



CÁMARA DE SENADORES
SECRETARÍA
DIRECCIÓN GENERAL

L^a Legislatura
Segundo Período

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Carpeta S/C

Distribuido: **1161/2026**

13 de octubre de 2026

LIBERTAD SANITARIA URUGUAY

ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE MALDONADO

ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

FEDERACIÓN DE FUNCIONARIOS DE SALUD PÚBLICA

Audiencias

Versión taquigráfica de la sesión vespertina del día
13 de octubre de 2026

ASISTENCIA

Preside	: Señor Senador Daniel Borbonet (Presidente ad hoc)
Miembros	: Señora Senadora Susana Andrade y señores Senadores Pedro Bordaberry y Aníbal Pereyra
Invitados	<p>: Por Libertad Sanitaria Uruguay, asisten las señoras Ana Rosengurtt y Nancy Méndez, y el señor Fabián Gussoni</p> <p>Por la Asociación de Diabéticos de Maldonado, asisten las señoras Valeria Fassio, en representación de Durazno, Zulma Pais y Ana Corrales; el señor Sergio Maceira y la doctora Natalia Antonini</p> <p>Por la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social, asisten la señora Karina Sosa y el señor Gonzalo Moreira</p> <p>Por la Federación de Funcionarios de Salud Pública, asisten los señores Martín Pereyra, Presidente; Pablo Estévez, Secretario de Organización Nacional; Pablo Ruiz, Secretario de Presupuesto; Pablo Silva, Secretario general de la Federación, y Marcelo Mancino, Secretaría de Jurídica</p>
Secretaría	: Señora Fabiana Etchart (Secretaria)

SUBCOMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

(Sesión celebrada el día 13 de octubre de 2026).

(Ocupa la presidencia el señor Daniel Borbonet).

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 13:49).

(Ingresa a sala la delegación de Libertad Sanitaria Uruguay).

–Les pedimos disculpas por haberlos hecho esperar, pero recién finalizó la sesión del Senado.

Damos la bienvenida a los representantes de Libertad Sanitaria Uruguay, señoras Ana Rosengurt y Nancy Méndez y señor Fabián Gussoni.

La Mesa les informa que disponen de aproximadamente quince minutos para realizar su presentación y, si los señores senadores lo entienden pertinente, podrán luego formular alguna interrogante.

A la vez, les solicitamos que cuando hagan uso de la palabra se identifiquen para una correcta toma de la versión taquigráfica.

Les cedemos la palabra.

SEÑORA ROSENGURTT.- Señores integrantes de la Comisión de Salud Pública del Senado, Libertad Sanitaria Uruguay es una iniciativa ciudadana en acción desde 2016 con más de 22.500 adhesiones.

Agradecemos esta oportunidad de comparecer para informar sobre un par de temas de competencia de esta comisión.

Primer tema: conflictos de interés en el Ministerio de Salud Pública.

Venimos a denunciar graves conflictos de interés y un incumplimiento del Ministerio de Salud Pública en relación a su política de vacunación. La intervención del senador Pedro Bordaberry en la Comisión Permanente el 7 de enero denunciando «las roscas y los que están de ambos lados del mostrador», nos alentó a venir para aportarles información al respecto.

La Comisión Nacional Asesora de Vacunas del Ministerio de Salud Pública formula recomendaciones sobre políticas de vacunación y para la actualización del Certificado Esquema de Vacunación.

Está integrada por dependencias del ministerio, instituciones públicas y una sola institución privada: la Sociedad Uruguaya de Pediatría, SUP.

Cada institución miembro participa con un representante; algunos, en un rol meramente consultivo, solo con voz. La SUP, que recibe financiamiento de los fabricantes de vacunas, participa con voz y voto; en cambio, el centro hospitalario Pereira Rossell –que integra también la comisión–, participa sin voto.

El Instituto de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Udelar también integra la Comisión Nacional Asesora de Vacunas del ministerio con voto, pero está sometido a la Ley n.º 18381; sus representantes a la Jutep y a la ley de ética en la función pública, normativa que no alcanza a la SUP y sus representantes.

Como autoridad en pediatría está el instituto en la comisión, ¿qué sentido tiene la participación de la Sociedad Uruguaya de Pediatría?

Las actas de las sesiones están publicadas y detallan los representantes de cada institución miembro presente quienes, previo a cada sesión, deben presentar una declaración de conflicto de interés según la reglamentación vigente, que no se publican, pero hemos obtenido al amparo de la Ley n.º 18381.

La SUP tiene un Comité de Vacunas cuya integración está publicada en su sitio web. Su presidente representa a la Sociedad Uruguaya de Pediatría en la comisión del ministerio,

pero en su declaración de conflicto de interés no menciona los vínculos de la SUP con los fabricantes de vacunas. La tesorera del comité es la directora de la Unidad de Inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública e integrante también de la Comisión Nacional Asesora de Vacunas. Sin embargo, ella omite presentar la declaración de conflicto de interés.

Al decir del señor senador Bordaberry, al menos dos integrantes de la Comisión Nacional Asesora de Vacunas están de los dos lados del mostrador.

Ahora bien, hay otro conflicto de interés más: son las metas asistenciales por las que los prestadores de salud reciben incentivos económicos del Ministerio de Salud Pública si aumentan la cobertura de vacunación infantil. Para lograrlo, denuncian ante la Justicia – invocando el Código de la Niñez y la Adolescencia– a familias que rechazan vacunar a sus hijos. Por cada una de esas familias, habría muchas que vacunan en acatamiento a la intimación del juez y para evitar el proceso judicial que unas pocas enfrentan; y así mediante coacción incrementan las dosis aplicadas para acceder a cobrar las metas por el indicador correspondiente.

Desde hace años colaboramos en la defensa de esas familias en todo el país. En junio de este año, dos sentencias de segunda instancia revocaron las de primera instancia que imponían a las familias la vacunación compulsiva de sus hijos y, ante el incumplimiento, la internación en el INAU.

Además, hay una grave omisión del ministerio, señalada en ambas sentencias. El inciso quinto del artículo 2.º de la Ley n.º 9202 le atribuye al Ministerio de Salud Pública la función de controlar la preparación de las vacunas. Sin embargo, el ministerio ha reconocido en varias respuestas al amparo de la Ley n.º 18381, que no realiza el control de ninguna vacuna, como sí realiza el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca para las de uso veterinario. Por ejemplo, en 2010, detectó la contaminación de vacunas contra la fiebre aftosa y anuló la licitación por la cual se habían adquirido. Las vacunas de uso humano podrían

estar contaminadas, como alertaron Inglaterra y Australia en el caso de vacunas antimeningocócicas, con estafilococo dorado en un caso y con residuos metálicos en el otro. Pero la falta de control impide detectarlo. Afirmar que son seguras para inducir a la población a recibirlas constituye publicidad engañosa.

Esta omisión del Ministerio de Salud Pública no puede analizarse aisladamente de los conflictos de interés. Cuando quienes deciden sobre vacunas en la Comisión Nacional Asesora de Vacunas del ministerio mantienen vínculos con los fabricantes, la falta de control que el MSP está obligado a realizar, agrava el problema y pone en riesgo a la población en lugar de protegerla. En Uruguay no hay un seguro que cubra los daños por vacunas como existen en diecinueve países desde 1961.

Los conflictos de interés que comprometen la independencia de las decisiones, el incumplimiento del control obligatorio de las vacunas y la desprotección ante sus efectos adversos, son motivos suficientes en Uruguay hoy para que cualquier ciudadano rechace vacunarse y/o vacunar a alguien a su cargo.

Quien recomienda vacunas no debería tener vínculos económicos con sus fabricantes; quien dirige la política de inmunizaciones no debería gestionar los fondos de una organización vinculada a esa industria. Y los prestadores de salud que reciben incentivos económicos por concientizar a las familias a favor de las vacunas, no deberían valerse de la Justicia para imponerles compulsivamente la vacunación de sus hijos.

Por todo ello, solicitamos a esta comisión que requiera al Ministerio de Salud Pública la información que hasta ahora no hemos logrado obtener al amparo de la Ley n.º 18381.

1. El acto administrativo que dispuso incorporar a la Sociedad Uruguaya de Pediatría a la Comisión Nacional Asesora de Vacunas del ministerio y las condiciones para su participación con voto.

2. ¿Qué mecanismos aseguran la independencia de las recomendaciones de la SUP en la Comisión Nacional Asesora de Vacunas dado que no está sujeta a la Ley n. 18381 ni al control de la Jutep?

3. Acto administrativo y contrato vigente por los cuales el Hospital Pereira Rossell cede parte de sus instalaciones a la SUP para su sede.

4. Motivo por el cual el Hospital Pereira Rossell carece de voto en la Comisión Nacional Asesora de Vacunas del ministerio.

5. El detalle de los pagos efectuados a cada prestador de salud, mes a mes, desde 2024, por el indicador 1.4 de cobertura de vacunación de las metas asistenciales.

Exhortamos a esta comisión a investigar estos conflictos de interés y actuar en consecuencia.

Segundo tema: carné de salud laboral.

Los trabajadores públicos y privados somos coaccionados a presentar el carné de salud vigente para trabajar y cobrar el sueldo, cualquiera sea la actividad laboral. En caso de incumplimiento, somos penalizados con la retención de haberes.

Las mujeres debemos someternos a los controles ginecológicos para obtenerlo, lo que nos discrimina frente a los compañeros que realizan las mismas tareas.

La Sociedad Uruguaya de Urología impulsa un proyecto de ley para incorporar al carné de salud el control de la próstata y sabemos que hay otros proyectos para incluir más análisis, como el de celiaquía. Rechazamos todas esas iniciativas.

Si el objetivo es proteger la salud laboral, las obligaciones deben fundarse en los riesgos reales de cada actividad y recaer sobre los empleadores responsables de prevenirlos, no sobre los trabajadores mediante un carné único en todo el país.

El carné de salud fue creado por la Ley n.º 9697, en 1937, cuando no existía el Fonasa ni el Sistema Nacional Integrado de Salud que hoy alcanzan a todos los trabajadores. No tiene

equivalente en otros países. Es inconstitucional e ilegal y podría derivar en una denuncia ante la OIT. Es absolutamente ineficaz para evitar los accidentes laborales y las enfermedades profesionales que generan prestaciones del Banco de Seguros del Estado y del Banco de Previsión Social.

Su exigencia es selectiva entre trabajadores de primera y trabajadores de segunda. Todo el personal del Palacio Legislativo debe mantenerlo vigente, pero los legisladores ¿tienen carné de salud laboral? Mediante solicitudes de información, varios organismos nos han confirmado que cargos políticos, desde el presidente de la república, el gabinete de ministros, los directores del Consejo Directivo de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, asesores, secretarios y tantos otros, están exentos, así como el personal de los ministerios de Salud Pública y de Trabajo y Seguridad Social, organismos responsables de imponer una obligación que ellos mismos incumplen.

Solicitamos a esta comisión que impulse la abolición del carné de salud como mecanismo de coacción para ejercer el derecho humano al trabajo y promueva, en su lugar, instrumentos adecuados que garanticen el cumplimiento efectivo de los convenios de la OIT sobre seguridad y salud laboral, ratificados por ley en esta casa.

Solicitamos a esta comisión que impulse la abolición del carné de salud como mecanismo de coacción para ejercer el derecho humano al trabajo y promueva, en su lugar, instrumentos adecuados que garanticen el cumplimiento efectivo de los convenios de la OIT sobre seguridad y salud laboral, ratificados por ley en esta casa.

Exhortamos a esta comisión a asumir un compromiso concreto con esta solicitud, comenzando por el propio ámbito del Poder Legislativo e impulsando las medidas necesarias para extender, a todo el territorio nacional, la plena vigencia de los derechos fundamentales de todos los trabajadores.

SEÑORA MÉNDEZ.- A modo de síntesis sobre el primer tema de conflictos de interés, quiero decir que las personas que definen las políticas de vacunación en nuestro país tienen, indirecta o tercerizadamente, vínculos financieros con los fabricantes de las vacunas que ellos mismos recomiendan al Ministerio de Salud Pública. Eso, por un lado.

Luego, el Ministerio de Salud Pública tiene la obligación legal –en nuestro país hay una sola ley sobre vacunas– de hacer el contralor de las vacunas. En el caso de las vacunas veterinarias lo hacen y en el de uso humano no. Por eso decíamos que en las de uso veterinario se encontraron contaminaciones y en las de uso humano no, simplemente, porque no se controlan. Aun así –siendo que no cumple con su parte de la ley–, algunos prestadores de salud denuncian judicialmente a las personas que eligen no consumir estos productos farmacéuticos o ingresar en sus cuerpos estas vacunas, lo que lleva a procesos complejos por parte de las familias. Entonces, nos preguntamos: ¿qué los impulsa a hacer estas denuncias? ¿Es la preocupación real por la salud, por ejemplo, de esos niños o son las metas asistenciales que cobran por aumentar las tasas de vacunación? En resumen, sería eso.

Y, con relación al carné de salud trajimos pruebas de todo lo que estamos diciendo, esto es, varias declaraciones oficiales de distintos organismos que, como se dijo, admiten que en algunos casos no se pide, por lo que están exentos de presentarlo. La ley relativa al carné de salud –ya se dijo que hay una sola y tiene como cien años– dice que para entrar a la Administración pública debe presentarse el carné; sin embargo, hay muchos sectores de esta que no lo piden. De ahí el planteo de que se revise esta normativa y se la actualice, máxime teniendo en cuenta toda la legislación que existe sobre derechos humanos. Entonces, el planteo general pasaría no ya por una obligación, sino por un incentivo.

SEÑORA ANDRADE.- Solo decir que sí tengo el carné de salud.

SEÑOR PRESIDENTE.- Yo también.

Les agradecemos mucho por haber venido.

SEÑORA ROSENGURTT.- Vamos a dejar en poder de la comisión las evidencias de lo que hemos presentado, cuyos *links* están al pie.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias.

(Se retiran de sala los representantes de la Libertad Sanitaria Uruguay).

(Ingresa a sala una delegación de la Asociación de Diabéticos de Maldonado).

—La Subcomisión de Salud Pública tiene el gusto de recibir a la delegación de la Asociación de Diabéticos de Maldonado integrada por Valeria Fasio, Natalia Antonini, Zulma Pais, Ana Corrales y Sergio Maceira.

Sabemos que vienen del interior, les pedimos disculpas por la demora y les damos la palabra.

SEÑORA PAIS.- Soy la presidenta de la Asociación de Diabéticos de Maldonado, ADIM, y quisiera presentar a la delegación para luego darle la palabra a Valeria Fasio. Me acompañan el secretario de la Asociación de Diabéticos de Maldonado, Sergio Maceira; la doctora diabetóloga de la asociación, Natalia Antonini; Valeria Fasio de la asociación de Durazno y Ana Corrales que es secretaria.

Presentada la delegación, le pediría que comenzara Valeria Fasio.

SEÑORA FASIO.- Soy la representante y la encargada de la Asociación de Diabéticos de Durazno, además, con los compañeros somos representantes de la red del interior, sobre la que más adelante les comentaré.

La asociación de Durazno se llama Adidu y es una asociación civil sin fines de lucro que cuenta con personería jurídica desde su fundación. Llevamos 35 años de trayectoria y

labor ininterrumpida en el departamento. Nuestra labor está enfocada en la tarea asistencial, educativa, de promoción y prevención en todo lo referido a la diabetes.

Hemos logrado una institución modelo en nuestro departamento y con mucho esfuerzo y sacrificio contamos con un equipo completo de asistencia para el paciente diabético. Contamos una médica diabetóloga, con podología médica que es una de las aristas fundamentales para el diabético, así como con una nutricionista, quienes conforman el equipo asistencial. También enfocamos la tarea en educación física, algo que para el paciente diabético es fundamental y comprende el 80 % del tratamiento, lo que está comprobado a través de estudios. La institución brinda educación física e hidrogimnasia, pilares fundamentales en el tratamiento. Todo tratamiento para un paciente diabético debe ir acompañado de actividad física, más allá del tratamiento con fármacos o insulina. Por eso, para nosotros la actividad física es uno de los pilares que tenemos y en lo posible tratamos de mejorar. Esto sería en cuanto a la asociación de diabéticos de Durazno.

Ahora quisiera comentarles sobre la red y cómo se fundó. La red que tenemos en el interior es una organización sin fines de lucro que fue fundada el 7 de julio de 2018 con el fin de representar y defender los derechos de las personas con diabetes fuera de la capital. ¿Qué pasó? Que con el resto de los compañeros que trabajamos en el interior empezamos a ver que el interior no está unido. Sin embargo, consideramos de suma importancia que todos quienes trabajamos en el interior tengamos una unión o, al menos, algún contacto. Entonces, comenzamos a trabajar, a buscar comunicación –lo que no fue fácil– con todos los departamentos y logramos conformar esta red.

En cuanto a los propósitos y misión de la red, puedo decir que son, en primer lugar, descentralizar y dar voz a más de 180.000 personas que viven con diabetes en el interior de nuestro país, haciendo énfasis en el interior profundo. El senador Bordaberry conoce los pagos; desde Durazno logramos llegar a Sarandí del Yi, a la fundación San Antonio de Padua.

Creamos un vínculo con esa fundación y a través de ella tenemos un sistema de atención. Después nos enfocamos en la educación y prevención, en la igualdad de derechos, el acceso equitativo y descentralizado de recursos a nivel nacional.

Nos dirigimos con mucho gusto a ustedes en esta instancia porque para todos nosotros es importante que las autoridades nos reciban y escuchen los planteos que traemos desde el interior. Creemos que el reconocimiento de la red es un paso fundamental hacia la equidad en salud. Esta red nació con la finalidad de romper las barreras geográficas en el interior para que el paciente, sin importar dónde resida, reciba atención de calidad y estandarizada. En este marco es fundamental para nosotros dejar constancia de la independencia y la autonomía. Queremos que ustedes tengan plena certeza de que las asociaciones de pacientes que integramos esta red, son organizaciones arraigadas en nuestras realidades locales y con gestión propia. No formamos parte, no dependemos ni trabajamos bajo la estructura de ninguna organización. Nuestra labor responde a las necesidades de nuestras comunidades en el interior manteniendo identidad propia, capacidad de decisión y gobernanza. El respaldo y reconocimiento de nuestras autoridades valida años de esfuerzo, trabajo colaborativo y compromiso de pacientes que han confiado en nuestros servicios y profesionales que han dedicado tiempo y conocimiento a mejorar la vida de quienes conviven con esta condición.

Agradecemos a quienes han hecho posible que esto avance. Seguimos trabajando juntos con la convicción de que una atención descentralizada y gestionada desde el territorio es el pilar fundamental para transformar el manejo de la diabetes en nuestra región.

Esto sería lo que significa la red.

Quiero decirles que todo lo que hacemos es con mucho esfuerzo y sacrificio. Las instituciones del interior son chicas, reciben algo de apoyo, y hablo del caso de Durazno, pero después Zulma les contará lo que ocurre en Maldonado. En Durazno no tenemos sede propia y funcionamos en un local que nos presta el gobierno del departamento. El resto es todo en

base al esfuerzo. Las comisiones directivas las integran personas que trabajan de forma honoraria, por lo que no cobran salario. Las cuotas sociales que se le pueden cobrar a los pacientes y a los usuarios son los ingresos que tiene la asociación y son bajos. Tratamos de trabajar con eso.

Además, como ustedes saben, los insumos para las personas con diabetes, los alimentos, son muy caros y esa es una lucha constante. La idea es que el paciente pueda acceder a los servicios que brinda cada institución, porque si están los servicios, pero no se tiene acceso, no sirven de nada y no vemos reflejado nuestro trabajo.

Muchísimas gracias y dejo que hable mi compañera.

SEÑORA PAIS.- Voy a hacer un pequeño *racconto* sobre los años que tiene la asociación de Maldonado funcionando en el departamento. La asociación fue fundada en diciembre de 1991, por lo que lleva 35 años, por una médica diabetóloga que se interesó en el tema y algunos diabéticos que veían casi imposible llevar adelante su enfermedad que, como se sabe, es silenciosa y mortal. La diabetes es mortal; el diabético se deteriora si no sigue el tratamiento y puede llegar a tener amputaciones y hasta morir.

Primero quiero darles las gracias porque desde que estamos funcionando es la primera vez que logramos que la institucionalidad de nuestro país, el Parlamento, nos dé este espacio que valoramos enormemente.

Como decía Valeria las circunstancias en las que nosotros trabajamos son precarias. Igual que Durazno no tenemos sede, trabajamos, bajo comodato, en un local de la Intendencia de Maldonado y en conjunto con ella en algunos temas. La Intendencia de Maldonado colabora con nosotros con una partida muy pequeña, pero es una partida al fin, y nosotros le devolvemos con servicios. La Intendencia de Maldonado tiene un departamento de salud y policlínicas con las que colaboramos, a bajo costo, en el tema de la diabetes porque contamos con los equipos. Sabemos que es imprescindible que el diabético se atienda los pies y hoy

estamos en negociaciones con un oftalmólogo porque el diabético se tiene que atender la vista, pero es muy difícil conseguir a los especialistas en la salud en general, tanto pública como privada.

Trajimos unas fotos, que se las vamos a dejar con la documentación que trajimos, sobre nuestro salón y nuestro trabajo. Tenemos podología, gimnasia –se brinda en forma gratuita–, contamos con una diabetóloga que atiende en forma gratuita, así como también con una nutricionista. Después tenemos otros beneficios pagos, pero con un ticket muy económico. El diabético tiene que seguir todo un tratamiento para poder tener una salud aceptable y poder convivir amigablemente con su enfermedad. Permanentemente estamos encaminando nuestro trabajo para ir sumando servicios que ayuden a una mejor calidad de vida del diabético.

También apuntamos a la salud de los adultos mayores. En Maldonado tenemos un apartado para los adultos mayores y si bien la cuota para el diabético es muy menguada, tenemos una diferencial para el adulto mayor porque entendemos que este no tiene la posibilidad, por ejemplo, de hacerse los pies, un tema muy complejo porque sabemos que el adulto mayor pierde sensibilidad en las extremidades. Todas estas son las cosas que queremos llevar adelante.

Como Valeria decía, hemos llegado a casi todo el departamento en las rondas de los Noviembre Azul como lo llamamos porque es el mes de la diabetes, ya que el 14 de noviembre es el Día Mundial de la Diabetes. Vamos a casi todos los rincones del departamento y estamos viendo la posibilidad de instalarnos en San Carlos que es una de las ciudades grandes del departamento.

Vuelvo a repetir que para nosotros esta instancia es fundamental y, por ello, les damos infinitas gracias por habernos recibido.

SEÑORA ANTONINI.- Voy a ser muy breve. Les agradecemos que nos hayan recibido. Soy médica diabetóloga y hace unos cuantos años estoy vinculada a ADIM. En algún momento estuve en jornadas en forma honoraria y hace unos tres años doy consulta en ADIM. En realidad, mis consultas médicas no sustituyen el control y seguimiento de cada persona con su institución y sus médicos. Por decirlo de alguna manera, mi rol ahí es brindar una consulta dedicando más tiempo. Todos sabemos que las consultas médicas son de 10 o 15 minutos, pero esto lleva un abordaje bastante amplio, sobre todo cuando agarramos a una persona a la que hay que realizarle un monitoreo. Cada vez tenemos más acceso a tecnologías, pero éstas llevan análisis.

La otra parte fundamental de la patología que va más allá de la indicación medicamentosa es la educación y eso lleva tiempo. En ADIM contamos con una enfermera que, además, es educadora. Apuntamos a ayudar, abarcar, seguir la línea del médico, aconsejar y dedicar un tiempo a la educación, evacuando algunas otras dudas. Como dije, las consultas son rápidas, pero las dudas surgen después que uno se va y tiene que hacer las cosas en su casa. También tenemos talleres y trabajamos bastante más en eso que medicalizar. Insisto, trabajamos para educar, prevenir y acompañar, tanto a los pacientes con diabetes, como a sus familias, sabiendo que se trata de una patología con una alta carga mental. Hay que tomar muchas decisiones muchas veces al día. Los diabéticos I se monitorizan y de acuerdo con su valor tienen que ver si van a hacer ejercicio, ver qué comer; son muchas decisiones y eso lleva mucho tiempo y, a veces, en las consultas no se puede hacer. Además, en Maldonado los equipos de salud no cuentan con educadores. Por tanto, más que nada, nuestra función es acompañar en esa otra parte. No queremos sustituir lo que brindan las instituciones médicas, sino acompañar desde otro lado.

SEÑOR MACEIRA.- ADIM es una institución sin fines de lucro que funciona hace casi 40 años y todas las asociaciones que integran la red del interior de la que somos fundadores.

Como es sin fines de lucro trabajamos honorariamente para satisfacer las necesidades de una población diabética que va en aumento y muchas personas son de bajos recursos por lo que no pueden acceder a determinado servicio asistencial.

Si bien te dicen que si no te cuidas vas a perder los pies o vas a quedar ciego, a largo plazo pasa eso. Si una persona no es consciente de que tiene una enfermedad y no la trata como se debe, las consecuencias son nefastas. Entonces, nosotros estamos tratando de concientizar y tratando de llegar a la población joven y a los niños porque, hoy más que nunca, la enfermedad sobreviene en personas jóvenes. Como dije somos una asociación sin fines de lucro, por lo que, a diferencia de otras, no persigue un beneficio económico. No negamos que estamos pasando por momentos complicados desde el punto de vista económico, producto básicamente de la otra pandemia que nos vino en 2020, que nos conmovió a todos. Ahora, estamos tratando de reorganizarnos y de repuntar desde el punto de vista del funcionamiento.

Nosotros queremos que se proponga, por lo menos, legislar en ciertos aspectos sobre esta enfermedad que realmente es complicada y lo único que venimos a pedirles en este momento es que, cuando se legisle, nos tengan en cuenta, que sepan que nosotros existimos y que estamos dispuestos a aportar nuestro granito de arena, porque algo sabemos de la enfermedad, básicamente, porque todos nosotros somos diabéticos, pero también porque sabemos cómo se maneja desde el punto de vista de la educación en las escuelas y de la necesidad de las pesquisas sistemáticas en la población. Son todos aspectos que estamos convencidos de que funcionan, sobre todo, para mitigar un poco el proceso de crecimiento exponencial que tiene la enfermedad en este principio del siglo XXI.

SEÑORA PAIS.- Yo quiero agregar algo más. Nosotros hemos solicitado una entrevista al Ministerio de Salud Pública, particularmente a la doctora Lustemberg –en el material que les dejamos van a encontrar el mail que enviamos– y, en ese sentido, les pedimos que den el pie

hacia esa entrevista, porque la consideramos absolutamente necesaria en tanto nos parece fundamental que el ministerio esté en conocimiento de nuestra labor, al igual que ustedes, que ahora tendrán un vínculo con nuestra organización –supongo que así será–. Eso es lo que quería solicitar. Nada más.

SEÑOR PRESIDENTE.- En principio, si ustedes lo autorizan, nosotros elevaríamos esta versión taquigráfica al Ministerio de Salud Pública. Así ya queda solicitada la audiencia.

SEÑORA PAIS.- De acuerdo, senador.

SEÑOR PRESIDENTE.- Antes de que se retiren, quiero agradecerles y felicitarlos por el trabajo que hacen de manera honoraria, tanto en Durazno, en Maldonado, como también en Paysandú, Artigas, Salto, Soriano y Florida. Realmente somos nosotros los que tenemos que agradecerles a ustedes.

Muchas gracias.

(Se retira la delegación de la Asociación de Diabéticos de Maldonado).

(Ingresa una delegación de la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social)

–Damos la bienvenida a los representantes de la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social: Carina Sosa y Gonzalo Moreira.

Antes que nada, les pido disculpas en nombre de esta subcomisión porque, al estar un poco atrasados, los hicimos esperar.

Les cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR MOREIRA.- Estoy aquí como directivo de ATSS.

Como ya lo hemos hechos en otras ocasiones, venimos a presentar los problemas que estamos transitando en el área de la salud de BPS, donde hay varias situaciones puntuales. También tenemos un contexto desde el año 2016, porque debió haber terminado la incorporación de colectivos al Sistema Nacional Integrado de Salud y no ha sucedido.

Quedaron, digamos, en un «limbo» –entre comillas– muchas de las áreas de la salud de BPS, con la atención de mucha gente de prestadores privados que concurren a BPS. Además, hay un panorama general de desmantelamiento de sanatorios y lugares asistenciales, así como falta de personal, con la no reposición de vacantes, que desde el año 2015 o 2016 viene sucediendo sistemáticamente. Ya no es una cuestión de ahora ni del período anterior, sino que abarca varios períodos.

En particular, tenemos el tema del Sanatorio Canzani, sobre el que Karina va a seguir profundizando.

El panorama es que tenemos graves problemas de administración, de dirección, de cómo debe dimensionarse el área de salud de BPS, dándole un rumbo concreto y determinando qué población se va a atender. A lo largo de los años también hemos perdido tipologías de las enfermedades que atendemos, porque se han ido desparramando en los prestadores públicos y privados del Sistema Nacional Integrado de Salud. Lo cierto es que ha llegado un punto en el cual, por ejemplo, las enfermedades raras, ya no vamos a tener quién las atiende porque cada vez estamos pudiendo dar menos respuesta a la demanda y cada vez hay menos personas que pueden acceder a los servicios.

SEÑORA SOSA.- Muchas gracias por recibarnos.

Como toda en la vida las cosas tienen un principio, un desarrollo y un final, pero nosotros venimos de un desarrollo eterno y sin un final cierto. La seguridad social contempla aquellas contingencias que ningún otro organismo le puede brindar a la sociedad. En esto de contemplar esas contingencias que no son contempladas justamente por ASSE, por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, nosotros entendemos se debe dar una defensa muy amplia sobre el hospital Canzani, que es la unidad de internación.

En Crenadecer nosotros entendemos que hay normativa suficiente y aplicable para que sea de resorte del Gobierno, del Poder Ejecutivo, o de quien sea el sistema político que

entienda que debe de cumplir con las cosas que firma. En 2016 firmamos un acuerdo en el que rezagamos la maternidad del Canzani y redujimos el personal en aquella oportunidad. Tenemos todo un estudio realizado y votado por el Banco de Previsión Social que no se ha cumplido y, lejos de eso, no se ha respetado la reposición, uno a uno, de vacantes, por ser sector de salud. Y no estamos hablando del área administrativa, sino del sector de la salud.

Esto se agrava porque en los últimos meses –diría que en junio de 2026, porque justamente yo no estaba–, en una bipartita política, se nos anuncia que se traslada una unidad de internación al Hospital de Clínica hacia un piso dieciséis, donde ya está claramente probado que no puede funcionar una unidad de internación de estas características.

La población objetivo, de alcance a nivel nacional por la vieja ley de asignaciones familiares, en estos de los defectos congénitos y enfermedades raras, ronda las diez mil personas, y Crenadecer está llegando solamente a algo menos de dos mil. Eso refiere a políticas de gobierno sostenidas durante los distintos períodos. Esto no se trata de un gobierno en particular, sino de que no hay un alcance en cuanto a la información y la formación del personal para que esto llegue a todos los rincones del país. ¿Por qué? Porque si yo tengo un niño que nace con fibrosis quística directamente tiene que ser asistido en el Crenadecer; no puede ir a otro lugar. Ese es el lugar donde tiene que atenderse originalmente. Luego, si hay alguna cuestión que atender porque vive en Artigas o en Rivera, por una gripe o lo que sea, hay algo en lo que hacemos mucho hincapié: la historia clínica electrónica. De hecho, del presupuesto del Banco de Previsión Social sale el costeo, la informática, la puesta en producción, la calidad de los datos y la transmisión de información, que es por donde las mutualistas ingresan las certificaciones médicas de los trabajadores y todos los controles que se deben hacer a los efectos de las juntas médicas; insisto: sale del bolsillo del Banco de Previsión Social. ¿Cómo puede ser que la historia clínica del Crenadecer no esté incluida en las historias clínicas nacionales de todas las mutualistas para que cuando llegue a una puerta

de emergencia, uno de nuestros pacientes más vulnerables, no sepan cómo tratarlo y que le den a un paciente que tiene piel de cristal, cualquier crema que le va a empeorar la situación indefectiblemente porque no tienen el tratamiento para darle?! No saben de qué está enfermo y por eso no pueden. Si la mamá de ese niño, niña, o si alguien que acompaña al adulto, no lo explica, no hay forma de hacerle un seguimiento a la patología de esta persona.

Nosotros somos campeones en llamarnos pioneros a nivel latinoamericano y a nivel mundial en muchos temas –hablamos de fútbol y de un montón de otros temas–, pero en este somos los mejores. En España no pueden tener una trazabilidad de enfermedades raras y defectos congénitos, con lo que significa ser primer mundo. Sin embargo, acá, que lo podemos tener, lo tiramos por la borda. ¿Por qué? Porque hemos mercantilizado de tal manera la salud, que si yo llego a ponerle dos barras de hierro en la columna a mi hijo y me lo atienden en salud pública, porque así debe ser, no hay quién le dé la rehabilitación. Ahora, como yo soy una madre que trabajo en BPS sé que lo puedo llevar al Canzani y lo voy a hacer. El tema es que quien no lo sabe no puede acudir a esos servicios que son de primera calidad, donde hay equipos interdisciplinarios con vasta experiencia, pero que se han ido perdiendo porque, como pasa en la vida, la gente envejece, se jubila, se va o fallece. Entonces, aquellos equipos interdisciplinarios tan especializados van menguando.

Desde 2016 que firmamos un convenio de potenciamiento para que el Canzani sea la pata que le falta a toda la parte del Sistema Nacional Integrado de Salud y se potencie realmente, se ha venido menguando en el tema de recorte de vacantes, insuficiencia en el mantenimiento edilicio y demás cuestiones.

Lo que decimos es que, si hay plata para trasladar el hospital a algún lado, hay plata para recuperarlo; ¡repárenlo! En eso quedamos en el año 2016.

Con relación a esto, y haciendo un mínimo agregado –porque no me quiero pasar del tiempo ni hacerles perder el tiempo– es importante que sepan que nosotros tenemos convenio

con ASSE y no nos está dando ni siquiera el papel camilla, pero no pasa eso ahora, sino hace muchos años. Es importante que sepan que los funcionarios de ASSE trabajan seis horas y nosotros ocho. Es importante que sepan que a veces los jefes son los de ASSE y los funcionarios son los nuestros, por lo que no deberían estar dándole órdenes a personal que no es de su organismo. Es importante que sepan que en la maternidad de Pando este fin de año nos quedamos sin médico. ¿Quién va a atender a esa población que es la más vulnerable del país, que está bien atendida en ese centro de atención médica? No los atienden de forma ni tan rápida ni tan efectiva como los atienden en el centro de Pando. Entonces, sin médico, el futuro está cantado: es el cierre del centro de Pando. No es que nosotros veamos el futuro, sino que sabemos a qué nos atenemos. Esperamos que esto no sea un botín político ni que se culpe al gobierno anterior por lo que dejó en ASSE. No nos interesa eso. A nosotros nos interesa nuestra población uruguaya, sobre todo la que padece enfermedades raras y defectos congénitos, que son nuestro develo.

¡Ni que hablar que también ha recaído la atención en ortodoncia, por quién de la gente pobre puede pagarse un dentista! Sin embargo, BPS lo brinda en forma gratuita en Montevideo, en el Cerro, y en Pando, pero hoy ya casi no tenemos odontólogos.

Entonces, revisemos lo que tenemos y reparemos en la medida de lo posible. Tenemos una oportunidad: es la votación del presupuesto 2027 del Banco de Previsión Social, que es anual. La rendición de cuentas ya pasó. Si hay algún mensaje que se puede introducir tiene que ser en el área de la salud del BPS para respetar este acuerdo, porque va a tener que ir al Ministerio de Trabajo. El jueves de esta semana vendremos a la Comisión de Asuntos Laborales donde también vamos a plantear esta cuestión.

Esto es un trabajo que creemos nosotros como sindicato es de una gran seriedad, altura política y defensa de los derechos humanos fundamentales, que debe ser parte de la

defensa de toda la clase política, del Poder Ejecutivo, del gobierno, de la oposición y de todos los que integramos esta sociedad.

Por aquí me quedo y les agradezco nuevamente.

SEÑOR BORDABERRY.- La señora Sosa dijo que no era posible llevarlos al piso dieciséis del Hospital de Clínicas, pero no dijo por qué. Confieso que estuve en el Clínicas hace poco y quedé impactado por la obra y las mejoras tremendas que han hecho ahí en los últimos tiempos. Sé que la estrategia es ir hasta piso doce para concentrar recursos y de a poco ir ampliando. Parece bastante lógico, entonces, centralizar las cosas.

Como el tema lo mencionó al pasar y no lo fundamentó, le pido si lo puede ampliar un poco.

Muchas gracias.

SEÑORA SOSA.- Sí, se lo puede fundamentar perfectamente.

En el mundo, las personas con enfermedades raras y defectos congénitos, en su gran mayoría, en un 70 %, tienen una movilidad muy acotada. Esto quiere decir que la mayoría está en silla de ruedas, ya que tienen parálisis cerebral o esas cuestiones. En la posibilidad de un incendio, en una evacuación desde el piso dieciséis, solo hay escaleras de emergencia y cuatro ascensores –son dos pares y dos impares– que funcionan la mitad del tiempo o menos. Eso quizás lo vio porque era el día que funcionaba el ascensor de visitas que es el que normalmente utilizan para enseñarle a aquellas personas o entidades que van a hacer inversiones, porque como usted sabe, es un hospital universitario que se mide por inversiones, porque el 6 + 1 nunca llega. Entonces, si no consigue inversiones para obras, no logra ejecutarlas. De hecho, lo vimos al doctor Villar pidiendo, a los gritos, 10 millones de dólares porque, de otra manera, no podría continuar las obras que hoy tiene en funcionamiento.

Por lo tanto, llevarlos al piso dieciséis es humanamente imposible, impráctico y total saneado por los servicios de salud y los especialistas que dicen que en un piso dieciséis no

puede estar esa población. El mundo está yendo a hospitales horizontales de cercanía, de entradas fáciles y accesibles, por esta cuestión que le mencionaba. Ni que hablar que el que padece fibrosis quística –no sé si conoce la enfermedad– automáticamente debe quedar aislada en una burbuja y en un hospital de grandes dimensiones eso es casi imposible. Los contagios son permanentes y esa persona con fibrosis quística debería tener su cocina, su comida, su lavandería y eso no va a suceder en el Hospital de Clínicas. Si puede investigar –tal vez sería muy buena noticia para nosotros porque sabemos que ustedes tienen acceso a la información– hay turnos que tienen un solo enfermero y nosotros llevaríamos muy poquito personal que está desapareciendo. Entonces, si no cumplieron con nosotros en reponer el personal en BPS, que era mucho más fácil, lejos estamos de cumplir con la dotación de personal suficiente para llevarla a un tercer lugar.

Por otro lado, quiero agregar a lo que fundamento –que creo está bastante completo– que el Hospital de Clínicas no tiene CTI pediátrico. Tiene CTI neonatal, pero no pediátrico. Ello implica también que vamos a llevarlos a tener el mismo problema de siempre y hay que bajarlos del piso dieciséis a la sala, de la sala a la calle, y de la ambulancia al Hospital Policial, que también lo tenemos que pagar tercerizado. Habría que buscar una solución integral y nosotros la tenemos: tenemos un estudio hecho y una propuesta para presentarle, tanto al BPS como al Poder Ejecutivo, a la oposición, y a quien quiera escucharnos. El tema es que nos escuchen.

Gracias.

SEÑOR BORDABERRY.- Le agradezco mucho. No se enoje con nosotros. Nosotros preguntamos y tratamos de llegar a conclusiones.

SEÑORA SOSA.- No se lo tome personal. Esta es mi forma.

SEÑOR BORDABERRY.- Obviamente, no soy un experto en la materia; soy abogado y estudié otra especialización.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero dejar constancia del trabajo que hace Crenadecer desde hace años, y no solamente en fibrosis quística, sino también en queilopalatosquisis, raquisquisis y, en fin, todas las enfermedades metabólicas.

Conocemos muy bien el trabajo y sabemos muy bien todo lo que es el equipo de salud, no solamente los genetistas, sino en general ese equipo, incluida la enfermería especializada. Por lo tanto, es una joya Crenadecer para el país.

Les consulto si quieren que elevemos esta versión taquigráfica a algún lugar.

SEÑORA SOSA.- Sería oportuno que lo conozca la gran mayoría de quienes integran las decisiones en el Ministerio de Salud Pública, porque tampoco nos han recibido. Nos ha costado bastante llegar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muy bien. Si están de acuerdo los miembros de la subcomisión enviamos esta versión taquigráfica al Ministerio de Salud Pública.

(Apoyados).

—Muchas gracias.

(Se retiran de sala los representantes de la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social).

(Ingresa a sala la Federación de Funcionarios de Salud Pública).

—Recibimos a la Federación de Funcionarios de Salud Pública, a Martín Pereira, Pablo Estévez, Pablo Ruiz, Pablo Silva, Marcelo Mancino y Ignacio Ávalos.

Es un placer recibirlos.

Disponen de quince, veinte minutos para que nos hagan su presentación. Pasado el tiempo, abrimos un espacio de intercambio y preguntas por parte de los senadores.

Sean bienvenidos.

SEÑOR PEREIRA (Martín).- Primero que nada, muchas gracias por recibirnos.

Estamos presentes hoy acá, después de haber asistido a la Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda del Senado y haber conversado con algunos de los senadores que también están hoy aquí presentes en la comisión sobre el planteo relativo al Banco de Seguros del Estado para los trabajadores de ASSE.

Como no se abrió la discusión en el Senado para introducir un artículo aditivo que eliminara el artículo 289, que nos quitó el acceso a la atención en el Banco de Seguros del Estado en caso de accidente laboral, solicitamos a la comisión la posibilidad de presentar este tema.

Hemos mantenido conversaciones con el Poder Ejecutivo para ver si podemos avanzar en una ley de un único artículo que establezca la eliminación del artículo 289 para poder nuevamente tener la atención en caso de accidente.

Se registran aproximadamente 120 accidentes laborales al año. Casi el 50 % de ellos son pinchaduras cortopunzantes y el resto, los otros sesenta, aproximadamente, necesitarían una atención en el Banco de Seguros del Estado.

Hemos conversado tanto con autoridades de ASSE como con las autoridades del Banco de Seguros del Estado. Existen algunas diferencias entre ambos organismos en cuanto al costo del seguro y la forma de pago. Según se ha planteado, el Banco de Seguros del Estado mantiene una deuda con ASSE, cuyo monto podría equipararse con una posible atención.

Creo que ambos organismos han avanzado en ese sentido.

Por tanto, queremos conversar con la comisión para ver cómo lo ven los senadores y si pueden dar una mano en esta tarea para lograr que este tema tenga tratamiento parlamentario y que volvamos a tener cobertura en el Banco de Seguros del Estado, que para nosotros es algo muy importante porque no hay prestador privado ni público que se asemeje a

la calidad asistencial y de equipamiento que tiene el Banco de Seguros del Estado hoy en día en nuestro país.

SEÑOR ESTÉVEZ.- Soy secretario nacional de organización de la Federación de Funcionarios de Salud Pública.

Realmente nos preocupa este tema. El momento en el que se da la pérdida, para nosotros que representamos a los trabajadores de la salud, es muy doloroso porque veníamos, además, enfrentando una pandemia. Y, en realidad, perder la atención que brinda el Banco de Seguros del Estado, con la experticia que tiene, genera señales no solo para los trabajadores, a quienes, desde acá, desde el Parlamento, se incitaba a que se nos aplaudiera y se nos viera como héroes. Entendemos que la política del país, generalmente, en la historia, ha ido en otro sentido. Se generó una especie de gueto con los trabajadores de la salud pública a través de la mano alzada que se dio en el Parlamento. Si algún compañero pasa caminando por el Banco de Seguros del Estado, se lesiona e intenta ser asistido, por una normativa vigente que se generó en este Parlamento —que genera una injusticia brutal—, ni siquiera se le puede brindar algún tipo de atención, porque la ley expresa que los trabajadores de ASSE no tienen derecho a ser atendidos en el Banco de Seguros del Estado. Además, ese derecho a la atención que se le da a cualquier trabajador del país, se segrega al colectivo que nosotros representamos, y entendemos que se hace incluso vulnerando leyes que el país acompaña de organismos internacionales.

En definitiva, el Banco de Seguros del Estado es un seguro monopólico que tiene el país y desde el Estado se controla que los servicios privados tengan a sus trabajadores asegurados. Sin embargo, si el propio Estado no los asegura y, a su vez —y así lo dijimos en el momento en el que se expresó la fundamentación de esa ley—, a los que trabajamos en un servicio de atención de salud, se nos brinda la atención, pero no se nos asegura y, además, se nos niega el acceso a poder rehabilitarnos de buena manera, genera un precedente, y

cualquier mutualista mañana puede salir a decir lo mismo. Si esto sucede, nos preguntamos cómo harán quienes legislan o quienes tienen la potestad de verificar estos controles para decirle a un privado que no puede hacerlo si desde el Estado se abrió la canilla para que sucediera. Por lo tanto, esto nos genera mucho dolor.

Además de este pedido del Banco de Seguros del Estado, estamos reclamando una cuestión que nos hizo enfrentar la pandemia; me refiero al reconocimiento latinoamericano y mundial que nos dejó la reforma de la salud a partir de 2007. Creo que hoy nadie puede negar lo que intenta ser Uruguay en materia de salud. No estamos desconociendo los esfuerzos presupuestales que se han hecho desde el Parlamento, sino que estamos señalando las secuelas que van dejando cuando se dice que con los mismos rubros se va a gestionar mejor. Varios de nuestros compañeros –y sé que la comisión está integrada por algún médico, que va a saber entender– están en unidades ejecutoras del país a los que esa «mejor gestión» que se anuncia cada vez que se presenta un presupuesto nacional –no de hoy, sino desde hace años– les ha dejado una secuela. Por ejemplo, hay unidades ejecutoras que hace quince años no brindan uniformes a los trabajadores. Y no solo podemos hablar de injusticia del Estado al no brindarles a sus trabajadores algo tan básico como el uniforme para ir a trabajar, sino que podríamos ahondar en las infecciones cruzadas. Si la mutualista les dijera a los compañeros que no pueden usar el uniforme que esta les brinda en los pasillos o en las salas donde atendemos, ¿cómo irían a trabajar? Con los salarios magros que tienen, ¿tendrían que pagarse también el uniforme? Es una de las preguntas que nos hacemos.

Voy a recordar lo histórico, dejando el espacio para algún compañero. No quiero dejar pasar por alto que, a casi diez años de la reforma –se discutió en el año 2017–, el entonces ministro Basso hizo un trabajo sobre lo importante que es avanzar en segundas reformas y en seguir consiguiendo recursos que nos permitieran prestar servicios de mayor calidad y de más cercanía. Dicho trabajo marcaba claramente lo que nosotros hemos sostenido durante mucho

tiempo: que la reforma avanzó, acercó la salud a la gente y aumentó la demanda, pero se hizo sobre los recursos humanos existentes. Asimismo, un trabajo del ministro del año 2017 señalaba que en ASSE faltaban tres mil recursos humanos.

El Gobierno anterior, a raíz de la pandemia, dejó a los CTI y a las ambulancias sin recursos humanos. Entonces, se pretenden generar nuevos hospitales, pero yo me pregunto, ¿cuántos recursos humanos faltan en los hospitales de todo el país, en los que después los parlamentarios recorren para charlar con la gente del pueblo? Las reformas y los presupuestos de las «mejores gestiones», ¿van a seguir siempre generando situaciones jodidas para el lado de los trabajadores, que somos los que hemos sostenido la reforma a partir de 2007?

Por último, marcamos con mucho dolor –y lo queremos decir así– el hecho de no poder continuar destercerizando, que es otra de las cuestiones fundamentales para nosotros. Por lo tanto, poder seguir avanzando en los pedidos que nosotros tenemos no solo tiene que ver con incrementar los recursos que pueden salir del Parlamento, sino con que nuestros hospitales también reclaman la visita de los parlamentarios, porque son los que de alguna manera tienen que controlar. Por ejemplo, nos tiene que generar dolor tener a trabajadores del Estado trabajando con el uniforme del privado en cada uno de los pasillos de nuestras unidades ejecutoras.

Muchas gracias.

SEÑOR SILVA.- Soy secretario general de la Federación de Funcionarios de Salud Pública.

Quiero subrayar que los trabajadores de ASSE fueron quienes que brindaron atención en un momento muy complicado, porque muchas veces las y los uruguayos tenemos memoria a corto plazo. Tenemos que saber lo que fue el momento de la pandemia, en que había una incertidumbre bestial y todos o la mayoría de los que podían trataban de guardarse y no exponerse. En medio de esa incertidumbre, los que fueron a la cancha y estuvieron a lo largo y ancho de todo el país, generando y brindando salud a los sectores más vulnerables, fueron,

justamente, los trabajadores de ASSE. Entonces, yo creo que esto marca un punto de inflexión.

Y también marca un punto de inflexión que 29 familias hayan perdido a un trabajador de la salud. Hay 29 familias con un ingreso menos, un hijo, un hermano, un tío, por lo que nosotros venimos pidiendo una pensión para esas 29 familias. Creemos que es un reclamo más que lógico cuando se dio este momento a nivel mundial, el que ojalá no tengamos que atravesar nuevamente. Fueron 29 las familias que perdieron a un familiar trabajando en un momento complicado.

No quiero seguir subrayando la importancia que tiene para nosotros lo que es el Banco de Seguros del Estado, aunque sí tengo que subrayar lo que es en este momento la salud mental en Uruguay y las condiciones en las que están trabajando muchos de los compañeros a lo largo y ancho del país hoy en día. Y cuando hablo de las condiciones, no hablo de recursos humanos ni materiales, sino que estrictamente hago énfasis en la falta de especialistas psiquiatras que tenemos en todo el territorio nacional, en todo el sistema de salud metropolitano y nacional.

Más allá de que estamos de acuerdo con una atención comunitaria y una atención que tiene que ser multidisciplinaria en los equipos, hay una falta de psiquiatras a nivel nacional que expone a los compañeros en los lugares de salud mental, y esto pasa tanto en el ámbito público como en el privado. Hay decisiones que no se pueden prolongar más. La falta de psiquiatras es algo que, realmente, la pagan los trabajadores y los usuarios. No en vano somos el país con el índice de suicidios más alto y no solamente en Latinoamérica, porque estamos terceros a nivel mundial. Y más allá de los tipos de programas que se quieran utilizar, que son totalmente viables, la falta de psiquiatras es algo que tenemos que subrayar. Hay un corporativismo en la psiquiatría que es preocupante y esto lo queremos subrayar.

Más allá de esto, creemos que la Ley de Salud Mental se tiene que implementar, pero hoy en día tenemos una necesidad asistencial que es innegable. El Hospital Vilardebó está totalmente lleno con 300 usuarios y 100 camas contratadas. Hay que darle dignidad a los que están hoy en día, pero no hay un presupuesto ni tampoco hay un tipo de política que se pueda desarrollar –más con la faltante de psiquiatras que hay– que pueda generar dar altas o sacar usuarios del Vilardebó a corto plazo; hoy en día no lo tenemos. Hace poco se fueron 70 usuarios de alta del Hospital Vilardebó e, inmediatamente, ingresaron 60. ¿Por qué? Porque a lo largo de todo el territorio nacional en otros hospitales de medicina general hay usuarios que están esperando generar la internación en el Vilardebó.

Entonces, nosotros decimos que estamos bien de recursos humanos y de atención, pero en lo que no estamos bien es en la hotelería, pues el hospital se nos está cayendo arriba. Necesita una inversión urgente para darle dignidad a los que están hoy y a los que van a estar dentro de uno, dos o tres años, hasta que las políticas de salud mental se puedan desarrollar y quienes crean que pueden cerrar el Vilardebó lo puedan cerrar.

Hoy en día hay una necesidad asistencial, tanto en Ceremos como en el Vilardebó, que para nosotros es fundamental. Sabemos que dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud es fundamental que tanto Ceremos como el Vilardebó se mantengan abiertos, sin privatizar, para brindar camas públicas de nivel para ASSE. Más allá de esa discusión, hay una atención que se le tiene que dar a los que están hoy y a los que van a estar mañana. Esto se genera con dignidad, que se refleja en inversión en inmuebles y en infraestructura.

SEÑOR RUIZ.- Integro la secretaría de presupuesto y salud de la federación.

Quiero bajar un poco a tierra, más que nada, cómo trabajamos en los centros de salud –para que se entienda– haciendo hincapié en el reclamo principal que estamos llevando adelante por parte de la federación que es el del Banco de Seguros del Estado.

Para la federación es importante que entre los trabajadores haya igualdad en las condiciones de trabajo y, ni que hablar –tal como expresaban los distintos compañeros– que a nivel nacional podamos tener los mismos recursos y las mismas condiciones de trabajo que el subsistema privado. Más allá de eso, queremos explicar que por el modo de contratación que tenemos, hay trabajadores tercerizados, como empresas de higiene y de seguridad; trabajadores en las comisiones de apoyo locales, en las comisiones generales y en las comisiones de apoyo de la Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental, que era el expatronato.

Hoy en día si dos trabajadores están trabajando en el mismo lado y sufren un accidente de trabajo, uno va a ir al Banco de Seguros y el otro no. Queremos recalcar esto: dos trabajadores con diferentes condiciones de trabajo. Me parece que hay que igualar y, justamente, para arriba. El Banco de Seguros del Estado, más que nada, es un prestador de primer nivel reconocido como uno de los mejores en Sudamérica y no nos parece bien que haya perdido ese beneficio, que más que beneficio es un derecho para toda la población, además, de todas las características que ya describieron los compañeros. Es importante resaltar que entre trabajadores tiene que haber igualdad en las condiciones de trabajo, porque dos o tres trabajadores con distintas contrataciones tienen distintos derechos.

SEÑOR MANCINO.- Estoy en la parte jurídica del secretariado de la federación.

Quería ir en la dirección de que, además, de que creemos que es una enorme injusticia haber cercenado un derecho para el conjunto de los trabajadores, también ha generado una serie de distorsiones cotidianas, una de ellas, tiene que ver con esto último de las modalidades contractuales bajo régimen privado dentro de ASSE sí cuentan con el Banco de Seguros y no así los funcionarios del rubro 0. A su vez, la confusión que genera para los propios funcionarios y, a veces, sus mandos, cuando el funcionario cuenta con un prestador privado o cuando el funcionario tiene por sí a ASSE como prestador, lo que tardó ASSE en emitir

protocolos e instrucciones con respecto a cómo proceder, que disparó que funcionarios en desconocimiento de esta normativas hayan concurrido en el marco de un accidente laboral a su prestador y hayan tenido que arrastrar deudas por los tratamientos médicos que originaron y que hoy, de repente, se ven lidiando con esas deudas y que no sea reconocido un accidente laboral por haber concurrido a su prestador. Fueron situaciones comunicadas de forma confusa y tardía y, además, rompían con una tradición que era que nosotros, ante un accidente laboral, debíamos concurrir al Banco de Seguros del Estado. Incluso, las instrucciones hasta ahora vigentes sostienen que debemos acceder a una primera atención en nuestro centro de trabajo, pero eso es partir de una lógica de que todos los centros son hospitalarios. ¿Cómo hace un trabajador del laboratorio Dorrego para que se le brinde su primera asistencia en el lugar de trabajo? No está preparado el laboratorio Dorrego para eso. ¿Cómo hace un funcionario que trabaja en la proveeduría de la RAP Metropolitana para obtener su primera atención, si trabaja en un lugar que no es asistencial? Además, hubo instrucciones confusas, instrucciones tardías, inequidades y gastos que se le han originado a los trabajadores y por los que ASSE no ha reconocido ningún mecanismo de reintegro, siendo que sus instrucciones fueron confusas. Entonces, termina, a lo largo de este tiempo, consolidándose una pérdida de lo que consideramos que es un derecho para el conjunto de los trabajadores. Es incomprensible para nosotros que no se haya revertido eso en esta rendición de cuentas. De mi parte, esto era lo que quería decir; principalmente ese era el propósito de nuestra concurrencia hoy.

Gracias.

SEÑOR ESTÉVEZ.- Quiero hacer un agregado. Nos preocupa también –somos lectores de la discusión parlamentaria y seguidores de lo que se debate acá, que tiene que ver no solo con nuestro organismo sino con lo demás del Estado– lo que se ha laudado en esta última rendición de cuentas. Fíjense que nosotros planteamos, como uno de los objetivos lo del

Banco de Seguros del Estado, pero también está el tema de que nuestros compañeros tengan uniforme que proviene del rubro de gastos de funcionamiento. Y nosotros vimos en esta última rendición de cuentas que se pasan 900:000.000 para el rubro 0 para que se pueda contratar suplentes. Por lo tanto, según los informes parlamentarios de quienes debatieron, se gastaba un 99,9 % de los gastos de funcionamientos ya en los períodos estudiados anteriores. Entonces, nuestra aspiración de que nuestros compañeros tengan uniforme, ¿dónde quedaría? Por eso decimos que escuchamos que cambian los gobiernos, cambian las responsabilidades y se habla de que se va a gestionar mejor con lo mismo, pero los que quedamos de este lado de la vereda vemos que la gestión no llega a cuestiones fundamentales para quienes tienen que desarrollar la prestación de servicios que se le ofrece a la población. Claro que es bueno para la población tener cada vez más servicios, pero quienes los brindan, ¿nunca avanzarán desde el punto de vista parlamentario para decir que deben tener determinadas condiciones?

Queda demostrado también, según los datos de la Oficina Nacional del Servicio Civil y de su director –esto lo leímos–, que a pesar de tener vigente que nosotros, los trabajadores públicos, empezamos a perder salario a través de nuestras certificaciones, eso no mejoró el porcentaje de trabajadores certificados. Por lo tanto, los que trabajamos en la salud pública, lo hacemos con nuestros salarios magros y con estas condiciones que venimos denunciando, y que tienen que ver con decisiones parlamentarias que entendemos que son erradas. Estos compañeros que trabajan 12 o 18 horas, se enferman de patologías de salud mental que, a veces, tienen que ver con los temas de consumo. Hace muy poco se informó por la prensa que se perdió la vida de una muchacha trabajadora joven por ese consumo y capaz que, por esas cargas horarias, viendo lo que es el cotidiano nuestro. Trabajamos con la enfermedad, trabajamos con la muerte, le tenemos que decir a una madre, a un padre, que perdió a su hijo y que no lo pudimos revertir. Esa es la realidad de nuestros trabajadores y esas son las acciones que nosotros entendemos que el Parlamento debe adoptar, en algún momento, más

allá del Gobierno que venga. Debe haber una discusión que nos una. Nosotros desarrollamos las políticas que ustedes definen y otros gestionan, entonces, que se nos tenga la consideración como para decir que algún día podremos avanzar. Tenemos comisiones de trabajo –han pasado los gobiernos y no han funcionado– que tienen que ver con la carrera funcional, con el estatuto del funcionario. Uno va a cualquier empresa y, por minoritaria que sea, cuando uno firma un contrato lo primero que le dan es el estatuto con las obligaciones y los deberes. ¿Cuándo se les va a exigir a quienes gestionan ASSE que eso tiene que llegar al Parlamento para que ustedes puedan discutir el tema y que los funcionarios tengan unas reglas claras? ¿Eso no será lo bueno que debe tener un país para con sus trabajadores del Estado?

Muchas gracias.

SEÑORA ANDRADE.- Agradecer a la delegación por su presencia. No sé cuál de los Pablo –hay varios– hizo referencia a la falta de psiquiatras y habló del corporativismo en la psiquiatría. Si pueden, quisiera que ampliaran al respecto.

SEÑOR SILVA.- A nivel público se ha manifestado por parte de la Sociedad de Psiquiatría que no están de acuerdo con que se traigan psiquiatras del interior. Sabemos que los salarios de los psiquiatras con cargos de alta dedicación alcanzan los \$ 300.0000 muchas veces. También sabemos, y así lo marca tanto el sistema de salud público como privado, que evidentemente faltan psiquiatras. En lo personal creo que una de las medidas que se tiene que tomar de manera instantánea es la de no privar a la población, a los usuarios y a los trabajadores, de la atención psiquiátrica. Más allá de que estemos de acuerdo en que la atención de los equipos multidisciplinarios –auxiliares de enfermería, licenciados en enfermería, psicólogos– es muy importante, hay un momento donde los usuarios están necesitando tener un tratamiento con un psiquiatra. No puede ser que caigan en las emergencias usuarios que tienen intentos de autoeliminación, usuarios que, de repente, están

con un grado de adicción muy grande o que están en un período de abstinencia y están necesitando –y ellos mismos lo refieren– ser vistos por un psiquiatra para tener una indicación médica y no la tengan. No puede ser que haya tratamientos que no son prolongados. Evidentemente, una persona siente una depresión y va a que la vea un psiquiatra, pero después al otro día se tiene que reintegrar a trabajar con la misma medicación que le indicaron en el momento en que tenía la depresión. Evidentemente, esa no es la medicación de la evolución que debería tener cuando se va a reintegrar a trabajar. Hay un faltante de psiquiatras, de especialistas, que es fundamental y eso está llevando a que seamos uno de los países con el alto índice de suicidios que tenemos. Esto es más allá de las otras políticas que queramos utilizar para la reinserción como ser no al encierro y no a los dispositivos monovalentes. Sabemos que hay cierta población que son judiciales y que no los podemos tener. Hay un caso muy público de un usuario que tiene una mutualista y que está en el Hospital Vilardebó. ¿Por qué? Porque el juez lo mandó al Hospital Vilardebó. Fue un hecho que se dio hace muy poco tiempo y, evidentemente, nos asombró y nos preocupó a todos. ¿Por qué no se hace cargo la mutualista de ese usuario? ¿Por qué está en el Vilardebó? Me refiero a ese Vilardebó que tanto queremos cerrar. Quienes le están brindando asistencia son los trabajadores no médicos porque tenemos muchas salas donde hay faltantes de psiquiatras dado que la Clínica de Psiquiatría decidió sacar a sus estudiantes del Hospital Vilardebó. Sin embargo, muchos de los que renuncian pasan al ámbito privado. Entonces, cuando hablamos de corporativismo, hablamos de una intencionalidad de la Sociedad de Psiquiatría para que no vengán psiquiatras y cierren los dispositivos y las salas de internación que sí son públicas, pero no denuncian a todos los centros privados que están abriendo. Por ejemplo, está abriendo Fuentes del Prado. Por otra parte, no veo a la Sociedad de Psiquiatría manifestarse para que cierren Fuentes del Valle y todos los centros privados que hay. Creo firmemente –y

lo digo en forma personal— que hay un corporativismo por parte de la Sociedad de Psiquiatría que, evidentemente, lo pagan los usuarios.

Gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- De todos los temas que mencionaron conocía algunos. Me interesa saber, porque no lo conozco, lo de la pensión para las veintinueve familias. ¿Dónde está eso como para poder colaborar en la búsqueda de ese expediente?

SEÑOR PEREIRA (Martín).- En el período pasado de Gobierno, en el acuerdo de negociación colectiva al que se llegó, la idea era buscar una salida para las veintinueve familias. Ese acuerdo colectivo lo firma la federación. Independientemente de eso dentro de las veintinueve familias, hay algunos compañeros del sector privado, pero nosotros los englobamos a todos. Se necesita iniciativa el Poder Ejecutivo. Se firmó en el período pasado, pero no hubo iniciativa del Poder Ejecutivo más allá de los planteamientos que había hecho Mieres cuando fue Ministro de Trabajo y después Mario cuando lo sucedió. No hubo desde el Poder Ejecutivo resonancia y por eso en cada oportunidad que tenemos lo planteamos. Es algo muy sentido para el colectivo de trabajadores.

SEÑOR PRESIDENTE.- Por último, ¿ustedes quieren que esta versión taquigráfica se la enviemos a alguna institución?

SEÑOR PEREIRA (Martín).- Sí, si es posible queremos que sea elevada al directorio de ASSE y a la ministra de Salud Pública, por favor.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Y a la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay?

SEÑOR PEREIRA (Martín).- Sí, a la Sociedad de Psiquiatría y al presidente del Banco de Seguros del Estado.

(Dialogados).

SEÑOR ESTÉVEZ.- Lo último, muy cortito, que nos faltó decir es que estamos sufriendo en muchas unidades ejecutoras a lo largo y ancho del país situaciones de violencia hacia

nuestros trabajadores crecientemente. Eso nos ha preocupado y nos ha ocupado. Tuvimos reuniones con el ministro Negro y estamos intentando que se haga una campaña pública a través del Ministerio de Salud Pública.

Nosotros tenemos protocolos insertados en la Red de Atención Primaria de Montevideo que nos llevan a tomar medidas gremiales, pero que también nos llevan a pérdida de salario porque nos tenemos que retirar de nuestros lugares de trabajo. Por ejemplo, en los centros de salud podés salir del problema retirándote con la medida gremial, pero, cuando la violencia viene por parte de un familiar que tiene a un usuario internado en una sala de hospital, al otro día o al rato seguís en la convivencia con una persona que te violentó. Por lo tanto, no queremos pasar por acá sin decir esto. Es un flagelo que atañe a toda la sociedad, pero a nosotros nos está haciendo mucho daño.

Gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias a ustedes.

Se levanta la sesión.

(Son las 15:16).

