



REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY



Cámara de Representantes
Secretaría

XLIX Legislatura

DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 420 de 2021

Carpetas Nos. 67 de 2020 y 1347 de 2021

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

EUTANASIA Y SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO
Regulación

CONFERENCIA EPISCOPAL DEL URUGUAY

INGRESO A ESPECTÁCULOS PÚBLICOS DE PERSONAS NO INOCULADAS
CONTRA EL COVID 19
Regulación

MOVIMIENTO ESTUDIANTIL DE FISIOTERAPIA DE LA UDELAR

Versión taquigráfica de la reunión realizada en forma remota
el día 12 de mayo de 2021

(Sin corregir)

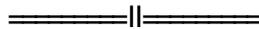
- Preside: Señor Representante Alfredo De Mattos.
- Miembros: Señoras Representantes Cristina Lústemberg, Lucía Etcheverry Lima, Silvana Pérez Bonavita y Nibia Reisch.
- Delegados de Sector: Señores Representantes Luis Gallo Cantera y Eduardo Lorenzo Parodi (virtual).
- Asiste: Señor Representante Rodrigo Goñi Reyes..
- Invitados: Por la Conferencia Episcopal del Uruguay: Monseñor Arturo Fajardo, Monseñor Pablo Jourdan, Monseñor Luis Cardozo, doctor Diego Velazco y doctora Ana Guedes.

Señor Representante Felipe Schipani, autor del proyecto de ley "INGRESO A ESPECTÁCULOS PÚBLICOS DE PERSONAS NO INOCULADAS CONTRA EL COVID 19. Regulación".

Por el Movimiento de Estudiantes de Fisioterapia: Santiago Bianchi, Melani Fernández, Giancarlo Marino, Fiorella Sánchez, Josefina Silva y Diego Varela.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Margarita Garcés.



(REUNIÓN EN FORMA REMOTA)

SEÑOR PRESIDENTE (Alfredo De Mattos).- Habiendo número, está abierta la reunión.

—Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se lee:

PROYECTOS DE LEY

1.- ACTIVIDAD FÍSICA. Se reconoce como protección y prevención de enfermedades. C/1445/2021/Rep.407. Iniciativa: Representante Lourdes Rapalin y otros.

2.- ENDOMETRIOSIS. Se declara de interés nacional su tratamiento. C/1446/2021/Rep.408. Iniciativa: Representante Lourdes Rapalin y otros.

NOTAS

1.- Respuesta del Grupo Asesor Científico Honorario (GACH) a la invitación a concurrir a una reunión de la Comisión dada la situación sanitaria por Oficio N° 31.

2.- Respuesta de la Presidencia de ASSE a la invitación a concurrir a una reunión de la Comisión remitida por Oficio N° 33.

En el día de hoy, en primer lugar, vamos a recibir a la Conferencia Episcopal del Uruguay; después, a la hora 13, concurrirá personalmente a la Comisión el diputado Felipe Schipani para referirse al proyecto relativo a "Ingreso a espectáculos públicos de personas no inoculadas contra el covid- 19. Regulación" y, finalmente, a la hora 13 y 15, recibiremos al Movimiento Estudiantil de Fisioterapia de la Udelar, que solicitó audiencia hace tiempo. Aclaro que las delegaciones las recibiremos por Zoom.

La Comisión da la bienvenida a una delegación de la Conferencia Episcopal del Uruguay, integrada por su presidente, monseñor Arturo Fajardo; el doctor y licenciado en moral y espiritualidad, monseñor Pablo Jourdan; el licenciado en teología moral, presbítero Luis Cardozo; el abogado Diego Velasco, y la doctora Ana Guedes.

Les aclaro que su horario terminaría a la hora 13. Así que les pedimos que nos dejen unos quince minutos previos a esa hora para poder hacer preguntas.

SEÑOR FAJARDO (Arturo).- Voy a hacer la presentación de quiénes somos.

Yo soy obispo de Salto y presidente de la Conferencia Episcopal del Uruguay.

Está presente el obispo auxiliar de Montevideo, Pablo Jourdan, que es médico y licenciado en moral y espiritualidad. También nos acompaña el presbítero Luis Cardozo, licenciado en teología moral, con una tesis sobre eutanasia, precisamente, nos acompañan, además, el doctor Diego Velasco, abogado, profesor y conferencista, y la doctora Ana Guedes, especialista en medicina interna y oncología, y diplomada en cuidados paliativos y bioética. Agradecemos a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social por recibirnos. Si me permiten, cedo el uso de la palabra al presbítero Luis Cardozo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede hacerlo. Antes de continuar, les pedimos que cuando hagan uso de la palabra, se identifiquen. Muchas gracias.

SEÑOR CARDOZO (Luis).- Buenos días. Yo soy Luis Cardozo, licenciado en teología moral. Se me ha pedido acompañar en este encuentro para conversar juntos sobre un tema que nos interesa a todos, que tiene que ver con el cuidado de la vida y la dignidad antes de morir. Dividiremos nuestra presentación en cuatro etapas.

En primer lugar, vamos a definir qué son la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, para aclarar sobre qué nos estamos pronunciando.

En segundo término, identificaremos la situación de los actores involucrados.

En tercer lugar, analizaremos la justificación que se invoca en el proyecto de ley presentado.

En cuatro y último término, nos vamos a referir a la toma de posición en defensa de la dignidad en el morir.

Comenzamos, entonces, con el desarrollo de nuestra presentación.

Lo primero es definir qué es y qué no es eutanasia.

Queremos distinguir entre eutanasia y suicidio médicamente asistido y otras actuaciones que muchas veces se confunden con la eutanasia y con las cuales sí estamos de acuerdo.

La no aceptación de un tratamiento que tienda a prolongar la vida por un breve tiempo en medio de mucho sufrimiento, no es eutanasia. En Uruguay, están expresamente prohibidas tanto la eutanasia como la obstinación terapéutica; se las

considera contrarias al Código de Ética Médica y a la ley de derechos de los pacientes. Inclusive, está prevista la forma de oponerse a tratamientos fútiles a partir de la Ley de Voluntad Anticipada.

En segundo lugar, la sedación paliativa ya sea profunda, superficial o intermitente no es eutanasia.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define la sedación paliativa como la administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

En tercer término, entonces, ¿qué es la eutanasia y el suicidio médicamente asistido?

El proyecto de ley describe dos acciones: dar muerte y ayudar a darse muerte. Actualmente, tales acciones son consideradas delito de homicidio y delito de ayuda al suicidio. Es decir: se protege la vida de toda persona.

Esta iniciativa da un permiso legal a los médicos para hacer esas acciones, eximiéndolos de responsabilidad cuando se trata de la muerte de determinadas personas: deben ser mayor de edad, psíquicamente aptos, que tengan una enfermedad terminal, irreversible o incurable o que estén afligidas por sufrimientos insoportables.

Además de estas condiciones objetivas y de otras formalidades que se establecen, se señala que el paciente debe realizar, previamente, su solicitud expresa al médico.

Por lo tanto, ni la sedación paliativa ni la no aceptación de tratamientos fútiles coinciden con esta descripción de eutanasia o de suicidio asistido. Tampoco se trata de aquellas situaciones consideradas de doble efecto, en las que buscando aliviar el sufrimiento del paciente, especialmente en fase terminal, se corre el riesgo de acortarle la vida. Eso no es eutanasia y es conforme a la ética.

Habiendo configurado el tema de la eutanasia, pasamos al próximo punto, que es identificar la situación de los actores involucrados: el paciente en etapa terminal y con sufrimientos insoportables y el médico profesional de la salud.

El paciente en etapa terminal es la figura central y sobre la cual se debería poner la mayor atención. El deterioro progresivo de la enfermedad pone en evidencia que su expectativa de vida es cada vez menor. El tiempo que resta suele estar marcado por una

angustia, asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales, conocidos como "dolor total". La búsqueda de alivio no solamente proviene de una respuesta técnica y científica, sino también afectiva y emocional. El paciente no pierde su libertad ni su capacidad de decidir, pero en la mayoría de los casos se puede tratar de una libertad viciada o, por lo menos, condicionada, considerando que cualquier forma de escape es mejor que esa situación. La angustia que provoca la enfermedad no siempre viene acompañada de un dolor físico, pero sí de un quebranto emocional, que muchas veces lleva al paciente a un cuadro de depresión.

Los estudios psicológicos realizados en pacientes en fase terminal permiten constatar que la elaboración de la propia muerte conlleva un proceso que pasa por diferentes etapas como la negación, la ira, la angustia y la depresión, antes de llegar a la aceptación final. En estos momentos, la demanda de auxilio puede transformarse en un pedido de eliminar el sufrimiento a cualquier costo. Cabe preguntarse, entonces: quién interpreta el grito de auxilio del paciente. ¿Quién mide o determina la profundidad del sufrimiento? ¿La eutanasia y el suicidio asistido pueden ser considerados, objetivamente, una ayuda al paciente sufriente? ¿Quién lo acompaña a elaborar la muerte como un momento de cierre de su propia autobiografía? La muerte, en el ser humano, es mucho más que un hecho fisiológico porque implica una elaboración y una búsqueda de sentido.

En primer lugar está el paciente y, en segundo término, el médico profesional de la salud. Al equipo sanitario se le ha confiado la misión de una fiel custodia de la vida humana, hasta su cumplimiento natural. El cuidado de la vida es, por lo tanto, la primera responsabilidad que experimenta el médico en el encuentro con el enfermo. Esto no puede reducirse a la capacidad de curar la enfermedad al enfermo, siendo su horizonte antropológico y moral más amplio; también cuando la curación es imposible o improbable, el acompañamiento médico, el cuidado de las funciones esenciales del cuerpo y la atención psicológica y espiritual, son un deber ineludible, porque lo contrario constituiría un abandono inhumano del paciente.

Uno de los rasgos característicos de la llamada "edad de la técnica" es la reducción de la enfermedad a términos somáticos y objetivos, que hacen perder de vista la profunda experiencia humana de la enfermedad.

El conocimiento científico, por un lado, y la dimensión humanitaria, por otro, son los dos pilares de lo que hoy definimos como profesión médica.

Existen tres dimensiones en la ciencia médica que conocemos: preventiva, curativa y paliativa. Definen por así decirlo el rol del profesional de la salud y, también, lo que espera de él la ciudadanía.

La prevención intenta evitar la enfermedad. Cuando esta aparece, se trata de curarla. Cuando eso no es posible, se aunarán esfuerzos para aliviar el sufrimiento y el dolor. En ninguna de estas dimensiones constitutivas es posible ubicar el hecho de dar muerte a una persona sufriendo. En efecto, todo acto médico debe tender, en el objetivo y en las intenciones de quien obra, al acompañamiento de la vida y nunca a la consecución de la muerte. En todo caso, el médico no es nunca un mero ejecutor de la voluntad del paciente o de su representante legal, porque conserva siempre el derecho y el deber de substraerse a la voluntad discordante con el bien moral visto desde su propia conciencia.

De aceptarse la eutanasia y el suicidio asistido, se estaría cargando sobre los hombros de todo el colectivo médico una responsabilidad para la cual no ha sido formado. Es contraria al Código de Ética Médica y a la opinión de Asociación Médica Mundial, que se opone abiertamente a ambas prácticas y alienta a todas las asociaciones médicas nacionales y a los médicos a abstenerse de participar, inclusive, si la ley nacional lo permite.

El único enemigo entre el médico y el paciente es la enfermedad. Todos los esfuerzos deberían encauzarse en fortalecer la alianza terapéutica fundada en la ética del cuidado.

Habiendo configurado la situación de estos dos componentes de la relación, pasaría ahora a detenerme en la justificación que se invoca al momento de presentar un proyecto de ley sobre eutanasia y suicidio médicamente asistido.

Dos argumentos suelen sostenerse al momento de solicitar la legalización de la eutanasia y del suicidio asistido: la defensa de la libertad individual y la identificación de situaciones en las que se considera que sería admisible el suicidio.

Lo primero es la defensa de la libertad individual. El estudio de la bioética, como espacio interdisciplinar, identifica el principio de autonomía como aquella capacidad que tiene el sujeto en cuanto agente moral responsable y libre de tomar sus propias decisiones. Pero esta autonomía tiene sus límites éticos y jurídicos. En el ámbito de la ética médica, en virtud del principio de autonomía, el paciente tiene el derecho -como ya señalamos anteriormente a oponerse a que no se le hagan determinados tratamientos que él considera perjudiciales para su bienestar, pero no tiene el derecho a que el médico

realice actos que sean contrarios a los otros principios, que se deben aplicar según la *lex artis* y su conciencia. Me refiero al principio de beneficencia, al principio de no maleficencia y al principio de justicia.

Desde el punto de vista del Derecho, se diferencia la libertad fáctica es decir, lo que en los hechos una persona puede hacer de la libertad jurídica, que es el derecho o la libertad de hacer aquellas acciones que no perjudiquen a terceros ni atenten contra el orden público.

No hay derecho a actuar libremente contra los derechos ajenos y contra los derechos propios que, por ser irrenunciables, generan un deber de los demás de respetarlos, independientemente de la voluntad de su titular.

Por su misma definición, los derechos humanos son irrenunciables e inalienables; dependen de la condición humana, no de la voluntad del sujeto.

Además, en la eutanasia y en el suicidio asistido no está en juego una acción de la víctima sobre sí misma, sino la de un tercero, que es el médico. No es como en el suicidio, que es una acción sobre sí aunque contraria al orden público y que, por tanto, no es un derecho a libertad- ; es una cuestión social. Es la sociedad, la que a través de la ley, actualmente, cumple con su deber y finalidad, protegiendo el derecho a la vida como derecho irrenunciable, bien jurídico de orden público, tutelado en los delitos de homicidio y ayuda al suicidio.

En un contexto donde las cifras de suicidios son de las más altas del continente, se estaría favoreciendo e, inclusive, naturalizando y justificando este flagelo.

Es la misma sociedad, a través de la ley, la que reconocería un nuevo derecho: renunciar a todos los derechos, permitiendo la ayuda al suicidio con solo alegar un sufrimiento, ya sea físico o moral, insoportable.

Se vuelve urgente, entonces, pensar leyes que prevengan y no que favorezcan el suicidio en cualquiera de sus formas ya sea autoejecutado o asistido por otra persona y, menos, que levanten la prohibición absoluta de matar.

Pasemos a otro punto: las situaciones en las que se considera admisible dar muerte a una persona o ayudarla a darse muerte.

El proyecto de ley en cuestión, presentado ante el Parlamento, identifica ciertas características del sujeto solicitante: debe ser una persona afectada por una enfermedad terminal e incurable o que padezca sufrimientos insoportables. Es decir que se establece

legalmente una categoría de personas a las que se puede matar o ayudar a suicidarse porque están limitadas en su autonomía ya que están enfermas o sufren. En cambio, a los sanos y autónomos, a los que no están presionados en su libertad por el dolor, no se los puede matar ni ayudarlos a suicidarse. Sus vidas tienen un valor social aunque ellos no se valoren. La sociedad no considera válida su renuncia y tutela sus vidas, prohibiendo matarlas y estableciendo los delitos de homicidio y de determinación o ayuda al suicidio.

De este modo, la ley consagraría una discriminación contraria a la igual dignidad inherente a todo ser humano. El principio de la igual dignidad de todo ser humano -que determina que todos tengan los mismos derechos- ha sido, sin duda, un aporte del cristianismo, pero es hoy un patrimonio de toda la humanidad; es la base reconocida por todas las culturas, religiones y estados, como fundamento que debe respetarse en toda sociedad y en la comunidad de las naciones. Además, está presente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948, y es el fundamento de nuestra Constitución, que reconoce la preexistencia de derechos inherentes a la personalidad humana.

Se entiende que es persona todo ser humano. Es persona en virtud de su condición humana. No se vuelve persona o deja de serlo gracias a la posesión o pérdida de alguna capacidad. Si bien existen operaciones por medio de las cuales manifiestan su personalidad, concencialidad, racionalidad, relacionalidad, no deja de serlo si algunas de las mismas viene disminuida o desaparece.

El ser humano posee una dignidad inherente. Las acciones conscientes y libres están ligadas por esa misma dignidad. En este sentido, hay acciones dignas e indignas.

La más indigna sería, precisamente, matar a una persona, porque es no reconocer su valor y su existencia, y hacer que deje de existir. La dignidad de la persona exige, en primer lugar, el deber de no matarla. También exige acciones positivas. Si se puede, hay que ayudarla, aliviarla o disminuirle el sufrimiento y acompañarla. Tales acciones son debidas y exigidas por la misma dignidad.

La dignidad humana exige, asimismo, morir en dignidad. La primera condición es no ser matado y, la segunda, ser valorado hasta el final, ser acompañado y ayudado. La misma ley de derechos del paciente define el derecho a morir con dignidad como morir de forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por

cualquier medio utilizado con este fin o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría.

El valor de la vida humana no se basa en un criterio subjetivo o arbitrario; no depende de una determinada situación, sino que se trata de un criterio fundado en la inviolable dignidad natural. El valor de la vida humana –es a esto a lo que nos referimos cuando hablamos de dignidad es una verdad básica de la ley moral natural y un fundamento esencial del ordenamiento jurídico. Así como no se puede aceptar que otro hombre sea nuestro esclavo, aunque nos lo pidiese, no se puede elegir atentar contra la vida de un ser humano aunque este nos lo pida.

Por lo tanto, eliminar la vida de un enfermo que pide la eutanasia no significa en absoluto reconocer su autonomía y apreciarla, sino que, por el contrario, significa desconocer el valor de su vida y de su libertad, fuertemente condicionada por el dolor y por la enfermedad.

Este concepto de dignidad como valor inherente a la condición humana y, por tanto, no relativo, sino igual para todo ser humano, indisponible e irrenunciable no es una de las tantas concepciones antropológicas que conviven en una sociedad plural y democrática; es la base común, vinculante, que hace posible la convivencia democrática.

Aceptar que la dignidad es variable y que depende del grado de autonomía que se tenga, de la posibilidad fáctica de hacer determinadas acciones por sí mismo, implica reconocer que no todos son iguales en dignidad y en derechos, pues no todos tienen la misma autonomía.

La sociedad tiene como finalidad ordenar la coexistencia entre los hombres, creando las condiciones para que todos puedan desarrollarse plenamente.

Dar muerte, cuando es una acción elegida para el desarrollo de una persona, nunca corresponde a su derecho. El verdadero derecho es la real necesidad que tiene el enfermo sufriente de ser acompañado, aliviado y cuidado con humanidad. Solo así se custodia la dignidad hasta el fin, hasta el momento de la muerte natural.

Entonces, ningún agente sanitario puede erigirse como tutor ejecutivo de un derecho inexistente, aun cuando la eutanasia fuese solicitada con plena conciencia por el sujeto interesado.

El grado de desarrollo de un país se mide, sobre todo, por el modo de tratar a sus miembros más vulnerables. Sería muy triste que en el momento de mayor fragilidad,

cuando el enfermo más necesita de la compasión, del alivio y del acompañamiento, la sociedad uruguaya le ofreciera la muerte como respuesta. No es esta la forma de hacer que los más infelices sean los más privilegiados.

Llegamos así a las conclusiones de esta exposición.

En primer lugar, nos oponemos, por ser gravemente injustas, a las leyes que pretenden legalizar la eutanasia o a aquellas que justifican el suicidio y la ayuda al mismo, por el falso derecho de elegir una muerte definida en forma inapropiada como digna solo porque ha sido elegida libremente. Las acciones fácticamente libres pueden ser acordes con la dignidad o contrarias a ella. Solo las primeras, por respetar la dignidad, son ejercicio de un derecho. No hay derecho a actuar libremente contra el derecho. Por eso, estas leyes quebrantan el fundamento del orden jurídico, el derecho a la vida y el ejercicio de la libertad humana.

En segundo término, creemos que la función del Estado es tutelar la igual dignidad y, por consiguiente, el igual derecho a la vida de todo ser humano.

El proyecto presentado pretende modificar la valoración social de este derecho fundamental. No busca que el médico que realiza una eutanasia no vaya preso; eso ya está previsto en la causa de impunidad del homicidio piadoso. Lo que quiere es que ese acto no sea considerado delito, que no se proteja el bien jurídico vida como derecho imponible. En resumidas cuentas, pretende asumir la eliminación de un paciente como un servicio de salud.

En tercer lugar, tutelar la dignidad al morir significa tanto excluir la eutanasia como retrasarla, precisamente, por medio de la obstinación terapéutica.

Dignidad en el morir no significa eliminar al paciente sufriente, sino acompañarlo, cuidarlo, aliviarlo en el dolor y ayudarlo para que pueda vivir en paz, lo más serenamente posible, los últimos momentos de su vida.

En cuarto término, como se ha demostrado en la más amplia experiencia clínica, la medicina paliativa constituye un instrumento precioso e irrenunciable para acompañar al paciente en las fases más dolorosas, crónicas y terminales de la enfermedad.

Los cuidados paliativos son un derecho de toda persona y, al mismo tiempo, constituyen la expresión más auténtica de la acción humana y cristiana basada en la ética del cuidado. Tienen como objetivo aliviar los sufrimientos en la fase final de la enfermedad y asegurar al paciente un adecuado acompañamiento, mejorándole, en la

medida de lo posible, la calidad de vida y el completo bienestar. La medicina paliativa ha brindado al conjunto de la práctica médica la conciencia y el estímulo para recuperar su más ancestral fortaleza: la humanización de la medicina.

El último punto de las conclusiones es que la experiencia de la aplicación de los cuidados paliativos demuestra que las personas que piden anticipar la muerte lo que en realidad quieren es no vivir de esa manera.

Cuando se atienden las múltiples causas del sufrimiento ya no se pide la eutanasia. Es necesario, entonces, un compromiso decidido para llevar estos cuidados a quienes tengan necesidad, para aplicarlos no solo en las fases terminales de la vida, sino como perspectiva integral del cuidado con relación a cualquier patología crónica y/o degenerativa, que pueda tener un pronóstico complejo, doloroso e infausto para el paciente y para su familia.

Hasta aquí nuestra presentación.

SEÑOR VELASCO (Diego).- Soy abogado y profesor de Filosofía del Derecho.

Me solicitaron que asesora en esta presentación.

Yo ya he mandado por mail a todos los diputados un documento sobre este tema; si quieren, se los vuelvo a enviar. Me llamaron, precisamente, por este asunto, porque a principios del año pasado hice una publicación sobre la eutanasia, que está a disposición de los diputados que la quieran.

Estoy totalmente de acuerdo con todo lo que se expuso. Me parece que aquí hay una cuestión social, no individual. No estamos discutiendo de la moral particular de cada uno -no se puede imponer a otros cómo tienen que pensar o decidir-, sino que estamos hablando de delitos que son -y siempre fueron- delitos básicos en cualquier sociedad; son aquellos delitos que tutelan la vida. Esos delitos se están cambiando. Se están cambiando y, por lo tanto, se está cambiando el bien jurídico tutelado, que es a lo que atienden todos los delitos: a proteger determinados bienes que la sociedad considera como suyos, como indispensables para cumplir sus funciones. Me refiero a los dos delitos que se señalaron: homicidio y ayuda al suicidio.

Actualmente, en estos delitos la vida es el bien jurídico tutelado. La vida está protegida como un derecho irrenunciable y absoluto. La Constitución establece en su artículo 26 que a nadie se le puede aplicar la pena de muerte. A partir de este artículo, la Suprema Corte de Justicia, en todas sus sentencias sobre derechos humanos, repite

siempre lo mismo: los derechos humanos, los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución, no son absolutos, salvo el derecho a la vida, y hace referencia, entre paréntesis, al artículo 26 de la Constitución. ¿Por qué es absoluto el derecho a la vida? Porque está prohibido matar a cualquier persona. Exactamente el artículo 26 establece: "A nadie se le aplicará la pena de muerte". Se ha interpretado siempre que "A nadie" significa que no está permitido matar a ninguna persona. Este proyecto establece que hay permiso legal para matar a algunas personas: a los eutanasiables, a aquellos que cumplan las condiciones detalladas en su artículo 1º. Esas personas están en una situación en la que la norma, es decir, la sociedad —esto es lo grave— les está diciendo que se las puede matar si ellas quieren morir. Si yo voy a un médico y le pido que me aplique la eutanasia, la sociedad le dice: "¡No, médico! Si matás a Diego Velasco, que está sano, vas a la cárcel porque cometés el delito de homicidio". Mi vida vale para la sociedad. Aquí estamos hablando de la vida del enfermo terminal, del que sufre. El sufrimiento que aquí se incluye es el físico o moral, por lo cual, un sufrimiento insoportable puede ser una incapacidad; cualquier minusvaloración de la persona estaría aceptada como una real minusvaloración. Es decir: se entendería por parte de la sociedad que hay personas que valen menos. A los que más valen uno no los quiere matar. Es decir: si yo tengo un caballo de carrera buenísimo, digo: "A ese no lo pueden matar. Que maten a otro; que manden al frigorífico a otro, pero a este, no". Lo que más vale no se puede querer que no sea, que no exista.

Entonces, si el ser humano tiene dignidad, que es lo que más vale, se desprende que no se lo puede matar, como primera condición. Esa es la primera regla de convivencia social; siempre ha sido así, en toda sociedad. Y si se permitía matar a algunas personas era porque a esas personas no se las consideraba parte de la sociedad, no se las consideraba valiosas, no se les reconocía su dignidad.

En consecuencia, el gran problema de esta iniciativa es que establece una categoría de personas que tienen un derecho a la vida que es renunciable. Y si renuncian a ese derecho, es decir, si ellos no quieren vivir, se las puede matar. Para la sociedad no tiene valor su vida, propiamente, sino solamente su libertad. En el caso de los demás, vale su libertad y su vida, y su libertad está condicionada a que respete la vida.

Yo creo que es importante este principio de la igual dignidad inherente de toda persona humana consagrado, como decía el padre Luis Cardozo, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. El artículo 1º determina que todos los hombres

nacen iguales en dignidad y derechos humanos. Si se admite que hay algunos que no tienen igual dignidad, que no tienen iguales derechos humanos porque a ellos sí se los puede matar, entonces, se están violando la dignidad del ser humano que es el fundamento clave de la sociedad y los derechos humanos. Digo esto porque para que haya un derecho humano se tiene que reconocer que si es humano tiene todos los derechos humanos. En este caso, va a haber un ser humano que, como renunció a su derecho a la vida, se va a considerar que ya no tiene derecho a la vida. ¿Por qué no tiene derecho a la vida? Y lo digo con tanto énfasis y claridad: porque el primer mandato, el primer deber que surge del derecho a la vida es el deber de no matar. Si alguien no tiene el deber de no matarme, yo no tengo derecho a la vida.

En consecuencia, el médico me puede matar, tiene permiso -se dice estrictamente así en Derecho; en derecho subjetivo, una de las clasificaciones es la de permiso: cuando todos los demás tienen prohibida esa acción, menos una persona, entonces, tiene un permiso- ; en este caso, hay un permiso legal. El proyecto no habilita a cualquier persona a matar: solamente al médico; creo que este es el punto más grave. Podría decirse que es una consideración teórica, abstracta. No lo es. Estamos atentando contra las bases de la convivencia social, contra la igual dignidad de todas las personas, que es la base de la democracia. Si hay personas que valen menos, no hay democracia.

Por otro lado, se está atentando contra la clave de la medicina, contra la clave de la sociedad que se preocupa por los más vulnerables. Preocuparse no es decirle: "Bueno, a ti se te puede matar". Preocuparse es darle alivio, ayudarlo.

Entonces, esto es cambiar, con la excusa del respeto a la libertad de las personas que menos libertad tienen, porque aceptar que es motivo del ejercicio de la libertad un sufrimiento insoportable, es como si se admitiera el consentimiento dado bajo tortura, que es sufrimiento insoportable. No se puede hacer eso. En Derecho es una barbaridad que se esté admitiendo que alguien, porque tiene un sufrimiento insoportable pida algo para salir de ese sufrimiento, que es la muerte, y se le da valor. Se le dice: "Tu renunciaste válidamente al derecho a la vida. Ahora, los demás o quien hayas autorizado sí te pueden matar".

Entiéndase: este no es un pensamiento descarnado. La solución es que la sociedad ayude a las personas: son los cuidados paliativos. Por eso voy a ceder el uso de la palabra a quien más sabe de esto, que es a quién tendrían que haber consultado desde el primer momento los legisladores. Los expertos en cuidados paliativos son quienes más

saben en materia de atención a las personas que están en la situación que se está queriendo regular con este proyecto. Entonces, hay que preguntarles a ellos qué les sirve a esas personas. ¿Les sirve que le tiren un salvavidas de plomo diciéndoles: "Tu vida para la sociedad no vale. Si querés seguir viviendo, no te vamos a matar, pero tu vida no vale"? ¿Eso es una ayuda o no para esa persona?

En resumen, creo que si no se contesta la objeción de que se está violando la igual dignidad de toda persona humana porque a algunas personas se las puede matar y a otras no, no pueden seguir adelante con el tratamiento de esta iniciativa. Es una barbaridad que estemos haciendo esto en Uruguay. A mí me da vergüenza; tengo que reconocerlo. Que se discuta que a algunos seres humanos se los pueda matar es grave; es muy grave.

También hay que tener en cuenta la siguiente cuestión: ¿hay derechos humanos o no? Si hay derechos humanos, todos los que sean humanos van a tener esos derechos. ¿El derecho a la vida es un derecho humano? Sí. ¿Qué quiere decir derecho a la vida? Que está prohibido matar a ese ser humano. Yo no le tengo que preguntar a una persona para matarla si quiere vivir o no. Yo me doy cuenta de que es humano y sé que no tengo que matarlo. Ese es el punto básico de la convivencia social; de allí surgen todos los deberes: de reconocer que es un ser humano.

Termino y quedo a disposición para responder cualquier duda. Como dije, cedo el uso de la palabra a la doctora Ana Guedes, que es quien tendría que haber hablado desde el primer momento hasta el final porque es la máxima autoridad en este tema. Ella ha atendido más de ocho mil casos. Yo conozco a mi hermano, que murió después de treinta años de esclerosis y a mi madre, que murió con un cáncer de huesos muy doloroso, pero no conozco todo. Estos especialistas tienen toda la experiencia, tanto de conocimientos aplicados como de situaciones concretas que resuelven. Entonces, me parece que le tenemos que preguntar a los paliativistas qué ven mejor para las personas que atienden ellos: decirles que tienen derecho a que los maten o que tienen derecho a un compromiso incondicional a aliviarlos y a acompañarlos hasta el final.

SEÑORA GUEDES (Ana).- Buenas tardes. Soy médica internista y oncóloga y estoy diplomada en cuidados paliativos. Actualmente, soy docente del curso avanzado de cuidados paliativos.

He sido convocada por mi larga experiencia en este tema, aunque en este momento estoy retirada de la práctica directa y estoy dedicada a la docencia. Trabajé durante

veinte años me tomo unos minutos para contarles desde qué escenario hablo coordinando un área asistencial de cuidados paliativos en una institución con una altísima prevalencia de enfermos crónicos y avanzados por el hecho de que más del 25 % de su población de doscientos mil usuarios eran mayores de sesenta y cinco años. Sabemos que las enfermedades crónicas y avanzadas aumentan su prevalencia con la edad. Es así que cumplí el rol de desarrollar el área de cuidados paliativos domiciliarios en un tiempo en el que Uruguay comenzaba a desarrollar esta disciplina; eso fue un poquito antes de fines del año 2000.

Al inicio, desarrollamos el área de asistencia domiciliaria y, luego, con el correr del tiempo, la asistencia hospitalaria, tanto de enfermos oncológicos como no oncológicos. Asistí directamente y coordiné la asistencia de alrededor de ocho mil enfermos, como decía el doctor Velasco previamente. En consecuencia, tuve una amplia experiencia en contacto con el fenómeno clínico al que me quisiera abocar en los minutos que me dan que es el deseo de adelantar la muerte.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Me permite? Quiero informarle que se nos está acabando el tiempo porque estaba previsto que esta reunión terminara a la hora 13. Tenemos solo un diputado anotados para hacer preguntas. O sea que va a tener que limitarse en el tiempo para realizar su exposición.

SEÑORA GUEDES (Ana).- Perfecto. ¿Cuánto tiempo tengo? Yo lo que quiero es hablar del concepto de deseo de adelantar la muerte. ¿De cuánto tiempo dispongo? ¿De dos, tres, cinco minutos?

SEÑOR PRESIDENTE.- Le quedan cinco minutos.

SEÑORA GUEDES (Ana).- Perfecto. Gracias.

El deseo de adelantar la muerte es un fenómeno clínico; es una entidad clínica que se está identificando con la eutanasia. Eso es lo que deseo establecer: el pedido directo de morir a través de la administración o de la actividad directa de un médico por la administración de un fármaco es una situación clínica excepcional.

En los ocho mil enfermos que asistí, me sobran los dedos de la mano –como siempre he dicho con relación a haber vivido esa experiencia.

La presentación más frecuente –reitero: más frecuente es a través del sentimiento del paciente de sentirse una carga, de la depresión no identificada y no tratada, de desear acabar con el sufrimiento de síntomas mal controlados por la ausencia de equipos y

médicos formados y, a veces, de mantener un as en la manga: solicito morir, solicito eutanasia, como ha ocurrido.

El motivo principal del proyecto de ley sobre eutanasia y suicidio médicamente asistido es la situación de un paciente que solicitaba la eutanasia por presentar una enfermedad, como es la esclerosis lateral, que tiene un alto impacto emocional y una muerte prevista en poco plazo. Esa situación es de las menos frecuentes, pero se llama bibliográficamente "mantener un as en la manga" para solicitar ayuda y que no se lo abandone.

Es así que sobre estos síntomas nosotros hemos aprendido a lo largo de todos estos años. Luego, se identificó como una entidad clínica en la bibliografía -en los últimos cinco años se ha publicado mucho-: la entidad del deseo de adelantar la muerte. Esta es una entidad tratable y reversible en el 99 % de los casos. En el bajo porcentaje que no es reversible, existe un protocolo que se llama sedación paliativa. Luego de demostrar por una adecuada atención que los síntomas no son reversibles a través de la mano de expertos o profesionales bien formados, entonces, se aplica el protocolo de la sedación paliativa, que tiene múltiples variantes y que -no vamos a profundizar en esto ahora- alivia. Es decir que el cien por ciento de las situaciones de deseo de adelantar la muerte es tratable por los cuidados paliativos; aun los pacientes que piden la eutanasia directa, revierten.

Tengo una experiencia en este sentido, una situación muy similar a la que motiva el proyecto. Me refiero a una paciente que lleva ahora diez años de asistencia de una esclerosis lateral amiotrófica, que desde el inicio le pidió...

(Se interrumpe la conexión vía Zoom)

—que practicara la eutanasia directa el primer día en que la vi. En ese caso, todos los recursos se pusieron en marcha, como hacemos frecuentemente. Este es un caso paradigmático, y lo quiero citar especialmente porque es igual, igual, a la historia del paciente que motiva el proyecto de ley sobre eutanasia.

Esta persona fue asistida con recursos interdisciplinarios integrales. Este es un requisito fundamental, que solicitamos en un proyecto de ley que presentamos a una comisión, en la que yo participé, de la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos, que garantizara los derechos a los cuidados paliativos integrales a todos los enfermos. ¿Por qué hablo de cuidados paliativos integrales? Porque se requieren múltiples recursos. Readaptar la asistencia de recursos de pacientes crónicos que se

están aplicando no es aumentar gasto. Me refiero a readaptar recursos y a aplicar el control del dolor y la mejoría de síntomas, como en la esclerosis, relativos a la movilidad. Es readaptar al paciente para que se mueva con los recursos que le quedan en su físico; es adecuar la fisioterapia intensa, psicología, ayuda espiritual, enfermería y oxigenoterapia, que importa mucho en esta enfermedad.

Es así que esta paciente ha vivido hasta el presente. Actualmente, recompuso el vínculo conflictivo que tenía con parte de su familia. Ahora, es abuela y hasta con sus pocos recursos motrices pudo tejer batitas a su nieta. Esta es una historia linda. No todas son tan lindas. Se puede decir: "¡Ah! ¡Cuenta su mejor historia!". Sí. Pero lo que quiero destacar es que es posible; es posible.

Hay que resignificar la vida de los enfermos y hacerles acompañamiento. Esta paciente mantuvo su pedido como un as en la manga: cada tanto, si sufría, solicitaba tener eutanasia. Sin embargo, siempre revirtió al ofrecerle apoyo.

Así pasó con el mismo paciente que ustedes conocerán y que conocemos como paliativistas de la Sociedad Uruguaya; ha estado comentando, inclusive, en videos: el paciente Sureda, que revirtió su pedido. Es decir: no se desdijo, pero sí dejó de pedir eutanasia, agradeció los cuidados paliativos y promovió el estado comentado en sus videos que los cuidados paliativos debían desarrollarse, que debía haber cuidados paliativos integrales y universales en nuestro país.

Nosotros tenemos treinta mil personas que mueren de todas las causas. De esas treinta mil, veinte mil o veinticinco mil requieren cuidados paliativos. Solo acceden a ellos, según las mejores estadísticas, el 59 %, pero no son integrales, no tienen todos los recursos. O sea que hay entre diez mil y quince mil uruguayos que sufren por la ausencia de cuidados paliativos.

También hay ausencia de formación. Para atender el cuidado y adelantar la muerte hay que estar formado, por lo menos, en comunicación, en control de síntomas y en bioética. Es fundamental la educación en bioética; sabemos que en Uruguay no hay formación en esta disciplina en la mayor parte de los egresados de pregrado y de posgrado. Hacer encuestas a los médicos de Uruguay preguntándoles qué harían si les ofrecieran la alternativa de atender a un paciente que tiene sufrimiento insoportable al ser despenalizados si dijeran que sí para hacer la eutanasia, no tendría valor porque no están formados, no conocen la alternativa y no tienen formación mínima, básica, en control de

sufrimiento y dolor. Obviamente, no queremos que ninguno de nuestros pacientes sufra. O sea que esas encuestas no tienen valor.

Entonces, debe haber formación en pre y posgrado, además de implementar, obviamente, formación académica en cuidados paliativos. Actualmente, hay diplomaturas y maestrías, pero no hay especialidad. Además, es muy acotado el número que accede a ellas porque son pocos los lugares públicos que las dictan y los lugares pagos son costosos. Así que en alguna medida cuesta acceder a ellas por su costo o por otras razones. En definitiva, obviamente, debe haber más formación pública; eso por un lado.

Por otro lado, quiero decir que no son complementarios con la eutanasia, es decir un proyecto de cuidados paliativos y la eutanasia simultáneamente. ¿Por qué no son complementarios? Porque para asistir en cuidados paliativos nos regimos por el paradigma del cuidado, que implica hacer un esfuerzo sostenido por resignificar la vida del paciente, controlar sus síntomas, acompañarlo y atender a su familia y sus valores. Es un esfuerzo muy importante. En general, los problemas son muy complejos; es prolongado y deben intentarse varios escalonamientos de las medidas, que son sociales, psicológicas, físicas y espirituales. Si este proceso está acompañado de una opción de ir al cuidado paliativo, los esfuerzos son paradigmas contrarios que se debilitan por razones obvias que no hay ni que explicar. Voy a ceder en mi esfuerzo de obtener múltiples recursos complejos a un paciente si no me dan los recursos, porque cuesta acceder a ellos y no hay una verdadera integralidad, y por el otro lado, puedo cesar en mi esfuerzo porque hay una ley que lo habilita. Entonces, eso es decir que vamos a hacer una eutanasia de lujo. Vamos a decorarla con humanismo, pero vamos a terminar no pudiendo librar a los enfermos y aceptando; la mayoría de los intentos van a ser fracasos y vamos a terminar en la eutanasia igual. Creo que eso no es ni siquiera ético que exista.

No quiero ofender a nadie, pero esa es mi visión de la experiencia y de la práctica durante muchísimos años haciendo este esfuerzo en forma honesta y procurando conseguir recursos para los enfermos. Dejamos muchas horas personales, como todos los colegas que nos acompañaron, a los que traté de motivar, buscando recursos y acompañando personas que deseaban morir, tratando de sostenerlas.

Lo otro es que esto es igual para el suicidio. Es grave el problema y no es mi especialidad, pero quiero decir que sabemos que por cada suicida hay veinte intentos. Entonces, vamos a tener catorce mil personas con ideas de muerte intentando suicidarse y con una ley las vamos a motivar, y vamos a desmotivar todo el esfuerzo del sistema de

salud por revertir esos deseos, por el hecho de que haya una ley que habilite a las personas en riesgo a tratar de usarla. Por consiguiente, va a aumentar enormemente la cantidad de muertes por suicidio, que seguramente se va a transformar en la primera causa de muerte en el país.

Desde el punto de vista médico, los fines de la medicina y de la práctica médica van a ser seriamente afectados, porque los médicos vamos a estar en todas las áreas abandonando nuestros esfuerzos por sostener la vida de los enfermos, porque la muerte se ha habilitado como válida, es decir, dar muerte por parte del médico, lo cual también está en el código de ética de los médicos como una grave falta.

Gracias y disculpen por el tiempo que tomé. Estoy a las órdenes para responder preguntas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias. Se nos acabó el tiempo de exposición. Hay dos representantes anotados para preguntas. Escuchamos al diputado Gallo.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Muchas gracias, presidente. Doy la bienvenida a la delegación. Más que preguntas, voy a hacer alguna reflexión como médico, como cirujano, como cirujano infantil, como emergencista y como legislador. Este sin lugar a dudas es uno de los temas más complejos que me va a tocar vivir como legislador desde el punto de vista de mi formación médica y lo estoy viendo. Siempre me interesó este tema y realmente no tengo una definición clara; y le digo a la doctora que no tengo una definición tan clara.

Aprovecho que los tengo acá y les pregunto -saquemos los cuidados paliativos, hagamos de cuenta que estamos en un país de primer mundo y tenemos un desarrollo fantástico de los cuidados paliativos cosa que no ocurre en Uruguay, pero pongámosle que ocurriera-, supongamos que tenemos un paciente que tiene un diagnóstico de enfermedad terminal, incurable e intratable. En mi concepto, ese paciente debe ir a cuidados moderados integrales en un equipo interdisciplinario. Llegado el momento tenemos que procesar -como bien se dijo- la sedación profunda y la analgesia profunda, porque es intolerable el dolor después de haber pasado por todo lo que contó la doctora. Tengo veintidós años de médico y catorce de cirujano y sé lo que es el dolor y el sufrimiento. Llegado ese momento, a ese paciente hay que profundizarle su conciencia con determinados fármacos que -la doctora sabe, yo sé y los que son médicos saben- en cortísimo plazo le van a producir la muerte. Eso es inevitable. Yo no hago esa acción médica para matar al paciente, sino en el entendido de que quiero evitar el sufrimiento y

para eso tengo que usar dosis mayores y sé el desenlace que va a tener. No lo hago con la intención de provocar la muerte, sino con la intención de que ese paciente pase lo mejor que pueda lo que yo ya sé que va a pasar en corto plazo. Ese es mi concepto. No es el simple paciente al que le diagnosticaron un neoplasma, que no pasó por cuidados terminales y que se le antoja eso. Yo no estoy de acuerdo con ese tipo de eutanasia; no lo estoy. En lo que estoy de acuerdo es en que, después de que pasó todo el proceso, que se le dieron todas las garantías y se le ofrecieron los cuidados paliativos –cosa que hay que desarrollar muchísimo en este país-, en esas circunstancias específicas, sabiendo que lo que le voy a suministrar le va a provocar la muerte, debo tener un amparo legal que hoy no tengo. Si hoy tengo una demanda en el ejercicio libre de mi profesión en ese sentido, puedo ser condenado.

Entonces, no estoy ni para un lado ni para el otro, sino que estoy tratando de encontrar los mecanismos que den la mejor calidad y centrar el proyecto de ley en el paciente, y no en el médico, como está en el proyecto, que busca la seguridad legal del médico y no se fija en el paciente; creo que hay que fijar el centro en el paciente. En esas circunstancias me gustaría saber cuál es la opinión de ustedes.

Hay un tema al que no le encuentro solución que es el de la persona cuadripléjica con asistencia respiratoria mecánica o con ayuda; ese paciente al que podemos tener ocho, nueve o diez meses o dos, tres o cuatro años, que no puede provocarse la muerte. En esos casos, ¿cómo se procedería?

Esas son las interrogantes que en lo personal tengo como médico y como legislador. No tengo una definición clara, pero siempre voy por el camino del medio. No quiero comentar el proyecto; simplemente es mi visión al respecto y quería trasmitirla.

SEÑOR PRESIDENTE.- Antes de que la doctora conteste, se van a realizar las otras preguntas del diputado Eduardo Lorenzo, que también es médico, así vamos cerrando la ronda de preguntas.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- (No tiene audio y no se escucha la intervención)

SEÑOR PRESIDENTE.- No pudimos escuchar la pregunta; quedará para otro momento. Le damos la palabra a la doctora Guedes.

SEÑORA GUEDES (Ana).- El diputado Gallo se está refiriendo a la sedación paliativa, que es ética, correcta y legal. Es una indicación médica ante un sufrimiento

refractario -como dije- y no se dan dosis mayores, sino las suficientes y necesarias. Tiene un protocolo. La definición del sufrimiento refractario tiene que ver con el sufrimiento del paciente -creo que es al que el diputado se refiere- que no se ha aliviado luego de aplicarle todos los protocolos en manos de expertos. Hay que traer a los profesionales, porque a veces decimos que un sufrimiento no se alivia, pero no se ha cumplido con el requisito de que sean las personas específicas. Puede tratarse del dolor o del sufrimiento que fuera, porque podrán ser otros los sufrimientos, de otros síntomas o de otras dimensiones. A veces, son problemas psicológicos, emocionales, ausencia de recursos sociales para un familiar que queda, el cuidado de un hijo, etcétera, que agravan todos los demás síntomas. Esas esferas y dimensiones deben ser atendidas, pero me permito decir que la mayoría son omitidas, porque nosotros hemos asistido a enfermos con dolor que se llamaba refractario y cuando revisamos es que espera un hijo ausente y cuando se le trae al hijo y se logra conectar ese hijo con los recursos sociales necesarios, el dolor baja al 50 %. Es así; deben ser integrales y eso en general no se tiene en cuenta.

Una vez que el sufrimiento se define como refractario, el médico tiene el deber de aplicar la sedación paliativa, que implica un consentimiento del paciente o su subrogante -el familiar o quien lo represente- y debe ofrecer el consentimiento como es legal y como se cumple en las sedaciones paliativas correctamente realizadas. Si el paciente no consiente, obviamente se trata de ir revirtiendo la situación y acompañar, y hacerle comprender que su sufrimiento no tiene alivio. Luego de unos días experimentamos que el paciente confía, acepta y consiente. Se aplica la sedación en las dosis suficientes y necesarias, y no siempre tienen que ser profundas; pueden ser necesario que sea profundo o puede ser superficial o intermitente, oral o inyectable. Hay distintas modalidades que alivian y una vez que el paciente está aliviado, la muerte llega cuando tiene que llegar; a veces en horas y a veces en días. Está estimado un promedio de tres días en que la muerte llega. También puede no llegar y si el paciente está adecuadamente controlado en cuanto a sus síntomas -hay un control evolutivo; hay escalas para evaluar el control de síntomas-, no se aumentan las dosis; se aumentan si es necesario y siempre son las suficientes para controlar el síntoma.

Lo otro que dijo el diputado de que provoco la muerte, no es así. Hay algo que se llama el principio del doble efecto, que es ético, que indica que -las sustancias que se administran siempre son sedantes y a veces se asocian a analgésicos si hay síntomas; el dolor es el más frecuente o la confusión si hay fármacos más depresores del sistema nervioso central- un fármaco puede deprimir más las funciones y la muerte puede

anticiparse, pero si es en aras de un control sintomático, es un efecto no deseado que provoca un efecto deseado, que es el control de síntomas. Es ético. Es decir, la sedación tiene sus protocolos, pero eso no tiene que entrar en una ley de eutanasia. La ley de eutanasia es la administración de una sustancia que produce la muerte en segundos o minutos. No es sedación paliativa; es totalmente diferente. Creo que hay un problema en los conceptos que lleva a creer que para aliviar en los síntomas refractarios es necesaria la eutanasia.

El diputado también habló de la situación de las personas cuadripléjicas entubadas. No sé si respecto a lo que dije el diputado quiere apreciar algo o si yo me equivoqué en comprender algo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se nos acabó el tiempo. Agradecemos a la Conferencia Episcopal del Uruguay por la charla. Lamentablemente, quedaron monseñor Arturo Fajardo y monseñor Jourdan sin poder realizar su exposición. Solicitamos que hagan llegar a la Comisión material e información. En la versión taquigráfica va a estar la exposición del presbítero Luis Cardozo, la de la doctora Guedes y la del doctor Diego Velasco.

SEÑOR FAJARDO (Arturo).- Gracias a ustedes por recibirnos. En nombre de la Conferencia damos las gracias y también a quienes nos han acompañado.

SEÑOR VELASCO (Diego).- Estamos a la orden para poder profundizar en otra oportunidad sobre las preguntas que se hicieron. Desde el punto de vista jurídico tampoco sería penalizada la situación planteada por el doctor Gallo, de acuerdo con lo que dijo la doctora Guedes. No solamente desde el punto de vista de la ética médica, sino desde el jurídico penal, es una acción que entre dentro del tipo de homicidio, que implica al que con intención de matar diere muerte a otra persona. Acá no es con intención de matar que se produce la muerte, sino que en todo caso, es un efecto no querido que se trata de evitar y para eso se dan las dosis adecuadas.

(Concluye la conexión vía Zoom)

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- ¿Me escuchan?

SEÑOR PRESIDENTE.- Ahora sí lo escuchamos al diputado Lorenzo, pero la delegación ya se retiró.

SEÑOR REPRESENTANTE LORENZO PARODI (Eduardo).- Les mando un abrazo a todos. Me quedé con las ganas de hacer la pregunta, pero por lo menos ya arreglé el equipo. Muchas gracias.

(Ingresa a sala el señor representante Felipe Schipani)

SEÑOR REPRESENTANTE SCHIPANI (Felipe).- Es un placer comparecer a la Comisión para dar los fundamentos de la iniciativa que presentamos el 13 de abril. Convengamos que no es ninguna originalidad de nuestra parte, sino que es un debate que en esta etapa cúlmine de la pandemia está llevando adelante el mundo desarrollado. Propuestas similares se han instrumentado en países como Israel, Dinamarca y Reino Unido, y la Unión Europea también lo está discutiendo. Asimismo, la ciudad de Nueva York en Estados Unidos, que es el caso que yo conozco, también viene avanzando en este mecanismo.

Básicamente, establecemos una regulación de un derecho que ya existe en nuestro orden jurídico, que es el derecho de admisión. Por eso, en el artículo 1° del proyecto se hace referencia a los espacios privados de acceso público y a los espectáculos públicos en general. Es una delimitación del espacio importante; espacios privados de acceso público son todos aquellos espacios privados y establecimientos comerciales a los que se permite el acceso de público en general. Ese es el concepto de espacio privado de acceso público, que puede ser un restorán, un centro comercial, un pub o un banco, es decir, cualquier espacio privado al que puedan acceder libremente las personas. Los espectáculos públicos en general es todo lo que suponga la organización de un evento al que se accede, previo pago de una entrada. Puede ser musical, artístico o cinematográfico; es bien amplio el concepto. De modo que para acceder a esos lugares los responsables de los establecimientos, de espacios privados y los organizadores de los espectáculos, podrán requerir un certificado de vacunación contra la covid 19. En el último párrafo del artículo 1° se establecen las excepciones. Esta disposición no regirá para quienes arguyan algún tipo de imposibilidad por prescripción médica, por ejemplo, las personas alérgicas que están imposibilitadas de vacunarse de acuerdo a la prescripción de sus médicos, u otra circunstancias que acrediten las imposibilidad de hacerlo. Esto es un giro que es lo suficientemente amplio, que ampara, por ejemplo, a las personas que al día de hoy no han conseguido agenda para vacunarse. Por supuesto que en la medida que pase el tiempo esto cada vez va a ser menos, porque afortunadamente viene muy rápido el tema de la vacunación. También, ampara a las personas menores de

edad, para las que la vacuna aún no está disponible. De modo que el sentido del artículo 1° es permitir que todas aquellas personas que se hayan vacunado o no lo hayan podido hacer, no por voluntad propia sino por otra imposibilidad, puedan ingresar a esos espacios.

Quiero referirme particularmente a algunas cuestiones que son importantes. El artículo 1° dice "podrán" y esto es importante, porque nosotros no lo concebimos como una imposición. No se va a obligar a ningún organizador de espectáculos públicos ni a ningún responsable de espacios privados, ni se va a poner la imposición del ejercicio de ese derecho. Queda la libertad empresarial de recurrir a ese mecanismo. De modo que no es obligatorio para los organizadores de espectáculos ni para los responsables de los eventos. Naturalmente que en el marco de la libertad de empresa podrán establecer este criterio en lo que hace al derecho de admisión, pero me parece importante precisar que no es una imposición que se hace a esos establecimientos.

El artículo 2° refiere a que obviamente este ejercicio tiene una vigencia, que es mientras dure la emergencia sanitaria declarada por el Poder Ejecutivo, en la medida en que no tiene ningún sentido exigir la vacunación cuando ya la pandemia no sea un problema de salud pública. Asimismo, no hay que votar una ley para derogar esto, sino que decaerá de pleno de derecho el ejercicio del derecho de admisión cuando cese el estado de emergencia sanitaria.

El artículo 3° refiere a la publicidad, que es importante en el sentido de que los responsables y organizadores deberán colocar avisos alusivos comprensibles en idioma español y plenamente visibles, que den cuenta de su decisión. En el caso de los espectáculos públicos se debe dar conocimiento de manera previa cuando se vaya a adquirir la entrada para el ingreso.

Este es un poco el análisis del articulado.

En cuanto al fundamento, tratamos de resumir los motivos de la idea en la exposición de motivos que es bastante breve. Básicamente, partimos de tres propósitos con la iniciativa. En primer lugar, fomentar la vacunación y creo que puede ser una medida tendiente a eso, partiendo de la base de que para vencer al virus es fundamental alcanzar la tan deseada inmunidad de rebaño, que tanto el Ministerio de Salud Pública como la OMS han establecido en un 70 % de la población. Eso supone que cada uno de nosotros, como integrantes de la sociedad, contribuya a ese fin. O sea, que la carga de llegar a la inmunidad de rebaño se distribuya de modo equitativo entre todas las personas

que habitamos esta república. Por eso, es bien importante que el Estado fomente la vacunación y hemos votado en la Cámara iniciativas en ese sentido, como por ejemplo, aquella tendiente a que los trabajadores que se vayan a vacunar puedan faltar medio día. Ese es un primer objetivo bien claro.

En segundo término, procuramos generar ambientes lo más seguros posible desde el punto de vista sanitario. Pongo énfasis en lo más seguro, porque la seguridad absoluta no existe. Escuché hablar sobre el proyecto en términos de ambientes libres de covid, y está bien porque puede ser un nombre publicitario, pero ambientes libres de covid nunca van a existir, puesto que incluso las personas vacunadas podemos ser contagiadas y contagiar, obviamente en muchísima menor proporción que las personas que no se vacunaron. El tema central de la vacuna, como los legisladores saben –no se lo voy a decir a ustedes; siento que estoy dictando cátedra en la Comisión de Salud Pública; soy un atrevido- hace a la derivación grave de la enfermedad y ahí sí tiene una eficacia casi del 100 %. Uno de los motivos fundamentales del proyecto es generar ambientes seguros desde el punto de vista sanitario, es decir que las personas puedan concurrir a lugares en los que sientan que el espacio está cuidado y que los riesgos son menores. Me estoy refiriendo a un shopping, un restorán, un bar o un concierto.

Y acá voy directamente a la fundamentación filosófica del proyecto. La exposición de motivos empieza con una cita de John Stuart Mill, que es uno de los padres de la historia liberal británica, porque este proyecto está inspirado en una filosofía profundamente liberal, que viene desde antes de Mill; viene de la revolución francesa y dice que mis derechos empiezan donde terminan los de los otros. Si bien el gobierno ha establecido que la vacuna no es obligatoria, no vacunarse de alguna manera es un menoscabo para la salud de las terceras personas, por lo que recién explicité. La persona que no se vacuna no contribuye a llegar a la inmunidad de rebaño y tiene muchas más posibilidades de ser un vector de contagio y, por lo tanto, contagiar a terceras personas. De modo que arbitrar una guía para proteger a las personas que han resuelto vacunarse, me parece lo más justo, sensato y absolutamente ajustado a derecho. Mill decía que la única razón por la cual una comunidad puede imponer límites a cualquiera de sus integrantes es la de impedir que se perjudique a otros miembros. Me parece un concepto bien importante, porque no creo que vacunarse sea una cuestión de libertad individual, como algunos han planteado, dado que si todos actuáramos con esa lógica, nadie se vacunaría y no derrotaríamos esta situación de pandemia que tantos estragos está causando, no solo en el terreno sanitario, sino en el económico y en el social. O sea que

por sobre todas las cosas hay una cuestión de responsabilidad individual muy importante, que tiene que ver con la responsabilidad social y comunitaria como miembros de una sociedad. En ese sentido, me parece que es absolutamente legítimo que las personas que se vacunaron y han cuidado su salud, tengan espacios para empezar a disfrutar de actividades de esparcimiento cuidadas desde el punto de vista sanitario.

Como dije al principio, esto no es una imposición y sin lugar a dudas en la práctica va a ocurrir que seguramente habrá opciones para todos. Entonces, habrá empresarios que quieran brindar un espacio cuidado desde el punto de vista sanitario, porque hay mucha gente que los reclama, y van a exigir la certificación de vacunación, y habrá otros que no la exijan. Entonces, creo que va a haber espacios para todos los gustos.

Otros de los propósitos que se busca con esta iniciativa es fomentar el sector de los servicios, que tan golpeado se ha visto como producto de esta situación de emergencia sanitaria. En los lugares del mundo en los que se ha implementado esta iniciativa se está demostrando que sirve para empezar a reactivar la economía, manejar otros aforos y que la gente se sienta segura de empezar a concurrir a esos lugares, muchos de los cuales están vinculados a la industria del turismo y que tan golpeados han sido en este último tiempo. Afortunadamente Uruguay, por una cuestión poblacional y porque hemos hecho buenos contratos para la adquisición de vacunas, va a ser de los primeros países en llegar a la inmunidad de rebaño y creo que ese va a ser un gran diferencial. De modo que creo que vamos a ser un polo de atracción de turismo muy importante. Como dicen los especialistas, el sector turístico, sobre fines de año y principios del año que viene, va a tener una ebullición muy fuerte, porque después de un año y medio de encierro, la gente va a querer viajar y disfrutar. Creo que tenemos la posibilidad de ser un gran diferencial en ese sentido y me parece que este tipo de medidas puede contribuir a eso.

No quiero extenderme más. Estoy disponible para las preguntas que se quieran hacer.

SEÑORA REPRESENTANTE PÉREZ BONAVITA (Silvana).- Voy a ser breve, porque estamos con poco tiempo. Agradezco al diputado Schipani que nos haya acompañado hoy con esta propuesta.

Hay dos cosas que me gustaría destacar. Por un lado, entiendo el espíritu del proyecto y de hecho lo comparto. Se trata de la libertad de que una empresa privada pueda decidir el ingreso según qué tipo de inmunización tengan sus clientes y ahí me voy a pensar no en un almacén o en una panadería, obviamente, sino en un gimnasio o en

espacios en los que se comparte más tiempo. Hay algo que me confunde un poco. Como la vacuna no es obligatoria, en organismos o empresas estatales esto no puede correr. En eso estamos todos de acuerdo. También entiendo que una medida de este tipo debe acompañar un plan de vacunación y debería ser implementada una vez que se haya logrado o se esté cerca de la inmunidad de rebaño.

Por otro lado, creo que el espíritu de este proyecto está explícito en el derecho de admisión de la propiedad privada y de las empresas. Me parece que está bien la reactivación del sector turístico y este tipo de medidas puede implicar un avance en ese sentido. A modo de ejemplo, puedo decir que ya me han llegado notificaciones de hoteles que reabren en junio y dentro del protocolo covid marcan que van a solicitar el certificado de vacunación. Esto me parece correcto, si de esa manera pueden reabrir más tranquilos. Quiero decir que de alguna manera capaz que ya está implícito en la actividad privada.

Este es mi aporte. Entiendo la propuesta y de hecho a nivel personal comparto muchos de los puntos y de los motivos que llevaron a presentar el proyecto.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Agradezco a Felipe por la presentación. Leí el proyecto en la mañana de hoy y seguramente tenga otras consultas. Desde el punto de vista de la exposición de motivos, puedo compartir el fin último, pero hay algunos ruidos que quiero dejar planteados y eventualmente ver la posibilidad de profundizar después.

En términos de que la orientación sea coadyuvar a que la gente se vacune, comparto lo que decía la diputada Pérez Bonavita. Creo que tiene que avanzar más y además ha habido dificultades desde el punto de vista de la logística y la organización, así como lo que mencionó el diputado en el caso de los menores de edad o quienes tienen indicación médica de no vacunarse todavía. Pero, además ha habido dificultades desde el punto de vista logístico en Canelones, como hemos expresado en más de una oportunidad, en Salto actualmente, y también nos están llegando casos migrantes, que tienen que ver con la definición de la base de datos y cómo se va priorizando. Entonces, ahí hay un tema que capaz que hay que canalizar de otra manera; me parece que requiere de otras medidas antes que esta o concomitantemente. Hay un problema real en el alcance que ha tenido la vacunación desde el punto de vista organizativo y logístico.

Entrando en el proyecto de ley, tengo varias consultas. Una tiene que ver con cuestiones de la operativa y cómo controlar efectivamente –me imagino que ya se lo deben haber planteado- si se dispone o no de la verificación de la vacuna. Voy a poner mi

ejemplo personal: tengo las dos dosis pero todavía no logré tener el comprobante. No lo pude bajar desde la aplicación y me dijeron que tengo que ir a cualquier otro vacunatorio que no haya sido al que fui, para que me lo puedan expedir, y aún no he ido. Hay un tema de logística operativa y hay que ver cómo se verifica que efectivamente se recibieron las dos dosis.

Además, hay otras cuestiones desde el punto de vista operativo. En estos espacios privados, por ejemplo, hay cooperativas y conjuntos habitacionales –no todas, pero algunas sí- cuyas calles, si bien son propiedad de la cooperativa o del complejo, son de uso público; hay algunas de uso común y otras de uso público. Ahí hay un tema que se empieza a presentar. ¿Por qué digo esto? Porque a la pandemia la hemos asociado también con la infodemia, que es esta cuestión del bombardeo de la información, a veces de generación por mensajes contradictorios o no asertivos de estados de miedo, por decirlo de alguna manera, que no es el miedo útil sino el más persecutorio. Puede pasar. También pueden pasar algunos excesos en el derecho de admisión, que han pasado. ¿Cómo regular eso? ¿Se entiende? Más allá de que tiene un tiempo acotado, hay cuestiones a considerar.

Lo otro, en términos más de política, el Parlamento –Silvana decía que no están los organismos públicos- tiene espacios privados que son de acceso público ¿y no deberían también ser como una señal de consistencia con lo que le habilita a los privados? Lo digo porque públicamente se ha dicho que hay quienes han tomado la opción de no vacunarse. ¿Eso no genera una tensión ahí? Estoy hablando estrictamente en lo político.

Son los primeros ruidos en términos de comprender realmente cuál es el alcance. Comparto que hay que estimular la vacunación, que hay que ser más asertivo, estimular la comunicación y la logística, y hay que poner el pie en el acelerador para alcanzar la inmunidad de rebaño, sobre todo en los departamentos que lamentablemente han quedado rezagados. Y también algunos sectores de actividad, como el turismo y los gimnasios, pero no sé si este es el instrumento, por estas cuestiones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Lamentablemente, se nos fue el tiempo; tenemos que recibir otra delegación y a la hora 14 sesiona la Asamblea General.

(Diálogos)

—Quedamos en fijar otro día con más tiempo para recibir nuevamente al diputado Schipani y responder las consultas.

(Se retira de sala el señor representante Felipe Schipani)

(Se establece conexión vía Zoom con la delegación del Movimiento Estudiantil de Fisioterapia de la Udelar)

—Damos la bienvenida a la delegación del Movimiento Estudiantil de Fisioterapia de la Udelar, integrada por las señoras Melani Fernández, Fiorella Sánchez, Josefina Silva y los señores Giancarlo Marino, Santi Bianchi y Diego Varela. Lamentablemente, estamos muy cortos de tiempo. Nos quedan solamente quince minutos porque a la hora 14 tenemos la Asamblea General. Les pedimos que en estos minutos traten de expresar su tema y cualquier cosa trataremos de fijar otra reunión más adelante. Tienen que identificarse al empezar a hablar, así queda en la versión taquigráfica.

SEÑOR VARELA (Diego).- Muchísimas gracias por recibirnos, aunque el tiempo sea poco. Entendemos que ya tienen una introducción a nuestro tema, que tiene que ver con la falta de recursos en general. Nosotros queremos hacer hincapié en que todo eso no solo se refleja en el atraso curricular nuestro como estudiantes, sino que se está poniendo en juego la salud y el futuro de la calidad de vida de todos los uruguayos en general.

Todos sabemos la importancia que ha tenido la fisioterapia en el Uruguay y en el mundo, que se ha visto expuesta con esta pandemia, porque estamos tratando todo lo del covid y poscovid.

Nosotros nos queríamos juntar con ustedes porque desde la Facultad de Medicina se nos están negando los recursos una y otra vez. Nos están dando la espalda y se está haciendo una mala gestión. Nosotros hacemos hincapié, una y otra vez, que nuestro problema -si bien sabemos que la educación en general tiene falta de recursos- es 100 % por mala administración del decanato. Hoy en día está Miguel Martínez en el decanato y está haciendo una mala distribución de los recursos. Es decir que los recursos están, pero priorizan cosas secundarias que no les competen. Ellos están ahí para velar por la formación nuestra, que cada vez es peor y eso se va a ver reflejado el día de mañana en la salud de todos los uruguayos.

SEÑORA FERNÁNDEZ (Melani).- Buenas tardes a todos. Lo que a nosotros nos preocupa es cómo se está haciendo caso omiso a lo que estamos pidiendo los estudiantes, que son cosas básicas. Creemos no estar pidiendo lujos, pero en los últimos cinco años hubo un aumento exponencial de ingresos, porque fisioterapia es una de las carreras de la EUTM a la que se ingresa por una prueba de ingreso o un sorteo. Es decir

que no tiene la cantidad de recursos necesarios para que haya un ingreso libre. Entonces, ¿cómo puede haber un ingreso limitado y a su vez los pocos que entran no cuentan con lo básico?

Como dijo mi compañero, somos conscientes de que el día de mañana, cuando egresemos –sin desmerecer otras carreras y profesiones- vamos a tener bajo nuestra responsabilidad la salud de las personas. Entonces, en qué cabeza cabe que estudiantes de una carrera del área de la salud egresen con una formación tan escasa como la que estamos teniendo nosotros. Aumentan los ingresos exponencialmente pero no aumentan los recursos. Creemos que si aumentan la cantidad de ingresos es porque los recursos están, pero como dijo mi compañero Diego, hay una muy mala distribución. Somos dieciocho carreras en la EUTM y no sabemos cuál está peor. Siempre se pone por delante y en primer lugar a la Facultad de Medicina, y se ignora completamente que la EUTM también integra el Consejo de la Facultad y son ellos quienes deben velar por lo que nosotros estamos necesitando hoy en día.

Como dije, no estamos pidiendo cosas de lujo. A su vez, nos arriesgamos a bajar la calidad de la carrera solicitando cargos grado 1. Eso a nosotros nos baja muchísimo la formación, pero como siempre dicen que es por una cuestión de plata, aunque sabemos que no lo es, tratamos de pedir lo mínimo, y hace más de un año que estamos siendo caso omiso. Sin ir más lejos, en marzo del año pasado estuvimos presentes diciendo que la carrera estaba en una situación crítica y que nosotros no íbamos a poder arrancar. Se iba a parar una carrera entera en su formación, porque no estaba lo básico, que son docentes, prácticas y materiales, y hoy, un año y casi dos meses después, seguimos sin respuesta. El 5 de mayo de este año volvimos a presentarnos en el Consejo, diciendo que esto estaba cada vez peor, porque aumentaron nuevamente ingresos, pero siguen sin tener en cuenta lo que estábamos pidiendo, y de los doce consejeros, siete votaron en contra de lo que solicitó el representante estudiantil de darnos respuesta sobre cargos docentes y un espacio de prácticas en menos de tres semanas. Como dije, de doce consejeros, siete volvieron a votar en contra y otra vez seguimos siendo caso omiso.

A nosotros nos preocupa, más que pensar en nuestra formación pura y exclusivamente universitaria, el hecho de que somos futuros profesionales y el día de mañana queremos egresar, si bien uno nunca dejamos de estudiar –es una realidad-, sabiendo cómo tenemos que tratar un paciente y cómo debemos evaluarlo. Hoy en día, lo básico no lo estamos teniendo.

SEÑOR MARINO (Giancarlo).- Buenas tardes. Quiero resaltar que la generación 2021, que ingresó este año a la carrera de fisioterapia, todavía no está inscripta oficialmente, a pesar de que estamos casi a mitad de año. Digo esto para que tengan en cuenta la gravedad de la situación; hacen ingresar estudiantes nuevos y no tienen la capacidad de aunque sea tenerlos inscriptos. Estamos en época de parciales y exámenes y toda la generación 2021 todavía no está inscripta oficialmente; está inscripta simbólicamente y queda la incertidumbre en todos los estudiantes si van a poder hacer su carrera este año o no. Además, la generación 2019, a más de un año y medio sigue sin haber terminado sus prácticas, y atrás viene toda la generación 2020. El año que viene, si no se asignan los recursos que estamos pidiendo, va a ser otra generación más que va a estar trancada y hay que sumar el ingreso libre que pretende el decanato. Nadie sabe qué va a pasar con la carrera si se da un ingreso libre.

SEÑORA FERNÁNDEZ (Melani).- Creo que puede ser válido hacer una mención breve sobre las cifras de estudiantes. Como dijo Giancarlo, nosotros somos de la generación 2019, que no llegamos a noventa estudiantes y estamos pidiendo cinco cargos docentes, pero siguen haciendo caso omiso. En la generación 2021 ingresaron 338, no se aumentaron los recursos y dejaron afuera a más de 1.500. Sin embargo, tienen como proyecto hacer un ingreso libre. Entonces, pedimos un poquito de sentido común. Lo que decimos es cómo no puede haber recursos para un máximo de ochenta estudiantes y se habilita el ingreso a más de trescientos.

Más que nada quería hacer una breve reseña en cuanto a qué cifras manejamos.

SEÑOR PRESIDENTE.- A la hora 14 tenemos Asamblea General; nos quedan tres minutos y nos tenemos que ir. Lamentablemente, es así. Te escuchamos.

SEÑORA SILVA (Josefina).- Si bien sabemos que la Udelar es autónoma, está bueno que tengan presente y en cuenta que nosotros nos estamos formando como futuros profesionales de la salud. Entonces, como siempre decimos, no se puede invitar a más gente que la que se puede atender y es lo que está pasando. Nosotros hacemos las prácticas en el Hospital de Clínicas, que es un hospital universitario, y no estamos teniendo la formación que deberíamos para atender a la gente que se encuentra allí. Lo que queremos y buscamos es tener educación de calidad para poder a futuro brindar a los pacientes lo que merecen, que es una atención de calidad.

SEÑOR VARELA (Diego).- Si me permiten, voy a cerrar con algo cortito. Nos gustaría que la fisioterapia pase a ser un tema más amplio y nacional por la importancia

que tiene. Esta situación no viene de ahora; no es de la pandemia, sino que viene de hace rato. Nosotros, como futuros profesionales, nos basamos en el paciente y cuando en un futuro el paciente recurra a la fisioterapia no va a tener la atención de calidad que merece por la omisión que ha hecho la Facultad de Medicina al no priorizar al estudiante. Muchísimas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Vamos a enviar la versión taquigráfica a las autoridades que corresponda para que estén enteradas de que concurrieron a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social y les haremos saber a ustedes a dónde la enviamos.

(Concluye la conexión vía Zoom)

—No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.

≠