

**Con Raquel Ballesté**

**“EL HOSPITAL ES IMPRESCINDIBLE PARA EL SISTEMA”**

La Directora del Hospital de Clínicas (HC), la Dra. Raquel Ballesté, expresó su preocupación por el ausentismo y cómo eso interfiere en el funcionamiento del hospital, aunque explicó que se está trabajando para reducir, cada vez más, ese porcentaje. Además, explicó cuáles son los ingresos que tiene el HC y manifestó que sin el dinero extrapresupuestal no podría seguir en funcionamiento.

A su vez, habló de la propuesta de refuncionalización de la planta física, la negociación que se está realizando con el Poder Ejecutivo y el déficit fiscal que el gobierno intenta evitar.

*-Hace poco se aprobó la propuesta sobre la refuncionalización del HC, ¿qué es lo que más destacas de esa propuesta?*

-La propuesta, sobre todo, de planta física fue lo que se aprobó en el Consejo Directivo Central (CDC). Lo más destacable es que contempla los problemas que tiene hoy el HC, las realidades y, además, es una propuesta que surge del seno universitario, de los actores de dentro del HC. Eso es fundamental, porque al haber una propuesta que está consensuada por la mayoría de los integrantes, que se construye con ellos, luego es más fácil obtener el aval para llevar adelante la propuesta. Creemos que es una fortaleza muy importante al momento de comenzar a trabajar en concreto luego de conseguir la financiación para ello.

Contempló la problemática actual, como la necesidad de aggiornar el HC al día de hoy y no al que se creó en una concepción de 60 años atrás, pero juntos, desde el seno de cada uno de los actores. En la elaboración de esa propuesta, la metódica que tomamos para trabajar fue contactarnos con cada uno de los jefes de servicios, cada uno de los responsables de las diferentes áreas, de forma que tratamos de integrar la mayor parte posible, te diría que en un 95%, 98% todos participaron, todos tenían conocimientos de a dónde queríamos ir y todos aportaron, todos conocieron cuál iba a hacer la propuesta, una propuesta de planta física que intenta acompañar cambios también dentro de aspectos funcionales que entendemos que cambiarlos y aggiornarnos al día de hoy.

*-¿Le encuentra debilidades a esta propuesta?*

-Bueno, la debilidad que tiene es la financiación. O sea, cuando uno hace una propuesta de planta física, en general cuenta con una financiación. Acá la propuesta se hace, luego se hace un estimativo de costos pero después de esa propuesta se tratará de conseguir una financiación, pero eso es una debilidad. Porque hace que la propuesta en función del tipo de financiación tenga que ser cambiada.

*-¿Ya empezaron las negociaciones en cuanto a la financiación?*

-Bueno, en realidad hubo algunas reuniones con el ministerio de Economía y Finanzas (FEM), con el Ministerio de Salud Pública (MSP), donde presentamos esta nueva propuesta. Es conocido por todos la voluntad política de que se realice la propuesta por la participación público privada (PPP), el objetivo del gobierno es no generar un mayor déficit fiscal y poder financiarlo en años, pero que no se vea comprometido el mismo, que el país siga siendo un país inversor.

Nosotros, por lo que hemos vislumbrado en las reuniones, es que la postura sigue siendo la misma, sigue estando vigente la propuesta de hacer la refuncionalización a través de las PPP, y nosotros lo que estamos tratando de ver son otras formas de financiación posibles, se está trabajando una comisión generada a través del CDC, en la cual participo.

En diciembre se creó una comisión para discutir diversas formas de financiación para el HC, eso fue un poco de la mano de la resolución del CDC en la que se aprobó que no estaban

en momentos de avanzar hacia una PPP y, si bien, no empezamos a trabajar en diciembre y comenzamos cuando se aprobó la propuesta, vemos posibles financiaciones, sin embargo para eso tiene que haber un aval del gobierno, sin duda.

Bueno, se están haciendo análisis que entendemos, los que formamos parte de la comisión, que podemos llegar a avanzar y ver alguna forma de que se pueda obtener el dinero, la financiación aunque no sea en un lapso a corto plazo, sino que sea más progresivo, y así no generar un aumento del déficit fiscal, que es lo que al gobierno no le gusta.

Nosotros tuvimos muchas objeciones a las PPP; no había consenso, muchos en contra, otros a favor pero no sería la mejor forma de decirlo, porque no es a favor, es como es la única opción me quedo con esta, porque es lo único que va a permitir tener un hospital y una asistencia digna. Nadie estaba a favor, porque sería el primer hospital que tendría esta forma de gestión, con un proyecto de PPP, y donde no solo no hay experiencia en el país sino que hay experiencias malas a nivel internacional, pero si bien nuestra ley es diferente, de todas formas queda esa duda de embargarse en ese camino y que realmente después no funcione.

*-Cuando fue la consultoría y se pretendía las PPP, la Universidad, si bien no había consenso, estaba en contra de las mismas. Hoy en día, con esta propuesta, ¿aceptarían bajo algunas condiciones las PPP? Tú me dices que, si es la única opción, sí las acepto, pero, ¿hay condiciones?*

-Yo creo que sí, pero tema ahí es que quizá al nosotros poner condiciones que se tienen que respetar, sea atractiva las PPP. Por ejemplo para unas PPP, lo que nos han informado es que se requiere gran parte de edificio nuevo, porque como el mantenimiento va a estar durante 30 años a cargo de la empresa en general eso tiene un costo diferente que si se recicla a que si se construye desde cero, lo primero es más caro e implica un costo mayor. Por eso reciclar puede ser más caro para el gobierno, pero no para la empresa seguramente. Entonces, por allí parece importante que tenga que haber una construcción nueva y que tenga un peso importante.

No nos oponemos a construcción nueva, pero entendemos que este hospital tiene todas las posibilidades para poder refuncionalizarlo con esta planta física, tiene superficie suficiente, de hecho quedan algunos lugares libres, hacer una zonificación de los diferentes servicios, entonces en ese sentido estamos convencidos que es viable la infraestructura y poder hacerlo dentro de esta planta física, no vemos necesidad de edificar afuera, por costos y desde el punto de vista hospitalario y universitario, no tenemos la necesidad. Allí, si en algún momento surge tendremos que estudiar la posibilidad de que se construye nuevo, porque lo que se plantea construir acá es manteniendo el esqueleto pero haciendo una reforma importante. Lo que está y está sólido, nos parece que debemos mantenerlo, porque aparte el hospital es un ícono de la historia de nuestro país, desde lo asistencial hasta la estructura en sí misma; un HC pensado de una manera diferente en ese momento y que también tiene una riqueza desde el punto de vista edilicio, entonces eso es un argumento fuerte para trabajar una reforma aquí.

Si surge una PPP va a haber que ver cómo se plantea. Y hay cosas que claramente no estamos dispuestos a negociar, o a que se gestione por parte de privados y eso hace que la propuesta sea menos atractiva. La propuesta puede estar, pero luego hay que conseguir un grupo inversor o un inversor que venga y esté dispuesto a hacer eso con esas características.

*-En el juicio ciudadano (JC) se discutió el tema si el estado lo ve como un gasto y no como una inversión, ¿sucede eso?*

-Es una opinión personal, pero yo creo que sí. Este gobierno hizo público, antes de la asunción, su interés por reformar el HC y por refuncionalizar la planta física. Se reconoce la importancia del HC en cuanto a lo asistencial y en cuanto a la creación de recursos humanos, pero hay otras prioridades. Si la prioridad fuera invertir en este hospital ya se hubiera invertido.

En la propia consultoría que hizo el gobierno, el informe fue muy claro: el hospital es imprescindible para el sistema, y en el hospital se hacen el mayor número de consultas ambulatorias, en comparación con los otros dos hospitales de Montevideo; se hace el mayor número de cirugías de estos hospitales; cuando uno hace el estudio del tipo de cirugías, el 90% del HC son de alta complejidad con un bajo porcentaje de 5,6% de cirugías generales, y si comparamos con otros hay un 50% de operaciones de baja complejidad; eso hace que los gastos también sean diferentes desde todo punto de vista. En esa consultoría quedó muy claro el rol que tiene el HC con servicios que son únicos y que solo se hace la consulta acá. Y además el otro rol fundamental, sumado al asistencial es la formación de recursos humanos, la formación es un aspecto fundamental. Pero si hay inversión debe pensarse también en un mantenimiento, que es lo que ha pasado en los últimos años. No solo no hemos tenido dinero para inversión, sino que el dinero que tenemos no es suficiente para mantener. Entonces, cuando uno se plantea arreglar un ducto que recorre todo el HC y sale x millones de pesos, es una inversión que hay que hacerla, pero cuando el dinero no está no se hace, entonces, se hacen soluciones parciales en ese piso que surgió el problema. Esas soluciones parciales generan un costo pero no son efectivas a largo plazo y eso pretendemos cambiar.

*-Recorrimos el HC con el JC y se podían ver dos mundos distintos, zonas realmente nuevas y otros que estaban deteriorados, ¿por qué hay realidades tan diferentes dentro del HC?*

-Por dos motivos. Uno: las inversiones, los dineros que han llegado han sido finitos y han obligado a priorizar y decir se invierte acá o aquí, en esta priorización se ha optado lo asistencial, y esto ha sido siempre así y de hecho sigue siendo así, porque con el poco dinero tenemos hoy se gasta en un plan de contingencia para dejar habitaciones mínimamente dignas, porque van a seguir siendo compartidas, pero mínimamente dignas.

Cuando se prioriza lo asistencial se define qué área se van a arreglar y cuáles no. Siempre se intenta priorizar aquellas áreas que tuvieran un fuerte impacto a nivel de recursos extra presupuestales para poder tener otra forma de ingreso, de hecho hoy en día gran parte de nuestros recursos extrapresupuestales se utiliza para que el HC siga funcionando, si no tendríamos que cerrar. No podemos utilizar esos recursos para desarrollo, desarrollo en inversiones, se utiliza en gastos de funcionamiento pero cuando se priorizó se hizo en función de eso, por eso se apostó en un centro cardiovascular que fuera único en el área. Funciona, pero debería funcionar mejor, sin embargo, tenemos algunos problemas que no hemos podido saldar; por ejemplo, no tenemos el número de block quirúrgico necesarios para que se hagan las cirugías cardiovasculares, pero en esa zona no se invirtió.

Se van haciendo arreglos parciales que permiten seguir funcionando. Ese ha sido la política durante años, viene una cantidad de dinero, como pasó con el dinero de Venezuela , y se invirtieron en el centro cardiovascular y en cti, y así hemos ido generado áreas que están bien y áreas que están en malas condiciones. Pero hay otras áreas en las que no se han invertido nada, por ejemplo tenemos un equipamiento adecuado, porque en Uruguay

tenemos un sistema de adquisición de equipo vs compra de reactivos y eso permite integrarnos a una licitación a nivel pública nacional y así obtenemos mejores precios y mejores equipamientos que están a la altura regional e internacional, sin embargo la planta física no ha recibido cambios desde hace, no quiero mentir, pero por lo menos desde los 20 que estoy yo.

*-Cuando el JC vino al HC fuimos al gimnasio de fisioterapia y el fisiatra comentó que ese gimnasio era de gran calidad, a igual calidad que por ejemplo Cuba, pero que no hay recursos humanos, no se puede usar el potencial que se tiene dada la carencia de recursos humanos, ¿eso también se debe a la falta de dinero?*

-Bueno, el tema de recursos humanos es más complejo. Digo esto porque recién estamos viendo bien qué pasa. En el HC tenemos un porcentaje grande de ausentismo, un porcentaje de ausentismo por enfermedad importante lo cual hace que sea muy difícil manejar los recursos humanos. Gran parte de nuestro presupuesto está asignado a recursos humanos, tenemos hoy por hoy más de 2000 funcionarios. Hay problemas con recursos humanos y hay que hacer una redistribución, parte de esos problemas están vinculados con la planta física, pero es un combo, muchas cosas conspiran contra los recursos humanos. Digo la planta física, porque si yo tengo una sala acá, otra acá y otra en la otra punta, es muy difícil que yo pueda tener solo un recurso humano, ahora si yo tengo ese grupo de pacientes compactado seguramente pueda usar un recurso humano. Las grandes distancias conspiran, entonces esos espacios también conspiran y eso hace que se generen más recursos humanos. Otro aspecto es el porcentaje de ausentismo que tenemos, y ese número hay que trabajarlo como tal, y otro porcentaje por enfermedad. No tenemos el número exacto pero conspira con el buen manejo de los recursos humanos. Hay otras cosas que conspiran para que el recurso humano se quede en el HC: por un lado el salario versus fuera de lo que es la Universidad, y por el otro lado el elemento que vuelve a conspirar es la planta física, un ambiente de trabajo inadecuado, inhóspito que hace que la gente opte por irse al subsector privado u opta por irse a ASSE, y ahí se establece una competencia por los recursos humanos dentro del sistema. Hay que empezar a trabajar, forma parte de una política de cambios que ya empezamos a trabajar, hay muchas políticas que se están cambiando que buscan un llamado de atención. Hay varias cosas, no es que no tengamos el recurso humano por presupuesto insuficiente, tenemos insuficiencia pero también hay otros aspectos.

*-Me hablabas de la competencia entre el subsector privado y el público, en realidad ahí es el Sistema Nacional Integrado (SNIS) está funcionando mal, porque el SNIS se basa en la cooperación de ambos subsectores y en este momento se está compitiendo...*

-Eso es así, la integración no se logró de manera real y con el HC en particular. Se compite por los recursos, sin lugar a dudas. Y es lógico, si las formas de pago son diferentes, si se paga mejor en un lado y los recursos humanos optarán por donde se paga mejor, además de trabajar en mejores condiciones.

*-¿Por qué no se integró el HC al SNIS?*

-Existieron numerosas propuestas, incluso en una propuesta de la red de efectores públicos en salud, en una propuesta de 2014 a 2020, del cual participamos, allí se hizo un análisis de que el HC no estaba integrado y no forma parte de un prestador integrado porque hay áreas que no tienen, y la otra pata floja que tenemos es la atención primaria. Entonces por eso no es prestador integral, pero lo que siempre se planteó es que la figura de prestador integral debería estar integrada con ASSE, sería un prestador integral junto con ASSE y se debería

trabajar en forma conjunta. Eso desde el punto de vista presupuestal, claramente, dificulta el trabajo.

La integración como tal, entre los pocos efectores es muy difícil, pero no hay una política en conjunto. En ese momento se hicieron varios análisis, se planteó la necesidad de cambiar la ley, de que el HC forme parte de un prestador integral, pero eso nunca se llegó a lograr, no hay ningún planteo concreto para lograr el cambio, y lo que se pretendió es que se lograra una integración entre ASSE y HC, pero esa integración es dificultosa porque tenemos diferentes presupuestos para trabajar, entonces hay aspectos que no compatibilizan, ahí es donde entramos a chocar o a no llegar a acuerdos.

Nuestros usuarios son usuarios de ASSE, pero nuestros usuarios son atendidos con un presupuesto universitario, mientras que otros usuarios de otros hospitales con presupuesto asignado para ASSE y, aquello de que cuando hay dificultades en un área deben pensarse en conjunto, no ocurre así. Es muy complicado, la integración real no se está dando, en algunos aspectos sí pero no todos, entonces terminamos compitiendo por recursos humanos.

*-No está integrado legalmente, pero el HC atiende un gran porcentaje de usuarios de ASSE, esto hace que el HC si bien no está en la ley es importante, ¿es pertinente el mismo al SNIS?*

-El HC es fundamental en el SNIS. Los procedimientos que se hacen acá, algunos no se hacen en ningún lado y tiene un rol muy importante en lo asistencial. El HC es fundamental en el SNIS, lo que está faltando es esa integración.

*-¿El hecho de que no esté integrado legalmente lo afectó?*

-Yo creo que sí, desde el punto de vista presupuestal lo afectó. Eso hace que no tengamos un presupuesto asignado de acuerdo al número de usuarios que atendemos. Lo máximo que hemos podido obtener es un convenio con ASSE en el cual se hace un traspaso de fondos para gastos de funcionamiento, pero tampoco eso es lo que queremos. Queremos un HC universitario, con servicios de referencia, abiertos a toda la población. Pero para que se de eso debemos tener, mínimamente, una planta adecuada. Hay pacientes que son hospitalizados en el área de trasplantes y cuando ya no requieren cuidados intermedios, tienen que pasar a un área de cuidados moderados que no son adecuadas, ahí tenemos problemas de que el HC no funcione como una unidad, seguramente si las condiciones sean mejores tendríamos un mayor número de pacientes.

*-¿Cómo se financia hoy en día el HC?*

-El HC se financia con recursos presupuestales universitarios, alrededor de un 20% del mismo, eso nos permite tener asignado alrededor de 200 millones de pesos para gastos más 120 millones para recursos humanos, y esa es la financiación. Luego tenemos un convenio de ASSE que es para gastos de financiamiento que son 70 millones de pesos anuales que se reajustan de acuerdo a producción. Y luego recursos extrapresupuestales andan en 300, 400 millones de peso que permiten que siga funcionando el HC y sin eso no se podría. En este presupuesto tenemos por rentas generales 55 millones más en 2016 y 55 más en el 2017 lo que estaría dando 100 mil más para poder funcionar.

Valentina Caredio