



**XLIX Legislatura**

**DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS**

**Nº 199 de 2020**

Carpeta Nº 54 de 2020

Comisión de Salud Pública  
y Asistencia Social

---

**VOLUNTAD ANTICIPADA DE RECIBIR TRATAMIENTO EN CASO DE CONSUMO  
ABUSIVO DE DROGAS**

Colectivos Madres del Cerro, Ser Libre, Modelo Minnesota, Vivir en Paz y Bethania

**COLECTIVO AUXILIARES Y LICENCIADOS EN ENFERMERÍA "CUATRO POR DOS"**

Versión taquigráfica de la reunión realizada  
el día 15 de setiembre de 2020

(Sin corregir)

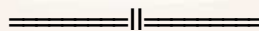
Preside: Señora Representante Silvana Pérez Bonavita.

Miembros: Señoras Representantes Magdalena Colla, Cristina Lústemberg y Nibia Reisch.

Invitados: Integrantes de Colectivos de padres de personas con hijos en situación de consumo abusivo de drogas: señores Pablo Delfino (Madres del Cerro), Ismael Piñeiro (Ser Libre), Guillermo Ferrando (Modelo Minnesota), Victorio Ponce De León (Bethania), y señoras Gabriela Jost (Madres del Cerro) y Vanessa Amorín (Ser Libre).

Representantes del Colectivo de Auxiliares y Licenciados en Enfermería "Cuatro por dos", señoras Virginia Rey, Florencia Pizzorno y Malena Villar.

Prosecretaria: Señora Jeanette Estévez.



**SEÑORA PRESIDENTA (Silvana Pérez Bonavita).**- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión tiene el agrado de recibir a una delegación de integrantes de colectivos de padres con hijos en situación de consumo abusivo de drogas integrada por la señora Gabriela Jost, presidenta de Madres del Cerro; el señor Pablo Delfino, integrante de Madres del Cerro; el señor Ismael Piñero, director de Ser Libre; la señora Vanesa Amorín, integrante de Ser Libre; el señor Guillermo Ferrando, presidente de Fundación Calma y director de la Asociación Civil Modelo Minnesota; la señora Patricia Rodríguez, integrante de la Asociación Civil Modelo Minnesota, y el señor Víctorio Ponce de León, director del Centro Betania.

**SEÑORA JOST (Gabriela).**- Muchas gracias por recibirnos.

Para nosotros es muy importante poder estar aquí, acompañados por personas idóneas en el tema, que pueden respaldar nuestro proyecto de ley.

**SEÑOR PIÑERO (Ismael).**- Dirijo la institución Ser Libre, que es una ONG que se dedica a rehabilitación, y fui invitado aquí por este equipo a argumentar a favor de este proyecto de ley, porque entendemos que no hay real conocimiento acerca del fenómeno de las adicciones. Al no conocerse, recibimos muchas opiniones distintas, pero se desconoce un factor fundamental y es que un adicto es como si fuera dos personas; hay una parte sana y otra enferma. Lo que estamos pidiendo a través de este proyecto de ley es que la parte sana se haga cargo de la parte enferma. De esa manera, cuando esa persona esté sana podrá decir que cuando esté enferma algo va a pasar y lo va a poder ayudar. De lo contrario, se le está dando a la enfermedad una autonomía y hasta una especie de derecho, pero esa parte enferma del adicto no es consciente, no se protege, ni cuida al otro; es como si fueran dos personas que tienen diferentes valores y afectos. La persona quiere a su familia, pero la enfermedad quiere al que le vende droga; la persona tiene metas en su vida, pero la enfermedad quiere llegar a los \$ 50 para la próxima dosis. Hay que entender la situación de esta manera. De lo contrario, se favorece la enfermedad que lo que quiere es que todo sea parte del mismo individuo. Sin embargo, nosotros separamos la enfermedad de la persona, y este proyecto de ley tiene este cometido, es decir que cuando la persona está en sus cabales pueda protegerse de sí misma o de su propia enfermedad

Por eso, me parece un proyecto sumamente válido y cualquier adicto que esté en sus cabales en su momento de rehabilitación o lucidez firmaría, porque sabe que después su propia enfermedad lo traiciona. Por eso yo estoy totalmente a favor de que este proyecto de ley se vote. Obviamente, habrá que ajustar detalles; yo lo leí y considero que hay aspectos que deben ser mejorados, pero el concepto clave que subyace es el que mencioné y es fundamental entenderlo de esa manera.

Por otro lado, también quiero decir que la Cátedra de Psiquiatría dio una opinión aparentemente negativa; estuvimos leyendo las argumentaciones y nos parecen bastante inconsistentes, pero también quiero advertir que en su momento esa Cátedra estuvo en contra de la ley relacionada con la marihuana, que de todos modos fue aprobada. Entonces, en un tema la Cátedra de Psiquiatría puede tener una opinión valiosa, pero en otros casos no sirve para nada. En este momento, tenemos muchísimos argumentos en contra de la respuesta que dio la Cátedra de Psiquiatría a propósito de este proyecto de ley.

**SEÑOR PONCE DE LEÓN (Victorio).**- Represento al Centro Betania, una institución internacional que se encuentra instalada en el país hace aproximadamente nueve o diez años.

Estoy totalmente de acuerdo con lo expuesto por Ismael Piñero y compartimos el espíritu de este proyecto de ley. La experiencia nos lleva a expresar que hasta la fecha no conocemos resultado alguno -o si lo hay es prácticamente nulo- del sistema sanitario en su conjunto. Entendemos que hay una línea muy delgada entre el usuario problemático o consumidor irresponsable y el adicto. Y cuando hablamos de adicción hay que saber separar entre la parte sana y la enferma. La parte sana tiene derechos y obligaciones, mientras que entendemos que la parte enferma es totalmente irracional. Por lo tanto, hay que tratarla como tal.

En los centros que representamos aplicamos metodologías diferentes, pero tenemos un denominador común que es la recuperación. La experiencia nos dice que actualmente más del 80% de los casos de rehabilitación se dan cuando las internaciones se producen en centros terapéuticos de tratamientos prolongados diferentes al sistema sanitario que propone una desintoxicación de siete, ocho o diez días y afuera, de libre y forzada voluntad. Estos términos hay que saber interpretarlos, porque cuando decimos "libre y forzada voluntad" nos referimos a que el individuo ingresa por sus propios medios "queriendo", entre paréntesis, pero la situación familiar, social, económica y hasta judicial lo mete en un embudo para poder realizar un tratamiento. La propia adicción -que es enfermedad negadora- niega absolutamente todo tipo de ayuda si el individuo está bajo consumo. Además, los períodos de abstinencia son tan breves que no generan nunca un sentido común o un razonamiento lógico de lo que se debe hacer o no. Por eso entendemos que este proyecto de ley es certero, se aproxima a la manera en que nosotros venimos trabajando y contradice bastante lo que la Cátedra y el sistema sanitario en cierta manera aplica hoy en la rehabilitación a nivel médico. Entendemos que tendría que predominar lo terapéutico y ser fundamental en el desarrollo de las actividades para encontrar solución a las adicciones en este país.

Sin ir muy lejos, países vecinos como Argentina y Brasil aplican esta ley, inclusive de manera bastante más intensa, y el resultado que obtienen es muy bueno. Entendemos que nuestro país todavía está en pañales en cuanto a adicciones.

Gracias por escucharme y espero que nuestra postura sume en todo esto.

**SEÑOR FERRANDO (Guillermo).**- Soy presidente de la Fundación Calma, que se encuentra en el departamento de Maldonado y trabaja en la recuperación y reinserción social de personas con problemas de adicción desde hace más de veinte años.

También hace más de veinte años que trabajo en adicciones y en la actualidad soy representante en Sudamérica de la organización internacional Guara Bi, Modelo Minnesota. Soy docente en una Universidad y en una federación que capacita operadores socioterapéuticos y también en una capacitación internacional de consejería terapéutica. Soy consejero en adicción reconocido por la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, miembro de Cipra (Cámara Internacional de Prestadores en Adicciones y Vulnerabilidad Social) junto a otros compañeros como los que representan a Ser Libre y Betania, y también de la Mesa Nacional Uruguaya de Adicciones, creada junto con varias personas.

Principalmente, vine a hablar de mi experiencia y de lo que queremos comunicar y pedir, por lo que voy a contar brevemente mi historia. Fui criado por una familia de clase media, junto a dos hermanos mayores. Mi padre era encargado de un negocio de zapatos y mi madre, peluquera. Ellos trabajaron duro para mantenernos; siempre fueron padres dedicados al trabajo y a sus hijos. En realidad, no recuerdo un día en el que no hayan participado de algún acto escolar o de alguna actividad deportiva que hayamos tenido. Los fines de semana compartíamos salidas en clubes y vacaciones en la playa en verano;

nunca hubo alcohol ni otra sustancia en mi casa, y mi educación siempre fue en colegios privados.

A los doce años probé alcohol y marihuana por simple curiosidad, por pertenecer a un grupo de amigos. A los trece años, estudiando en el Liceo Militar con el sueño de algún día ser piloto de la Fuerza Aérea, volví a fumar marihuana, y ya estudiando allí salía los fines de semana, consumía marihuana, y a los catorce años probé cocaína. Como era de esperarse, ese simple consumo esporádico de marihuana, cocaína y alcohol hizo que me fuera mal en los estudios.

Recuerdo una anécdota de cuando tenía quince años estaba cursando tercero y estaba yendo a rendir un examen final con el uniforme militar, pero completamente intoxicado, habiendo consumido cocaína. Por supuesto, me fue mal, abandoné el estudio, y mi sueño de ser piloto se fue derrumbando a medida que fueron pasando los años.

Hubo diferentes intentos de mis padres para que yo me recuperara, pero sin ningún éxito. Me alejaron de la casa, me llevaron a hospitales, a ver especialistas, a pastores evangélicos, curas, sacerdotes, especialistas de hospitales públicos, brujos, y a todo lugar en el que creían que podían ayudarme para dejar de consumir. Sin embargo, ninguno me resultó.

A los dieciocho años mis vínculos cambiaron, al igual que mi cerebro, pensamientos y actitudes.

Hay una página del NIDA (National Institute on Drug Abuse), que se puede visitar, donde figuran estudios científicos que se refieren a cómo la sustancia va cambiando el cerebro, su estructura y funcionamiento. Precisamente, las sustancias habían hecho eso con mi vida: me cambiaron mi forma de pensar, a tal punto que no me importara si me moría, me mataban o si yo lastimaba a alguien.

Mi consumo aumentó, al igual que mis problemas; robaba a mano armada con una banda, estuve involucrado en el narcotráfico y en estafas. Como resultado, a los veintidós años, en un robo, me detienen y me sentencian a más de ocho años de prisión. Por supuesto que al tener abogado -a mi familia le quedaban algunos recursos para pagarlo- se logra apelar y al tiempo de estar preso me envían a un centro de recuperación de adictos, contra mi voluntad.

Aclaro que estoy un poco nervioso porque estoy hablando de mi historia, por lo que pido disculpas.

Honestamente, en ese momento no quería recuperarme y lo único que buscaba era irme del lugar y continuar con mi vida delictiva y de consumo.

En esa internación, gracias al amor de los terapeutas que me recibieron, gracias a las terapias grupales e individuales, gracias a un juez que me puso un límite, gracias a mi familia que mantuvo ese límite, me hicieron cambiar mi forma de pensar y de parecer. Desde esa fecha estoy limpio, gracias a los límites de un juez junto al amor de las personas que me recibieron y trataron. Desde ahí, en breves palabras me reinserté a mi familia, mis estudios y a lo laboral. Hace más de veinte años que trabajo con las adicciones. Gracias a Dios he tenido la oportunidad de capacitarme durante estos años en diferentes países. Estuve en países donde se ven distintas modalidades de tratamientos, distintas estrategias y abordajes, y se comprueba que lo que más funciona es el trabajo en equipo y no la decisión de un solo profesional de la salud, que ve una parte; tiene que existir una decisión de todo un equipo de profesionales.

Por este motivo, me presento ante ustedes para hablar de la importancia de este proyecto de ley y la que tiene trabajar en equipo y escuchar a las personas que saben y

trabajan en adicciones desde hace mucho tiempo, recuperando adolescentes y familias, como Ser Libre y Betania. Estas instituciones trabajan desde hace más de veinte años en este tema, recuperando personas que están en situación de extrema vulnerabilidad social por su consumo de sustancias, porque hay adictos que vienen de una clase social alta o media que terminan en extrema situación de calle, durmiendo en una plaza debido al consumo de sustancias

Pedimos que aprueben este proyecto de ley ya que la recuperación del adicto es posible. En la mayoría de los casos la internación y el tratamiento funcionan cuando tienen el límite de un juez o de un familiar; lo hablo desde la experiencia a partir de mi trabajo y mi capacitación.

Basta de la vieja mentira que sostiene que solamente se recuperan aquellos que quieren y buscan un tratamiento; muchos no lo buscan y se recuperan igual. Solicitamos que todas las personas tengan la misma posibilidad de recuperarse y que tomen en cuenta a las instituciones que trabajamos en casi todos los departamentos. Pedimos que el Estado trabaje junto con las organizaciones de la sociedad civil.

Como dije antes, nuestra institución está nucleada por un organismo institucional y por Cipra, cámara internacional representada en Uruguay por Ser Libre, Betania, y la Fundación Calma, representando a instituciones y profesionales de diferentes departamentos. Junto a Madres del Cerro -que representa a cuatro mil setecientas personas- integramos la Mesa Nacional Uruguaya de Adicciones, que se creó para ser la voz de aquellos que están sufriendo y de quienes vienen trabajando desde hace muchos años con éxito y sin ningún apoyo del gobierno. No hace falta abrir más instituciones gubernamentales; lo que hace falta es apoyar, acompañar y trabajar en conjunto entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil por las personas más vulnerables.

Muchas gracias.

**SEÑORA AMORÍN (Vanesa).**- Soy integradora social y técnica sociosanitaria. Realicé mis estudios en la ciudad de Barcelona, España. Hace ocho años que vivo en Uruguay, y aquí hice la formación de consejera en adicciones.

Cuando llegué al país venía de trabajar durante muchísimos años en el modelo de reducción de riesgos y daños, que impera al día de hoy en el Uruguay, con una modalidad muy diferente, porque no contempla la articulación educativa, en primer lugar, ni el programa de desarrollo de habilidades de autonomía personal y social, que se introdujo en los años noventa en ciudades como Barcelona, Valencia, lugares de donde seguramente han recurrido para tomar el modelo que se está aplicando al día de hoy aquí.

Teníamos la esperanza de que el nuevo gobierno revisara ese modelo, especialmente en función de los éxitos, pero todavía no nos han dado ningún tipo de respuestas del organismo correspondiente en relación al tratamiento y la prevención que se ha venido realizando en los diferentes centros, como Portal Amarillo, El Jagüel, etcétera.

Después de leer la respuesta de la Cátedra de Psiquiatría creo que lo más importante es enunciar que nosotros sí creemos en la recuperación de las personas que tienen un consumo abusivo de sustancias psicoactivas o que padecen algún tipo de compulsión ante un objeto, y la recuperación va mucho más allá del mero control hacia ese objeto o sustancia, ya que supone transitar por todo el proceso psicoterapéutico asociado a la reconstrucción de una vida útil, una vida autónoma, en la que se pueda pensar en un bien individual y también social.

Si al día de hoy el problema del consumo abusivo de sustancias aparece en todos los periódicos y está en boga es porque el mínimo porcentaje al que se hace referencia, que es un 10%, tiene un enorme impacto social. Entonces, a la hora de minimizar a la población que padece un trastorno por uso de sustancias también se está minimizando el bien comunitario, porque el impacto social asociado al consumo de sustancias es enorme y visible: toca en el ámbito de la familia, por lo que destruye familias, vínculos sociales, amistades. Se trata de jóvenes que en el día de mañana se van a encontrar sin educación, porque hay un abandono de los estudios asociado al consumo de sustancias y una pérdida del interés personal y comunitario. Por tanto, la articulación educativa es muy importante y se debe revisar, y ese mínimo porcentaje de personas que al día de hoy tienen un consumo abusivo de sustancias no tienen -como muy bien dijo Guillermo Ferrando, director de Modelo Minnesota- por qué estar asociadas a pobreza o situación de extrema vulnerabilidad. Consumidores de sustancias de clase media y media alta terminan también en situación de pobreza y marginalidad, lamentablemente.

La internación voluntaria es similar a lo que se hace en las metodologías cognitivo-conductuales, con el contrato de contingencias que se utiliza en el modelo ambulatorio y de tratamiento, y también en las políticas de reducción de riesgos y daños, por lo que se podría aplicar al modelo que actualmente impera en el Uruguay. Si bien el modelo de contrato de contingencias que se utiliza en el tratamiento ambulatorio, si bien no tiene una validez legal, implica al usuario o al paciente en el tratamiento y en las consecuencias adecuadas o inadecuadas, según su comportamiento. Si la persona reincide en el consumo, por ejemplo, se la puede hacer participar de una instancia de internación, y es el usuario quien se da cuenta de que necesita esa instancia de internación porque no puede llevar adelante la abstinencia que requiere el tratamiento ambulatorio.

De esta manera, la abstinencia pasa a ser la columna vertebral del proceso de recuperación porque, lógicamente, la persona, bajo el estímulo de las sustancias psicoactivas -al haber una alteración en la percepción y la cognición- no va a poder tomar buenas decisiones. Entonces, ningún tratamiento psicoterapéutico va a ser adecuado o útil para ese individuo. Tenerlo en un tratamiento ambulatorio, perpetuando el consumo de sustancias, es acompañarlo en el daño. Por eso se firma el contrato de contingencias.

Actualmente, la puerta giratoria de las instituciones y el gasto social que eso genera también nos hace cómplices del malestar y de la perpetuación del consumo de sustancias y, por tanto, del daño social.

Por todo esto, lo que solicito no es que se acepte cómo está redactado el proyecto y demás, sino que nos pongamos a pensar en conjunto cuáles son las estrategias que se han de tomar. La internación voluntaria es un contrato de contingencias en un marco legal que invita a la responsabilidad del tratamiento por parte del usuario y a la responsabilización, que es parte del propósito de generar conciencia mórbida, o conciencia de enfermedad, es el punto número uno necesario para todo tratamiento efectivo.

Muchas gracias.

**SEÑOR DELFINO (Pablo).**- Represento al colectivo Madres del Cerro y a la Mesa Nacional Uruguaya de Adicciones.

Quisiera hacer hincapié en que los tres directores de instituciones que nos acompañan -Guillermo lo manifestó específicamente- son exadictos recuperados, que están trabajando desde hace veinte años en la recuperación y rehabilitación de adictos enfermos. Por sus casas han pasado cientos o miles de jóvenes adictos enfermos; muchísimos se han recuperado para siempre y muchísimos han recaído, pero aquí hay

sobre todo experiencia práctica y no solo académica, aunque la tienen. Se trata de una experiencia práctica que no se cierra a una sola modalidad de atención, aunque lo que estamos proponiendo y defendiendo en el proyecto de ley es una modalidad, pero no es excluyente ni exclusiva. Lo que realmente nos asombra es que la Cátedra de la Facultad de Medicina y las asociaciones de psiquiatría estén tan cerradas a sostener y mantener una única forma de atención al enfermo adicto, que implica ajustarse a la nueva ley de salud mental, a la cual no nos oponemos, pero no creemos que sea excluyente.

Somos representantes del colectivo Madres del Cerro -hoy con más de nueve mil seguidores en las redes sociales- y de la Mesa Nacional Uruguaya de Adicciones, en formación, donde estarán representadas más de cien instituciones nacionales e internacionales que realizan rehabilitación de adictos, especialmente a la pasta base de cocaína. Allí habrá operadores terapéuticos y estará integrada por diferentes organizaciones de familiares y de adictos en recuperación, así como distintas iglesias del país que están trabajando en el tema adicciones, como la católica y la evangelista. Agradecemos a la Comisión por recibirnos y permitirnos exponer nuestros comentarios acerca de la presentación que realizó la Cátedra de Psiquiatría y las instituciones psiquiátricas del país.

Dicha exposición comenzó con un juicio, ya que se expresó -cito textualmente- que el proyecto de ley no da respuesta al problema y en algunos casos podría interferir con el abordaje terapéutico. Nosotros decimos que la propuesta de ellos tampoco da una respuesta definitiva al problema, sino que es una opción más de trabajo, y jamás fue nuestra intención decir que esta era la única solución al problema.

Este planteo está basado en tres ejes que fundamentales. En primer lugar, queremos expresar una perspectiva técnica teórica y genérica sobre adicciones en general. En segundo término, aspectos de la estructuras de atención y consideraciones legales y, por último, algunas sugerencias.

Con respecto al primer punto, la delegación que mencionamos expresó que la perspectiva técnica parte de un paradigma clásico, pero la verdad es que el proyecto de ley no propone ni menciona ningún paradigma clásico. La presunción de que partimos de un paradigma clásico corre solo por cuenta de ellos. De hecho, se mencionan adicciones como apuestas, videojuegos, internet, comida, adicciones de riesgo, sexo, robo, pero en ningún caso se alude a la más importante y peligrosa para nuestra sociedad en materia de vida por sus implicancias sobre la seguridad en general de sus consumidores, que es la adicción a la pasta base de cocaína, eje central que dio origen al proyecto de ley.

También se menciona que actualmente hay factores multicausales lo que implica interdisciplinariedad que llevan a la adicción, y se citan trabajos realizados en 2015 por Néstor Szerman, prestigioso psiquiatra español, desarrollador de las nuevas teorías de patologías duales. Nos hemos tomado el trabajo de recorrer toda la página web personal de este prestigioso psiquiatra, y en ninguno de sus estudios -reiteramos: en ninguno de sus estudios- menciona la pasta base de cocaína. Menciona cannabis, cocaína, antidepresivos, etcétera, pero no pasta base de cocaína.

Sin ser teóricos profesionales compartimos los comentarios que menciona dicho psiquiatra en cuanto a las posibles causales que generan la propensión a convertirse en adicto, pero tenemos algo que el doctor Szerman y sus colegas uruguayos parecen obviar o desconocer por completo; tenemos un profundo y desgraciado conocimiento sobre lo que la pasta base de cocaína hace en nuestros hijos.

La presentación de los profesionales menciona el hecho de que tienen abundante evidencia científica surgida de múltiples investigaciones en el mundo, y nombran una

serie de instituciones extranjeras, estadounidenses o europeas en su mayoría y, al pasar, nombran a la Asociación Psiquiátrica de América Latina, y hacen referencia a que solo el 10% de las personas expuestas a sustancias con propiedades adictivas desarrolla dependencia.

Sin embargo, dos hechos nos llaman poderosamente la atención. En primer lugar, no presentan ni un solo trabajo de esas investigaciones que dicen que se hicieron, lo que no nos permite ver cuáles fueron los patrones sobre los que se hicieron las supuestas investigaciones y, en segundo término, no mencionan que sustancias de consumos fueron estudiadas. Por tanto, esas menciones genéricas y poco precisas carecen de total y absoluta rigor científico. Nos hubiera gustado que presentaran un riguroso trabajo científico hecho en nuestro país, que incluya la región y que se refiera a la pasta base de cocaína. | Nuestra experiencia nos dice que ese 10% pasaría a ser un 90% más. Si solo estudiamos a los que tienen contacto con la pasta base de cocaína, probablemente, nos encontraremos con que más de un 90% de los que tienen contacto dos, tres o cuatro veces se transforman en adictos, y no ese 10% que mencionan sobre una serie de posibles adicciones muy poco precisas en su mención en la exposición que hicieron. Todo aquel individuo expuesto al consumo de pasta base con un mínimo de continuidad termina adicto.

La pasta base no existe ni en USA ni en Europa, lugares donde se realizaron los supuestos trabajos que mencionan en su ponencia. Por lo tanto, carecen de toda validez las conclusiones a las que llegan sobre una población de riesgo uruguaya que consume pasta base, población sobre la cual y para la cual se realizó el proyecto de ley de voluntad anticipada que propusimos.

Luego citan a autores como Jeammet y Corcos, que teorizan sobre las causas que llevan al individuo a reemplazar vínculos afectivos por drogas. Al respecto, volvemos a realizar un par de comentarios. Los autores que citan son extranjeros; el principal, Jeammet, de origen francés; en su país no existe la pasta base de cocaína y no encontramos un solo trabajo que hiciera mención a ella en sus escritos.

Cabe destacar que no estamos en contra del enfoque multicausal de las tendencias o causas reales de la adicción en las personas. Tampoco sostenemos, como pretenden marcar las declaraciones de los representantes psiquiatras, que haya un solo enfoque para la rehabilitación de la adicción. Es más, sostenemos que la Sociedad de Psiquiatría debería estar al frente de múltiples metodologías de prueba y ensayo que apunten a la rehabilitación y reinserción de los adictos, sobre todo a la pasta base, y no cerrarse al único enfoque propuesto de reducción de daños y centros de medio camino. Ese enfoque sí es selectivo; priva al enfermo de mayores oportunidades de recuperación y termina siendo una contradicción en el planteo académico realizado, ya que argumentan, por un lado, la multicausalidad, la multiplicidad de factores a tener en cuenta -familia, vínculos, problemas emocionales, entre otros-, pero luego supone una única modalidad de encare y descarta la internación con contención y apoyo de todas las áreas -afectivas, sociales, etcétera- como un medio real y posible de tratamiento.

Entendemos también que dichos profesionales hacen una equivocada interpretación del texto de la ley que propusimos.

El artículo 1º del proyecto de ley es claro: "Toda persona mayor de edad, síquicamente apta, que padezca de una adicción a cualquier tipo de droga, en el momento de plena lucidez, en forma voluntaria, consciente y libre, podrá expresar su voluntad de ser sometido a una internación para recibir tratamiento de desintoxicación, rehabilitación y reinserción social para cuando se encuentre bajo los efectos de su drogadicción".



Ellos declaran que no es sencillo definir -cito textualmente- "cuándo una persona se encuentra psíquicamente apta, y en plena lucidez". Entonces, sí tenemos un problema, porque frente a su duda lo único que quedaría sería tomar la decisión por el paciente y someterlo a tratamiento, ya que evidentemente correría riesgo su propia vida o la de su entorno.

La voluntad anticipada no pretende ser la única forma de abordar el tema, sino una que el paciente elige por su propia voluntad. Lo que los profesionales están desconociendo es el trastorno que todo adicto a la pasta base tiene sobre su voluntad en períodos de abstinencia. No hay estudios científicos que nos indiquen cómo funciona ese deterioro de la voluntad en el adicto a la pasta base en períodos de abstinencia. Lo que hay es el testimonio de cientos y cientos de adictos que piden internación para sobrellevar ese período de abstinencia que los vuelve violentos incluso contra sí mismos o contra sus seres queridos cercanos o la sociedad toda.

En cuanto al segundo punto mencionado por los profesionales, relativo a la estructura de atención, encontramos que el comentario está totalmente fuera de lugar, dado que el proyecto de ley no menciona ni obliga a institución alguna o al Estado a brindar dicha internación. No se pretende en este proyecto de ley modificar ninguna de las leyes o decretos vigentes en relación al tipo de asistencia que brindan a los enfermos adictos. El hecho de que el enfermo realice un acto de voluntad anticipada no compromete al Estado ni a ningún prestador de servicio en nada. Las observaciones hechas al respecto carecen totalmente de fundamento.

En cuanto al marco legal vigente entendemos que este proyecto de ley no lo altera ni modifica en ningún aspecto. Como bien dicen los profesionales, la Ley Nº 19.529, de Salud Mental, en su artículo 30, "Hospitalización involuntaria", define claramente que un profesional puede indicar la internación involuntaria de una persona cuando se dé alguna de las siguientes condiciones: "A) Exista riesgo inminente de vida para la persona o para terceros.- B) Esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición [...]".

Queda claro que si el enfermo adicto en período de abstinencia pretende abandonar su tratamiento es para volver a consumir, lo que pone en riesgo evidente su vida y la de terceros, y lo hace por tener su capacidad de juicio afectada.

Lo que el proyecto de ley de voluntad anticipada en este marco legal viene a reafirmar es la decisión del médico tratante.

Como establece el artículo 2º, la continuidad del tratamiento en internación, siempre, en todos los casos tiene que estar avalada por el médico tratante. Es un error de interpretación sostener que la continuidad de la internación está en manos de quien es depositario de la voluntad anticipada. Eso no es lo que dice el proyecto de ley.

Por último, es importante mencionar que no somos el primer país en aplicar un modelo de salud mental con reducción de daños y lugares de medio camino. Solo por citar un caso geográficamente cercano, mencionamos a Argentina. Al respecto, podemos mencionar tres hechos muy significativos.

Uno de ellos es que la provincia de Río Negro aplica este modelo desde hace treinta años, antes de que apareciera la pasta base en la región. Aún así, con esa política aplicada por el Estado, no han cerrado ni uno solo de los centros de rehabilitación de veinticuatro horas de internación privados para tratamiento de adicciones, sobre todo, a la pasta base. Y declaran públicamente que con treinta años de experiencia aún tienen grandes lagunas en la atención de las enfermedades psiquiátricas provenientes de las adicciones.

El segundo de los hechos que queremos mencionar es que el gobierno argentino firmó la ley hace diez años y está reglamentada desde hace siete años; sin embargo, no ha cerrado en ninguna provincia ni uno solo de los centros privados de rehabilitación de adicciones de 24 horas. ¡Ni uno solo!

El tercer hecho significativo es que Argentina tiene una ley de judicialización de adictos, según la cual es posible presentarse ante un juez con informes médicos y conseguir la internación compulsiva del adicto. Esto es así a pesar de la ley de salud mental nacional que apunta a minimizar daños y promueve los centros de medio camino. Hoy, haciendo uso de esta posibilidad que brinda la norma, uruguayos están enviando a sus hijos enfermos a tratarse en sus clínicas de veinticuatro horas. El hijo de Gabriela Jost está en esas condiciones, en Argentina.

Esto nos muestra claramente que se deben sumar posibilidades, no reducir la oferta de alternativas de tratamientos diversos.

Nos asombra cómo estos colectivos gremiales y facultativos pretenden menoscabar las propuestas para los enfermos adictos, invocando una ley nueva, que aún ni siquiera se ha instrumentado por falta de presupuesto, pretendiendo ponerla como única alternativa de tratamiento, cuando países de la región, como Argentina, con más de diez años de instrumentación de la ley a nivel nacional y más de treinta años en provincias como Río Negro, aún reconocen su ineficiencia para atender todos los casos de adictos a la pasta base. Nos sorprende que como profesionales científicos se cierren a explorar nuevas posibilidades de tratamiento, basándose en realidades sociales y de consumo totalmente diferentes a las que nuestros países y los países de la región presentan. Nos sorprende que no hayan presentado ni mencionado concretamente ni un solo artículo o trabajo científico que avale sus dichos.

Si la Comisión lo requiere, estamos en condiciones de suministrar datos concretos de la dirección del plan de salud mental del Ministerio de Salud de la provincia de Río Negro, en Argentina; tenemos los datos de la directora de esa división y los ponemos a disposición.

Aquí el problema sigue siendo el mismo: no hay suficiente material científico que avale una sola salida para tratar al adicto a la pasta base.

Mientras los representantes de los colectivos de psiquiatría se aferran a un solo modelo -Portal Amarillo, Ciudadela, medio camino y reducción de daños-, nosotros nos preguntamos cómo nunca vinieron a hablar con las organizaciones de madres, de familias agrupadas que tienen hijos adictos, muchas de las cuales tienen más de quince años; cómo no vinieron a hablar con gente que tiene veinte años tratando adictos. ¿Es soberbia? ¿Es desconocimiento de dónde estamos? ¿Cómo podemos sentirnos del mismo lado si solo hemos recibido ataques a un proyecto de ley que nada pide a nadie, sino que solo busca respetar la voluntad del enfermo adicto para su recuperación? Mientras tanto, nuestros hijos se siguen muriendo, fruto de esta enfermedad: la adicción a una droga que hasta hace veinte años el mismo narcotraficante tiraba.

Señores legisladores, este proyecto tiene la única finalidad de ser un granito de arena más que contribuya a la recuperación de los enfermos adictos. No genera ni un solo peso de costo para el Estado y representa una posibilidad más de recuperación para nuestros hijos y nosotros pedimos a gritos que se apruebe.

Queremos dejarles una misiva que recibimos recientemente en nuestras redes sociales por parte de un enfermo adicto a la pasta base: "Carta de un joven adicto a las drogas que solicita ayuda.- Me llamo Facundo Baliero, tengo 22 años y soy consumidor de pasta base. No quiero, ni debo esconderme de lo que me está pasando. Por cierto,

para mí es muy triste y ni qué hablar de mi familia, que no les agrada para nada lo que me pasa.- Estoy enfermo y necesito ayuda de profesionales. Dentro de cinco meses voy a ser papá y Dios me va a conceder el título de padre. Pero quiero rehabilitarme, por favor, que alguien me preste atención, que estoy pidiendo que las autoridades, médicos o quien corresponda, me brinden la oportunidad de una internación en un centro de rehabilitación de veinticuatro horas. Cuando nazca mi bebé quiero estar curado. Tengo ganas de salir adelante. Ya no quiero que nadie más me juzgue y me señale con el dedo. Por lo tanto, pido ser internado lo más pronto posible. Tengo toda la voluntad que nace desde mi corazón. Quiero curarme, primero, por mí mismo y, segundo, por mi hijito.- No pido mucho me parece, para mí no es fácil escribir esta carta, como tampoco dar la cara. Pero es lo que siento y lo que deseo hacer.- Gracias por leerme a todos.- Facundo".

Por último, quiero decirles que esta última semana tres hijos adictos se autoeliminaron y uno fue asesinado.

**SEÑORA JOST (Gabriela).**- Para cerrar la intervención de mis compañeros, quiero agradecer a la Comisión por volver a recibirnos. También agradezco a los compañeros que hoy están presentes, dando su testimonio de vida y argumentando por qué es posible una vida sin drogas, gracias a una internación.

Soy la mamá de Santiago, que tiene quince años de consumo. Hoy lleva trescientos ochenta días limpio, debido a una internación en Argentina, porque acá, en este país, no era posible. Para él, estos trescientos ochenta días son una gran victoria; es el día a día.

También quiero decirles que muchas de las mamás que están en nuestro grupo, en las redes sociales, hoy se lamentan por tener un hijo en un cementerio. Estamos trabajando en este proyecto desde el año 2017; hemos perdido cientos de hijos. Les pedimos por favor que nos ayuden a que no sigamos perdiendo hijos y que podamos recuperarlos.

Gracias.

**SEÑORA PRESIDENTA.**- Muchas gracias a todos por sus exposiciones.

Vamos a dar paso a la devolución de los integrantes de la Comisión.

**SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).**- Creo que no hay más nada para agregar a estas palabras que expresan las vivencias de cada uno. Para mí, de todos los que han concurrido a esta Comisión para exponer sus distintos puntos de vista, no hay nada más valioso que esto, que lo vivido, transmitido en palabras, pero vivido; lo vivido por gente que atravesó esta problemática y por gente que tiene a una persona adicta dentro de su núcleo familiar. Conocemos el caso de Santiago y estamos muy orgullosos no solo de cómo la familia lo ha ayudado, sino de cómo él ha luchado y por todo lo que ha pasado.

La verdad es que vale la pena el esfuerzo cuando vemos que estamos avanzando. En el período anterior dimos lucha, pero el tema quedó inconcluso, se archivó. En este período comenzamos la lucha nuevamente, con otros apoyos. Quiero agradecer públicamente el apoyo que la presidenta de la Comisión nos ha brindado para considerar este proyecto. Se vislumbran otros horizontes y creemos que estamos más cerca de la meta.

Hace cuatro días concurrí a la ciudad de Colonia, a un lugar que está funcionando en el exmatadero, en el barrio El General. Allí está trabajando la organización Rayito de Luz y hay varios chicos. Estuvimos con ellos; compartimos dos horas. Realmente, esa es una prueba de que este proyecto tiene que aprobarse. Cuando les contamos al detalle este proyecto, me dijeron:"Nibia, decinos cómo podemos ayudar, porque nosotros

tuvimos la oportunidad de recuperarnos, pero queremos que otros la tengan y sabemos que este proyecto es el medio". Había un joven que había asistido a este lugar, pero después dijo: "No estoy preparado; quiero seguir consumiendo; no quiero rehabilitarme". Sin embargo, llevó a su hermano más chico. Le dijo: "Vos te quedás acá, porque yo no quiero que tengas la vida que yo tengo, porque estoy delinquiendo. Yo no estoy preparado, pero te quiero salvar. Vos de acá no salís hasta que yo te diga". Realmente, este hermano menor se está rehabilitando. Y el mayor nos decía: "El mayor orgullo para mí es salvar a mi hermano. Yo sé que después me voy a salvar, pero primero quiero salvarlo a él. Después, cuando vea que se está transitando el camino de salvarlo a él, sé que en un par de meses voy a salvarme yo".

La verdad es que fue una experiencia muy valiosa en mi departamento. Sabemos del trabajo de todos ustedes. Quiero aprovechar la oportunidad para felicitarlos.

Y hay gente conocida con esta problemática. Nosotros vivimos en localidades pequeñas; vivimos en localidades de diez mil habitantes, donde todos nos conocemos. Suena el teléfono y nos enteramos de que un amigo está con esta problemática, un compañero de escuela tiene a su hijo con esta problemática o un compañero de trabajo que está pasando por una situación similar.

A pesar de que hay leyes vigentes, no fueron acompañadas con presupuesto y no han dado ningún tipo de solución. Y como decían ustedes, en todos estos años se han perdido cientos de vidas. Es un gran deber que tenemos. Sinceramente, creo que tenemos que seguir luchando, porque no quiero tener un deber mayor al que ya tenemos. Hay muchas madres que vienen a las marchas con la foto de su hijo fallecido. Para mí eso es muy doloroso, porque siento que fallamos desde el Parlamento en dar una respuesta. A algunas las veía cuando venían y sus hijos estaban en la cárcel, y las vi después, con la foto de su hijo en el cementerio. Créanme cuando les digo que para mí es muy doloroso y que muchas veces siento impotencia. En este momento, tengo la esperanza de que este proyecto salga a la luz; hay otra concientización de parte del actual Parlamento, hay otro respaldo de parte de algunos partidos políticos y hay otro compromiso. Realmente, estoy muy ilusionada con que este proyecto se apruebe.

Quiero terminar reiterando mi enorme agradecimiento hacia todos ustedes por lo que hacen por cada uno de los chicos que rescatan y por lo que están haciendo por muchos miles que, de aprobarse este proyecto, no tengan duda, se van a salvar a futuro. La lucha de ustedes es clave para esto. Gracias por eso.

**SEÑORA PRESIDENTA.-** Realmente, no tengo mucho para agregar frente a los argumentos superválidos que nos dieron ustedes, los cuales agradezco enormemente. Ha quedado claro, sobre todo, que esta ley no viene a sustituir ninguna otra, sino que compensa y da respuesta a un sector que la necesita.

En esta Comisión hay compromiso con respecto a este tema. Este es el primer proyecto que empezamos a considerar en esta legislatura, por decisión de la Comisión y, en lo personal, porque desde que lo conocí me pareció muy importante. Agradezco a la diputada Reich que lo haya presentado en el Parlamento; eso habla de una concientización muy importante sobre esta problemática real. Más allá de la persona que tiene esta problemática, su entorno y su familia, esto lo padece la sociedad. Tenemos que sacarlo adelante todos juntos.

Les agradezco por lo que hacen, que es increíble. A algunos de ustedes ya los conocía y a otros ya los habíamos recibido en la Comisión

Esta Comisión es de puertas abiertas y está dispuesta a recibirlos cuando quieran plantear estas experiencias. Los felicito por hacerlo, porque es la mejor manera de conocer un problema y de poder hablar al respecto con propiedad.

Está el compromiso. Hoy, en el Parlamento existe el espíritu para sacarlo adelante. Veremos cómo podemos avanzar.

Cuenten con nosotros porque para eso estamos y vamos a seguir para adelante con esto.

Muchas gracias por venir.

(Se retira la delegación de integrantes de colectivos de padres con hijos en situación de consumo abusivo de drogas: Madres del Cerro, Ser Libre, Modelo Minnesota, Fundación Calma y Centro Betania)

(Ingresa a sala una delegación del colectivo de Auxiliares y Licenciados en Enfermería "4 y 2")

—La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a la delegación del colectivo de Auxiliares y Licenciados en Enfermería "4 y 2", integrado por las señoras Virginia Rey, Florencia Pizzorno y Malena Villar, quienes han solicitado audiencia para plantearnos algunos problemas que tienen en su ámbito laboral.

Dispondrán de alrededor de treinta minutos para hacer una exposición inicial. Posteriormente, los señores diputados y las señoras diputadas harán las consultas que entiendan pertinentes.

**SEÑORA VILLAR (Malena).**- Nosotros representamos a enfermeros y licenciados en enfermería del sistema de salud, tanto del ámbito público como del privado.

Tenemos una problemática sobre la que venimos conversando desde hace muchos años. En forma espontánea, en el hospital Pasteur, nació un grupo de compañeros que iniciaron una página en *Facebook*. A partir de esto, todos empezamos a participar y a conversar, desde todo tipo de instituciones del país, como emergencias médicas, mutualistas, hospitales, sobre todo con respecto a una problemática que tenemos desde hace muchos años. Me refiero al agotamiento que sentimos debido al multiempleo. En general, trabajamos doce o dieciocho horas diarias durante cuatro días y libramos uno. Con el correr de los años se hace muy agotador tener solo un día libre y volver al régimen de cuatro días, durante todo el año, es decir, sábados, domingos, en las fiestas, en la Semana de Turismo; todo el año.

Venimos conversando sobre esto cada uno en su lugar de trabajo, ya sea el hospital u otro centro, pero no se ha llegado a ningún arreglo para que podamos descansar un día más. Por ejemplo, en el hospital Pereira Rossell -donde trabajo desde hace doce años-, en dos oportunidades juntamos firmas en todo el hospital -también en la parte pediátrica-, y las presentamos en la dirección, pero nunca tuvimos respuesta. Una vez que surgió este grupo, empezamos a conversar con los compañeros para ver qué podíamos hacer para lograr modificar esta situación.

Llegó la pandemia, que nadie esperaba y que para todos fue un aprendizaje, y se hizo un plan de contingencia en los hospitales. Se dispuso, para los meses de mayo y junio, cuatro días de trabajo y dos de descanso, porque todos teníamos que cuidarnos. Capaz que teníamos que atender a algunos pacientes más, pero después teníamos dos días de descanso. Para nosotros, esto implicaba más descanso, más tiempo para estar con la familia, y la posibilidad de volver con otras ganas. Esto se implementó

perfectamente en todos lados, pero solo durante esos dos meses. Después volvimos al régimen de antes.

A nosotros nos gustaría trabajar seis horas, pero nuestros sueldos son bajos; están en el orden de los \$ 23.000 o \$ 25.000. Por eso es imposible que no tengamos multiempleo; tenemos que trabajar por lo menos doce horas.

La idea era poder hablar con ustedes sobre este problema. También hablamos en la prensa, para poder sensibilizar a las personas, a fin de que comprendan cómo trabajamos. Implica un gran esfuerzo estar años al lado de las personas y trabajar de esa manera.

**SEÑORA REY (Virginia).**- En cuanto a lo que señala la compañera, quiero hacer una pequeña observación. Dentro de los dos meses en que se implementó el plan de contingencia, nos tocó renunciar a las licencias. No tuvimos licencias y tampoco lo que generamos como "libre adeudado", que corresponde a los días feriados que trabajamos; no son pagos, sino que se generan días para poder tomarnos. Tuvimos que renunciar a todo esto. Más allá de descansar un cuatro y dos, terminamos -como es mi caso- no tomando licencia durante todo el año. Esto genera un gran agotamiento que se evidencia con el tiempo, es acumulativo.

¿Qué ganamos con tener el cuatro y dos y poder descansar dos días? Cuando uno llega más descansado a trabajar, la atención que brinda al paciente es aún mejor. ¿Por qué digo esto? No olvidemos que todos somos personas que tenemos nuestras familias, nuestros problemas de salud, etcétera, y también tenemos que atender todas esas temáticas como cualquier otra persona, en ese rato que tenemos, en ese día de descanso. Muchas de nosotras somos jefes de familias, madres y padres, lo cual nos lleva a tener un tiempo acotadísimo para compartir con nuestros hijos, para atender todo lo concerniente a la familia además de la salud de los niños, etcétera. El mismo cuidado que se le brinda al paciente, también se lo tendría que poder brindar a la familia y a sí mismo.

Cuando empezamos a descansar dos días y notamos la diferencia significativa que tuvo para nosotros, pensamos en consultar con ustedes -que son los que saben y los que llevan esto adelante- por qué no podemos tener ese régimen de descanso de cuatro y dos. ¿Por qué enfermería no puede contar con ese tiempo de descanso?

Esta es una lucha que se viene dando desde hace más de veinte años y nunca recibimos respuestas.

Quisiéramos saber cuál es la vía por la que tenemos que ir para lograr alguna respuesta.

**SEÑORA PIZZORNO (Florencia).**- Trabajo como enfermera en el Hospital Pasteur en el turno de 0 a 6 y en el Hospital Británico en el turno de 6 a 12. En realidad, tengo horarios especiales. Por suerte, en las dos instituciones tenemos la posibilidad de arreglar los horarios para ir de un lugar a otro en un tiempo prudencial porque también eso genera estrés: el llegar, que no me descuenten, que no me sancionen. Esto también genera un estrés muy grande a enfermería: nosotros vivimos corriendo, precisamente, porque un descuento pesa en un sueldo sumergido como el nuestro, y si se trata de jefas de hogar, pesa aún más.

En el Hospital Pasteur, además de estar más descansados con el régimen de cuatro y dos, a nivel del departamento de enfermería se pudo corroborar una sensible disminución del ausentismo, ya que del 20% se bajó a aproximadamente el 1%, lo que deja en evidencia que el personal de enfermería, cuando está más descansado, no tiene

necesidad de faltar. Muchas veces, estamos tan agotados que, sabiendo que nos van a descontar el día, el presentismo, la asiduidad, no tenemos más remedio que faltar aunque no queramos.

Mucha gente piensa, sobre todo, pacientes, familiares, que trabajamos de lunes a viernes. La población en general desconoce el régimen de enfermería. Y es común que un viernes o un sábado nos digan: "Mañana tienes libre, es fin de semana". No es así; es increíble, pero pasa.

El ausentismo también genera que la persona vea afectados sus ingresos porque se le descuenta el día cuando falta. Se notó con el cuatro y dos que la persona no faltaba, que iba con otra predisposición a trabajar, que podía atender a sus pacientes de una manera mucho mejor. Además, como nos dijeron en ASSE cuando tuvimos la reunión el día 10 de agosto, el ausentismo le cuesta dinero a la institución de salud.

Les vamos a entregar un estudio que hicimos en nueve centros de salud en relación a la cantidad de personal de enfermería, cantidad de pacientes y porcentaje de multiempleo. El estudio arroja que el 80% de enfermería tiene multiempleo; a veces, se trabaja hasta doce y dieciocho horas.

En el Hospital Pasteur puntualmente estuvimos viendo la cantidad de personal por turno que se necesitarían para poder llevar adelante un cuatro y dos con las licencias. Como decía Virginia, cuando nos implementaron el cuatro y dos en ese plan de contingencia de mes y medio, nos suspendieron las licencias. A mí me pasó: salía con licencia el 19 de marzo y el 18 las suspendieron y nos quedamos sin gozar de esos días libres adeudados que generamos por los feriados trabajados que nos pagan con un día plus, digamos. O sea, a pesar de estar sin licencia, de no poder decir: "Este día lo necesito y me lo has adeudado", el cuatro y dos fue altamente beneficioso para nosotros.

Somos jefas de hogar, jefes de hogar, padres y madres; muchas veces los dos son enfermeros, o licenciados en enfermería, y hay problemas para poder coordinar los horarios de trabajo para sacar adelante la familia, los hijos y el trabajo. Por tanto, muchas veces tienen que trabajar en turnos descoordinados. Por ejemplo, la mujer trabaja de mañana y su pareja de noche, lo que conlleva a un gran desgaste familiar. Cuando uno trabaja tanto y no hay fines de semana o feriados libres -como se dijo- es acumulativo en el tiempo.

**SEÑORA VILLAR (Malena).**- Cuando uno se recibe y empieza a trabajar, muchas veces, conoce allí a quien será su pareja y cuando vienen los hijos se necesita salir a hacer multiempleo porque el sueldo es bajo y allí se pierde la parte social: nos vamos aislando y pasamos solo trabajando. A mí me pasó que mi hija era chica y quedé sola; cuando quise acordar mi hija ya era una adulta. Todo ese tiempo lo vamos manejando como podemos. Las parejas que no trabajan en la salud, no comprenden el sistema de trabajo o la responsabilidad que implica. Todos los días trabajamos con personas, y tenemos muchas responsabilidades en la vida de las otras personas y de sus familias. Cuando se trabaja en el hospital estamos muy cercanos a pacientes que vienen del interior, que tienen una enfermedad crónica o terminal y debemos acompañarlos. Si son jóvenes tienen hijos pequeños, familiares; se angustian. O sea que uno está en muchas cosas; no se trata solo de cumplir el horario, de preparar la medicación, de escribir los controles, hay mucho más atrás.

Y no todos comprenden en casa cómo es nuestra vida laboral. Muchas veces nos pasa que la otra persona se va porque se cansa de nuestros horarios nocturnos, de que solo tienes un día de descanso y siempre estas trabajando de noche. Mi compañero es enfermero y lo conocí en el Hospital Pereira Rossell. Uno pierde de salir; el día libre nos

gustaría salir, ir a un cine, a caminar, a bailar, pero no, llega el día libre y estamos tan cansados que no queremos hacer nada, solo quedarnos en casa. A veces la familia organiza una reunión para el día que nosotros tenemos libre, pero uno está allí y está dormido, o quiere irse para su casa porque sabe que al día siguiente empieza una extensa jornada.

Con el correr de los años, se hace agobiante. La mayoría de nosotros sufre -al igual que los maestros- el *Síndrome de Burnout* y lo vamos llevando, pero las consecuencias a largo plazo derivan en enfermedades crónicas, insomnio; todo eso lo vamos viviendo.

Cuando surgió la pandemia notamos que se podía hacer; estábamos como entregados, pero al surgir esto constatamos que es posible. Por esta razón, empezamos este movimiento para conversar y llegar a una solución.

**SEÑORA PRESIDENTA.**- Muchas gracias por transmitir directamente sus experiencias. Es importante porque son quienes lo están viviendo y ni qué hablar que el testimonio presencial es importantísimo.

**SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).**- Soy funcionaria de la salud, licenciada en nutrición y conozco perfectamente todo lo que viven día a día ustedes y sus familias.

Hemos tenido contacto con este reclamo hace mucho tiempo. Simplemente, quiero que sepan que esta Comisión no tiene facultades para resolver. Podemos recibirlas, escucharlas y enviar la versión taquigráfica al Ministerio de Salud Pública para que estén informados que ustedes vinieron aquí, que están nuevamente con esta bandera levantada, que están poniendo el problema arriba de la mesa.

En el plano personal me encantaría que salga porque compartí esta problemática con muchas compañeras de trabajo y colegas. Sin embargo, debo ser sincera: no está en nuestras manos poder resolverlo. Sí podemos articular con las autoridades del Poder Ejecutivo que son quienes tienen en sus manos la resolución a su pedido.

Por tanto, me parece oportuno enviar la versión taquigráfica al señor ministro de Salud Pública a fin de que tome conocimiento de que concurrió en el día de hoy una delegación haciendo este tipo de reclamos.

**SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).**- Agradecemos a las tres por visibilizar una realidad laboral y cotidiana que se vive dentro del personal de la salud. Como decía la diputada Reisch, podemos ser la voz de ciudadanos que se acercan al Parlamento y a esta Comisión y conversar con el ministro de Salud Pública y, quizás, con las autoridades de la Federación de Funcionarios de Salud Pública y en todos los ámbitos de negociación que se tiene con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y grupos que tienen que ver con las condiciones laborales a fin de saber en qué está la voz de ustedes dentro de esos reclamos para mejorar las condiciones laborales.

Nos ocuparemos formalmente a través de la Presidenta y cada uno de nosotros, en los ámbitos de diálogo político que tengamos, vamos a ver en qué está esta situación.

Gracias.

**SEÑORA REPRESENTANTE COLLA ACLAND (Magdalena Ercilia).**- Yo no trabajé en el ámbito de la salud, pero soy maestra. Durante treinta y seis años cumplí doble horario de trabajo, por lo que las entiendo perfectamente. Lo que dicen es muy válido, pero nosotros hacemos cinco y dos; las entiendo y tienen mi apoyo.



**SEÑORA PRESIDENTA.-** La Comisión enviará la versión taquigráfica de sus palabras a los lugares correspondientes para que sepan que ustedes también se están moviendo, que es algo que está planteado.

**SEÑORA PIZZORNNO (Florencia).-** Quisiera hacer una aclaración. Hay instituciones de salud que ya tienen el régimen de libre cuatro y dos como, por ejemplo, los hospitales Policial, Militar, Clínicas, Vilardebó que hace poco llegó a un acuerdo y están trabajando con un régimen de tres y tres, la RAP también.

Por eso, cuando tuvimos este sistema de libres y vimos cómo se desarrolló, consideramos armar este colectivo y tratar de impulsarlo porque si en algunos centros se está llevando a cabo y ha funcionado, podría estudiarse para todos los ámbitos de la salud, tanto pública como privada.

Además de trabajar en el Pasteur y en el Británico soy jubilada militar, trabajé en el Hospital Militar unos cuantos años y llegué a gozar del régimen de tres y uno primero, porque años atrás allí fue evolucionando. Como el Hospital Militar tiene un régimen de retribución económica que es por grado militar, no existía una nocturnidad muy importante. Por lo tanto, se había implementado un régimen de libres que compensaba el no pago de la nocturnidad como se hace a nivel de salud pública y salud privada. Enfermería tenía el régimen tres y uno y todos los turnos de las áreas cerradas -que son las áreas de alta complejidad- tenían dos y uno. Después, evolucionaron al régimen de cuatro y dos las salas de cuidados moderados en todos sus turnos, menos en la noche, ya que durante la noche todas las salas y las áreas cerradas seguía con dos y uno.

**SEÑORA PRESIDENTE.-** A través de secretaría nos pueden hacer llegar todo el material que deseen. Estamos de puertas abiertas.

**SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).-** Solicito que la versión taquigráfica de esta reunión sea enviada al Ministerio de Salud Pública, al directorio de ASSE, a Fepremi, al PIT- CNT, a la Federación de Funcionarios de Salud Pública y a la FUS, Federación Uruguaya de la Salud.

**SEÑORA PRESIDENTA.-** Se va a votar el trámite solicitado.

(Se vota)

—Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

No habiendo otros asuntos para tratar, se levanta la reunión.

≠