**XLIX Legislatura**

**DEPARTAMENTO**
**PROCESADORA DE DOCUMENTOS**

**Nº 398 de 2021**

S/C Comisión Especial de adicciones

JUNTA NACIONAL DE DROGAS

Delegación

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 4 de mayo de 2021

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Sebastián Sabini.

Miembros: Señores Representantes Nazmi Camargo Bulmini, Álvaro Dastugue, Virginia Fros Álvarez, Luis Gallo Cantera, Daniel Gerhard y Nibia Reisch.

Invitados: Participan en forma remota por la Secretaría Nacional de Drogas: doctor Daniel Radío, Secretario General; señor Daniel Archondo, Adjunto Secretario General; escribana Claudia Lavechia, coordinadora del Fondo de Bienes Decomisados; psicólogo Luis González, coordinador Área Salud Integral; contadora María Elisa Cabrera, coordinadora Área Evaluación y Monitoreo; sociólogo Gustavo Misa, coordinador Áreas Descentralización y Formación; sociólogo Héctor Suárez, coordinador Observatorio Uruguayo de Drogas; licenciada Andrea Rizzo, coordinadora Área Internacional; licenciada Aloha González, coordinadora Fideicomiso RENADRO y Denisse de Moraes, coordinadora de Relaciones Internacionales y Cooperación.

Por el Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA): doctora Alejandra Cuadrado y químico farmacéutico Sebastián Eirea.

Secretaria: Señora María Elena Morán.

Prosecretaria: Señora Joseline Rattaro.

=======II=======

**SEÑOR PRESIDENTE (Sebastián Sabini).-** Habiendo número, está abierta la reunión.

——Buenos días a todos y a todas. Tenemos el gusto de recibir en el día de hoy a la Secretaría Nacional de Drogas, la Junta Nacional de Drogas, al secretario general, doctor Daniel Radío; al adjunto, Daniel Archondo; a la coordinadora del Fondo de Bienes Decomisados, escribana Claudia Lavechia; al coordinador del Área de Salud Integral, psicólogo Luis González; a la coordinadora del Área de Evaluación y Monitoreo, contadora María Elisa Cabrera; al coordinador del Área de Descentralización y Formación, sociólogo Gustavo Misa; al coordinador del Observatorio Uruguayo de Drogas, sociólogo Héctor Suárez; a la coordinadora del Área Internacional, licenciada Andrea Rizzo; a la coordinadora del fideicomiso Renadro, licenciada Aloha González; y a la coordinadora de Relaciones Internacionales y Cooperación, Denisse De Moraes. Por el Instituto de Regulación y Control del Cannabis no sé si está la señora Alejandra Cuadrado o Sebastián Eirea, o ambos.

En primer lugar, les damos la bienvenida. Esta es la primera reunión que tenemos como Comisión en el año. Nos hubiera gustado, evidentemente, haber realizado con anterioridad esta entrevista, esta reunión de trabajo. Pero, de cualquier forma, agradecemos la prontitud con que respondieron a la solicitud de la Comisión.

Nuestra idea era conocer, de primera mano, el plan de trabajo que estaba estableciendo la Junta Nacional de Drogas y también su posición respecto a planteos realizados por el Ministerio del Interior, en forma pública, que tienen que ver con los datos personales de los usuarios del sistema de regulación del mercado de cannabis.

Con mucho gusto, damos la bienvenida y cedemos el uso de la palabra al doctor Daniel Radío, un viejo conocido de esta Casa, con quien tuvimos el gusto de trabajar durante muchos años. Ahora en roles diferentes, nos alegra mucho poder comenzar esta reunión.

**SEÑOR RADÍO (Daniel).-** Buenos días; el gusto es nuestro. Ojalá hubiéramos podido estar de modo presencial; uno siempre echa de menos esa Casa, pero igual trataremos de cumplir con lo que se nos encomendó.

Como es la primera visita, quizás, en algún caso, lo que tengo que hacer, además de los planes, es presentar la Secretaría. Entre otras cosas, para explicar que nosotros no hablamos en nombre del conjunto de la Junta, porque la Junta Nacional de Drogas es un organismo plural que integran, entre otros, nueve ministerios, a través de sus secretarios, la Senaclaft, y nosotros, como secretaría técnica. Nosotros somos la secretaría técnica de la Junta Nacional de Drogas.

La temática de las drogas es un fenómeno complejo y dinámico que involucra muchas dimensiones respecto a su naturaleza, sus causas y a su desarrollo. Por lo tanto, el abordaje de la temática requiere del diseño, en particular, en lo que respecta al tratamiento, de respuestas individualizadas, hechas a medida en el entendido de que no existe un modo único de tratar a las personas. Respuestas que deberán ser lo suficientemente amplias como para abarcar la diversidad de situaciones de un fenómeno que es emergente de problemáticas que, finalmente, involucran a la persona y a su entorno familiar y comunitario; por lo tanto, para ser resueltas requieren de abordajes personalizados.

Pretendemos tener una mirada que implica un enfoque integral, centrado en las personas, muy especialmente en sus vínculos. Nosotros encontramos, en el modelo de

gestión de riesgos y de reducción de daños, lo que entendemos que es la respuesta más comprensiva de las diferentes dimensiones.

En todo caso, lo que a mí me interesa ahora señalar es que, en una visión retrospectiva, nuestro país ha sido consecuente en el abordaje de la problemática social del uso de drogas, siempre desde una mirada integral; siempre ha puesto a la persona, su bienestar, su salud y su libertad como fundamento último del quehacer de las instituciones.

Para que una línea de desarrollo político sea más viable y para que acumule, debe ser resultado de haber tenido en cuenta las trayectorias que se hubieran verificado, ya sea para ratificarlas o para desviar su curso. Nosotros estamos plenamente convencidos de la conveniencia de desarrollar políticas de Estado allí donde sea posible.

Desde mi punto de vista, no existen las genialidades del pensamiento que no tengan en cuenta la historia, los procesos y los aprendizajes institucionales, por mucho respaldo casuístico que ostenten.

Nosotros hemos asumido el desafío de prolongar algunas trayectorias que se han venido desarrollando, procurando maximizar su eficiencia, asumiendo algunos nuevos desafíos, dotándolas de una impronta que a nosotros nos parece que es un signo característico de esta Administración, y que nos condiciona fuertemente el cauce por el que deben transcurrir nuestras decisiones, que es la libre determinación de las personas, el deber de respeto y tolerancia para con la libertad del prójimo.

Nuestra conceptualización del tema lleva implícito que las sustancias no son el problema, y rescatamos, en cambio, la noción de vínculo. O sea, de la manera cómo las personas se relacionan con las sustancias, que es, desde nuestro punto de vista, lo que define la naturaleza problemática o no del uso, pudiendo llegar a afectar la salud y otras áreas de la vida. Cuando los usos de sustancias son problemáticos, generalmente, acaban afectando la salud de las personas y constituyen una patología.

Por lo tanto, esto implica, en primer lugar, el involucramiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, que debe ser la línea de base, nuestro punto de partida respecto a la atención de los problemas derivados del uso de sustancias. Esta concepción, ha determinado, en nuestro caso específico, una reestructura organizativa de la Secretaría, desde que nosotros llegamos, que busca jerarquizar aspectos relacionados con la salud integral. De hecho, la nueva área recientemente creada la hemos denominado Salud Integral; el coordinador, licenciado Luis González, se encuentra entre nosotros. Se busca potenciar y trabajar de manera conjunta en la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social.

El caso particular de la prevención del uso problemático, para nosotros constituye un objetivo fundamental, pensada en términos específicos, advirtiendo acerca de los riesgos concretos, porque usar drogas siempre es un riesgo. Y otras veces, trabajando de manera más inespecífica, procurando fortalecer las habilidades para la vida. Lo ideal para anticiparnos a la situación problemática, siempre, es enfocarnos en la promoción de un modelo de convivencia que tienda al respeto de las normas, a la construcción de un marco valórico que sustente la convivencia, que nos impulse a no ser indiferentes, que brinde un contexto propicio para el desarrollo de sentimientos y actitudes solidarias, que promueva la elección, por parte de los individuos, de hábitos de vida saludables.

En los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud no siempre están disponibles las respuestas con la especificidad propia de esta problemática. Allí es necesaria una red específica y complementaria de las acciones sanitarias. Esta especificidad, a nosotros nos impele a mirar más allá de la mera afectación de la salud.

En este sentido, nuestra perspectiva institucional implica algunas cosas que detallaré ahora.

Primero: hay que asumir que se trata de un fenómeno internacional, que involucra la seguridad de nuestros pueblos y que supone una lucha frontal contra el tráfico ilegal de sustancias y el lavado de activos, lo cual requiere cooperación e intercambio regional e internacional. Cooperación, además, en todo lo relativo a la investigación científica, al intercambio de información, acerca de los abordajes terapéuticos, la prevención, la evaluación de programas, la capacitación. Requiere participar activamente en el debate internacional relativo a las orientaciones estratégicas y promover al permanente *aggiornamiento* del paradigma asociado al uso de sustancias. La Secretaría Nacional de Drogas tiene un relacionamiento internacional fluido con otros países, y también con las instancias especializadas en el tema.

Segundo: hay que tener presente que para que las decisiones de las personas sean auténticamente libres, es preciso que sean decisiones informadas. Esto es particularmente válido para nuestros jóvenes. Por lo tanto, hay que promover el involucramiento del sistema educativo, que tiene un rol insustituible en la promoción de trayectorias de vida resilientes y en la prevención de los usos problemáticos de drogas. Tenemos una coordinación fluida con los organismos de la educación, discutiendo contenidos y coordinando instancias específicas. Por ejemplo, en conjunto con ANEP y el Instituto de Perfeccionamiento y Estudios Superiores, recientemente instalamos una nueva edición del curso de actualización docente llamado "Acercamiento a los Consumos Problemáticos en los contextos educativos actuales".

Tercero: hay que reconocer que la prevalencia del uso problemático de drogas es mayor en poblaciones privadas de libertad, en situación de calle, con patologías de salud mental, con trayectorias de institucionalización infantil. Esto nos obliga, a todos, a la coordinación institucional. Hace un par de semanas tuvimos un primer encuentro muy rico con los integrantes de la oficina del Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario, con quienes tuvimos mucha sintonía, y que esperamos se inicie una secuencia de intercambios.

Anteayer nos llamó el novel ministro de Desarrollo Social para intensificar el relacionamiento que tenemos que mantener. Me parece que eso, insisto, nos obliga a la coordinación institucional.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que en las mujeres el relacionamiento con las drogas es aún más estigmatizante, y eso dificulta la visibilidad del problema y la búsqueda de ayuda. Es por ello que la Secretaria Nacional de Drogas tiene entre sus prioridades aportar una perspectiva de género al abordaje de la temática.

Teniendo presentes estos y muchos otros factores, y asumiendo la magnitud y la especificidad de la problemática, y la implicación de muchas más dimensiones personales, familiares y comunitarias, nuestro país ha hecho, desde el año 1988, una fuerte apuesta por la interinstitucionalidad, que es congruente con la naturaleza compleja del fenómeno. En la misma medida en que hay intereses compartidos por múltiples organismos del Estado, se ha optado por la acción conjunta y por la ejecución colectiva que, incorporando iniciativas y recursos de todos estos organismos, hace confluir las estrategias y unifica el accionar para conseguir objetivos que son comunes.

Esto que parece ser una apuesta inteligente tiene francas dificultades en la misma medida en que requiere asumir, por parte de estos organismos, la interinstitucionalidad, que no siempre es fácil. Porque asumir la interinstitucionalidad supone una racionalidad superadora de la acción institucional individual, de la acción aislada y excluyente, que se

basa en una posesión dominante de los recursos por parte de algunas instituciones, o en la presunción, por parte de otras, de ostentar el monopolio de las competencias, de las habilidades o de los saberes. Por otro lado, asumir la interinstitucionalidad requiere del compromiso, no solo formal, sino de fondo de las instituciones, coordinando los esfuerzos y compartiendo los recursos, para constituir una red que se despliegue en el territorio. Una red que, insisto, no sustituya, sino que complemente la atención estrictamente sanitaria y que lo mismo que esta, se estructura también por niveles de atención, igual que como cuando hablamos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Una red complementaria, que es lo que nosotros hemos dado en llamar Renadro, Red Nacional de Atención en Drogas, que también se estructura por niveles de atención y tiene objetivos específicos para cada nivel.

La definición de interinstitucionalidad juega un papel muy importante en la descentralización de las políticas de drogas. Una de las prioridades de la Secretaría Nacional de Drogas es apoyar las estructuras locales y el fortalecimiento de la institucionalidad en el interior del país, impulsando la definición e implementación de determinaciones que respondan a las necesidades propias de los territorios.

Otro pilar importante del trabajo de la Secretaría lo constituye el monitoreo permanente de los planes, los programas y los proyectos, de forma de poder evaluar los resultados para optimizar el uso de los recursos. Nosotros estamos trabajando en la implementación de un sistema de gestión de calidad en la Red Nacional de Atención en Drogas que tenga en cuenta las normas internacionales de estandarización, y a partir del trabajo implementado tratar de generar evidencia, en lo posible a favor de la experiencia a desarrollar, y paralelamente continuar desarrollando mediciones de los resultados y evaluaciones *cualicuantitativas* que nos permitan corregir el rumbo de nuestra labor socio sanitaria en función de la evidencia científica. En ese sentido, quiero resaltar la tarea que cumple el Observatorio Uruguayo de Drogas, que realiza una tarea fundamental en el relevamiento de datos a nivel nacional, contrastándolos con la información internacional y aportando insumos para la definición de las políticas.

Otro pilar de la Secretaria es el Fondo de Bienes Decomisados. La Junta Nacional de Drogas, a través del Fondo de Bienes Decomisados, que integra la Secretaría, ejerce la titularidad y dispone de los bienes y productos que son incautados o decomisados, que son puestos a disposición de la justicia en el marco de la aplicación de la ley antilavado de activos. Esto implica la recepción, el inventario, la administración, la enajenación o la adjudicación de todos los bienes que provienen de treinta y tres delitos que menciona la ley. Los más importantes, como todos saben, son el narcotráfico, la corrupción, la estafa, el contrabando, el secuestro, la extorsión, el proxenetismo y la trata de personas. El artículo 59 de esa ley dispone que debe ser prioritaria la enajenación, pero por motivos de conveniencia muchas veces se adjudican bienes y se puede transferir fondos a organizaciones beneficiarias, que trabajan fundamentalmente en represión del delito y, eventualmente, en prevención y rehabilitación.

Estamos realizando acciones para reforzar el Fondo de Bienes Decomisados en lo que refiere a la formalización de su estructura y procedimientos, y hemos planteado la necesidad de contar con un área notarial, porque el Fondo de Bienes Decomisados tiene que inscribir y escriturar bienes. Además, apostamos a la profesionalización de los recursos humanos, porque eso fue observado en la última evaluación internacional que hizo el GAFI, que es el Grupo de Acción Financiera Internacional, que es un organismo que audita el Sistema Integral para la Prevención del Lavado de Activos. En ese sentido, nosotros estamos evaluando la posibilidad de obtener asesoramiento y apoyo internacional con un proyecto con Cicad de la OEA.

En suma, los énfasis que pensamos que tiene que tener el trabajo de la Secretaría en el próximo período implica, en algunos casos, la profundización de algunas de las líneas estratégicas que se venían desarrollando y, en otros, modificaciones más o menos importantes, pero la mayor parte de ellas van a estar referidas a aspectos instrumentales, que tienen relación con la gestión cotidiana del aparato técnico administrativo de la Secretaría, tratando de hacerlo más eficiente y optimizar la labor para el cumplimiento de las metas. Además, recientemente hemos finalizado la elaboración de la estrategia nacional de drogas para el período, que está a consideración de la Junta Nacional de Drogas, que se tiene que reunir para aprobarla o establecer las modificaciones. Allí establecimos cinco ejes de trabajo, que nos definen cuáles son los lineamientos más importantes.

En primer lugar, el fortalecimiento de la Red Nacional de Atención en Drogas, buscando permanentemente ampliar la oferta y el espacio sanitario para los usuarios problemáticos. Aquí la estrategia está orientada a procurar confluencia de políticas públicas en un modelo que, más que de coordinación debe ser de articulación de las políticas, es decir de corresponsabilidad institucional, buscando que los intereses converjan hacia un objetivo que es compartido, que es tener una mirada de salud integral, a través de un abordaje socio sanitario. Esa mirada integral implicará aspectos de prevención, de tratamiento, de rehabilitación y de reincisión social. Para esto, ¿qué hace la Secretaría? Brinda, a través del trabajo de sus técnicos, la visión de una política única que permita que, en lugar de superponer o multiplicar esfuerzos aislados, se optimice el uso de los recursos -dispuestos en distintos lugares del aparato del Estado, inclusive de los actores privados- y ofrezca una mirada estratégica global que haga evidente la conveniencia de la convergencia.

En segundo término, implementar una estrategia de articulación interinstitucional en el territorio, porque fortalecer la red de atención socio sanitaria implica descentralizar las políticas, reorganizar los recursos -los que tenemos u otros nuevos-, la transferencia de competencias, descentralizar la ejecución y maximizar el aprovechamiento de las acciones que se realicen en el territorio en función de un criterio racional que permita mejorar la cobertura y, sobre todo, la accesibilidad, tratando de optimizar el impacto local de las acciones desarrolladas.

En tercer lugar, trabajar en la implementación de un sistema de gestión de calidad -recién me refería a la Renadro-, que tenga en cuenta las normas internacionales. Generar evidencia en favor de la experiencia. Continuar desarrollando mediciones de resultados y evaluaciones *cualicuantitativas* para eventualmente corregir el rumbo, en función de evidencia científica.

En cuarto término, tenemos que continuar adelante con la regulación del mercado de cannabis, que se hace no tanto desde la Secretaría, sino desde el Instituto de Regulación y Control del Cannabis. Este es un mandato de la Ley N° 19. 172, que tiene un aspecto que se relaciona directamente con el control de la oferta y que tiene que procurar, como uno de sus objetivos importantes, desalentar la concurrencia al mercado ilegal de sustancias. Si es verdad que el Estado no tiene que ceder en la lucha contra el narcotráfico, no menos verdad es que hay que continuar procurando la separación de los mercados, evitando la llegada de los usuarios de cannabis a los mercados ilegales. Toda determinación que contribuya a convocar nuevos usuarios de cannabis al mercado regulado o a fidelizar los que ya se encuentran, estará en línea con el cumplimiento del espíritu de la norma. Por otro lado, hay que seguir revisando la normativa y el funcionamiento del aparato técnico burocrático del Estado para que sea funcional a las definiciones políticas, y a veces eso cuesta bastante. Las definiciones políticas al día de hoy tienden a la promoción y desarrollo de la producción de cannabis para uso medicinal

o industrial, favoreciendo la radicación de inversiones, promoviendo la investigación y alentando la instalación de emprendimientos que procuren agregar valor al producto.

Como último punto prioritario, dentro del resumen que estoy haciendo, otro de los objetivos es contribuir al debate en el plano internacional en tanto el cambio de una estrategia global respecto a esta temática. Seguramente, me han escuchado hablar antes de esto y no quiero abundar. Entre otras cosas, nosotros pensamos que tiene que haber un examen desprejuiciado y un debate abierto que incluya, por ejemplo en lo relacionado con la penalización, la necesidad de eliminar la pena de muerte donde existe. Nosotros hemos asistido a un crecimiento espectacular de los mercados de drogas ilegales, que son ampliamente controlados por el crimen organizado. De eso podemos deducir que la estrategia en la que estamos embarcados a nivel internacional, con una excesiva concentración de las políticas en la disminución de la oferta, no ha logrado disminuir ni eliminar la producción clandestina ni el tráfico de estupefacientes, sino que ha posibilitado el agravamiento de los problemas sanitarios de los usuarios de drogas en todo el planeta. Además, ha habido un deterioro progresivo en las condiciones de seguridad pública con la proliferación y desarrollo de organizaciones criminales, que también son polifuncionales, porque están vinculadas al narcotráfico así como al lavado de activos, tráfico de armas y trata de personas. Me parece que a esta altura de los acontecimientos es bastante evidente que, más que ganar una guerra contra un enemigo tan difuso, lo que se necesita es asumir un conjunto de desafíos sanitarios y sociales que permitan mitigar sufrimientos y vulnerabilidades, y mejorar la calidad de la vida de las personas. Creo que nosotros tenemos que participar e incidir en ese debate.

Pido disculpas, porque capaz que fue muy larga mi intervención.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** No; está bien.

**SEÑOR REPRESENTANTE DASTUGUE (Álvaro).-** Un saludo al secretario de la Junta, amigo Daniel Radío, y a todas las autoridades.

Me imagino que algunas de las otras autoridades van a exponer o presentar algo y capaz que como metodología de trabajo sería bueno que eso se hiciera, y después podemos hacer alguna pregunta o acotación.

**SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).-** Simplemente, quiero saludar a un viejo amigo y felicitarlo por la exposición. Pido disculpas porque llegué en la mitad de la exposición y obviamente, cuando terminemos, haremos algunas consideraciones y preguntas.

**SEÑOR RADÍO (Daniel).-** Si se necesita complementar la información, estamos a las órdenes. En realidad, el equipo está disponible para evacuar todas las preguntas que surjan.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** En lo personal quiero consultar específicamente sobre la Red Nacional de Drogas, sobre todo lo que es el sistema de atención y cómo están funcionando los dispositivos de acompañamiento. Si tienen propuestas o planes a futuro para desarrollar los que ya están y con qué metodología están trabajando. Sería bueno que se pudiera profundizar en eso.

**SEÑOR RADÍO (Daniel).-** Si el presidente lo permite, voy a ceder el uso de la palabra a un compañero de la Secretaría, pero quiero adelantar que nosotros pensamos -lo dije recién en la presentación- que cuando los usos de drogas son problemáticos generalmente acaban afectando la salud de las personas y, por lo tanto, constituyen una patología. Entonces, la línea de base, nuestro punto de inicio, debe ser el Sistema Nacional Integrado de Salud. De hecho, hay normas específicas que establecen

obligaciones para los prestadores de salud con usos problemáticos de drogas; eso tiene que estar claro. Sin embargo, no menos claro que eso es que no siempre el Sistema Nacional Integrado de Salud puede dar las respuestas específicas o está en condiciones de darlas, y ahí tiene que surgir una red complementaria, que no lo sustituye, sino que complementa y que también, al igual que el Sistema Nacional Integrado de Salud, se estructura por niveles de atención. Cuando pensamos en el Sistema Nacional Integrado de Salud, visualizamos tareas específicas por niveles. Los niveles de atención se clasifican por la complejidad de las prestaciones. En el Sistema Nacional Integrado de Salud hay tareas específicas para el primer, segundo y tercer nivel, y es deseable que la mayoría de los problemas se resuelvan en el primer nivel de atención. Eso mismo se puede trasladar a la Red Nacional de Atención en Drogas.

Si usted me permite, señor presidente, Tati, voy a pasar el uso de la palabra el licenciado Luis González. Cuando llegamos a la Secretaría armamos el Área de Salud Integral y el licenciado González es el coordinador.

**SEÑOR GONZÁLEZ (Luis).-** Buenos días.

Muchas gracias por la oportunidad.

Quiero contarles que la Red Nacional de Atención en Drogas, como bien dijo el doctor Radío, funciona como complementaria del Sistema Nacional Integrado de Salud. El Sistema prevé una serie de prestaciones para salud mental y todas incluyen componentes vinculados a las personas con uso problemático de drogas.

Luego, nosotros desarrollamos la Renadro, que es complementaria y además integra componentes del propio Sistema. Es decir que con la Red de Drogas trabajan con nosotros todas las instituciones involucradas, incluyendo ASSE como prestador de salud y en muchos departamentos del interior también trabajan los prestadores privados en la lógica de complementación de servicios.

La Red está dividida en tres niveles. En el primer nivel apostamos a las policlínicas y a los centros de primer nivel de atención de salud, y aspiramos a que el tema se incorpore como una cuestión más de la atención en salud, y sobre todo que se pueda realizar en esos centros la detección precoz del consumo para que no avance hasta el momento en el que las personas finalmente piden ayudan. Hay muchos estudios que señalan que la brecha entre que una persona desarrolla un consumo problemático de drogas y finalmente llega a pedir ayuda es de años; en algunas instancias de más de diez años.

Entonces, nosotros a lo que apostamos desde el primer nivel es que la detección sea lo antes posible y que sobre las problemáticas detectadas se puedan realizar acciones de menor complejidad para evitar el desarrollo de situaciones más complejas.

Luego tenemos los dispositivos Ciudadela, que son dispositivos territoriales que hoy hay en todos los departamentos del país. En algunos departamentos hay más de uno; inclusive hasta tres. Son dispositivos de atención de consulta, de recepción de la ciudadanía; están abiertos a la ciudadanía en general, con lo cual puede consultar una persona que tiene un uso problemático de drogas, pero también un familiar, un amigo o un docente que quiere hablar sobre el tema y necesita alguna orientación. Reitero: están abiertos a la ciudadanía en general. Además, estos dispositivos desarrollan prestaciones de seguro directo, de las que ahora vamos a hablar, que son las prestaciones ambulatorias.

Luego, en el primer nivel, también tenemos los dispositivos Comunitarios, que trabajan principalmente en Montevideo y área metropolitana; algunos de los dispositivos

Ciudadela también desarrollan el dispositivo Comunitario. Hoy en día tenemos básicamente dos modalidades: una modalidad que son los dispositivos de cercanía que nosotros llamamos "Aleros", que trabajan en territorios acotados; circulan en los territorios a pie conectando situaciones de personas que tienen uso problemático de drogas y de personas o instituciones que inclusive trabajan en el tema.

Asimismo, tenemos un modelo que son los dispositivos diurnos de baja exigencia, donde se trabaja con muy pocos requisitos para el ingreso de personas que están en situación de derechos vulnerados -personas en situación de calle y/o sin hogar-, y donde para ingresar prácticamente no se necesita nada, ni siquiera estar dispuesto a hacer tratamiento. Allí se trabaja desde la cotidianeidad, en el uso del tiempo libre y en algunas actividades vinculadas con el placer y el ocio. Desde allí se plantean propuestas de tratamiento más específicas para las personas que van desarrollando la motivación.

En el segundo nivel tenemos dispositivos más enfocados en el tratamiento específico del uso problemático de drogas. Ahí empezamos con los dispositivos ambulatorios, que dan consulta general -como puede pasar en un centro especializado- una o dos veces por semana.

También tenemos los dispositivos diurnos o los ambulatorios intensivos, que son una respuesta ambulatoria pero que incluyen también muchas cosas vinculadas con la integración social de la persona. Allí las personas pueden asistir varias veces a la semana -incluso todos los días como ocurre en varios lugares-, y es una opción intermedia entre el ambulatorio y el residencial.

También tenemos los dispositivos residenciales de corta estadía. Hoy en día tenemos tres: uno en el norte, que se llama "Casa Abierta", que está en Artigas; uno en el este, que se llama "El Jagüel", que está en Maldonado, y uno en el área metropolitana, que da respuesta a nivel nacional, que es el "Portal Amarillo", y se encuentra en Montevideo.

Estos dispositivos trabajan con una estadía de hasta noventa días; lo residencial y lo ambulatorio se va combinando, de modo de que las personas empiezan en una estadía residencial, que fue pensada clínicamente para su situación, y a medida que va avanzando su tratamiento van teniendo paulatinamente modalidades cada vez más ambulatorias hasta llegar al egreso.

En el tercer nivel de atención tenemos un dispositivo específico ambulatorio a nivel nacional que se llama Chanaes, y es para personas con patología dual, es decir que tengan la concurrencia de un trastorno por uso de consumo y al menos otro trastorno de salud mental. Ahí se trabajan las situaciones de uso problemático de drogas y de salud mental al mismo tiempo, con un equipo muy especializado, y se da resolución a aquellas situaciones que no encajaban en ninguna de las dos redes; en la red de salud mental no tenían pautas para ingreso porque eran usuarios de drogas y en la red de drogas no tenían pautas para ingreso porque, además, tenían situaciones vinculadas con la salud mental. Allí se trabajan las dos situaciones al mismo tiempo.

Luego tenemos la unidad móvil de atención que trabaja en personas en situación de calle y/o sin hogar. Es un dispositivo móvil que incluye atención de un médico familiar, comunitario, licenciado en psicología, licenciado en trabajo social, un tallerista especializado y un policía comunitario. Esta unidad trabaja en las zonas más céntricas de Montevideo y del área metropolitana.

Finalmente tenemos el tercer nivel de dispositivos para personas privadas de libertad, que funciona en las unidades penitenciarias.

Este sistema, además, se complementa -este es el sistema más apoyado sobre el tratamiento- con el desarrollo del Sistema Nacional de Prevención, que va a trabajar en el mismo marco que la Renadro todas las cuestiones vinculadas con la prevención en cuatro programas diferenciados, que luego si tienen interés puedo también profundizar.

No sé si fui claro hasta acá. De lo contrario, quedo a las órdenes para poder complementar con lo que necesiten.

**SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).-** Voy a tocar un tema viejo que realmente me preocupó y lo voy a enramar con un tema nuevo.

Nosotros apostamos mucho -hay que decirlo- y trabajamos mucho en el tema, pero los resultados no fueron los que uno hubiese querido en lo que tiene que ver con el desarrollo del cannabis medicinal y todo lo que impacta y ha impactado en la curación de determinadas patologías, que ya está demostrado a nivel mundial y no vale la pena especificar cuáles. Eso ha generado que haya emprendimientos de cannabis para el desarrollo de los aceites que son consumidos por muchísimos pacientes -fundamentalmente niños con determinadas patologías como epilepsia refractaria-, con todos los trastornos que esto trae.

Por otro lado, me gustaría conocer la opinión que tiene el secretario General de la Junta con respecto al pedido de datos por parte del Ministerio del Interior a los clubes cannábicos, en cuanto a que queden registrados en el Ministerio del Interior. Enraba mucho una cosa con otra, porque al no desarrollarse el cannabis medicinal como a uno le hubiese gustado, a un costo que sea accesible para un montón de población, obviamente que puede haber plantaciones clandestinas para fabricar este tipo de aceites, sin los estándares de seguridad que se precisan y con las consecuencias que tiene sobre la salud.

Entonces, me gustaría saber cómo está hoy el tema del cannabis medicinal y el desarrollo de las estrategias que tiene la Secretaría para ello y cuál es la posición o qué se va a hacer sobre el tema de los datos. Si bien creo que hay que combatir al narcotráfico y a los plantadores ilegales, es claro que tenemos que respetar la ley, y la ley dice que los datos son personalísimos

Quiero saber cuál es la posición que tiene la Secretaría, si bien comparto muchas de las declaraciones que leí últimamente en cuanto a esto.

Gracias, presidente.

**SEÑOR RADÍO (Daniel).-** La primera cosa que quiero dejar meridianamente clara es que hay una definición estratégica en el sentido de favorecer el afincamiento de inversiones, el desarrollo de la producción y de todos aquellos emprendimientos que tiendan, no solo a la producción y a la exportación, sino también a tratar de agregar valor a los productos. Esto vinculado con lo que mencionaba el diputado Gallo sobre el cannabis medicinal. Esta es una definición, una línea clara del gobierno en ese sentido.

Nosotros teníamos dificultades de dos tipos vinculados con esto. Unas son de tipo normativo y otras son de talante. La primera cosa con respecto a esta segunda dificultad es que queremos despejarla definitivamente. Nosotros tenemos toda la intención de "echar" para adelante -por decirlo de alguna manera- en lo que tiene que ver con esta cuestión. Por eso estamos -yo lo decía en la presentación inicial- revisando la normativa y tratando de hacer que las cosas fluyan. Desafortunadamente no siempre se da. A veces cuesta saber qué es lo que obstaculiza, porque en realidad no necesariamente -como decía al principio- el aparato técnico burocrático del Estado es funcional al desarrollo de

las definiciones políticas que se hacen; hay como una paradoja en eso que estamos tratando de resolver.

Yo soy un convencido de que hay que desarrollar la industria del cannabis vinculado con lo medicinal; ojalá también a lo industrial. También quiero decir que hay que pensar este tema con las luces largas prendidas, porque hay cosas que pueden ser muy beneficiosas en el corto plazo pero a la larga pueden generar un problema. Uruguay tiene algunos intangibles que debe cuidar. La Marca País tiene que apostar a la calidad, porque nosotros no somos los vivos del batallón; todo el mundo se dio cuenta de que esta es una industria promisoria y empieza a haber competencia en este tema. En América Latina y en Europa -sobre todo en Europa del este- muchos países empiezan a producir cannabis con este objetivo. Nosotros tenemos en ese sentido algunas desventajas comparativas con el resto de América Latina como, por ejemplo, las cuestiones climáticas. Asimismo, los costos de producción, como la energía y la mano de obra, en Uruguay es más cara que en otros países de América Latina. Entonces, la apuesta tiene que ser fuertemente a la calidad y a agregar valor. En eso estamos trabajando. De hecho existe una Comisión que está trabajando desde el punto de vista técnico -no político- en conjunto con la Prosecretaría de Presidencia y el Ministerio de Salud Pública para tratar de allanar el camino para que estas cosas sean más claras.

La definición estratégica está clara y la modificación de talante está clara; hay que establecer los canales jurídicos y las certezas. Me parece que hay que protocolizar procedimientos. En eso estamos.

Con respecto al otro tema que preguntaba el diputado vinculado con el requerimiento de la información por parte del Ministerio del Interior, quiero decir que desde hace bastante tiempo este Ministerio ha solicitado a la Secretaría Nacional de Drogas -vía Secretaría Nacional de Drogas, porque en realidad hizo una solicitud al Ircca- la información. Concretamente, ha solicitado la base de datos -como se ha dicho en algunas de las notas- del Ircca. Desde la Administración anterior ya se había hecho una consulta a la Unidad Reguladora y de Control de Datos Personales de Presidencia de la República y en esta Administración nuevamente se reiteró la consulta, teniendo en cuenta que tenemos un organismo especializado de Presidencia que nos puede asesorar en este tema. Le planteamos la pregunta y nuestras inquietudes y el área jurídica de IRCCA hizo todo un informe jurídico. Aquí está presente la doctora Cuadrado, quien se encargó de redactar toda una fundamentación de nuestro punto de vista. Hace pocos días recibimos la respuesta de la Unidad Reguladora y de Control de Datos Personales de Presidencia.

La primera cosa que quiero despejar es que yo no atribuyo intencionalidades en las consultas que hace el Ministerio del Interior; al contrario. Me parece que es muy loable que el Ministerio del Interior requiera herramientas para el mejor cumplimiento de su tarea. Me parece muy bien y saludo esa postura del señor ministro del Interior, con quien hemos conversado en más de una oportunidad.

Yo entiendo que la norma no nos habilita a brindar esa información -ahora voy a explicar cuál fue la respuesta que nos dio la Unidad Reguladora y de Control de Datos Personales-, y además tiene una finalidad el hecho de que la norma no nos habilite a dar esa información. Esa es una de las cosas que yo decía al final de mi presentación inicial.

Nosotros tenemos que tratar de conseguir que la gente se vuelque más al mercado regulado y, además, de fidelizar a quienes están en el mercado regulado. Estamos lejos de abarcar todo el universo de usuarios de drogas habituales u ocasionales. La información que tenemos -que es proporcionada, en parte, por el Ircca y, en parte, por el Observatorio Uruguayo de Drogas- indica que de cada tres personas que usaron cannabis en el último año, solamente una está en el mercado regulado. O sea que

estamos aún lejos de abarcar la totalidad. Entonces, lo que tenemos que lograr es que la gente se vuelque. Ahora: si yo le digo al usuario cuando llega, que se quede tranquilo, que su dato es sensible, que su identidad y su privacidad van a estar protegidas porque así lo establece la norma, que no le voy a dar esa información a nadie, pero, después, se la termino dando al Ministerio del Interior, me parece que le estoy haciendo una trampa, independientemente, de que la información se brinde con la mejor intención. Hoy, tenemos dentro del sistema regulado sesenta y pico de mil usuarios -creo que aún no llegamos a setenta mil; tengo por ahí los números, así que después se los doy exactos-, que entraron al sistema porque nosotros les dimos esa confianza: les trasmitimos la certeza de que esa información no iba a ser compartida. Entonces, me parece que es complicado que nosotros ahora la compartamos.

Básicamente, el informe de la Unidad Reguladora y de Control de Datos Personales -que, insisto, nos llegó hará diez o quince días- señala, en primer lugar, que el hecho de que la información sea un dato sensible no significa que no se pueda compartir; esto tiene que estar claro. Pero también aclara que para que se pueda compartir tiene que cumplirse una de dos condiciones. La primera es tener el consentimiento del titular del dato, o sea que el titular del dato nos habilite a nosotros a brindar esa información. Quiero decir que discutimos esto en la última reunión del Consejo Directivo del Ircca y yo, particularmente, propuse que hagamos una consulta a todos los cultivadores domésticos y clubes cannábicos para que, si ellos nos habilitan, nosotros brindemos su información al Ministerio del Interior. Vamos a hacer esa consulta; está tomada la decisión.

La otra condición que se podría cumplir es que la información fuera brindada de forma anonimizada. Esta es una palabra que, confieso, escuché por primera vez; creo que todos podemos deducir lo que quiere decir. Cuando tuve este dictamen, llamé a la Unidad Reguladora de Control de Datos Personales para que me explicaran qué quería decir y me explicaron el significado de la palabra "anonimizada".

(Hilaridad)

——Yo entendí -y así se los trasmití- que me parecía que no teníamos la chance de brindar esa información de manera anonimizada. A esto, me respondieron: "Bueno, si ustedes entienden que no, esa es una cuestión que ustedes tienen: que no se puede brindar de manera anonimizada. Entonces, no se puede brindar". La verdad es que yo creo que esto es así. En el caso de los autocultivadores, esto es muy claro porque el Ministerio del Interior es el que maneja el registro de direcciones. Es más: el Ministerio del Interior es quien expide el certificado de vecindad; o sea que tiene las direcciones. Si yo brindo el domicilio de un autocultivador, estoy dando sus datos personales y no estoy protegiendo su identidad.

En el caso de los clubes cannábicos, aunque esto pudiera ser opinable porque es verdad que las personas no viven en el club -los socios de un club no viven en el club-, no menos verdad es que se cumplen un par de condiciones. La primera es que la ley no solo nos mandata proteger la identidad, sino que la Ley N° 19.172 también nos mandata proteger la privacidad; la norma utiliza expresamente la palabra "privacidad". Además, los únicos que pueden concurrir a un club cannábico -esto también está determinado en las normas- son los socios de un club. O sea que alcanzaría con que yo me pare en la puerta del club para saber quiénes son sus socios. Alguien podría contestar del otro del mostrador: "Bueno, pero también me podría parar en la puerta de una farmacia e identificar quiénes son los compradores". Pero yo puedo ir a una farmacia a comprar ácido acetilsalicílico o metoclopramida y a un club cannábico, no; ahí a lo único que puedo ir es a retirar cannabis.

Ergo, yo no estoy protegiendo la identidad de los usuarios y de los socios si brindo la dirección. En todo caso, como, insisto, yo no tengo prejuicio con respecto a esto, si los usuarios, si los titulares nos dan su consentimiento -y porque, además, el objetivo que ha manifestado el Ministerio del Interior es que lo que quiere hacer es proteger a los clubes-, si los clubes están de acuerdo, entonces, nosotros podemos brindar esa información; pero vamos a consultar a los titulares de los datos.

En principio, esto es cuanto quería decir.

**SEÑORA REPRESENTANTE CAMARGO BULMINI (Nazmi).-** Damos los buenos días a todos, en particular, al señor secretario y a los demás integrantes de la delegación.

A mí me surgieron algunas dudas referentes a los dispositivos Ciudadela: ¿cómo funcionan realmente? ¿Qué día funcionan? ¿En qué horario? ¿Cómo se hace la difusión para que la gente los conozca? Principalmente, en el interior veo que la gente no conoce esa herramienta y no sabe de su existencia. Además, me han dicho que, por ejemplo, sábados y domingo no funcionan; me parece que esos son los días clave en los que se puede dar una crisis y sería cuando más se necesitarían. Pero no sé si esa información es correcta; me ha llegado de gente que, supuestamente, buscó ayuda.

Sobre los residenciales, nos dijeron que hay tres. ¿Cuántas camas tendrían en total? ¿Manejan el número de la demanda que hay hoy por esas camas? También pregunto si lo que tenemos cubre la demanda; creo que es evidente que no. ¿Qué hay pensado para cubrir esa demanda, que es grande y preocupa bastante?

Muchísimas gracias

**SEÑOR RADÍO (Daniel).-** Gracias por las preguntas. Luego, con su permiso, voy a ceder el uso de la palabra al coordinador del área de Salud Integral. Antes, voy a referirme a algunas cuestiones vinculadas a estos asuntos.

Sobre los residenciales, después, el psicólogo Luis González seguro va a dar los datos bien certeros. Sí puedo decir que no es deseable que estén todos llenos ni es deseable que estén todos vacíos. Nosotros consideramos que el número de camas que tenemos es insuficiente, pero no creemos que sea escandalosamente insuficiente; eso tiene que quedar claro. En este punto, insisto en algo que decía recién: cuando pensamos en un sistema estratificado, lo que tenemos que tratar es que la mayoría de casos de uso problemático se resuelvan en el primer nivel de atención. No es deseable que todas las personas que tienen un uso de sustancias problemático se internen, además de que no es posible. No es deseable y no es posible, entre otras cosas, porque como decíamos recién vinculado al Sistema Nacional Integrado de Salud, lo deseable es que el 90% de las consultas -o el 86%; creo que ese el número exacto de acuerdo con la estadística internacional- se resuelvan en el primer nivel de atención. Si mañana, a cualquiera de los que estamos en esta reunión, nos dicen que nos tenemos que internar, veremos que no es tan fácil: que va y se interna. No funciona así la vida de nosotros, sobre todo, porque después de que a uno lo aíslan y los separan del mundo, tiene que volver al mundo real. Esas instancias hay que tratar de evitarlas y, por eso, hay que tratar de resolver estos problemas en el primer nivel de atención.

En todo caso, yo sí creo que podemos tenemos problemas de accesibilidad en el primer nivel de atención. Me refiero a problemas de accesibilidad de todo tipo: geográfica, tal vez, porque a pesar de que tenemos dispositivos Ciudadela en todos los departamentos, no hay en todas las ciudades; pude haber, también, accesibilidad organizacional, en la misma medida en que lo que tenemos es un problema de recursos, por aquello que yo dije originalmente, es decir, que los Ciudadela y toda la estructura se fundamentan en una convergencia de la interinstitucionalidad y no siempre las

instituciones que tienen que participar en esto lo asumen. Desde que llegué a la Secretaría, he recibido llamadas de diversas instituciones diciendo: "Che: ¡mirá lo que pasa en el Ciudadela de tal lado! ¿Cómo puede ser? ¡Nosotros somos los que pagamos el alquiler!". Y, sí, porque tiene que ser así. O: "Che: ¡mirá que en Ciudadela de este lado a la trabajadora social nosotros le pagamos el sueldo!". Y, sí, porque tiene que ser así. Pero cuesta que las instituciones asuman eso, por dos razones. La primera es por aquello que decía recién: la posesión dominante de recursos que algunas instituciones tienen en desmedro de otras. Eso genera una cierta discrecionalidad de quien pone el recurso: cuánto pone, cuántas horas; y estamos hablando de poquitas horas que se cubren.

La segunda, y más importante, es que a veces hay una especie de tendencia a la compartimentación y a creer que alguien en esta historia posee el monopolio de las habilidades, de los saberes, de las competencias, y a despreciar los que otros, que específicamente se han dedicado al tema, hacen.

Si me permite, señor presidente, voy a ceder el uso de la palabra al psicólogo González.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Puede hacerlo.

**SEÑOR GONZÁLEZ (Luis).-** Muchas gracias por las preguntas, que son muy interesantes.

Sí es verdad que estamos con algún déficit de camas. Antes, quiero explicar algo para contar cómo se analiza ese déficit y cómo estamos trabajando para solucionarlo.

En primer lugar, como decía el doctor Radío, aclaro que las prestaciones no son únicas: no es un menú de un solo plato, sino que tenemos una cantidad de prestaciones diferentes para momentos distintos en los que las personas necesitan ayuda.

Por un lado, hay prestaciones de urgencia y de emergencia para situaciones de intoxicación aguda, grave, donde la persona realmente corre un riesgo y no se puede esperar.

Después, hay otro grupo de prestaciones que están asociadas a la desintoxicación. En estos casos, se trabaja siempre muy cerca de los centros de salud, porque se requiere instrumental y capacidad técnica especializada para resolverlos. Se resuelven en forma ambulatoria o en internaciones muy breves, del entorno de los cinco a siete días.

Luego, tenemos todo lo que tiene que ver con la deshabituación. Ahí es donde se trabaja el tratamiento propiamente dicho del uso problemático de drogas, donde se juega el partido más complejo y donde las intervenciones son de más largo plazo.

En la deshabituación tenemos grupos de dispositivos diferenciados. Los dispositivos comunitarios trabajan en el mismo lugar donde las personas habitan y trabajan; básicamente, están enfocados a la reconstrucción de las redes subjetivas de cada persona. Por otro lado, están los ambulatorios diurnos, que trabajan en el tratamiento especializado. Finalmente, tenemos los residenciales. Trabajamos en residenciales generales y en residenciales específicos.

En este punto, voy a hacer algunas aclaraciones que tienen que ver con las dos preguntas que nos realizaban. La primera tiene que ver con los dispositivos Ciudadela.

Los dispositivos Ciudadela trabajan en deshabituación, en procesos que no requieren urgencia; por eso trabajan de lunes a viernes. Cualquier consulta que sea de urgencia, no es para un Ciudadela; es una consulta para un centro de urgencia y emergencia. Ahí es donde trabajamos muy fuertemente con la red de salud y con el Sistema Nacional Integrado de Salud.

En cuanto a la difusión, sí es verdad lo planteado. Tenemos datos y estudios específicos que dicen que necesitamos trabajar fuertemente en que todos los centros -los Ciudadela y los de toda la red- sean más conocidos. Estamos trabajando en eso. De todas maneras, muchas personas se atienden en estos lugares. Luego, la coordinadora de Evaluación y Monitoreo puede profundizar un poco en algunos números, si les interesa. Pero tenemos mucha gente que se atiende en el sistema de los Ciudadela.

En cuanto a los horarios, están disponibles en la página web; podemos acercarles el link. Lo que tratamos de hacer es tenerla siempre muy actualizada. Entre el año pasado y este, con el problema de la pandemia, hemos tenido movimientos casi permanentes con respecto a cuánto pueden atender y en qué modalidad los Ciudadela. Por eso, pasamos, de repente, de modalidades semipresenciales a presenciales o a modalidades totalmente a distancia. Esto se determina en función de las necesidades locales y de las realidades locales en cuanto a la pandemia. Cuando hay un brote muy importante en algún departamento, pasamos a modalidades lo más a distancia posible. Siempre que se pueda, tratamos de priorizar que las primeras consultas se hagan de forma individual.

En este caso, les adelanto que durante la pandemia no ha bajado radicalmente -como ha pasado en otros países- la cantidad de atenciones que recibe el sistema. Este es un dato muy interesante del Uruguay.

En cuanto a los residenciales, recién en el año 2019 pasamos el 80% de ocupación que, como decía el doctor Radío, es el número óptimo. A nosotros, una ocupación del 80% nos permite dar respuesta rápida y tener el sistema en un nivel de aprovechamiento de los recursos relativamente óptimo. Ahora, estamos en el entorno del 90% de ocupación de los centros. Es una ocupación un poco alta. Esto hace que en algunos centros se generen listas de espera. En general, no demora demasiado la generación de plazas, pero sí es verdad que para algunas personas que tienen la necesidad de acceder a la prestación, a veces se dilata el ingreso por algún tiempo. Para resolver esto nosotros estamos trabajando en dos grandes líneas. Una es aumentar la capacidad residencial, y ahí preguntaban cuánto es la capacidad. Cada uno de estos residenciales tiene en el entorno de veinte plazas, pero rotan tres veces al año. Entonces, eso nos da un aproximado de trescientas veinte plazas al año.

En el número de plazas está la clave, pero también en el tiempo de rotación. Lo que le está faltando al sistema, y estamos trabajando con ASSE para desarrollarlo, es la internación inmediata para desintoxicación. Estas son unas plazas de internación, que son específicas, y se rotan mucho más rápido. Entonces, las mismas veinte plazas al año representan muchísima más capacidad de internación, y esa es una de las estrategias que estamos implementando, principalmente con ASSE, para poder dotar al sistema de más plazas residenciales.

Lo otro es que para mejorar la ocupación de plazas residenciales, la mejor estrategia que nosotros hemos evaluado y aplicado es la proliferación de más centros de segundo nivel ambulatorio. En los centros ambulatorios y los ambulatorios intensivos -que son los diurnos-, en las regiones donde estos centros se han podido diseminar, la ocupación residencial baja dramáticamente, y la persona recibe una respuesta de mayor calidad, que requiere de ellos menos intensidad y, en definitiva, brinda mejores resultados.

Estamos trabajando en una estrategia multicomponente; no solo aumentar las plazas residenciales es la respuesta, sino mejorar la respuesta del sistema global para que sea menos necesario indicar la internación.

No sé si respondí; si no, quedo a las órdenes para ampliar lo que necesiten.

Muchas gracias.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Muchas gracias psicólogo Luis González.

No sé si alguien más quiere hacer alguna consulta.

**SEÑORA REPRESENTANTE CAMARGO BULMINI (Nazmi).-** ¿Cuál es el porcentaje de camas?

**SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).-** El 20%.

**SEÑOR REPRESENTANTE DASTUGUE (Álvaro).-** Simplemente quiero preguntar al secretario -quien dijo que ya estaba el plan estratégico de la Secretaría, que faltaba que lo votaran- si cuando esté pronto el plan estratégico lo puede alcanzar para ojearlo y leerlo.

**SEÑOR RADÍO (Daniel).-** Sin duda, claro; se lo vamos a hacer llegar a todos enseguida que lo tengamos.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Simplemente quiero consultar -porque no hemos tocado el tema, no sin antes agradecer todas las respuestas que nos han dado, que la verdad han sido muy completas, y quizás podría ser tema para otra reunión más extensa, donde de repente podamos tener un intercambio presencial- sobre las políticas en relación al alcohol, porque en el Parlamento hubo un debate muy fuerte en torno a este tema.

Una de las consultas es si la Red Nacional de Atención en Drogas trabaja con usuarios problemáticos del uso de alcohol y cuáles son las políticas en relación, particularmente, con este mercado. Muchas veces la Junta se concentra más que nada en las sustancias ilegales, pero simplemente le pregunto a Radío si podría dar un pantallazo sobre este tema.

**SEÑOR RADÍO (Daniel).-** Lo que pasa es que nosotros ponemos el centro de gravedad en otro lado, que no es en la sustancia. Yo decía recién que el problema es la noción de vínculo, no de la sustancia sino de la manera en cómo nosotros nos vinculamos con la sustancia.

A veces soy medio ridículo en los reportajes cuando pongo este ejemplo: si nosotros ponemos una bolsita de cocaína arriba de esta mesa, no somos enfermos; el tema es cómo nosotros nos relacionamos con la sustancia. Entonces, como el centro de gravedad no está puesto en la sustancia, vale para qué es lo que nosotros tenemos que tratar, qué es lo que nosotros abordamos. El abordaje no está relacionado con si vos sos adicto al alcohol, a la pasta base, a la cocaína o al *cannabis*, sino al problema del vínculo patológico, que es lo que hay que tratar.

Es verdad que con algunas sustancias es más difícil que el vínculo no sea patológico. O sea, si vos analizás porcentualmente, por ejemplo, cuántos usuarios de pasta base no tienen un uso problemático, seguramente los números van a ser que casi la totalidad de los usuarios de pasta base tienen un uso problemático y que eso no se da con otras sustancias.

Es verdad también que el alcohol es la sustancia que más impacta en términos de afectación de la salud, en términos de afectación de la economía, en términos de ausentismo laboral, en términos de violencia de género y de violencia familiar. Pero, insisto, el centro de gravedad no está puesto en la sustancia y, por lo tanto, por supuesto que la Red Nacional de Atención en Drogas y el Sistema Nacional Integrado de Salud tienen que estar disponibles para trabajar con todos, con las adicciones, con los usos problemáticos que no necesariamente son adicciones -ahora voy a decir algo sobre eso-, de todas las sustancias.

Decía que los usos problemáticos no necesariamente son adicciones, porque hay usos problemáticos que no son de parte de adictos. Cuando, por ejemplo, un muchacho sale un fin de semana y usa sustancias sintéticas, no es adicto, pero puede tener un uso problemático también. Cuando una persona se agarra una gran borrachera, así no sea un alcohólico crónico, está teniendo un uso problemático. Esto también hay que saber diferenciarlo: no es lo mismo ser adicto que tener un uso problemático. Hay usos problemáticos que no se superponen con adicciones.

Sí, nosotros también, la Red Nacional de Atención en Drogas está disponible también para los usuarios problemáticos de todas las sustancias.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Si no tenemos más preguntas, agradecemos al secretario general de la Junta Nacional de Drogas, doctor Daniel Radío, y a todos los técnicos que han expuesto en el día de hoy.

Vamos a estar en contacto probablemente en el futuro para nuevas comparecencias.

Así que les agradecemos mucho.

**SEÑOR RADÍO (Daniel).-** Los agradecidos somos nosotros.

Yo agradezco a todo el equipo que me acompañó y a los legisladores por las preguntas y por la atención, particularmente a los amigos que tengo allí, que son muchos; algunos me han venido a visitar acá a mi oficina y no está de más que les manifieste a los nuevos que sean bienvenidos y a los de siempre que los quiero mucho, como antes.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Muchas gracias y nos estamos viendo. Un abrazo.

Despedimos a la delegación que nos acompañó en el día de hoy.

——Quiero comentarles que recibí en forma informal la solicitud de la coordinadora de organizaciones nucleadas en torno al *cannabis*; aun no me han hecho llegar la solicitud formal de audiencia, pero sí me expresaron su intención de reunirse con la Comisión.

En principio quería proponer -la próxima reunión sería el mes que viene-, si están de acuerdo, en agendar una reunión de este tipo para recibir el 8 de junio a esta coordinadora y saber cuáles son sus planteos.

**VARIOS SEÑORES REPRESENTANTES.-** De acuerdo.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.

=/=