue de ingreso o de egreso y poder asignarlo.

Entonces, eso y otra cantidad de temas -que entendemos que con el tiempo que ha transcurrido tenemos que modificar, porque si bien hay mucha información, podríamos poseer mucha más- están formando parte de un análisis para el cual vamos a llamar, para la unidad de monitoreo, una consultoría que nos permita sentar propuestas de análisis de toda la información que queremos tener del prestador -tenemos mucha, pero la queremos diferente porque a lo largo de los años nos importan otras cosas que han ido evolucionando-, modificar el plan de cuentas, los manuales, modificar cómo se toman, si se reajustan por inflación o no se reajustan -en ninguna empresa del país se reajustan, salvo en la salud-, modifican los resultados en forma importante, tienen participación en otras colaterales o no. Al día de hoy, la norma no les exige informarlos por separado, lo podrían hacer en las notas a los estados contables, pero no los ponen.

Estamos trabajando ahora en la elaboración de lo términos de referencia -venimos desde hace tres meses trabajando en este tema- para poder hacer un llamado y que nos ayuden, por lo menos, a sentar las bases de los cambios para tener mayor información que nos permita conocer estas cosas.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Me gustaría referirme a los tiempos de espera, que uno sabe que es de lo más difícil como indicador de calidad.

Quiero dejar constancia de que me ha preocupado que últimamente se ha afirmado que el Fonasa da pérdidas millonarias. Eso es algo que está muy impregnado. La verdad que me asombra; pero será para otra instancia. Como ahora tenemos al subsecretario y a la presidenta de la Junasa, quiero decir que son asombrosas las respuestas que uno escucha de la gente. ¡Es increíble! La verdad que es increíble. Algún día en este país vamos a tener que sentarnos a discutir, después de que pase el período electoral, porque parece que en el período electoral sale un nivel de atrocidad de gente que a uno le parece que es inteligente, y con la que se podría sentar a conversar. En período electoral, la verdad, asusta lo que sale de cada uno de nosotros, y me incluyo.

La verdad es que el sistema de salud -como conversábamos el otro día con el señor subsecretario-, después de que pase el período electoral, debe ser uno de los temas. En ningún país del mundo -como escribí el otro día- como Francia, Alemania, Bélgica, Corea del Sur, Países Bajos, el gasto de salud se sustenta solamente con aportes del Estado.

Entonces, ojalá que después de que pase el período electoral podamos discutir con seriedad esto.

Lo mismo pasa con los tiempos de espera. Nadie desconoce que es un indicador muy sensible y difícil, pero hoy tenemos dificultades con los tiempos de espera. Eso es notorio. Cuando uno recorre a lo largo y ancho el país, lo encuentra tanto en el subsector público como en el subsistema privado. Y quizás no hay más dificultades, contadora Rossi, porque la gente se cansa de denunciar, la gente se cansa de consultar, la gente se cansa. Lo digo porque pasa; nos pasó a nosotros y pasó ahora. Por eso, sería una buena instancia, después de que pase el período electoral y se defina quién sigue gobernando o quién vuelve a gobernar, que pasemos raya y que, después de diecisiete años del Sistema Nacional Integrado de Salud, discutamos, porque en este país se invierte mucha plata en un sistema de salud para que no seamos capaces de resolverlo.

(Diálogos)

SEÑORA PRESIDENTA.- Se va a votar si se pasa a reunión y versión taquigráfica secreta.

(Se vota)

—Cuatro en cinco: AFIRMATIVA.

(Se pasa a reunión y versión secreta)

—Finalizó la reunión secreta.

Les vamos a hacer entrega de cuarenta y tres proyectos, que son el acumulado de la Comisión de Salud de estos años; algunos son proyectos que se sacaron del archivo de otros períodos y otros son nuevos. Acá tenemos el mundo y sus alrededores. Hay proyectos que tienen que ver con la cirugía bariátrica, con celiaquía, con la próstata...

(Diálogos)

—Hay de todo. ¿Por qué se los damos? Obviamente, la Comisión no va a abordar todos estos temas. Por una cuestión lógica, vamos a trabajar hasta el 15 de setiembre. Tenemos prioridad en los proyectos esenciales. Si, eventualmente, hubiera un área que pudiera entender el Ministerio prioritaria que facilitara la gestión, lo veríamos. Es difícil. Pero tampoco nos parecía correcto que quedara en el archivo sin conocimiento de la Cartera.

SEÑORA ROSSI (Alicia).- Olvidé mencionar algo que preguntaban hoy sobre la situación de los psicólogos.

En ese sentido, Casmu informó que están otra vez armando un nuevo acuerdo, un plan de pago, que va a regir dentro de un mes y algo, sobre el que están trabajando. Eso lo informaron en la reunión de hoy. Lo que dijeron fue que les habían pagado el mes de febrero; que estaba el pago pronto en la caja y que no lo habían retirado -me pareció raro, porque les avisaron-, y que del mes de marzo se había hecho una transferencia bancaria. Entonces, yo les pregunté concretamente qué pasaba con los meses de setiembre a diciembre, y ellos lo entendían como pago porque estaba con cheque diferido. El planteo que le hicimos fue que el convenio son sesenta días, y a los sesenta días, se les da un cheque a ciento ochenta. No está pago porque la persona no lo cobró. La posibilidad ahora es de conformes, porque supera los ciento ochenta días.

Lo que quedó hoy definido es que no hubo suspensión de los servicios, y que para los que están trabajando, hay un nuevo acuerdo con una nueva modalidad de pago, pero le aclaramos que lo válido eran los sesenta días; los cheques diferidos ya quedaron entregados, pero eso no lo pueden considerar como saldado. Sí les pagaron con transferencia, no con cheques, febrero y marzo. Eso fue lo que informaron hoy.

SEÑORA PRESIDENTA.- El miércoles de la semana pasada estuvieron acá y plantearon esa nueva modalidad y, por otro lado, también hicieron varios planteos que son importantes, como es esa cuota fraterna que están obligados a pagar y el copago para los sectores que no están priorizados, que es un monto muy importante. Se necesita realmente la asistencia, producto de las derivaciones de este tema.

SEÑORA ROSSI (Alicia).- En cuanto a los copagos, lo que pasa es que cuando es una prestación no PIAS, ahí el tema del precio es libre contratación, entonces, puede variar de un prestador a otro.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se levanta la reunión.

≠