



REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY



Cámara de Representantes
Secretaría

XLIX Legislatura

DEPARTAMENTO PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 1071 de 2022

S/C

Comisión Especial de adicciones

JUNTA NACIONAL DE DROGAS

Delegación

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 4 de octubre de 2022

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Agustín Mazzini, Vicepresidente.

Miembros: Señores Representantes Nazmi Camargo Bulmini, Alfredo De Mattos, María Fajardo Rieiro, Virginia Fros Álvarez, Luis Gallo Cantera, Daniel Gerhard y Nibia Reisch.

Invitados: Por la Secretaría Nacional de Drogas: Dr. Daniel Radío, Secretario General; Lic. Psic. Luis González, Coordinador Área Salud Integral; Lic. Andrea Rizzo, Coordinadora Área Cooperación Internacional; Lic. Psic. Mariana Silva, Área Salud Integral; Cra. Ma. Elisa Cabrera, Coordinadora Área Evaluación y Monitoreo; Soc. Héctor Suárez, Coordinador del Observatorio Uruguayo de Drogas; Soc. Gustavo Misa, Coordinador Área de Formación; Cra. Claudia Lavecchia, Coordinadora del Área de Fondo de Bienes Decomisados; Lic. Leticia Aszkinas, Área Formación; señor Dardo Rodríguez, Coordinador Área Gestión Territorial y Daniel Archondo, Asesor.

Secretaria: Señora María Elena Morán.

Prosecretaria: Señora Joseline Rattaro.

=====

SEÑOR PRESIDENTE (Agustín Mazzini García).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión Especial de Adicciones tiene el gusto de recibir a una delegación de la Junta Nacional de Drogas, integrada por el secretario general, doctor Daniel Radío; el asesor, Dardo Rodríguez; el coordinador del Área de Salud Integral, licenciado en psicología Luis González; la coordinadora del Área de Cooperación Internacional, licenciada Andrea Rizzo; la licenciada en psicología Mariana Silva, del Área de Salud Integral; la coordinadora del Área de Evaluación y Monitoreo, contadora María Elisa Cabrera; el sociólogo Héctor Suárez, del Área Observatorio Uruguayo de Drogas; el coordinador del Área de Formación, sociólogo Gustavo Misa; el asesor Daniel Archondo; la coordinadora del Área de Fondo de Bienes Decomisados, contadora Claudia Lavecchia y la licenciada Azkinas, del Área de Formación.

La idea es que puedan continuar con la presentación que comenzaron en la última reunión de la Comisión y que fuera interrumpida por un tema de horarios.

Agradecemos nuevamente a la delegación que siempre está dispuesta a venir al Parlamento.

SEÑOR RADÍO (Daniel).- Como recordarán, en la última oportunidad hicimos la presentación de casi todas las áreas. Ahora queremos terminar con el Área de Salud Integral. Ya habíamos empezado con la primera parte haciendo referencia al sistema de prevención. Ahora voy a ceder la palabra a Luis González, quien se referirá a la Red Nacional de Atención en Drogas.

SEÑOR GONZÁLEZ (Luis).- Soy el coordinador del Área de Salud Integral de la Secretaría Nacional de Drogas.

En la reunión pasada hicimos referencia a todo lo que tiene que ver con el subsistema de prevención y a cómo teníamos armada la idea de dejar de trabajar con la lógica de programas y pasar a trabajar con la lógica de un sistema integrado de prevención con distintos ámbitos, estrategias y universos.

Ahora queremos complementar la información en lo que refiere a cómo estamos enfocando las temáticas vinculadas con el tratamiento.

En este sentido, quiero recordar que el tratamiento de toda la salud en Uruguay, incluyendo el uso problemático de drogas, tiene una primera prestación importante en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Hoy el Sistema Nacional Integrado de Salud cubre una cantidad de prestaciones obligatorias y específicas en lo que refiere a salud mental y uso problemático de drogas, entre las que se encuentra el apoyo presencial o telefónico permanente. Esto quiere decir que disponemos al menos de un teléfono las veinticuatro horas los 365 días al año a través del cual las personas pueden comunicarse.

Asimismo, tenemos las policlínicas de atención ambulatoria multidisciplinaria, que brindan servicios de atención; funcionan de manera semanal o quincenal, pero ofrecen consulta de servicio en policlínica externa con personal médico, de la salud y con personal de áreas sociales.

También contamos con internación por intoxicación aguda para aquellas personas que llegan intoxicadas y necesitan ser desintoxicadas. Son internaciones breves que generalmente se dan en el ámbito de los hospitales. Muchas veces se requiere de apoyo médico permanente por si hay que rescatar a alguien que sufra algún evento cardíaco u otro asociado a la desintoxicación y a la abstinencia.

Además tenemos como una prestación obligatoria la atención en grupos para familiares o referentes socio- afectivos de las personas que son usuarias de pasta base o cocaína. Esta prestación todavía está acotada solo a esa sustancia tal como está establecido en la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sin embargo, con la nueva Ley de Salud Mental muchas de estas restricciones se van a poner arriba de la mesa, porque la ley no establece ningún tipo de restricciones. Probablemente, en la discusión de la ley algunas de estas cosas se puedan ir modificando.

Asimismo, como prestación obligatoria tenemos la atención individual y grupal psicoterapéutica para usuarios con uso problemático de cocaína y pasta base. Es importante acotar que si bien esto está segmentado solo para cocaína y pasta base, la atención psicoterapéutica de salud mental es para todos y todas las ciudadanas. Entonces, uno puede igualmente pedir atención psicoterapéutica aun siendo usuario de otras sustancias, si no es específicamente para el tratamiento del uso problemático de drogas.

Por otra parte, contamos con la internación para deshabituación de las personas que tienen problemas con el uso de drogas en general. Son treinta días en el caso de adultos y sin límite de tiempo para menores de dieciocho años. Todo este paquete de prestaciones está incluido en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Tanto ASSE como cualquier otro prestador integral privado tiene la obligación de darlo.

Sobre este sistema de prestaciones se ha desarrollado la Red Nacional de Atención en Drogas -Renadro- que lo que hace es detectar qué le falta a este sistema e ir desarrollando, en la medida de las posibilidades, algunos dispositivos y propuestas complementarias para tener una Red de tratamiento lo más completa y variada posible.

Esto tiene que ver con las recomendaciones internacionales extraídas de la evidencia y con que no hay un modelo de tratamiento que funcione para todos los casos y para todos los momentos, sino que los países tienen que tender a contar con redes lo más completas y variadas posibles, donde haya una oferta residencial, ambulatoria o comunitaria, y distintas formas de tratamiento.

En este sentido, al día de hoy tenemos una serie de dispositivos que pertenecen a la Renadro y que están ordenados por niveles de atención. Lo que tratamos de hacer fue organizar todos estos dispositivos que se fueron aportando de manera de que funcionen también como un sistema donde se pueda administrar, como se hace con cualquier política de salud.

El primer nivel de atención está designado a atender la mayor cantidad de personas posibles. Se trata de un nivel de especialización relativamente bajo. Los técnicos tienen que recibir una variedad de situaciones y saber un poco de muchas cosas. Esa sería la situación en el primer nivel. Hoy trabajamos en las policlínicas de primer nivel de ASSE, de las intendencias y de algunos prestadores privados para tratar de impulsar mecanismos de detección precoz e intervenciones motivacionales. ¿Qué quiere decir esto? Lo que nos dicen los estudios es que desde que una persona desarrolla un uso problemático de drogas y consulta, pasa mucho tiempo; a veces pasan varios años y en esos años la persona se va deteriorando, y cuando llega al tratamiento la situación ya se tornó mucho más compleja y más difícil de resolver. Esto implica mucho más costo para la persona y también para el Estado y el sistema porque cuando tomamos la situación ya está muy desgastada y avanzada y requiere niveles de intervención mucho más complejos. Todavía no tenemos una normativa que establezca esto como obligatorio y por eso desde la Renadro lo que hacemos es capacitar e intentar que todos los centros de atención de primer nivel que quieran puedan implementar estos dispositivos de detección precoz e intervenciones motivacionales.

Eso permite determinar el nivel de riesgo que tienen esas personas que llegan al primer nivel de salud. Básicamente, lo que se pide en las policlínicas de primer nivel y los centros de atención primaria es que se trabaje con aquellas personas que tienen un nivel de riesgo moderado, intermedio. Aquellas que tienen un nivel de riesgo alto son derivadas al sistema especializado y con las personas que tienen un nivel de riesgo bajo se hace una consejería para fortalecer esas conductas que llevan a que tenga un bajo riesgo.

En el primer nivel de atención también tenemos los dispositivos comunitarios. Estos funcionan sobre todo en Montevideo y en el área metropolitana, pero también en algunos departamentos del resto del país, básicamente en dos modalidades. Una modalidad tiene que ver con dispositivos de cercanía. En general, son duplas de técnicos que circulan a pie territorios acotados y lo que tratan de hacer es construir red en ese territorio. Trabajan con la red comunitaria y con la red subjetiva de cada persona. Lo que intentan es que las personas que tienen sus redes muy deterioradas puedan ir identificando y haciendo crecer esas redes para tener más sostén y apoyo y, finalmente, aumentar el capital de recuperación que es lo que buscan todos los dispositivos de tratamientos.

La otra modalidad de dispositivo comunitario son los programas diurnos de baja exigencia que son espacios que están abiertos al público en general. No se les pide mucho; ni siquiera se les pide que estén en tratamiento o que dejen de consumir. Lo que se ofrece es una cotidianeidad alternativa a la calle o a situaciones de extrema vulnerabilidad. Las personas pueden ir, recibir atención básica, tener acceso a servicios de higiene, duchas, lavado de ropa y demás, acceder a las noticias, estar al día con lo que pasa, conversar con un equipo y a partir de ahí se van construyendo demandas. Muchas veces son personas que no están prontas para comenzar un tratamiento, que no tienen motivación ni deseo. Lo que se hace a través de estos dispositivos es intentar que eso cambie hasta que se pueda recomendar un lugar donde realizar el tratamiento. Una parte del tratamiento funciona allí en ese espacio diurno y otra parte en el resto de la Red. Lo que intentamos es que las personas lleguen a los dispositivos que existen. Otro tema que tenemos para mejorar es la accesibilidad a los servicios.

En el primer nivel también tenemos las líneas telefónicas de atención. Hay una línea específica que es el *1020 y el teléfono fijo que es el 23091020. Es una línea de atención a personas en situación de consumo problemático de drogas, pero también para la población en general que quiere saber algo sobre la temática. Hay un equipo técnico que recibe las consultas, asesora a la persona que llama -ya sea un usuario, usuaria, técnico o familiar- sobre las posibilidades de atención, tratamiento o inserción disponibles en el lugar donde la persona está. Este teléfono funciona las veinticuatro horas al día los 365 días al año y está disponible para todo el territorio nacional.

Hay otras líneas telefónicas que no son específicas pero hacen mucha sinergia con la Red. Por ejemplo, la Línea de Prevención al Suicidio que funciona en el mismo lugar y con el mismo equipo que la Línea *1020. Muchas veces las personas que llaman a esa Línea son referidas a la Red. Lo mismo pasa con la línea de atención a situaciones de salud mental, que se implementó en la pandemia y que muchas veces también refiere a una cantidad de usuarios y usuarias a los servicios. Con la línea de atención a mujeres en situación de violencia de género muchas veces hacen cruces. Lo que queremos es que estos lugares funcionen como puerta de entrada y accesos fáciles para que la persona que llamó pueda tener información adecuada para recibir los servicios de tratamiento, si es que lo necesita.

Por último, en el primer nivel también tenemos los dispositivos Ciudadela que son de recepción, consulta, diagnóstico, derivación y tratamiento de la Red Nacional de Atención de Drogas. Fueron pensados porque en un momento nos dimos cuenta de que en el

sistema teníamos un faltante y era que existían los servicios, la demanda, pero la gente que necesitaba tratamiento no se encontraba con los servicios. Lo otro que pasaba era que muchas veces las personas que llegaban lo hacían por la puerta equivocada. A veces llegaba alguien de Montevideo a un centro de atención en Artigas con su bolsito diciendo: "Quiero internarme", y no tenía el criterio clínico para la internación. Entonces, quedaba lejos de donde vivía y sin recibir la atención que necesitaba.

Por este motivo se generaron estos centros que funcionan como gestores de casos. La idea es que las personas puedan entrar por ahí, se les ofrezca toda la gama de recursos que existen y se haga un buen diagnóstico, que era la otra carencia que se tenía antes de estos dispositivos. Es importante hacer un buen diagnóstico de la situación y referir a los lugares que pueden dar la respuesta adecuada.

Muchas veces en el interior del país, por la carencia de otros centros de atención, se fueron generando dispositivos ambulatorios, diurnos. Hoy estamos con la idea de universalizar los dispositivos diurnos en el marco de los Ciudadela.

Hoy tenemos dispositivos Ciudadela en todos los departamentos del país; en algunos tenemos hasta tres Ciudadela porque hay localidades que ameritan tener más de uno. Siempre estamos viendo la necesidad de seguir explorando posibilidades para abrir algún centro nuevo.

Eso configuraría el primer nivel. Esperamos que entre esto que acabamos de presentar y toda la respuesta ambulatoria y diurna que ofrece el Sistema Nacional Integrado de Salud se pueda resolver el 85 % de los casos de consulta. Eso sería lo óptimo según los estudios internacionales y según lo que hemos visto en el funcionamiento de la Red. La enorme mayoría de nosotros, ante cualquier problema de salud lo podemos resolver en el primer nivel de atención. Para aquellos casos que el primer nivel no es suficiente, pasamos al segundo nivel que está ya más especializado en el tema drogas. Ahí lo que esperamos recibir son personas que han desarrollado un trastorno por uso de sustancias. Muchas veces trabajamos ya en el segundo y tercer nivel con personas que tienen trastorno por dependencia, mientras que en el primer nivel trabajamos con todos los tipos de trastorno y situaciones vinculadas con el consumo.

En el segundo nivel tenemos los ambulatorios especializados, que muchas veces funcionan en la órbita de los Ciudadela o de algunos dispositivos residenciales y lo que hacen es brindar atención específica, ambulatoria, técnica, para desarticular el uso problemático de drogas. Allí lo que tenemos son consultas con psiquiatras, psicólogos, licenciados en trabajo social y otros profesionales que lo que hacen es armar planes terapéuticos individuales, sentarse con las personas y ver cuál es el más adecuado y seguirlo a lo largo del tiempo. Muchas veces estos dispositivos ambulatorios funcionan antes del ingreso y la salida de los residenciales -con las personas que han recibido un tratamiento residencial- y luego las personas son derivadas para tener un seguimiento a largo plazo.

Muchas veces los dispositivos ambulatorios y Ciudadela funcionan como verdaderos gestores de casos. Conocen a la persona a lo largo del tiempo y pueden abogar por ella en los distintos servicios que tiene que utilizar para establecer su plan de tratamiento a largo plazo.

También en el segundo nivel tenemos los centros diurnos especializados. Hoy hablábamos de los de baja exigencia. Estos son centros diurnos de alta exigencia; son los ambulatorios extensivos donde muchas veces la gente puede ir a recibir el tratamiento más de una vez a la semana. En estos lugares tenemos mucha intensidad en cuanto a propuesta de tratamiento y también mucha intensidad en cuanto a propuestas de

integración social. Muchas veces en esos espacios se realizan cursos de capacitación y actividades vinculadas con cómo conseguir empleo, con qué hacer con el uso del tiempo libre, con el tiempo de recreación, etcétera.

Por otra parte, en el segundo nivel de atención contamos con tres residenciales de corta y mediana estadía. Son residenciales donde se pueden quedar hasta noventa días y están ubicados de manera regional. Uruguay ha hecho varias regionalizaciones. A veces nos pasa que según el organismo al que preguntamos la regionalización es distinta. Nosotros llegamos a trabajar con una propuesta que se hizo hace muchos años en la OPP que consistía en hacer una división por regiones; son cinco regiones que tienen cosas en común. Hay una región que tiene que ver con la frontera seca con Brasil, otra que tienen que ver más con la frontera con Argentina, otras que tienen que ver más con el turismo y demás. Existen situaciones en común en cada una de esas regiones.

A esas cinco regiones las estamos administrando con tres dispositivos residenciales. Uno está en el norte, en Artigas, que se llama Casa Abierta y que tiene un formato de tipo rural, donde realizan muchas actividades vinculadas con el campo, al agro, la cría de animales y demás.

Tenemos otro dispositivo en el este, que se llama El Jagüel, que funciona cerca de La Barra de Maldonado, con una modalidad mucho más vinculada con la zona turística. En ese caso se pone énfasis en la integración social, en cuestiones vinculadas con la gastronomía, el mantenimiento de jardines y demás. El tratamiento, que es el mismo en todos lados, se amolda al lugar donde está regionalmente ubicado el centro para ofrecer una propuesta diferencial.

Por último, tenemos al Portal Amarillo en Montevideo, que todavía es de referencia nacional, o sea que muchas veces vienen personas de cualquier lugar del país a atenderse. Sucede lo mismo en los otros residenciales. Independientemente de que las personas vivan o no en la región, a veces se decide, por ejemplo, que si una persona estuvo un par de veces en Casa Abierta y vive en el norte pero no funcionó muy bien el tratamiento o hay algo para mejorar, es derivado a un residencial de otra región para probar con otro tratamiento y ver si se puede amoldar a otra propuesta.

Con el Portal Amarillo trabajamos en las regiones que todavía no hay un residencial tan cercano. En Uruguay, la posibilidad de viajar a Montevideo siempre es mucho más fácil que trasladarse entre departamentos. A veces pasan cosas muy locas porque parece que es fácil llegar de un punto cercano a otro, pero cuando vemos las rutas nos damos cuenta de que no es así. Todavía hay una centralidad en cuanto a cómo están instauradas las rutas.

El tercer nivel de atención está reservado para los casos más graves, que requieren de una alta especialización; estoy hablando de los casos que no se pueden resolver en los dispositivos de primer y segundo nivel. Si fuera una pirámide, el primer nivel atendería a la enorme mayoría de la población, el segundo se acotaría un poco, y el tercero es el que está asignado a los casos más complejos que requieren más tiempo e intensidad de atención.

Lo que tenemos en este nivel es un dispositivo residencial de larga estadía para patología dual. Me refiero a cuando la persona convive al menos con un trastorno por uso de sustancia y con algún otro trastorno de salud mental. Es mucho más que la comorbilidad de dos trastornos; es la integración de una situación de salud mental con la de consumo cuando juegan juntas de una manera nociva en la persona. Se decidió trabajar estas dos situaciones juntas y no por separado. Se trata de un grupo de usuarios que habitualmente hacían una especie de ping pong entre las dos redes: iban a salud

mental y le decían que no tenían criterio porque usaban drogas e iban a drogas y les decían que no tenían criterio porque tenían trastorno de salud mental. Por ese motivo se decidió abrir un centro donde se pudiera abordar las dos situaciones al mismo tiempo. Es un centro residencial que también atiende a una cantidad de situaciones vinculadas con la inserción social de personas que tienen dependencia crónica de largo plazo. Se trabaja con una mirada muy individual, tratando de generar el mayor grado de independencia posible en cada uno de los usuarios.

También tenemos en el tercer nivel las unidades móviles de atención. En Montevideo y el área metropolitana tenemos dos: una que funciona durante el día y otra que funciona durante la noche. Es una unidad que está montada en un vehículo especial que permite tener un consultorio móvil completo para trabajar con una población que está en situación de calle o extrema vulnerabilidad social, pero ya no en el barrio donde la persona habita. Me refiero a personas que se trasladan por cuestiones de supervivencia al centro de Montevideo o a lugares comerciales donde hay mucho movimiento, ya sea porque son cuidacoches o porque trabajan en torno a los comercios y demás. Además de la vulnerabilidad social y de la vulnerabilidad asociada al consumo, se suma que las personas están en una comunidad que no tiene una lógica comunitaria tradicional, sino una más comercial. Por tanto, durante el día siguen una lógica diferente a la de la noche. Los vecinos muchas veces no están en todo el día en las casas; se generan situaciones muy diferentes a las que suceden en los barrios más tradicionales.

Esta unidad tiene un equipo completo. Trabaja con médicos de familia, licenciados en psicología, licenciados en trabajo social, educadores especializados y un policía comunitario que además es el chofer de la unidad. Trabajan dando respuesta específica a muchos de los problemas que se plantean en territorio, intentando que las personas lleguen a los lugares tradicionales de atención a la salud. Muchas veces trabajan con personas que hace muchos años no tienen una consulta con un equipo de salud; algunas ni siquiera tienen la cédula ni saben de sus derechos en cuanto a atención en salud y demás. En ese sentido se trabaja mucho desde la lógica de la restitución de derechos y de la ciudadanía.

Por último, en el tercer nivel de atención lo que tenemos son los programas de tratamiento y de prevención para personas en situación de privación de libertad. Estos programas, sobre todo los de tratamiento, se empezaron a diseñar en el año 2008 con la colaboración internacional de la ONU. Nos prestaron técnicos, energía y presupuesto para poder pilotear una forma de tratamiento que funciona a la interna de las unidades penitenciarias. Tuvimos la oportunidad de ver algunas buenas prácticas en la región y desde ahí partimos con el fin de lograr un modelo uruguayo de tratamiento para personas privadas de libertad. Esto se piloteó desde 2008 a 2011. A partir de 2011 se implementó en algunas unidades como un programa pequeño pero estable. A partir de ese año fuimos creciendo hasta el punto de que hoy contamos con dispositivos de tratamientos en las Unidades N° 1, N° 4, N° 5, N° 6, N° 16 y N° 21 y con dispositivos de prevención en las Unidades N° 4, N° 5, N° 7, N° 9, N° 20 y N° 10. La idea es ir universalizando esa propuesta de tratamiento y que las unidades penitenciarias puedan desarrollarlo a lo largo de todo el país.

Esto en cuanto a la Red de Atención en Drogas -Renadro. La cartera de servicios que tenemos son los dispositivos Ciudadela, los dispositivos regionales, residenciales, los ambulatorios especializados, los diurnos de baja exigencia, las unidades móviles, los Aleros, los programas de proximidad y los dispositivos residenciales especializados como es el de patología dual.

Esto complementa la atención que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Básicamente, hemos visto oportunidades de mejora en dos rubros. Uno tiene que ver con la accesibilidad. Tenemos una cantidad de ofertas de tratamiento pero todavía hay mucha gente que no accede. Incluso nos pasa tener lugares con cupos disponibles y no logramos que las personas accedan a pesar de que sabemos que hay demanda.

Otro de los rubros a mejorar tiene que ver con la calidad. Una vez que tenemos montada una red de este tipo lo que tenemos que hacer de forma permanente es ver año a año o semestre a semestre qué cosas tenemos que mejorar para que la atención sea cada vez de mayor calidad y que llegue a las personas como un buen producto.

Desde el punto de vista de la accesibilidad identificamos algunas situaciones particulares. La primera tiene que ver con el sistema de salud mismo. Las personas que hoy son usuarias de ASSE tienen derecho a todas las prestaciones básicas y también a las que ofrece la Renadro. Las personas que hoy están en el sector privado del Sistema Nacional Integrado de Salud acceden a las prestaciones básicas y solo a las prestaciones de la Renadro cuando existe convenio con esa institución. Ahí tenemos una parte de la población que accede diferencialmente y eso lo tenemos que mejorar; estamos trabajando en eso.

Luego tenemos la accesibilidad territorial. Hay una cantidad de puntos de ingreso para los tratamientos. El nuevo estudio del Observatorio Uruguayo de Drogas arroja que hay más de cuatrocientos puntos de acceso a tratamientos en Uruguay, lo que para un país tan chico es un número muy importante. Lo que sí veíamos en el estudio anterior es que estos lugares están muy concentrados en Montevideo y en el área metropolitana y que en el resto de los departamentos están muy concentrados en las capitales. Cuanto más al norte nos desplazamos más difícil es llegar territorialmente a un lugar de tratamiento. Ahí tenemos una cosa a mejorar, por ejemplo, respecto a la diseminación de los dispositivos Ciudadela.

La otra inequidad en cuanto a la accesibilidad -para terminar- tiene que ver con el género, e implica que cuánto más especializada es la atención más resistente parece ser para las mujeres. Ahí tenemos un problema de diseño y un problema de implementación que venimos tratando de resolver desde que empezó la red, pero siempre se mantiene un nivel de inequidad en el acceso. Hemos logrado, con varios dispositivos que estamos piloteando, mejorar e incluso revertir esa tendencia. Por ejemplo, hoy en El Jagüel, que es un dispositivo residencial de noventa días -como les contaba-, tenemos más mujeres que varones por primera vez en la historia. Ahí lo que se hizo fue trabajar con especialistas en género que coordinaron acciones con los equipos y desarticularon una cantidad de mitos y leyendas sobre trabajar con varones y mujeres; se forzaron y generaron cupos para que las grupalidades se emparejaran y no hubiera dos mujeres cada veinte varones, y de esa manera se logró ir igualando la situación hasta el día de hoy, en el que -reitero- por primera vez los cupos son más femeninos que masculinos.

Ahora estamos con una consultoría que está tratando de establecer esas prácticas -hubo varias como esa- procurando universalizarlas para que toda la red pueda contar con el beneficio de saber cómo trabajar mejor en relación a la posibilidad de que las mujeres se acerquen y se sientan bienvenidas y aceptadas y tengan un lugar específico en el cual poder recibir tratamiento.

Hasta aquí mi presentación. Quedo a las órdenes para responder cualquier consulta o ampliar lo que necesiten.

Quisiera ceder el uso de la palabra a mi compañera, coordinadora del Área de Evaluación y Monitoreo, que les va a contar un poco cómo evaluamos y monitoreamos esta red y cómo desarrollamos este sistema de calidad del que hablamos.

Muchas gracias.

SEÑORA CABRERA (Elisa).- Buenas tardes.

En materia de monitoreo y evaluación trabajamos con tres grandes objetivos. Uno es realizar el monitoreo de todos los proyectos que implementa la Secretaría Nacional de Drogas -que nombramos en la reunión anterior y de los que ahora mencionamos sus grandes características-, y eso lo vinculamos con el cumplimiento de los lineamientos que establece la Estrategia Nacional de Drogas.

El segundo punto es la implementación del sistema de gestión de calidad en los dispositivos de atención y tratamiento, que es en lo que vamos a hacer foco hoy, vinculado a lo que decía Luis.

El tercer punto refiere a remitir información a los organismos internacionales en la materia y participar en los mecanismos multilaterales de evaluación.

El cuanto al sistema de gestión de calidad para los dispositivos de la Renadro el objetivo principal es que cumplan con los estándares internacionales de calidad que existen en la materia. Para eso contamos con dos grandes fuente de información: una es la ISO 9001, en la que nos capacitamos tanto los técnicos de la Secretaría como muchos de los que forman parte de los dispositivos de la Redadro, y también el programa de cooperación entre América Latina y la Unión Europea -Copolad-, que estableció requisitos específicos para atención en drogas.

En la presentación les mostramos algunos de los requisitos generales que nosotros trabajamos con todos los dispositivos, que se refieren, por ejemplo, a criterios estructurales según los cuales se releva la condición de la infraestructura y las instalaciones de todos los dispositivos.

En cuanto a los recursos humanos se considera la idoneidad que tienen, la formación y la inducción; en ellos se trabaja con el Área de Formación, para en darles formación permanente y específica según las capacidades de cada dispositivo.

También en cuanto a liderazgo se procura que estén claramente definidos los compromisos y responsabilidades, así como un organigrama claro de trabajo interno dentro del dispositivo y con otros dispositivos.

En lo que refiere a la planificación podemos mencionar que se trabaja la planificación de gestión interna, pero también el trabajo en red. Para eso se brinda la información de todos los programas terapéuticos y dispositivos que mencionó Luis, a fin de saber claramente, cuando se trabaja con uno y con otro, qué prestaciones son más aconsejable para cada persona.

Respecto a la información se tiene todo un paquete de documentación tanto para registro individual de las personas que acceden a tratamiento como para los referentes socioafectivos, y los requisitos en cuanto a consentimiento informado y contrato terapéutico firmado por cada uno de los usuarios también están en el legajo personal de cada uno de ellos.

La cartera de servicios también se monitorea para que los requisitos de atención estén enfocados a las personas y los procesos; eso refiere al plan de tratamiento individual, a las guías para trabajo en grupo, y a cómo hacer un diagnóstico, entre otros elementos.

Para la evaluación de desempeño también se hace un monitoreo de cada uno de estos requisitos y se realiza una devolución en pos de la mejora continua, de manera anual.

La metodología que utilizamos para aplicar estos requisitos implica, primero, la adecuación a cada una de las grandes categorías de dispositivos. Entonces, tenemos un paquete para los dispositivos residenciales, otro para los dispositivos comunitarios y otro para los ambulatorios y diurnos, y también les incorporamos la normativa vigente. De esa manera, adaptamos estos requisitos, en la práctica, a cada uno de los dispositivos.

También hacemos un monitoreo por dispositivo y visitas presenciales de supervisión a cada uno, una o dos veces al año.

A la vez, se promueven encuentros en los que todos los coordinadores de los dispositivos Ciudadela se reúnen de manera bimensual, al igual que los coordinadores de los dispositivos residenciales, mientras que para los coordinadores de los dispositivos comunitarios la reunión es mensual. Ahí se intercambian metodologías, se relevan las inquietudes, se establecen buenas prácticas, y ellos también presentan sus fortalezas así como sus debilidades y se tiene un monitoreo permanente de su gestión.

Por último, se sistematizan las no conformidades y se les hace seguimiento para su levantamiento.

A continuación les queremos presentar datos de los dispositivos Ciudadela. Tomamos como referencia el año 2021 y queremos resaltar -como decía Luis- que los datos que tenemos para presentar se complementan con los del Sistema Nacional Integrado de Salud. Tenemos 2.312 nuevas personas atendidas por los dispositivos Ciudadela del país, lo que lleva -teniendo en cuenta las personas que ya se venían atendiendo, además de las nuevas- a un promedio de personas atendidas por bimestre de 1.471, y el promedio de referentes socioafectivos de por bimestre es de 751.

Los ingresos e internaciones en centros especializados fueron 384. O sea que por las derivaciones a centros especializados ingresaron 384 personas -esto implica el Portal Amarillo, El Jagüel, Casa Abierta-, y las que se derivaron a dispositivos de atención en salud fueron 1.988, e ingresaron en los tres niveles atención.

También podemos mencionar las acciones ambulatorias, que refieren a atención y derivación por situaciones de emergencia. En ese sentido, hubo 261 casos que se recibieron y se derivaron su complejidad a las puertas de emergencia de los centros hospitalarios más cercanos.

Asimismo, se realizaron 459 acciones con la comunidad, tanto de prevención como de difusión, en todos los dispositivos Ciudadela. Se brindaron 1.674 asesoramientos a técnicos de distintas instituciones, que pudieron haber estado vinculados a situaciones educativas u otras, vinculadas, por ejemplo, al Mides.

Para dar cumplimiento al plan de tratamiento individual se realizaron 20.855 entrevistas individuales y 7.570 a referentes socioafectivos, y se instrumentaron 396 encuentros grupales, que pueden referirse tanto a actividades con los usuarios como también a encuentros con los referentes socioafectivos.

En el marco de la inserción social tenemos 1.504 referencias a actividades recreativas, culturales y deportivas de inserción social, y para eso la Secretaría ha establecido distintos mecanismos a nivel nacional, como puede ser un convenio con el Ministerio de Trabajo en el marco del trabajo promovido. A la vez, existe un convenio con el Sobre para actividades culturales y también se trabaja mucho con las plazas deportivas de las distintas localidades. Es decir que se tiene un abanico de propuestas a nivel nacional, pero también se promueve que estas se generen según los recursos de cada localidad.

Pasamos a los datos de los dispositivos comunitarios -que son los que mencionó Luis- : Aleros, Uma, El Achique y La Otra Esquina. En ellos, los ingresos de nuevas personas fueron 384 en 2021. 511 personas se atendieron en total, por bimestre, en los dispositivos comunitarios, sumando las que ya venían siendo atendidas y las nuevas; 938 personas se referenciaron a distintos tratamientos; 658, a dispositivos del Sistema de Salud; 2.074, a prestaciones y programas sociales, tanto a nivel individual como colectivo, y acá hay desde prestaciones muy básicas, como sacar la cédula, acceder a canastas de alimentos o vincularse a refugios, hasta derivaciones mucho más especializadas relacionadas con los dispositivos residenciales que mencionamos.

Las referencias a actividades recreativas, culturales, deportivas y de inserción laboral fueron 986 en el año.

En los dispositivos residenciales los ingresos que hubo en 2021 fueron de 162 personas nuevas, y con esto ya se les ofrece todo el abanico de atención 24 horas, con todos los requerimientos, y después se realiza el seguimiento posterior en los dispositivos Ciudadela.

Finalmente, en cuanto a los datos de atención en dispositivos cárceles podemos mencionar que en 2021 se intervino en las unidades que mencionó Luis, en las que estamos trabajando. Allí la modalidad de trabajo fue en instancias grupales, con talleres de dos horas, de una duración aproximada de tres meses. En 2021 se realizaron 12 grupos de los cuales participaron 115 personas y el 78 % finalizó el programa.

Tal como veníamos diciendo, para mejorar la accesibilidad y el alcance nos proponemos seguir profundizando la herramienta de evaluación de procesos terapéuticos, que es la que tenemos para medir el resultado del tratamiento, establecida por la CICAD, de la OEA. Hicimos un piloto en algunos dispositivos, ahora lo queremos extender a todos, y ya el Observatorio Uruguayo de Drogas lo incorporó en el Sistema de Tratamiento Registra, que es el que utilizamos para el registro, así que ese es un objetivo inmediato.

También nos proponemos ampliar el alcance en cárceles y en actividades de prevención e inserción social, y desarrollar procedimientos con otras instituciones con las que estamos trabajando, como por ejemplo policlínicas de la Intendencia de Montevideo e Inisa, en el marco de la ley de salud mental de ASSE.

Les dejamos material acerca del proceso consultivo que realizamos para la elaboración de la Estrategia Nacional de Drogas, a la cual remitimos todos los proyectos con los cuales trabajamos en la Secretaría.

Ante cualquier consulta estamos a las órdenes.

SEÑOR RADÍO (Daniel).- Básicamente, lo que tratamos de hacer es no discutir de filosofía acerca del tema, sino contar las cosas que se hacen, porque me parece que muchas veces hay desconocimiento al respecto y por eso, además, aportamos números.

En general, existe la perspectiva de que el tema del uso problemático de drogas funciona con una lógica de papa caliente, por lo que hay que sacárselo de arriba y que otro lo atienda; se piensa que habría como un lugar mágico en el que alguien va a resolver esto. Pero esta es una responsabilidad de todos, y por eso nosotros ponemos el énfasis.

Uruguay desde la década del ochenta apostó por la interinstitucionalidad como una manera de dar una respuesta compleja, congruente con la naturaleza compleja que tiene el fenómeno pero, al mismo tiempo, a veces es difícil que todos asumamos la interinstitucionalidad y el compromiso en conjunto. De hecho, hoy muchos de los casos

de uso problemático de drogas se resuelven sin que ni siquiera la Renadro tenga participación, porque cuando el Sistema Nacional Integrado de Salud funciona las cosas andan por los carriles y andariveles debidos. Es verdad que muchas veces el Sistema Nacional Integrado de Salud no tiene especificidad en las respuestas, porque en muchos casos, sobre todo cuando hay circunstancias sociales que complejizan la situación y que están en la base, se requieren abordajes que no son exclusivamente sanitarios. Ahí es cuando más precisamos que la interinstitucionalidad funcione. A veces, muchas de las actitudes que tomamos en política implican ponernos a hacer, y lo que se precisa más es poner cabeza, rectoría. Siempre haría falta ver la presencia de la Junta Nacional de Drogas y del Ministerio de Salud Pública, mucho más que de los efectores. Esas son cosas que forman parte del aprendizaje que como país estamos haciendo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias por la exposición.

Comenzamos con la lista de oradores.

SEÑORA REPRESENTANTE FAJARDO RIERO (María).- Como todos los compañeros, quiero darles la bienvenida.

Me apunté para hacer uso de la palabra antes no por correr, sino porque tengo otra reunión.

Quiero decirles que si hay un tema que no se debe politizar partidariamente es este. Trabajé bastante en el área social y mucho con Ciudadela, y la verdad es que cuando el doctor Radío habla de interinstitucionalidad debo decir, con mucho orgullo y responsabilidad, que en nuestro departamento el dispositivo Ciudadela funciona con una gran interinstitucionalidad.

Yo me atreví a pasarle por privado datos acerca de todo lo que pone cada institución, lo que es oficial, porque está firmado por la psicóloga que está trabajando hace años, que es la encargada del dispositivo, además de la comisión que integra, y son un claro ejemplo de eso. Es más: se comenzó a ir a la cárcel, al INR, a atender a los PPL que están allí, porque siempre había problemas con los traslados ya que no había vehículos para llevarlos, o lo que fuera; se comenzó a ir a esos lugares y se están dictando algunos cursos.

Todo es poco y nada alcanza, pero yo creo que lo que más sufrimos en el interior es la respuesta de internación para la persona que quiere hacer esos noventa días, como se explicaba. Seamos claros en cuanto a que esto está armado, en todos los ámbitos, con un centralismo por el cual todos terminamos en Montevideo. Eso no está mal, pero a la hora de resolver ciertas cosas nos cuesta. Sepan que esa parte de atención nos falta porque, además, casi no hay psiquiatras, lo que nos complica bastante más.

Como ejemplo, puedo contar que se puede levantar a alguien de la calle y llevarlo para que le pongan una inyección -el doctor Gallo sabrá qué les ponen; yo no soy profesional-, pero a la hora nos dicen: "Hacete cargo". Este es un problema social, pero en ese lapso a la persona se le puede haber pasado el grado de alcoholismo que tenía. Entonces, esa es una salida para un momento, destinada a alguien que conocemos, con quien todos los días pasa lo mismo, aunque no se le lleva todos los días, sino cuando ya no da más, y hay algo que lo saca de esa crisis.

También quiero decir que todo el mundo está recontracomprometido, así como todas las instituciones, pero capaz que falta más información para la población, como por ejemplo plaquetas que informen que si a alguien le pasa algo puede llamar a determinado número para tener acceso a un tratamiento, porque a veces pensamos: "¿A dónde lo llevamos? ¿Habrá lugar o no?". Por tanto, es importante lo que se dijo en cuanto a que

hay lugar, pero a veces no es tan fácil acceder. Es cierto que no es tan fácil acceder. Nosotros estuvimos por ir a visitar el Portal Amarillo hace unos días, pero no nos pudieron recibir; nos dieron fecha, pero después no nos pudieron recibir.

Yo estoy segura de que hablo en nombre de todos al decir que esto no lo podemos politizar partidariamente. Es un tema que veníamos trabajando en conjunto anteriormente y lo vamos a seguir haciendo, en el que nada es mucho ni alcanza, sino que todo es poco. Esta es la realidad y en el interior está golpeando más fuerte y, por ejemplo, tenemos un tema con los dispositivos Ciudadela, en los que hay horarios o días en los que por un tema de recursos humanos no están abiertos, como en un fin de semana o feriado. Todas las instituciones hacen, o hacemos, algo; nos conocemos -porque son ambientes chicos- y nos acercamos para echar una mano en ese tema.

Gracias.

SEÑOR RADÍO (Daniel).- Quisiera decir una cosa respecto a Soriano, específicamente, y es que recientemente creamos la Junta Local de Drogas en Dolores, y además ahora se está desarrollando la Semana de la Juventud y también ahí estamos apoyando con tareas de prevención y promoción de algunos contenidos.

SEÑOR REPRESENTANTE GERHARD (Daniel).- Buenas tardes.

Lo primero que me surge decir es que hay un mensaje político o institucional que nos dieron que es muy potente, porque creo vinieron las cabezas de todas las direcciones a ambas reuniones, y es contundente lo que nos están comunicando, más allá de quiénes hayan hecho uso de la palabra y cuánto; yo no lo había visto desde que empecé acá, hace dos años y pico.

Quisiera hacer las preguntas y ceder a alguna tentación anecdótica autorreferencial.

En cuanto a la articulación con el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio del Interior, en caso de ser necesaria y de existir -quizás lo hayan dicho hace un mes y se me hayan pasado, por lo que en ese caso pediría disculpas-, me gustaría que pudieran refrescar un poquito.

También me gustaría saber acerca de la articulación o el diálogo con las diferentes metodologías y miradas que puede haber, aunque no sé cómo llamarles, porque deben ser hasta antropológicas, así como una mirada más desde el punto de vista de la salud tradicional y otra desde el punto de vista socioespiritual. ¿Cómo convive todo eso?

Nos hablaban del desafío que revelaban los números en cuanto a género. Traigo una nueva dimensión: la población migrante, que debe tener otra vivencia de lo que es el consumo de sustancias psicoactivas. Supongo que eso trae nuevos desafíos que hace diez años no estaban presentes. Quisiera saber si tendrían algún minutito para ilustrarnos en cuanto a eso.

Con respecto a una de las cosas que dije, que tenía que ver con los diferentes centros que hay, algunos de los cuales pueden tener un énfasis confesional, y otros quizás son también empresas que prestan un servicio, resulta claro que todo eso convive junto con los servicios estatales, por decirlo de alguna manera. Yo no sé si también dentro de los indicadores es posible abordar esto y saber si algunos dan más resultados que otros. La diputada decía que no hay que politizar el tema -supongo que se refería a partidizarlo-, y a veces adentrarnos en estas preguntas nos trae dificultades que no son estrictamente las académicas. Entonces, quisiera saber cuál apuesta se toma, si son parte del sistema o no, porque desde el punto de vista de la salud pública no corresponde. Yo traigo el asunto desde ahí; no quiero meterme en ese tema. Es más: voy a ahorrar la anécdota. Este es un tema de salud. Entonces, desde el punto de vista de la

salud hay algunas autonomías que no son posibles, o algunas metodologías que no deben estar permitidas. Lo que les parezca que estaría bueno traer a este ámbito yo lo agradecería.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Doy la bienvenida a toda la delegación, especialmente a Daniel, con quien compartimos la actividad parlamentaria en el período pasado y también alguna comisión.

Sin duda, este es uno de los problemas más graves que tenemos en el país.

Yo vengo de la Comisión de Salud Pública, en la que también recibimos a una delegación por el tema de la prevención del suicidio y les decía que hace mucho tiempo estoy insistiendo en que hay cuatro ejes en los que debemos tener políticas de Estado, y son el consumo abusivo de alcohol, la prevención del uso problemático de drogas, la prevención del suicidio y, sin duda, el *bullying* en niños, niñas y adolescentes, por distintos motivos.

Todos sabemos lo que es la estadística; ustedes desde el punto de vista técnico la manejan y nosotros desde el punto de vista parlamentario, como integrantes de esta Comisión, estamos permanentemente estudiando la problemática y no solo la conocemos desde lo técnico y numérico, sino desde lo cotidiano. Nosotros somos representantes del pueblo, casi todos vivimos en departamentos que tienen localidades chicas, de diez o quince mil habitantes, y se podrán imaginar que nuestras puertas son permanentemente tocadas y nuestros teléfonos están permanentemente sonando específicamente por esta problemática, porque se comunica gente que representa a toda la sociedad; alguna tiene herramientas y otra no, y alguna tiene recursos y otra no. Yo sé el esfuerzo que están haciendo pero también -quiero ser sincera- creo que tenemos que empezar a desarrollar una política de Estado y comenzar a dar otras soluciones porque estas son insuficientes, ya que gente que vive en Cufre, en Nueva Helvecia, o en la cadena de Playa, nos dice: "Yo tengo que ir a Juan Lacaze"; "Puedo llamar por teléfono de 8 a 20", "Tengo que ir lunes y miércoles de 13 a 19", o "Tengo que ir a la policlínica de ASSE los sábados", por citar ejemplos prácticos. Muchas veces la gente no tiene disponibilidad económica o de tiempo, y a veces se le plantea una situación puntual en su familia, en un determinado momento, que no puede diferir a un día y un horario.

Yo sé que es difícil, pero creo que tenemos que seguir avanzando. Hace muchos años estoy manejando este tema. Incluso, hemos tenido discrepancias con Daniel en un proyecto que presentamos junto con la diputada Silvana Pérez Bonativa -de Cabildo Abierto-, referido a la voluntad anticipada para poder rehabilitarse e internarse, que entendemos que no es la solución, sino una herramienta, como otros proyectos que se han presentado respecto a la internación compulsiva. Estas son todas herramientas, y ninguna va a solucionar la problemática integral, pero todo suma.

Hace mucho tiempo también vengo insistiendo, al igual que muchos de nosotros -incluso los propios integrantes del oficialismo los habíamos convocado más cerca del verano, pero esa instancia quedó postergada por la LUC-, en que también hace falta una campaña, porque lo que yo percibía en la calle, hablando con la gente, era que había disminuido la percepción del riesgo del consumo de drogas. A veces me encontraba con una abuela que me decía: "Mi nieto está consumiendo, pero cuando le digo que consumir droga es malo me responde: 'Pero abuela, si la venden en la farmacia'", y eso era así porque había bajado la percepción del daño. Para mí es importante el tema de las campañas de prevención e información; lo había reclamado, y me alegré mucho cuando la vicepresidenta comunicó que se había reunido con el doctor Daniel Radío e iban a encarar una campaña. La verdad es que me alegró el cambio en ese sentido, y también creo mucho en el trabajo desde la interinstitucionalidad.

Quiero aprovechar que están ustedes acá para pedirles información. Días pasados, Planchón, que es el director de Desarrollo Humano y Juventud del departamento de Colonia, anunció públicamente la creación de un centro de prevención, de tratamiento, de rehabilitación de adicciones y de salud mental. En un grupo de WhatsApp, los tres legisladores del departamento, que tenemos muy buen vínculo y trabajamos juntos, nos preguntamos si alguno sabía, y ninguno teníamos ningún tipo de información, a pesar de que somos representantes del pueblo de Colonia. Fue casi como un anuncio a nivel personal por su parte, pero nos parecía que también hubiera sido adecuado contar con información siendo representantes del departamento y por eso es que ahora les estoy pidiendo, en este ámbito, si nos pueden informar sobre qué tienen pensado hacer en Colonia y a partir de cuándo, porque desde que se hizo este anuncio, nos saltaron los teléfonos preguntando cuándo empieza, cómo anotarse, cómo acceder, quiénes acceden, cuántos son, a cuántos van a atender, si es para todos los niveles de ingresos económicos o solo para quienes tienen menos recursos, cuál es el límite de ingreso. O sea, se nos plantearon una cantidad de preguntas para las que no teníamos respuesta porque no teníamos ni idea de que se estaba trabajando en esto dado que nadie nos había informado.

Entonces -y lo digo en buen tono-, en aras de la interinstitucionalidad, de poder trabajar todos juntos, creo que es importante también que de parte de ustedes se nos informe a los legisladores en qué están trabajando, porque para tener una política de Estado, tenemos que tener un acuerdo político, y para tener un acuerdo político, creo que está bueno que nos integremos y que trabajemos juntos.

Reitero: reconozco el esfuerzo que están haciendo. Yo creo que tenemos que hacer un mayor esfuerzo entre todos; tenemos que dar respuesta desde la información, la prevención. Sigo insistiendo en que es muy importante y muy reclamada por muchas familias la posibilidad de la internación; lamentablemente, no todos cuentan con los recursos. He sabido de casos en los que cuatro o cinco integrantes de un núcleo familiar sacan préstamos para que otro integrante de la familia acceda a un tratamiento, pero lo pueden pagar durante cuatro o cinco meses; cuando ven que ya tienen comprometido el salario durante un año y medio o dos, no puede continuar y pierden la esperanza. En mi núcleo más cercano no tengo casos de integrantes de la familia con problemas de adicción a algún tipo de droga, pero lógicamente -reitero-, como representantes del pueblo, que somos el vínculo directo con toda la población, permanentemente nos está llegando la preocupación y el pedido de ayuda de todas esas familias que tienen la problemática. Vemos que cada vez las puertas se golpean más porque es más la desesperación. Antes trataban de solucionarlo de otra forma, pero ahora hay más como la desesperación. Y cuando digo que no les estamos dando respuesta, me refiero a todo el sistema político. Por eso, para mí es clave poder trabajar juntos. Así como se hizo una política de Estado a nivel nacional para dejar el tabaquismo, para mí es fundamental trabajar en el tema del consumo abusivo de drogas y de alcohol.

Y les pido si me pueden dar algún tipo de información de Colonia para poder darle una respuesta a toda la gente que a los tres diputados del departamento nos está reclamando información y a la que lamentablemente le tenemos que decir que no la tenemos y que no sabemos.

Muchas gracias a todos.

SEÑORA REPRESENTANTE CAMARGO BULMINI (Nazmi).- Agradezco la presencia de todos ustedes.

La semana pasada, con el doctor Radío, tuve el gusto de inaugurar un centro diurno en Rivera, algo muy anhelado por la población. Sin duda, creo que va a ser un punto de

referencia y de contención para esas familias que, como bien dijo la diputada, a veces, se sienten perdidas y no saben a dónde ir.

Mi pregunta en referencia a los centros diurnos es cómo van a ser los horarios, si van a atender solo durante la semana. También quiero saber cuántos centros diurnos hay en Montevideo y en qué lugares están ubicados. Esta información me la pueden enviar después.

Además, tengo una pregunta concreta -he sido muy crítica con la Junta y con cómo se están manejando estos temas- con relación a la pasta base. Quisiera saber cuál es la idea de la Junta del trabajo específico con la pasta base, si para ustedes debe tener el mismo abordaje que las otras sustancias o uno diferente. Lo mismo quisiera saber con relación al tema de la internación en el caso de la pasta base, porque, desde mi punto de vista -que he expresado en varios lugares y que no es técnico, es el simple punto de vista de una ciudadana y, en este caso, representante de la ciudadanía-, hay un antes y un después en nuestro país a partir del ingreso de la pasta base. Las sustancias con las que convivíamos, las más comunes: alcohol, marihuana, cocaína, afectaban a esa familia, a ese núcleo, a los más allegados; hoy, la pasta base afecta a toda la sociedad: tenés un vecino adicto a la pasta base y, seguramente, va a repercutir en la convivencia de ese barrio.

Pregunto eso porque he estado también en contacto con muchísimos familiares de adictos y nos relatan que en algunos momentos de lucidez que tienen expresan el deseo de internación, pero, después, obviamente, vuelven a consumir y ya no la quieren. Entonces, por ahí va mi pregunta, si consideran que requiere el mismo abordaje, la misma manera, el mismo tratamiento.

Dejo por acá porque sé que tenemos poco tiempo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Yo había avisado que, a pesar de ser presidente, iba a formular algunas preguntas.

La primera es sobre la exposición de la reunión anterior. La señora Denisse de Moraes, respecto a la intervención internacional de Uruguay, decía: "Se observa la necesidad de poner límites a la penalización y estigmatización de las personas que usan drogas y al encarcelamiento como única medida para delitos menores. Al mismo tiempo, se entiende imperioso eliminar la pena de muerte en los países que la aplican".

Quisiéramos saber cuáles serían esos delitos menores que entiende la Junta Nacional de Drogas que deberían tener medidas sustitutivas, si la referencia es solamente a nivel internacional o hay algunos que corresponden al Uruguay.

Otra pregunta va por el lado de lo que dijo el colega Gerhard en cuanto a que los dispositivos de tratamiento se evalúan con la norma ISO 9001; ahora, cuando se presentan los dispositivos de tratamiento, hay dispositivos públicos y privados. Quisiera saber si hay algún dispositivo privado que haya sido evaluado a través de la norma ISO 9001, si hay algún mecanismo de autorización o no, porque la Renadro deriva, y a veces podemos derivar a organismos privados que no sabemos si cumplen con la normativa.

La última pregunta es muy fina. Cuando se deriva a un paciente al Sistema Nacional Integrado de Salud, ¿se lo deriva tipo "Andá al médico" o ya se lo deriva en algún proceso coordinado? Quisiera saber cómo es esa coordinación.

SEÑOR RADÍO (Daniel).- Primero, quiero decir que coincido con las valoraciones en cuanto a que es uno de los problemas más grandes que tenemos: más que el uso de sustancias es cómo se ha agravado el problema del uso de sustancias; es decir, el uso de sustancias puede llegar a ser problemático, pero es mucho más problemático por

causa de la estrategia que nosotros hemos adoptado como comunidad, que es la lógica prohibicionista, que al problema del uso de sustancias agrega el narcotráfico, la mafia, el crimen organizado, los ajustes de cuentas, etcétera. O sea, todos sabemos que todos los días en una boca de pasta base matan a un tipo en la puerta. En ninguna farmacia donde la gente compra cannabis matan a nadie. ¿Por qué? Porque está regulado. Donde no está regulado es donde tenemos problemas. En Rivera es donde tenemos más crímenes y es donde no hay farmacias. En todo caso, es un problema grande, pero hasta ahora, como comunidad, como sociedad, como comunidad internacional, hemos desarrollado una estrategia muy mala que en algún momento tenemos que revertir.

Y es verdad que tenemos que ofrecer soluciones y que nunca va a ser suficiente. También tenemos que tener claro cuál es el objetivo de ofrecer soluciones. Si el problema con las soluciones es creernos que en algún momento vamos a tener una sociedad donde no vaya la gente a consumir drogas, vamos a frustrarnos porque eso no va a pasar nunca: la gente siempre usó drogas y siempre va a usar drogas. La cuestión es cómo hacemos para convivir con las drogas gestionando los riesgos y disminuyendo los daños, como hacemos con cualquier otro problema, como hacemos con los diabéticos, como hacemos con la hipertensión, como hacemos con todas las cosas: como siempre va a haber hipertensos, lo que hacemos es gestionar los riesgos y disminuir los daños.

Para las situaciones de urgencia y de emergencia está el Sistema Nacional Integrado de Salud; no podemos tener servicios de urgencia para drogas, como no hay servicio de urgencia para hemorragias agudas: todos tienen que ir a la puerta de un hospital, como con cualquier patología. Para una urgencia están los servicios de urgencia médica, no soñemos con que va a haber un Ciudadela que atienda las 24 horas, de urgencia para drogas. No se justificaría y sería un gasto desubicado. En realidad, lo que tiene que suceder es que en las puertas de emergencia de los centros de atención de salud sepan qué hacer en estas circunstancias.

Siempre anuncié que íbamos a tener campañas, en la medida en que nos procuráramos los recursos, pero creo que lo que tenemos que hacer de fondo es prevención del uso problemático de drogas, de los cuales un componente, el más visible, pero probablemente uno de los que tenga menos impacto, es la campaña. ¿Por qué? Porque ningún usuario de drogas deja de usarlas porque vea el *spot* televisivo. Para combatir los usos problemáticos de drogas hay que hacer prevención, y los ámbitos privilegiados de prevención son la comunidad, la familia, la escuela, el trabajo: ahí es donde hay que hacer prevención. Entonces, nosotros estamos trabajando fuertemente con el sistema educativo. Además, para nosotros, ya el hecho de que los muchachos vayan a un centro de educación es un factor de protección, eso es particularmente serio en un país que expulsa a sus muchachos del sistema educativo. Por lo tanto, me parece que eso es lo que tenemos que hacer y, además, campañas, porque visten, porque son vistosas y salen mucha plata; ahora, al secretario de Drogas le conviene hacer campañas; quedo como un campeón haciendo campañas. Son más caras y menos efectivas que otras cosas que sí estamos haciendo, pero vamos a hacer campañas, por supuesto.

La articulación con el Ministerio de Salud Pública y con el Ministerio del Interior es fluida. Capaz que es mejor que con otros organismos, lo que pasa es que no pierdo oportunidad de decir que me parece que el Ministerio de Salud Pública tendría que estar mucho más presente en estas cosas. Muchas veces, ponemos el énfasis en los prestadores de salud más que en el organismo rector de la salud. Vemos que en todas las inauguraciones está ASSE y no está el MSP, y el que tiene que estar es el MSP porque es el rector de las políticas sanitarias. A mí me parece que eso es muy importante. Pero tenemos una relación fluida y con el Ministerio del Interior por supuesto

que también, además de que tengo muy buen diálogo con el señor ministro. Lo que pasa es que nosotros, en términos de lo que se ha dado en llamar "control de la oferta", no hacemos mucha cosa, esa es la verdad; la Secretaría, prácticamente, se ha retirado del tema del control de la oferta. Yo lo que digo es que no tendríamos que llamarle más "control de la oferta", pero todas las cosas que se hacen bajo esa denominación se hacen y respecto a eso no tenemos más que decir.

Con relación al diálogo con diferentes metodologías y miradas y cómo conviven con distintas maneras de abordar esto -yo lo decía el otro día en Rivera-, hay dos problemas cuando el Estado no está presente en esto: uno es que el Estado no esté presente y entonces la gente se quede sin atención, y otro es que el Estado no esté presente y entonces la gente reciba algo que cada uno define que es atención. Y ahí nosotros tenemos un déficit del Estado porque, en realidad, en el Uruguay nadie certifica y nadie habilita a las instituciones que prestan este tipo de servicios. Entonces, todo el mundo en seguida habla de la cantidad de camas que tiene tal institución, porque hay como una propensión a acostar a los usuarios de drogas, siempre miramos la cantidad de camas que tienen las instituciones. Atención es un poquito más que tener camas, es mucho más que tener camas. En realidad, en el fondo de mi casa, podría brindar atención si pongo una cantidad de camas, pero lo que se precisa son otras cosas que muchas de estas instituciones privadas no tienen; sí hacen algunas cosas que son necesarias, muy necesarias. Todo lo que aquí se refirió respecto a lo espiritual a mí me parece un componente muy importante para algunas personas; por ejemplo, para mí sería muy importante: yo tengo fe religiosa y creo que me ayudaría mucho eso o la contención afectiva, pero eso no se puede decir que es tratamiento, para decir que es tratamiento tiene que haber una opinión autorizada que lo diga, y ahí tienen que jugar la Junta Nacional de Drogas y el Ministerio de Salud Pública fundamentalmente. Y me parece que nosotros ahí tenemos un déficit porque alguien tiene que decir qué es atención y qué no es, por qué una institución que no tiene ningún médico se considera una institución de atención. Me parece que eso es inconveniente.

Como digo eso, también me niego a lo otro: ahora hay una especie de estigmatización. Alguien me decía: "¡Cómo en tal ciudad van a poner a un hombre que es evangélico al frente!", ¿y qué? Entonces, ¿cerramos el Hospital Evangélico? ¿Cerramos el Círculo Católico? Yo me niego a estigmatizar a la gente porque forme parte de una religión, entre otras cosas, porque yo tengo mi religión; entonces, no me parece bien esa estigmatización y esa discriminación a las personas porque tengan una vocación religiosa, pero insisto: para que una institución sea de atención tiene que ser habilitada y certificada por alguien, y además, tiene que ser controlada. Si no, tenemos un ejemplo bien claro en Argentina: esta institución que hoy está en medio del escándalo y con gente procesada, que cobraba plata que no sé qué y sometía a la gente, era con las que se llenaban la boca muchos porque atendían a los que el Estado no atendía, y ahí vemos lo que nos pasa.

Con respecto a lo del género nos parece muy importante. De la última encuesta de estudiantes de la enseñanza media la constatación que surge es que, por lo menos en estudiantes, las estudiantas usan más sustancias que los varones, más marihuana, más cigarrillos, más alcohol y más psicofármacos, y sin embargo, consultan mucho menos; es el dato que tenemos. Eso quiere decir que tenemos un problema de accesibilidad que está vinculado con el género. Por lo tanto, estamos desarrollando estrategias; por primera vez, tenemos un centro residencial que tiene más mujeres internadas que hombres.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- En algún momento, expresaste que el Ministerio de Salud Pública tendría que estar más presente. En la visión de ustedes, ¿qué es lo que está faltando por parte del Ministerio de Salud Pública?

SEÑOR RADÍO (Daniel).- Está faltando rectoría, no por parte del Ministerio de Salud Pública, sino por parte de la sociedad. Me parece que la sociedad tiene que demandar rectoría, tiene que demandar pienso. Cuando yo era estudiante, tenía una docente que nos decía: "Muchachos, no maten pacientes, esperen; si no saben qué hacer, no lo hagan". Bueno, la tendencia que tenemos es a salir corriendo a hacer cosas; falta pienso, y el pienso lo tienen que dar los organismos rectores, y los organismos rectores son el Ministerio de Salud Pública y la Junta Nacional de Drogas. Eso es lo que yo creo que tenemos que asumir como colectivo. No es que yo le estoy demandando algo a Salud Pública; es más: lo que yo diría es que la sociedad debería demandarle a Salud Pública más presencia, en vez de tanta presencia de los efectores. No importa si está ASSE, la mutualista Camdel o Comerí; lo que importa es que esté el MSP, que es el que pone el pienso. Después, el MSP, a través de la rectoría, determina qué tiene que hacer ASSE, qué tiene que hacer Comerí o qué tiene que hacer Camdel.

SEÑORA REPRESENTANTE CAMARGO BULMINI (Nazmi).- ¿No estaría presente lo suficiente el MSP?

SEÑOR RADÍO (Daniel).- Es que no se le demanda. No creo que sea un problema del MSP, sino de todos nosotros, que no asumimos que lo que necesitamos es más rectoría y menos salir a dar palos de ciego. Eso es lo que yo diría con respecto a eso.

Con relación a lo de las poblaciones migrantes, se empezó a trabajar en algunos dispositivos comunitarios. Es verdad que tenemos un déficit en ese aspecto, pero efectivamente se está trabajando.

En Colonia lo que pasó es que había tres Ciudadela, uno en Colonia, uno en Juan Lacaze y uno en Carmelo, y lo que hicimos fue reforzar; todos los recursos que estábamos poniendo en esas tres localidades los pusimos en dos: reforzamos Carmelo y Juan Lacaze. Entonces, dijimos que íbamos a hacer un nuevo convenio para tener un nuevo centro en Colonia, y eso es lo que estamos haciendo. Es como una especie de relanzamiento de Ciudadela. Por eso nos hemos reunido hasta con el señor intendente. A Planchón no le gusta que se llame Ciudadela, le quiere poner otro nombre. La idea en este caso es que, además de un Ciudadela, tengamos un diurno. Creo que ya está funcionando el Ciudadela; no está funcionando el diurno. La idea que tiene Ricardo es que se llame de otra manera y que se relance, con los roles que hoy cumple un Ciudadela, más un diurno, en una ubicación mejor; está pensando en alquilar una casa. Básicamente es eso. Es parecido a lo que hicimos en Rivera, que es fortalecer lo que ya estaba funcionando.

Respecto a lo de las penalizaciones alternativas, hay una cuestión que es compartida entre todas las personas que trabajan en el tema drogas y yo, además, tengo una posición personal que he manifestado siempre, cuando era oposición y ahora, y es que la inflación penal es parte del problema y no de la solución. Toda vez que nosotros apostamos al agravamiento de las penas no hacemos más que agravar los problemas, pero en el caso de las drogas, además, eso está demostrado, y no creo que resolvamos nada cuando a una señora que pasa cannabis adentro de la cárcel la metemos presa. Hay que hacerlo porque la norma lo establece, pero no estamos resolviendo ningún problema: lo único que estamos haciendo es agravar la situación. De hecho, el cannabis es una sustancia que la gente puede fumar afuera, pero si yo la quiero pasar, me como cuatro años de cárcel. Parece una cosa desproporcionada; de hecho, he estado conversando con la senadora Sanguinetti, y me parece que ahí habría que establecer alguna modificación.

Con relación al abordaje de la pasta base, pensamos que debe ser diferente. Nosotros tratamos de no ser sustanciocéntricos, no nos parece que el problema sea la

sustancia, sino la noción de vínculo con la sustancia, pero la pasta base es una excepción porque es un veneno, y creo que el abordaje tiene que ser distinto.

Respecto a si los usuarios tienen que ser internados o no, ahí hay una disquisición que es técnica, pero antes que eso, hay una cuestión de viabilidad: nosotros tenemos más de diez mil usuarios de pasta base, si quisiéramos internarlos, no alcanzarían todas las camas de todos los sanatorios y hospitales del Uruguay; ergo, es inviable plantear la internación. Además, desde el punto de vista técnico, es discutible que en todos los casos sea necesario. Ahí lo que hay que pensar es cuáles son las causas y, por eso, los abordajes tienen que ser sociosanitarios y no exclusivamente sanitarios.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias por su comparecencia.

Se levanta la reunión.

≠