

VIII CONVENCION MEDICA NACIONAL

COMISION: POLITICAS DE SALUD. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

CAPITULO 1- DIAGNOSTICO

Sumario.

- 1-La salud como derecho
- 2-El sector de la salud en el Uruguay.
 - 2.1- Subsector público.
 - 2.2- Subsector privado
 - 2.3- Fondo Nacional de Recursos e Institutos de Medicina Altamente Especializada
- 3- Los recursos humanos
- 4-El gasto en el sector salud
- 5- El modelo
- 6- Resultados sanitarios globales
- 7-Conclusiones

1-La salud como derecho

El derecho a la salud no está explícitamente reconocido en la Constitución de la República.

La primera mención a la salud en un texto constitucional, que se mantiene, data de 1934. En la Constitución de ese año, en el artículo 43 (hoy artículo 44), se expresa: *“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.”

La VII Convención Médica Nacional realizada en julio de 1984 entendió necesario consagrar el derecho a la salud a texto expreso en la Constitución de la República.

Un primer problema, de carácter normativo, que se plantea al analizar la salud en nuestro país es el de su consagración como derecho y la responsabilidad del Estado en garantizar su cumplimiento.

2-El sector salud en el Uruguay

El sector salud en el Uruguay se considera clásicamente como integrado por dos subsectores: el **público** y el **privado**.

A ello deben agregarse el **Fondo Nacional de Recursos** y los **seguros parciales**.

Un segundo problema lo constituye la existencia de dos subsectores, público y privado, éste integrado por instituciones con y sin fines de lucro, que proporcionan un panorama caracterizado por una gran segmentación de la población asistida y de la oferta de asistencia médica, una marcada superposición de servicios y subutilización de recursos.

El desarrollo del sector salud parece haber seguido pautas de mercado y no estrictamente lineamientos derivados de las necesidades de la población ni de políticas sanitarias claras, consensuadas y y de largo plazo.

2.1-Subsector público

Está constituido por:

Ministerio de Salud Pública

Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas

Sanidad Policial

Universidad de la República (Hospital de Clínicas e Instituto de Higiene)

Banco de Previsión Social

Banco de Seguros del Estado

Gobiernos Departamentales

Entes Autónomos

y Servicios Descentralizados.

Se observa la existencia de gran cantidad de efectores a nivel público, con escaso grado de coordinación, pese a que la creación de ASSE tuvo explícitamente ese cometido.

2.1.1-El **Ministerio de Salud Pública** fue creado en el año 1934. Se rige por su Ley Orgánica, número 9.202, de ese año. En dicha Ley no se establece, a texto expreso, ninguna potestad para el MSP en cuanto a la fijación de políticas en materia de salud, lo que se vino a concretar recién en 1967 con la creación de la Dirección Nacional de Salud (DIGESA). En diciembre de 1985, el Poder Ejecutivo elaboró un proyecto de ley por medio del cual se creaba el Sistema Nacional de Salud, recogiendo en parte las recomendaciones de la VII Convención Médica Nacional de 1984 y de la Concertación Nacional Programática (CONAPRO, organismo multipartidario y multisocial que funcionó hacia fines de la dictadura y primeros meses de reinstitucionalizada la democracia). En ese proyecto se consagraba legalmente el derecho a la salud y se determinaba para el MSP la responsabilidad de definir la política de salud y formular, ejecutar y evaluar el Plan Nacional de Salud.

2.1.2-Las **prestaciones asistenciales** del Ministerio de Salud Pública se realizan a través de **ASSE** (Administración de Servicios de Salud del Estado), que es un organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública creado por la Ley de Rendición de Cuentas 15.903 del

año 1987. Compete a ASSE administrar los establecimientos y servicios del MSP y coordinar con otros establecimientos públicos para evitar superposiciones de servicios y subutilización de recursos (objetivo que no se concretó), organizar la atención del primer nivel a través de médicos de familia, y se le faculta, por esta Ley, a transferir la administración o el uso total o parcial de los establecimientos asistenciales propios a las Intendencias y a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Se estima que el MSP a través de ASSE atiende al 53% de la población incurriendo para ello con el 20% del gasto total en salud.

a.2- Por otra parte, el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección General de la Salud (DIGESA), creada por la Ley de Presupuesto de 1967 y reglamentada en 1973, es el encargado de **fijar las políticas sanitarias en el país..**

Esto supone, aunque ASSE sea un organismo desconcentrado y por la dependencia que este organismo tiene del MSP, la radicación en éste de ambas funciones esenciales: control y prestación de servicios de asistencia.

Un mismo organismo, el Ministerio de Salud Pública, reúne en su seno diversas potestades y funciones asignadas por la Ley Orgánica del propio Ministerio y por las disposiciones que crearon ASSE y DIGESA. No existe una política de Estado en materia de salud y es evidente la discontinuidad en las orientaciones del MSP.

2.1.3- Otras instituciones públicas que brindan asistencia son el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas (SSFFAA), dependiente del Ministerio de Defensa Nacional, que cubre al personal en ejercicio, familiares directos y retirados de las Fuerzas Armadas, y que cuenta con un Hospital en Montevideo con más de 400 camas.

La Dirección Nacional de Sanidad Policial, que depende del Ministerio del Interior, que cubre a los funcionarios de este Ministerio, familiares y retirados, y que cuenta con un Hospital con unas 60 camas. La cobertura de los funcionarios del Interior se realiza a través de convenios con las IAMC.

Entre el SSFFAA y la Dirección Nacional de Sanidad Policial se brinda cobertura a más de 300.000 personas.

El Hospital de Clínicas, que depende de la Universidad de la República, tiene más de 500 camas y realiza actividades de asistencia, docencia e investigación.

El Banco de Previsión Social brinda servicios de atención materno infantil a trabajadoras de la actividad privada y cónyuges de trabajadores de la actividad privada y otros servicios. Tiene un sanatorio en Montevideo.

El Banco de Seguros del Estado también cuenta con sanatorio propio y se encarga de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.

Los Gobiernos Departamentales cubren a sus funcionarios mediante convenio con las IAMC, pero además expiden, aunque no en forma monopólica, carné laboral y realizan examen de aptitud para obtener la autorización para conducir vehículos, además de servicios de atención médica a la población que en algunas oportunidades están coordinados con IAMC y MSP.

Algunos Entes Autónomos y Servicios Descentralizados también brindan servicios médicos de atención ambulatoria.

2.2-Subsector privado

2.2.1-Está constituido principalmente por las **Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)**, entidades privadas sin fines de lucro, que prestan sus servicios de atención directamente o contratando servicios.

Funcionan como entidades prepagas que realizan una selección muy limitada de los riesgos inherentes a sus afiliados, y a quienes tienen la obligación de prestarles una atención integral definida por el Ministerio de Salud Pública (asistencia ambulatoria y de internación). Sus afiliados constituyen un conjunto de personas que aseguran los riesgos de su salud mediante prepago obligatorio y voluntario.

Cubren al 47% de la población del país, incurriendo para ello con el 80% del gasto total en salud.

Existe una inequidad insoslayable entre el sector público y el privado. Ambos asisten a porcentajes similares de población. Pero mientras el sector privado cuenta con el 80% de los recursos, el sector público sólo cuenta con el 20%.

Existen 50 IAMC, 16 en Montevideo y 34 en el Interior del país.

Según los últimos datos disponibles, el 60% de la población de la Capital del país está afiliado a una IAMC, mientras esa proporción es del 37% en el Interior.

Hay una segunda gran inequidad constatable en cuanto al porcentaje de población afiliada a las IAMC –que brindan el mejor nivel comparado de asistencia--, entre el Interior y Montevideo, producto de diferencias económicas, culturales y vinculada también a la forma de cobertura a través de la seguridad social (sólo a los trabajadores activos de la esfera privada).

Las IAMC se clasifican, de acuerdo con el Decreto Ley 15.181, de agosto de 1981, en asociaciones asistenciales, cooperativas de profesionales y servicios de asistencia.

Esa misma norma y sus decretos reglamentarios dictados por el MSP en marzo de 1983, determinan las prestaciones que las IAMC deben brindar a sus usuarios, las exigencias a las IAMC, el requisito de autorización previa para sus inversiones, la clasificación de las IAMC de acuerdo a sus recursos y calidad de sus servicios y los derechos de los afiliados, así como disposiciones relativas a los cuidados especiales y a la obligación de brindar información económico-financiera y técnico-asistencial al MSP.

Las IAMC son instituciones privadas de asistencia médica sometidas a una pluralidad de regulaciones, al contrario de otros servicios de asistencia privados. Constituyen el eje del actual sistema, pese a lo cual no tienen controlados la mayor parte de sus insumos. Tampoco garantizan la accesibilidad a las prestaciones ni a los que se aseguran obligatoriamente por medio de la Seguridad Social o convenios ni a los que lo hacen voluntariamente en forma individual.

Cubren a prácticamente la mitad de la población, pero en los últimos años no ha cesado la transferencia de usuarios de este sector al sector público.

La situación económico-financiera de la mayor parte de las IAMC las pone al borde de la viabilidad y muchas han debido cesar su actividad. Se han comprobado deficiencias serias en el gerenciamiento de muchas de ellas.

Los recursos de las IAMC provienen de las cuotas que aportan las familias y los individuos por su propia afiliación, las cuotas que aportan los organismos públicos que suscriben convenios de asistencia con ellas para la cobertura de su personal, las cuotas que aporta el Banco de Previsión Social por los trabajadores activos del sector privado y que provienen a su vez del aporte mixto (patrono-empleado) a la Seguridad Social, y de los copagos que deben realizar los afiliados para beneficiarse de la mayoría de los servicios excepto la internación (órdenes de asistencia centralizada y ambulatoria, para la realización de estudios paraclínicos y para obtener medicamentos). Estos copagos tuvieron inicialmente una finalidad moderadora del consumo de servicios por parte de personas que realizan un prepago, pero a partir de 1993 fueron liberados y perdieron la razonable correspondencia con ese fin.

Hay una gran diversidad de fuentes de recursos de las IAMC aunque existe, directa o indirectamente, una dependencia muy importante del Estado. No está asegurada la accesibilidad de la población afiliada a los servicios que prestan las IAMC, debido al menoscabo del poder adquisitivo de la población, lo que ha contribuido a que un contingente importante de afiliados se haya traspasado al sector público o consulte puntualmente en éste.

Las IAMC tienen una población muy envejecida lo que supone una mayor utilización de recursos como consultas, días cama, intervenciones quirúrgicas y medicamentos.

El carácter solidario del sistema se pierde al disminuir la población joven y sana afiliada a las IAMC y al haberse establecido una cuota fija independiente de los riesgos y de la situación económica de las personas.

2.2.2-Seguros parciales

Constituyen entidades privadas con fines de lucro, de las cuales las más importantes son las **emergencias móviles**, algunas de las cuales se han formado últimamente en la órbita de las IAMC aunque su origen fue precisamente brindar un servicio que ni éstas ni el MSP cubrían.

Las emergencias móviles son unidades móviles especialmente equipadas para tratar pacientes con desequilibrios de uno o más sistemas fisiológicos principales en el sitio donde se hallare el paciente y trasladarlo.

Comenzaron siendo un fenómeno típicamente capitalino y como unidades móviles para la atención de eventos cardiovasculares (“unidades coronarias”), pero luego se extendieron por todo el país y terminaron asistiendo prácticamente cualquier quebranto real o supuesto de salud, incluso realizan consultas de policlínicas.

Se estima que los ingresos de las emergencias móviles rondan en alrededor de 80 millones de dólares al año, es decir un quinto de los ingresos de las IAMC.

Están sometidas a una muy escasa regulación y realizan selección de riesgos .

En los hechos, sea por la razón que fuere, como dijimos, las emergencias móviles han ampliado su cobertura a situaciones no previstas originalmente por la normativa que las contempló, y se han constituido a partir de ellas policlínicas e instituciones que compiten con las IAMC.

Las emergencias móviles y en general los seguros parciales constituyen dentro del sistema de salud, un sector privado con fines de lucro, que nace como consecuencia de la desatención de determinados servicios por parte del MSP y de las IAMC, que carece de un marco normativo, y que, al mismo tiempo que selecciona riesgos los transfiere a las IAMC y al sector público.

2.3-Fondo Nacional de Recursos e IMAES

Fue creado en 1980 y está regulado por la Ley 16.343 de enero de 1993. Funciona como un seguro público para financiar la cobertura de toda la población en procedimientos de diagnóstico y tratamiento de tecnología de alto costo.

Los recursos provienen del aporte obligatorio de los usuarios de las IAMC y del Ministerio de Economía por los usuarios de los servicios de ASSE. Dicho aporte es totalmente independiente de la situación económico-financiera de las familias y del riesgo del asegurado.

El FNR es completamente inequitativo en cuanto al aporte, en tanto éste es independiente del riesgo y de la situación económica del aportante.

El Estado incumple la ley desde el comienzo mismo del sistema al aportar por los usuarios del MSP sólo por acto y no mensualmente como lo establece la norma.

El FNR brinda las prestaciones a través de Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE), que son entidades públicas o privadas, algunas de ellas organizadas por las IAMC.

Los gastos del FNR han seguido una línea ascendente que va más allá del tiempo requerido para dar cumplimiento a la demanda insatisfecha acumulada antes de su creación.

Las variables de ajuste del FNR han sido, según la época, la cuota que aportan los afiliados, intentos para redimensionar el paquete de prestaciones y últimamente, control de gastos.

Se comprueba una gran inequidad en cuanto a las prestaciones del Fondo. Si la población asistida por los subsectores privado y público es similar y si la población asistida por el MSP es de mayor riesgo, no se justifica fácilmente porqué la mayor cantidad de actos financiados por el Fondo en una gran variedad de técnicas pertenecen en cambio al subsector privado.

3-Recursos humanos

3.1- Cantidad, distribución y formación. Según los datos disponibles, existen 13 000 médicos en el país (1 cada 240 habitantes), de los cuales 94% son especialistas y sólo 6% médicos generales.

El 50% de los especialistas tiene sólo una especialidad, y la otra mitad dos o tres especialidades

La mayoría de los médicos está concentrada en Montevideo.

.Por su parte, existen sólo 5 enfermeras por médico, cuando la relación en países desarrollados como Inglaterra y Canadá es la inversa.

La tasa de crecimiento de la población médica es muy superior a la tasa de crecimiento de la población. De acuerdo a este crecimiento, se estima que para el 2020 existirán en el país unos 25000 médicos.

A la Facultad de Medicina ingresan aproximadamente 1.200 estudiantes por año. En 1980 fue de 768. La deserción es muy alta (la relación egresos/ingesos ha rondado a lo largo de los años en 50%) y egresan aproximadamente unos 600 médicos por año formados especialmente en clínicas hospitalarias y como recurso humano que tiende a prestar servicios de alta tecnología y a concentrarse en espacios sanatoriales u hospitalarios a la hora de ejercer su actividad..

Contrariamente, el crecimiento en el número de ingresos y egresos del Instituto Nacional de Enfermería no ha sido tan importante, pasando los ingresos de 494 estudiantes en 1990 a tan sólo 701 en 2002, y los egresos de 45 en 1990 a 100 en 2002. El número total de egresos del Instituto Nacional de Enfermería en el período de doce años comprendido entre 1990 y 2002 supera en un par de cientos al número de ingresos anuales a la Facultad de Medicina.

La formación de recursos humanos en salud no se compadece ni con el perfil epidemiológico del país ni con las actuales necesidades del mercado.



3.2 Retribuciones

Un porcentaje muy bajo de médicos se apropia de un porcentaje muy elevado de la masa salarial total.

Las diferencias entre los salarios de la actividad pública y privada para la misma función son notorias, y existen también diferencias muy importantes en este aspecto al interior de cada subsistema.

La categoría de médicos empresarios con afán de lucro --fenómeno que no es nuevo históricamente como se afirma con frecuencia— introduce, más allá de las diferencias en las remuneraciones, otra desigualdad que es la existente entre los propietarios de los medios de producción y aquellos profesionales que no lo son.

En los últimos años además, la desvalorización de instrumentos gremiales y el surgimiento de pujas corporativas para conseguir crecimientos del salario y mejores condiciones de trabajo han acentuado las diferencias y marcan un punto de partida de dificultades ciertas para diseñar planes y organizaciones nacionales de salud con acento en el usuario.

4-El gasto en salud

El gasto público en salud forma parte del gasto social.

Este, a su vez, está conformado, según una metodología propuesta, por el gasto en educación, salud, y vivienda y constituye aproximadamente el 27% del presupuesto nacional o 6% del PBI.

El gasto total en salud, público y privado, se ha ido incrementando en los últimos años y constituye actualmente el 11% del PBI. En esta cifra están incluidos:

- el gasto público en salud (MSP, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, Hospital de Clínicas e Instituto de Higiene). Esto representa – datos de 1999-- el 2% del PBI y el 9% del presupuesto nacional ejecutado. Significa, visto de otra manera, que en ese año se gastaron en salud 430 millones de dólares, vale decir, 254 dólares por usuario de la salud pública.
- el gasto privado en salud, el restante 9% del PBI, lo que representa unos 1000 dólares por usuario.

En lo que respecta al gasto público en salud, cabe destacar que su composición, ese año, demuestra que.

- el MSP gastó 314 millones de dólares
- Sanidad Policial y Sanidad Militar 84 millones de dólares
- Hospital de Clínicas e Instituto de Higiene 32 millones de dólares

Cuando se habla del porcentaje del gasto en salud con respecto al PBI debe remarcarse que éste ha sufrido una caída sostenida hasta el presente y que los insumos para los servicios de atención médica, medidos en dólares, se han incrementado notoriamente, así como se han hecho más rigurosas las condiciones de pago.

Como datos adicionales, cabe recordar que el gasto social, incluida la salud, es de aproximadamente el 27% del presupuesto nacional, el mismo porcentaje que lo que se gasta en administración de gobierno y muy poco más que en transferencias a la seguridad social.

Un alto porcentaje del PBI comparado internacionalmente, se destina a la salud, pero se verifica una gran inequidad cuando se estudia la distribución de ese gasto en los dos subsistemas, público y privado, e incluso dentro de cada subsistema.

Una parte muy importante del gasto se destina a la atención médica mediante alta tecnología de elevado costo en detrimento del primer nivel y de las acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

El gasto público en salud es una variable de ajuste en función de objetivos de política macroeconómica, principalmente fiscal.

A la hora de evaluar el gasto en salud, cabe anotar que Uruguay está en el número 33 del ranking de la OMS en cuanto a cantidad de dólares per cápita asignados a la salud, o sea en el 20% de los países que más recursos destinan a ella, pero es superado en cuanto a resultados por el 90% de los países que destinan recursos similares.

Es evidente que existe una utilización no adecuada de los recursos en salud, tanto si se observa la realidad interna del sistema, como si se analizan los resultados globales en salud y se los compara a nivel internacional.

Una parte no despreciable del gasto, en la lógica de mercado en la que se mueve la mayoría de las instituciones, se destina a construir la “imagen” de las instituciones y promoción de ventas, es decir al marketing institucional.

5-El modelo

La asistencia médica en Uruguay funciona de acuerdo a cinco paradigmas:
1-**biológico** desde el punto de vista de la concepción etiopatogénica, fisiopatológica, diagnóstica y terapéutica de la enfermedad

2-**hospitalocéntrico o nosocomial** desde el punto de vista del espacio normalizado de actuación, adaptado a la atención de los quebrantos puntuales de salud y mediante alta tecnología.

3-**asistencialista** desde el punto de vista de la oportunidad del acto médico

4-**tecnológico** en cuanto a la jerarquización de los instrumentos para llevar a cabo el acto médico

5-**paternalista** desde el punto de vista de la participación del paciente individual y de los grupos en la toma de decisiones referidas a su propia salud.

Las acciones vinculadas a la promoción de salud, prevención de enfermedad, diagnóstico temprano de ésta y rehabilitación, son escasas, involucran a recursos humanos limitados a los que se les retribuye inadecuadamente y no se les motiva para cumplir su función; constituyen una constelación de actividades no coordinadas y de escaso impacto, y últimamente han pasado a constituir parte no de una legítima preocupación por la salud colectiva sino de estrategias de marketing de empresas que buscan diferenciar su producto de acuerdo a la lógica del mercado.

El modelo no es adecuado al perfil epidemiológico actual del país y se dedica casi exclusivamente, con alto costo y escasos resultados, a atender episodios de enfermedad. En la base de este modelo, entre otros factores, está la concepción predominante de enfermedad como hecho puntual y de salud como fenómeno oculto.

6-Resultados sanitarios globales

Los indicadores habitualmente utilizados para medir los resultados sanitarios globales de un sistema de salud como la mortalidad infantil y la mortalidad evitable, sitúan a Uruguay a nivel internacional entre los países con mayor desarrollo.

La mortalidad infantil es de 14‰. Pero nuestro país estaba situado mucho mejor en el contexto latinoamericano a mediados del siglo pasado, cuando ocupaba el primer lugar en cuanto a reducción de mortalidad infantil. Actualmente es superado en esa materia por Cuba, Costa Rica y Chile.

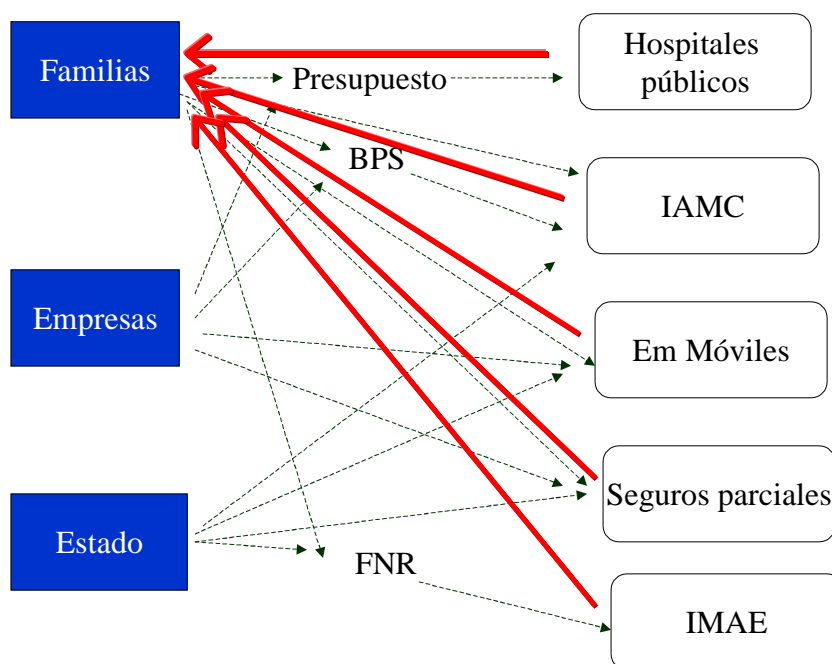
A su vez, este porcentaje global, igualmente aceptable, esconde diferencias muy importantes desde el punto de vista geográfico e institucional. Montevideo tiene zonas diversas si se lo mira desde este ángulo, con tasas de mortalidad infantil que varían entre 4‰ y 30‰, y la mortalidad infantil no es igual entre los usuarios del subsistema público y del privado.

7-Conclusiones

Del panorama anteriormente expuesto y del análisis de otros elementos que se excluyen por razones de espacio, se desprenden algunas conclusiones::

1-el sector salud en el Uruguay **es extremadamente complejo**, tanto en lo que respecta a las prestaciones como al flujo financiero.

Una idea aproximada de dicha complejidad se tiene al contemplar el siguiente cuadro donde en líneas discontinuas se muestra el flujo financiero y en líneas continuas el flujo asistencial:



2-El sistema **no asegura una cobertura universal**. Particularmente los niños y jóvenes, ancianos, trabajadores informales y muchos del sector público y los desocupados, no tienen asegurada su cobertura desde el punto de vista formal.

3-Es un sistema **fuertemente inequitativo**, tanto en la forma de **financiación** (con la excepción tal vez de la ex DISSE), como en la **distribución y uso** de los recursos si se compara el subsector público con el privado y al interior de cada uno de ellos, inequitativo en lo que se refiere a la **calidad** e incluso **cantidad** de las prestaciones, y también en cuanto al **salario, condiciones de trabajo y acceso al mercado laboral** de los trabajadores médicos y no médicos, esto también al interior de cada

subsistema, e inequitativo por último en cuanto a la **regulación y a las variables de ajuste económico** ante contingencias.

4-La población no tiene asegurada la **accesibilidad** al sistema al que está en gran medida obligada a aportar y no tiene asegurada tampoco la **participación** en ninguna de las etapas de la toma de decisiones.

5-El modelo es **fuertemente asistencialista**, funciona a demanda de la población, no está adaptado al perfil epidemiológico y demográfico del Uruguay, las acciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación son de escasa magnitud, y dirige la mayor parte de sus recursos económicos y la formación de sus recursos humanos a la alta tecnología.

6-Incurre en un **gasto elevado del PBI** del país sin tener objetivos claros en materia de salud, sin una política de Estado en la materia y sin que, pese a que los resultados obtenidos no se corresponden con ese gasto, se evidencie, más allá del discurso, una clara voluntad política de cambio.

7-Así constituido es un sistema complejo con un **elevado entrecruzamiento de poderes, conflictos de interés y gran poder lobista** que hace muy dificultosa la toma de decisiones, en caso de que hubiera claridad y voluntad de tomarlas.

8-Se verifican **resultados sanitarios pobres** en relación con el gasto y deterioro de la posición relativa del Uruguay en la materia a nivel internacional.

9-Es por todos constatable la gran **insatisfacción** tanto de los usuarios como de los médicos y funcionarios con el modelo analizado.

Baltasar Aguilar Fleitas