

- Mal funcionamiento de máquinas centrifugadoras.
- Deterioro de las instalaciones eléctricas y de agua.
- Balanzas en malas condiciones lo que dificulta tomar el peso de las bolsas de ropa.
- De las dos planchas una tiene pérdida de vapor. Carecen de protección en el sistema eléctrico, el que se encuentra en el suelo en contacto con la chapa de la estructura.
- No se cuenta con el espacio, ni el soporte suficiente para secar y doblar la ropa limpia.
- De los cinco carros sólo dos funcionan correctamente.
- De la inspección general de trabajo y de la seguridad social del MTSS se constata: trasiego de productos químicos en el espacio correspondiente a vestuario. Los trabajadores no utilizan antiparras ni máscaras respiratorias acorde al riesgo. No hay extintor en el lugar.
(Documento 19)

IV. X Hospital de Treinta y Tres

El día 28 de diciembre de 2016, el Dr. Mario Motta ex Director del Hospital de Treinta y Tres, brinda una conferencia de prensa con el fin aclarar el motivo de su renuncia: el Convenio de complementación con la empresa COMETT.

Sostiene que:

- el prestador no brinda las garantías para cumplimiento del contrato.
- conoce situaciones incorrectas de atención a los usuarios.
- hay malas condiciones de trabajo para los funcionarios.
- el convenio implica sobrecostos para ASSE en más del doble en servicio de pediatría y anestesiista. El triple y cuádruple en ecografías.

(Anexo 5 y 6)

IV. XI Hemocentro de Maldonado.

- 9 de junio de 2017, el catedrático Ismael Rodríguez (grado 5 en la Cátedra de Medicina Transfusional del Hospital de Clínicas y jefe de los servicios de hematología de las mutualistas Casmu y Casa de Galicia), titular del cargo de coordinador de la Red de Servicios Públicos y Privados de Sangre, es públicamente acusado de boicotear la creciente actividad del Hemocentro Regional de Maldonado, favoreciendo un proyecto similar que dirige en Casmu.
- 16 de junio de 2017 Ismael Rodríguez hace acusaciones públicas sobre posibles actos de corrupción en torno al uso de sangre recolectada en el Hemocentro de Maldonado.
- Las irregularidades mencionadas ameritan ser incluidas en la investigadora a conformarse. (Anexo 13 y 14)

IV. XII Hospital Filtro

- Ante un proceso de desmantelamiento y eventual cierre del Centro, los usuarios, trabajadores médicos y no médicos se han movilizadado denunciando esta situación.
- Representantes de usuarios y médicos, en reciente comparecencia ante la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, plantearon su preocupación frente al inminente cierre de este importante Centro Hospitalario. En esa instancia el doctor Daniel San Vicente, representante del Sindicato Médico del Uruguay en el núcleo de base del hospital, sostuvo entre otras cosas que: “Desde el año pasado, el Ministerio de Salud Pública, el Gobierno y la mayoría del directorio de ASSE quieren cerrar el Hospital Filtro. Ellos tienen que explicar a la población por qué lo quieren cerrar”. (Documento 20)
- Entendemos que esta denuncia amerita ser investigada.

Capítulo V - Comisión de Apoyo:

La Comisión de Apoyo (UE 068) de ASSE creada por el art. 82 de la Ley 16.002 de noviembre de 1988 y reglamentada por posteriores Decretos y Resoluciones (Decreto 189/90, Resolución del MSP de 16/6/1993, el Decreto 243/97 y el Decreto 193/000) es definida como una persona jurídica de Derecho Privado, cuyo cometido es proveer de apoyos funcionales a ASSE. Esto va de la mano con la constitución de ASSE en servicio descentralizado y con las políticas que llevan al desmantelamiento de los sistemas públicos de salud, y la promoción de la flexibilización laboral.

- Los trabajadores contratados no revisten la calidad de funcionarios públicos siendo inscriptos en el Grupo 20 Entidades Gremiales y Deportivas.
- En la Comisión se introducen múltiples categorías laborales con profundas diferencias salariales, así como también se dan notorias diferencias entre los trabajadores contratados por esta y los dependientes de la administración pública.
- Las Comisiones de Apoyo de las Unidades Ejecutoras de ASSE se han caracterizado por el consecuente incumplimiento de derechos laborales que derivan en millonarios juicios, a los que el Estado debe responder. Al no regularizar a los trabajadores, la antedicha situación se reitera siendo observada por el órgano contralor de la República.

- Del examen realizado por el TCR el 31 de diciembre de 2014 sobre la situación Patrimonial de la Comisión de Apoyo a Programas Asistenciales de ASSE detecta: incumplimiento reiterado por la Comisión de Apoyo en cuanto a normativa legal en el marco laboral. No siendo liquidado a los funcionarios pagos de primas por presentismo y antigüedad.
Si bien para el ejercicio 2014 se firmó un preacuerdo para el pago de dichas partidas, los rubros solo cubren los últimos cinco años, no se establece el pago de dichos conceptos en liquidaciones futuras. Por consiguiente, el TCR expresa que se continúa sin aplicar la normativa legal que corresponde en materia laboral y no se descarta la posibilidad de inicio de nuevos juicios por incumplimiento. Teniendo en cuenta el examen realizado por el TCR en diciembre de 2013, se advertía por el incumplimiento de la normativa laboral destacando a esa fecha demandas por \$824.466.912 y reclamos ante el MTSS no transados por \$ 467.004.249.
- La Resolución del TCR del 14 de octubre de 2015, destaca que la Comisión ha recibido a diciembre de 2014 demandas laborales por \$ 664.653.349 y reclamos ante el MTSS no transados por la suma de \$ 526.616.120. El TCR reitera la recomendación de dar cumplimiento a la normativa vigente referente a la liquidación de sueldos de acuerdo con el laudo del grupo N° 20 “Entidades Gremiales y Deportivas” de los Consejos de Salarios.
(Documento 21 A - 21 B y Anexo 7)

Este es un dato fehaciente del proceder de la Comisión a nivel de la aplicación de la normativa laboral que al no cumplirse afecta al trabajador y genera por cuestión de demandas laborales importantes pérdidas a ASSE.

Incluso en la Ley 19355 se habilita a ASSE a “transferir hasta un monto de \$ 300.000.000 en los ejercicios 2016 y 2017, para atender exclusivamente las sentencias de condena que se dicten contra estas instituciones en juicios laborales”. El Estado destina fondos del presupuesto público para atender demandas que luego se reiteran ante futuros incumplimientos, en lugar de cumplir con la normativa laboral y regularizar la situación de los trabajadores.

Cabe preguntarse, quién se beneficia en este contexto de irregularidad e ilicitud.

Las irregularidades mencionadas en torno a la Comisión de Apoyo deben ser motivo de análisis por parte de la comisión investigadora que se promueve.

También se debe investigar el hecho de que la Comisión de Apoyo sea utilizada por ASSE como instrumento para promover licitaciones abreviadas (figuran en página web de ASSE) y de esa manera evitar los controles a los que ASSE como organismo público esta sometida.

Capítulo VI- Aportes suplentes de ASSE

- Respecto a los aportes de suplentes en ASSE, se han documentado situaciones en las cuales las fechas de ingresos que figura en los recibos de sueldo de trabajadores con contratos de suplentes en ASSE, no coincide con la fecha de alta en el BPS. Esta situación genera un serio perjuicio para el trabajador y para el Estado.
- La no declaración en tiempo y forma, afecta a los trabajadores en el cómputo de los servicios a efectos jubilatorios, así como en sus aportes FONASA y su liquidación de IRPF.
- A su vez, este hecho deja omiso al Estado de sus obligaciones, ya que los aportes patronales se adeudan desde la fecha de contratación de personal.

Capítulo VII FONASA

El escándalo desatado con la llamada estafa del FONASA dejó al descubierto graves fallas del sistema, que permitieron el desarrollo de una verdadera organización criminal. Los intentos por minimizar estos hechos fueron sepultados por la realidad.

Decenas de procesados, investigaciones judiciales que siguen en curso, así como, nuevas denuncias han dejado en claro que se trata de una gran estafa que ha afectado y afecta a muchos uruguayos, dejando jugosas ganancias a los prestadores privados de salud.

La cobertura mediática ha hecho centro en la operativa de los promotores que realizaban las afiliaciones de manera fraudulenta, pero esto es una parte del problema. Tal vez la menor.

Hace ya algunos años, se presenta gente al BPS reclamando indignada por haber sido cambiados de prestador de salud sin su consentimiento.

Hay múltiples casos de personas que fueron cambiados de prestador de salud en las condiciones antedichas teniendo tratamientos de enfermedades crónicas, debiendo repetir medicamentos; son pacientes oncológicos, con HIV, diabéticos, renales, que teniendo tratamientos muy especiales y medicación que deben tomar se quedan tiempo sin tratamiento y sin medicamentos.

Al presentarse al BPS a averiguar por qué les dieron de baja en la mutualista, los usuarios se enteran que fueron cambiados de prestador de salud, sin su consentimiento e inician un expediente de denuncia para que resuelva la JUNASA.

Llama la atención, que recién en el 2016, se pudo establecer este expediente como denuncia. Hasta ese momento se caratulaba simplemente como cambio de mutualista.

Mientras ese trámite no se completa la persona está sin asistencia médica, con el perjuicio que esto implica. Inclusive, se ha constatado, que algunas personas cuando fueron citadas para notificarse de la resolución, ya habían fallecido; por lo que la cuantificación del daño se desconoce. Las personas que se presentan a denunciar y solicitar cambio de mutualista, después de un proceso administrativo, generalmente lo obtienen. Pero las personas muy mayores, solas, enfermas, que no se presentan ni saben a donde realizar el reclamo, quedan sin asistencia médica, aunque en las estadísticas y en los listados figure en un prestador de salud.

Faltan controles a las mutualistas que tienen habilitaciones, otorgadas por el BPS, para realizar afiliaciones. Sin controles ni sanciones, la impunidad de los “errores” permite que se siga operando irregularmente, generando cuantiosas ganancias para estos prestadores privados de salud. Ganancias ilícitas generadas con el aporte de todos los uruguayos.

Esta operativa ilegal se hizo pública a partir de la denuncia realizada en los medios de comunicación por el Sr. Simón Silva el 09/ 02/2017, a quién se le ofreció dinero por parte del promotor para cambiar de prestador de salud, fue cambiado y ese hecho le perjudicó un tratamiento que venía realizando en su prestador de origen. Luego de que la madre de este joven saliera a la prensa indignada a denunciar su caso y muchos otros de la que fue testigo al estar horas en la sección de denuncia

del BPS, (llena de personas a reclamar por sus afiliaciones irregulares), es que comienza la indagatoria policial y judicial, a cargo de la Dra. Julia Starico del Juzgado 16°.

A raíz de esa denuncia, hemos tenido conocimiento de que comenzó en el BPS también una investigación y alertas sobre la vulnerabilidad de los sistemas y procesos.

En realidad, el sistema funcionó durante 10 años sin controles, sin sanciones a los prestadores de salud, que usaron el sistema y sus fallas a su favor, vulnerando los procesos administrativos del mismo y sobre todo el derecho de las personas afectadas.

Se vulneran también la protección de los datos personales, o sea la Ley 18331 que es la norma que protege esos datos.

Llama la atención la facilidad que tienen los prestadores de salud (empresas privadas) para obtener beneficios cuantiosos durante todos estos años, ya que los organismos involucrados en la administración del FONASA, (BPS y la Junta Nacional de Salud), no ejercían contralor, no aplicaban la normativa vigente; como por ejemplo el Contrato de Gestión celebrado entre la JUNASA y los prestadores de salud. Como consecuencia de esto, no aplicaban sanciones, por lo que se fomentó la impunidad de estas empresas.

La mala administración de los fondos públicos y la desprotección de los derechos de los usuarios, es lo que surge como conclusión en esta denuncia.

Basta analizar la casuística que se realizaba antes y después de la denuncia en la prensa, para confirmar estos dichos.

Es muy grave, porque no sólo afecta los fondos públicos, sino que afecta gravemente la salud de las personas.

Se conocen casos de personas a las que les agregaron hijos, que no tenían. De esa manera, el prestador de salud pasa a cobrar mensualmente la importante suma que corresponde a la cápita de un menor. Otro caso de uso indebido de datos personales.

El proceso de afiliación fraudulenta se da cuando la persona, por distintos motivos (en la apertura del corralito mutual, cuando cambia de empresa, etc.), queda liberada para cambiarse de mutualista.

Pero esto no se logra "probando" al azar números de CI en el sistema. Tienen la información precisa del documento que está "liberado". ¿COMO LA OBTIENEN ?

En julio del 2016 se dio un importante ingreso de pasivos al FONASA. Sectores de bajos recursos que mayoritariamente se atendían en ASSE.

En esa oportunidad se presentaron promotores, presentándose como funcionarios del BPS, afiliándolos compulsivamente a alguna mutualista. Los amenazaban con que perderían la vivienda y la pasividad si no se afiliaban a la mutualista. Presionados estos pasivos terminaron firmando. Y se quedaron sin asistencia al no poder enfrentar los costos del prestador privado de salud.

En todos los casos cuando los promotores se presentan en el domicilio o en el trabajo de las "víctimas", van con todos los datos precisos. O llaman al teléfono de contacto. ¿COMO OBTIENEN ESTOS DATOS?

Los datos de las personas que quedan liberadas, es decir en condiciones de afiliarse o cambiarse de prestador de salud, son de manejo exclusivo del BPS. Por lo tanto, su filtración a estas empresas de promotores implica una falla grave del sistema o una falta grave de quién filtra la información.

Este es un primer elemento que a nuestro juicio el Parlamento debe investigar. En primer lugar, para establecer las responsabilidades que correspondan. En segundo lugar, para defender los derechos de los ciudadanos, en particular, de los más vulnerables.

El otro elemento a investigar es el papel jugado por la JUNASA, que tiene como función controlar el cumplimiento del Contrato de Gestión por parte de los prestadores privados de salud.

Si bien los prestadores de salud privados han intentado deslindarse de la actividad de los promotores fraudulentos, en la práctica esto es imposible.

Tenemos materiales que muestran como una mutualista (CASMU) pagaba \$1500 a cada funcionario que acercara un nuevo afiliado, durante la apertura del corralito. Esto está específicamente prohibido por la ley.

Es responsabilidad de la JUNASA sancionar a los infractores multándolos o tomando otro tipo de medidas. Hasta ahora no tenemos conocimiento que la JUNASA haya sancionado a algún prestador de salud por la violación flagrante al Contrato de Gestión.

Por lo tanto, entendemos imprescindible que el Parlamento investigue si la JUNASA está cumpliendo su rol de "policía" del sistema.

(Documento 22. Anexo 8 y 15).

Eduardo Rubio
Representante Nacional