



XLIX Legislatura

**DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS**

Nº 514 de 2021

Carpetas Nos.1594 y 1586 de 2021

Comisión Especial de
población y desarrollo

PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A LAS EMBARAZADAS
Creación

**SUBSIDIOS POR MATERNIDAD Y POR PATERNIDAD PARA TRABAJADORES DE LA
ACTIVIDAD PRIVADA**
Modificaciones

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 8 de julio de 2021
(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Daniel Peña.

Miembros: Participación presencial: señoras Representantes Cecilia Cairo, Cristina Lústemberg, Ana María Olivera Pessano y señores Representantes Gabriel Gianoli y Álvaro Viviano.
Participación por plataforma digital: Fernanda Araújo, Liliana Beatriz Chevalier, Claudia Hugo y Carmen Tort y señores Representantes Álvaro Dastugue, Felipe Schipani y Martín Sodano.

Asisten: Señoras Representantes Lucía Etcheverry Lima y María Eugenia Roselló.

Invitados: Participación por plataforma digital: señores profesores de la cátedra de Ginecología: doctores Claudio Sosa y Leonel Briozzo, Señor profesor de la cátedra de Neonatología, doctor Daniel Borbonet.

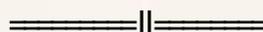
Por la Fundación Plenario de Mujeres del Uruguay: señoras Directoras Nelly Fagundez y Ana Algaré, asesora Legal doctora Martina Morales y coordinadora de Proyectos licenciada Beatriz Olivera.

Por la Organización Civil "Nacer y Ser": señoras licenciada Melania Raszap y doctora Siria Leites.

Por Libertad Sanitaria Uruguay: señoras Laura Prieto, Nancy Méndez, Ana Arrieta, Ana Gadea y Ana Rosengurt.

Secretaria: Señora Ma.Cristina Piuma Di Bello.

Prosecretaria: Señora Lourdes E. Zícarí.



SEÑOR PRESIDENTE (Daniel Peña).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Buenos días para todos.

La diputada Fernanda Araújo y los diputados Felipe Schipani y Gabriel Chevalier están conectados vía Zoom.

Como no podemos votar, querríamos saber si es posible llegar a un consenso para que haga uso de la palabra la diputada Lucía Etcheverry, que se encuentra presente, y que seguramente querrá participar de la reunión.

(Apoyados)

—Si hay acuerdo, podemos ponernos en comunicación con los profesores de la Cátedra de Ginecología, doctores Claudio Sosa y Leonel Briozzo.

(Se establece la conexión vía Zoom)

—Buenos días.

Les damos la bienvenida a la Comisión.

SEÑOR SOSA (Claudio).- Buen día.

Recibí esta invitación y leí la documentación, pero no sé específicamente acerca de qué quieren que aportemos, aunque tengo algún comentario sobre algo que está escrito que no sé de dónde salió.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, previamente, podría hacer uso de la palabra la diputada Cairo o la diputada Etcheverry, que solicitaron invitarlos.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Buenos días a los doctores. Es un gusto tenerlos aquí hoy.

El objetivo de la convocatoria era poder tener la opinión, la valoración y los aportes que pudieran hacer como responsables de las dos cátedras, en relación al proyecto de protección integral para embarazadas y puérperas. Esta iniciativa surge en junio, a partir de la situación cada vez más evidente de mayor riesgo para las mujeres embarazadas y puérperas. En ese marco, tomó algunas recomendaciones que también se venían haciendo públicas desde las sociedades científicas, respecto de la necesidad de protección de las embarazadas con niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Además, también establecía una asistencia económica para garantizar la posibilidad de conservar esa burbuja familiar, o el "quedate en casa".

Esencialmente, aquí ha habido, de parte del Poder Ejecutivo, medidas que atienden a un sector de estas mujeres embarazadas, pero nosotros entendíamos que sigue siendo vigente la posibilidad de establecer mecanismos y protocolos de vigilancia, sobre todo cuando estamos en una situación -como lo ha dicho el titular del Ministerio de Salud Pública, que es quien rige la política sanitaria en el país- en la que todavía no sabemos cuál va a ser el tiempo de esta pandemia. Seguimos bajo una situación que es auspiciosa, pero aún de riesgo y de cuidado, y en virtud de eso entendíamos que varias de las medidas que están establecidas en esta iniciativa siguen teniendo vigencia. A ese respecto, era fundamental contar con la opinión de las cátedras y de quienes están trabajando en la primera línea de atención sanitaria de las mujeres embarazadas y sus bebés. En función de eso, queríamos recabar la opinión de ustedes respecto a algunas de estas medidas o aquellas que ustedes entiendan que todavía siguen siendo necesarias para garantizar efectivamente la protección y disminuir los riesgos de contagio para estas mujeres embarazadas.

Ese era, fundamentalmente, el objetivo de esta instancia.

SEÑOR SOSA (Claudio).- Globalmente, viendo el proyecto de ley, creo que apoyamos en general todo lo que se comenta.

Yo quería hacer un comentario porque en algún sector se refiere a las cátedras de la Facultad, y empieza con eso de prevención primaria, secundaria, y terciaria, que no es aplicable para las enfermedades infecciosas, que habitualmente tienen otro tipo de epidemiología. Por eso me llamó la atención, porque el documento que firmamos los servicios -a no ser que se refieran a la Cátedra de los doctores Briozzo y Lauría, y que hubiera otro documento-, específicamente, no decía eso, sin embargo, allí se hace referencia a las cátedras y tiene una serie de contenidos que en general están bien, pero epidemiológicamente no son correctos.

A mí que me tocó hacer un doctorado en una Facultad de Tulane, de enfermedades tropicales e infecciosas, y hay cosas que no están bien en el contenido y no sé de dónde salieron porque es justo lo que yo modifiqué antes de que se mandara, y ahora sale este documento que incluye eso, diciendo que las cátedras apoyan. Es un tema más bien de forma que de contenido, pero simplemente lo digo porque por lo menos desde mi cátedra no salió y me llama la atención que ya esté incluido.

Se habla de "*timeline for infectious disease*"; es otro tipo de susceptibilidad, y por todo lo que ya se ha manejado epidemiológicamente creo que lo conocen. Igual eso es el fundamento y no hace a la cosa.

Después, en general, lo relativo a componentes -al menos por mi parte- es lo que hemos mantenido. Yo siempre sigo destacando -esto podemos discutirlo- que esta no es una epidemia de la embarazada; es una epidemia de toda la población y al ser de varios países es una pandemia. No es una pandemia en Uruguay, sino que es una epidemia, y después se aplican los otros términos de sindemia o parapandemia, por los efectos colaterales, pero pandemia es global; nosotros tenemos una epidemia de la población en general y afecta a este grupo de embarazadas. Entonces, está dentro de lo esperado. Viendo que tenemos más de 102.000 mujeres en edad reproductiva era lógico tener estas mil y pico que han dado test positivo, y un porcentaje de morbilidad importante, e incluso la mortalidad que en nuestro país se dio. En Estados Unidos la mortalidad no está aumentada, aunque sí la morbilidad severa. En otros países -lo que pasa es que no tienen grupos de control como México o Brasil- sí la mortalidad aparentemente aumentó. Entonces, se está discutiendo si en realidad aumenta la mortalidad, pero sí es un grupo de riesgo no solo por ser embarazadas, sino por otros factores de riesgo del resto de la población; sabemos que comparten los mismos factores de riesgo que la población en general. Entonces, es importante.

Nosotros, desde la obstetricia fomentamos todo lo que sea para este grupo, así como cada grupo trabajará en su área para tratar de mitigar los efectos adversos. Así que lo que decía nuestro documento -que creo que fue el espíritu- apuntaba a trabajar en lo que es la prevención; hablábamos de la burbuja familiar, que ahí se discutió -pero por lo menos no lo percibo-, porque además hacemos práctica clínica y vemos que no todas las usuarias embarazadas solicitan certificación. Sí hay un grupo que la solicita, pero otras piden: "No me certifiques porque estoy haciendo teletrabajo", o "Estoy en una oficina separada; han sido bastante empáticos conmigo y estoy separada". Obviamente, creo que eso hay que considerarlo y por eso está bueno no hacer una receta para todos, sino tratar de poder individualizar. Eso lo hace el clínico y ahora tenemos herramientas. Creo que ahora, con lo del BPS y demás, tenemos la posibilidad de tratar de evitar la transmisión comunitaria.

En cuanto al tema de las vacunas ahí aparece otro término, porque en el proyecto se puso "vacunación masiva", y a mí me rechina un poco; más ahora que salió en *Nature* algún artículo sobre ARN y alteración del ADN.

Todos promovemos la vacuna; desde las Sociedad de ginecología dijimos, un poco antes que el Ministerio -después lo hablamos con el Ministerio-, que recomendamos la vacunación; no hay duda; somos provacunas. Pero los obstetras y la medicina en general estamos quemados con leche por la falta de evidencia y por encontrarnos años después con efectos o eventos adversos que no esperábamos. Entonces, somos provacunas, pero debemos informar correctamente. Creo que la información es lo más importante para la autonomía de la paciente y para que ella decida. Entonces, por más que haya plataformas conocidas y modificadas que suponemos que no van a hacer nada, por las ARNm en que hay más evidencia reciente, de menos de un año, hay que hacer la salvedad que de aquí a diez años no sabemos qué podría suceder, y esa información hay que dársela a las usuarias embarazadas para que ellas decidan si quieren o no vacunarse.

(Se interrumpe la conexión vía Zoom)

SEÑOR PRESIDENTE.- Disculpe; doctor Sosa, se cortó el audio desde que estaba hablando del ARN y de que hay que informar.

SEÑOR SOSA (Claudio).- Estaba hablando de las vacunas.

Comentaba el tema de las vacunas, que está en el documento. Decía que promovemos las vacunas, pero hay que recordar algo, porque el proyecto expresa "vacunación masiva". Estamos de acuerdo; somos provacunas; la Sociedad de Ginecología promovió esto desde el principio y lo hablamos con el Ministerio. Creemos que hay evidencia reciente por la que no hay duda de que el beneficio es mayor que los riesgos, pero en la obstetricia y en la medicina estamos quemados con leche con evidencias que luego cambian y años después aparecen elementos que pueden ser efectos adversos no esperados. Entonces, debemos respetar la autonomía, dar información, ofrecer la vacuna, tener disponibilidad, como tenemos ahora, con la agenda en hospitales o en vacunatorios móviles. Todo eso creo que es bueno, pero siempre en el entendido de que nosotros tenemos que dar información a la embarazada para que ella decida sabiendo que tanto las plataformas conocidas y modificadas o las plataformas nuevas como el ARNm son nuevas y entonces tienen que elegir. Por eso incluso en vacunas como las de la gripe y otras hay reticencia en el mundo a vacunarse y nunca llegamos al 100 %; llegamos al 70 % u 80 %, porque hay ciertas dudas; más con vacunas -ya sea la modificada de las plataformas de virus atenuado o las plataformas ARNm- muy recientes. Por lo tanto, la información tiene que ser clara. Hay que decir cuál es nuestra recomendación, pero también las limitaciones, sabiendo que es una vacuna nueva y que no sabemos qué va a pasar. Nadie puede saber qué puede pasar de acá al futuro con aquellas embarazadas que se vacunen, y hay que decirlo para que ellas elijan y también tomen sus precauciones -si no quieren elegir vacunarse- en cuanto a la exposición. Eso decía nuestro documento que refería, básicamente, a la burbuja, el procedimiento de las vacunas, y hacía estas consideraciones en cuanto a no poner el término "masivo". Hay que ofrecerlas y tienen que estar disponibles, y también dar la información. Creo que eso es fundamental, pero creo que en el documento que ustedes ofrecieron está bien.

Luego ni qué hablar de la vigilancia; está bueno todo lo que se pueda vigilar y mejor cuantos más datos tengamos -soy un obsesivo de los datos-, adecuados, en forma objetiva, con variables adecuadas; a veces por pérdida de datos o porque no son objetivos no pasan a ser buenas, pero sabemos que debemos tener datos

epidemiológicos duros para, de alguna manera, poder realizar la vigilancia epidemiológica.

Esto aparece en el documento que firmamos las dos cátedras de ginecología y de neonatología del Pereira Rossell, y al leer este fundamento me llamó un poco la atención que hubiera elementos que yo mismo no quería tener. Yo este documento -el que hicimos y firmamos nosotros- se lo entregué a Rafael Radi, del GACH, que lo entregó a Transición UY, en Presidencia, y se difundió. El otro tiene elementos epidemiológicos que si fueran para una prueba de metodología y epidemiología habría que modificar porque no están adecuados. Básicamente, quería decir eso.

SEÑOR BRIOZZO (Leonel).- Antes de comenzar, quiero informar que está en la sala de espera el profesor de la Cátedra de Neonatología, doctor Borbonet, que es el tercero que firmó la nota que enviamos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sí, doctor; lo tenemos agendado para recibirlo a partir de las 10 y 30. Ya lo habíamos acordado con él, pero no tenemos inconveniente en que se sume si quiere.

SEÑOR BRIOZZO (Leonel).- Me acaba de enviar el mensaje para saber si lo podían habilitar; por eso lo comento.

SEÑOR PRESIDENTE.- Perfecto; ya lo admitimos.

SEÑOR BRIOZZO (Leonel).- El profesor Sosa ya se refirió a los temas generales, que compartimos. Lo único que nosotros queremos plantear a la Comisión es hacer un especial énfasis en la gravedad de la situación epidemiológica que estamos viviendo. En particular, nosotros estamos trabajando en el tema de mortalidad materna en el Uruguay desde hace mucho tiempo y nunca habíamos presenciado una situación epidemiológica como la actual.

El covid-19 ha tenido un impacto devastador sobre el proceso reproductivo en nuestra población. Ya en el año 2020, fruto de toda la crisis social, económica y psicológica, hubo un impacto muy importante en lo que tiene que ver con el proceso reproductivo, con muy malos resultados a nivel perinatal, es decir de los nacimientos de niños más pequeños -eso se llama restricción de crecimiento-, y de prematurez en las poblaciones más pobres y más vulneradas en sus derechos. Eso fue reportado a nivel internacional como un efecto de la denominada parapandemia; es decir que no fue por infecciones por el SARS-CoV-2, sino por esta situación de crisis. |Además, el domingo se publicó un artículo periodístico, no disponemos de las bases porque el Ministerio todavía no las ha hecho públicas, pero se reportó que el año pasado hubo un aumento importante de la mortalidad materna: once muertes maternas. Eso hace trepar la razón de mortalidad materna.

Hay que evaluar la mortalidad materna siempre en función del número de nacidos vivos, es decir, el número de muertes de mujeres en el proceso del embarazo, parto y puerperio sobre la cantidad de recién nacidos vivos; así se calcula la tasa, la razón, en cien mil recién nacidos vivos. En el último quinquenio, 2015-2019, pasó de 17 a 30 la razón de mortalidad materna, lo cual es un aumento muy importante, de alguna manera esperable porque, como ustedes sabrán -lo hemos hablado hasta el hartazgo-, el indicador de mortalidad materna es -probablemente- uno de los más sensibles de la salud de una población. Las situaciones sociales y económicas de crisis, también las psicológicas en este caso, repercuten prácticamente de manera directa en la muerte materna. Eso fue en 2020.

El 29 de abril, cuando se produjo el primer deceso, quedamos realmente muy impactados. Ya teníamos reportes de la región, en particular de Brasil, acerca de que la

variante P1, de Manaus, provocaba una afección particularmente grave en el proceso del embarazo y el parto. Trágicamente, lo constatamos acá con diez muertes maternas que se produjeron en el primer semestre, es decir, desde el 1º de enero al 30 de junio de 2021, más otras muertes producidas por otras cosas.

En nuestro país, las muertes maternas producto del covid-19 -no digo con covid-19 porque hay una discusión técnica al respecto; acá no hay duda de que fueron por eso-, pasaron de 30,3 a 55, comparando el primer semestre de 2021 con los nacimientos en 2020.

Hay elementos particularmente importantes para remarcar. Uno es que la prevalencia es muchísimo mayor en el interior del país: nueve de las diez muertes maternas se produjeron en departamentos del interior. Este es un fenómeno muy importante que hay que analizar. Por otro lado, siete de las diez muertes maternas se produjeron en las mujeres que se atienden en el subsector público, vinculado fundamentalmente, desde nuestro punto de vista, con situaciones de vulneración de derechos.

Si calculamos la mortalidad materna a nivel público, específicamente, de acuerdo con el número de nacimientos, el porcentaje sería de 97 cada 100.000 recién nacidos vivos, y algo así como 30 a nivel privado. En pocas palabras, es un elemento muy grave.

En ese sentido, desde nuestra perspectiva académica, creemos que cualquier proyecto que tienda a mitigar esta situación es fundamental. Una de las medidas clave es el distanciamiento social, que ya sabemos que es un elemento fundamental. Creemos que es fundamental que se brinde toda la ayuda que se pueda para ello, como la que ya planteó el Ministerio de Salud Público en su Decreto del 28 de junio.

En cuanto al tema de las vacunas, tengo una posición que es la del comité de ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia -el cual tengo el honor de integrar-, que plantea que los obstetras no solamente tenemos que ofrecer la vacuna, sino recomendarla y, más aún, evaluar en la población cuando hay algún temor, a fin de evacuar dudas en la mujer embarazada para que, efectivamente, se vacune. Esta es una recomendación mundial que ya transmitimos a la Sociedad de Ginecología de nuestro país y a la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Esto es muy importante en países con alta prevalencia de la afección como el nuestro, con un aumento de la circulación viral, de los contagios y de las muertes muy prolongado durante tres meses que ahora, afortunadamente, gracias a la vacunación, está comenzando a descender. Claramente, la vacunación, es un elemento fundamental.

Es necesario establecer campañas específicas de vacunación masiva -por supuesto que siempre es decisión de la persona, porque masivo no es compulsivo; no está planteado que se incluya en el certificado esquema de vacunación- que tiendan a mitigar las dudas o los miedos que pueda haber porque es muy grave la situación de la infección. En ese sentido, la propuesta también la acompañamos.

Básicamente, es esto lo que tengo que transmitirles: la trágica situación que vivimos en el primer semestre. En el segundo semestre, recientemente, ya murió en una institución privada de Montevideo una mujer proveniente de Artigas, o sea que es la undécima muerte materna.

El peligro que sigue presente -por eso, para mí, lo fundamental es mirar hacia delante- es el ingreso de la variante Delta, que se producirá en algún momento. Esta variante, aparentemente, no tiene un efecto tan devastador como la P1, pero no sabemos cómo se va a comportar en nuestra población, en particular, en las embarazadas. También está siempre latente el peligro de una variante propia, por lo que tenemos que

estar alerta. Si algo hemos aprendido en este año y medio, es que la incertidumbre es lo único certero. Nos parece una obligación estar preparados con las evidencias disponibles hasta el momento y, por lo tanto, felicitamos la iniciativa que han tomado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les agradecemos los aportes.

(Finaliza la conexión vía Zoom con los profesores de la Cátedra de Ginecología)

(Se establece la conexión vía Zoom con el profesor de la Cátedra de Neonatología)

—La Comisión da la bienvenida al profesor de la Cátedra de Neonatología, doctor Daniel Borbonet.

SEÑOR BORBONET (Daniel).- Pido disculpas porque estaba en la sala de espera y no pude escuchar la disertación de los profesores Briozzo y Sosa.

En un honor poder dar una opinión sobre un tema tan importante ante este grupo de representantes.

Lo primero que quiero decir es que cuando uno habla de embarazadas se refiere a embarazada y feto, y también a púerperas y recién nacidos. Mi participación como neonatólogo tiene que ver con el binomio feto madre neonato.

La perinatología nos lleva a los obstetras y los neonatólogos a trabajar permanentemente para mejorar la calidad de vida de la madre y de su hijo.

Si esta misma reunión la hubiéramos tenido hace exactamente un año, en julio de 2020, seguramente, en lo personal, sería el primero en decir que las embarazadas no eran población del riesgo para el covid-19, tal como lo planteamos y adscribimos los grupos de trabajos que tuvimos durante ese período porque no había evidencia. Las embarazadas no eran un grupo de riesgo, como sí lo eran los diabéticos, los obesos y las personas mayores de sesenta y cinco años. Había una población de riesgo y lo teníamos muy bien asumido.

A partir de los primeros meses de este año y ya con una visión de lo que había sido en Brasil otra epidemia dentro de una epidemia, la variante P1, nos cambió el perfil epidemiológico. En estos días, releando recomendaciones que realizamos en los meses de 2020, advierto cuánto hemos aprendido, cuánta incertidumbre teníamos e, indudablemente, cuánta incertidumbre aún seguimos teniendo a nivel país y a nivel mundial. Lo que sí podemos asegurar es que hubo un cambio epidemiológico entre diciembre y enero de 2021, y los meses siguientes. El perfil cambió. Indudablemente, la difusión de esa variante fue diferente; hubo mayor dispersión y las poblaciones, a pesar de que aumentaron todas, también aumentaron proporcionalmente. Dentro de los jóvenes, que porcentualmente aumentaron -así como los niños-, estaban las embarazadas. En estos meses, nos encontramos aún sin respuestas claras de cuál es el motivo por el que una mujer de veinticuatro años con covid-19 tiene determinada morbilidad, pero esa misma mujer con veinticuatro años embarazada tiene una morbimortalidad mayor. Aún hay respuestas que no tenemos: puede ser por temas fisiológicos, hasta mecánicos; de insuficiencia respiratoria, o temas vasculares. Eso es algo que aún no hemos podido descifrar, pero sí hemos encontramos que las embarazos, a partir de una nueva variante de preocupación, la P1, pasan a ser una población de riesgo.

¿Quién es el culpable de no haberlo visto antes? Acá no hay culpables. Hemos ido aprendiendo desde la ciencia, desde la Academia y, obviamente, desde las políticas sanitarias. Hemos ido trabajando en conjunto y cambiando a medida que hemos aprendido de la evolución de los hechos.

Si vemos el impacto que ha tenido en estos seis meses esa morbilidad -lo que no se ha dicho tanto-, pero principalmente la mortalidad, indudablemente, nuestro país -por eso me pareció excelente esta propuesta- tiene que preocuparse y ocuparse de alguna manera por nuestras embarazadas, nuestros fetos y, obviamente, por la vida de ellos. Al disminuir la movilidad social en la comunidad, ya estamos disminuyendo riesgos, y al vacunarlas, los estamos disminuyendo indudablemente mucho más.

En el contexto latinoamericano, Uruguay fue uno de los primeros países en recomendar la vacunación en embarazadas y supo responder rápidamente a esta epidemia dentro de otra epidemia. La vacunación de las embarazadas, que era muy discutida en muchas partes del mundo -a veces por no tener las vacunas suficientes, pero también desde el punto de vista académico-, el gobierno la planteó de entrada; y rápidamente la Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones de nuestro Ministerio, integrada por excelentes compañeros y compañeras, actuó e incorporó a las embarazadas como población a ser vacunada. Se podrá discutir si es a partir de las doce semanas o durante todo el embarazo, pero es indudable que la embarazada, más aún después de las doce semanas, requiere ser vacunada.

En lo personal, por lo que hemos podido leer y sacar en conclusión, estamos convencidos de que la mujer debe vacunarse antes, durante y después del embarazo. ¿Con cuál de las vacunas? Las dos vacunas que tenemos en nuestro país son adecuadas, aunque hay más trabajos con alguna de ellas. No queremos que las mujeres embarazadas que se vacunaron con una y no con la otra sientan que quedan desprotegidas. No, ambas vacunas son adecuadas para evitar o disminuir la infección, principalmente, la enfermedad grave y, obviamente, la muerte. O sea que es un gran logro de nuestro país la cantidad de vacunación que tenemos en la población en general y en las embarazadas. Aún falta. Hay un porcentaje que aún no se ha vacunado. Eso va de la mano, indudablemente, de la disminución de la movilidad social. Solo con la vacuna aún tenemos riesgos. Por lo tanto, si podemos cubrir, proteger y cobijar a esta población objetivo por parte del Estado -es decir que no salgan de su casa mientras están cursando su embarazo; además de la vacuna- yo creo que estaremos haciendo una política estatal que muy bien le va a venir a nuestra sociedad y a nuestro país, con los pocos recién nacidos que tenemos anualmente, y que cada año van disminuyendo. Por eso, más aún tenemos que protegerlos.

Realmente, este proyecto de ley me parece muy apropiado. ¿Que ojalá lo hubiéramos hecho antes? Sí, pero las evidencias van apareciendo a medida que vamos estudiando la evolución de las pandemias. Quizás, en diciembre, hubiéramos dicho que esto no era necesario; hoy no tenemos ninguna duda en apoyarlo y en felicitar la propuesta.

Quiero recordar que cuando hablamos de protección a las embarazadas nos referimos a embarazadas y a puérperas. Porque si bien es cierto que la morbilidad y la mortalidad ha sido en embarazadas, también ha sido en puérperas. Se enferman en el embarazo, culminan con cesáreas, siguen vivas y luego han fallecido muchas de ellas en el puerperio. Obviamente, quedan muchos recién nacidos -muchos de ellos prematuros- aún vivos. De hecho, en este momento, tenemos en los CTI a prematuros vivos de madres que fallecieron.

Cuando se habla en el artículo 6º del apoyo al cónyuge, a la cónyuge o al acompañante durante esos días previo a la fecha del parto, hay que recordar también que aquella embarazada covid positiva que está enferma -independientemente de que falten quince días para su parto- también requiere un apoyo de ese cónyuge. Y al cónyuge de aquella puérpera que falleció y que tiene a su recién nacido también tendríamos que

protegerlo de alguna manera, como se hace con los cónyuges de las embarazadas. Son dos pequeños aportes que quería simplemente recordar. Por suerte, son muy pocos, pero no están incorporados en este proyecto de ley. Sería bueno tener una visión de la embarazada con covid-19 -independientemente de los quince días próximos al parto-, de la puérpera -más aún de la que quede en CTI o que lamentablemente fallezca- y del cónyuge, porque también deberíamos cubrirlo durante un período.

Estos eran los aportes acerca del proyecto.

Quiero felicitarlos por la iniciativa. Creo que con esta política de Estado le estamos haciendo muy bien a todas nuestras embarazadas, a las puérperas y a sus recién nacidos.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Quiero agradecer a los profesores presentes: el doctor Leonel Briozzo y el doctor Daniel Borbonet. También quiero agradecer la presentación del doctor Claudio Sosa, aunque ahora no está presente.

Nosotros tomamos con mucha atención las apreciaciones para fortalecer el proyecto de las autores, la señora diputada Lucía Etcheverry y parte de nuestra bancada que presentó el proyecto. Creo que esa mirada del cónyuge ante el lamentable fallecimiento y la mirada desde la seguridad social de protección al padre de ese recién nacido y otras observaciones mejorarán los fundamentos del proyecto y las acciones a implementar. Nos parece muy oportuno poner este tema en la agenda pública por las connotaciones que tiene. Los que estamos acá conocemos la importancia que tiene realmente abordar una política pública como una política de Estado, con los abordajes que tienen que tener de diferentes sectoriales.

Hoy la pandemia nos desnuda una situación que tiene múltiples factores en lo social, en lo económico, desde la protección en la seguridad social. Hemos hecho una revisión bibliográfica desde el inicio de 2020 -ustedes son los que lo manejan mejor- hasta la primera advertencia del Acta Escandinava de Obstetricia y Ginecología, que se produce en abril de 2020 y cómo la evidencia fue fortaleciendo esto; nosotros ya veníamos advirtiendo -creo que en esto ustedes siempre han hecho énfasis- en cuanto a las medidas de protección social. La evidencia científica, después, los que manejamos la mirada de salud pública sabemos que siempre son probabilidades y de ahí se van tomando decisiones; pero sí, hay un seguimiento que tiene que tener la población en la etapa de la primera infancia, incluyendo a las mujeres en la atención integral a la salud y en el proceso del embarazo, parto o puerperio, con el seguimiento después en los primeros años de vida con las consideraciones sociales.

Quiero agradecerles esto porque, realmente, la situación es preocupante. Nosotros habíamos hecho un pedido de informes con fecha del 27 de mayo de 2021, pero todavía no hemos tenido respuesta por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública; sí lo hemos conversado desde el inicio, a medida que fue surgiendo la evidencia. Nosotros ya recomendábamos desde el año pasado las medidas de protección social a través del programa Uruguay Crece Contigo, y otras medidas de abordaje también universales; ver los protocolos desde el área salud no solamente desde el hospital Pereira Rossell como el centro de referencia, sino como política pública y con las competencias que tiene el Ministerio de Salud Pública para los prestadores públicos y privados en la prioridad de atención en el marco de la pandemia del covid, donde también la atención presencial y determinadas atenciones están restringidas, pero siempre esto debería ser una prioridad. Desde ahí es que agradecemos mucho la participación y estamos trabajando porque entendemos que este es un problema grave que tiene el país en el marco de todas las dimensiones que tiene una pandemia. Pero sí, la celeridad con

la recomendación de la vacuna, con los procesos que tienen que acercar las recomendaciones y todas las medidas de protección social que creemos que este proyecto fortalece y da herramientas al Poder Ejecutivo para que vaya tomando acciones con mayor celeridad. Cuando uno ve la gráfica -nosotros pedíamos la mortalidad materna del año pasado en el pedido de informes-, hoy ustedes saben que la curva -la razón creo que el doctor Leonel Briozzo ya la explicó- cada cien mil nacidos vivos realmente preocupa mucho. Y en lo que va del primer semestre, nosotros nos íbamos enterando de cada muerte materna por la prensa. Nos parecía que desde el Ministerio de Salud Pública teníamos que tener los datos actualizados como tuvimos de las vacunas en el día de la interpelación, sabiendo que el 75% se ha vacunado y que todavía falta un 25%, y las recomendaciones deben ser más asertivas como política pública.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Quiero saludar al doctor Daniel Borbonet, que se integró ahora; es un gusto conocerlo.

Voy a hacer una primera consideración respecto a lo que planteaba el doctor Claudio Sosa. Por supuesto que el proyecto no está escrito en piedra y admite planteos, obviamente, una vez puesto a consideración. La intención es que todos los partidos políticos se apropien de él y lo modifiquen en virtud de que sea un instrumento mejor para cumplir con su objetivo. En ese marco, están estas correcciones, estas aclaraciones que se planteaban respecto de la vacunación masiva, que no implica obligatoriedad. Me parece importante dejarlo claro. A veces, los términos pueden llevar a alguna confusión.

En el artículo 7º está planteado llegar o ser proactivos todos los prestadores para cubrir el universo total de mujeres embarazadas y puérperas que están dentro o como usuarias de esos prestadores. Se trata de llegar con información, con certeza, con una comunicación clara que transmita confianza en virtud de una situación de estrés psicológico -lo han dicho también algunos de ustedes desde la cátedra- para estas mujeres embarazadas. No hablo de masivo como obligatoriedad porque eso fue analizado oportunamente en su momento y fue una decisión o un camino que el Ejecutivo no decidió transitar. Así que me parece importante aclararlo.

En segundo término, sí me parece bien importante poder integrar las recomendaciones que ustedes planteaban; pero ahí hay una cuestión que me parece importante y me gustaría, si hay posibilidades, sobre todo en términos de la realidad que hace a las embarazadas y a los controles, ver dos cuestiones. Una es la siguiente. Esta vacunación va a ser más efectiva en proteger a las embarazadas si va acompañada de una restricción de la movilidad o de facilitar condiciones para que la movilidad sea la menor posible en esa etapa. Por otro lado, está la instrumentación de los controles. Estamos muy próximos a establecer un cronograma o una planificación de volver a la atención presencial, que se ha visto bastante alterada o afectada producto también de la situación de los protocolos sanitarios y de la emergencia sanitaria. En ese marco, ¿les parece que esa comisión de vigilancia que se plantea, para ustedes -lo decía el doctor Claudio Sosa; quizás el doctor Daniel Borbonet no lo escuchó-, genera información para el seguimiento epidemiológico que aporta a generar otras medidas? Esto en aras de consultarlos sobre cómo ven la relación o la posibilidad de unificar criterios entre los distintos prestadores, porque a veces también ha sido una problemática, ¿verdad? Más allá de las circulares y de las ordenanzas que se pretende tengan la mayor claridad, en los prestadores siempre queda un margen de interpretación y eso hace que a veces los riesgos puedan aumentar y no necesariamente disminuir. Entonces, en ese marco, saber si ustedes le ven esa viabilidad también sería importante.

SEÑOR REPRESENTANTE GIANOLI (Gabriel).- Es un gusto estar con ustedes.

Tengo una consulta breve.

Cuando uno observa y escucha a los doctores, sabe que hemos llegado a un 75 % de la vacunación en las embarazadas, pero hay cuestiones vinculadas con la libertad que tiene todo individuo de vacunarse o no. Como se decía en la interpelación el otro día, la recomendación -que va en contrario de lo que dijo el doctor Leonel Briozzo en el sentido de que él sí recomienda e insiste con la vacunación- de algunos médicos difiere de la de otros. ¿Para ese 25 % existe -desde vuestra visión- alguna recomendación o manera de reducirlo? Porque estamos hablando de cuestiones que ya no tienen que ver con las políticas públicas, sino con la decisión individual en libertad y la recomendación de la cátedra.

SEÑOR BRIOZZO (Leonel).- Me parece muy pertinente la pregunta porque es un problema real.

Creemos que hay un fuerte vínculo entre el temor a la vacunación y la falta de información sobre la gravedad de la situación. Por ello hemos insistido mucho en la necesidad de informar la gravedad de la situación para la toma de decisiones realmente consciente, con todos los elementos arriba de la mesa.

Como siempre decimos, todas las intervenciones médicas -la vacunación no es la excepción- tienen riesgos y beneficios, y eso es en función del riesgo que haya por parte de la infección. Cuanto más riesgo tenga la infección, más beneficios tiene la vacunación. En este caso, sin lugar a dudas, la ecuación de riesgo-beneficio es absoluta con respecto a la necesidad de vacunarse.

¿Qué elementos pudimos ver vinculados con la decisión de no vacunarse? Uno de ellos es el relacionamiento con visiones religiosas vinculadas con las religiones que han adherido a un planteo negacionista de la pandemia. Eso está bastante bien reportado, sobre todo, en Brasil -en nuestro país no hemos visto estudios-: las mujeres que se vinculan con las religiones neopentecostales, por ejemplo, tienen una menor tasa de vacunación, por ese fenómeno de plantear que la pandemia prácticamente no existe, que son teorías conspirativas. Creo que ahí hay un núcleo importante de trabajo en ese sector, desde la información.

Lo otro que tendríamos que evaluar es el tema de la llegada a las comunidades en las que viven las mujeres para que se proceda eventualmente a una vacunación, como lo ha hecho el Ministerio en algunas campañas a través del móvil de Uruguay Crece Contigo. Me parece fundamental trabajar en los dos temas: en la información de la gravedad y en disipar dudas con respecto a la seguridad.

Por último, como dije, mi opinión no es personal, sino la del comité de ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. A diferencia de otras ocasiones en las cuales se puede decir que prima siempre la visión de que el médico debe asesorar a la paciente y esta tomar la decisión -en este caso eso también es respetar la autonomía de la paciente-, se plantea que activamente hay que recomendar, y que cuando hay dudas con respecto a la vacunación, hay que ir a buscarlas. Uno asesora a la paciente sobre la importancia que tiene que se vacune, y preguntarle: "¿Le queda claro? ¿Tiene alguna pregunta?". Habitualmente, eso no lo hacemos. En el tema de la vacunación, hay que hacerlo porque cuando hay dudas es muy riesgoso que la mujer no se vacune.

SEÑOR BORBONET (Daniel).- Es muy buena la pregunta. A nivel de pediatría, esa pregunta nos la hacemos permanentemente con aquellas vacunas que no son obligatorias -que son optativas-, pero que el Estado da gratuitamente, como la de la gripe. Nos preguntamos por qué hay colegas que anualmente no recomiendan la vacunación cuando desde la Sociedad Uruguaya de Pediatría y desde las cátedras lo hacemos. Es muy difícil contestar exactamente a esa pregunta porque hay colegas que no recomiendan las vacunas, pero la enorme mayoría sí. Indudablemente, va a haber que

trabajar -y mucho- desde la academia y desde las sociedades científicas para que muchos de los colegas vean esa posición. En este caso concreto nos duele que haya colegas que no lo planteen porque entendemos que la vacuna es fundamental. En el mes de junio y en este mes de julio hemos visto los resultados, el efecto y el impacto que ha tenido la vacuna en la mortalidad y en la gravedad de los pacientes. No hay dudas de que es efectiva.

Hay una pregunta que difícilmente pueda tener respuesta. Me refiero a los efectos secundarios o eventualmente secuelares que puedan llegar a existir luego de pasados los años con vacunas nuevas. Eso no se puede responder. Lo que hoy sí podemos responder es sobre el riesgo-beneficio frente a un instrumento de intervención que tenemos hoy, respecto a no aplicarlo. Ahí es la vida frente a la muerte. Hoy las vacunas están salvando vidas.

Ahora, ¿existen efectos secundarios -que quizás hoy no conocemos- de vacunas nuevas, sacadas al mercado de una manera extraordinariamente veloz? Creo que solamente en dos, tres, cuatro o cinco años, después de muchos millones de vacunados, podremos tener una respuesta suficiente desde el punto de vista académico y técnico en ciertas poblaciones como las embarazadas o los niños. Seguramente a la brevedad empezamos a vacunar a los niños porque estamos convencidos de que hay que hacerlo. Pero hay una respuesta que no podemos dar. ¿Usted me asegura que de aquí a unos años no habrá algún evento secundario o adverso? No. Hoy estamos seguros de que la vacunación disminuye la muerte, la enfermedad grave. De esa forma, aumentamos la población rebaño para que pueda estar menos presente en nuestra gente.

En suma, hay que hacer campañas de sensibilización para los colegas y también para la población, sobre una herramienta tan efectiva como una vacuna que por suerte hoy Uruguay tiene, y en bastante cantidad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Fue todo muy ilustrativo.

Les agradecemos muchísimo su participación.

(Concluye la conexión vía Zoom con los profesores de la Cátedra de Ginecología y de Neonatología) |

(Se establece conexión por Zoom con la delegación de la Fundación Plenario de Mujeres del Uruguay)

—Esperamos a alguien más de la delegación anunciada o están todas en sala de espera?

SEÑORA MORALES (Martina).- Se están conectando.

SEÑOR PRESIDENTE.- No figuran siquiera en sala de espera.

No sé si la doctora Morales está en condiciones de empezar o esperamos un poquito.

SEÑORA MORALES (Martina).- Si pudieran esperar un poco.

Estoy tratando de comunicarme, hace unos minutos hablamos.

SEÑOR PRESIDENTE.- El problema que tenemos es que para hoy hemos agendado a varias delegaciones y a la hora 11 y 20 estaríamos recibiendo a la siguiente, por lo cual nos gustaría, en la medida de lo posible, poder avanzar.

SEÑORA MORALES (Martina).- Están con un problema técnico para ingresar. Reenvió el *link*.

De todas formas, nuestra exposición la ajustaremos al tiempo que nos quede.

Si no tenemos éxito con la conexión, hablaré yo, pero la idea era que primero se presentara la directora de la Fundación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se ha establecido la conexión.

La Comisión tiene el agrado de recibir a las directoras de la Fundación Plenario de Mujeres del Uruguay, señoras Nelly Fagúndez y Ana Algaré; a la asesora legal, doctora Martina Morales, y a la coordinadora de proyectos, licenciada Beatriz Olivera.

En la medida de lo posible, pedimos que se ajusten al horario acordado, que lo tenemos un poco limitado.

La idea era recibir a Plemuu, en base a la nota enviada oportunamente, para opinar sobre el proyecto que estamos tratando.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Bienvenida la delegación de Plemuu; es un gusto recibir a sus integrantes.

Fundamentalmente, lo que persigue esta instancia es tener una valoración, una opinión, generar un intercambio de aportes de parte de la organización respecto de esta iniciativa -ustedes la han recibido y la han estudiado- que lo que busca, sobre el reconocimiento de lo que ha sido esta evolución continua de información a partir de investigación y monitoreo permanente de la situación de la emergencia sanitaria, es establecer algunas medidas que son imprescindibles para proteger, en este caso en particular, a las mujeres embarazadas y puérperas.

Hay medidas que ya se han tomado con oportunidad; pero nosotros entendemos -a partir de la realidad y de ir siguiendo un poco lo que quienes trabajan fundamentalmente en estas situaciones han marcado- que hay todavía necesidad, que se hace imprescindible seguir tomando otras medidas que tiendan a proteger y garantizar mayor seguridad, disminuir los riesgos de contagio; y en la eventualidad que de que, lamentablemente, una embarazada se infecte, tener posibilidad de no poner en riesgo absoluto la vida, tanto de las mujeres embarazadas como de sus bebés.

En ese marco, hay medidas que son de corte asistencial y otras más de asistencia económica para garantizar la disminución de esos riesgos.

En virtud de eso de que sabemos que su organización ha trabajado históricamente vinculada con los derechos de las mujeres, en particular, en lo que tiene que ver con derechos sexuales y reproductivos, nos interesaba tener su opinión, no solo por su trayectoria, sino también por su presencia en los territorios y en ese conocimiento permanente de la realidad.

Bienvenidas sean las sugerencias, los aportes y las recomendaciones para poder dar rápidamente otro tratamiento a este proyecto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Es importante señalar que tenemos presente e incorporado el informe que Plemuu envió por escrito.

SEÑORA FAGUNDEZ (Nelly).- Soy presidenta de la Fundación Plemuu.

En nombre de Plemuu, agradezco esta invitación para participar y dar nuestra humilde opinión con respecto a la experiencia.

Como decía recién la diputada, tenemos treinta y siete años de existencia y de trabajo permanente en los barrios, fundamentalmente, en los más carenciados. Y uno de los trabajos que hicimos -además de muchos otros como cáncer de mamas, la sexualidad o la violencia contra las mujeres- fue sobre el embarazo adolescente, que siempre nos preocupó muchísimo y es uno de los temas a los que acá especialmente nos parece que habría que ponerle un poco más de atención.

En primer lugar, cuando vimos el proyecto nos pareció muy bueno; quizás haya un par de cosas que agregaríamos. El proyecto en sí nos pareció interesante; nos pareció interesante que haya aparecido una propuesta de este tipo. Cuando se presentó el proyecto había ocho mujeres fallecidas, hoy hay doce. Nos parece que este proyecto debe tratarse en forma urgente, realmente, porque siguen muriendo mujeres.

Creemos que las dos partes son importantes: la económica y la social; respecto a la salud y lo social, el proyecto está muy bien hecho. Repito: quienes quedan siempre más descubiertas son aquellas mujeres más pobres, que no tienen trabajo, que no acceden a información, que no comprenden cuando los medios de comunicación explican que tienen tales o cuales derechos. Esto lo vivimos permanentemente a través de nuestros propios proyectos

Trabajamos con adolescentes, tenemos tres centros CAIF en Montevideo y en el interior, y ahí nos damos cuenta de qué les llega y qué no les llega a las mujeres; nuestros propios equipos -tenemos psicólogas, asistentes sociales, psicomotricistas que trabajan con las embarazadas y con los bebés- se dan cuenta de la importancia de este proyecto, tanto como del acompañamiento social que deberían tener las embarazadas a través del sistema de salud u otros. Hay muchos proyectos hoy en el Uruguay que se desarrollan con mujeres embarazadas, pero quizás no solo deberían aprovecharse estos proyectos, sino agregar más personal porque realmente es necesario.

Lo otro que me interesa destacar es que este proyecto tiene que aprobarse en forma urgente; hay que acelerar los tiempos que se han dado hasta ahora. Me parece que está bien, que tiene que discutirse y opinar todo el mundo, pero siguen muriendo mujeres.

Hay algo que quizás el Estado no ha hecho y a veces suena cruel cuando uno lo dice, pero al Estado le cuesta más caro cuando mueren las mujeres que cuando las mujeres vivas se ocupan de sus propios hijos. Esto lo dijimos cuando trabajamos en cáncer de mamas, y lo pudimos demostrar. Cada mujer que muere deja a su hijo, y no sabemos nunca si lo va a criar la familia o el Estado. Si pudieran hacer una cuenta rápida de dieciocho años de mantener un niño, verán qué caro cuesta al Estado eso; y ni qué hablar que esa madre pueda criar a su hijo o ese hijo no tener a su madre para que lo críe. Por lo tanto, yo haría hincapié en la urgencia de tratar esto, porque desde que lo presentaron hasta ahora ya murieron cuatro mujeres más.

Uruguay no puede darse el lujo de perder mujeres ni de que las mujeres empecemos a tener miedo y no queramos quedar embarazadas y, por lo tanto, no crezca el país como tal. Ya tenemos realmente un porcentaje muy bajo de natalidad y no podemos seguir bajándolo.

Pediría a todos los representantes que lo piensen desde este punto de vista.

Quiero ceder la palabra a una compañera que va a hablar desde otro lugar.

Muchas gracias.

SEÑORA OLIVERA (Beatriz).- Buenos días a todas y a todos. Gracias por darnos esta oportunidad.

Siguiendo un poco la línea de lo que planteó nuestra directora, reafirmo el tema de la urgencia de que se pueda aprobar este proyecto lo antes posible.

Pensando en cuestiones más concretas, con todo el equipo nuestro veíamos importante puntualizar algunas cosas.

Creemos que algún sector de la población de repente no está cien por ciento contemplado, como aquellas mujeres que son primerizas y que tal vez no acceden a beneficios como la tarjeta del Mides o algún otro, sobre todo las adolescentes que están

dentro de un núcleo familiar y no acceden. Entonces, habría que tener en cuenta este sector de la población -que no es poca cosa-; además, las adolescentes que quedan embarazadas son de los sectores más vulnerables de la población, así como aquellas que en general no trabajan, que tampoco están insertas en el mercado laboral, menos en el formal; si trabajan, están en el mercado informal. Este es un punto a tener en cuenta. Por otro lado, nos preguntábamos cómo veíamos el acceso a mujeres que hoy no están vinculadas con el mercado laboral formal o que no están trabajando, porque el proyecto apunta más que nada al sector privado y a aquellas mujeres que sí están trabajando. Sin embargo, por la experiencia de trabajo que tenemos, sabemos que muchas de esas mujeres no acceden al mercado laboral y si lo hacen, acceden al mercado informal. Entonces, habría que pensar desde ahí cómo contemplamos a este sector de la población.

Nosotros trabajamos en hospitales y con muchas mujeres muy vulnerables cuyos salarios no son muy grandes. El proyecto plantea un subsidio por tres meses -cosa que nos parece bien-, pero nos parece que tendría que ser por todo el embarazo.

Estas son las cosas más puntuales que nos parece importante resolver a la brevedad.

Muchas gracias.

SEÑORA MORALES (Martina).- Muchas gracias por recibirnos.

Somos conscientes de que con posterioridad a la presentación de este proyecto de ley, el 25 de junio se aprobó un decreto que contempla parcialmente la situación de las mujeres embarazadas. De todas maneras, cuando comparamos la norma que se aprobó y el proyecto que está en discusión en esta Comisión, vemos que este último abarca más situaciones y nos parece una mejor forma de cuidar a las mujeres embarazadas. El decreto del 25 de junio contempla solamente a las mujeres trabajadoras del ámbito formal -o sea que están formalmente amparadas por el Banco de Previsión Social; solo incluye a la actividad amparada por este organismo- y prevé un subsidio por enfermedad, que es un 70 % del sueldo, para aquellas mujeres que no puedan teletrabajar; o sea, le da la opción a la mujer a que se ampare al subsidio, siempre que no pueda teletrabajar.

(Se interrumpe la conexión vía Zoom)

SEÑOR PRESIDENTE.- Se interrumpió la conexión.

Quizás se pueda avisar a la doctora Morales que no la estamos escuchando.

SEÑORA FAGÚNDEZ (Nelly).- Quería complementar la idea que venía desarrollando la abogada Martina Morales.

Nos parece importante también que se pueda establecer que en vez de obligatorio sea un derecho por el que las mujeres puedan optar.

La doctora tenía previsto hablar de otras cuestiones legales, que yo no puedo exponer.

Por si no se llega a retomar la conexión, me adelanto a agradecer a la Comisión por habernos tenido en cuenta como sociedad civil y porque nos parece muy rico intercambiar algunos conceptos. Nosotras quedamos a las órdenes de ustedes para tratar cualquier tema que involucre las áreas en que trabajamos, relativas a las mujeres. || Quizás otra forma de colaborar sería haciéndoles llegar por escrito lo que hubiera faltado, si la abogada quisiera complementar algún aspecto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sí; les agradecemos. Ya tenemos el informe escrito de ustedes, pero nos pareció bien invitarlas, escuchar su opinión, y que a la vez quedara registrada en la versión taquigráfica; tal vez no hubiera sido necesario porque se tomaron el trabajo de hacernos llegar el informe escrito.

SEÑORA MORALES (Martina).- Pido perdón por este inconveniente.

Simplemente, quería redondear que nos parece que, si bien se aprobó un decreto, este proyecto es mucho más abarcativo, porque contempla, no solo un beneficio económico para las mujeres embarazadas, sino -como decían Olivera y Fagúndez- todo un seguimiento a ellas y, además, prevé un subsidio por paternidad, por lo que el cónyuge o alguna otra persona del núcleo familiar de la embarazada también podría tomarse quince días antes del parto para poder acompañar a esa mujer y cuidar más esa burbuja. Como decíamos, también incluye a las mujeres que no tienen trabajo hoy en día, que están en contextos más vulnerables, a través de un subsidio equivalente a un salario mínimo que se otorgaría en la Tarjeta Uruguay Social, que nos consta -por haber trabajado en el Mides y hacerlo aún- que funciona bien, llega a los beneficiarios, y permite que puedan manejar adecuadamente los recursos que se les entregan.

En resumen, queríamos destacar los beneficios de este proyecto -más hoy en día- por sobre el decreto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchísimas gracias y estamos a la orden por cualquier otro tema.

SEÑORA FAGÚNDEZ (Nelly).- Muchas gracias y mucha suerte con este proyecto.

(Concluye la conexión vía Zoom)

SEÑOR PRESIDENTE.- Si hay acuerdo, recibiríamos a la Organización Civil Nacer y Ser.

(Se establece la conexión vía Zoom)

—Es un gusto recibir a la delegación de la Organización Civil Nacer y Ser, integrada por la licenciada Melania Raszap, y las doctoras Siria Leites y Verónica Robles.

SEÑORA RASZAP (Melania).- Aclaro que la licenciada Laura Vega no podrá participar porque tuvo un inconveniente personal.

Antes que nada, quiero contar quiénes somos. Nosotros somos una organización que viene trabajando hace casi seis años en todo lo que tiene que ver con la violencia en contexto obstétrico. En particular, desde el comienzo de la pandemia venimos trabajando fuertemente en lo que tiene que ver con la protección de los derechos consignados por la normativa vigente, que se han visto seriamente vulnerados y puestos en duda en todo el país, realmente. Nosotras trabajamos junto con la Red uruguaya por la prevención y visibilización de la violencia en contexto gineco-obstétrico y perinatal, que nuclea organizaciones que actuamos en lo que tiene que ver con la defensa de los derechos perinatales.

No veo a la doctora Robles, que iba a hacer un punteo.

SEÑOR PRESIDENTE.- La admitimos, pero ahora no la encontramos; ni siquiera está en la sala de espera.

SEÑORA RASZAP (Melania).- Debe haber tenido algún problema con la conexión.

SEÑORA LEITES (Siria).- Melania: tal vez tú podrías empezar con el punteo que teníamos y voy apoyando en los distintos aspectos.

SEÑORA RASZAP (Melania).- Nosotras hicimos un análisis de cada uno de los artículos y aspectos. En lo que tiene que ver con el control estricto nos gustaría saber, según lo que propone el proyecto, cuál sería la diferencia con respecto al control de las embarazadas que existe hoy por hoy, y en particular...

(Se interrumpe la conexión vía Zoom)

SEÑOR PRESIDENTE.- Se corta mucho la conexión.

SEÑORA RASZAP (Melania).- Respecto al control decía que nosotros teníamos interés en proponer la posibilidad de hacer los controles obstétricos de rutina a domicilio, así como la extracción de las muestras para los análisis médicos. Consideramos que en este contexto, exponer a las mujeres aún más al tener que ir a los hospitales, no es una buena idea. Estamos hablando, en general, de mujeres sanas y jóvenes que están cursando un embarazo. El hecho de ir a un hospital permanentemente -no sé cuál era la propuesta relativa a incrementar los controles, pero realmente las rutinas de control ya de por sí implican que deban ir muchas veces al hospital en el correr del mes-, no hace más que exponerlas.

Tal vez la doctora Leites podría agregar algo a este respecto.

SEÑORA LEITES (Siria).- Nosotros vemos que si la finalidad de la ley es procurar atender a las embarazadas de mejor forma creemos que no se están considerando ciertos aspectos, como por ejemplo que se podrían hacer los controles en domicilio, las ecografías, las extracciones de sangre y demás.

Por eso nos genera cierta duda cuando se habla de un "control estricto", porque no sabemos a qué se refiere con ello y tampoco queda muy claro en el texto si estos aspectos son condicionantes. Me refiero, por ejemplo, a lo que tiene que ver con el control del embarazo estricto y a cuando se habla de la vacunación obligatoria. Esos son los aspectos que no entendemos, o nos parece que la finalidad que se busca no se estaría logrando con esas apreciaciones.

La doctora Robles me dice que está intentando entrar, pero que la plataforma no se lo permite.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sin embargo, no nos figura.

SEÑORA RASZAP (Melania).- Es una lástima.

SEÑOR PRESIDENTE.- La verdad que sí.

Tal vez, si ustedes quieren podrían hacernos llegar por escrito su opinión y la incorporamos a la versión taquigráfica.

SEÑORA LEITES (Siria).- Queríamos referirnos al tema de la vacunación, al teletrabajo y a referencias específicas a algunos conceptos como, por ejemplo, cuando se establece el término "deberá". El hecho de incluir "deberá" en esta norma nos parece que genera una serie de problemas para las mujeres embarazadas de hoy en día, y las jóvenes que pretenden acceder al trabajo, porque se genera una mayor estigmatización y diferencia. Hoy en día si el patrón quiere contratar va a optar, por no verse obligado por este tipo de normativa. Creo que en este tipo de proyectos los términos "deberá" o "podrá" marcan la diferencia en muchos aspectos.

Nosotros vemos -de todas maneras lo podemos presentar por escrito- que se genera una mayor vulnerabilidad de las mujeres embarazadas cuando se está pretendiendo lo contrario, es decir darles un mayor amparo. Tal como estuvimos hablando con el equipo, no tenemos un movimiento antivacuna, pero estamos viendo el porqué de la obligatoriedad de la vacunación; por qué el patrón de la mujer embarazada tiene que saber si está o no vacunada, cuando el resto de los empleados no lo tienen que informar. Ese tipo de situaciones pueden generar diferencias y nos parece que eso se puede dar en los hechos con esta normativa.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Quisiera aclarar dos cuestiones. Como todo proyecto -ya lo hemos dicho- es perfectible, sin duda; fundamentalmente, estoy hablando de cuestiones de forma, en términos de la técnica

legislativa, que después siempre se corrigen. Pero sí quiero dejar aclarado que cuando plantea tener un control estricto del embarazo mediante equipos multidisciplinarios -en el articulado-, este control estricto no está tratando de vulnerar, sino de garantizar, porque hay que tener en cuenta en el marco de qué coyuntura se pretende que estas medidas tengan vigencia, porque son medidas excepcionales en esta situación extraordinaria que estamos viviendo. En ese marco, el control estricto responde a una situación donde los controles se han visto afectados, modificados, por la emergencia sanitaria, mucho más en los meses pasados, y ahora estamos -obviamente- tratando de ir de a poco, gradualmente, recuperando la presencialidad. Pero también es cierto que en el marco de los meses anteriores ha habido modificaciones de los controles obstétricos. De hecho, hay indicadores que publican centros de segundo nivel de atención que muestran que la baja de los controles pediátricos y obstétricos ha sido hasta de un 30% o 37%. Entonces, hablamos de lo estricto de recuperar ese procedimiento de control, en el marco -por supuesto- de los derechos de las mujeres y de fortalecer los equipos multidisciplinarios. A eso se refiere el proyecto. Si eventualmente el término se presta a confusión hay posibilidades de corregirlo, pero lo estricto es cumplir en tiempo, en forma y en calidad asistencial con lo que corresponde para un adecuado transcurso del embarazo y una atención del recién nacido con todas las garantías.

Y cuando habla de desarrollar un plan de vacunación masiva, por supuesto que no estamos hablando de obligatoriedad. Eso no estuvo planteado en este proyecto; se planteó inicialmente y fue una discusión que ni siquiera llegó al Parlamento, cuando se inició el proceso de vacunación. Acá no estamos hablando de la obligatoriedad, sino de la recomendación y de la necesidad, y ahí sí de la obligatoriedad en términos de los prestadores de informar y de acercar toda la certeza y las recomendaciones que establecen las sociedades científicas respecto a las ventajas o la disminución de riesgo de la vacunación, pero no se está hablando de obligatoriedad ni tampoco, bajo ningún punto de vista, de que el empleador -sea este público o privado- pueda exigirla. No se está buscando por la tangente una situación que vulnere o genere una diferenciación de situaciones respecto de las embarazadas; al contrario. Lo que se busca con el término "masiva" es la necesidad de llegar al universo o al total de mujeres embarazadas con la información certera, generando confianza para que sea una toma de decisión informada y oportuna de parte de las mujeres embarazadas respecto de su protección, la de su bebé o de su feto, y también del entorno que la rodea. Me parece importante aclarar esto, y si es necesario que esto tenga una adecuación para que quede claro por supuesto que estamos abiertos a eso.

Agradecemos -por supuesto- los aportes; bienvenidos sean siempre.

SEÑORA LEITES (Siria).- Entendemos que sería necesario que quede claro que estamos hablando de recomendaciones y -tal como lo hablábamos- también nos parece importante analizar el tema del teletrabajo cuando se habla de que "deberán". Ese "deberán" también puede generar muchos perjuicios según lo que hablamos anteriormente, tanto para las trabajadoras dependientes como para las no dependientes. Entonces, creo que también el término "deberán" debe ser considerado, dando la opción de modificarlo, por ejemplo, por "podrán". Esa es nuestra opinión porque entendemos que se pueden generar situaciones de vulnerabilidad para las mujeres jóvenes hoy en día contratadas, tanto dependientes como no dependientes, así como a una monotributista, por ejemplo, que deba optar por el teletrabajo si su tarea así lo dispone. || Creo que, de esa manera, también se está generando una situación que puede vulnerar ese sector de la población.

SEÑORA RASZAP (Melania).- No solamente evaluamos que se podían dejar en una situación de muchísima vulnerabilidad a las mujeres monotributistas, sino también a las

trabajadoras independientes, a las profesionales. Hay muchas tareas que no permiten el teletrabajo, y el "deberán", en realidad, las deja en la situación de que si no está teletrabajando, está violando lo dispuesto por la ley. Es un poco fuerte ¿no? Por más que una embarazada monotributista o independiente reciba un subsidio va a generar, sin lugar a dudas, en muchos casos, pérdidas de clientes que no pueden ser valuadas o cubiertas por ningún tipo de subsidio. Por eso nos preocupa mucho este "deberán".

Por otro lado, nos preocupa la contratación de mujeres jóvenes que buscan trabajo. Si un empleador tiene que optar entre una mujer joven que capaz que se embaraza, y a raíz de este proyecto podría estar sin trabajar más de un año, y un hombre, probablemente elija contratar al hombre. Ese es un detalle no menor en este planteo.

No sé si están al tanto de las once muertes maternas. Nos preocupa seriamente que de esas once, siete fueron en el norte del país; un 17% de la población. Probablemente, esto no habla de covid. Hemos hecho un seguimiento bastante importante respecto a estos casos y podría presumirse que hubo una falla en la asistencia. Supongo que este proyecto de ley busca, precisamente, evitar las muertes maternas, pero, en su mayoría, las mujeres no están muriendo por covid, sino, presumiblemente, por la atención recibida. Sería interesante -no sé si le corresponde a esta Comisión- que se hiciera un análisis más profundo de cada caso, de las situaciones que desembocaron en el fallecimiento, porque, sin duda, es algo que llama la atención. Estamos hablando de que siete de once fueron en el norte del país. En Montevideo solamente hubo una fallecida. En realidad, dos, si tenemos en cuenta que una de ellas fue trasladada a último momento a Montevideo, pero toda su internación sucedió en el norte del país.

SEÑORA LEITES (Siria).- Me gustaría agregar algo con respecto al teletrabajo.

Es importante tener presente que, hoy en día, no tenemos una legislación vigente en cuanto a teletrabajo. Hay un proyecto de ley, pero no una normativa específica que lo regule. Ese es otro aspecto más a tener en cuenta cuando estamos diciendo que se "deberá" optar por el teletrabajo. Si vamos a decir que se debe optar por el teletrabajo, por lo menos habría que regular los aspectos más básicos del teletrabajo para estas mujeres embarazadas; porque hay un proyecto para el teletrabajo, pero no está aprobado.

SEÑORA RASZAP (Melania).- Nos gustaría sugerir -creemos que es un valor interesante-, que en la comisión propuesta por este proyecto de ley haya también un representante de la sociedad civil organizada. Consideramos que es un elemento muy importante, sobre todo con respecto a las organizaciones abocadas específicamente a esta área.

SEÑOR REPRESENTANTE SODANO (Martín).- Debido a que se habló de un tema vulnerable en nuestro sistema, quiero acotar un detalle que no es menor.

En el día de ayer se aprobó, por cuatro votos en siete, una ley de teletrabajo en la Comisión de Legislación del Trabajo y Seguridad Social, la cual ampara y protege a las mujeres de la discriminación, más aún a las que están en situación de embarazo.

SEÑORA RASZAP (Melania).- Les agradecemos su tiempo. Esperamos que estos aportes puedan ser tenidos en cuenta y que ayuden a que este proyecto de ley salga lo mejor posible y sea una ley realmente positiva para la sociedad.

Si es posible, nos gustaría recibir la versión taquigráfica.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se la haremos llegar. Muchas gracias.

(Finaliza la conexión vía Zoom)

—Quiero dejar constancia de que, siendo las 11 y 56, la organización citada para este momento no se encuentra en sala de espera y la secretaría ha intentado comunicarse con ellos desde las 11 y 15.

(Ingresa a sala la señora representante María Eugenia Roselló)

—Por lo tanto, pasamos al siguiente punto del orden del día: "Subsidios por maternidad y por paternidad para trabajadores de la actividad privada".

Está presente en sala la autora del proyecto, a quien recibimos con mucho gusto y le damos la palabra.

SEÑORA REPRESENTANTE ROSELLÓ (María Eugenia).- Me congratula estar hoy acá, pudiendo explicarles el porqué del proyecto.

La idea de la Ley Federica surge a raíz del planteo, la preocupación y la necesidad, sobre todo, de varias familias que han pasado por la situación de tener un recién nacido prematuro con bajo peso con comorbilidades, o un recién nacido que no es prematuro pero que presenta riesgo de vida por cardiopatías congénitas, etcétera.

De acuerdo con el régimen vigente, Uruguay no cuenta con un sistema que proteja a estas familias. Las mamás tienen catorce semanas de licencia maternal más subsidio parental para cuidados, seis meses para ambos progenitores y, además, la opción de la licencia sin goce de sueldo, que es lo que nadie espera, porque suspender el ingreso no es lo mejor, luego de una situación que, al contrario, requiere mucho más apoyo económico por los cuidados que estos niños necesitan.

Nosotros nos basamos en dos puntos: los recién nacidos que son prematuros con menos de 1,5 kilos o gestaciones múltiples, es decir cuando se presenta más de un recién nacido. Lo que planteamos es que la licencia maternal se extienda de catorce semanas a dieciocho, manteniendo el subsidio parental para cuidados, que es de seis meses, para ambos progenitores.

En el caso de que el recién nacido presente comorbilidades derivadas de la prematurez o tenga cardiopatías congénitas u otras patologías que requieran largas estadías en el centro hospitalario o en su domicilio, proponemos que el régimen actual de catorce semanas se extienda a los seis meses del recién nacido y el subsidio parental para cuidados de seis meses a los nueve meses de recién nacido.

(Diálogos)

—Repito, el proyecto prevé dos puntos importantes: la extensión de la licencia maternal para las madres de los recién nacidos prematuros con menos de 1,5 kilos o gestaciones múltiples. En ese caso se prevé que se extienda a dieciocho semanas, y mantener el subsidio parental para cuidados en seis meses, que es el régimen vigente. Luego, para los casos de gravedad que requieran larga hospitalización o estar en el domicilio -muchas veces sucede que se da el alta en el centro hospitalario, pero luego requieren extremos cuidados en domicilio; no es que la persona fue dada de alta por completo-, proponemos que la licencia se extienda a los seis meses del recién nacido y a los nueve meses el subsidio parental para cuidados. Esto es para ambos progenitores.

En definitiva, nosotros consideramos que es fundamental esta herramienta, primero, para proteger el maternaje -hay evidencia científica que demuestra que el vínculo entre la madre y el neonato es fundamental para la mejor sobrevivencia del recién nacido- y, segundo, para atender esa situación de enorme estrés que atraviesan estas mamás a la hora de enfrentarse a una situación como esta, de tener que padecer tener un hijo con comorbilidades o con riesgo para la vida y tener que estar acudiendo a médicos, a psiquiatras o psicólogos a que las certifiquen para poder acompañarlos, y tener que

convencerlos -porque a veces no las comprenden- de que es una necesidad que ella esté en el hogar al cuidado de su hijo, su hija o sus hijos.

En el caso de la Ley Federica, nosotros nos basamos, nos inspiramos en Federica, una niña que hace muy poco cumplió dos años junto con sus hermanas. Fueron las tres prematuras, pero Federica fue la más complicada: pesó 580 gramos. Puedo asegurar que esa mamá tuvo que hacer muchas peripecias para poder acompañar a sus hijas porque presentaban muchas complicaciones y tuvieron que ser internadas e intervenidas en reiteradas veces por esa condición de ser prematuras. Como ella, hay casos en muchas familias.

Según la información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública -este es un dato interesante para compartir; tenemos información de 2019-, estaríamos hablando de unos 893 neonatos en estas situaciones. Esto no quiere decir que todos los niños prematuros tengan riesgo para su vida o que presenten comorbilidades, pero está claro que a menor edad gestacional mayor la morbimortalidad, y eso redundará siempre en estadías hospitalarias más prolongadas.

Entonces, instrumentamos esta iniciativa atendiendo a estas situaciones y sabiendo también que es una solución en parte para el BPS -hemos hecho las consultas necesarias-, porque es más caro tener que certificar por enfermedad a estas mamás ya que implican licencias muy prolongadas. La idea es darles un certificado por la licencia que les corresponde, es decir, la de maternidad.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Valoramos la presentación de este proyecto de ley. Es un tema que venimos estudiando hace mucho tiempo, desde 2013, cuando se incorpora toda la modificación de licencias parentales y se amplían determinadas condiciones. Nosotros trabajamos en la Administración pasada con Aupaprem, la Asociación Uruguaya de Padres de Niños Prematuros. Hubo una intencionalidad de incorporar las condiciones que están en la exposición de motivos del proyecto de ley que presenta la señora diputada María Eugenia Roselló. Nosotros les íbamos a proponer -particularmente lo hemos hablado con la señora diputada de costado-, porque esto amerita un trabajo en conjunto de todas las bancadas, que consultemos al grupo de investigación de la Facultad de Sociología y a la Unidad de Género de la Facultad de Ciencias Sociales, coordinada por la profesora Karina Batthyány, con la profesora adjunta Natalia Genta y la profesora asistente Valentina Perrotta. Ellas llevan más de veinte años estudiando todo el régimen de licencias parentales, con una mirada de corresponsabilidad. No olvidemos que cuando Uruguay hace la reforma en 2013 nosotros veníamos siguiendo la mínima que nos recomendaba la OIT, y se amplió la licencia, con una mirada de género, de los padres, que hoy gozan de trece días.

Ya que estamos en este tema, el Uruguay amerita una transformación profunda en las licencias y que incorpore la mirada de la corresponsabilidad con algunas precisiones en especial. Tenemos un acumulado para trabajar en conjunto. Creo que sería una muy buena señal, porque el derecho a criar -con un Estado que ha avanzado mucho, pero todavía tiene que mejorar y garantizar ese derecho- también tiene que incorporar la mirada de género, la corresponsabilidad y estas situaciones en particular. Está bien clara la corresponsabilidad en cualquier familia que tiene un recién nacido con una patología que requiere una internación prolongada, sea por la prematurez o por las patologías que hagan necesaria la internación -sobre todo en cuidados intensivos neonatales-, y esa familia se come casi toda la licencia en el período de internación.

Entonces, creo que amerita una discusión más profunda de todo el tema de las licencias parentales en el Uruguay, y tomando estas consideraciones. Nosotros podemos aportar lo que tenemos acumulado a la señora diputada María Eugenia Roselló y al

equipo e intercambiar entre nuestra bancada y el resto de los señores legisladores. Creo que amerita, entre otras visitas -por los años que llevamos en este tema-, la de este equipo de la universidad porque tiene el acumulado, desde la participación en el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, así como la del BPS. Tiene un acumulado de más de veinte años de estudio de las licencias parentales del Uruguay y del impacto en el mundo que han tenido cada una de estas acciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les informo que están en sala de espera la organización que había quedado para atrás. Cuando terminemos con este tema les damos entrada.

SEÑORA REPRESENTANTE ROSELLÓ (María Eugenia).- Agradezco el aporte de la señora diputada Cristina Lustemberg.

Estoy segura de que se ha venido trabajando desde hace muchísimos años este tema; no lo dudo. Nosotros también nos hemos reunido con la fundación Aupaprem, con la Fundación Corazoncitos, con el doctor Daniel Borbonet, con pediatras y neonatólogos que están trabajando en el hospital Pereira Rossell y conocen muy de cerca estas situaciones, y con estas familias -como mencioné-, testigos clave de esta situación.

No queremos que este proyecto de ley duerma el sueño de los justos. Yo presenté un proyecto de ley y hay familias que están muy esperanzadas con él. Pero no queremos que este proyecto de ley duerma el sueño de los justos, que quede dormido en un cajón y que por recibir, por proponer y por tratar de incluir temas en los que estoy de acuerdo que hay que avanzar -como la igualdad o la licencia parental-, no se analice. Estoy de acuerdo con todo esto y coincido con ello porque soy madre y lo viví con Felipe. Más allá de eso, vamos a empezar por los más vulnerables. Es fundamental que desde el sistema político demos una señal. Si estamos de acuerdo, avancemos; las modificaciones quedarán para más adelante. No quiero que eso sea una tranca para el proyecto porque, realmente, hay muchas familias entusiasmadas. Hay muchos profesionales entusiasmados con este proyecto. Reitero: ya me he reunido con varios catedráticos en la materia. No quiero que, por pretender incluir ciertos temas -sobre los que se ha venido trabajando y hay mucha información-, esto quede trancado y duerma el sueño de los justos.

Comparto poder hablar y debatir algunas propuestas, pero me gustaría que este proyecto avanzara de forma ágil para dar una buena señal en el sentido de que estamos protegiendo esta situación de tanta vulnerabilidad.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Quiero acotar algo porque aprendí que lo que uno no habla para la versión taquigráfica no queda registrado; es una cuestión de equilibrio.

Tenemos clarísimo que esto no va a quedar dormido. Ese es el acuerdo que tenemos clarísimo. No estamos haciendo un reconocimiento a lo hecho, porque se hizo, y dijimos que desde 2013 venimos trabajando para ver algunas debilidades que todavía tenía la regulación de 2013. ¡Estamos comprometidas en avanzar y en saber qué es lo posible, cuál es la ley que requiere un marco estructural y qué cosas requieren que se den señales concretas! Eso no corresponde ni que lo aclare; está sobreentendido.

Creo que Uruguay, en algunas cosas, demora muchos años y en otras hacemos determinados parches. En algunos casos yo creo que tendríamos que hacer una mezcla de las dos cosas: la agilidad de un marco normativo, pero que sea factible, con los costos económicos, y desde las competencias que tenga el Poder Ejecutivo. Creo que el compromiso de esta bancada no es dormirlo, es aportar el acumulado, ver dónde tenemos debilidades y qué es lo factible hoy para avanzar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Es bueno decir que la idea de participar y de dar entrada al proyecto en la Comisión es para darle celeridad. Creo que también va dando una tónica de trabajo en todo lo que podamos hacer para que nuestra población no solo esté más protegida, sino también que podamos proteger a embarazadas, sobre todo a los nacimientos, algo que precisa mucho este país. Debemos ser más justos, trabajar y ser eficientes para lograr un futuro mejor.

Este proyecto va a quedar en el orden del día y vamos a seguir con su tratamiento.

SEÑOR REPRESENTANTE SCHIPANI (Felipe).- Aplaudo la presentación de la señora diputada María Eugenia Roselló.

SEÑORA REPRESENTANTE ROSELLÓ (María Eugenia).- Gracias por recibirme.

(Se retira de sala la señora diputada María Eugenia Roselló)

SEÑOR PRESIDENTE.- Si todos están de acuerdo, ya podemos ponernos en comunicación con la delegación de Libertad Sanitaria Uruguay, integrada por las señoras Laura Prieto, Nancy Méndez, Ana Arrieta, Ana Gadea y Ana Rosengurtt.

(Se establece la conexión vía Zoom)

—Les damos la bienvenida.

Les aclaramos que a la hora 12 y 20 debe terminar esta reunión, pero teníamos especial interés en recibirlas. Pedimos disculpas por el error en la comunicación.

SEÑORA ROSENGURTT (Ana).- Aclaro que nos habían dicho que disponíamos de veinte minutos.

Estamos en representación de Libertad Sanitaria Uruguay, en este momento, impulsada por 15.953 adherentes. Habiendo tomado conocimiento de este proyecto, lo analizamos porque nosotros nos dedicamos al respeto y la difusión de los derechos individuales y de los consumidores de productos y servicios de salud, al amparo de la normativa vigente. Entonces, de este proyecto nos llamaron la atención varias cosas.

Primero, queremos aclarar que el embarazo no es una enfermedad, sino un proceso natural. Por lo tanto, en pandemia se debería evitar medicalizarlo aún más.

El artículo 2º del proyecto mandata al Poder Ejecutivo a convocar a organismos competentes, pero no los especifica

Luego, en el artículo 3º delega en el Poder Ejecutivo el dictado de las normas al imponer los aspectos generales detallados en el artículo anterior. El artículo 4º mandata a la Junasa a reglamentar los aspectos de control. Todo eso es contrario al artículo 10 de la Constitución, que determina que solo por ley se puede limitar la libertad. Destaco lo de la libertad porque en el proyecto se habla de aspectos de control, de un programa de seguimiento y control estricto, regulación de las condiciones para el mantenimiento de la burbuja familiar en las embarazadas, estricto seguimiento diario de forma ambulatoria para las covid positivo. Nos preguntamos qué va a pasar con las que tengan covid positivo sin síntomas. Todo esto vulnera lo establecido en la Ley Nº 18.335 sobre los derechos de los pacientes y de los usuarios de los servicios de salud.

Nos preguntamos, entonces -con todo este andamiaje-, si el embarazo se convierte en un delito, si se instala una tobillera a las mujeres por estar embarazadas, si el Estado va a entrar en la privacidad del hogar para auditar las condiciones en que vive una embarazada.

Luego, se propone un plan de vacunación específico, cuando el plan general ya contempla la vacunación para las embarazadas. Se habla de vacunas demostradas

científicamente cuando, en realidad, la Organización Mundial de la Salud no recomienda la vacunación por tratarse de embarazadas.

También plantea -algo que nos preocupa y mucho- brindar información solo sobre los beneficios de la vacunación, sin advertir que la OMS no la recomienda y que no ha sido probada en embarazadas. Todo ello es contrario a la Ley N° 19.286 del código de ética médica, que establece que al usuario hay que darle toda la información. Hay que dar a conocer los beneficios y los riesgos para que el usuario decida por cuál solución va a optar.

Luego, sorprende el artículo 5º, que establece que las mujeres beneficiarias amparadas por la presente ley deberán realizar teletrabajo. Eso no refiere a la condición de trabajadora. Entonces ¿las mujeres que por opción no trabajan serían obligadas a teletrabajar? Las jefas de hogar monoparentales, con trabajos que requieren presencialidad, ¿cómo van a llevar a cabo esto?

Por otro lado, debo decir que tuvimos problemas para entrar. Por lo tanto, ya ven que el tema del teletrabajo no es fácil. ¡Si ustedes tuvieron problemas técnicos, imaginen la gente en sus hogares!

El término "deberán" en lugar de "podrán" implica obligatoriedad del teletrabajo. Esto es contrario a las normas que promueven la igualdad de mujeres y hombres, como la Ley N° 18.104 y la Ley N° 19.846. Esto empujará a los empleadores a optar por contratar hombres en lugar de mujeres porque tendrán claro que a las mujeres las van a tener que mandar a teletrabajar y no van a contar con ellas en forma presencial; eso va a impactar. Va a impactar en las mujeres puesto que van a retrasar su maternidad por evitar que las saquen de la escena laboral; es claro que hay puestos de trabajo que requieren presencialidad. || Entonces, si las mujeres van a quedar en un segundo plano y los hombres van a tener prioridad, obviamente, eso implica una vulneración de los derechos laborales.

Además, nos preocupa porque el teletrabajo no está legislado en Uruguay. Entonces, obligar a teletrabajar implica obligar a la informalidad laboral. De hecho, el Poder Ejecutivo sugirió el teletrabajo a todos los actores privados, y a los públicos también en la medida de sus posibilidades. Por lo tanto, no es obligatorio teletrabajar para nadie. Entonces, este proyecto impondría algo que no está legislado en el Uruguay.

Lo otro que nos preocupa es que se crea una comisión de vigilancia covid en embarazadas -lo cual también vulnera la libertad- y con el fin de homogeneizar -es el término que está ahí-, lo cual vemos que es contrario a la personalización de la atención, de acuerdo con la individualidad de cada uno.

Vemos que el plan convierte al médico en un mero ejecutor de protocolos y vendedor de vacunas, que invadiría el domicilio de cada embarazada para imponerle lo que el Estado le destina, sin respetar su autonomía.

En caso de que la embarazada tuviera un ginecólogo de confianza, de un embarazo anterior, este programa no estaría respetando la opción de la embarazada por la atención preferencial con ese ginecólogo de confianza.

Se establece la creación de esa comisión, integrada por diversos actores, uno de los cuales vemos que es el Sindicato Médico del Uruguay; rechazamos la integración por el Sindicato Médico, porque es una institución privada, cuyos fines no están relacionados con el objeto de este proyecto. Es un gremio que defiende los intereses de los trabajadores médicos y este proyecto abarca a todas las embarazadas en Uruguay, trabajen o no, y habría también otros gremios involucrados

Por lo tanto, entendemos que no es conveniente que el Sindicato Médico del Uruguay integre esta comisión.

En cambio, nos preocupa que no se considere la participación de un representante por las usuarias en esta comisión, que podría ser una ONG que defienda los derechos sexuales y reproductivos, el movimiento de usuarios de salud o una organización de consumidores. En definitiva, la exclusión de un representante por las embarazadas las condena a la infantilización tutelada por el paternalismo del Estado otra vez

Otra cosa: vemos que estaría omitida la facilitación de la obtención de la cédula identidad de los recién nacidos que por ley debe ser antes de los cuarenta y cinco días. Sabemos que la Dirección Nacional de Identificación Civil tiene un móvil que va a domicilio a hacer la cédula; entonces, las personas que tuvieron familia en los prestadores privados tendrían que ir, por ejemplo, en el caso de Montevideo, al hospital Pereira Rossell, exponiendo al recién nacido al ambiente hospitalario de vuelta, cuando en realidad se le podría hacer la cédula a domicilio.

En la exposición de motivos se mencionan las muertes maternas que hubo este año; tenemos pedida una información al Ministerio de Salud Pública sobre estos casos, porque sabemos que varios están siendo investigados. La mayoría de ellos ocurrieron en prestadores públicos -solo uno en un privado-, la mayoría, además, al norte del país. Entonces, al igual que todas las demás muertes en pandemia -que son "con" covid y no "por" covid; no todas esas muertes fueron por covid; pudieron haber sido por efecto adverso de la vacunación, mala praxis u omisión de asistencia; estamos en conocimiento de testimonios dramáticos como el de la mujer que murió en el Hospital de Clínicas, a quien aparentemente se le habrían hecho tres PCR -ninguno de los cuales figura en la historia clínica-; tenemos pendiente ese pedido de informes.

No está claro en este proyecto si se contempla a las embarazadas institucionalizadas -como las privadas de libertad-; tampoco queda claro si comprende a las embarazadas que opten por la interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con la Ley Nº 18.987. Su desprotección en pandemia fue manifiesta: llevó a la muerte a una adolescente en Treinta y Tres que había optado por un aborto legal; entendemos que esa situación también debería estar contemplada.

En síntesis, entendemos que este proyecto -además de ser innecesario porque hay muchas normas que protegen a las embarazadas; porque recientemente el ministro de Trabajo y Seguridad Social anunció el subsidio para las embarazadas; porque el teletrabajo ya existe en el país, aunque todavía no se legisló- representa un retroceso en derechos de la mujer, condena a cada mujer sin covid a una especie de prisión domiciliaria, como si fueran delincuentes, a merced del paternalismo del Estado, promoviendo la violencia obstétrica y la depresión puerperal.

Entendemos que este proyecto es completamente innecesario, más ahora que los números de la pandemia están en claro retroceso y que el plan de vacunación ya está contemplando a las embarazadas. En fin, entendemos que este proyecto no es necesario y tiene todos estos problemas que señalamos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les adelantamos que tenemos poco tiempo, porque 11 y 50 teníamos que haber entregado la sala.

Por eso les pido que redondeen su planteo.

También podrían enviar su exposición por escrito, que será incorporada a la versión taquigráfica.

SEÑORA ROSENGURTT (Ana).- Muy bien.

Entonces, vamos a enviar la exposición por escrito a la dirección de correo por el cual nos convocaron.

SEÑORA GADEA (Ana).- Yo considero que los puntos fueron suficientemente tratados por nuestra compañera Ana Rosengurtt, quien fue clarísima.

También considero que el proyecto es completamente innecesario. Más bien vulnera los derechos de las mujeres más que darle una garantía.

Me quedo por aquí nomás, porque creo que la compañera dijo todo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho los aportes de la organización Libertad Sanitaria Uruguay.

En la medida en que no pudimos estar más tiempo conectados por problemas técnicos, les pedimos que manden por escrito su intervención que será incorporada a la versión taquigráfica.

SEÑORA ROSENGURTT (Ana).- ¿Ustedes nos van a enviar la versión taquigráfica?

SEÑOR PRESIDENTE.- Todo quedará en la versión taquigráfica: lo que dijeron y la exposición escrita.

SEÑORA PRIETO (Laura).- ¿Tengo un minuto para intervenir?

SEÑOR PRESIDENTE.- Sí, un minuto.

SEÑORA PRIETO (Laura).- Soy obstetra partera y quería decir que, conforme a la ley uruguaya, el Estado estaría cometiendo violencia obstétrica en estos casos, porque la violencia obstétrica se define como toda acción u omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo, o abuso de técnicas y procedimientos invasivos.

Consideramos que esto entraría dentro de un tipo de violencia obstétrica.

Nada más.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho su participación y reiteramos la voluntad de la Comisión de recibir por escrito la intervención, más allá de que todo lo dicho va a quedar registrado en la versión taquigráfica.

Esta Comisión estará siempre a sus órdenes.

(Concluye la conexión por Zoom)

—No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.