

Trabajo final de grado

Licenciatura en Comunicación

The image shows the exterior of a modern building with a large glass facade and a brick wall. The building is labeled "POLICLINICO" in large blue letters on the roof. A large blue banner with white text is overlaid on the center of the image. In the foreground, there is a paved walkway with a geometric pattern of black and white tiles, bordered by a low brick wall and a metal railing.

ASISTENCIA SANITARIA EN LA REGIÓN NORTE

**Dulce Fontenla
Martina Ruiz
Tutora: Natalia Uval**



En primer lugar, gracias a mi mamá por ser mi principal apoyo y sostén para que siga mi pasión por el periodismo. Agradezco a dadá que me acompañó con amor durante todo mi trayecto académico y a mis amigas por la motivación para que me digan Licenciada. Agradezco a Martina por las noches compartidas de estudio y a Duki, por ser mi “salvavidas”.

–Dulce

Gracias infinitas a mis padres, hermanos y abuela por estar desde el comienzo y apoyarme incondicionalmente. A mis amigos por motivarme, escucharme y leerme. Y a las personas con las que conecté en este trayecto, gracias por acompañarme en momentos de dificultades y alegrías.

–Martina

Un especial agradecimiento a nuestra tutora Natalia Uval que nos guio en la carrera. A todo el personal de salud, los pacientes y académicos que contribuyeron en la realización de este trabajo final de grado.



Índice

Introducción	3
Tema de investigación.....	3
Campo de investigación.....	3
Justificación del tema	4
Objetivos de la investigación.....	7
Objetivo general:.....	7
Objetivos específicos:	7
Hipótesis.....	7
Preguntas de investigación	7
Metodología	8
Investigaciones previas	8
Antecedentes en Uruguay.....	11
<i>Morir en la capital: desigualdad en la asistencia sanitaria de la Región Norte</i>	<i>13</i>
La importancia de invertir en la salud.....	14
Cuando la cura se hace esperar: especialistas y la distancia	16
Detrás del microscopio: anatomopatólogos en acción	20
¿Qué tengo, doctor?	22
Santo remedio: prevención y políticas públicas en salud	26
¿Cómo salvar vidas?	27
Post Mortem	34
El lado esperanzador	38
<i>Notas de resiliencia: Paola Cruz y su emotivo regreso a los escenarios</i>	<i>40</i>
<i>Conclusiones</i>	<i>44</i>
<i>Reflexiones individuales</i>	<i>46</i>
Dulce Fontenla: “Cuando la vida pende de un hilo”	46
Martina Ruiz: Voces de la salud.....	48
<i>Referencias bibliográficas.....</i>	<i>51</i>
<i>Referencias de pedidos de acceso a la información pública</i>	<i>59</i>
<i>Anexo</i>	<i>60</i>
Indicadores asistenciales de ASSE 2022	60
Profesionales de la salud por departamento.....	61
Listado de personas entrevistadas y consultadas.....	62



Introducción

A través de este trabajo final de grado se buscó problematizar una temática de gran relevancia social como es la salud pública, pero enfocándola en la Región Norte. En los últimos tiempos este tema cobró mayor relevancia en los medios de comunicación y la pandemia de COVID-19 evidenció muchas fallas en el sistema sanitario, las cuales se describen y profundizan aquí. Se intenta comprender el proceso de descentralización de la salud y cómo funcionan los hospitales más allá de la capital del país.

El diálogo con los pacientes y el personal médico permiten conocer la situación de esa región. El punto de encuentro en los relatos fueron la guía para entender qué caminos seguir en la investigación. Los reclamos y las experiencias individuales de los usuarios de ASSE fueron los pilares fundamentales junto a las descripciones de profesionales de la salud y académicos que se consultaron para la construcción del presente trabajo.

Tema de investigación

En esta investigación se estudiará la asistencia sanitaria en la Región Norte de Uruguay. Se partió del criterio de regionalización impuesto en la Reforma de la Salud y del Sistema Nacional Integrado de Salud vigente desde 2007. Si bien se intenta aplicar las propuestas para mejorar la atención en salud, se ha visto en los últimos años que existen carencias en los centros de esa zona relacionados con la falta de recursos humanos, la escasez de equipamientos y deficiencias en la infraestructura tanto hospitalaria como en la gestión de traslados.

Campo de investigación

Los centros hospitalarios que se tomarán en cuenta son aquellos ubicados en la Región Norte (Artigas, Paysandú, Rivera, Salto, Tacuarembó) y las Redes de Atención Primaria de cada departamento a cargo de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Se ahondará en los hospitales de las siguientes ciudades: Artigas, Bella Unión, Salto, Paysandú, Rivera, Tacuarembó y Paso de los Toros. Se considerarán también los RAP de cada uno de los departamentos. A su vez, se contrastará el estado de situación con los algunos de los centros asistenciales de la Región Sur (Montevideo y Canelones), estos son el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Hospital Maciel, Hospital Pasteur, Hospital Español, Hospital Saint-Bois, Instituto Nacional del Cáncer, Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología y las RAP de



la zona metropolitana. Por último, se incluirá el Sistema de Atención Médica de Emergencias, abreviado como SAME, que depende de salud pública.

Justificación del tema

Un sistema de salud es el conjunto de recursos utilizados para satisfacer las necesidades sanitarias de la población y así garantizar una buena calidad de vida en las personas. Está compuesto por el personal de salud (médicos, técnicos, administrativos y servicio), bienes materiales como edificios, equipamientos, dispositivos médicos y medicamentos; sistemas de información como las historias clínicas y recursos financieros que permiten pagar lo anteriormente mencionado. Sin embargo, las carencias en alguno de estos aspectos se hacen notar en la Región Norte (Artigas, Paysandú, Rivera, Salto y Tacuarembó), lo que impide que los ciudadanos reciban un óptimo acceso a la asistencia.

Para que dicho sistema sea exitoso es necesaria la planificación sanitaria que según define la Organización Mundial de la Salud, es el proceso mediante el cual se identifican las necesidades, problemas y recursos disponibles para poder resolverlos de formas “realistas, factibles y proyectar acciones administrativas”. Cuenta con seis etapas: caracterización de la situación, definición de prioridades, establecimiento de objetivos, elección de actividades y recursos, ejecución y evaluación que deben darse en simultáneo.

De acuerdo con lo explicado en el libro “Conceptos y fundamentos metodológicos para la definición de Objetivos Sanitarios Nacionales” la caracterización de un problema de salud es una tarea compleja que implica definir, analizar e identificar soluciones para satisfacer las necesidades y demandas no satisfechas que constituyen el problema. Luego se diseñan estrategias de intervención y metas a cumplir. En este contexto, la brecha entre una situación óptima y la situación real es la necesidad, por lo que, se deben ordenar por prioridad y decidir las acciones requeridas para resolver el conflicto.

Es entonces que la Salud Pública es el componente de los sistemas sanitarios que tiene como objetivo cuidar y mejorar la salud de las poblaciones mediante un conjunto de acciones estatales. Acceder a ella es un derecho fundamental de todo ser humano, así que el Estado tiene el deber de garantizarlo. El artículo 44 de la Constitución de la República establece que:

El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el



deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes (Uruguay, 1967).

Resulta fundamental llevar a cabo políticas gubernamentales respecto a la atención médica y que los centros hospitalarios contribuyan con que se promueva, proteja y restaure la salud. Las políticas públicas del sector implican disposiciones sistémicas que son pilares estructurales para asegurar el acceso, cobertura y prestación eficaz de servicios. Además, hay políticas de salud pública en sí que son intervenciones puntuales centradas en la prevención y promoción y están las políticas intersectoriales que se aplican para facilitar la equidad.

Para facilitar el correcto funcionamiento de los servicios sanitarios, la ley N° 18335 regula los derechos y obligaciones tanto de pacientes como usuarios de los centros hospitalarios. La legislación dispone que todas las personas tienen derecho a recibir una atención integral de salud sin discriminación y de calidad. Para eso, las instituciones cuentan con profesionales capacitados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública. Las personas escogen el sistema asistencial de su preferencia, pudiendo cambiarse de institución si así lo desean, siempre y cuando se sigan los pasos correspondientes. Además, el usuario tiene el derecho a acceder a medicamentos, exámenes, diagnósticos, estudios de laboratorio y sus respectivos resultados.

A nivel institucional, el MSP desarrolla políticas públicas para fomentar una vida saludable. En el área de medicina preventiva y social se trabaja a partir de la salud colectiva y se detectan los factores de riesgo que provocan las enfermedades y las muertes en una comunidad. En base a esta información se ejecutan planes de acción y programas específicos para disminuir la morbilidad y la mortalidad. Se entiende por morbilidad a la cantidad de personas que se enferman dentro de una población en un período determinado mientras que la mortalidad es un fenómeno que evidencia el efecto final de la pérdida de la salud. Uno de los métodos a los que se recurre es a los diagnósticos de *screening*, es decir, la detección precoz de enfermedades en una población de riesgo, lo que permite que si se identifica lo antes posible, se le brinde un tratamiento más exitoso. A su vez, se llevan a cabo campañas de bien público de prevención de enfermedades y vacunación que son difundidas en los medios de comunicación y redes sociales para hacer recomendaciones sobre alguna afección puntual.

Una vez en el hospital, los procedimientos médicos a seguir son de mutuo acuerdo entre el paciente y el profesional, teniendo este último la responsabilidad de informar al usuario sobre la enfermedad que cursa y los procedimientos a seguir, aunque la decisión de continuar



o no con los tratamientos depende de la persona. El trato brindado en el centro asistencial debe ser respetuoso y digno, priorizando salvar la vida de las personas y tratando con dignidad y respeto la muerte del usuario hospitalizado. En efecto, algunos de los mecanismos que se pueden aplicar son la regulación, la legislación, la gestión económica y sanitaria, el desarrollo de políticas públicas y la formación de profesionales médicos aptos.

Por tratarse de un tema con aval constitucional y por atravesar a la ciudadanía en su conjunto, es fundamental y de gran urgencia social hacer un abordaje del sistema sanitario de los lugares más distantes de Montevideo. Como la mayoría de los servicios están centralizados en la capital, prolifera la preocupación sobre el funcionamiento de los mismos en el interior y la salud no es la excepción. Si bien hay Redes de Atención Primaria y hospitales departamentales en todo el país, el contraste entre los ubicados en la Región Norte y Sur, ameritan ser estudiados. Hasta el momento, no se ha abordado ningún análisis exhaustivo de la situación de salud del interior, por lo que esta investigación hará un aporte novedoso.

Se considera importante describir el sistema de salud, junto a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la cura de las enfermedades y las afecciones que llevan a la muerte. Se busca entender las etapas por las que transita un paciente desde que requiere la atención médica hasta que es dado de alta y problematizar el proceso que no siempre se da adecuadamente. Los principales indicadores que generan fallas son la distribución de especialistas médicos, equipamientos y ambulancias. Además, se considera importante abordar el servicio de las emergencias médicas a cargo de ASSE ya que son cruciales para brindar primeros auxilios. Todos estos aspectos son sustanciales ya que pueden afectar a las distintas fases del ciclo de la atención que reciben los usuarios y en el peor de los casos ocasionar su fallecimiento. Podría establecerse una relación directa entre la asistencia médica tardía y las principales causas de mortalidad. Para ello, las estadísticas vitales brindadas por el MSP de 2022 serán la base para confirmar o refutar dicho paralelismo.

Con esta investigación se dará cuenta del estado de situación de una problemática que atraviesa al interior del país. Si bien en los últimos años se han dado pequeños logros que contribuyen con la descentralización de la salud pública, aún hay mucho por hacer y es mediante la cercanía que se generará con la población de estudio junto a la información recabada, la forma en que se entenderán las posibles soluciones a futuro.



Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Descubrir las principales carencias de la salud en la Región Norte: analizar cómo afecta a las personas con patologías. Evaluar la calidad de la atención sanitaria de las especialidades relacionadas con las principales causas de muerte naturales e identificar qué factores han contribuido a las tendencias de mortalidad.

Objetivos específicos:

1. Explicar los distintos procesos a los que se someten los pacientes, desde la asistencia ambulatoria hasta tratamientos que requieren la permanencia en el hospital.
2. Analizar la relación entre el acceso a la asistencia sanitaria y la mortalidad, considerando los tiempos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades.
3. Estudiar la percepción y experiencia de los pacientes con respecto a la atención médica recibida en los centros asistenciales de ASSE.
4. Indagar en la labor de los profesionales de la salud para conocer cómo llevan a cabo los procesos hospitalarios.

Hipótesis

Existe una distribución desigual de especialistas médicos y equipamiento en salud pública que genera insatisfacción entre los usuarios y dificulta la prestación de una óptima atención.

Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es la relación entre la calidad de la atención médica y las principales causas de muerte en la Región Norte?
2. ¿Qué desafíos enfrentan los trabajadores de la salud y cómo influye a la hora de brindar servicios médicos de calidad?
3. ¿Cuál es la percepción de los pacientes sobre el funcionamiento hospitalario?
4. ¿Cómo influye la detección temprana de enfermedades en las tasas de mortalidad?
5. ¿Cuál es el rol de la medicina preventiva, las políticas públicas del MSP y el Estado en la prevención de enfermedades y en la salud de la población?



Metodología

En la presente investigación, se recurrió a métodos periodísticos de obtención de información para profundizar en el sistema sanitario, el tratamiento de enfermedades y la mortalidad.

En primera instancia, se realizaron entrevistas con profesionales de la salud, personal honorario y pacientes para obtener un abordaje en profundidad de los distintos puntos de vista de la situación actual de los hospitales departamentales de la Región Norte. A su vez, se consultó a personas que trabajan y se atienden en la Región Sur para obtener una visión global del sistema sanitario y poder así comparar y sacar conclusiones por contraste de las condiciones en la capital y en el interior del país. Al conocer la realidad de forma más directa, se pudo entender las principales fortalezas y debilidades de los centros hospitalarios a cargo de ASSE, y en efecto, eso nos permitió saber en qué aspectos hacer foco para proseguir con el trabajo de investigación.

En segundo lugar, se recurrió a la obtención de datos estadísticos sobre la realidad de la asistencia sanitaria, teniendo como principales fuentes aquellos publicados por el Ministerio de Salud Pública y los organismos que trabajan en cooperación con dicho gabinete como el SINADI y Departamento de Estadísticas Vitales. También se consultaron organizaciones internacionales vinculadas con el área de interés como la OPS y OMS. A su vez, se recabaron cifras demográficas del Instituto Nacional de Estadística (INE) y económicas de la web de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Por su parte, la solicitud de los pedidos de acceso a la información pública permitió el acceso a datos inéditos, completos y actualizados que resultaron fundamentales para analizar la relación entre la asistencia en salud y la mortalidad en la Región Norte. En todo caso, se recurrirá a elementos gráficos de elaboración propia para facilitar la visualización y comprensión.

La elección de este método se basó en buscar brindar una visión integral para poder realizar una evaluación lo más abarcativa y objetiva posible del estado de situación de la atención hospitalaria en los sitios más alejados de la capital uruguaya.

Investigaciones previas

Se identifican diversas investigaciones locales vinculadas con el área salud, si bien ninguna aborda en simultáneo todos los temas del interés del presente trabajo, lo cual evidenciaría lo novedoso de la propuesta de “Asistencia sanitaria en la Región Norte”.



Uno de los estudios más recientes se llama “Procedimiento para evaluar el desempeño de las redes sanitarias públicas. Aplicación en una red de atención primaria de Uruguay” que fue publicado por la Revista Uruguaya de Enfermería y cuyo enfoque es cuantitativo. El enfermero Milton Sbárbaro Romero (2017) desarrolla su trabajo dentro de lo que llama “una red de efectores públicos del primer nivel de atención” en nuestro país. Su objetivo es mostrar la aplicación de un procedimiento creado para evaluar el desempeño de esas redes. Para eso, recurrió a índices matemáticos que permiten analizar el modelo de atención, gobernanza, estrategia, organización, gestión y financiamiento abordado desde el funcionamiento de la institución y desde los actores particulares (usuarios, equipo de salud y directivos). Los resultados mostraron que la implementación del procedimiento fue exitosa y que los cálculos planteados permitieron medir el desempeño de las redes de salud. De ese modo, se expuso que el actual estado de situación no logra satisfacer los estándares que exige la Organización Panamericana de la Salud, por lo que aún hay mucho por avanzar.

El artículo científico de Sbárbaro Romero se conecta con el presente trabajo de grado en medida que permitió conocer de antemano el desempeño de Redes Públicas de Salud como la Red de Atención Primaria (RAP) que están presente en los departamentos estudiados y será de gran importancia a la hora de abordar los distintos centros de salud de la región, más allá de los hospitales departamentales.

Respecto a la reforma de la salud, hay múltiples trabajos finales de grado de la Universidad de la República que tocan el tema. Desde la Facultad de Ciencias Sociales se identifican dos producciones escritas directamente relacionadas con dicho tópico.

En primera instancia, se encontró la monografía “Reforma de la salud en Uruguay: avances y vacíos” realizada por Patricia Barot Costas (2016). El propósito del estudio es analizar los adelantos y lo que aún está pendiente en materia hospitalaria desde que se implementó la reforma en diciembre de 2007. A su vez, se consideran los cambios en las políticas públicas del área desde la asunción de gobiernos progresistas. En síntesis, la investigación arrojó avances en materia de decretos que exoneran pagos sobre medicaciones para personas con enfermedades crónicas y que se logró que las órdenes médicas de niños y embarazadas sean gratuitas. Aun así, Barot expresa que hay cosas para mejorar.

En segundo lugar, hay registro de la investigación “La reforma del sistema de salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay: los desafíos del cambio” ejecutada por Marcelo Pérez (2009) quien se plantea como objetivo principal comprender las características de la reforma sanitaria así como los apoyos y vetos sobre la misma en el marco



del primer mandato del Frente Amplio. Expresa que “implica un cambio en la política social y una transformación en un área muy sensible para la población”. Realiza un abordaje descriptivo del tema central, de la coyuntura política y los principales actores involucrados para llegar a concluir que el SNIS pudo avanzar respecto a la desmercantilización, ya que el Estado asume el derecho de las personas y la responsabilidad de asegurarlo. Cree que el Poder Ejecutivo en sí tiene un rol fundamental al impulsar el Presupuesto Nacional que contempla a la salud, generando también variaciones en el modelo de financiamiento y marcos jurídicos generales que respaldan al Sistema Nacional Integrado de Salud.

En el repositorio de tesis de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración se identifica “Análisis y perspectivas del proceso de reforma del sistema nacional integrado de salud en Uruguay, con énfasis en el financiamiento de los prestadores” escrita por María Luján Rapetti y Patricia Soto (2009). La monografía analiza la reforma que llevó a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud pero ahonda en el financiamiento de los prestadores en relación al gasto sanitario del país. Se concluye que la reforma trajo consigo cambios y que “Uruguay cuenta con una situación privilegiada en relación a muchos países de la región y el mundo” aunque se deben hacer ajustes en la remuneración médica y burocracia de las instituciones. Consideran que si se implementan los cambios todos los actores del sistema de salud se verían beneficiados a nivel sanitario y monetario.

Por último, se encontró un artículo relacionado con el sistema sanitario titulado “Sistema de salud de Uruguay” el cual fue escrito por Daniel Aran y Hernán Laca (2011) y está publicado en la biblioteca electrónica Scielo. Este documento describe la estructura y funcionamiento del sistema sanitario de nuestro país, contemplando los recursos asignados y la participación de los usuarios. A su vez, se analizaron las modificaciones realizadas por el Sistema Nacional Integral de Salud que están vigentes desde 2007 incluyendo el FONASA, el Seguro Nacional de Salud y el Programa Integral de Atención.

A su vez, el Departamento de Medicina Preventiva y Social publicó el libro “Temas de salud pública” (2008) en el que se abordan, entre otros temas, los aspectos determinantes de la salud, los diversos niveles y estrategias de prevención, la situación epidemiológica y análisis sanitarios del Uruguay. En las páginas de esta obra también se aborda la descentralización de ASSE y la creación tanto del Sistema Nacional de Salud como del FONASA.

Todas las investigaciones previas antes mencionadas se enfocan en las reformas que se hicieron en la salud que son la base del sistema que conocemos actualmente en que se



brinda un acceso universal a la cobertura, se busca descentralizar la atención sanitaria y se regionalizaron las áreas de salud, aspectos en los que se profundizará en el presente trabajo.

Es necesario considerar que ninguno de los artículos mencionados centra su atención en una zona geográfica en particular, como se pretende hacer en la investigación en desarrollo. En perspectiva, pareciera hacerse un aporte al elegir una región sobre la cual hacer foco, porque no hay precedentes en trabajos finales de grado y tampoco en publicaciones de revistas profesionales: todos tratan el tema a nivel Uruguay y no según la realidad departamental o regional.

Antecedentes en Uruguay

Para comenzar, se hace un relevamiento del marco legal que provee la Constitución de la República referido a la asistencia en salud. Estas son:

LEY N° 18131: Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

LEY N° 18161: Creación de ASSE como servicio descentralizado.

LEY N° 18221: Creación, funcionamiento y financiación del SNIS.

LEY N° 18335: Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud.

LEY N° 19353: Aprobación de rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal.

LEY N° 19628: Creación del marco normativo de expedición de certificados de defunción.

DECRETO LEY N° 15181: Obligatoriedad de la cobertura de atención médica.

DECRETO LEY N° 19.535: Asistencia de urgencia y emergencia en todo el territorio nacional.

Cabe destacar que el Ministerio de Salud Pública cuenta con varios organismos enfocados a distintas subáreas sanitarias que fueron consultados para reforzar la investigación.

En primer lugar, el Sistema Nacional de Información (SINADI) proporciona y publica datos referentes a los prestadores de salud nacionales tanto públicos como privados. Uno de los informes de mayor relevancia para el presente trabajo de grado fue “Población afiliada a ASSE por tipo de afiliación 2012-2022” que explica la distribución de usuarios por departamento y si cuentan o no con asociación por FONASA. A su vez, se consultó el documento “Indicadores asistenciales de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, por departamento, 2010-2022”. en el que se obtiene información sobre la población, distribución de camas, uso de servicios ambulatorios, internación, intervenciones quirúrgicas y servicios de diagnóstico en los hospitales.

Por su parte, hay un Área de Economía de la Salud que presentó el documento “Desempeño de los principales prestadores del SNIS 2019” que actualiza los datos referentes



a la cobertura, características de usuarios y relevamiento de las funciones y gastos de hospitales públicos y los contrasta con las mutualistas. Los aportes económicos y financieros que presentan parten del Ministerio de Economía y Finanzas y de la Contaduría de la Nación, por ende, aporta un entendimiento multifacético de la situación sanitaria a nivel monetario.

Luego, se consulta el Departamento de Estadísticas Vitales, también a cargo del MSP que publica de forma semestral y anual los indicadores referentes a la natalidad y mortalidad en Uruguay. En este caso, se enfatizará en el número de defunciones, la causa de fallecimiento (según el criterio CIE-10), el departamento de residencia y lugar de ocurrencia del hecho pero para obtener datos que aún no están online, se solicitó al MSP un pedido de acceso.

Uno de los antecedentes a destacar es el “Primer Censo Nacional de RRHH de la Salud” realizado en 2008 que abordó aspectos como el lugar de nacimiento, residencia y lugar de trabajo de los médicos, además de analizar su distribución en términos de edad, sexo y especialidades. Aunque no se ha llevado a cabo otra encuesta similar desde entonces, el MSP presentó en 2017 un informe sobre Recursos Humanos en Salud que brindó datos más actualizados sobre la situación en ese campo.

Además, se consultó el “Nuevo Régimen de Trabajo Médico” de 2018 para analizar la distribución de horas laborales, los cargos de alta dedicación y salarios del sector. Asimismo, se consulta Presupuesto Nacional, especialmente en lo relacionado con la salud, que se encuentra disponible en el sitio web de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

Por último, se hace un relevamiento de noticias en los principales medios de comunicación uruguayos y comentarios en redes sociales con el único propósito de tener un panorama del estado de situación sanitaria del país aunque no sea foco de análisis de la investigación.



Morir en la capital: desigualdad en la asistencia sanitaria de la Región Norte

La centralización del sistema de salud genera dificultad en el acceso y atención médica lo que enlentece los procesos de los habitantes que residen más lejos de la capital.

Los datos proporcionados por ASSE comprueban la falta de especialistas, ambulancias y equipamientos de diagnóstico que generan desafíos notables en la atención en salud. Los usuarios manifiestan preocupación por el funcionamiento del sistema y las posibles consecuencias en sus patologías médicas.



1. Foto tomada de ASSE.

La sanidad en Uruguay ha implementado múltiples cambios desde que se aprobó en 2007 la ley N° 18.211 que dio inicio al vigente Sistema Nacional Integrado de Salud. La principal incorporación que trajo consigo esta normativa es la reglamentación del derecho de todos los habitantes a proteger su salud, por eso el Estado debe garantizar una cobertura integral. Con ese fin se creó el Seguro Nacional de Salud que es financiado por el FONASA, lo que significa que tanto a los trabajadores como a las empresas se les descuenta un porcentaje de sus ingresos mensuales para aportar al Fondo Nacional de Salud y en consecuencia, deben



elegir un prestador donde ser atendidos. En caso de escoger una mutualista, el dinero descontado del sueldo será tomado como parte de la cuota mensual, mientras que si se elige la atención de ASSE, es gratuita.

En 2012 se crearon las Redes Integradas de Servicios de Salud de base Regional (RISS-R) como parte del proceso de descentralización de ASSE que había comenzado en 2007. Se dividió al país en cuatro regiones (Norte, Sur, Este y Oeste) con el objetivo de facilitar la gestión y el acceso a la salud de los usuarios. De esta forma, se implementó la estrategia de las Redes de Atención Primaria, como un nivel inicial de atención, que consiste en una puerta de entrada al sistema para resolver los problemas de salud más frecuentes y conectarlos con los otros niveles. Actualmente hay 17 redes en funcionamiento distribuidas en todo el territorio nacional y hay cientos de policlínicas municipales que también forman parte de esta instancia sanitaria. Normalmente, los síntomas y signos que no pueden resolverse allí se derivan al segundo nivel, es decir los hospitales: aquí se entra en contacto con los especialistas médicos y es donde se tratan el 95% de los problemas de salud de los uruguayos. Hay 66 centros asistenciales públicos de los cuales 15 se encuentran en Montevideo y 51 en los otros departamentos. En caso de precisar una atención de patologías que requieran procedimientos especializados y de alta tecnología, se lleva a los usuarios al tercer nivel de atención, que está integrado por centros especializados como el Instituto Nacional del Cáncer, el Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología y el Centro Nacional de Quemados dentro del Hospital de Clínicas.

La importancia de invertir en la salud

Las prestaciones que brinda ASSE son financiadas por las partidas de rentas generales que son parte del Presupuesto Nacional y por los ingresos que provienen del FONASA. Además, reciben dinero de la venta de servicios y el abono de los afiliados de las cuotas prepagas.

De acuerdo con lo publicado por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el presupuesto asignado para el año 2022 fue de 805.346 millones. Esta suma se distribuye entre áreas programáticas que representan las diversas funciones y programas que el Estado lleva a cabo. Por lo general, no se usa la totalidad de los fondos asignados, y en este caso específico, se ejecutó el 96%. En cuanto al sector de la salud, el gobierno destinó inicialmente \$94.992,3 millones para cubrir servicios sanitarios, políticas, normativas, así como para el desarrollo e investigación en temas médicos. Sin embargo, a lo largo del año, la ejecución presupuestaria se situó en \$92.792,8 millones.



En lo referente a la atención integral de la salud, área específica que abarca estrategias para asegurar un acceso óptimo al sistema sanitario, se asignó un monto de \$86.047,8 aunque la ejecución finalizó en \$84.313,1 millones. Dentro de esta categoría se incluye ASSE, entidad para la cual se ejecutaron \$50.414.032, equivalente al 74% del presupuesto destinado a las Redes de Atención Primaria (RAP) y centros hospitalarios. Para la atención de urgencias, emergencia prehospitalaria y traslado se ejecutaron \$11.125,6 millones que es el 100% de lo presupuestado.

En el informe presentado por el Área Economía de la Salud del MSP titulado “Desempeño de los principales prestadores del SNIS 2019” se expone que en los últimos diez años se han registrado los recursos que provienen del FONASA se han quintuplicado y se estima que se ubican en \$17.684 millones de pesos. Este crecimiento refleja una tendencia a una mayor contribución financiera a las actividades del organismo que alcanzó en 2019 un aumento al 20%. Dentro de los egresos económicos de ASSE se incluyen pagos al personal, gastos en medicamentos, suministros y materiales. También se asignan fondos para el funcionamiento y mantenimiento de hospitales, así como para los servicios asistenciales contratados.

Asignación y ejecución presupuestal 2022

Departamento	Presupuestado (en millones de \$)	Ejecutado (en millones de \$)	Gasto relativo por usuario (en \$)	Cantidad de usuarios
Artigas	1082	1079	17921	58681
Montevideo	7962	7941	19200	413631
Salto	1245	1241	15873	78272
Paysandú	1288	1282	19440	66036
Rivera	904	901	12907	69841
Tacuarembó	957	953	14152	67420

Tabla 2. Fuente: Elaboración propia. Información tomada de OPP.

En la tabla se muestran las cifras según la información que brinda el Portal de Transparencia Presupuestaria de OPP acerca del Presupuesto Nacional. Si se tiene en cuenta los hospitales de cada departamento, se aprecia que Montevideo es el que recibe mayor cantidad de recursos y el que más gasta en todo el país por ser el más habitado. En la Región Norte, donde más presupuesto se asigna es en Paysandú, que pese a tener un solo centro hospitala-



rio, cuenta con una cifra bastante elevada de inversión estatal, y aún más, es donde más dinero se deriva por usuario superando incluso a la capital. Asombra que Tacuarembó, pese a albergar un hospital de referencia para esta región, es uno de los que menos recursos recibe, junto con Rivera y Salto. Esto evidencia que no hay una proporción entre los fondos ejecutados y el número de usuarios, es decir, son bastante poblados, pero se encuentran en desventaja en comparación con los anteriores como Artigas donde hay menos personas.

De acuerdo con un informe realizado por el Sistema Nacional de Información (SI-NADI) en septiembre de 2022, el prestador de salud con más usuarios es ASSE. Según las cifras publicadas son 1.541.593 personas quienes allí se atienden: 71.46% viven en el interior, mientras que el 28.54% residen en Montevideo. Si bien en los últimos años se implementó un proceso de descentralización, apostando por la apertura de nuevas policlínicas, convenios y avances en la infraestructura de los centros asistenciales, aún sigue habiendo aspectos a trabajar sobre todo en la Región Norte, en la que se brinda atención a 351.820 asociados, lo que representa un 26,82% del total.

Cuando la cura se hace esperar: especialistas y la distancia

Para acceder a una hora con un especialista, el usuario puede acercarse al centro hospitalario de referencia para solicitar una fecha o llamar a la línea telefónica 0800 de reserva de hora a través de teléfonos fijos, dependiendo del protocolo de cada hospital. A su vez, ASSE incorporó una agenda web para los usuarios mayores de edad que cuenten con un usuario gub.uy disponible a nivel nacional que permite, en principio, reservar fecha con un médico general, obstetra partera y/o médicos de familia. El trámite se realiza desde la página web asse.com.uy y desde allí se escoge qué profesional se desea visitar, en qué departamento y fecha y hora de la consulta, dentro de los que se encuentran disponibles.

A pesar de las diferentes vías de contacto de ASSE, el acceso a la consulta con un médico tratante es una constante preocupación entre los pacientes del interior, ya que no siempre consiguen la cita en tiempo y forma. El Ministerio de Salud Pública reglamenta los tiempos de espera para acceder a una consulta en el Decreto N° 359/007 y establece que, una vez que se solicita una cita con un médico general, pediatra o ginecobstetricia se debe asignar una fecha en un plazo máximo de 24 horas. En caso de que se pida hora para cirugía general, el plazo máximo es de dos días, mientras que las consultas para las especialidades médicas y quirúrgicas son coordinadas dentro de un plazo no mayor a 30 días. Cuando se trata de operaciones que no son urgentes, deberán agendarse en un plazo inferior a 180 días una vez que



fue indicado por el especialista correspondiente. Pese a esto, la realidad es distinta: los usuarios reclaman más cantidad de médicos para obtener una consulta lo antes posible. En promedio, en la Región Norte el total de consultas no urgentes en el 2022 fue de 2 por usuario, mientras que en Montevideo fue 2.5. En cuanto a consultas a especialistas por paciente, también hay un cambio significativo: en la Región Norte es de 0.42 y en Montevideo es de 0.7, por lo que es casi el doble.

Atención ambulatoria por año (por usuario)

Departamento	Consultas no urgentes	Consultas urgentes	Consultas a medicina general	Consultas a especialistas
Artigas	2.0	1.2	1.0	0.4
Montevideo	2.5	1.1	0.8	0.7
Salto	1.7	0.8	0.7	0.4
Paysandú	2.3	0.9	1.1	0.5
Rivera	1.9	1.1	1.1	0.4
Tacuarembó	2.0	1.0	0.9	0.4

Tabla 3. Fuente: Elaboración propia. Información tomada del SINADI.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se requieren 23 médicos, enfermeras y parteras cada 10.000 habitantes para lograr una óptima atención. Si se tiene en cuenta los números del norte del país, hay un total de 85 médicos por cada 10.000 habitantes lo que supera el mínimo recomendado, pero se debe tener en cuenta que en Montevideo hay 135 médicos por cada 10.000 afiliados. La limitada disponibilidad de doctores en ASSE repercute en los tiempos de espera a los que se enfrentan los pobladores de Artigas, Paysandú, Rivera, Salto y Tacuarembó que pueden pasar meses sin ir a consulta, aspecto que en muchas ocasiones conlleva a un deterioro en la salud con consecuencias que podrían ser irreversibles.

Si bien hay menos especialistas en la Región Norte que en Montevideo, cumple con creces la recomendación de mínimo de profesionales por habitante establecidos por la OMS. Por ejemplo, el Hospital de Salto es el que cuenta con más médicos generales siendo 42 los profesionales de esa área y a su vez, es el departamento más poblado de la región por lo que



habría una relación proporcional entre doctores y pobladores. Mientras tanto, en lugares menos poblados como Bella Unión y Paso de los Toros, los centros asistenciales cuentan, en ambos casos, con 12 médicos generales cada uno. Además, se debe considerar que tanto en Artigas como Tacuarembó también hay hospitales en las capitales, por eso se cumple con lo recomendado por las organizaciones internacionales.

En Montevideo es donde se concentra la mayor cantidad de población del país por lo que naturalmente también se encuentran la mayoría de los profesionales. El hospital que cuenta con más médicos generales es el Pasteur con 38 y el que cuenta con menor cantidad es el Pereira Rosell, ya que al ser un centro especializado para niños, predominan allí los pediatras.

En resumen, hay una lógica en la distribución de profesionales según la densidad poblacional, en localidades pequeñas hay menos funcionarios y en grandes ciudades la cifra es mayor. Entonces surge la interrogante de por qué hay dificultades para conseguir hora con un médico. El relato de Fredy Paz, licenciado en enfermería de la policlínica de militares retirados de Tacuarembó, describe que “las fechas de consulta con especialistas te las tiran para adelante porque hay pocos, muchos recorren varios departamentos entonces hay que esperar”. Este departamento tiene 68.563 afiliados en ASSE y cuenta con 8 cardiólogos, 6 ginecólogos y 2 oncólogos.

Es relevante resaltar la experiencia de Luis Sosa, que a pesar de ser de Cerro Largo y no corresponder a la Región Norte, todavía se repite la situación. Sosa es un paciente cardíaco que sufrió un infarto de miocardio, por lo que necesita controles frecuentes y medicamentos específicos para sus afecciones, pero su cardiólogo “viene de Montevideo, dos veces por semana y es el único que atiende”, entonces no recibe un óptimo seguimiento.

Desde el punto de vista de Ángel López, también paciente cardíaco, “hay un problema muy grande con la asistencia, cada vez que vas al hospital no hay médico, no hay fecha o directamente no te atienden”. Su centro de cabecera es el Hospital de Rivera en el que hay 418 profesionales, de los cuales solo 4 son cardiólogos para atender a 72.721 usuarios. Todo comenzó con un accidente laboral en mayo de 2020, que le despertó dolores en el pecho y fue tratado con calmantes, pero como las molestias persistían, luego de 24 horas los médicos se percataron de que tuvo un infarto. Al repetirse los síntomas fue derivado al Instituto de Cardiología Intervencionista (INCI) en Montevideo y durante el viaje le dio un segundo ataque al corazón. Allí llegó con menos de una hora de vida, pero no solo se resolvió el cateterismo cardíaco agendado, sino que también fueron necesarios tres baipases.



Es un común denominador entre los relatos la dificultad para acceder a una consulta con un cardiólogo local y en efecto, la espera de un especialista que viaja desde capital. Es muy normal en los departamentos del interior atenderse con médicos que no están radicados allí, así que cuando viajan a la Región Norte para ver a los pacientes hay una gran lista de espera en la que se puede pasar semanas e incluso meses para dar con el doctor tratante por la alta demanda de consultas pendientes.

Una de las razones que podría explicar la distribución desigual de profesionales de la salud y las complicaciones a la hora de conseguir fecha para una consulta, es la migración interna. Hay una mayor proporción de médicos en Montevideo porque eligen residir y trabajar a pesar de venir del interior por la mayor oferta laboral y educativa que se presenta, por lo que sólo una minoría regresa a sus departamentos natales.

También se da el caso inverso en el que personal que emigra al país desde el extranjero opta por ejercer en la Región Norte. Un ejemplo es el caso de Leymilena Jaime, intensivista pediátrica, nacida en México y criada en Venezuela decidió emigrar a Uruguay y ejerce en el Hospital de Tacuarembó desde el año 2020. Su llegada al departamento “fue cosa del destino” porque cuando se encontraba en búsqueda de trabajo presentó su currículum a Casa de Galicia y de allí surgió la recomendación para trabajar en Tacuarembó por falta de médicos de su especialidad. Fue un proceso de selección acelerado, en el que “el director en vista de su necesidad” le pidió que aceptara el puesto y se mudara de ciudad. Tras ser consultada, describió que en el momento que comenzó a trabajar en ese centro había alrededor de siete intensivistas pediátricos, pero solamente dos residían en ese departamento, el resto viajaban desde la capital. “Tenían años viajando cada quince días, cada tres semanas para hacer guardias”, explicó Jaime.

Las guardias médicas tienen un papel vital porque al tratarse de una atención de emergencia disponible durante las 24 horas, se llevan a cabo evaluaciones iniciales y de ser necesario, se deriva a especialistas para una atención más especializada que facilita obtener un diagnóstico a tiempo. Hay diversos métodos para diagnosticar a una persona: puede ser mediante el chequeo de la historia clínica y realización de exámenes físicos, a través de pruebas de laboratorio, con estudios de imagenología, diagnósticos de imagen en tiempo real, biopsias y realizando pruebas moleculares para chequear el material genético. La elección de qué camino tomar dependerá de la enfermedad sospechada y del criterio del especialista tratante, quien determinará cuál es la mejor opción para cada caso puntual.



A través de los testimonios de usuarios de la Región Norte, se ha visto que no siempre llevan a cabo correctamente esos procesos, lo que lleva a que se realicen diagnósticos erróneos. Un caso es el de Sofía Tito Virgilio, familiar de personal de salud del Hospital de Paysandú, relató una situación compleja que vivenció en ese centro. Comenzó un sábado en la tarde, día poco concurrido en la emergencia, cuando un joven llegó con dolor torácico y del omóplato izquierdo, sudoración fría y otras molestias. Al momento de atenderse con el médico, este le dio el alta tras unas preguntas y le recetó un relajante muscular. Luego de cinco días, el paciente falleció en su casa de un infarto. El médico que lo trató era un fisioterapeuta que a su vez, se encontraba estudiando medicina. Sofía consideró que “se lo mandó a morir a la casa sin estudiarlo” y calificó la situación como “negligencia total”. En el hospital de Paysandú se atienden 68.044 usuarios según datos del SINADI. El equipo de trabajo está integrado por 447 funcionarios de los cuales 20 son pediatras, cinco cardiólogos, dos oncólogos y solo hay un neurocirujano, especialistas que podrían haber hecho el seguimiento al paciente en caso de continuar su atención en salud pública.

Por su parte, Cecilia Rivero, usuaria del mismo centro asistencial declara que llevó a su hijo a ASSE “porque se tropezaba al caminar, se ahogaba con la comida y líquidos, estaba decaído y manifestaba un dolor de cabeza: fue diagnosticado con infección respiratoria”. Debido a que el niño fue atendido por un médico general, sin ser derivado a un especialista, la madre decidió invertir en una mutualista privada con la esperanza de obtener una solución y posteriormente terminó en COMEPA, donde le hallaron un tumor en el tronco encefálico.

Aun así, es importante subrayar que la dificultad para acceder a una consulta con especialista también se hace presente en Montevideo. De acuerdo con el usuario Marcelo Vasallo, se ha acercado en persona al Hospital Maciel para agendarse y lo obligan a “llamar por teléfono siendo que los que atienden están al otro lado de un vidrio”. Para seguir el procedimiento sugerido, insiste en comunicarse telefónicamente y afirma que le cortan la llamada. Situaciones similares suceden en el Hospital de Clínicas, donde algunos usuarios reclaman una mejor atención telefónica para poder agendarse con los especialistas. Sin embargo, en este centro se buscaron alternativas para mejorar la reserva de citas médicas y ahora pueden realizarse no solamente a través del teléfono fijo, sino que también por WhatsApp.

Detrás del microscopio: anatomopatólogos en acción

Para definir muchos tipos de enfermedades es necesaria la intervención de los anatomopatólogos, principalmente cuando se trata de casos tumorales que son los que afectan los



tejidos y las células del cuerpo. Se vinculan con otros profesionales de la salud para evaluar al paciente previo a las operaciones. Según explica el anatomopatólogo y profesor del Hospital de Clínicas, Rafael de Armas, en la primera etapa de trabajo se extrae la muestra del paciente para conocer si la pieza es maligna. Posteriormente, se observa microscópicamente, se hacen reactivos con determinados líquidos, se realizan cortes que generan una lámina y son observados en su totalidad para así llegar al diagnóstico final y saber si son sensibles a determinados fármacos. Por su parte, Paula Latorre, anatomopatóloga y docente en la Escuela Universitaria de Tecnología Médica agrega que son pocos los profesionales en su área pero que siempre se trabaja como equipo: hay un técnico anatomopatólogo que prepara las muestras y lleva a cabo los procesos químicos, pero el doctor es el que se encarga de brindar el diagnóstico. Según los datos que se obtuvieron a través de pedidos de acceso a la información pública, ASSE cuenta con 42 médicos anatomopatólogos: 34 trabajan en Montevideo y los 8 restantes en el norte.

En el Hospital de Clínicas, por ser un centro de referencia a nivel país, la cantidad de muestras es mayor y en efecto, los plazos de demora también aumentan. La obtención de los resultados “depende del volumen de trabajo y los funcionarios que tengan. No concibo que una persona pueda estar diez días esperando el diagnóstico de un cáncer, pero es verdad que yo trabajo en una mutualista que tiene recursos, que no es lo mismo que en el Clínicas”, aseguró la doctora.

Ambos especialistas coinciden en que los avances de la tecnología permiten que la anatomía patológica se practique a distancia debido a que se pueden trasladar las muestras sin necesidad de que el médico se mueva. “Si te sacan un lunar, lo ponen en un tarrito y se envía por cadetería y lo puedo recibir yo acá en Montevideo”, hace saber Latorre. Más allá del intercambio de material interdepartamental, “un colega en cualquier parte del mundo puede tener una duda y lo pone en un grupo de anatomopatólogos para pedir una interconsulta”. De acuerdo con De Armas, lo ideal sería que se escaneen las láminas y que siempre se envíe para trabajar con otros colegas “pero quizá al principio es una opción cara”. Considera que sería fructífero para las personas que quieren una segunda opinión de Argentina, por ejemplo, y “gastan dinero en viajar en busca de soluciones, cuando se podría mandar las imágenes y quitarles angustia”.

Últimamente, la anatomía patológica también aporta al área de tratamiento y no solo a los diagnósticos, y en Uruguay se aplica a los tipos de neoplasias más frecuentes. Su trabajo ayuda a identificar la extensión y propagación de los tumores y colabora con la elección de



qué procedimientos quirúrgicos, radioterapia o quimioterapia llevar a cabo según se crea conveniente. Además, permiten hacer un pronóstico de la evolución del paciente y realizan un seguimiento y respuesta al tratamiento.

¿Qué tengo, doctor?

Una opinión común entre los consultados fueron los largos tiempos que se requiere para acceder a estudios clínicos. En palabras de Andrea Silva, enfermera del Hospital de Salto: “lo que es tomografía, resonancias y otros estudios que se hacen por fuera del hospital, demoran por trámites burocráticos”. Explica que el proceso para coordinar implica presentar una orden a la dirección, que se deriva al sector compras, después va a cabina y se llama a Montevideo, desde donde se asigna un número para pedir fecha. “Si es una emergencia, es más rápido, sino demoran dos o tres días”, agregó. Con esto también coincide Nancy Fonseca, obstetra partera del Hospital de Artigas, que considera “ilógico” viajar 14 horas a Montevideo para realizar una resonancia a 700 kilómetros de distancia.

Los traslados a Montevideo son muy frecuentes para los pacientes, incluso para realizar exámenes imagenológicos. “Hasta por una mamografía tenés que viajar y ecografías hace seis meses que no se realizan acá”, aseguró Raquel Vasconcellos, personal de salud del Hospital de Artigas y de una policlínica barrial. Entre los dos grandes centros sanitarios que son el Hospital de Artigas y el Hospital de Bella Unión, hay 60.294 afiliados a ASSE.

Para conocer el estado de situación y comprender el relato de la entrevistada, se ha solicitado un listado del equipamiento de diagnóstico con el que cuenta salud pública. De acuerdo con la información que ha brindado para esta investigación, los centros hospitalarios de la Región Norte que cuentan con mamógrafos fijos son los de Bella Unión, Salto, Tacuarembó y Paysandú, teniendo una sola unidad cada uno. En la Región Sur, los hospitales montevideanos que cuentan con dicho equipamiento son el Pereyra Rossell, centro de referencia, con dos equipos, mientras que el Maciel y el Pasteur poseen uno cada uno. Además, ASSE cuenta con mamógrafos móviles que recorren los 19 departamentos del país.

De acuerdo con la “Guía de práctica clínica de detección Cáncer de mama” es recomendado que las mujeres que tienen entre 50 y 69 años se realicen una mamografía cada dos años, mientras que el análisis de Papanicolau (Pap) se debe practicar cada tres años si los resultados son los esperados. En estos estudios se busca la presencia de células malignas porque si las tienen y son tratadas, se va a evitar que se desarrolle un cáncer.



Las ecografías son un ultrasonido que permite detectar enfermedades y condiciones como embarazos, enfermedades cardíacas, de hígado, de riñón, de vesícula, de los órganos reproductores (quistes ováricos, tumores uterinos, próstata) y vejiga. En cuanto a los ecógrafos, hay un total de 28 en la Región Norte que son la suma de los disponibles en los hospitales de Artigas, Salto, Rivera, Paysandú y Tacuarembó. En cambio, se registra que hay 43 unidades en Montevideo. En efecto, es lógico pensar que el acceso a estudios imagenológicos es más lento en el norte por los pocos equipos con los que se cuenta y por eso, se opta por trasladar a varios pacientes a la capital para realizarles los procedimientos.

Según los indicadores asistenciales de ASSE de 2022, la cantidad de ecografías realizadas en la capital por cada mil afiliados son 183. En ese mismo año, en Salto fueron 276 ecografías cada mil afiliados, en Paysandú 156, en Artigas 151, en Rivera 129 y, por último, en Tacuarembó fueron 123. En estas cifras se puede ver que no hay una relación directa entre la cantidad de equipamientos disponibles y el número de pacientes que se realizan estos exámenes imagenológicos, puesto a que en Montevideo con 43 ecógrafos se realizan menor cantidad que en Salto, por ejemplo, que solo cuenta con 4.

A su vez, tampoco se evidencia una relación directa entre el presupuesto ejecutado y la cantidad de equipamiento. Si se tiene en cuenta las cifras de dinero utilizado que se mencionó más arriba, uno de los departamentos que menos recibe es Tacuarembó, sin embargo es el que más ecógrafos y mamógrafos tiene de la región. Un caso diferente es el de Salto donde el presupuesto es más alto y es más poblado, pero tiene muy poco equipo. Por último, donde sí se ve una concordancia es en Artigas y Rivera, los departamentos con menor cantidad de recursos ejecutados y al mismo tiempo, los que cuentan con menos ecógrafos y mamógrafos.

Equipamientos de diagnóstico					
Región Norte:			Montevideo:		
Hospital	Ecógrafos	Mamógrafos	Hospital	Ecógrafos	Mamógrafos
Artigas	2	-	Pereira Rossell	18	2
Bella Unión	3	1	Español	5	-
Salto	4	1	Maciel	3	1
Paysandú	7	1	Pasteur	15	1
Rivera	3	-	Saint Bois	5	-
Tacuarembó	7	1			
Paso de los Toros	2	-			

Tabla 4. Fuente: Elaboración propia. Información brindada por ASSE.



Una técnica de diagnóstico médico también practicada frecuentemente es el Eco Doppler, que combina la ecografía (ultrasonido) y el Doppler debido a que permite analizar el flujo sanguíneo mediante el uso de ondas sonoras de alta frecuencia que rebotan en los tejidos y los glóbulos rojos en movimiento dentro de los vasos. Se utiliza principalmente para identificar afecciones del sistema circulatorio. En el norte, los departamentos que se realizan más de estos estudios cada mil afiliados son Artigas con 23, seguido de Tacuarembó con 18 y Rivera con 17. La proporción de frecuencia disminuye en Paysandú con 6 y en Salto con 4. En Montevideo se practican 30 ecodopplers por cada mil personas según los registros de 2022.

A su vez, la endoscopia es la principal técnica que realizan los gastroenterólogos y, si bien los diagnósticos básicos se realizan en todo Uruguay, las técnicas más complejas se suelen llevar a cabo en Montevideo. Según especifica Virginia López, gastroenteróloga y endoscopista, ex presidenta de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay (SUG), hoy en día predominan los trastornos funcionales “se habla mucho de neurogastroenterología que abarca trastornos en los cuales, desde el punto de vista orgánico, quizá no encontramos mayores lesiones como úlceras pero son pacientes que vienen con patologías como la dispepsia, síndrome de intestino irritable y la enfermedad por reflujo”. Las lesiones que la especialista menciona se detectan a través de las endoscopias y cifras de los indicadores asistenciales del último año muestran que en Montevideo cada mil afiliados, en un año se realizan 22 endoscopias, mientras que en el norte las cifras son mucho menores: 4 en Artigas, 4 en Paysandú, 14 en Salto, 13 en Rivera y 10 en Tacuarembó.

Las tomografías axiales computarizadas (TAC), sirven para identificar posibles fracturas, tumores, lesiones no identificables a simple vista, problemas en órganos internos y trastornos cerebrales. Los registros de los servicios de salud estatales indican que en 2022 se llevaron a cabo 52 tomografías en Artigas cada mil usuarios, 39 en Paysandú, 20 en Rivera, 38 en Salto y 89 en Tacuarembó. Mientras tanto, se realizaron 144 tomografías en Montevideo cada mil pacientes.



Servicios de diagnóstico realizados en ASSE 2022

Departamento	Región Norte (cada mil usuarios)	Región Sur (cada mil usuarios)
Ecografía	835	262
EcoDoppler	68	37
Tomografías computalizadas	238	149
Resonancias magnéticas	81	19
Endoscopia	45	25

Tabla 5. Fuente: Elaboración propia. Información de Área Economía de la Salud MSP.

Además, son varios los pacientes que requieren una resonancia magnética. Dicho estudio utiliza un campo magnético fuerte y ondas de radio para generar imágenes de la anatomía y tejidos de la persona para la detección y seguimiento de tumores, lesiones en tejidos blandos, trastornos neurológicos (como Alzheimer y la esclerosis múltiple), enfermedades cardíacas y trastornos ortopédicos. En el departamento en el que se realizan mayor cantidad cada mil usuarios es Tacuarembó con 52, en Artigas se hacen 5, en Paysandú 12, en Salto 8 y en Rivera 4. En la capital, se practican 17 resonancias por cada mil usuarios.

Es evidente que la oferta de servicios sanitarios es mayor en Montevideo que en la Región Norte, aspecto que genera una mayor demanda por la mejor accesibilidad para realizarse análisis médicos. Debido a que Uruguay tiene una población envejecida, los pacientes mayores de 65 años, que representan el 16% de la población según la Organización Panamericana de la Salud, suelen requerir mayor atención y la realización de exámenes por la tendencia a desarrollar patologías propias de la edad.

Se debe destacar que estos estudios diagnósticos se corresponden con las principales enfermedades y causas de muerte. A partir de un pedido de acceso a la información pública, se pudo acceder a las principales causas de muerte de los departamentos del norte. En 2022 se registraron 7187 fallecimientos. Siguiendo el criterio de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la mayoría de decesos en Uruguay son los relacionados con las enfermedades del sistema circulatorio, tumores (neoplasias) y afecciones del sistema respiratorio.

Ima León, profesora agregada del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la UdelaR y directora de los sistemas de información de la Dirección General de la Salud (DIGESA), explicó que la realización de estudios diagnósticos es “una responsabilidad muy



grande”. Por eso, la normativa vigente permite un día libre al año para llevar a cabo el Papanicolau (PAP), mamografía, antígeno prostático específico (PSA) y exámenes urológicos “aunque no haya un síntoma alarmante”. Este tipo de análisis preventivos son para aquellas enfermedades de mayor prevalencia y de las cuales existen estrategias para tratarlas que estén disponibles en las prestaciones integrales.

Desde el Estado, se fomenta la realización de estos análisis y el carnet de salud, para garantizar el acceso a una revisión general obligatoria cada dos años que facilite la identificación precoz de patologías según la edad del usuario. Se realiza un examen de orina, consulta odontológica y oftalmológica y la presentación del carnet de vacunas y de los estudios anteriormente mencionados según el rango etario. A pesar de que hay una recomendación general para todas las personas sanas no significa que a todos se les hagan las mismas revisiones. Los controles no son los mismos para todos, porque depende de qué tipo de exámenes recomienda el médico de acuerdo al historial clínico, más allá de la edad. “Si ya entraste en esa dinámica de detectar, el médico lo va a tratar. Hay cosas que no están en el carnet de salud pero te puede encontrar un signo que llamó la atención”, explicó León.

Los centros asistenciales de salud pública también ofrecen el servicio de laboratorio de análisis clínico que representan una parte fundamental de la atención sanitaria porque, es donde se llevan a cabo pruebas y análisis que contribuyen con la detección y seguimiento de las enfermedades. Las cifras que brindan los registros de SURSS indican que en 2023 todos los hospitales de la Región Norte cuentan con un laboratorio en su interior que deben contar con la habilitación del MSP, que se asegura de que el servicio funcione correctamente.

Santo remedio: prevención y políticas públicas en salud

Según explica la directora de DIGESA, la medicina preventiva es aquella rama sanitaria que se encarga de la salud pública y que analiza, mediante los factores de riesgo, de qué enferman y fallecen las personas, así como también a quienes afectan ciertas patologías en mayor proporción. Añade que “no hacemos uso de medicamentos (desde el gobierno), lo que hacemos es tratamiento con políticas y recomendaciones a la salud de la población, midiendo cuanto más riesgo hay de enfermar en una persona que tiene determinados atributos respecto a otra que no los tiene”. Entonces, los epidemiólogos realizan estudios y análisis que se tienen en cuenta a la hora de desarrollar políticas públicas en salud; que son las recomendaciones que se hacen desde el Estado, a través del gobierno de turno y el MSP, para llevar ade-



lante una vida saludable e identificar “en qué momentos de la enfermedad con la disponibilidad de información actual es mejor actuar y en qué momento el sistema de salud hace la disponibilidad para actuar en eso”.

Más allá de los aportes ministeriales, los especialistas médicos también tienen un rol vital en la prevención de enfermedades. El diálogo con Virginia López da a conocer que, por ejemplo los gastroenterólogos de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay, trabajan en conjunto con la Sociedad Uruguaya de Endoscopia Digestiva y la Clínica de Gastroenterología del Hospital de Clínicas para generar actividades e informar a la población acerca del cáncer de colon que es el tumor digestivo con mayor prevalencia. Se pretende llegar a la lesión (neoplasia) lo antes posible para evitar un cáncer avanzado que es el peor pronóstico.

Para ello, un recurso importante que se utiliza son las guías nacionales elaboradas por el Ministerio donde se hacen recomendaciones de cuándo empezar a estudiar a los pacientes y con qué técnicas. Por eso “es responsabilidad de todos los médicos saber que estas guías están hechas con mucha seriedad y están a disposición”, al igual que los diferentes tests disponibles para la población, como el de materia fecal, con el objetivo de “generar impacto desde el punto de vista médico”. En caso de que los resultados macroscópicos sean positivos, se procede a la colonoscopia que es lo que realizan los endoscopistas.

López expresa que pese a los grandes esfuerzos por informar a los ciudadanos, las jornadas de concientización y sugerencias médicas, fallecen “más de 1500 personas por año por cáncer de colon y nos da esa cuestión de gusto amargo porque decimos, tenemos test disponibles y ¿por qué seguimos llegando relativamente tarde?”. La mortalidad por enfermedades del sistema digestivo debería ser más baja teniendo en cuenta los números a nivel nacional y aunque hay un exhaustivo trabajo del parte de los médicos y el Ministerio, “no hay ninguna conducta que sea abarcativa al cien por ciento en medicina”.

¿Cómo salvar vidas?

Muchas veces el personal de la salud debe dirigirse al lugar de los hechos para brindar primeros auxilios extrahospitalarios y trasladar al herido al centro asistencial más cercano para que pueda ser tratado. Es por eso que, es fundamental contar con ambulancias disponibles. A nivel país son 50 las emergencias móviles habilitadas, siendo el Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME) la que brinda servicios para ASSE en todo el Uruguay. Se debe aclarar que deben contar con la habilitación del Ministerio de Salud Pública y cumplir



con ciertos requisitos en materia de recursos humanos y materiales que varía según la complejidad de la unidad móvil: alta, mediana, baja o neonatal y pediátrica.

Para que un vehículo sea considerado ambulancia debe cumplir con los requisitos establecidos en el decreto N°309/008. Es obligatorio que estos móviles cuenten con una base de salida y a su vez una sala de guardia para el equipo médico, donde se almacenen el equipamiento y la medicación. También debe haber allí un estacionamiento, un lugar para los desechos y otro destinado a la limpieza y desinfección de las unidades. La cabina de control es necesaria para la recepción de llamadas al igual que el centro de comunicaciones y la conservación de información de los pacientes. Las ambulancias tienen que ser de bajo centro de gravedad y tener una altura mínima de 1.80 metros. En cuanto a su interior, debe contar con suficiente espacio para cargar una camilla articulada con ruedas y dos funcionarios médicos de pie. Además debe tener la iluminación, calefacción y ventilación necesaria en la parte trasera para que el personal y el paciente permanezcan cómodos.

Aparte del equipamiento médico, que varía según la complejidad del coche, deben tener extinguidores de incendio, una caja de herramientas y rueda de auxilio. Es imprescindible que haya un respirador automático portátil para traslados coordinados de larga distancia y una incubadora para el caso de traslados pediátricos. Debe poder distinguirse desde su exterior a través de una señalización que diga “emergencia”, junto con las luces y sirenas. A su vez contarán con un equipo de radio para conectarse con la base. Los grupos de trabajo de SAME disponen de auxiliares y licenciados en enfermería, médicos generales, neonatólogos y pediatras, pero también con un chofer habilitado con libreta profesional.

En cuanto al servicio extrahospitalario, se debe llevar un registro de los llamados recibidos y la clasificación, junto con la hora de salida del móvil, la llegada al lugar de la emergencia y el destino del paciente y la recepción de este en el hospital. Todo esto, debe ser respaldado con archivos multimedia que registren la comunicación entre la persona que solicita la asistencia y la cabina de control.



Distribución de ambulancias por departamento

Departamento	Cantidad de vehículos en funcionamiento
Artigas	16
Paysandú	14
Rivera	15
Salto	13
Tacuarembó	18
Montevideo	67

Tabla 6. Fuente: Elaboración propia. Información brindada por ASSE.

En la Región Norte había 81 ambulancias en total hasta noviembre de 2022, de las cuales algunas no estaban en servicio, sino que se encontraban en el taller mecánico, a la espera de presupuesto o aguardando a ser renovadas bajo el plan recambio. En territorio salteño, por ejemplo, se atienden 82.198 personas en salud pública. Para esta población, hay un total de 21 ambulancias administradas por ASSE: 13 pertenecen al Hospital Departamental, de las cuales solo seis estaban operativas al momento de recibir el pedido de acceso a la información pública.

En contraste, también se solicitó información a ASSE sobre la cantidad de ambulancias disponibles en la Región Sur. En la capital hay 67 ambulancias operativas y en el área metropolitana hay 17, es decir, en Canelones, Pando y Las Piedras. Por lo tanto, considerando la cantidad de afiliados a salud pública en los departamentos del norte, hay una unidad móvil por cada 4343 personas. Mientras, en Montevideo hay un vehículo por cada 6321 pacientes. A simple vista se podría intuir que el norte está en una mejor situación por la relación entre cantidad de habitantes y el número de ambulancias, pero en cuanto a superficie geográfica, hay una gran diferencia con respecto a la capital debido a que las ambulancias tienen que recorrer mayores distancias: la Región Norte tiene alrededor de 64821km² y Montevideo 530km². Además, puede haber largos trayectos en las rutas nacionales que no se encuentran en un buen estado, lo que impide que una traslación se realice eficazmente.

Una de las declaraciones más frecuentes por parte de los usuarios de salud pública fue que identifican problemas de traslado. Se presentan dificultades en las rutas de territorio artiguense por el estado en el que se encuentran y eso afecta en que los médicos no siempre puedan llegar a destino. “Hay una emergencia móvil pero solo para el área urbana, no puede salir a las afueras y así mismo tenés que estar tirado en la vía pública para que venga”, declaró Riquel Vasconcellos. Cuando se requiere asistencia en las calles y las ambulancias no llegan, se



suele llamar al 911 para que brinde ayuda, aunque también los vecinos suelen colaborar con el traslado del afectado al hospital más cercano.

La necesidad de llevar a un paciente desde una locación hacia un centro hospitalario que ofrezca más y mejores servicios es una práctica habitual a nivel país, pero más frecuente en el interior. Según la experiencia personal de Bruna López, médica de la emergencia móvil Clave Uno, “parece contradictorio, pero cuanto más lejos de Montevideo, menos posibilidades y menos cosas para solucionar tenemos, entonces más traslados se hacen”.

El principal desafío que afrontan las ambulancias es el flujo de tránsito en las ciudades que suele enlentecer los tiempos, aunque evidentemente recorren distancias más cortas que en las zonas rurales por la cercanía a los hospitales. En el interior del país, aunque hay muchas ciudades, pueblos y áreas urbanizadas, las dificultades son mayores que en la capital. Las distancias a recorrer son largas y los trayectos se realizan en carreteras en mal estado, algunas sin pavimentar y cuya señalización no es clara, lo cual es una complicación al manejar. Se debe tener en cuenta que hay que respetar los límites de velocidad máxima y, si bien en casos particulares y que no pongan en peligro la vida se pueden superar, es un limitante. Además, hay sitios difíciles de ubicar porque las direcciones no son tan precisas como en las ciudades, aspecto que retrasa la primera asistencia que se recibe ante un caso de urgencia.

Aunque el traslado de pacientes ya es un proceso complicado, lo es aún más en las zonas rurales y alejadas de los grandes centros. López explica que “es algo muy complejo y una situación bastante estresante”. Es una tarea que no todos los médicos están dispuestos a realizarla: “no a todo el mundo le gusta estar arriba de una ambulancia 16 horas seguidas, cansa un montón, son asientos nada cómodos, no son para ir descansando, son para ir atento a lo que sucede, no descansás”. Es prioritaria la tarea del doctor de mantener la estabilidad de la persona al funcionar como “un puente hacia otro sanatorio y hay que cuidar que siempre vaya igual, nunca peor”,

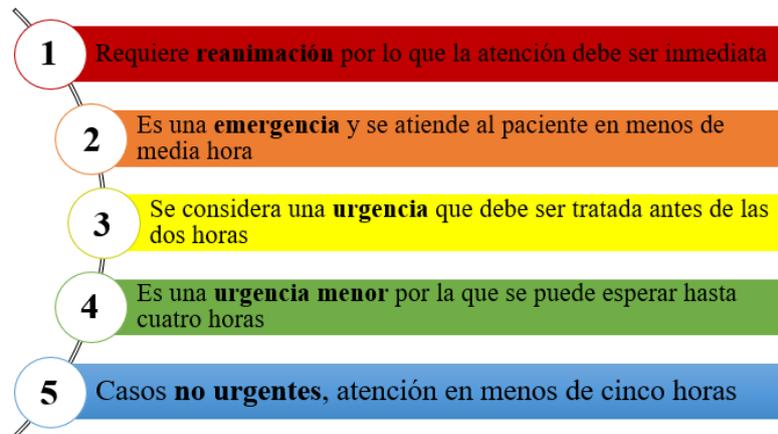
Es frecuente que se den traslados en simultáneo en las rutas, en los que se va o vuelve de Montevideo a buscar a un paciente dado de alta y que requiere un traslado especializado. Entonces, viaja la ambulancia únicamente con el personal de salud y vuelve con el paciente, o se hace un “intercambio” entre personas que se quedan en la capital y otras que retornan a su departamento. “A veces voy con un paciente especializado y vuelvo con uno, traído por el enfermero y yo vengo adelante tomando mate”.

Una vez se arriba al centro asistencial, hay un procedimiento establecido a llevar a cabo al igual que plazos de demora estipulados. Susana Mori, encargada de la admisión de



emergencias del Hospital de Salto explica que una vez que se está en puerta de urgencias, se registra al paciente y “pasa a la pantalla del triaje donde es llamado desde el box para ser evaluado por un licenciado en enfermería que lo clasifica de acuerdo con la necesidad de su patología”. De ese modo, se determina el tipo de urgencia y el tiempo de espera estimado para recibir la atención médica requerida.

Niveles de triaje



7. Fuente: Centro de Asistencia Médica del Oeste de Colonia (CAMOC).

El orden de atención depende del grado de riesgo que los síntomas presentan para su integridad física: casos de gravedad extrema como paros cardíacos, politraumatismos y hemorragias masivas incontrolables, deben ser atendidos de forma inmediata, mientras que casos no urgentes como lesiones cutáneas, malestar generalizado y curación de heridas pueden demorar hasta cuatro horas. Según la entrevistada, “luego de ser visto por el médico puede ser asistido y dado de alta, o puede ser ingresado a sala-cuidados moderados o CTI”.

En la Región Norte, el único departamento que cuenta con camas propias para cuidados básicos es Salto, con 80 unidades. En cuanto a las camas para cuidados moderados, Artigas tiene 106, Paysandú 130, Rivera 145, Salto lo supera al tener 198 y Tacuarembó posee 106. Por su parte, los números en CTI se reducen ampliamente, llamando la atención que Artigas no cuenta con este mobiliario, Rivera tiene 12, Salto 22, Tacuarembó 23 y Paysandú 23 camas. En cambio, si se tiene en cuenta Montevideo, las camas para los cuidados básicos son 250, para cuidados moderados son 1522 y para cuidados intensivos son 132.

La prioridad es siempre salvar la vida de las personas. Desde 2017, está vigente la ley N°19535 que indica que los prestadores de salud tienen la obligación de tratar a cualquier ciudadano, sin importar si es socio o no, en la puerta de urgencias más cercana al lugar de los



hechos. Una vez que el paciente fue asistido, se debe reportar a la institución en la que está asociado para que le hagan un seguimiento médico.

Luego de la asistencia, se registra la información del usuario en su ficha y se evalúan los antecedentes patológicos relevantes, la evaluación clínica y paraclínica. Se deja constancia del diagnóstico presuntivo, lo que le indicó el personal de salud y su evolución inmediata. Por último, se constata la hora en la que finaliza la atención, junto con la identificación y firma del médico tratante y la de su paciente o familiar para confirmar la asistencia que recibió.

Decreto N° 809/008 – Artículo 14

En ningún caso la localidad, debe quedar sin cobertura del servicio de emergencia pre-hospitalaria. Se deberá enviar otro móvil especializado (equipo completo reemplazante), para suplantar al que se encuentre en traslado, en los casos en que no se realizó transferencia.

Marta de los Santos, que vive en Paysandú, hizo alusión a una experiencia de su familia en emergencias y comentó: “mi nieto ya sufrió dos accidentes y los policías nos dijeron que el director del hospital no da la orden de enviar ambulancias, entonces hay que transportar a los accidentados en un auto particular o patrullero”. Debido a la consternación familiar que representó la vivencia, se presentó un reclamo del que no se conoce la resolución, ya que si bien se intentó volver a contactar a Marta, no hubo respuesta. Su hija hizo una carta para elevar a autoridades políticas del departamento:

Por este medio quisiera hacerle llegar a quien corresponda la inquietud de la falta de concurrencia de una ambulancia cuando sucede un accidente de tránsito en la zona Casa Blanca, Colonia Paysandú y alrededores (...) En dos oportunidades me dijeron que no viene ambulancia, pregunté “¿cómo que no viene una ambulancia?” y me dieron la misma respuesta, el director del hospital se niega a mandar una ambulancia y UCEN y SIET no cubren esta zona. (...) Me hicieron saber que pasa lo mismo en cada accidente que hay en la zona, hay que trasladar al accidentado en vehículo particular o en móvil policial, estando a escasos kilómetros de la ciudad y cuando para otros accidentes de tránsito ya sea ciudad o ruta si concurre ambulancia.(...) Es algo inédito, y más con la frecuencia con la que hay accidentes en esta zona, zona donde el tránsito es bastante grande ya que circulan tantos vehículos de pequeño y gran porte y bastante intenso principalmente en horas picos como son la entrada y salida del personal del frigorífico con más de 500 empleados, un pueblo y bastante población a los alrededores, está el vertedero municipal, está la



planta asfáltica, hay tambos, hay establecimientos donde se trabaja con maquinaria agrícola, etc. ¿Cómo es posible que no llegue el servicio de una ambulancia cuando se necesita? Agradecemos nos llegue una pronta respuesta y una rápida solución. (26 de agosto de 2022)

Cabe destacar que Casa Blanca es una pequeña localidad que se encuentra sobre la costa del Río Uruguay y ocupa un gran papel en la industria cárnica por ser donde se ubica el Frigorífico Casa Blanca S.A. (Fricasa) que enriquece al pueblo y al departamento en general. Si se tiene en cuenta la presencia de actividades industriales, la alta circulación de vehículos y la cercanía a otras localidades tienden a aumentar los riesgos de accidentes. La falta de una respuesta médica óptima puede llegar a agravar las consecuencias de los posibles incidentes. Es por esto que llama la atención que no se brinde la misma asistencia extrahospitalaria que en otros lugares, lo que da lugar a que la comunidad cuestione la distribución de recursos y servicios de emergencia.

Por su parte, el relato de Nilo Venturi considera que la gestión en el sector de urgencias es deficiente. Hace unos años acompañó a un paciente que se sometió a una operación de cadera realizada en la capital en el Sanatorio Americano al que el traumatólogo le indicó que debía recibir cuidados postoperatorios durante al menos dos días. Una vez arribó al Hospital de Artigas, se lo ingresó a la emergencia donde, en lugar de ser atendido por un traumatólogo lo vio un médico general y “le restaron trascendencia, casi que lo mandaron para la casa como si lo corrieran del hospital”. A la semana, el traumatólogo que había llevado a cabo la operación lo examinó y parecía esperar que el paciente hubiera pasado por la sala de internación antes, como se había recomendado inicialmente, pero no sucedió. Esto no parece generarle sorpresa a Venturi ya que comenta “como siempre, emergencia del Hospital de Artigas dando la nota ¿qué se puede esperar?”

En este caso, el procedimiento recomendado hubiera sido la internación. Esta es una modalidad de asistencia sugerida para pacientes que requieren de un seguimiento médico permanente por un tiempo predeterminado, ya sea en domicilio o en el centro hospitalario. En la modalidad institucional existen distintos niveles de internación, estos son cuidados básicos, moderados, especiales, intermedios e intensivos (CTI) que se determinan según el estado evolutivo de la enfermedad o patología padecida. En los indicadores asistenciales de septiembre de 2022, se estima que en la Región Norte se dieron 87 egresos por mil afiliados, mientras que en Montevideo son 101 que pueden darse por el alta del usuario, transferencia de un hospital a otro o por defunciones.



Post Mortem

Una vez que se da un deceso, se debe distinguir si fue por muerte natural o violenta. Las primeras son causadas por eventos propios de la persona, dígame sus enfermedades, estados morbosos y patológicos internos mientras que en las segundas hubo influencia de algún factor externo accidental, homicida o suicida. De esta distinción depende el tratamiento que se le dará al cuerpo y donde será su próximo destino, debido que se puede requerir una autopsia y estudios clínicos que se llevarán a cabo en el centro hospitalario o una autopsia judicial que se realizará en una morgue del Poder Judicial.

Sea cual sea el ocasionante, Uruguay cuenta con un marco legal que obliga a completar un certificado de defunción. La ley N° 19628 establece que es obligación de los médicos completar el documento que certifica el fallecimiento de las personas y sus respectivas causas teniendo en cuenta los criterios internacionales. A su vez, el decreto N° 276/019 dispone que los médicos tratantes tienen el deber de llevar a cabo un registro preciso, veraz y exhaustivo de la información que contemplan los certificados. A nivel hospitalario, se consideran los aspectos clínicos y completan las enfermedades, estados morbosos y lesiones que influyeron o causaron el fallecimiento, así como la naturaleza de las mismas. Se distinguen tres tipos de causas denominadas A, B y C: la básica que es la enfermedad o acontecimiento (accidentes o hechos violentos) que inició las patologías que desencadenaron en la muerte; la intermedia, dígame, la complicación de la enfermedad o lesión que condujo a la causa final que es aquello que directamente provocó el deceso. Es importante considerar los estados mórbidos contribuyentes, que son aquellas enfermedades que contribuyeron de forma indirecta con la muerte.

Además, se completa una ficha patronímica, en la que los administrativos o empresas funerarias ponen los datos de la persona: nombre completo, rango etario, sexo, institución donde se atendía el usuario, residencia habitual y lugar de muerte. Luego, el doctor deberá ingresar la información médica, esta es la fecha y hora de fallecimiento; las causas A, B y C de defunción; las intervenciones quirúrgicas, si las hubo, y un código que varía según el tipo de enfermedad para manejar el cadáver.

Según Sabrina Suárez del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Facultad de Medicina, se les recomienda a los médicos que completen el certificado lo más pronto posible, pero dan un margen dentro de las 24 horas siguientes al fallecimiento porque “tenés esperando a una familia”. Su colega, Victoria Iglesias aporta que “a lo que apunta es a



lo ético, porque es el último acto que tenés para con tu paciente cuando fallece”. Un inconveniente que surge a la hora de enviar el certificado es la digitalización de estos, porque se requiere acceso a internet y dispositivos con cierto sistema operativo, por lo que en las zonas más alejadas de las ciudades, puede volverse desafiante conectarse a una red wifi y contar con todo lo necesario para enviar el documento. De todos modos, también queda un registro en papel y por causas de fuerza mayor el certificado podrá ser presentado en formato papel, pero la demora de la entrega de los certificados genera sanciones por parte del Ministerio de Salud Pública a los profesionales médicos.

La Dirección General de la Salud del MSP a través de un pedido de acceso a la información pública, muestra la suma de certificados de defunción emitidos en Artigas, Salto, Paysandú, Rivera y Tacuarembó. Allí se expone el dato de que se dieron 5701 fallecimientos durante 2022. Si se desglosan los datos del sitio de ocurrencia, se distribuye de la siguiente manera: un 29,5% tiene lugar en centros hospitalarios de ASSE, mientras que en mutualistas se registró un 20,8%. En cuanto a Montevideo, hubo 18087 decesos de los cuales un 19,5% ocurrieron en instituciones públicas y un 38,3% en clínicas privadas.

Siguiendo el criterio de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), las principales causas de muerte en Uruguay son las relacionadas a las enfermedades del sistema circulatorio, tumores (neoplasias) y enfermedades del sistema respiratorio. Si se tiene en cuenta un estudio realizado por la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular en 2022, se concluyó que las principales muertes son las cerebrovasculares, isquémicas del corazón, insuficiencia cardíaca, afecciones hipertensivas y paro cardíaco. En cuanto a los tumores, los últimos datos del Registro Nacional de Cáncer exponen que la mayoría de los decesos en hombres fueron por tumores en el pulmón mientras que en mujeres por neoplasias en mamas. De todos modos, los cánceres más frecuentes en el sexo masculino son de próstata, pulmón y colorrectal mientras que, en femeninas son mama, colorrectal y cérvix. Respecto a las afecciones respiratorias, si bien la Sociedad Uruguaya de Neumología no hace un listado en base a la mortalidad, indica que los uruguayos padecen con frecuencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, neumonía, tuberculosis y cáncer de pulmón.



Principales causas de muerte en 2022

Artigas		Montevideo		Paysandú	
Causa básica	Total	Causa básica	Total	Causa básica	Total
Sistema circulatorio	197	Sistema circulatorio	4057	No clasificados	282
Tumores	151	Sistema respiratorio	2034	Sistema circulatorio	280
Sistema respiratorio	96	No clasificados	1983	Tumores	251

Rivera		Salto		Tacuarembó	
Causa básica	Total	Causa básica	Total	Causa básica	Total
Sistema circulatorio	290	Sistema circulatorio	359	Sistema circulatorio	310
Tumores	214	Tumores	263	Tumores	200
No clasificados	198	No clasificados	160	Sistema respiratorio	115

Tabla 8. Fuente: Elaboración propia. Información brindada por la Dirección General de Salud (MSP).

Llama la atención el número de fallecimientos en todo el país que están englobados como síntomas, signos y hallazgos no clasificados en otra parte. Durante el 2022, en la Región Norte se registraron 809 muertes que se encuentran dentro de esa categoría. Esa cifra representa el 14% de las muertes. En Montevideo, el 10,9% de los fallecimientos se registran bajo esa causa. Por lo tanto, se puede ver que es un fenómeno que se da a nivel nacional.

¿De qué se trata esta última categoría tan poco conocida? En diálogo con Mónica Testa, funcionaria del Departamento de Estadísticas Vitales, explicó lo siguiente: “Las causas no pudieron ser determinadas e incluye todos los síntomas que no constituyen a una enfermedad en sí, dígame síncope, dolores de cabeza, dolores de espalda. Aquí también entran las muertes por causa natural indeterminadas, sin asistencia o sin diagnóstico”. Son indeterminados los casos en que la realización de exámenes y pruebas médicas no permite determinar las circunstancias del deceso. Se categorizan como sin diagnóstico los fallecimientos repentinos, con sintomatología atípica o sin antecedentes de patologías. De todos modos, se debe aclarar que tanto médicos como investigadores buscan explorar y dar explicación a la posible enfermedad o síntoma que generó la muerte para aportar a la medicina como ciencia. Sin embargo, muchas veces simplemente no se puede confirmar de manera definitiva.



De acuerdo con Victoria Iglesias, asistente forense del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses, “los no clasificados son el gran inconveniente que se tiene y que nosotros decimos que en realidad es una carencia de nuestro país, porque efectivamente no tenemos datos buenos a nivel cualitativos, cuantitativos sí porque todos para enterrarnos precisamos el certificado de defunción firmado”.

Ima León agrega que esta categoría genera problemas porque los médicos no completan los certificados correctamente. Al momento de firmarlos, en muchos casos marcan que la causa básica de muerte es un paro cardiorrespiratorio, pero esto no aporta información significativa debido a que el deceso siempre se da por ese motivo. Esto hace que las estadísticas vitales no sean totalmente fieles a la realidad porque muchos casos pueden englobarse como “enfermedades del sistema circulatorio” y no necesariamente serlo, igual que lo que ocurre con los “no clasificados”. Estos fallos en los registros forenses permiten que en el caso de las muertes naturales, una vez entregado el certificado de defunción a la familia, se puede pedir por una autopsia clínica para aclarar el diagnóstico e identificar la causa real de fallecimiento, aunque no se modificará en los archivos. El profesional tratante tiene la responsabilidad de informar a las familias del difunto la opción de ofrecer este estudio complementario y puede solicitar que se lleve a cabo.

El doctor Omar Romero, autor del artículo académico “La autopsia: Su rol en la medicina”, explica que las autopsias clínicas son opcionales y se practican sobre los decesos con enfermedades inusuales, cuyo diagnóstico es dudoso o se sospecha negligencia médica. Del resultado obtenido se conocen los aciertos y errores de los diagnósticos hospitalarios que no solo esclarecen las dudas sobre la defunción del paciente, sino que también aportan al desarrollo de la medicina. Sin embargo, como Uruguay las practica en escasos casos y no cuenta con un registro que recopile las autopsias clínicas realizadas en cada centro asistencial, no se pueden aportar cifras nacionales. En adición, el anatomopatólogo Rafael De Armas comenta que estos procedimientos “son muy pocos y son un marcador de estándar para un hospital: cuanto más hagas, más afinás el diagnóstico y es un índice de calidad, pero cada vez se piden menos”.

Si se tiene en cuenta las autopsias clínicas que consideran el documento antes mencionado, se estima que en el 88% de las mismas se encontró la enfermedad que causó el fallecimiento y en la mitad de los casos difiere del diagnóstico realizado en vida por lo que, los médicos premortem y postmortem identificaron problemas diferentes. De acuerdo con la información que brinda Romero, únicamente en el 10% de los certificados de defunción cuya



causa parece indeterminada, hay posibilidad de llevar a cabo una autopsia, por eso los datos arrojan una cantidad significativa de muertes englobadas dentro de “síntomas, signos y hallazgos no clasificados en otra parte”.

La categoría de muertes no clasificadas representa una preocupación debido a la falta de información detallada sobre los ocasionantes específicos de los decesos, lo que afecta la precisión de las estadísticas vitales y lleva a que sea desafiante la comprensión de las enfermedades y condiciones que afectan a la mortalidad en Uruguay.

El lado esperanzador

Se afirma con frecuencia que los hospitales públicos están llenos de cuestiones desfavorables. Alejandra, usuaria de ASSE, califica la situación del Hospital de Paso de los Toros como “un desastre total”, asegura que la dirección está fallando y “no puede ser que se dejen estar de esa manera”. Por el contrario, algunos de los entrevistados, aunque son minoría, están conformes con el servicio y la experiencia ha sido positiva. En el caso de Nanci Dutrá, quien se atiende en el Hospital de Salto, reconoce que hay que destacar los puntos buenos de ASSE y la atención que ella y su familia ha tenido fue positiva. “La verdad que soy una agradecida por la atención (...) También tenemos que ponernos del lado del hospital”, agregó.

Un fiel defensor de la salud pública es Walter Planell, quien es de ciudad de Paysandú y desde 2010 está afiliado a ASSE por FONASA y expresa que, si bien tiene “posibilidad de afiliación a cualquier mutualista”, no cambia la atención del Hospital de Paysandú. Anteriormente estuvo afiliado al Servicio Médico Integral (SMI), mutualista de la que decidió cambiarse tras recibir un diagnóstico erróneo. Da a entender que la asistencia brindada en ASSE resultó crucial, ya que descubrieron que lo que en SMI creían que podía resolverse con un tratamiento de conducto era en realidad un quiste que estaba afectando su maxilar superior y se sometió exitosamente a una cirugía maxilofacial. Posteriormente, se encontró con problemas de hernia de disco y pese a que la junta médica había pronosticado que no podría volver a trabajar en construcción, pudo regresar en 2019 y continúa recibiendo seguimiento médico regularmente: “es más accesible conseguir fechas en Paysandú que en Montevideo. En el INOT, por ejemplo, recién hay fechas para noviembre (dentro de tres meses) y a mí ya me vio el traumatólogo en Paysandú”, afirma. Pese a haber sido socio del SMI, la Corporación Médica de Paysandú y el Sanatorio Mautone en Maldonado e incluso haber vivido y recibido atención médica en el exterior argumenta: “yo sinceramente estoy muy conforme, viví seis meses en Estados Unidos y volví más conforme con ASSE”.



Una positiva contribución a la salud se da desde el Hospital de Tacuarembó. Para entender el funcionamiento desde adentro, se consultó a Leymilena Jaime. Como se mencionó antes, su trabajo se desarrolla en el área de terapia intensiva pediátrica y neonatal. Además, es coordinadora del sector de Nursery, lo que “es como un servicio intermedio” para los recién nacidos que poseen patologías que no requieren CTI.

Además de los 68.563 afiliados a ASSE en el departamento, debido a la buena infraestructura del centro hospitalario, se reciben también pacientes de lugares más lejanos como Artigas, Cerro Largo, Durazno, Rivera, Paysandú y Salto. De hecho, la doctora remarcó que “es un hospital que cuenta con muchos recursos: la parte de imagenología, tomografía, resonancia, laboratorio y rayos X”, e incluso áreas como la neurocirugía “es excelente”. En cuanto a la terapia intensiva, en el norte del país es tranquila, presentando mayor movimiento en la época invernal, según Jaime.

El Hospital de Tacuarembó es el segundo centro con más profesionales después de Salto, habiendo 463 médicos en ejercicio. En comparación con los demás de la región según el número de afiliados, la cantidad de especialistas es mayor. Sumado a los avances tecnológicos y de infraestructura que se dieron en los distintos sectores, este centro se consolidó como una referencia regional. “Es un trabajo bastante ameno, el personal de enfermería, intensivistas, auxiliares, hacen un trabajo en equipo bien bonito”, describió Jaime.



Notas de resiliencia: Paola Cruz y su emotivo regreso a los escenarios

La cantante artiguense comparte su experiencia de su recuperación de la mano del personal de salud pública de la Región Norte y el regreso a la música después de enfrentar un grave accidente.



9. Foto de Paola Cruz en uno de sus shows.

Entre flashes y aplausos se da el paso de Paola Cruz por los escenarios, quien hace ocho años recorre el norte del país para brindar espectáculos de música tropical romántica: primero en una banda local de Artigas, luego en *Konsagrados* y hoy en su nuevo proyecto *Paola Cruz y Su Banda*, pero siempre conservando la esencia de tocar los clásicos que atraviesan su carrera musical y aggiornándose con covers de canciones actuales.

Konsagrados consolidó la carrera musical de Paola y le permitió recorrer el interior haciendo lo que más le gusta. La agrupación, que cuenta con una larga trayectoria de más de veinte años y gran reconocimiento en el país, tenía una agenda llena de shows todos los fines de semana y era parte de la grilla de festivales de distintos departamentos.

La noche del 7 de abril de 2023 los reflectores y la ovación se convirtieron en luces y sirenas de ambulancia que se acercaban a la escena que implica un accidente de tránsito. La banda *Konsagrados* que volvía de una presentación en Durazno, sufrió un impacto en la Ruta



5, a 80 kilómetros de Tacuarembó. Esto marcó un antes y después en la carrera musical de Paola y los músicos que la acompañaban.

La cantante tuvo once fracturas entre el rostro y las extremidades, además de evisceración abdominal con pérdida de intestinos. Apenas ingresó a cuidados intensivos en el centro hospitalario de Tacuarembó se sometió a una primera intervención en la pierna y a una segunda con dos días de diferencia. A su vez, tuvo una cirugía de abdomen y en los dos brazos donde con platino y tornillos le unieron los huesos rotos.

A los dos meses del accidente, vuelve a recibir una intervención quirúrgica, esta vez en la mandíbula que implicó la colocación de cuatro tornillos para devolver la mordida a su lugar por las fracturas en el mentón y el cóndilo, proceso que describe como muy doloroso y continúa hasta el día de hoy con cuidados y visitas a especialistas en paralelo a su vida musical.

Ahora, *Paola Cruz y Su Banda*, sigue con la línea musical de sus inicios y se sumó el vocalista de *Sonido Profesional*, dándose así una fusión de trayectorias compartidas. El público solicita canciones en vivo que no pasan de moda incluso luego de siete años, por eso siempre tienen la agenda completa de fechas de espectáculos, bailes, eventos y fiestas particulares. Además organizan con tiempo de anticipación la grabación de videoclips, canciones y viajes.

En diálogo con la artista, se repasó su carrera musical y la experiencia de vida que trajo consigo el incidente automovilístico y se conoció su paso por la salud en la Región Norte.

¿Cómo fue el proceso de tu recuperación de salud?

Cuando sucedió el accidente, los compañeros que estaban bien dijeron que la ambulancia no tardó mucho en llegar. Estuve internada veinte días (en el Hospital de Tacuarembó) y después me trasladaron a Artigas donde estuve una semana más por precaución y después del alta hacer rehabilitación, fisioterapia y cuidados en casa. Me llevó tres meses volver a caminar.

¿Cómo te sentiste durante tu estadía en ambos hospitales?

La asistencia que brindaron fue excelente. No tengo quejas, eran como mi familia. Cuando desperté en CTI recuerdo que venían enfermeros y enfermeras, me hablaban y saludaban, trataban de dejarme bien y cómoda. Me decían “¿podés cantarnos una a capela?”, pero apenas hablaba. En un CTI tenés aparatos por todos lados y no hay posibilidad, pero querían dejarme



tranquila. Como yo no me veía, venían y me decían “estás bien, estás perfecta por todo lo que te pasó”, yo no tenía ni idea de la cantidad de puntos que tenía en la cara, tuve más de veinte puntos por los cortes. Una atención excelente: venían, me hablaban, me contaban cosas cuando ya estaba consciente. Me apoyaban muchísimo, me contaban sobre mi familia y mis compañeros. La atención es fantástica, no tengo quejas del personal.

¿Qué controles tenés que hacer hasta el día de hoy?

Tengo controles con el traumatólogo. En el último que tuve me dijo que estaba todo bien y los huesos estaban soldados. Tengo que cuidarme, no hacer mucha fuerza. Seguir con la parte de rehabilitación que es la fisioterapia. La fractura más complicada fue la de fémur, fueron dos fracturas: una expuesta a nivel de la cadera y la otra en la rodilla con hierro y cuatro tornillos. Ese era el temor más grande del traumatólogo, pero tuve la suerte de que las dos fracturas se consolidaron bien.

¿Qué desafíos enfrentaste después de las operaciones?

Con la cirugía de mandíbula supe lo que era el dolor realmente porque no podía comer, salvo papilla, puré, cosas licuadas y nada sólido, así pasé dos meses más y perdí mucho peso. Cuando me retiraron los tornillos tuve que ir al odontólogo por el tratamiento de ortodoncia que tengo hace seis meses.

Paola resalta la importancia del seguimiento de la salud mental luego de tal suceso, especialmente de psicólogos porque más allá de las dolencias físicas, afecta la parte emocional. “Es muy complicado porque todos los días lo recordás: te vienen imágenes del momento, al dormir tenés pesadillas y son cosas más fuertes que uno mismo”, relata Paola.

¿Cómo fue tu reencuentro con el canto?

No iba a volver después de todo lo que pasé y lo que me costó recuperarme. No quería, no era mi intención, pero la gente me empezó a escribir e incentivar a seguir cantando, entonces es por el apoyo de ellos y mi pareja que me dijeron que tenía que volver. Es algo que disfruto mucho haciéndolo y lo pensé. Empecé a hablar con amigos músicos si se animaban a armar algo y si querían acompañarnos en esto y de a poco fuimos armando un grupo humano, com-



pramos los instrumentos y grabamos una canción. Los empresarios que sabían de nuestro proyecto nos llamaron y empezamos a tocar, ahí siguieron surgiendo nuevos contratos y acá estamos.

¿Y con los viajes?

En mi primer viaje el 12 de septiembre fue muy complicado el tema de subirme al micro y la sensación de estar en la ruta. Tuve que superar eso. Existía el temor, el pánico y los nervios de estar en ese momento en la ruta otra vez. La gente hasta ahora me pregunta cómo me animo a salir a la ruta otra vez. No me queda de otra, porque los bailes son para afuera y es algo que uno tiene que superar, tiene que ser más fuerte y salir adelante.

Pese a las adversidades y los cambios que hubo en la vida de Paola, la artista adquirió aprendizajes emocionales luego de su paso por los hospitales, los tratamientos médicos y la recuperación en la que trabaja hasta el día de hoy. La principal lección que le quedó fue “el valor que uno tiene que darle a la familia, que a veces, como trabajaba demasiado y dormía muy poco, no aprovechaba muchas cosas cotidianas con mis hijos principalmente”. Es por esto que ahora aprovecha sus descansos para estar con su familia y amigos para “disfrutar de las pequeñas cosas que son realmente importantes, porque cuando estás en una cama de un hospital en CTI empezás a recapacitar y ves que hay cosas que no tienen precio y tenés que disfrutarlas en el momento”.

La entrevista con Paola Cruz, nos deja una historia de resiliencia y superación personal que es inspiradora y también su gratitud por el equipo médico que salvó su vida y la acompañó en su proceso de recuperación. Su experiencia resalta la importancia de una correcta asistencia sanitaria y es un testimonio de la buena labor de los profesionales en la Región Norte. Pese al difícil episodio que amenazó su bienestar, la vocalista se reinventó con el apoyo de la familia, amigos y público que la apoya y decidió regresar a los escenarios para que la música no deje de sonar.



Conclusiones

Tras haber finalizado la investigación, se considera que la hipótesis planteada se confirma parcialmente, lo que revela la complejidad del sistema de salud en la Región Norte. Según los datos que fueron brindados, la cantidad de personal de la salud en esos departamentos supera las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, pero los testimonios de los usuarios demuestran que los tiempos de demora en la agenda médica son largos y les genera preocupación. De esto se puede concluir que hay suficientes médicos, pero ejercen en distintos departamentos o centros de salud lo que enlentece los procesos por tener que esperar que se trasladen de un sitio a otro para atender.

Son muchos los especialistas que tienen que recorrer kilómetros, lo que implica viajes prolongados y desgaste para los profesionales. Del mismo modo, son cientos los pacientes que deben ser trasladados a algún centro de referencia regional como el Hospital de Tacuarembó o Montevideo en busca de tratamientos más especializados o intervenciones quirúrgicas complejas.

Los largos tiempos de espera también entorpecen los diagnósticos haciendo que la cura se haga esperar aún más y en algunos casos, las patologías se sigan agravando lo que podría llegar a ser irreversible en enfermedades terminales. Esto cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta que una de las principales causas de muerte es “síntomas, signos y hallazgos no clasificados en otra parte”, la cual abarca aquellos fallecimientos sin diagnosticar o en los que hubo fallos en la asistencia. Es evidente que suelen haber diferencias entre los diagnósticos premortem y postmortem que remarcan la importancia de identificar correctamente una enfermedad en vida y de indagar en las muertes categorizadas como indeterminadas para tener en cuenta los aciertos y errores en la asistencia y así ajustar el tratamiento en futuros pacientes. Además, se podría cuestionar qué tan fieles con la realidad son las estadísticas vitales considerando que los certificados de defunción están incompletos lo que hace que se especifiquen erróneamente las causas de muerte.

Por otro lado, mientras se recopilaba información para el trabajo de grado se identificó una falta de registros públicos y detallados que recopilen información sobre los recursos humanos y bienes materiales con los que cuentan los hospitales. Al tratarse de centros de salud pública, estos datos resultan sumamente importantes para los usuarios. Sucede que la información sobre el equipamiento y las ambulancias deberían estar publicada en algún lado de



forma que los usuarios tengan acceso para conocer si su centro cuenta con cierto servicio o no.

Cabe destacar que las estadísticas vitales del 2022 tampoco fueron publicadas al momento de utilizarlas en este trabajo como en los años anteriores. El MSP contaba con esa información, pero no la actualizó hasta varios meses después, por lo que se tuvo que recurrir a un pedido de acceso a la información pública para poder obtenerla. Estos datos, como las principales causas de muerte, deben estar al alcance de la ciudadanía para que pueda tener un impacto y se cree concientización a través de campañas o directamente los medios de comunicación.

Por lo tanto, a lo largo de la investigación se ve una complicada relación entre la disponibilidad de personal de salud y su movilidad, y los tiempos de espera. Evidentemente esto es un llamado de atención para que se implementen medidas para mejorar estos tres puntos. Asimismo, tampoco se debe dejar de lado y se debe continuar brindando información para mejorar la experiencia de los usuarios y garantizar una atención médica más eficiente.



Reflexiones individuales

Dulce Fontenla: “Cuando la vida pende de un hilo”

Desde que empecé mi trayecto académico en la Universidad de la República supe que quería cerrarlo haciendo un trabajo de grado que abordase un tema de gran relevancia para la sociedad y que tuviese en su esencia “una pizca sentimental”.

La salud es un área que nos atraviesa a todos como seres humanos, pues nacemos, vivimos y morimos rodeados por algún profesional médico. Si bien contaba con nociones previas del funcionamiento del sistema sanitario construido en base de experiencias personales, el imaginario colectivo y relatos de doctores conocidos, mi perspectiva ha cambiado radicalmente con la realización de este artículo.

Durante la construcción de esta tesis tuve la oportunidad de conocer a decenas de personas, sobre todo pacientes, quienes se abrieron emocionalmente y revivieron experiencias poco gratas al acercarse a un centro hospitalario. A su vez, se entrevistó a profesionales de la salud de diversas áreas, que a través de su conocimiento académico y trabajo cotidiano nos permitieron entender qué pasa “entre las cuatro paredes” de un centro asistencial. Creo que uno de los regalos más lindos que tiene la profesión del periodismo es justamente contar historias de gente “normal” que las comparten para que los otros las conozcan.

En primer lugar, esta investigación periodística me hace pensar que la atención sanitaria es una “cadena” en la que un “eslabón” está unido con otro. El tiempo de llegada de una ambulancia, el triage en urgencias, la consultas y la coordinación de cirugías son procesos que deben llevarse a cabo lo más rápido posible porque cuando se trata de la vida cada minuto cuenta. Es por eso que, me ha surgido durante toda la tesis la siguiente pregunta: ¿por qué hay fallas en este paso a paso que debería ser infalible?

La respuesta parece estar en la centralización del sistema, pues, pese a que la cantidad de médicos que ejercen en la Región Norte supera la cifra que sugiere la Organización Mundial de la Salud, hay una distribución desigual que dificulta el acceso a consultas con especialistas, sobre todo en el área de cardiología. Hay coincidencias en los relatos de Ángel López y Luis Sosa, ambos pacientes cardíacos que enfrentaron demoras significativas para recibir atención de una patología que debería ser revisada regularmente. Lo que los usuarios explicaban es que, hay profesionales que ejercen en la capital y que se presentan en el interior algunas veces al mes para atender consultas locales porque, más allá de los doctores que atienden



fijo en los hospitales del norte, la demanda es mayor que la oferta de profesionales disponible. Es entonces que el fenómeno de migración de médicos hacia Montevideo por las oportunidades de formación y ejercicio profesional que ofrece afecta a la Región Norte y da a reflexionar sobre cómo motivar a los médicos a trabajar en sus departamentos natales.

En segunda instancia, resalto la importancia de las guardias en la puerta de urgencias para atender situaciones críticas, pero identifiqué una gran carencia que es que no garantizan un diagnóstico preciso. Se entiende que en emergencia la prioridad son las personas que ingresan con un riesgo inminente de muerte y requieren reanimación, pero aun así hay quienes consultan por cuadros y síntomas menores que no reciben una óptima atención por la “velocidad” con la que se trabaja en esta área de la salud. Esto puede conducir a errores tanto en diagnósticos como tratamientos, aspecto que se evidencia en el caso de Sofía Tito Virgilio, quien contó que no se identificó que un paciente contaba con síntomas de un infarto y se le asignó una medicación muscular, se lo envió a domicilio y falleció por un fallo cardiaco.

Personalmente, la parte del trabajo que me despertó mayor interés fue el abordaje de la muerte porque es un tema que desde que tengo uso de memoria me conmueve, al tratarse del proceso que da cierre a la vida de una persona. Ante un fallecimiento, es necesario distinguir si se dio por una causa natural o violenta; lo que determina el trato que se le dará al cuerpo de acuerdo con el marco legal de la ley N° 19628 y el decreto N° 276/019.

Una vez que el paciente queda sin signos vitales, es obligatorio que el médico tratante complete el certificado de defunción, cuestión que la forense Sabrina Suárez describe como un proceso que debe ser rápido por la sensibilidad e impacto en las familias y me hace reflexionar sobre la importancia de la empatía y el respeto de los profesionales con el entorno del difunto. Hoy en día, se digitalizaron los certificados y se suben a una plataforma del MSP, lo que representa desafíos en áreas rurales por la falta de acceso a internet y dispositivos de última generación. En una de las entrevistas realizadas a Ima León, tuvimos la oportunidad de ver algunos certificados de decesos y me resultó totalmente conmovedor cómo una vida se reduce a una ficha de datos personales y un formulario de múltiple opción sobre tu muerte.

En mi opinión, la profundización realizada sobre la categoría "síntomas, signos y hallazgos no clasificados en otra parte" es un punto fuerte de la investigación porque remarca la complejidad y los desafíos que implican la determinación de causas específicas de muerte. Sería fructífero que a futuro se apliquen nuevos métodos o mejoren los procesos de evaluación forense vigentes, los registros y la categorización de las estadísticas vitales para obtener datos más precisos y útiles en el ámbito de la salud pública.



Para mí, la realización de este trabajo de grado marca un antes y un después en mi vínculo con la salud en general y específicamente, cuando se trata de ir a un centro asistencial. Hay detalles que antes pasaba por alto, dígame las condiciones edilicias, los equipamientos y tiempos de espera que ahora analizo de forma más consciente. A su vez, frente a accidentes o situaciones que pasan en lugares públicos que requieren atención médica, siempre intento ser yo quien se comunique con la emergencia e inconscientemente, como hábito adquirido por esta investigación, controlo la demora de la ambulancia así como también, cuando me he dirigido a puerta de urgencias por temas personales, quedo atenta a cuánto tiempo pasan las personas en sala de espera previo a ser atendidos por el profesional correspondiente.

Agradezco a la Licenciatura en Comunicación y a esta investigación en particular por permitirme conocer hospitales y departamentos de medicina a los que no hubiera podido acceder como alguien particular, por la confianza de los doctores para mostrarnos su trabajo, abrirnos sus consultorios y sobre todo a los usuarios de ASSE que removieron experiencias tristes personales o familiares para ser parte de nuestro mayor logro académico.

Martina Ruiz: Voces de la salud

Este trabajo fue realizado en mayor parte por las entrevistas que realizamos a pacientes y personal médico, lo que me sorprende gratamente por la gran disposición que tuvieron a la hora de brindarnos información. Muchos de los usuarios que aparecen en este trabajo se acercaron voluntariamente a nosotros a través de las redes sociales para contarnos sobre sus experiencias y vieron una oportunidad de manifestar reclamos, pero también para reconocer el gran trabajo del personal de salud.

Comenzamos este trabajo a raíz de noticias que leíamos de hechos que ocurrían en el norte. Siempre se escucha que hay pacientes que no llegan a ser salvados o necesitan incluso un helicóptero para que los trasladen a tiempo. Estos casos más extremos fueron los que nos llamaron la atención y nos hicieron preguntarnos ¿qué ocurre en los departamentos más alejados de la capital? Al no tener familiares o personas conocidas en esa región, se nos hizo un poco más difícil acercarnos, pero decidimos empezar por las redes sociales, donde encontramos hasta grupos de pacientes de ciertos hospitales en los que hacen preguntas con respecto a la agenda médica, los medicamentos y todo lo que implica el servicio de salud pública. Muchas personas se contactaron con nosotras para poder hablar de situaciones que nos hicieron tener un primer panorama de la situación. No nos quedamos solamente con las noticias que



cubrían los casos más graves, sino lo que vivían los usuarios todos los días. Lamentablemente, en la mayor parte de casos recibimos quejas de pacientes de salud pública que no pueden tener un especialista, un diagnóstico o una ambulancia a tiempo. Aun así, este tipo de comentarios impulsaron el trabajo, pudimos tener una visión de la situación en los departamentos que estudiamos y de allí comenzar a indagar y comparar con los pedidos acceso de información pública.

Si bien comenzamos el trabajo con una base y un mínimo conocimiento, hubo mucha curiosidad que llevó a indagar en numerosas cuestiones que a su vez desprendían más preguntas y más búsqueda de fuentes. Por ejemplo los certificados de defunción: una consulta a los datos brindados por el Ministerio nos llevó a preguntarnos cómo se clasifican las muertes y buscar responder esta duda a través de varios profesionales y académicos, quienes al mismo tiempo nos brindaban información o dónde encontrarla.

Mientras los usuarios de ASSE esperan fecha y hora para un especialista, estos están trabajando en varios centros e incluso diferentes departamentos. Al principio, comenzamos preocupándonos por la falta de médicos cardiólogos o ginecólogos, pero también nos dimos cuenta que hay médicos como los anatomopatólogos que influyen a la hora de dar un diagnóstico y se produce una reacción en cadena: debe haber un anatomopatólogo que realice las muestras y las estudie y luego también está el médico que realiza el diagnóstico al paciente. Entonces, si hace falta uno de estos “eslabones” porque no hay fecha y hora, se atrasan los diagnósticos, los tratamientos y se rompe la cadena.

El personal médico hace un gran esfuerzo para poder cubrir las necesidades de la población. Muchos realizan traslados estando hasta más de doce horas en las ambulancias o viajando de un departamento a otro semanalmente para poder brindar consulta, pero no es suficiente. Considero que lo ideal no es quedarse con el traslado de pacientes o especialistas, sino que ciertamente lo sería el mejoramiento de los centros para que no haya ningún tipo de carencia.

Sin embargo, esto no quiere decir que desde el Estado y el Ministerio no se hagan esfuerzos para mejorar el servicio. Se intenta equipar los centros de salud o en otros casos mejorar los traslados con ambulancias más modernas para poder atender a tiempo. También hay un arduo trabajo desde el Ministerio para fomentar información e incentivar a la población a hacerse controles de salud y detectar enfermedades a tiempo.

Todo este trabajo trató de ir conectando piezas y contrastar la información que nos daban los pacientes. En la primera instancia, también consideramos importante hablar con el



personal de salud e ir conociendo ambas partes. Es decir, muchos usuarios nos relataron que no pueden conseguir fecha próxima para un especialista, entonces es necesario hablar con estos especialistas para llegar a saber que en muchos casos tienen que viajar cada quince días porque son muy pocos los que residen en el departamento que atienden.

Consideramos importante escuchar y mostrar todas las voces de la salud para dar una visión lo más completa posible y describir qué es lo que sucede desde ambos lados cuando no hay fecha, no hay una ambulancia o es imposible realizarse un examen médico.



Referencias bibliográficas

- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2020). Cartilla de derechos y deberes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. Recuperado de: <http://afiliaciones.asse.com.uy/documents/20181/0/Cartillas+de+Derechos/06f38543-2082-4ace-beb1-53a860a18751>
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (s. f.). *Cómo usar la agenda web de ASSE*. Recuperado de: <https://www.asse.com.uy/contenido/Como-usar-la-Agenda-Web-de-ASSE-12009>
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (s.f.). *Mayor y mejor acceso a los servicios de salud*. Recuperado de: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/10_Acceso_a_los_servicios_de_salud.pdf
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (s.f.). *Prestaciones*. Recuperado de: <http://afiliaciones.asse.com.uy/web/guest/prestaciones>
- Álvarez, C., Sosa, A. Vacarezza, M., Vignolo, J. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
- Aran, D., Laca, H. (2011). *Sistema de salud en Uruguay*. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800021
- Banco de Previsión Social. (s.f.). *Nombres de Prestadores Integrales*. Recuperado de: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/15250/1/prestadores-integrales-de-salud.pdf>
- Banco de Previsión Social (2022). *Fondo Nacional de Salud - Beneficiarios*. Recuperado de: <https://www.bps.gub.uy/10313/beneficiarios-activos-snis.html>
- Barot Costas, P. (2016). *Reforma de la salud en Uruguay: avances y vacíos*. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales . Recuperado de: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21957/1/TTS_BarotCostasPatricia.pdf
- Beltrán Aguirre, J.L. (2022). *Asistencia sanitaria (jurídico)*. Recuperado de: <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/20#:~:text=%E2%80%94Seg%C3%BAAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,personas%20e%2C%20incluso%2C%20a%20la>
- Cámara de Emergencias. (s.f.). *Cámara de Emergencias y de Asistencia Médica Extrahospitalaria del Uruguay*. Recuperado de: <https://www.camaradeemergencias.com.uy/index.html>
- Cámara de Senadores (2022). *Rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal, Ejercicio 2021, inciso 29, Administración de los Servicios de Salud del Estado*. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/6344260.PDF>



- CAMOC (2018). *Así funciona el sistema triage de urgencias*. Recuperado de: <https://www.camoc.com.uy/4134/asi-funciona-el-sistema-triage-de-urgencias/>
- Canal 4 (4 de febrero de 2022) *Buen Día - Día mundial contra el cáncer, segunda causa de muerte en Uruguay*. Youtube. <https://youtu.be/wWJhOYGXjjQ>
- Cinve (2000). *Las instituciones de asistencia médica colectiva*. Recuperado de: <https://www.cinve.org.uy/wp-content/uploads/2012/12/Las-instituciones-de-asistencia-m%C3%A9dica-colectiva.pdf>
- Comisión Asesora Multipartita (2018). *Nuevo Régimen de Trabajo Médico*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Texto%20ordenado%20-%20laudo%20m%C3%A9dico.pdf>
- Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (2022). *Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer*. Recuperado de: <https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?108,1462>
- Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (2022). *VI Atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay 2014- 2018*. Recuperado de: <https://www.comisioncancer.org.uy/aucdocumento.aspx?317,1580>
- Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (2022). *Semana del Corazón, del 24 al 30 de septiembre de 2022*. Recuperado de: <https://cardiosalud.org/semana-del-corazon-del-24-al-30-de-setiembre-de-2022/>
- Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (2021). *Cifras preliminares de mortalidad según causa de muerte - Primer semestre 2021*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/cifras-preliminares-mortalidad-segun-causa-muerte-primer-semestre-2021>
- Departamento de Habilitación y Control de Profesionales de la Salud (2010). *Primer Censo Nacional de Profesionales de la Salud*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/primer-censo-nacional-de-recursos-humanos-en-salud>
- Departamento de Medicina Preventiva y Social (s.f.). *Conceptos y fundamentos metodológicos para la definición de Objetivos Sanitarios Nacionales*. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Departamento de Medicina Preventiva y Social (2008). *Temas de salud pública*. Oficina del libro Fémur. Montevideo, Uruguay.
- Domenech Carboni D. (2021) *Morir en la capital*. Revista Médica del Uruguay. Recuperado de: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/638>
- Escuela de Graduados (2021). *Reglamento de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina*. Recuperado de: <http://www.egradu.fmed.edu.uy/reglamento>



- Federación Médica del Interior (2022). *Laudo médico sector privado*. Recuperado de: <https://femi.com.uy/laudo-medico-sector-privado/>
- Federación Médica del Interior (2021). *Laudo médico sector público*. Recuperado de: <https://femi.com.uy/laudo-medico-sector-publico/>
- Ferre Z, Gerstenblüth M, González C, Noboa C, Triunfo P. *Salud y acceso a cuidados médicos durante la pandemia en Uruguay*. Revista Médica del Uruguay. Recuperado de: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/742/727>
- Fuerza Aérea Uruguaya (2018) *Traslados Sanitarios y Evacuaciones Médicas (MEDEVAC)*. Recuperado de: <https://www.fau.mil.uy/es/articulos/30-traslados-sanitarios-y-evacuaciones-medicadas-medevac.html>
- González, F., Barbero, M., Salgado, P y Dighiero, K. (s/f). *La profesión médica*. Recuperado de: <https://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2018/06/Libro-perfil-profesional.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2022). *Anuario Estadístico Nacional 2022, 99a versión*. Recuperado de: <https://www5.ine.gub.uy/documents/SEN/Anuario%20Estad%20C3%ADstico%20Nacional/Anuario%20Estad%20C3%ADstico%20Nacional%202022.pdf>
- Junta Nacional de Salud (2021). *Datos básicos sobre especialidades médicas: insumos para la estimación de brechas*. Recuperado de: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe%2520Especialidades%2520AQ%2520y%2520EM%2520Setiembre%25202021.pdf&ved=2ahUKEwjvP7Ht_6AhXUnpUCHRiJCssQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw0IEoVa_IdgRvjSh-IDI4ZQ
- Labadie, G., Ramos, A., & Sánchez, D. (1994). *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en el Uruguay: Regulación y Desempeño*. Montevideo. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6231/1/S9400007_es.pdf
- Leon, I., Misa, A., Gianneo, O (2020). *Vigilancia de la Mortalidad por todas las causas: Enero a julio 2015-2020. Informe Preliminar*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Informe%20preliminar%20de%20mortalidad%20global%20enero-julio.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (s.f.). *AtuServicio.uy*. Recuperado de: <https://atuservicio.msp.gub.uy/>
- Ministerio de Salud Pública (2019). *Bases de datos de los prestadores públicos de salud*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/microdatos/bases-datos-prestadores-publicos-salud>
- Ministerio de Salud Pública (2018). *Catálogo de Prestaciones - PIAS*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-289018-catalogo-prestaciones-pias>



- Ministerio de Salud Pública (2021). *Cuentas de Salud*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politica-y-gestion/sistema-nacional-integrado-salud/cuentas-de-salud>
- Ministerio de Salud Pública (s.f.). *Departamento de Medicamentos*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/departamento-medicamentos>
- Ministerio de Salud Pública (24 de mayo de 2021). *Desempeño de los principales prestadores del SNIS 2019*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/desempeno-principales-prestadores-del-snis-2019>
- Ministerio de Salud Pública (2017). *Diálogo social - Recursos Humanos en Salud*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/dialogo-social-recursos-humanos-en-salud-2017>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2018-09/Primer%20Informe%20Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20%282016%29.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (s.f.). *El Sistema de Salud en el Uruguay*. Recuperado de: rissalud.net/images/pdfpublicos/El_sistema_de_salud_en_el_Uruguay.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Formulario Terapéutico de Medicamentos*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/formulario-terapeutico-medicamentos>
- Ministerio de Salud Pública (5 de noviembre de 2015). *Guía de práctica clínica de detección Cáncer de mama*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-deteccion-cancer-mama>
- Ministerio de Salud Pública (2017). *Info Salud Artigas: Principales indicadores demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos y de producción asistencial*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/direccion-departamental-de-salud-de-artigas>
- Ministerio de Salud Pública (2017). *Info Salud Cerro Largo: Principales indicadores demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos y de producción asistencial*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/direccion-departamental-salud-cerro-largo>
- Ministerio de Salud Pública (2017). *Info Salud Paysandú: Principales indicadores demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos y de producción asistencial*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/direccion-departamental-de-salud-de-paysandu>
- Ministerio de Salud Pública (2017). *Info Salud Salto: Principales indicadores demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos y de producción asistencial*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/direccion-departamental-de-salud-de-salto>



- Ministerio de Salud Pública (2017). *Info Salud Rivera: Principales indicadores demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos y de producción asistencial*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/direccion-departamental-de-salud-de-rivera>
- Ministerio de Salud Pública (2017). *Info Salud Tacuarembó: Principales indicadores demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos y de producción asistencial*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/direccion-departamental-de-salud-de-tacuarembó>
- Ministerio de Salud Pública (2018). *Ordenanza N° 289/018 Catálogo de Prestaciones - PIAS*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-289018-catalogo-prestaciones-pias>
- Ministerio de Salud Pública (30 de septiembre de 2022). *Presentación Datos Mortalidad Cardiovascular Uruguay*. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=Xi_9IA_AWwo
- Ministerio de Salud Pública (2021). *Requisitos de buenas prácticas para traslados sanitarios en unidades móviles terrestres en los Estados Partes del Mercosur*. Recuperado de: https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2021/decretos/10/msp_55.pdf
- Ministerio de Salud Pública (2023). *Servicio de laboratorio de análisis clínicos - registrados en SURSS al 17/02/2023*. Recuperado de: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2023-04/Respuesta%20y%20resoluci%C3%B3n%20914_removed%20%281%29.pdf
- Observatorio Territorio Uruguay (2021). *Tasa bruta de mortalidad (cada 1000 habitantes)*. Recuperado de: https://otu.opp.gub.uy/?q=listados/listados_datos_formato&id=969&deptos=1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19®iones=&municipios=&loc=&fecha=2014-01-01
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto (2021). *Nota metodológica sobre Presupuesto Nacional*. Recuperado de: <https://transparenciapresupuestaria.opp.gub.uy/sites/default/files/bloque-simple/PTP%20-%20Nota%20Metodol%C3%B3gica%20Presupuesto%20Nacional.pdf>
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto (2021). *Planificación de gobierno, Administración de los Servicios de Salud del Estado*. Recuperado de: <https://transparenciapresupuestaria.opp.gub.uy/inicio/planificaci%C3%B3n-de-gobierno/administraci%C3%B3n-de-los-servicios-de-salud-del-estado>
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto (2021). *Presupuesto Nacional y Finanzas Subnacionales*. Recuperado de: <https://transparenciapresupuestaria.opp.gub.uy/inicio/presupuesto-nacional>
- Organización de las Naciones Unidas (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>



- Organización Mundial de la Salud (2021). *Atención primaria de salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Salud y derechos humanos*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Servicios sanitarios de calidad*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Capítulo XVIII: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte*. Recuperado de: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/cap18.html>
- Organización Panamericana de la Salud (2023). *Perfil de país - Uruguay*. Recuperado de: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-uruguay>
- Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *¿Por qué la CIE es tan importante para la salud mundial?* Recuperado de: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/noticias/item/709-por-que-la-cie-es-tan-importante-para-la-salud-mundial>
- Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Una reforma sanitaria que sigue avanzando en un país que aumenta su expectativa y calidad de vida*. Recuperado de: https://www.paho.org/uru/dmdocuments/MSP_PRESENTACION_REFORMA_SANITARIA_BASSO.pdf
- Pan American Health Organization. (2017). *Health in the Americas* (págs. 237-240). Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34321>
- Pérez, M. (2009). *La reforma del sistema de salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay: los desafíos del cambio*. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Recuperado de: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4910/6/TCP_PérezM_ancelo.pdf
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay (2017). *Protocolo de traslado aéreo de pacientes*. Recuperado de: https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2017/resoluciones/06/presidencia_141_anexo.pdf
- Rapetti, M. y Soto, P. (2009). *Análisis y perspectivas del proceso de reforma del sistema nacional integrado de salud en Uruguay, con énfasis en el financiamiento de los prestadores*. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/128>
- Revista Sanitaria de Investigación (2021) *Importancia del triaje en el servicio de urgencias*. Recuperado de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-del-triaje-en-el-servicio-de-urgencias/>



- Rivero, O. (1995). *La autopsia; su rol en la Medicina*. Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas de Uruguay. Volumen 18. Recuperado de: https://www.dnsffaa.gub.uy/media/images/95-96_17-26-la-autopsia-su-rol-en-la-medicina.pdf?timestamp=20180425162539
- Sbárbaro Romero M. *Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas. Aplicación en una red de atención primaria de Uruguay*. Revista Uruguaya de Enfermería. Recuperado de: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/229>
- Ser Médico (s.f). *Protocolo de Seguridad en la escena de atención médica extrahospitalaria*. Recuperado de: https://www.sermedico.com.uy/liferay-portal-6.1.2-ce-ga3/data/document_library/10153/10179/1904/1.0
- Silvariño, R., Acevedo, V., Moyano, M., Méndez, E., Paolillo, E., Russi, U., & Álvarez, J. (2011). *Experiencia de triaje estructurado en el departamento de urgencia*. Revista Médica Del Uruguay. Recuperado de: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/394>
- Sistema de Estadísticas Vitales (2015). *Certificado de Defunción Electrónico: Guía rápida para empresas fúnebres*. Recuperado de: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-08/SEVEN_CD_Manual%20%20Usuarios%20Empresas%20Funebres_0.pdf
- Sistema Nacional de Información (2022) *Indicadores Asistenciales ASSE 2012-2021*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/indicadores-asistenciales-asse-2012-2021>
- Sistema Nacional de Información (2022). *Población afiliada a ASSE por tipo de afiliación 2012-2022*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-tipo-afiliacion-2012-2021>
- Unidad de Información en Salud (2020). *Número de defunciones por departamento de residencia y grandes causas de muerte CIE-10*. Recuperado de: https://uins.msp.gub.uy/materiales/defunciones/cuadro14.defunciones_por_dpto_residencia_y_grandes_causas_de_muerte_CIE-10.ods
- Unidad de Información en Salud (2020) *Número de defunciones por departamento de residencia y tipo de establecimiento de ocurrencia*. Recuperado de: https://uins.msp.gub.uy/materiales/defunciones/cuadro13.defunciones_por_dpto_residencia_y_tipo_establecimiento_de_ocurrencia.ods
- Unidad de Información en Salud (2020). *Tasas brutas de mortalidad y natalidad 1996-2021*. Recuperado de: <https://uins.msp.gub.uy/#:~:text=Tasas%20brutas%20de%20mortalidad%20y%20natalidad%201996%2D2021>
- Universidad de la República (s.f.). *Presentación, Área Ciencias de la Salud*. Recuperado de: <https://areasalud.udelar.edu.uy/institucional/presentacion>
- Universidad de la República (s.f.). *¿Qué es un CENUR?*. Recuperado de: <https://www.litoralnorte.udelar.edu.uy/institucional/cenur-litoral-norte/que-es-el-cenur>



Uruguay (1967). *Constitución de la República*. Recuperado de:
<https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967/>

Uruguay (2020). *Presupuesto Nacional de sueldos, gastos e inversiones. Ejercicio 2020-2024*. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19924-2020>

Uruguay Presidencia (2017). *Protocolo garantiza seguridad al personal de salud y asistencia a los usuarios en zonas de riesgo*. Recuperado de:
<https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/protocolo-garantiza-seguridad-personal-salud-asistencia-usuarios-zonas-riesgo#:~:text=El%20protocolo%20de%20seguridad%20en,de%20tr%C3%A1nsito%2C%20violencia%20y%20emergencias>

Urwicz, T. (8 de abril de 2023). *El año pasado fallecieron 5.295 uruguayos cuyo motivo es un misterio*. El Observador. Recuperado de:
<https://www.elobservador.com.uy/nota/en-2022-fallecieron-5-295-uruguayos-cuya-causa-de-muerte-es-un-misterio-20234714250>



Referencias de pedidos de acceso a la información pública

- Cantidad de ambulancias en Región Norte - Respuesta 25/11/2022
- Cantidad de ambulancias en Montevideo y zona metropolitana - Respuesta 21/04/2023
- Cantidad de mamógrafos y ecógrafos en Montevideo y Región Norte -Respuesta 16/05/2023
- Cantidad de personal médico en ASSE de Montevideo y zona metropolitana - Respuesta 01/03/2023
- Cantidad de personal médico en ASSE de la Región Norte - Respuesta 08/11/2022



Anexo

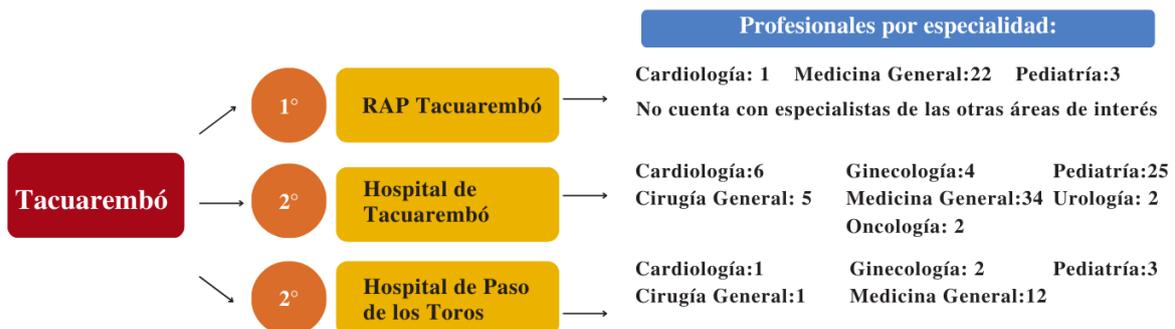
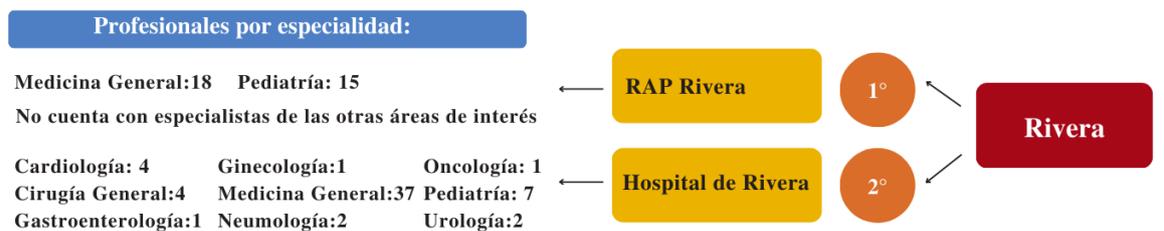
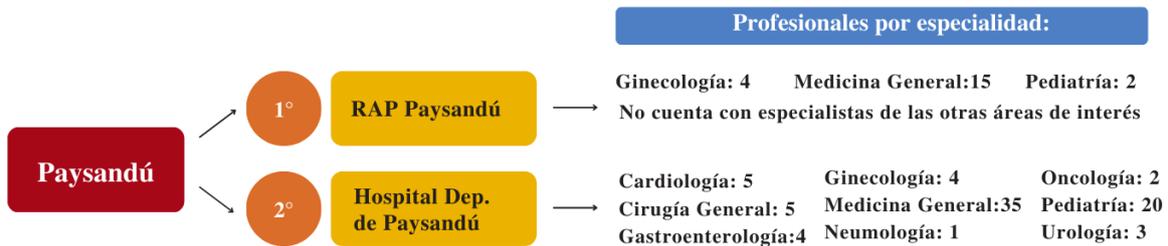
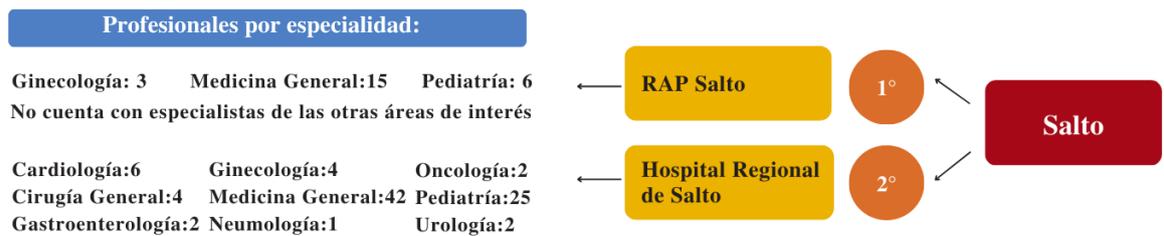
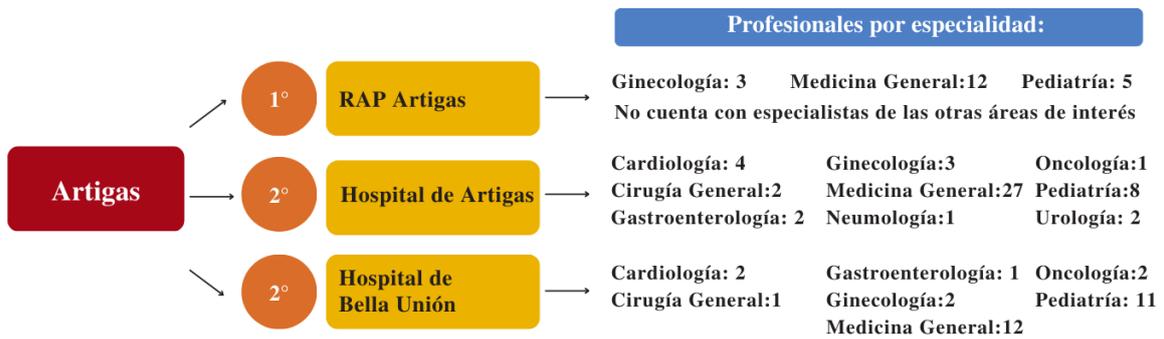
Indicadores asistenciales de ASSE 2022[1]

Tipo de indicador asistencial	Cifras por departamento						
	Montevideo	Artigas	Paysandú	Rivera	Salto	Tacuarembó	Total ASSE
Atención Ambulatoria (por año)							
Total de consultas no urgentes por usuario	2.5	2.0	2.3	1.9	1.7	2.0	2.3
Total de consultas urgentes por usuario	1.1	1.2	0.9	1.1	0.8	1.0	1.1
Consultas a medicina general por usuario	0.8	1.0	1.1	1.1	0.7	0.9	1.0
Consultas a cirugía general por usuario	0.04	0.03	0.03	0.03	0.03	0.09	0.04
Consultas a especialistas por usuario	0.7	0.4	0.5	0.4	0.4	0.4	0.5
Internación (por año)							
Egresos internación cuidados básicos cada mil usuarios	0.1	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.1
Egresos internación cuidados moderados cada mil usuarios	102.4	78.6	81.6	74.8	123.0	66.9	77.5
Intervenciones quirúrgicas (por año)							
Cirugías coordinadas por cada mil usuarios	39.7	22.3	30.6	24.8	8.4	15.6	23.1
Cirugías urgentes por cada mil usuarios	21.4	12.4	13.6	17.7	23.4	21.9	16.2
Cirugías por cada mil usuarios	61.1	34.7	44.3	42.5	31.7	37.5	39.3
Cirugías menores por cada mil usuarios	0.1	0.0	0.1	0.1	1.6	0.0	0.3
Cirugías corrientes por cada mil usuarios	7.4	10.8	10.5	9.1	5.0	7.0	7.8
Cirugías mayores por cada mil usuarios	13.8	11.0	10.5	11.3	10.6	11.4	9.6

Tabla 10. Fuente: Elaboración propia. Información tomada del SINADI.



Profesionales de la salud por departamento





		Profesionales por especialidad:			
Montevideo	1°	RAP Metropolitana	Cardiología:10 Cirugía General:1	Gastroenterología:2 Ginecología:31 Medicina General:155	Neumología: 2 Pediatría:78
	2°	Centro Hospitalario Pereira Rossell	Cardiología:3 Cirugía General:2 Gastroenterología:1	Ginecología:36 Medicina General:5 Neumología:3	Oncología:7 Pediatría:61 Urología:1
	2°	Hospital Maciel	Cardiología:11 Cirugía General:12	Gastroenterología:7 Medicina General:10 Neumología:6	Oncología:3 Urología:5
	2°	Hospital Pasteur	Cardiología:13 Cirugía General:17 Gastroenterología:5	Ginecología:1 Medicina General:38 Neumología:3	Oncología:1 Urología:8
	2°	Hospital Español	Cardiología:4 Cirugía General:13	Gastroenterología:1 Ginecología:1 Medicina General:25	Neumología:3 Pediatría:11
	2°	Hospital Saint Bois	Cardiología:4 Gastroenterología:1	Ginecología:1 Medicina General:25	Neumología:3 Pediatría:11
	3°	Instituto Nacional del Cáncer	Cardiología:2 Cirugía General:3	Gastroenterología:2 Ginecología:1	Medicina General:10 Oncología:11
	3°	Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología	Cardiología:1	Medicina General:13	No cuenta con especialistas de las otras áreas de interés

Tabla 11. Fuente: Elaboración propia. Información brindada por ASSE.

Listado de personas entrevistadas y consultadas

Personal de la salud:

Leymilena Jaime - Hospital de Tacuarembó

Bruna López - Hospital de Cerro Largo. Clave Uno

Rodrigo Abreu - Sociedad Médico Quirúrgica Salto

Néstor Villalba - Hospital de Cerro Largo

Fredy Paz - Policlínica de Retirados Militares de Tacuarembó

Elizabeth Tealdi -Hospital de Tacuarembó

Nancy Fonseca - Policlínica Barrio Sur y Hospital de Artigas

Raquel Vasconcellos - Policlínica Barrio Sur y Hospital de Artigas

Rogelio Ferrao - Hospital de Salto

Andrea Silva - Hospital de Salto



Susana Mori - Hospital de Salto

Rafael De Armas - Hospital de Clínicas

Paula Latorre - Escuela Universitaria de Tecnología Médica

Virginia López - Hospital de Clínicas

Paula Pagués - Hospital de Clínicas

Victoria Iraola - Hospital Maciel

Otros profesionales:

Gervasio Domínguez - Escuela de Graduados de Facultad de Medicina

Ima de León - Sistemas de Información MSP y Departamento de Medicina Preventiva

Mónica Testa - Departamento de Estadísticas Vitales del MSP

Victoria Iglesias - Departamento de Medicina Legal

Sabrina Suárez - Departamento de Medicina Legal

Pacientes de ASSE:

Claudia da Costa - Hospital de Artigas

Juliana Ramos - Hospital de Artigas

Anthony Pereira - Hospital de Artigas

Nilo Ventuni - Hospital de Artigas

Lourdes Vas Torres - Hospital de Artigas

Paola Cruz - Hospital de Artigas y Hospital de Tacuarembó

Luis Sosa - Hospital de Cerro Largo

Marcelo Vasallo – Hospital Maciel

Alejandra da Silva - Hospital de Paso de los Toros

Sofía Tito Virgilio - Hospital de Paysandú

Walter Planell - Hospital de Paysandú

Marta de los Santos - Hospital de Paysandú

Marite Ojeda - Hospital de Paysandú

Carlos Muniz Munays - Hospital de Paysandú

Magui Lemos - Hospital de Paysandú

Cecilia Rivero - Hospital de Paysandú

Verónica Piriz - Hospital de Paysandú

Valeria Quintana - Hospital de Paysandú

Alejandro Cabrera - Hospital de Paysandú



Andrea Fernández - Hospital de Paysandú
Valeria Marquez Cardozo - Hospital de Paysandú
Candela Figueroa - Hospital de Paysandú
Mabel Delgado - Hospital de Paysandú
Marcela Fleitas - Hospital de Paysandú
Elizabeth de los Ángeles - Hospital de Rivera
Ángel López Patti - Hospital de Rivera
Deisy Mora - Hospital de Rivera
Mauricio Spillere - Hospital de Rivera
Ramiro Andrés - Hospital de Rivera
Susana Dos Santos - Hospital de Rivera
Carlos Aleu - Hospital de Rivera
Nanci Dutra - Hospital de Salto
Gustavo San Andrea - Hospital de Salto
Nicolás Damacena - Hospital de Salto
María de Souza - Hospital de Salto
Beto Mauri - Hospital de Salto
Alexander Chagas - Hospital de Tacuarembó
Néstor Araújo - Hospital de Tacuarembó
Héctor Rosado - Hospital de Tacuarembó