

La salud enterrada en tres actos

Índice

1. Introducción	2
2. Bloque uno: pandemia	3
2.1 Un arranque con un Sistema Nacional Integrado de Salud robusto	3
2.2 El papel de la academia y la comunidad científica nacional.....	4
2.3 COVID-19: arreglate como puedas o libertad responsable	4
2.4 El fracaso en la compra oportuna y temprana de vacunas. La dispensación tardía de las mismas.....	5
2.5 ¿Desastre catástrofe? Primer semestre de 2021	6
2.6 Saturación de servicios y mortalidad aumentada	6
3. Bloque dos: desarme de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.....	7
3.1 Ausencia de plan estratégico y objetivos	7
3.2 Recorte medicamentos	7
3.3 Reducción salarial	8
3.4 Política explícita de desvío de fondos a privados	9
3.5 Falta de especialistas con crisis de anestesia y psiquiatría	10
3.6 Desarme estructural y profundización de la inequidad	10
3.7 Asignación presupuestal y sus impactos en la asistencia	11
4. Bloque tres: la nueva crisis del mutualismo	12
4.1 Introducción	12
4.2 Cierre de Casa de Galicia: desbarranque, desprolijidad y denuncias múltiples	13
4.3 Junta Nacional de Salud ausente e intrascendente.....	14
4.4 Ministerio de Salud Pública hacia atrás en el cuidado de la salud	15
5. Conclusiones	15

1. Introducción

El presente informe es el resultado de un análisis exhaustivo de un colectivo interdisciplinario de profesionales, sobre la situación de la salud a tres años de gestión de la coalición multicolor encabezada por el Partido Nacional.

Iniciamos con el análisis de lo ocurrido desde el comienzo de la declaración de la pandemia centrado en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en el contexto del sistema sanitario fuerte y robusto. Quizás el detalle de hechos es extenso, pero nuestra prioridad es ayudar al lector a su propio análisis, favoreciendo una evaluación racional de los hechos que impactaron y por el curso de las acciones tomadas, continuará impactando negativamente en los resultados sanitarios de nuestro país.

En estos casi tres años de gestión de Gobierno, es posible delinear algunas conclusiones en función de claras políticas sanitarias divergentes con la reforma de la salud comenzada durante el ciclo progresista. La coalición ha producido un deterioro generalizado de las prestaciones sanitarias destinadas al conjunto de la sociedad en beneficio de la rentabilidad del conjunto del empresariado.

Resulta evidente que los lineamientos del Gobierno fueron responder a la pandemia priorizando la economía y la rentabilidad del capital ante la salud de la población, desarmando la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en beneficio de algunas empresas privadas y poniendo en crisis al conjunto del mutualismo y el SNIS.

Para nuestras conclusiones comparamos lo que son funciones sustantivas del Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Junta Nacional de Salud (JUNASA), con las realizadas hasta el presente, develando por qué es necesario concluir que se están afectando las bases mismas del SNIS.

Esto es especialmente evidente en el acceso y la calidad de los servicios para la población, en particular la más vulnerable, mientras se perfora el presupuesto de ASSE para financiar instituciones privadas de salud con serias incapacidades en su gestión, pero sin resolver una crisis mutual que se ha intensificado, y un manejo irresponsable de la pandemia en su fase de mayor crecimiento de casos y mortalidad.

Para su análisis proponemos revisar períodos y áreas bien definidas y fundamentales de decisiones políticas de este Gobierno en términos de política sanitaria, agrupándolos en tres bloques de contenidos.

2. Bloque uno: pandemia

2.1 Un arranque con un Sistema Nacional Integrado de Salud robusto

Desde el inicio de la reforma de la salud e implementación del SNIS, en 2008, varias de sus principales reestructuras y reformas se sostuvieron mediante cambios asociados a los modelos de financiamiento con la creación del Seguro Nacional de Salud.

Estos cambios, asociados a cambios en el modelo de atención con desarrollo de programas de salud y la presentación de las bases para un nuevo modelo de gestión de los servicios de salud con organismos de control de prestadores, determinaron en un cambio histórico en la salud de la población, de un altísimo impacto, valorado por la amplia aceptación popular de la reforma de la salud. Y esta valoración no solo abarca a la opinión de los usuarios sino también de las y los trabajadores y sus gremiales incluidas en la Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP), Federación Uruguaya de la Salud (FUS), Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Federación Médica del Interior (FEMI), etc.

Para esta valoración no hay dos opiniones: los cambios introducidos lograron mayor cobertura de usuarios, mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y comenzar a orientar los recursos hacia modelos de prevención y promoción de salud.

Estas nuevas capacidades dentro de los operadores del sistema generaron planes asistenciales que han demostrado buenos resultados en tanto han sido beneficiosos para el conjunto de la población. Y finalmente proporcionaron la estabilidad económico-financiera necesaria para llevar adelante los cambios necesarios en la salud de nuestra población.

De esta forma se establecieron las bases para lograr la integración de un conjunto robusto de capacidades de atención que, a la hora de asumir la gestión de la pandemia del COVID-19, permitió poner en marcha sin mayores dificultades administrativas, estructurales y logísticas, la coordinación asistencial entre la asistencia ambulatoria y los centros de internación.

Tanto es así que hasta la misma ley de emergencia sanitaria fue pensada y votada 10 años antes de la llegada de la pandemia, en la Ley N° 18.719 de Presupuesto Nacional de 2010, tras la experiencia adquirida con la gripe H1N1. El SNIS estaba en sus mejores condiciones para enfrentar la peor situación sanitaria de nuestra historia.

Dichas fortalezas permitieron adecuar asistencia y ejecutar fondos extra presupuestales con arreglo a las recomendaciones sanitarias, permitiendo por ejemplo una vacunación completa de casi toda la población, más allá de la tardanza en la compra de vacunas producto de la demora en las negociaciones del MSP y Presidencia con los proveedores internacionales.

De no existir fortalezas previas como las institucionales sumada a la alta penetración del sistema en territorio, no se puede explicar el resultado final exitoso de la vacunación.

2.2 El papel de la academia y la comunidad científica nacional

Afortunadamente también el país tenía como reserva la experiencia y conocimiento científico en varias instituciones gubernamentales y no gubernamentales (Universidad de la República, Instituto Pasteur, etc) de organizaciones científicas y gremiales (Sindicato Médico del Uruguay, Sociedad de Medicina Intensiva, Medicina Familiar y Comunitaria, de Medicina Interna, y el Plenario de Sociedades Científicas), que brindaron todo su apoyo.

Todos estos aportes de recursos y capacidades profesionales contribuyeron de forma significativa en la generación de pautas, protocolos, guías y recomendaciones, y hasta productos específicos de desarrollo en investigación (test de PCR) que facilitaron llevar adelante varias de las funciones básicas que eran responsabilidad del Gobierno.

Vimos entonces que desde la investigación, el trabajo interdisciplinario de profesionales, el compromiso de la academia y de la comunidad científica nacional fueron elementos claves en la comunicación a la población para promocionar y fomentar conductas que minimizaran la propagación del virus, hasta la asistencia y la recuperación de las personas afectadas.

Lamentablemente el reconocimiento claro de la necesidad de contar con una comunidad científica fuerte que combine la investigación básica y aplicada a la hora de enfrentar este tipo de crisis, si bien se reconoce en el discurso, no se ve reflejado en apoyos concretos a la generación y reproducción y reproducción de la misma. Donde no se logran ni mayores apoyos concretos a los sistemas de investigadores, la Universidad de la República (UdelaR) y tampoco han derivado en proyectos de cooperación para la producción de vacunas, por ejemplo. Uruguay está en condiciones de cooperar con países vecinos y extranjeros para mejorar nuestras capacidades, debe ser una política de Estado, hoy ausente.

2.3 COVID-19: arreglate como puedas o libertad responsable

Es por todos conocido, que el 13 de marzo de 2020, fueron detectados los primeros cuatro casos de COVID-19 en personas que venían del extranjero.

Esto desencadenó una serie de decisiones al más alto nivel político, que involucraron aspectos económicos (creación de Fondo COVID con financiamiento obligatorio de funcionarios públicos de mediano y alto nivel de ingresos), de restricciones a la movilidad de los ciudadanos, de organización y coordinación sanitaria entre prestadores públicos y privados. También se instalaron áreas de asesoramiento desde la academia y comunidad científico-gremial (SMU, Sociedades Científicas Médicas (SCM), UdelaR, Grupo Asesor Científico Honorario (GACH), etc).

En esta primera etapa la población sostuvo una cuarentena efectiva, impulsada por el auto disciplinamiento inducido vía la coacción moral y el miedo. También hubo una reacción racional a través de una estrategia comunicacional del Gobierno y el llamado a la calma de la comunidad médica y científica.

En el contexto de una infodemia global previo a detectar casos que indicaban que la infección se propagaba localmente, la estrategia comunicacional del Gobierno fue

desarrollando una subjetividad que impulsaba al confinamiento.

Dicha cuarentena voluntaria también se sostuvo a través de restricciones de la movilidad tales como:

- Exhortación a suspender reuniones. Ya que esta enfermedad tenía mayor impacto en la población añosa, se expresó como inmoral realizar actividades comunes entre jóvenes (fuerte condena moral de la actual Ministra de Salud a jóvenes por mantener una reunión días previos a que se detectara un brote culpabilizándolos públicamente por la posible muerte de su abuelo). Suspensión general de clases en todo el sistema educativo.
- Exhortación a permanecer en sus domicilios y en caso de salir uso de tapabocas y distanciamiento físico sostenido.
- Cierre de fronteras.
- Cierre de bares y restaurantes a determinados horarios pasibles de sanción económica.
- Denuncia penal para fiestas no protocolizadas y sanción económica ante incumplimiento de los protocolos para reuniones.

Estas restricciones sumado la estrategia comunicacional del Gobierno y los medios, fue generando un clima de catástrofe inminente que indujo a la ciudadanía a conductas irracionales como el acopio de alimentos, tapabocas y alcohol en gel, así como el reconocimiento al personal de salud mediante aplausos que en nada se correspondía a la carga de trabajo para ese momento.

Todo esto tuvo como efecto no deseado que en los primeros seis meses y producto de la reducción del contacto interhumano por el miedo a enfermar, contagiar o ser juzgado por la comunidad, bajaron dramáticamente las consultas por todo motivo en todos los niveles de atención.

2.4 El fracaso en la compra temprana de vacunas, arribo y dispensación tardía de las mismas

Lamentablemente durante estos casi dos años de duración de la pandemia, los resultados no fueron uniformes, con etapas de muy diferente valoración, que más allá del triunfalismo inicial de la cúpula del Gobierno, generaron una realidad final con miles de fallecidos, una alta carga de enfermedad secular que aún no ha sido completamente establecida y un deterioro muy significativo en los estándares de atención básica de otras patologías (tanto crónicas como agudas, en especial enfermedades vasculares y neoplásicas) que aún hoy implican una carga de morbilidad elevada en el sistema de salud.

El rechazo inicial en la negociación de compras de vacunas por parte del MSP resultó en que quien era portavoz de tal decisión fuera desplazado de su cargo. Este hecho retrasó la vacunación y por ende, empeoró la posibilidad de control sanitario precoz para un adecuado control epidemiológico.

2.5 ¿Desastre catástrofe? Primer semestre de 2021

Si bien el trabajo llevado adelante por diferentes actores gubernamentales, no gubernamentales, las sociedades científicas y efectores privados en los primeros meses fue muy fluido y productivo, promediando la pandemia se comienza a visualizar algunas líneas de tensión entre la esfera política y opiniones técnicas, lo que determina incluso algunas renunciaciones de profesionales a continuar en el GACH y confrontación con SMU y SCM.

Finalmente, ya sobre abril-mayo de 2021 las desavenencias se hacen mucho más públicas y evidentes, especialmente en torno a definiciones que tienen que ver con el mayor o menor grado de confinamiento, al estar el país en esas fechas con las peores tasas de infección del mundo por varias semanas, saturación evidente en varios niveles asistenciales del sistema de salud y con un número muy importante de muertes evitables.

En este nuevo contexto, Uruguay pasa a las portadas de los principales medios del planeta, del triunfalismo inicial a la triste y abrumadora realidad.

El GACH finalmente y en este contexto no continuó su labor. En este período de saturación del sistema de salud, con la vacunación de la primera dosis en curso y con un salto exponencial de casos diarios y fallecidos, el Gobierno decidió menores restricciones a la movilidad que en 2020. Sin un sistema de protección social que respondiera a las necesidades emergentes por la pandemia, la mayoría de las y los uruguayos no tuvieron posibilidad económica para realizar cuarentena voluntaria y, las consecuencias fueron cientos de miles de casos y récord de fallecidos por día durante tres meses.

2.6 Saturación de servicios y mortalidad aumentada

En definitiva podemos asegurar que las fortalezas del SNIS, dotaron de la capacidad de conducción e instrumentos a los actores políticos, permitiendo la adaptación y coordinación rápida de recursos, junto a la optimización de capacidad de atención instalada en todo el país, tanto para seguir las recomendaciones epidemiológicas para evitar el contagio como para el tratamiento del virus. Esto no quiere decir que las decisiones hayan sido las correctas.

Durante meses se tomaron camas de Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) disponibles como variables indicadoras de buen resultado, cuando existe saturación de otros niveles asistenciales y no había capacidad para llevar adelante prestaciones eficientes en ningún nivel asistencial, incluso en los cuidados intensivos por falta de recursos humanos (RRHH).

El escudo de la variable cama de CTI fue comunicacional, pero no técnico, ya que la mortalidad del COVID-19 grave fue del 80%, con secuelas importantes en los sobrevivientes. Y se obvió, casi naturalmente que casi durante dos años, las otras causas de ingreso a CTI sufrieron retrasos o no accedieron a cuidados intensivos.

Se registraron, con enorme dolor, un conjunto importante de muertes evitables, que negarlas sólo retrasa nuestra capacidad de enfrentar crisis similares que todo indica se

repetirán incluso con mayor virulencia si no logramos respetar el ambiente modificando nuestros modelos de desarrollo de corte extractivista y altamente destructivo para el planeta.

Queda absolutamente claro, la historia no hace más que verificarlo, que lejos se estaba de presentar los acontecimientos con enfoque triunfalista que asumió en los primeros meses el Gobierno.

Los incontrastables resultados de la pandemia, con miles de fallecidos y de muertes evitables, daños múltiples provocados a nivel psicológico, retraso diagnóstico y terapéutico de otras patologías agudas y crónicas, repercusiones económicas y sociales, comprueban que la arrogancia ante lo desconocido, no sólo es políticamente irresponsable sino también mala consejera.

3. Bloque dos: desarme de la Administración de los Servicios de Salud del Estado

3.1 Ausencia de plan estratégico y objetivos

ASSE no ha presentado desde el inicio de la gestión de 2020 su plan institucional de desarrollo estratégico, no existen objetivos definidos ni claros. Esto es particularmente grave porque ha crecido su población de usuarios en un 13% aproximadamente (aumento de usuarios constatado por cifras oficiales en período diciembre de 2019 a setiembre de 2022), lo que implica atención a más de 1.5 millones de usuarios, mientras disminuyó el presupuesto que se le destina. De todas maneras las autoridades expresan que los recursos eran suficientes sin ningún conocimiento del tema, más que el cumplimiento estricto del mandato político establecido por el Presidente de la República sobre el gasto.

3.2 Recorte medicamentos

Se ha constatado en todas las rendiciones de cuentas, ajustes a la baja en gasto del rubro medicamentos, 9% en 2020 y 30% en 2021. Esto implica un 37% acumulado en términos reales de reducción de gasto estructural de medicamentos esos dos años. El gasto coyuntural aumentó a expensas del fondo extrapresupuestal COVID-19 por un tiempo determinado. Fondo que ha sido utilizado para múltiples gastos sin claros fines de políticas específicas vinculadas a la pandemia.

El gasto de ASSE en medicamentos mostraba una tendencia creciente hasta el 2019, con un aumento real de 61% desde 2009, mientras la población usuaria había crecido un 22%.

El gasto en medicamentos por usuario aumentó más del 40% entre 2009 y 2019 mientras cayó en 2020 y nuevamente en 2021. Sobre esto el presidente de ASSE, Cipriani, ha sostenido que se debe a mejoras en los procesos de compra que permitieron bajar los precios, aunque nunca presentó documentación que respalde esas palabras. El hecho de anunciar una política de reorganización de las compras no hace que los problemas se solucionen y no hay acciones concretas de cambio hacia las mejoras en los procesos. De esta forma la falta de medicamentos es evidente y denunciada tanto por usuarios de ASSE en todo el país, como por médicos y trabajadores, por un lado cuestionan esa explicación y por otro constatan los faltantes de medicamentos esenciales. En abril de 2022, Cipriani dijo

sobre la falta de medicamentos: "A los lugares donde no está llegando es porque hay algún tipo de incapacidad en la organización que hay que corregir. Si no se corrige, va a haber que privatizarla para que llegue" (La Diaria, 2022).

Otros argumentos adicionales han sido usados por el Presidente de ASSE, particularmente señalando como causal el incendio de un laboratorio nacional. Pero también tenemos claras expresiones disidentes de este argumento por parte de la Asociación de Química y Farmacia en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados expresaban que el argumento, además es falaz porque el recorte de 37% fue previo al incendio usado como excusa¹.

Solicitudes de acceso a información pública han dejado en evidencia la disminución por recortes presupuestales en cinco de cada diez medicamentos esenciales para enfermedades prevalentes en 2020 y 2021, además de caída del stock de 50% de los medicamentos analizados.

3.3 Reducción salarial

En estos años duros, el personal sanitario sufrió una exigencia mayor a la habitual, con consecuencias en su salud por el alto estrés. Como respuesta recibieron una reducción salarial sostenida en el tiempo en términos reales. A esto se sumó total carencia en el análisis de las condiciones de trabajo, con desprecio e inmovilización de los espacios colectivos de negociación.

En relación a las rondas de negociación para la salud privada, los convenios firmados con la administración se transitaron sin aumentos, tanto por los sindicatos de personal médico como no médico. Algunos analistas discuten el logro de la recuperación luego de los primeros convenios COVID-19 por discrepancias sobre el monto total invertido para compensar las pérdidas salariales en los primeros años. El salario real cae en este plazo y esperaremos al final del quinquenio para mensurar adecuadamente la etapa.

En el sector público, tampoco se han retribuido mejor las tareas esenciales. A partir de la implementación de los contratos transitorios por fondo COVID-19, se incorporaron más de mil personas en ASSE y el MSP. Más tarde estas personas fueron incorporadas mayoritariamente en las planillas de trabajo de ASSE, pero con total ausencia de procesos administrativos válidos, ni análisis de cuál eran las áreas que estratégicamente los requerían. Los criterios para definir el lugar donde se incorporarían fueron exclusivamente aquellos habilitados por el presupuesto y la arbitrariedad política

Estas prácticas solo degradan los procesos de negociación y complejizan mucho para el futuro las políticas de regularización y ordenamiento del personal de la salud, tan indispensable para todas y todos.

¹ La Asociación de Química y Farmacia del Uruguay (AQFU), en Comisión de Salud Pública, el 5 de mayo de 2022 afirma que falta medicación en ASSE. "Aumenta la cantidad de socios en ASSE y nosotros no podemos decir que no; es un hecho que aumentan los usuarios y tenemos la misma cantidad de medicamentos y la misma plata. Desde el año 2020, no recibimos ajustes de IPC. En cada unidad ejecutora se tiene el mismo crédito para gastar en medicamentos, y eso hizo que se perdiera un poder de compra. Entonces, cada profesional o químico empezó a priorizar y a fijarse cuáles eran los medicamentos más importantes que no podían faltar de ese listado. Los psicofármacos y los antibióticos nunca pueden faltar; esa fue la priorización que se hizo".

3.4 Política explícita de desvío de fondos a privados

Múltiples pedidos de informes y de acceso a información pública evidenciaron el traspaso de fondos desde ASSE a privados en forma irregular. Estos se reflejan en tercerización de traslados a empresas informales de ambulancias privadas, compra de servicios a entidades privadas, donde llama poderosamente la atención en particular los recursos derivados sin justificación asistencial clara al Círculo Católico de Obreros del Uruguay (CCOU), institución asistencial donde trabajaba el actual presidente de ASSE como director técnico, entre otros.

En particular tres ejemplos importantes son:

- a. la contratación desde el Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME) 105 para traslados ambulatorios de la empresa ITHG que no contaba con habilitación sanitaria registrada formalmente como empresa de servicios marítimos. Para esto se emplearon recursos presupuestales destinados a la contratación de personal, trasponiendo fondos del rubro “funcionamiento” a “sueldos”, sin licitación y entre otras compras de insumos por montos que ascienden a USD 13 millones, que ha despertado la indignación de los proveedores habilitados y ya presentes en el mercado de transportes sanitarios.
- b. Contrataciones destinadas al CCOU. En los últimos dos años se verifica un gasto de más de \$200 millones anuales, o sea más de USD 5 millones, en los fondos destinados a contrataciones de camas de CTI tanto de adultos como de niños por parte de ASSE al CCOU. En años anteriores el gasto destinado al mismo fin era 60% menor. Adicionalmente, durante el último cuatrimestre de 2022 se constatan compras de ASSE a la misma institución, para atención en cuidados moderados, policlínicas, y otros servicios, en el Sanatorio de Casa de Galicia, por un monto de USD 4 millones. Recordemos que este Sanatorio fue comprado en remate en segunda instancia en USD 15 millones, por el CCOU, incluyendo estructura edilicia, instalaciones sanatoriales y compra de cuatro Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que funcionan en el mismo sanatorio, sin certeza de la regularidad de la concesión de los mismos de forma exprés al CCOU.
- c. Contratación de servicios de cuidados intensivos por ASSE a privados primando criterios comerciales para la derivación de pacientes. Desde el desmantelamiento del Centro Coordinador de CTI gestionado por la UE105 para la contratación de atención en cuidados intensivos fuera de ASSE, se constata que el análisis médico del riesgo del paciente al ser trasladado, fue postergado por criterios enteramente comerciales. Una de sus consecuencias lamentables fue el traslado inconveniente y con pésimo manejo de la paciente COVID-19 embarazada, con el resultado de aumento en la mortalidad. Se confirma un aumento en la contratación de camas de CTI a privados, sin la implementación de un control efectivo de las condiciones asistenciales en las que se desarrolla la atención de estos pacientes. Asimismo, mediante la prioridad del criterio comercial se derivan en forma directa, pacientes críticos desde SAME 105 al Sanatorio Galicia del CCOU y al Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) a pesar de contar con disponibilidad de camas de CTI en los hospitales de ASSE.

3.5 Falta de especialistas con crisis de anestesia y psiquiatría

Si bien la asimetría de especialistas y su distribución territorial en ASSE siempre ha sido compleja, en estos años hubo al menos, dos crisis que evidenciaron carencias en la disponibilidad de personal de la salud. Uno vinculado con anestesiistas en el Hospital Maciel que aún no se ha solucionado de fondo, y otro de cobertura de guardias de Psiquiatría en Hospital Vilardebó. Además han habido crisis, que no tomaron estado público, relacionadas con la cobertura en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) en anestesia.

Estas crisis han dejado en evidencia la ausencia de un plan de disponibilidad de personal necesario para cumplir los objetivos sanitarios por parte de ASSE y el desarme de las herramientas de trabajo que apuntaban a mejorar la asignación de recursos resistidos por las asociaciones quirúrgicas de profesionales.

En el pasado se han desarrollado conflictos liderados por la cúpula gremial de las sociedades anestésico quirúrgica y en el especial de anestesia, que han derivado en medidas gremiales con directa afectación a la población más vulnerable de nuestro país, produciendo retrasos quirúrgicos en distintos servicios que son inaceptables.

En función de estos conflictos se han convenido, de forma tripartita, distintas estrategias de mejora de la actividad quirúrgica con énfasis en el sector público con las inversiones en el pago por retribución variable, funciones de alta dedicación, jefaturas, etc.

Aún así no se han logrado contrataciones de personal contratado estable, por presiones directas de la Sociedad de Arquitectos del Uruguay (SAU) contraria a la presupuestación de los RRHH en ASSE, con el consiguiente corolario de que persisten los problemas graves de cobertura en horarios centrales de hospitales de referencia nacional. Este asunto demanda de cambios a nivel estructural que deben ser extensivos a todas las especialidades con problema de distribución de recursos y fortalecer el vínculo entre nuestro prestador más importante y la UdelaR, es prioritario.

3.6 Desarme estructural y profundización de la inequidad

El recorte presupuestal, aun cuando ha aumentado el número de usuarias y usuarios, resulta en una menor inversión disponible para el gasto por persona en la asistencia de ASSE comparado por el sector privado, el corolario es la profundización de la inequidad entre ASSE y el resto del sistema de salud.

La tercerización del servicio de ambulancias con una empresa sin ninguna experiencia ni habilitación en la actividad, la contratación cada vez mayor a terceros de servicios de CTI, dando lugar a la conjunción de interés público-privado e incremento de gastos públicos dirigidos a ciertas mutualistas en particular y la amenaza de tercerizar servicios de distribución de medicamentos, son claros ejemplos de un perfil privatizador y tercerizador de la empresa pública más grande del país.

3.7 Asignación presupuestal y sus impactos en la asistencia

Para la valoración del manejo de fondos asignados directa o indirectamente a la atención de los pacientes COVID-19 y el resto de las patologías debemos referirnos a la Ley de Presupuesto N° 19.924 de 2020 y a la creación y uso del Fondo Solidario COVID-19 (creado por Ley N° 19.874 de 2020).

En el marco de los objetivos del Gobierno de disminución del déficit presupuestal, ya se habían tomado decisiones que afectan el presupuesto de toda la administración central como lo fue topear la ejecución solo hasta el 85% del presupuesto autorizado y prohibir el llenado de las vacantes generadas en 2019 (Decreto 90 de 2020) con excepciones que en salud solo se aplicaban a personal técnico y especializado.

Esto implicaba una situación desfavorable para enfrentar un hito como lo fue esta pandemia, con autoridades en el MSP que iniciaban la gestión, con un conocimiento superficial y muchos prejuicios en relación con las capacidades técnicas que residían en este Ministerio.

Si repasamos la situación del sector público constatamos que, producto del desempleo ocurrido durante la pandemia y pérdida consecutiva de aportes al Fondo Nacional de Salud (FONASA), ASSE enfrenta un aumento sostenido de usuarios pasando a tener más de 130 mil nuevos usuarios en marzo de 2021 con respecto a marzo de 2020. Como contracara de esto, el gasto para atender a quienes se atienden en salud pública, sin considerar el Fondo COVID-19, disminuyó casi 3% en términos reales lo que implica una disminución de casi USD 30 millones o sea un claro descenso del gasto por usuario.

El total del gasto ejecutado por ASSE en 2020 fue de \$42.118 millones, a lo que se adiciona el gasto asociado a las Unidades Docentes Asistenciales (UDAs) en convenio con la UdelaR por \$312 millones. El recorte del gasto en salud fue de \$1.177 millones respecto a 2019, a valores de 2020. Este recorte se explica por una caída real de los gastos de funcionamiento de 5% y de las inversiones en 11%. La salud pública no es prioridad y se busca debilitarla.

Si pasamos a la Ejecución Presupuestal 2021, vemos que el recorte acumulado del gasto ejecutado por ASSE en 2020 más 2021, en comparación con 2019, es de USD 74 millones.

Cuadro 1. Ejecución presupuestal general de ASSE
En millones de \$ constantes de 2021

Concepto	2019	2020	2021
Asignación presupuestal	47.357	45.924	45.534
Crédito ejecutado	46.985	45.723	45.020
% ejecución	99,21%	99,56%	98,87%

En 2021 la asignación presupuestal de ASSE es 4% menor que en 2019, es decir presenta un descenso objetivo del 3,03% en 2020 y otro 0,8% en 2021. En términos netos y comparado con 2019, el recorte presupuestal de ambos años suma USD 75 millones. La ejecución de 2020 fue 2,6% menor a la de 2019, equivalente a \$1.262 millones menos (USD 29 millones). En comparación con 2019 se acumula un menor gasto de USD 74 millones. Por lo tanto, entre lo asignado y efectivamente ejecutado, tomando como base 2019, la caída aproximadamente del gasto es de al menos USD 150 millones. Este recorte se explica por una caída real de los gastos de funcionamiento de 5% y de las inversiones en 11%. La salud pública no es prioridad y se busca debilitarla.

4. Bloque tres: la nueva crisis del mutualismo

4.1 Introducción

Un sistema integrado, demanda avances en la integración de las funciones sustantivas para la provisión y ordenamiento de los servicios esenciales, de lo contrario no cumple sus funciones mínimas de rectoría.

El proceso de integración inicial del SNIS en Uruguay fue caracterizado por el ingreso y crecimiento sostenido en el tiempo de usuarios al seguro nacional FONASA, que resultó en una inyección de recursos económicos cada vez mayor para la administración de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y su adecuación a la demanda asistencial creciente. Como consecuencia negativa por la falta de control ha derivado en un sector altamente mercantilizado y desregulado en varias áreas asistenciales (emergencias, salud mental, salud bucal, etc.) y ha derivado en distintas crisis mutuales concentradas en algunas instituciones de mayor cantidad de usuarios que han desarrollado modelos agresivos de competición por usuarios, muy nocivos para la salud del sistema.

En este período se han procesado de la peor manera las herramientas de control de la calidad asistencial (que demanda planes específicos) y financiero. Debido a la mala gestión de los recursos por parte de algunas IAMC y la falta de control de la JUNASA han derivado en crisis institucionales donde las IAMC, altamente endeudadas, no cuentan con los recursos para hacer frente a los pagos de salarios y se deterioran los equipos de trabajo fundamentales para la provisión adecuada de los servicios sumando barreras concretas para el acceso de los usuarios con el cobro desregulado de tickets y órdenes.

Los ingresos del sector mutual se mantuvieron durante la pandemia aunque disminuyeron los cotizantes FONASA, en 2020 las mutualistas tuvieron menor actividad por concepto de reducción de cirugías y consultas a todo nivel, despidiendo trabajadoras y trabajadores en forma arbitraria justificándose por esta reducción en la demanda del sistema. Igualess ingresos para menores egresos no se entiende como continúan con el actual nivel de endeudamiento y al borde del quiebre financiero.

La falta de un liderazgo claro, la falta de definiciones y rumbo por parte del MSP, es sin dudas uno de los elementos claves a la hora de entender el porqué de situaciones de degradación en la atención, demoras, falta de recursos y crisis institucionales que repercuten siempre en el deterioro de la calidad asistencial, generando múltiples problemas de salud evitables en nuestra población.

La inacción de dicho organismo tanto a nivel central como a nivel de las Direcciones Departamentales de Salud, ha ido permitiendo un escenario de cada vez mayor precarización de la atención y de la institucionalidad, con todas las consecuencias directas sobre el usuario de la salud.

4.2 Cierre de Casa de Galicia: desbarranque, desprolijidad y denuncias múltiples

Un claro ejemplo de lo que venimos hablando se aprecia en lo ocurrido con la crisis que culminó en el cierre de Casa de Galicia. Las tardías y escasas capacidades de contralor del organismo rector con seguridad fueron una fuerte influencia para que los acontecimientos ocurridos con dicha Institución, se dieran de la forma ya conocida. Habiéndose otorgado un fideicomiso previamente al ingreso del nuevo Gobierno, éste tenía la obligación de realizar un seguimiento estricto de las obligaciones contenidas en el mismo, así como la obligación de fiscalizar bien de cerca toda la situación institucional. Y no hay indicios de que así ocurriera y cuando las alertas se hicieron sentir, el estado de obligaciones de la institución era de tal magnitud, que terminó desbordando las posibilidades de salvataje.

La crisis de conducción en la que entró Casa de Galicia desnudó las escasas voluntades del organismo rector en materia de control y la baja voluntad de acción en tiempo y forma por parte del mismo. Aunque el Estado es el gran financiador del sistema, en este período se orientó a sofocar económicamente, sin intervenir a tiempo para cuidar la infraestructura asistencial tan importante instalada en una zona estratégica de la ciudad, incluso fueron descartados planes asistenciales de utilización de los recursos instalados que senadores del Frente Amplio le presentaron a las autoridades ministeriales. El hecho concreto es que se termina rematando todas las instalaciones de Casa de Galicia al sector privado a un precio muy barato, donde el adquirente resultó ser el Círculo Católico, con un préstamo “expres” otorgado por el Banco de la República Oriental del Uruguay (BROU). Crea enormes dudas sobre el procedimiento, generando desconfianzas razonables sobre el funcionamiento general del sistema, las verdaderas intenciones de las autoridades con el agravante del proceso de cierre sin acciones tendientes a solucionar sino a acelerar su caída libre.

No podemos olvidar además las diferentes propuestas que desde el Frente Amplio se presentaron para enfrentar la angustiante situación de Casa de Galicia y que tanto el Poder Ejecutivo como la coalición de Gobierno en el Parlamento ignoró. Propuestas que

atendían directamente a la gestión de Casa de Galicia y a las posibles salidas a una crisis institucional que hizo recordar a recetas de décadas pasadas.

El cierre de Casa de Galicia sin plan ni rumbo certero, sin citar a comisión de seguimiento para controlar el proceso de fideicomiso, y toma de decisiones adecuadas para frenar el desbarranque de Casa de Galicia con la consiguiente derivación de compra en beneficio del Círculo Católico, usando fondos derivados desde ASSE, hablan no solo de una crisis mutual sino de un manejo poco transparente de la salud pública y sus fondos.

4.3 JUNASA ausente e intrascendente

La JUNASA no ha funcionado de forma permanente durante el presente período de gestión. No ha incorporado a representantes de los usuarios a la misma y tampoco ha sido un organismo de conducción claro del SNIS, vaciándose política y progresivamente de sus cometidos y contenidos.

Para el nuevo caso de alta preocupación del SNIS que es CASMU, su tratamiento no ha sido hasta el momento, diferente. El CASMU es una entidad de mucho mayor tamaño que Casa de Galicia, tiene más de 180 mil afiliados y miles de trabajadoras y trabajadores, presenta enormes dificultades por situación financiera delicada, por la situación de dudosa legalidad de sus autoridades actuales, que amerita el ejercicio de la rectoría que por ley tienen las autoridades del MSP, la JUNASA y el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), que no la están ejerciendo.

La institución se encuentra, según denuncia de legisladores y del SMU, y recientemente por su Comisión de Usuarios, en una situación muy delicada desde lo financiero y asistencial, a lo que hay que agregar claros elementos de persecución gremial, que han motivado denuncias en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) y su intervención.

El estado asistencial y económico financiero de esta institución, no ha sido aún suficientemente evaluado por los organismos correspondientes que están siendo condescendientes.

Sus balances arrojan únicamente un menguado superávit como consecuencia directa de la asistencia estatal desde ASSE mediante la ejecución de un convenio por camas de CTI que implican varios millones de dólares anuales. De no suceder esta asistencia, sus balances serían deficitarios.

A sus incapacidades de gestión, se agregan proyectos de seguros encubiertos o servicios VIP, que ejecutan un descreme selectivo dentro de los mismos usuarios, generando distintas clases de socios. Inadmisibles en términos de equidad asistencial. Más allá de su complejo estado económico, presenta una situación jurídica de dudoso cumplimiento legal.

La ley de creación de las instituciones de asistencia médica privada de profesionales (IAMPP) y su Decreto 230 (2013) que regula el funcionamiento del sistema mutual, establece claramente su artículo 20, la imposibilidad de repetir sus autoridades por dos

períodos consecutivos, lo cual fue incumplido en la última elección de autoridades en CASMU a pesar de las denuncias realizadas por la lista medica opositora.

Todo lo anterior resulta particularmente grave, si tenemos en cuenta que la mutualista administra fondos públicos a través de miles de cápitales FONASA provenientes de aportes de los trabajadores del sistema. Estos fondos públicos liberados con autorización de la JUNASA que no ejerce sus funciones de contralor del SNIS.

Toda esta situación puede desembocar en una nueva Casa de Galicia, esta vez con cuatro veces más usuarios y trabajadores, no existiendo dentro del SNIS prestadores con capacidad de absorción asistencial y laboral.

La actitud negligente de la JUNASA, con desconocimiento continuo de sus potestades y de los deberes inherentes legales, es obviamente producto de una política antisistema que por omisión se ha venido instalando en la etapa post pandémica. Su participación mínima en la resolución del cierre de Casa de Galicia, la adquisición de la misma por el Círculo Católico, su opaca intervención en la absorción de los trabajadores por los demás prestadores integrales y su falta de control de otros casos de insuficiencia financiera límite como es CASMU, verifican que es producto de una concepción política alejada de los principios y leyes del SNIS.

4.4 MSP hacia atrás en el cuidado de la salud

Flexibilización de la política de tabaco y rotulación exterior con hexágonos para una política de alimentación saludable. El rol rector del MSP no estuvo presente con fuerza en hechos de gran importancia para la salud pública.

Dos hechos lamentables que así lo demuestran son la flexibilización de las medidas de hexágonos para fomento de una alimentación saludable y la flexibilización en la política de tabaco, que ha sido reconocida internacionalmente y ha descendido la incidencia de patología neoplásica en últimos años. Estas dos circunstancias deterioran la salud de la población expuesta a un riesgo importante de padecer enfermedades crónicas no transmisibles.

5. Conclusiones

Al cumplirse los tres años de gestión de la coalición es posible concluir que:

- Hubo un mal manejo de la pandemia en tanto no se evitaron miles de muertes que eran evitables.
- El recorte presupuestal de ASSE ha implicado una mayor inequidad en salud.
- La conjunción de interés público-privado en casos como los de Casa de Galicia y la contratación de camas de CTI a determinadas empresas entre otros, genera desconfianzas en el sistema de salud y en las Instituciones del Sistema Político.
- La ausencia de controles y de acción por parte la JUNASA y el MSP, están forjando una crisis mutual de imprevisibles consecuencias.

La condición de rector exige de un Ministerio de Salud acciones dirigidas a cumplir las reconocidas como funciones básicas de un sistema de salud pública. Repasamos

algunas de ellas cuyas falencias deterioraron la salud de las y los uruguayos.

- a) Atribuidas como consecuencia de la pandemia, fueron desatendidas el resto de las enfermedades crónicas causantes mayoritarias de enfermedades o muerte. Nada quedó de la prevención de enfermedades porque se fue debilitando el primer nivel de atención en sus múltiples componentes. Fueron desarticulados los Servicios de Orientación Consulta y Articulación Territorial (SOCAT) dependientes del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) que coordinaban las actividades de las políticas sociales en los lugares más vulnerables, y se disminuyó el presupuesto de ASSE destinado al primer nivel de atención, el que se reconoce puede resolver hasta el 85% de la atención a usuarios.
- b) Se flexibilizaron controles de JUNASA a prestadores y no se profundizaron estrategias de prevención sanitaria.
- c) A diez meses de levantada la emergencia sanitaria el MSP sigue sin definir cuáles son sus objetivos para los dos años de Gobierno siguiente.

Es de destacar que se ha festejado la incorporación de tecnología, pero sin los debidos fundamentos en cuanto a su incidencia en la mejora esperada de la salud de la población. Se han incorporado medicamentos de alto costo mediante la financiación del Fondo Nacional de Recursos (FNR), pero no se han actualizado las listas del Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM), lo que implica que este listado contenga muchos fármacos que han caído en desuso y carezca de algunos destinados al tratamiento de enfermedades frecuentes. Tampoco se actualizó las prestaciones incluidas en el PIAS (Plan Integral de Asistencia en Salud), negando que el sistema de salud asegure disponer de prestaciones adecuadas a la lex artis médica actual. Como resultado, cada vez es mayor el número de medicamentos y procedimientos cuyo precio del ticket no es regulado, afectando directamente el gasto y acceso de los usuarios a un tratamiento acorde al conocimiento científico.

O sea que la gestión del MSP, en línea con el resto de las medidas del Poder Ejecutivo, está dirigida a aumentar el rédito, que sobre los medicamentos que expenden y prestaciones que brindan obtienen las instituciones privadas, mientras el presupuesto de ASSE disminuye.

- d) Un sistema integrado, demanda la definición de las reglas del sistema mediante normas específicas, es irrenunciable controlar que las mismas se apliquen, en un sistema que es ampliamente financiado por aportes públicos, ya sea por presupuesto (ASSE) o por el porcentaje del sueldo que cada trabajador aporta.

Durante este período se aprobó la creación de una Dirección General de Fiscalización donde hasta ahora no ha ingresado personal profesional para reforzar un grupo de inspectores que lentamente se fue diezmando, en particular a partir de 2020.

Algo similar ha sucedido con la Agencia de Tecnologías Sanitarias, una entidad de hecho ficticia, aprobada por ley de presupuesto, usuaria de un local, que incorporó profesionales cuya experiencia desconocemos, pero que a la fecha no ha publicado un solo informe de evaluación de tecnología original.

Al mismo tiempo, de los informes presentados por el MSP en su página web, surge que desde 2020 no son controlados los tiempos de espera mientras sí se controlan las metas asistenciales, lo que asegura el pago extra por cumplimiento a las IAMC. Esta estrategia no asegura en absoluto una adecuada atención y control sanitario.

El mensaje que deja el ministro saliente como balance de su gestión solo incluye los planes de algunos programas de salud sin decir cuándo se implementaron o se implementarán, de qué forma, y menos cómo se evaluarán. Son declaraciones sin futuro comprometido.

Se desreguló el control de MSP y de la JUNASA, se actuó con escasa transparencia con el destino de Casa de Galicia hacia el Círculo Católico (con conjunción de intereses público-privado), se redujo el gasto sanitario en ASSE y hay desvío de fondos de ASSE a privados.

Los cambios significativos indican reemergencia de enfermedades infecciosas (sífilis y tuberculosis), una mayor incidencia de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, el SNIS se encuentra en una delicada situación estructural.

Este es el legado del saliente ministro de Salud Pública.

Referencias

Decreto N° 230 (2013) Creación de la institución de asistencia médica privada de profesionales (IAMPP)

<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/230-2013/9>

Decreto N° 90 (2020) Fijación del límite máximo de ejecución presupuestal de los incisos que se determinan del presupuesto nacional. Ejercicio 2020

<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/90-2020>

La Diaria (2022) Cipriani dijo que si ASSE no puede corregir distribución de medicamentos, se va a privatizar.

[https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2022/4/cipriani-dijo-que-si-asse-no-puede-corregir-distribucion-de-medicamentos-se-va-a-privatizar/#](https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2022/4/cipriani-dijo-que-si-asse-no-puede-corregir-distribucion-de-medicamentos-se-va-a-privatizar/#~:text=%E2%80%9CA%20los%20lugares%20donde%20no,los%20que%20ya%20estamos%20trabajando%E2%80%9D%2C)

~:text=%E2%80%9CA%20los%20lugares%20donde%20no, los%20que%20ya%20estamos%20trabajando%E2%80%9D%2C

Ley N° 19.924 Presupuesto Nacional de Sueldos Gastos e Inversiones. Ejercicio 2020-2024 (30 de diciembre de 2020).

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19924-2020>

