



XLIX Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 186 de 2020

Carpeta Nº 54 de 2020

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

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

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 1º de setiembre de 2020

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Silvana Pérez.

Miembros: Señoras Representantes Magdalena Colla, Lucía Etcheverry Lima y
Cristina Lústemberg.

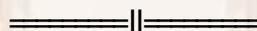
Invitados: Psiquiatra Susana Grumbaum, ex Directora del Portal Amarillo
acompañada por los licenciados en Psicología Cristina Deberti y Marcelo
Aprile.

Autoridades de la Organización ENCARE: mag.en Psicología Ana María
Echeberría y licenciado en Trabajo Social, Roberto Gallinal.

Por la Cátedra de Medicina Legal, profesor doctor Hugo Rodríguez.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Jeanette Estévez.



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

—Dese cuenta de los asuntos entrados:

El Decanato de la Facultad de Medicina solicita audiencia a los efectos de plantear temas de actualidad inherentes a la citada casa de estudios. (Asunto 147.658).

El Colectivo “Cuatro por dos”, integrado por Auxiliares y Licenciados en Enfermería, solicita audiencia a los efectos de realizar planteos en relación a la alternancia de días trabajados y días libres. (Asunto 147.665).

Representantes de la Organización “Madres del Cerro” solicitan ser recibidos a los efectos de compartir testimonios de personas en situación de consumo de drogas que han transitado la experiencia de internación voluntaria. (Asunto 147.703).

(Ingresan a sala la doctora en psiquiatría Susana Grunbaum y los licenciados en psicología Cristina Deberty y Marcelo Aprile)

—Agradecemos la presencia de la delegación en el marco del tratamiento del proyecto de ley de voluntad anticipada a recibir tratamiento en caso de consumo abusivo de drogas.

Damos la bienvenida a la doctora en psiquiatría Susana Grunbaum, exdirectora del Portal Amarillo, y a los licenciados en psicología Cristina Deberty y Marcelo Aprile.

SEÑORA GRUNBAUM (Susana).- Agradecemos la invitación; es un honor aportar en un proyecto tan importante.

Lo estuvimos leyendo, estuvimos pensando, leímos otros documentos y conversamos entre nosotros. Cada uno hablará por sí mismo, pero en principio tenemos ideas coincidentes.

Entendemos la preocupación que da lugar a este proyecto que se relaciona con otras iniciativas que hubo antes y que conocemos desde hace tiempo. Este parece ser un problema que todavía no está resuelto, y entendemos la preocupación de los familiares y de los propios usuarios.

Lo primero que me llama la atención desde el punto de vista técnico y profesional -porque estamos hablando desde ese lugar más que como gestores de políticas, aunque también ocupamos lugares de esa índole- es que si estamos atendiendo a un usuario problemático de sustancias -como dice el proyecto- que se encuentra en un buen estado anímico, que está calmo, no parece la mejor propuesta invitarlo a que, cuando se descompense, se deje caer en manos de otros para ser atendido. No nos queda muy claro dónde o en qué instancias esa persona firmaría la voluntad anticipada; entendemos que sería estando en una consulta, y que el médico sería quien se la propone. Es un poco contradictorio que el médico no pueda en ese momento plantear al paciente alguna instancia terapéutica para no llegar no solamente a una situación compleja contra su voluntad, sino tampoco a una descompensación. Desde el punto de vista técnico o profesional yo no puedo decirle al usuario: “Esta es la medicación, estas son las indicaciones, y me firma para internarlo cuando se descompense”. Lo que yo tengo que lograr en ese momento es adherirlo tanto al tratamiento, como para que no sea necesario llegar a esa instancia. Eso para mí es lo primero; no quiero decir que sea una falla ética, pero tiene que ver con lo ético profesional. Es como decir: vamos a fracasar, el paciente y yo como médico.

En mi experiencia pude ver que cuando los pacientes están descompensados es cuando más piden espontáneamente internarse. Después, puede pasar que una vez

ingresados quieran irse, pero eso es otra cosa. Siempre tenemos el respaldo de la Ley de Salud Mental -la ley del psicópata- que avala a los psiquiatras y a los jueces para convertir una internación que pudo haber sido espontánea en una internación contra la voluntad. Si la situación es de riesgo, eso siempre se puede hacer. Se usa poco, y tal vez habría que usarlo más; hay reparos para volverse compulsivo en eso, pero desde el punto de vista jurídico la posibilidad existe. La realidad es que hay más gente que quiere internarse que las posibilidades que hasta ahora el sistema ha tenido.

Estuvimos revisando algunas cosas, para ser fieles en esto y porque creo que se conoce poco -seguramente la doctora Lustemberg lo conoce, y puede ser que otros también- que el PIAS, que es el Plan Integral de Atención a la Salud, incluye dentro de sus componentes la atención de personas con consumo problemático. Ofrece varias alternativas, y una de ellas es la desintoxicación. || Lo que pasa es que el sistema de salud no ha sabido cumplir en forma adecuada con las prestaciones obligatorias, porque lo que está en el PIAS es obligatorio. Yo participé en la elaboración de esas prestaciones, que son cinco: tres obligatorias y dos optativas. Eso lo recuerdo perfectamente, y estuve revisando si están en el PIAS, y efectivamente sí están. Entonces, lo que hay que hacer -esto entraría en las sugerencias- es un esfuerzo muy grande de fiscalización por parte del Ministerio de Salud Pública con relación a todo el sistema de salud, para ver cómo se están cumpliendo, porque son espacios de desintoxicación muy importantes que tienen que estar disponibles. Además, se establece que la prestación es independiente de la atención psiquiátrica, o sea se refiere a espacios de desintoxicación en todos los prestadores de salud, ya sean públicos y privados. Entonces, ¿qué es lo que sucede? Si un médico u otro profesional está atendiendo a un paciente y siente que no tiene ninguna alternativa, es difícil que le pueda ofrecer algo, pero si los profesionales se sienten respaldados porque estas prestaciones se están cumpliendo -vuelvo al primer punto a que hacía referencia-, va a ser mucho más fácil que le digan al usuario: "Contás con un espacio de desintoxicación, si pasa algo", sin ir contra su voluntad.

Sinceramente, cuando las personas están muy mal es cuando más quieren internarse; por supuesto, no por tres o seis meses. Ese es otro tema, y capaz que mis compañeros quieren aportar en ese sentido.

Otro asunto es lo que tiene que ver con los menores de dieciocho años. Yo soy psiquiatra de niños y adolescentes, y trabajo mucho en la atención de salud de adolescentes. Yo les diría que el mundo está yendo en una línea distinta, en la que se pretende que los adolescentes, de acuerdo con su autonomía progresiva y su capacidad de consentir, den su opinión, porque realmente el tratamiento contra la voluntad no tiene los mejores resultados. Yo entiendo que es lo que nos gustaría hacer muchas veces, pero tenemos que verlo desde la perspectiva de derechos, y no solamente por el discurso, sino porque realmente no funciona ir contra la voluntad de las personas. En el caso de los adolescentes, cuanto más tengamos su adhesión, mejor va a ser el resultado. Eso de que decidan los padres es una cosa muy compleja; es un riesgo grande.

SEÑOR APRILE (Marcelo).- Voy a comenzar retomando algo que dijo Susana, y después me gustaría enfocarme en otra situación.

Un usuario de drogas no es necesariamente un paciente. Como dice Susana, muchas veces nos consultan, pero no necesariamente la persona es un paciente, porque la traen o viene obligada por una situación. Generalmente, casi todos los tratamientos empiezan en la construcción de un vínculo terapéutico, que tiene que ver con la construcción de un paciente. ¿Por qué? Porque el tratamiento a demanda o "a prepo" no funciona. Lo que dice Susana es que hay que discriminar este juego de palabras: a la fuerza no hay tratamiento. ¿Por qué? Porque la persona debe tener un motivo, un

objetivo y una intención de cambio. Eso es lo que nosotros tenemos que construir, y hace la diferencia entre salud mental y otro tipo de tratamiento.

Yo creo que el proyecto está muy centrado en el usuario y la usuaria, y no en entender que esto es una problemática multifactorial. Estamos muy centrados en el usuario como el problema, y generalmente acá también hay variables familiares y sociales. ¿Por qué digo esto? Porque el proyecto tiende a universalizar el problema, y no es tan así.

Susana hizo énfasis en el tratamiento que es principalmente de desintoxicación, en que tal vez acá de alguna manera se está denunciando la necesidad de una persona de entrar por unos seis, ocho o diez días a una desintoxicación medianamente de urgencia. Pero, ¿qué pasa? La gran mayoría de los usuarios se tratan hoy con tratamientos ambulatorios. ¿Qué quiere decir esto? A mí me gustaría reflexionar acerca de qué se entiende por enfermedad ¿Cuál es la enfermedad que tienen y cuál es la idea de cura? Porque está la idea de que la persona con un tratamiento de tres a seis meses se va a curar. No; en el caso de una adicción no va por ese lado. La gran mayoría de las personas tiene una buena evolución en tratamientos ambulatorios. Es más: la gran mayoría de las personas, cuando empiezan el tratamiento, vienen en consumo, y de a poco se va logrando que lo bajen. En una recaída no necesariamente hay que internar a la persona; eso se trabaja.

Tenemos que entender que el usuario de drogas generalmente vive en una situación que se llama de precariedad basal. ¿Qué significa? Que las condiciones en las que vive para nosotros serían medio dramáticas, pero no para ellos, que están acostumbrados a vivir en situación de riesgo de todo tipo. Es así como llegan, lo que no necesariamente significa que tengan que ser internados compulsivamente.

Desde el punto de vista clínico, ¿quiénes son las personas que necesitan de tres a seis meses de internación? No es para cualquiera. No a cualquiera le hace bien. Yo hace veinte años que trabajo en esto, y solo una vez tuve que internar a una persona contra su voluntad. La gran mayoría, como dice Susana, acepta la internación y la pide. Las internaciones tienden a ser de veinte o treinta días en los que la persona organiza su psiquismo y sale con un programa. Las internaciones de mediano a largo plazo, que son las de tres a seis meses, son principalmente para personas que en lo que más vienen fallando es en su relación con el entorno, o que tienen una estructura muy frágil.

Esta es una problemática socio sanitaria, y no podemos hacer un planteo drogocéntrico. ¿Quién sostiene a este paciente? Imaginen un chiquilín de veinte años que no tiene un entorno que lo pueda sostener, que no puede estar en su casa, acompañado, que no tiene hábitos ni una escolarización. Está bastante comprometido, y capaz que una internación de tres meses lo ayuda a estructurarse. Puede pasar también que una persona de dieciocho o de veinticinco años, que tuvo una descompensación por consumo, con dos o tres semanas de internación si te lo pide alcance. Lo que quiero decir es que la universalización de establecer un plazo de tres a seis meses parece una cuestión más ideológica o casi una penitencia, y no necesariamente clínica. Eso no corresponde con la clínica.

SEÑORA DEBERTI (Cristina).- Estoy de acuerdo con lo expresado por mis compañeros.

Yo trabajo a diario con jóvenes vulnerados. Algunos son internados a prepo-prepoterapia, le decimos-, pero los resultados salvo excepciones, como en todas las cosas no son buenos. A veces es aumentar el problema. Me llama la atención que la

internación esté vista como una solución mágica y una respuesta a la urgencia, cuando entiendo que no va por ahí.

También pienso que el proyecto intenta dar una respuesta de alivio a las familias de adolescentes muy complicados con estas sustancias -generalmente pasta base-, lo cual es absolutamente válido y comprensible, porque sabemos el sufrimiento de esos padres y referentes, pero leyéndolo se me pierde un poco el paciente, y en la línea que mencionaba Marcelo Aprile considero que hay que construirlo. El término "paciente" viene de "paciencia", y nosotros tratamos de aportarle algo nuevo o novedoso, y no darle más de lo mismo. Son pacientes que viven en la urgencia y en la inmediatez, que llegan con una historia de vida lesionada, con muchos quiebres, mucho dolor y mucho sufrimiento. Entonces, traté de ponerme en la piel de un chico de quince, dieciséis o diecisiete años -cuyas situaciones vivo y veo a diario- al que obligamos e internamos contra su voluntad. Además, le estamos pidiendo que renuncie a muchas cosas y no solo al consumo de la sustancia -porque el consumo es uno de los problemas que tiene, pero existen más-, lo cual genera frustración. La frustración genera enojo; el enojo, ira, y así sucesivamente. Entonces, cuando no hay una motivación y una conciencia de la problemática es muy difícil sostener.

Tal como decían mis compañeros, también me llama la atención el lapso de tres o seis meses con opción a un año. Incluso, me cuesta imaginar ese tiempo por la implementación de recursos y demás, pero también por el hecho de que un joven pueda estar meses en un proceso de internación renunciando a todo, lo que ya de por sí es muy difícil.

Retomando lo que decía la doctora Susana Grunbaum, puedo decir que en el momento en que nos encontramos ante un paciente con una problemática determinada tratamos de empezar a construir un diálogo y una buena relación con él o con ella, para poder intervenir en un proceso que lleva mucho tiempo. Aquí las soluciones mágicas no existen. Entonces, me llama la atención este modelo que parecería un tanto rígido u homogeneizante, ya que nosotros trabajamos en la heterogeneidad. Por tanto, se me pierde la singularidad de cada chico, de cada paciente, con su historia, su contexto, su familia o falta de ella. No puede ser que un modelo dé resultado para todos; puede dar resultado para algunos, pero no para todos. Eso es algo que también vivimos a diario, y tratamos de construir una estrategia para cada uno en particular, de acuerdo con sus características psicopatológicas, culturales, etcétera.

Esto es lo que he pensado al respecto.

SEÑORA PRESIDENTA.- Muchas gracias a los tres por las intervenciones tan claras y precisas, basadas en la experiencia técnica.

Quisiera aprovechar para preguntar a la doctora Grunbaum -reconociendo su experiencia- cuánto tiempo estuvo a cargo del Portal Amarillo, para entender cómo se viene actuando, ya que sabemos que hay cosas que no han funcionado del todo porque sigue habiendo mucha problemática en todas las edades, tanto en chicos, como en jóvenes y adultos. Lo pregunto para entender qué se podría empezar a mejorar.

Tengo varias consultas. He sabido que en el Portal Amarillo había poca cantidad de plazas disponibles para tratamientos. ¿Qué tipo de tratamientos se imponía o se realizaba a los pacientes? A la vez, quisiera saber si hay una estadística de los casos de éxito y si la poca cantidad de plazas estaba ligada a la poca demanda, porque es sabida la problemática que hay en la sociedad a raíz de este tema y no hubo un crecimiento en ese sentido. Pregunto esto para entender si es un tema netamente presupuestal o se debe a la poca demanda de este tipo de tratamiento.

SEÑORA GRUNBAUM (Susana).- Yo fui la directora inicial del Portal Amarillo. Hasta ese momento no había nada de carácter público para los usuarios con esta problemática, salvo algunas iniciativas pequeñas en el Hospital Maciel, pero no existía un dispositivo de este tipo. Las decisiones para crear este espacio respondieron a que en ese momento había una gran preocupación por el tema emergente de la pasta base -emergente porque apareció y porque era una emergencia-, que representaba la mayoría de las consultas del Portal Amarillo. A finales del año 2005 yo fui convocada para hacerme cargo de este proyecto, que venía con algunas iniciativas previas. Cuando tomé el proyecto ya se habían hecho concursos para el personal, y estaba definido cuál era el lugar. El centro se abrió en mayo de 2006, y mi tarea llegó hasta setiembre de 2010. Allí se produjeron cambios decididos por la administración de gobierno que comenzó en 2010, que también se reflejaron en el Directorio de ASSE, que decidió suspender las actividades de muchos de los que estábamos trabajando; estas modificaciones no se dieron solo en El Portal Amarillo, sino que se cambió toda la dirección de Salud Mental, del Hospital Vilardebó y otras.

Me parece muy importante lo que se preguntó acerca de la cantidad de plazas. Cuando hablamos de plazas nos referimos a la internación, pero El Portal Amarillo era -o es- un dispositivo muy interesante porque tiene tres estrategias. Una es la internación, la otra es la policlínica ambulatoria con grupos, y la tercera el centro diurno, donde se dio un trabajo maravilloso con los usuarios; se realizaba un muy buen trabajo, de más de seis meses. Los usuarios podían asistir al centro diurno y hacer su rehabilitación y reinserción en forma muy buena y acompañada, y además tuvimos -creo que fue una innovación- un dispositivo para mujeres con problemas de consumo. Iban mujeres incluso con sus bebés; venían desde el Pereira Rossell, nosotros poníamos la camioneta y las íbamos a buscar, pasaban todo el día, comían, y tenían una cantidad de actividades específicas para mujeres. Por eso digo que las plazas son mucho más que las camas, pero en lo personal pienso que en cuanto a camas para internación teníamos suficientes, porque no eran para internaciones muy largas, sino para las que debían tener algunos pacientes con problemas agudos y otros no tan agudos. Las internaciones podían ser de diez, quince, veinte días o un mes. Teníamos veinte camas para adultos y quince en la planta baja para alojar a menores de dieciocho años sin que estuvieran junto con los grandes, porque El Portal Amarillo tiene dos pisos y se hizo un convenio con INAU.

Ahí hay dificultades de todo tipo y esto no es algo que yo diga ahora y no haya dicho antes. Creo que nunca tuvimos la capacidad de camas a tope; yo lo dije muchas veces. Entonces, hay otras dificultades que no son objetivas como cuántas camas hay, sino si existe equipo técnico que pueda hacerse cargo de los pacientes. Yo considero que en la época en que me tocó dirigir había un equipo muy bueno, con enfermería las veinticuatro horas, *nurses*, auxiliares, médicos internistas, toxicólogos y psiquiatras en la parte médica, y también psicólogos y educadores sociales. Creo que era un equipo muy bueno y completo, que tal vez podía haber dado más, pero lo pasado, pasado. Ahora hay que mirar cómo están esas treinta y cinco camas en cuanto a ocupación.

Por otro lado, todos los días de mañana y de tarde había grupos terapéuticos. Existía un dispositivo fantástico creado por el equipo de profesionales -no estoy diciendo que eso haya sido una creación mía: reconozco el trabajo del equipo- ; el usuario podía pasar por ahí y si tenía un problema, iba al grupo. No teníamos internación inmediata, porque para internarse en el Portal Amarillo la persona también tiene que estar en condiciones. Por eso son tan importantes la desintoxicación y estos espacios que todo el sistema de salud debe tener, aunque no sean centros de drogas, sino centros polivalentes para atender cualquier problema, porque para una desintoxicación se llama

al toxicólogo, al médico internista y al psiquiatra -si se requiere-, y se resuelve en pocos días.

El Portal Amarillo es un centro específico para la atención de esta problemática. Si la persona requería internarse y no estaba en condiciones, nunca se le decía que no podía entrar; iba al grupo. Lo mismo se hacía con los familiares. La verdad es que los grupos de familiares fueron -o son- una estrategia muy importante porque ayudan a calmar la angustia que tiene el familiar, que no sabe qué hacer. Lo digo porque hay algunas estrategias en que se dice a la familia: “Déjenlo en la calle y que toque fondo”, mientras en otras dicen: “Tenés que tenerlo en tu casa y acompañarlo a todas las consultas”. Como el tema de la adicción también tiene que ver con las dependencias y la independencia, juega mucho el tema de la familia y el apoyo a los familiares, que cualquier centro -el Portal Amarillo o cualquier otro- tiene que ofrecer, porque es indispensable.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tal vez pueda abundar acerca de los casos de éxito.

SEÑORA GRUNBAUM (Susana).- Me faltó responder eso. Hicimos un trabajo muy artesanal para evaluar cómo estaban los pacientes que se habían ido. La pregunta era cómo estaban después del alta del Portal Amarillo, y tuvimos muchas sorpresas. No recuerdo con exactitud los datos. Ese trabajo debe estar; lo hicimos con las personas encargadas del archivo y con una cantidad de gente que apoyó, porque fue por teléfono. Preguntamos a la familia o al usuario cómo estaba luego de tres meses de haberse ido de alta, y comprobamos que la gran mayoría había disminuido el consumo, si no lo había dejado. Eso sucedía con más de la mitad de los usuarios, lo que para nosotros fue importante. Yo creo que el Observatorio Uruguayo de Drogas, de la Secretaría Nacional de Drogas, ha hecho un trabajo de seguimiento más serio y profundo que el que yo estoy comentando, pero para nosotros era importante saber cómo estaban los pacientes luego de que se iban.

SEÑORA PRESIDENTA.- Principalmente quería que quedara asentado este aspecto, ya que también es importante en virtud de que se está refutando una modalidad que se plantea en el proyecto. Por tanto, quería saber lo que se viene haciendo en los casos de éxito, en los que son muy importantes la parte ambulatoria -tal como se decía- y los grupos, así como que el apoyo a la familia esté contemplado, para analizar otros caminos además de los que se plantea. **SEÑOR APRILE (Marcelo).-** No soy el Chapulín Colorado para defender al Portal Amarillo. Yo trabajé en el Portal desde el inicio con Susana y me gustaría hacer algunas precisiones.

La cuestión de si en el Portal había una lista de espera para el ingreso tenía que ver con esto, con ir haciendo al paciente. El Portal Amarillo no es un lugar de desintoxicación; no es una puerta de emergencia. Se trata de un programa de internación de aproximadamente un mes. Por lo tanto, se prepara a la persona para que vaya ingresando; no es que: “Llego y me interno”, sino que se va gestionando en relación con el tratamiento.

La pregunta acerca del éxito nos lleva a la pregunta sobre cuál es la cura. La pregunta es: ¿cuándo se da el alta? La bibliografía dice que el éxito terapéutico con un usuario de drogas es que adhiera al tratamiento, por lo menos, durante tres meses. Eso ya es un éxito: adherencia al tratamiento. No estamos hablando de abstinencia, que será un objetivo a lograr. Lo que intentamos es mejorar la calidad de vida; que pueda tener una relación con el servicio asistencial de confianza, que pueda venir y pedir ayuda. ¿Por qué? Porque el usuario de drogas es verdad que consume, pero tenemos un montón de otras situaciones de salud bastante más complicadas.

Hoy, hablábamos de que no se trata de una problemática universal; pero sí es muy democrática porque está en todos los sectores de la población.

Actualmente, no trabajo en la salud pública, estoy en el área privada y tengo contacto con otro tipo de población. Trabajo con hijos de médicos, de abogados o de profesionales. Acá no tengo grandes problemas a nivel social. En el Portal, el gran inconveniente que teníamos era qué pasaba con estos gurises después de que salían de la internación, y no quiero decir alta. En esos casos, el nivel de inserción era muy bajo, muy pobre. Les aseguro que en esa población, es mucho más grave la fragilidad en torno a lo que es la bolsa de trabajo o la inserción educativa, que el propio consumo. Hacer de todo esto una cuestión toxicológica o drogocéntrica es una mirada muy pobre. El gran problema del Portal no es médico, es sociosanitario.

Les voy a hacer un dibujito para entender esto. Imagínense que una persona puede tener una relación de placer -y las cosas que hacemos, generalmente, nos dice quiénes somos, nos muestra nuestra identidad- y acá puede estar la familia, los amigos, el deporte, las drogas, la pareja, que le guste ir al cine, la mascota, etcétera. Una persona puede tener relación con todo esto y puede hacer que más o menos funcione. Pero el usuario de drogas tiende a tener una relación de exclusividad, que le va a pedir todo al consumo.

¿Qué pasaba con las personas en el Portal? Casi todo esto estaba muy roto; lo que era trabajo o la academia estaba muy deteriorado desde hace años. Entonces, volver a construir esta sensación de identidad no va solo por el “Dile no a las drogas. No consumas”. El tratamiento real es el de volver a constituir una identidad, quién soy, tener marcos de pertenencia. El éxito no radica solamente en el no consumo. Imagínense a una persona que salió de ahí, se puso a estudiar, forjó un trabajo o una profesión y capaz que tiene una recaída, pero tiene de dónde agarrarse. Acá lo importante es eso: los factores de protección que tienen que ver con la pertenencia y con los anclajes identitarios. No es solo toxicológico. Al Portal Amarillo, debido a la población que atiende, le falta fortalecer eso, que no es fácil porque no se trata de una cuestión técnica.

Por lo tanto, el éxito no tiene tanto que ver con los meses de abstinencia; se trata de pacientes que adhirieron y van a ir del residencial al ambulatorio y, a veces, vuelven al residencial. El éxito radica en que estén en relación con el tratamiento; en que seamos de confianza porque volvieron; es como un cambio de paradigma.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Les agradecemos la concurrencia, los aportes y el hecho de compartir el conocimiento.

Entendemos que el abordaje multidimensional es parte del camino. Nos parecía bueno tener su mirada. Quizás lo que tenemos que reforzar es la actuación frente a las situaciones de crisis. Pensar en quien está teniendo esa relación problemática, pero también en el contexto familiar y barrial que empieza a generar esa situación de “no puedo más”. El camino es tratar de que ustedes puedan ver esa mirada: en el momento de la crisis, quizás sea el dispositivo; lo otro es generar una política más transversal en virtud de estos modelos de atención, más integrales y más abarcativos.

SEÑORA REPRESENTANTE COLLA ACLAND (Magdalena Ercilia).- En realidad, no estoy muy interiorizada en cuanto al proyecto, pero soy del interior, de una ciudad chica. Por eso pregunto si tienen previsto algo para las ciudades pequeñas; aunque sea equipos multidisciplinarios que en esas ciudades no existen.

SEÑORA GRUNBAUM (Susana).- No sé si en cada ciudad chica, pero en todo el interior se ha logrado instalar lo que se llama Centro Ciudadela.

SEÑORA REPRESENTANTE COLLA ACLAND (Magdalena Ercilia).- En mi ciudad no.

SEÑORA GRUNBAUM (Susana).- Bueno, habría que ver porque hay que hacer un estudio de la prevalencia del problema y ver cómo se puede implementar. Quizás, como usted dice, contar con un equipo móvil. No tiene sentido tener en la capital un Centro Ciudadela, donde van dos personas en la semana, y en otro lugar, donde hay demanda, no está la oferta de tratamiento. Allí hay que hacer un estudio para adecuar la oferta de tratamiento a la demanda de la población. Eso me parece que es indispensable.

Al mismo tiempo, ver cómo estos espacios Ciudadela pueden potenciarse para no solo ser los lugares donde se da una primera consulta y se deriva o se estudia para dónde tiene que ir la persona, sino también cómo pueden ser espacios de baja exigencia -como nos enseñan los psicólogos-, espacios de contención de la persona, que es algo muy importante. Me refiero a tener un lugar donde poder estar durante el día, tomar un té, ir al baño, poder amigarse con el resto de la sociedad y que ahí se pueda empezar un trabajo para enganchar al usuario y transformarlo en paciente; de usuario de drogas a paciente. No podemos tener espacios con técnicos, que son muy valiosos, y que esté vacío; eso no puede pasar.

SEÑORA REPRESENTANTE COLLA ACLAND (Magdalena Ercilia).- En otras modalidades como, por ejemplo, violencia de género hay un equipo que atiende la parte psicológica, pero a nuestra ciudad concurren una hora por semana. Capaz que estoy diciendo mucho. Yo entiendo. Es una ciudad de quince mil habitantes y quizás, como dice usted, no hay tanta necesidad, pero a veces el interior y sobre todo el interior profundo...

SEÑORA GRUNBAUM (Susana).- En aquellas cinco prestaciones que en el año 2008 se plantearon de las cuales tres de ellas están en el PIAS, hay dos que no eran obligatorias: la creación de espacios terapéuticos tipo comunidades o centros de rehabilitación y la capacitación a los profesionales.

Lo que sucede -como en otras áreas de salud mental- es que es muy importante que otros profesionales también estén involucrados. Entonces, los centros educativos son fundamentales.

Enfatizando lo que decía Marcelo, en relación a que esta problemática no abarca solo el punto de vista médico o de la salud, sino también lo social, es muy importante tener esa capacitación.

Deberíamos aprovechar hoy en día todo lo que son las plataformas digitales. Podría ser una opción importante y bien concreta.

SEÑOR APRILE (Marcelo).- Susana habló de lo que son los servicios de baja exigencia. Baja exigencia significa que le demos muy poco al paciente y es el servicio el que hace. Lucía recién hablaba de la situación de crisis; es verdad. Quizás, lo que denuncia el proyecto es que hay pocos dispositivos que puedan atender en crisis. Es eso de lo que debemos hablar. Tienen que ser de baja exigencia.

Actualmente, no importa que sea en el ámbito público o privado, cualquier usuario que está en crisis y se quiere internar tiene una dificultad, y capaz que es eso lo que debemos entender. No tiene por qué ser compulsivo, sino darle la chance de ir a un lugar y que se pueda internar tres o cuatro días. Generalmente, es entrar, comer, dormir, descansar y ya con eso cambia. No tiene por qué ser a la fuerza. Que la persona tenga la chance de que exista una internación breve, que ni siquiera es de desintoxicación, sino para parar. Es correcto el señalamiento y es lo que falta, pero no lo haría de esta manera, a la fuerza y por tanto tiempo porque la persona puede adherirse mejor.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Estoy totalmente de acuerdo con el encare que han hecho cada uno de los integrantes de la delegación. Nosotros sabemos la complejidad que tiene el tema y coincidimos con que el abordaje no es por acá. Se confunde la voluntad anticipada con cantidad de concepciones que se han visto que no tienen el efecto y que requieren un abordaje diferente. Quizás, hay que buscar dispositivos para la atención de crisis. Coincido con Susana respecto a las debilidades que tiene el Ministerio de Salud Pública, como ente rector, en hacer un trabajo con los prestadores sobre el control de las obligaciones y las prestaciones que están en el PIAS. Pero cuando uno va conociendo a los que realmente tienen mucha experiencia -como ustedes tres- en el manejo con los pacientes, con los usuarios, vemos que el camino no es este.

Revisamos las versiones taquigráficas y escuchamos a las delegaciones, como la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, que concurrió la sesión pasada, y todas las sociedades científicas que dieron su opinión respecto a la vulneración de la atención de los niños y adolescentes.

Creo que vuestra explicación fue muy gráfica y nos proporciona muchos insumos para la toma de decisiones en cuanto a un proyecto que conocemos la sensibilidad que tiene, aunque no estamos de acuerdo con su redacción.

Forma parte de esta discusión invitar a distintos expertos en el tema, personas que tienen la formación. Es un asunto de alta sensibilidad, pero hay que escuchar a las personas que tienen la formación y la trayectoria para legislar en algo que tiene mucho alcance.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Es la primera vez que estoy de este lado, en el Parlamento. Siempre estuve trabajando en el área social, y cuando te piden los resultados, esas cuestiones tan físicas y tan duras, en estas dimensiones, es más complejo. Los resultados no pueden medirse cuantitativamente; no es tan fácil. Lo que sí es cierto es que hay que seguir profundizando en una política nacional vinculada al uso problemático de sustancias, y no solo a la pasta base, que es de la que más se habla por lo que ha generado, conlleva o despliega.

Esa es la lógica de avanzar, con respuestas concretas frente a algunas situaciones. En ese sentido, como dijo Cristina, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay dejó una propuesta.

Como ustedes sabrán, ayer ingresó el proyecto de presupuesto, y como dijo la presidenta, queremos que la voluntad y la preocupación se reflejen en la aprobación de este proyecto de ley. Para nosotros es la oportunidad de coadyuvar a que, efectivamente, se generen algunas atenciones y el Estado responda en un marco mucho más integral. Por supuesto que hay atenciones; la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay nos entregó la información de lo que hicieron departamento por departamento. Pero esto también va de la mano de una política nacional, que va mucho más allá de la atención concreta.

Agradecemos la exposición de la delegación que nos visita. Si ustedes consideran que hay alguna otra propuesta, esta Comisión estará siempre abierta a recibirla, ya sea recibéndolos en persona o enviándola por escrito.

Tenemos cuarenta y cinco días para debatir el presupuesto para que estas preocupaciones hagan carne en dicho proyecto.

SEÑORA GRUNBAUM (Susana).- Agradezco esta posibilidad. Para nosotros es mucha responsabilidad estar aquí y dar una opinión, que tiene que ser sustentada porque

no solo es lo que a uno le parece, sino lo que en el mundo se plantea, en acuerdo con una solidez teórica, aparte de la experiencia.

Precisamente, en virtud de eso, hay que hacer énfasis en las mujeres con consumo. Lo que vimos tanto en el portal como después en otras instancias -durante años también trabajé en el Hospital Pediátrico Pereira Rossell, en el equipo de salud mental del Hospital de la Mujer- es que las mujeres con consumo problemático también requieren intervenciones específicas, que no son las mismas que las de los varones porque, desde el punto de vista social, médico y psicológico, viven una situación diferente. Además, en general, hay niños de por medio, lo que dificulta la situación. En ese sentido, tienen otras barreras para acceder al tratamiento.

Si tuviera que aportar más complejidad, diría que la situación de las mujeres requiere una mirada especial.

SEÑORA PRESIDENTA.- La Comisión agradece el tiempo, los conceptos técnicos y la experiencia que brindó la delegación.

Como dijo Lucía, esta Comisión siempre tiene las puertas abiertas para recibirlos, para recibir propuestas, ideas, innovaciones que quieran presentar en su materia.

Estamos a las órdenes.

Muchas gracias.

(Se retiran de sala la doctora en psiquiatría Susana Grunbaum y los licenciados en psicología Cristina Deberti y Marcelo Aprile)

(Ingresan a sala la magíster en psicología Ana María Echeberría y el licenciado Roberto Gallinal)

—En el marco de la consideración del proyecto “Voluntad anticipada de recibir tratamiento en caso de consumo abusivo de drogas”, la Comisión tiene el agrado de recibir a la magíster en psicología Ana María Echeberría, directora de la organización Encare, y al licenciado Roberto Gallinal.

La dinámica que adoptamos es que ustedes, desde su experiencia técnica y profesional, nos hagan una devolución de lo establecido en el proyecto que estamos analizando -aportes, ideas, sugerencias- y luego los diputados realizarán las consultas correspondientes.

SEÑORA ECHEBERRÍA (Ana María).- En primer lugar, agradecemos que tomen nuestra opinión en consideración.

Sin ningún lugar a dudas, este proyecto de ley considera la situación de sufrimiento de personas afectadas por el consumo, sobre todo de sus familiares, por lo que queremos ser respetuosos.

Nuestro modo de entender los problemas vinculados al uso de drogas es comprendiendo que, muchas veces, son emergentes de situaciones de sufrimiento previas. No así el consumo recreativo de cualquier persona. Por algo, no todos los consumos recreativos luego pasan a convertirse en consumos problemáticos o a generar problemas vinculados a esos usos. Cuando así ocurre, se instalan no solo las adicciones, sino también los consumos que son ocasionales, pero que ponen en riesgo a la persona, bien por el contexto en el que se llevan a cabo o bien por la dosis que, en un único consumo, puede poner en riesgo la vida de alguien. Entendemos que cuando pasan estas cosas es porque en la vida de esas personas están ocurriendo otras cuestiones.

Es así como conceptualizamos el uso de drogas.

Además, consideramos que hay tanta carga de sentido en el acto de consumir drogas como personas. Si bien para muchos puede ser algo más ligado a lo placentero, para otros está ligado a la funcionalidad, a cumplir con determinadas tareas, a su desempeño. Por ejemplo, un camionero que sale del puerto de Montevideo y tiene que llegar a San Pablo en el mínimo tiempo posible, sabemos que, muy frecuentemente, lo hace acompañado al consumo de cocaína. Así, como ese caso, hay otro montón de situaciones: sabemos que médicos con guardias hiperextensas, de cuarenta y ocho horas de trabajo seguidas, presentan situaciones de abuso de psicofármacos.

Entonces, es muy difícil pensar que para historias muy diferentes y tan complejas podamos recurrir a una respuesta o solución única. No hay un problema de drogas; hay muchísimas personas que tienen diversas formas de vincularse con las drogas, más o menos en forma problemática. Dependerá de cada persona, de su psiquismo, de su estructura de personalidad, de sus condiciones de vida y de su sufrimiento. Y en estas situaciones, que están en el origen, las familias y los entornos sociales son parte importante.

Muchas veces, se apela a la respuesta legítima de la internación, desde el sufrimiento, deseando que alguien quiera resolver esto, pero con una expectativa muy mágica de: "Si yo lo llevo y pongo el problema en manos de otros que son los dueños de un supuesto saber, podrán resolverlo". En realidad, dependerá muchísimo de la historia de la que se trate, si este es un mecanismo válido o no lo es. En ese sentido, cuando sacamos a la persona de su contexto y apelamos al recurso del aislamiento, estamos dejando por fuera la intervención sobre los factores que están en la raíz del uso problemático. Es decir, si no trabajamos con la familia, con las situaciones de la realidad que hacen que alguien por desborde recurra al uso problemático de drogas, si no vemos que una mujer está abusando de los psicofármacos porque no tolera más la situación de violencia doméstica a la que está expuesta o que este niño revuelve volquetas a las cuatro de la mañana para comer, lo que lo llevará a consumir drogas prontamente, si no trabajamos con esos factores de contexto, no vamos a resolver el problema. Si la internación es una fórmula por la que a los tres meses la persona vuelve a la misma realidad en la que nada cambió, lo más lógico es pensar que el recurso del consumo vuelva a aparecer como forma de anestesiar el dolor, de tolerar sus circunstancias de vida.

Por otro lado, muchas veces pasa que cuando alguien no puede con un tratamiento, se dice que el que no puede es él; la culpa y la responsabilidad de la cura quedan en el sujeto. No hay toda una dinámica que tiene que transformarse, sino la persona que debe ir sola al tratamiento. Y si no mejora con ese tratamiento, es porque no puso voluntad. Muchas veces, no somos capaces de evaluar que la propuesta que hicimos no era la más adecuada; decimos que no tuvo voluntad, que no pudo, y volvemos a frustrarlo y a hacer recaer sobre él el estigma, el no poder, el fracaso.

La imposición de un modelo de tratamiento -esto está estudiado y evaluado en todo el mundo- no es de buen pronóstico. Los modelos de tratamiento deben ser construidos junto con la persona, a partir de su deseo, tomando en cuenta sus recursos, si tiene o no soporte familiar, si tiene o no posibilidad de inserción laboral o de estudio o si ya está integrado en algún espacio. No es bueno decirle a alguien que está pudiendo trabajar y que está haciendo algo sano para él: "Te vamos a internar, vas a perder el trabajo y difícilmente lo recuperes, porque el estigma va a quedar". Entonces, evaluando la red de recursos, el sostén afectivo, las posibilidades emocionales, psicológicas y sobre todo qué es lo que desea y lo que quiere cambiar, se construyen, por parte de los equipos técnicos, modelos de tratamiento casi a medida para cada paciente, como si fueran un traje.

De alguna forma, este proyecto establece que la fórmula es la internación, y también establece tiempos muy acotados. ¿Por qué no menos de tres meses? Por ejemplo, en el primer mes se puede evaluar, y si la persona está desintoxicada, puede continuar el tratamiento en otro modelo ambulatorio, comunitario o centro diurno. Tal vez sí fue necesario un plazo de internación para que se desintoxicara, pero no lo es para continuar. ¿Cuál es el criterio técnico para decir que cualquier persona necesita estar tres meses internada como mínimo, o seis más? Esta es una fórmula única de modelo único, que no se adecua a cada persona, y que no tiene una fundamentación técnica que pueda sostener, incluso, los tiempos.

Tomando el texto del proyecto de ley, creo que hay algunos absolutos en términos que son complicados. Por ejemplo, en esto de decir que alguien está psíquicamente apto o hablar de la plena lucidez, de la libertad a la hora de tomar la decisión, cuando muchas veces se trata de contextos familiares en los que acontece el consumo o donde hay manipulación afectiva por parte del que consume o por el resto, y los vínculos son lo patológico. ¿Tiene plena libertad alguien a quien a lo mejor le dijeron: “Te internás o te vas de casa? ¿Te internás o no te doy más ayuda económica? ¿Te internás o no te quiero más, o rompo contigo?”. ¿Eso deja a alguien en libertad?

En cuanto al término psíquicamente apto, no es que alguien con problemas de drogas esté apto en el momento en el que firma y al día siguiente no. Algo está pasando y hay un telón de fondo

Con respecto a que se decida sobre él cuando esté bajo efectos de la drogadicción, en el texto del proyecto de ley se dice que esto es válido para todas las drogas. En muchos casos, alguien que está bajo el efecto de las drogas puede decir lo que quiere o lo que no quiere; no siempre es inhábil, porque no es lo mismo que haya consumido un psicofármaco que cocaína, marihuana o un alucinógeno. Si consumió un alucinógeno y está viendo elefantes volar, es una cosa, pero si consumió un psicofármaco, ¿por qué no puede, bajo el efecto de esa sustancia, decir quiero o no quiero? ¿Por qué alguien lo va a internar contra su voluntad en ese momento?

En lo que tiene que ver con los menores, por un lado, contraviene el espíritu del Código de la Niñez y la Adolescencia, pero además va en contra de lo que se viene avanzando en todas las políticas de infancia en cuanto a escuchar la voz del niño y del adolescente y su derecho a estar a solas con el técnico para poder contar cosas que están detrás de su consumo y que, a lo mejor, aluden a situaciones que pasan en el propio hogar.

El artículo 5º nos parece especialmente inadecuado. Ya mencionamos lo que tiene que ver con los tiempos, pero en lo que hace a la revocación de los criterios excluyentes, esto es tan ambiguo como lo establecido en el artículo 1º. Si alguien dice: “Me quiero ir”, el equipo técnico puede decir que esas son resistencias o la abstinencia hablando. ¿Cómo podemos realmente saber que se va a hacer valer la voz de la persona, que cuando ingresa en un tratamiento, no sabe las condiciones en las que entra? No todos los centros de internación son iguales, y alguien puede considerar, a la semana de haber entrado, que sus derechos son violentados. Alguien puede considerar que el trato que recibe de parte de los técnicos de esa institución no es tolerable para él; puede sentirse violentado y puede decir: “Yo acá no quiero estar”. Nosotros trabajamos mucho con pacientes que ya pasaron por tres o cuatro lugares de internación y nos dijeron que tendían la cama, iba alguien, la destendía, y les decía: “Está mal hecha, hacela de nuevo”. La volvían a tender y lo hacían otra vez. O nos decían: “Limpiaba el baño; tiraban un balde de agua y me decían está sucio”. Alguien puede decir: “Yo esto no lo quiero

para mí”, pero resulta que no se puede ir en un plazo mínimo a tres meses. De alguna manera, queda preso de esa firma que le hicieron hacer en determinado momento.

Se habla de los pagos y del trámite notarial. Claramente, esto restringe a determinados sectores socioeconómicos. No me imagino a los pacientes con los que trabajamos, por ejemplo en el este de Montevideo, yendo a un escribano ni pudiendo pagar nada que se le parezca.

Sí estamos de acuerdo con lo que plantea la señora diputada en cuanto a asegurar el derecho de las personas a acceder a tratamiento. En ese sentido, creemos que es importante pensar en una oferta de recursos más variada, no en la internación pura y exclusivamente. Debemos apuntar, con el mismo espíritu de la Ley de Salud Mental, a que la internación sea un recurso último, breve y para situaciones muy específicas y particulares; el riesgo de vida ya está contemplado en la legislación uruguaya. Tenemos que pensar en una mayor cobertura, porque hay personas que no logran acceder a tratamientos de calidad para las adicciones, y en tratamientos más variados, haciendo énfasis en la atención comunitaria o en el primer nivel de salud en el que sí podemos captar a población inesperada. Nosotros trabajamos con población que sabemos que no llegaría a ningún otro dispositivo. Atendemos a trabajadoras sexuales, a cuidacoches, a población en calle, que no va a llegar a una mutualista ni a una clínica, pero que sí llegan a los dispositivos comunitarios.

SEÑOR GALLINAL (Roberto).- Ana María tomó gran parte de las críticas y miradas institucionales que venimos haciendo frente al proyecto.

Muchas veces, cuando se intenta dar solución al tema droga, esas soluciones operan igual que el consumir sustancias: dando una mirada mágica. Cuando un usuario de drogas consume sustancias, está buscando dar solución a algo desde la propia sustancia. Y la ley, muchas veces, opera de la misma manera. Pensamos que el diseño de una ley, por sí sola, soluciona un problema y nos pone como sociedad en un lugar diferente, y no es así. Con relación a los consumos, ya está todo dicho. Aquí se mueven muchos elementos, muchos factores que tienen que ver con lo individual, con lo social, con lo familiar y demás, pero, al mismo tiempo, cada uno de esos factores está en movimiento permanente. Estos usuarios que en el día de hoy aceptan una internación o un tipo de tratamiento, muchas veces, lo hacen en un momento de muchísima presión o de conflicto interno al que no pueden encontrar solución, y están dispuestos a aceptar y firmar cualquier cosa. Pero mañana durmieron, descansaron, son otros, y empiezan a valorar sus potencialidades, o no dicen lo que ayer dijeron. Nosotros trabajamos con población en alto riesgo, con muchísima pobreza y demás, y nos vienen a pedir internación todos los días, para ahora, pero la internación tiene validez hoy, es hoy que firman cualquier cosa, todo lo que le propongan. Cuando se les dice que pasen mañana, que generamos más acuerdos y empezamos a ver otras alternativas, ya no es válido lo que ayer dijeron, porque ayer estaban disparando porque lo echaban de la banda, lo corrían del barrio, lo estaban por matar, estaba amenazada su familia y la internación era la solución para esconderse. Entonces, no es para solucionar lo que pasa dentro de ellos, sino para zafar de una situación que apremia. Esto también sucede con las familias, que muchas veces se comprometen económicamente, venden lo que sea por pagar un tratamiento y a mitad de camino, cuando ven que las cosas se van modificando, no pueden sostener lo comprometido. Por lo tanto, el usuario no sostiene el tratamiento y no lo puede sostener la familia; son tratamientos de alto costo emocional y eso es cambiante. La demanda del hoy es cambiante mañana; las personas son otras mañana. Entonces, esto de firmar tres meses antes, ¿qué es? ¿A qué me comprometo? Muchas veces, se firma también desde el desconocimiento de las propuestas. Este ejemplo que ponía Ana María de destender la cama o de ensuciar el baño está entendido como parte

de lo terapéutico. Se les baja la autoestima y se les hace adaptar permanentemente. Se trata de personas que no están acostumbradas a la autoridad y tienen que empezar a aceptarla, y lo terapéutico es frustrarlos desde todo punto de vista. Se entiende que por cuatro meses van a estar así, pero hay personas que esto lo pueden soportar y otras que a los dos días tiran la cama, la almohada y todo lo que haya por la ventana, como mecanismo sano de revelarse ante una situación que se les está imponiendo.

Entonces, ¿qué es lo que se está planteando? Creo que es revisable todo esto de los tiempos, porque la persona está en movimiento permanente. Conjuntamente con esto, creo que no hay una propuesta terapéutica, como ya se ha dicho. Hay tantas propuestas terapéuticas como personas y usuarios de drogas, y la mayoría de los usuarios no se internan ni buscan tratamiento. En todo caso, hacen algunas consultas por un sufrimiento o por algo que está puntualmente haciendo ruido en su mundo interno. Piden la internación aquellas personas que realmente no están pudiendo o que hacen transacciones sociofamiliares que se caen, que no se pueden sostener. Por eso se habla del fracaso de los tratamientos. ¿Es fracaso del tratamiento? No. Lo que está fracasando es cómo esa persona llega al tratamiento. Cuando hay disponibilidad de tratamiento, búsqueda de alternativas y se pueden elegir las mejores condiciones, el fracaso es mucho menor a lo que las estadísticas indican. | El tratamiento no es solamente ingresar a una clínica o tener una cama en una clínica.

¿Qué se entiende por clínica? No es cualquier centro de tratamiento; tampoco en cualquier centro se hacen tratamientos. Muchas veces lo que proponen los centros de tratamiento es encierro u hotelería, según la clase social, pero no tratamiento. Hay varios sanatorios que contratan a un médico psiquiatra, y la familia paga por la hotelería, ¿pero quién coordina por detrás? ¿Es ese sanatorio? ¿Quiénes son los médicos tratantes y demás? Eso es hotelería. Hay otras instituciones privadas que atienden a otros sectores de población, y lo que se asegura al usuario es el encierro. Inclusive, muchas de esas instituciones desconocen la intervención profesional. Nos pasa muchísimo en el este de Montevideo, donde la condición es que si está internado no puede consumir ningún psicofármaco o sustancia, ni recibir tratamiento de un profesional, y el usuario tiene que elegir. Se hacen desintoxicaciones sin apoyo psicológico, sin medicación, de cualquier manera. Lo que sí está garantizado es, reitero, el encierro.

Estas son cosas que debemos tener claras, porque en este momento en Uruguay es preocupante la existencia de supuestas clínicas de tratamiento en las que lo que no hay es, precisamente, tratamiento. Hay encierro y, en todo caso, la ilusión de que a través del trabajo y de los hábitos, esa persona que sale a vender a la calle, en los semáforos, está siendo tratada. No; no está haciendo un tratamiento; está garantizada cierta limitación, y muy precaria. Está comprando, con su trabajo en las esquinas y en las calles de Montevideo, cierta pertenencia y cierta identidad. Eso es lo que más le aporta a la nueva construcción de subjetividad de ese individuo: sentirse parte de este grupo. Entonces ¿es el tratamiento lo que da respuesta a esas personas? No; es la pertenencia. Cuando llegan personas desafiliadas de todos sus estamentos sociales previos, como último recurso les queda eso de que “yo soy de tal lugar”. Entonces, no es el tratamiento, sino la pertenencia. Eso es importante tenerlo en cuenta.

Al momento de legislar hay que precisar qué se está atendiendo: si a instituciones de tratamiento, de encierro o de contención, porque no es todo lo mismo. ¿Cómo vamos a establecer firmas previas cuando la realidad es cambiante y no sabemos cómo va a evolucionar esta persona?

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos ampliamente lo expuesto. Les pedimos disculpas, pero tenemos otra delegación esperando para ser recibida. Vamos a tratar de redondear para que los diputados puedan hacer también uso de la palabra.

Están claras las posturas y fue enriquecedor el intercambio.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Coincidimos en lo que plantean. Estamos viendo una coincidencia entre quienes han participado con respecto al enfoque, a la necesidad de respuesta, al respeto debido y a la consideración a las familias que están con esta problemática, pero desde una perspectiva de derecho, desde una mirada multidimensional

¿Cómo ven esta necesidad de respuesta, que tiene que ser variable, multidimensional, en un marco de política nacional? ¿Qué claves entienden que deberían estar planteadas?

SEÑORA ECHEBERRÍA (Ana María).- Frente a un problema que es complejo, las respuestas deben ser integrales. Deberíamos pensar en una política de drogas que incluya una etapa de desintoxicación, y sobre todo una gama amplia de propuestas, de tratamientos. Esto es: tratamientos ambulatorios, centros diurnos, centros nocturnos, centros comunitarios y, sobre todo, un mensaje fuerte en los caminos hacia la inserción.

Hay mucha literatura en otros países sobre los pisos de inserción -pisos protegidos- a las políticas. Hay empresas de inserción muy conocidas, por ejemplo, en España, que tienen una experiencia de trabajo protegido, acompañado, con equipos técnicos, que dan una solución fantástica.

La Secretaría Nacional de Drogas ha ido implementando cupos de inserción laboral en convenio con empresas, siempre con acompañamiento. Cuando hablamos de "protegido" nos referimos al acompañamiento técnico, de profesionales y, sobre todo, a escuchar las demandas de las familias en cuanto a la necesidad de trabajar lo familiar mucho más y mucho mejor, de dar respuesta a estas personas que sienten que buscan y que nadie las escucha. Es muy linda la experiencia de trabajar con grupos de familiares, orientándolos para que puedan ir haciendo movimientos que cambien la dinámica familiar, pero sobre todo, comprendiendo qué es lo que pasa con el familiar enfermo. Estas cuestiones son puntales claves para el proceso de recuperación, además de que la familia necesita ser sostenida, contenida y apoyada.

SEÑOR GALLINAL (Roberto).- Nos paramos en el paradigma de los derechos humanos. Cualquier política para usuarios de drogas tiene que partir de ese lugar. A partir de ahí hay que concebir cualquier propuesta terapéutica vinculada con la construcción de autonomía de los usuarios; si no esto no funciona, viola los derechos básicos. Si bien toda propuesta terapéutica busca autonomía, tenemos claro que las políticas deben generar diversidad de propuestas en lo que tiene que ver con los acompañamientos, porque a veces se ingresa al usuario a un lugar y no hay acompañamiento, o sale de la instalación y no hay más acompañamiento, y tampoco la familia lo recibe. Cualquier proceso terapéutico requiere de acompañamientos sostenidos y profesionalizados. De esta manera este proceso largo, que tiene que hacerse en calle, en familia, en territorio precisa de la construcción de autonomía y de acompañamiento. Al mismo tiempo, debe tratarse de propuestas dignas, que respeten la dignidad de los individuos. No vale cualquier propuesta terapéutica ni cualquier solución de inserción social, porque se estarían violando los derechos humanos y la dignidad de los individuos, cuando lo que necesitamos es rescatar los valores internos y las potencialidades de estas personas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Esta Comisión queda de puertas abiertas para cualquier propuesta que quieran acercarnos -ideas, sugerencias, innovaciones- sobre este tema que es tan complejo y que han abarcado con mucho profesionalismo.

Les agradecemos mucho vuestra presencia.

(Se retiran de sala los representantes de la organización Encare)

(Ingresa a sala el representante del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, profesor doctor Hugo Rodríguez)

—La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el gusto de recibir al representante del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, profesor doctor Hugo Rodríguez.

La intención de la Comisión es escuchar la opinión legal sobre el proyecto en cuestión.

SEÑOR RODRÍGUEZ (Hugo).- Es un honor estar acá e intentar contribuir al debate de los parlamentarios sobre este proyecto. Voy a hablar en nombre de todo el equipo de nuestra cátedra, en el que hemos discutido el texto proyectado.

Nosotros partimos de la base de que el proyecto trata un tema relevante y de preocupación para toda la sociedad, y ni qué hablar para algunas familias y personas concretas que tienen un problema que no es de fácil solución.

Dicho esto quiero dedicar el tiempo a plantear las objeciones o las críticas que me pueda merecer el texto, tal como está proyectado.

En primer lugar, la categoría de la voluntad anticipada que es a la que recurre el proyecto sigue una lógica que no es exactamente igual a la voluntad anticipada que está recogida en la Ley N° 18.473 y en el derecho comparado, sea bajo la forma de testamentos vitales o de apoderados, en cuanto esta supone una garantía para el paciente de no ser sometido a tratamientos que no desee en el caso de no estar en plena lucidez en el momento que los necesite. | Eso apunta a evitar que alguien, por el simple hecho de que en un momento determinado no pueda decir que no quiere determinado tratamiento, por estar inconsciente -por ejemplo- o encontrarse en otra circunstancia que le impida expresar su voluntad, pueda ser sea sometido a algo que vaya contra su moral. El ejemplo típico es el de una persona que pertenece a una religión como la de los Testigos de Jehová, no admite la donación de sangre. Ellos fueron quienes establecieron el uso del testamento vital, e iban con un documento encima para que, si les ocurría un accidente u otra circunstancia, no les proporcionaran un tratamiento que fuera en contra de lo que ellos consideran muy importante y en contra de su dignidad, ya que no podrían manifestarlo.

Este caso es un poco inverso, porque el proyecto plantea manifestar la voluntad de querer ser tratado en el futuro, con un tratamiento que nadie propuso y que no está indicado, por lo que se trata de una eventualidad. Lo único que se establece es la internación que, en realidad, no es un tratamiento en sí, sino un lugar en el que se puede plantear un tratamiento. Entonces, determinar la voluntad de internarse sin expresar cuál sería el tratamiento es una cuestión que también merece objeciones desde el punto de vista de otra categoría jurídica y médico- legal, que es el consentimiento informado. No se puede consentir en blanco; uno consiente que se le practique un acto médico que se le propone luego de conocer toda la información relevante que le permite discernir si eso se corresponde con sus intereses, su proyecto de vida y sus deseos. Por lo tanto, la única manera de ejecutarlo legalmente es con su consentimiento. En este caso, eso está absolutamente en blanco, y solo establece su decisión de internarse.

El consentimiento informado es una vieja categoría jurídica que para algunos autores es el principal aporte de los derechos humanos a la medicina. Se ha incorporado en las últimas décadas, y busca asegurar el principio de libertad, es decir de que nadie sea sometido a un acto terapéutico o médico de cualquier naturaleza sin que lo desee. Entonces, como está basado e inspirado en el principio de libertad, lo primero que asegura es su revocabilidad sin expresar ningún motivo, fundamento ni formalidad. La persona puede haber dado su consentimiento ante tres escribanos públicos, pero si está por entrar a block quirúrgico y manifiesta que no quiere, no hay que llamar a un escribano; simplemente expresa que no quiere. Es un instrumento que no está para obligar a la persona a hacer lo que no quiere, sino para asegurarse de que no se haga lo que no quiere. Entonces, en ese sentido lo que se plantea es contradictorio con esa aplicación general que, además, responde a una teoría o doctrina que no es nada nueva, y que no aplicaría exactamente en este caso

Uno puede preguntarse si hay situaciones en las cuales se puede actuar sin consentimiento, y existen; son poquitas, pero las hay. Una de ellas es el caso de personas -como puede ser la hipótesis que plantea este proyecto de ley- que en determinado momento deben recibir un tratamiento, porque es necesario para su salud o para su vida, y no están en condiciones de disponer racionalmente de su voluntad. Para eso hay una ley bastante reciente, la Ley N° 19.529, de Salud Mental, que está reglamentada por el Decreto N° 226 de 2018, que establece y regula exactamente cómo se realizan esas internaciones involuntarias. Pero esa no es una incorporación de esa ley. Ese instrumento existía desde la vieja ley del psicópata, del año 1936, que establecía tres formas diferentes de internaciones involuntarias. Es decir que nuestro derecho hoy tiene perfectamente establecido y reglamentado que hay situaciones -excepcionales, por cierto- en las cuales claramente un enfermo puede ser tratado contra su voluntad, en particular enfermos con alteraciones mentales o personas que padezcan trastornos por uso de sustancias que le impidan, en algún momento, disponer de su voluntad en forma razonable. Entonces, resultaría innecesaria esta voluntad anticipada porque la hipótesis es que estas personas quieren tratarse cuando están en condiciones de decidir, y en el caso en que no estén en condiciones de decidir no es necesario un consentimiento informado previo en el que hayan firmado una hipótesis que no existía, por un tratamiento que no sabían cuál era. Basta que estén dadas las condiciones previstas en la legislación actual que -reitero- están perfectamente establecidas y reglamentadas, para que se pueda proceder a esa internación. Es decir que, en el caso de no aprobarse este proyecto y de que se quisiera aplicar la legislación actual, hay instrumentos que permiten manejar esas situaciones; no digo resolverlas, porque hay situaciones muy complejas que no se van a resolver con la ley actual ni con ninguna otra, porque no todo puede resolverse en base a legislación, aunque puede ayudar.

A nosotros nos parece que sería importante que la legislación en salud pudiera mantener armonía con la legislación sanitaria, que ha avanzado mucho en el país en los últimos años, generalmente con un gran consenso en el sistema político. En este sentido, existe la Ley N° 18.335, de derechos de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, la ley de voluntad anticipada, la ley de salud mental, e incluso los nuevos artículos del Código de la Niñez y la Adolescencia -me refiero concretamente a su artículo 11 bis- que hacen innecesarias las alusiones que se realizan en este proyecto. También existen leyes que ya se aprobaron y refieren a cómo habría que manejar las situaciones con las personas menores de dieciocho años. Eso está establecido en el Código de la Niñez y la Adolescencia y, además, reglamentado por el Decreto N° 274, del año 2010, que establece cómo se debe actuar en situaciones con niños, adolescentes inmaduros y

adolescentes maduros, en las que llegado el caso debe procederse igual que con las personas adultas. Nosotros consideramos que se han producido tales avances en la legislación que permiten manejar bastante bien casi todos los problemas, y en el caso de que hubiera que elaborar nueva legislación sería importante que estuviera en consonancia y armonía con la actual y más moderna.

Tal vez me haya expresado mal porque no quise decir que ya está todo legislado, sino que es importante que estas cuestiones que tienen que ver con derechos y deberes de los pacientes y usuarios estén en coordinación con las normas legales más generales, que son las que han articulado todos los avances en el último tiempo.

Por último -para no robarles más tiempo-, quisiera mencionar que el artículo 2º, que establece tiempos de internación, no creo que sea adecuado desde el punto de vista médico; yo no soy psiquiatra, sino médico legista, pero realmente no parece conveniente que una norma de tan alto rango y tan dura de modificar como una ley establezca plazos mínimos para la internación. En realidad, toda la legislación viene en sentido contrario, asegurando que no ocurran -como sucede- internaciones prolongadas innecesarias de enfermos que están meses o años y nadie se acuerda bien por qué, procurando garantizar que está internado quien no tiene otra alternativa y porque se le ha indicado. Además, deben existir todos los controles estatales, desde los realizados por el Ministerio de Salud Pública hasta por la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, controlando que no haya abusos en ese sentido. Por eso me parece que este ítem es también un poco contrario a esa tendencia, y entiendo que en términos generales -aunque no fuera contrario a ninguna tendencia- es cuestionable que desde la legislación se establezcan pautas terapéuticas, en el supuesto caso de que la internación fuera una solución para el problema que el proyecto quiere plantear. Ese es un tema en el que yo no soy especialista y en el que no quiero entrar, pero no puedo dejar de señalar que las experiencias nacionales más exitosas que ha habido son las que establecen tratamientos de adhesión voluntaria; diría que casi que una condición para el éxito es la voluntariedad. Admito que lo involuntario pueda ser una solución última para situaciones en las que no hay alternativa, pero en ese caso hay cómo hacerlo, con leyes y reglamentaciones muy nuevas.

Es cuanto quería manifestar.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos enormemente la exposición. Para nosotros, al momento de legislar, es importantísimo tomar en cuenta todos los factores que puedan marcar una postura ambigua, y considerar lo que no quede claro, por lo que esto nos ayuda a hacer mejor nuestra labor legislativa; toda devolución desde el punto de vista legal es más que importante.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Quiero agradecer al profesor Hugo Rodríguez por sus aportes porque yo creo que los necesitamos como legisladores.

Sabemos en qué consiste la ley de voluntad anticipada, así como la modificación del artículo 11 bis del CNA, pero -como se decía- a veces perdemos de vista la ilación de las reglamentaciones y las leyes, en función de la cual deberíamos legislar.

Quiero pedirle que si tiene algunas observaciones o informes por escrito, nos los haga llegar. Sabemos que el profesor Rodríguez ha realizado un trabajo en conjunto en la cátedra, y si la presidenta estuviera de acuerdo considero que nos serviría como insumo que nos haga llegar una síntesis al respecto. | Si bien hemos contado con mucha participación de las sociedades científicas vinculadas con la psiquiatría, la psicología y la atención -y vamos a seguir recurriendo a diferentes instituciones y profesionales que

tienen experticia en el tema-, creo que el punto de vista del profesor del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina es muy importante. Sería importante que nos pueda acercar un informe con lo expresado en esta Comisión. Esto no es menor, porque hay confusiones desde el punto de vista jurídico y legislativo y podemos cometer un error al legislar.

De acuerdo con el abordaje multidimensional que tiene la temática podemos entender que la internación compulsiva no es la experiencia más exitosa.

Creo que sería bueno que nos hicieran una síntesis de todas esas leyes que deben tener una ilación para llegar a un consenso.

SEÑOR RODRÍGUEZ (Hugo).- Hoy no contamos con ese documento, pero se los haremos llegar con mucho gusto.

No siempre estamos de acuerdo en todo, hay distintas percepciones o énfasis, pero en este caso estamos todos realmente convencidos de los puntos que resumí.

Con mucho gusto les haremos llegar la postura de la cátedra para que puedan usarla como insumo.

SEÑOR PRESIDENTA.- Les agradecemos la presencia.

La Comisión tiene las puertas abiertas para recibirlos cuando lo consideren oportuno en base a los proyectos que vayamos trabajando. Sin duda, va a ser un intercambio sumamente enriquecedor.

Se levanta la reunión.

≠