



REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY



Cámara de Representantes

Secretaría

**COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL**

ANEXO I AL
REPARTIDO N° 236
DICIEMBRE DE 2020

CARPETA N° 688 DE 2020

CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS

Se dictan normas para su tratamiento

Informes

XLIX Legislatura

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL

INFORME EN MAYORÍA

Señores Representantes:

En primer lugar se destacará que el presente proyecto de ley se ha denominado de “voluntad anticipada”. Queremos poner énfasis en ello porque el fin buscado es que las personas que sufren algún tipo de drogadicción puedan expresar, en forma libre y consciente la voluntad de ser sometidas a tratamiento para su desintoxicación y rehabilitación que posibilite su reinserción social.

Y decimos esto porque reiteradamente, tanto en el ámbito legislativo como en la difusión que se le dio a este proyecto a través de diversos medios, se ha hablado de “internación compulsiva”. No es eso lo que se propone ni es lo que se legisla en esta instancia, por lo que coincidimos en este sentido con lo expresado por profesionales y académicos recibidos por la Comisión de Salud y Asistencia Social que han insistido en aclarar cuestiones de lingüística, semántica, conceptuales y hasta epistemológicas, para evitar confusiones y malos entendidos que obstaculicen equivocadamente la discusión del proyecto en la Cámara de Representantes.

Es en tal sentido que en su artículo 1º el proyecto prevé que “Toda persona mayor de edad, síquicamente apta, que padezca una adicción a cualquier tipo de drogas, en uso de su plena capacidad en forma voluntaria, consciente, libre, podrá expresar su voluntad de ser sometido a una internación para recibir un tratamiento de desintoxicación, rehabilitación, y reinserción social para cuando se encuentre bajo los efectos de su drogadicción”.

Es en este sentido que, atendiendo a las recomendaciones académicas y de especialistas que desde la Comisión de Salud y Asistencia Social hemos escuchado, dejamos librado a que sean “los profesionales médicos psiquiatras tratantes”...quienes determinen que “la persona se encuentre capaz refrendada en la justicia y en situación de adicción a las drogas”.

No podemos tampoco dejar pasar por alto el origen de la propuesta. Este proyecto tiene su antecedente en el similar presentado en la legislatura anterior y lo es, una vez más, en apoyo a las madres y padres de hijos que padecen problemas de drogas (Carpeta 2506/2017).

Queremos destacar y agradecer el trabajo de estas familias que, aún conscientes que el tema no es de solución única y milagrosa han buscado desesperadamente un camino de salida, de modo constante e insistente aún afrontando fracasos causantes de angustia y desesperación y también pérdidas de inmenso dolor como lo es la desaparición e incluso muerte de sus hijos.

También cabe destacar el trabajo de los integrantes todos de la Comisión de Salud, aún de quienes han manifestado su desacuerdo con este proyecto de ley, en tanto -aún en su discrepancia- no han sido insensibles a ese dolor y han asumido su compromiso de seguir trabajando en la búsqueda de soluciones al problema que significa la adicción a las drogas.

Coincidimos que la solución debe estar en el marco de la ley N° 19.529 de 24 de agosto de 2017, en procura de cumplir con su objetivo de “garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud...”.

Es en este sentido que el proyecto apunta a dar un paso más en el logro de la salud mental entendida ésta como el estado de bienestar en cual la persona es consciente de sus propias capacidades y puede así afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar en forma productiva y fructífera y ser capaz de hacer una contribución a su comunidad (tal cual lo define el artículo 2º de la referida ley).

La conciencia de nuestras propias capacidades no se logra cuando se está bajo el efecto de las drogas, no es en ese momento que la persona puede expresar de manera libre, consciente y hábil su voluntad real.

El artículo 2º, a su vez recoge lo que fuera una crítica formulada por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay que consideró inadecuado fijar por ley plazos al accionar médico. Se eliminó así del proyecto original la fijación de un plazo mínimo de internación dejando librado a que sea el médico y equipo profesional tratante quien determine el tiempo para dar el alta sanatorial. Se evitó el modelo rígido que era criticado, dejando la decisión al equipo médico como encargado de valorar las múltiples variables que pudieran presentarse en cada caso.

En igual sentido si bien el artículo 5º mantiene la imposibilidad de revocación voluntaria como norma general dentro del lapso determinado por los médicos como necesario, la flexibiliza previendo que “En otras instancias podrá ser revocada de forma escrita, por el titular, siempre y cuando éste no se encuentre bajo los efectos de su drogadicción, y esté síquicamente apto y en un momento de plena lucidez, a juicio de los profesionales médicos tratantes. En todos los casos los profesionales médicos tratantes deberán dejar debida constancia en la Historia Clínica”.

El artículo 3º del proyecto a su vez, pretende dar a la voluntad anticipada el sentido garantista que ésta requiere, atendiendo a los aspectos formales del consentimiento, previendo que “se realizará por escrito con intervención notarial documentándose en escritura pública o acta notarial, con la firma del titular y dos testigos. En caso de no poder firmar el titular, entre otras por imposibilidad física se hará por firma a ruego por parte de uno de los dos testigos.

En todos los casos deberá ser incorporada a la Historia Clínica del paciente y podrá ser homologado ante la justicia competente” y -a su vez- el artículo 4º establece la prohibición de actuar como testigos a los profesionales médicos tratantes, empleados de los médicos tratantes o funcionarios de la clínica o institución de salud en la cual el titular sea paciente.

En igual sentido el artículo 6º establece que “En el documento de expresión de voluntad anticipada a que se alude en el artículo 3º de la presente ley, se deberá incluir siempre el nombramiento de una persona denominada representante y un sustituto de dicho representante para caso de estar impedido por enfermedad u otra circunstancia, mayores de edad, para que velen por el cumplimiento de esa voluntad. No podrán ser representantes quienes estén retribuidos como profesionales para desarrollar actividades sanitarias realizadas a cualquier título con respecto al titular”.

Finalmente, se destacan dos aspectos que prevé el proyecto: la voluntad en caso de menores de edad que prevé sea dada por sus representantes. No se entiende que lo norma colida ni con Convenciones Internacionales, ni con el Código de la Niñez y Adolescencia, ni con la Ley N°18.335 de 15 de Agosto de 2008 que establece derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. Estas normas que aseguran la necesidad de escuchar a los niños/as y adolescentes, no se ven para nada desatendidas en este proyecto, Sin perjuicio de ello, bueno es de destacar que las mismas también prevén excepciones en caso de riesgos, sean éstos para el mismo paciente o para la sociedad que integra.

Y por último el tema haremos referencia al tema de los costos que este proyecto pueda implicar para el sistema de salud, lo cual fue preocupación a considerar desde la Comisión de Salud y Asistencia Social.

Tengamos en cuenta que lo primero a atender es justamente que el sistema cumpla su fin y para ello se debe estar a la ley 18.211 de 5 de diciembre de 2007, artículo 1º que fija el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país, establece que sus normas son de orden público e interés social, fijando una serie de principios rectores a los cuales atender.

No cabe argumentar una razón de costos para impedir que este proyecto progrese. El mismo no altera la sustentabilidad del SNIS. Por el contrario, el ayudar a las personas a dejar atrás sus adicciones, hará que la sociedad recobre un ser humano que le sea útil, coadyuvando con ello no sólo a una reducción de costos en la atención médica, sino y fundamentalmente a una reducción de costos sociales.

Téngase presente que también podrán destinarse los recursos provenientes de los bienes incautados y decomisados en causas por narcotráfico y lavado que deben ser destinados para el fortalecimiento de las Políticas de Drogas y Lavado de Activos, a cargo del Fondo de Bienes Decomisados (artículo 125 de la Ley N°18.046 de 24 de octubre de 2006, en la redacción dada por el artículo 48 de la Ley N°18.362 de 6 de octubre de 2008).

Finalmente, diremos que el proyecto prevé en su artículo 7º un plazo no mayor de ciento ochenta (180) días para su reglamentación, en el que se podrá atender los diversos aspectos técnicos y de protocolizaciones que la normativa requiere, y para lo cual los planteos efectuados por los técnicos que asistieron a la Comisión de Salud podrán y deberán ser atendidos.

Por todo lo expuesto se aconseja a este Cuerpo la aprobar el proyecto de ley.

Sala de la Comisión, 10 de noviembre de 2020

NIBIA REISCH
MIEMBRO INFORMANTE
JOSÉ LUIS DE MATTOS
SILVANA PÉREZ BONAVITA

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL

INFORME EN MINORÍA

Señores Representantes:

El presente informe en minoría detalla el análisis del proyecto de ley en cuestión, que justifica nuestra negativa a votarlo.

Abordaremos el tema discriminando los contenidos en 3 dimensiones: normativo-legal, consumo problemático de sustancias y la dimensión socio-familiar-comunitaria, para finalmente exponer líneas propositivas de abordaje como alternativa al proyecto particular.

El presente proyecto tiene su antecedente inmediato en el año 2017. En esa oportunidad fue presentado por la Diputada Nibia Reisch como respaldo al planteo del Colectivo “Madres del Cerro”.

Fue analizado en cinco sesiones de la Comisión de Salud entre los meses de octubre de 2017 y mayo de 2018, se recibieron representantes y delegaciones de la Facultad de Psicología, Sociedad de Psiquiatría, MSP, Colectivo Madres del Cerro. A finales de ese año, se procedió al archivo.

En mayo del presente año 2020, la diputada Reisch presentó el proyecto de ley “Voluntad anticipada de recibir tratamiento en caso de consumo abusivo de drogas” y nuevamente lo ingresa para su tratamiento anexando un nuevo proyecto con modificaciones en la redacción, en el mes de octubre pasado.

El planteo central que enuncia el proyecto es: “que las personas que sufren algún tipo de drogadicción de forma tal que pueda ejercer su derecho de voluntad anticipada, por la cual en un momento de plena lucidez, pueda expresar su intención de ser sometida a tratamiento de desintoxicación, rehabilitación y reinserción social”.

El proyecto presentado a consideración, consta de 7 artículos. El artículo 1º en su primer inciso establece que: “Toda persona mayor de edad, psíquicamente apta, que padezca de una adicción a cualquier tipo de drogas, en uso de su plena capacidad en forma voluntaria, consciente, libre, podrá expresar su voluntad de ser sometido a una internación para recibir un tratamiento de desintoxicación, rehabilitación y reinserción social para cuando se encuentre bajo los efectos de su drogadicción...”.

En relación a la redacción anterior, la nueva presenta diferencias, como por ejemplo sustituye la expresión “momentos de lucidez” por “uso de su plena capacidad” y se encomienda expresamente a los médicos psiquiatras (en redacción anterior decía solo médicos tratantes) a determinar dicha aptitud, la que luego será refrendada por la Justicia.

El proyecto tomó como referencia la Ley N.º 18.473 del 3 de abril de 2009 de Regulación de voluntad anticipada en tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen la vida en casos terminales; realizando una regulación que puede

considerarse “casi en espejo”, sin embargo esta ley prevé supuestos muy diferentes a los del proyecto en estudio.

En efecto, prevé que una persona pueda en forma anticipada, expresar su voluntad en cuanto a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, en caso de patologías terminales, incurables e irreversibles.

Este reconocimiento está en consonancia con el derecho de todo ser humano de decidir sobre su vida, preservar su integridad y autodeterminarse en tanto no afecte a terceros.

Asimismo, en aras de esta autonomía de la voluntad que es reconocida a cada ser humano en el artículo 7° de la Constitución de la República, la Ley N° 18.473 en su artículo 4°, establece que esta expresión de voluntad puede ser revocada por su titular en cualquier momento, de forma verbal o escrita.

Por el contrario, el proyecto presentado propone una situación inversa, vulnerando el derecho de toda persona a su autodeterminación, en cuanto si bien concede la potestad de que pueda en forma anticipada decidir sobre su internación compulsiva, esta decisión se vuelve irrevocable durante el período de internación, de acuerdo a lo que establece en su artículo 5°.

Las modificaciones introducidas hacen más defectuoso el artículo 1°, en el sentido que la especificación del diagnóstico por parte de un psiquiatra mantiene el enfoque unidimensional de la problemática, cuando ha sido reiteradamente planteado por la totalidad de las delegaciones, que se trata de una cuestión multidimensional que debe ser abordado desde una perspectiva integral que incluya la reducción de riesgos y daños, la atención psicosocial, la integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer y la atención de los vínculos con referentes socio afectivos en los ámbitos familiar y comunitario.

Por otro lado, en relación a los menores de edad, el proyecto establece que "la decisión corresponderá a sus padres en ejercicio de la patria potestad o al tutor cuando correspondiese".

Resulta claro, que se tomó la misma regulación que preveía la Ley de Voluntad Anticipada -que inspiró todo el proyecto- sin considerar que el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004) fue modificado por la Ley N° 18.426 de 1° de diciembre de 2008, en su artículo 11 bis reflejando la autonomía progresiva de la voluntad y el interés superior del niño, niña y adolescente en los temas que los involucra, como es, por supuesto, resolver sobre su salud. Dicho artículo 11 bis hace referencia entre varios aspectos a que en caso de que su opinión no sea compartida por sus representantes legales, en cuanto a los procedimientos a seguir, se podrá solicitar el aval al juez competente, el que deberá respetar la opinión de niños, niñas y adolescentes siempre que sea posible.

Tampoco tuvo en cuenta la previsión del artículo 34 de la Ley 19.529 de Salud Mental, de 24 de agosto de 2017, en tanto establece que el juez solo podrá disponer la hospitalización involuntaria de niños, niñas y adolescentes de conformidad con lo dispuesto en el artículo 121 del Código de la Niñez y Adolescencia.

Otro aspecto a destacar que el citado artículo alude al concepto de "adicción", cuando éste, ha sido y continúa siendo muy discutido, tanto que no ha logrado el consenso en los ámbitos científicos y académicos hasta nuestros días.

En este punto, se generan muchas más dudas que certezas.

¿Qué aspectos tomaría en consideración un "médico psiquiatra" para determinar que una persona se encuentra en "situación de adicción a las drogas"?

¿Frecuencia del consumo?, ¿Tipo de drogas que utiliza? ¿La peligrosidad de su conducta respecto al entorno y en relación a terceros? Nada se dice al respecto.

Pero aún más, son los médicos, en opinión refrendada en la justicia, quienes determinarán que la persona es "Capaz" de expresar su voluntad en ese sentido.

Continúan entonces las interrogantes: ¿Qué sucede si se cuenta con tal certificación médica avalada por la justicia y luego la persona concurre a otorgar el acto ante Escribano pero habiendo transcurrido mucho tiempo. ¿Es válida tal declaración?

¿Cómo el profesional interviniente se asegura que dicha capacidad no se ha alterado? El proyecto tampoco establece plazos desde la fecha de certificación médica y otorgamiento del acto.

Por su parte, el artículo 2 que también presenta una modificación de redacción, en tanto el proyecto original fijaba plazos de internación preceptivos, los que se establecen entre 3 y 6 meses, renovables, y fueron eliminados en el proyecto actual.

Claramente, la eliminación se debe a que no existía fundamento científico-médico-asistencial que justificara que dicho plazo fuera el efectivo para la finalidad propuesta en la norma y se prefirió dejar al libre arbitrio y discrecionalidad de los profesionales intervinientes.

Consideramos que esta modificación tampoco mejora el proyecto anterior, manteniéndose la crítica de que el paradigma de rehabilitación mediante la internación ha sido derivado siendo ésta una terapéutica excepcional y restringida, una opción de último recurso. El proyecto sigue proponiendo como regla una terapéutica única que en la actualidad constituye una excepción.

La presente redacción del artículo 2º, si bien baja el perfil de la propuesta original, parte del mismo paradigma, la incapacidad de las personas para el manejo de su voluntad, la corrección de su conducta mediante la reclusión, es decir suponer que se puede lograr una modificación de la conducta adictiva, únicamente mediante el aislamiento.

El mismo artículo 2º alude además a que los costos de la internación cuando correspondiera por tratarse de clínicas o instituciones pagas, será de cargo del interesado o de quienes designe y acepte asumir los mismos.

Esto trae consigo muchas inequidades y pronostica graves dificultades con los prestadores de salud, y su capacidad para atender las demandas que pudieran surgir como consecuencia de la entrada en vigencia de la ley.

En el artículo 3º se dispone que la manifestación de voluntad anticipada para internación además de ser documentada por escritura pública o acta notarial, pueda ser homologada judicialmente. No se entiende el alcance de esta homologación judicial, ya que la manifestación ante escribano constituye un instrumento público de conformidad con lo establecido por el artículo 1574 del Código Civil y como tal es auténtico y hace plena fe.

Si una voluntad necesita estar homologada por un juez, implica de alguna manera reconocer que no es tal, es decir, que no fue otorgada por una persona psíquicamente apta, de manera libre y consciente, como requiere el proyecto.

Otro de los aspectos más cuestionables del proyecto es la irrevocabilidad de la voluntad del adicto durante el período de internación. En ese sentido, el artículo 5 establece: "La referida voluntad anticipada no podrá ser revocada durante el período de internación a que refiere el artículo 2º de la presente ley. En otras instancias podrá ser revocada de forma escrita, por el titular, siempre y cuando éste no se encuentre bajo los efectos de su drogadicción, y esté psíquicamente apto y en un momento de plena lucidez, a juicio de los profesionales médicos tratantes. En todos los casos los profesionales médicos tratantes deberán dejar debida constancia en la Historia Clínica".

En la legislación actual (sobre todo en la Ley de Salud Mental) está previsto que una persona decida internarse voluntariamente y luego pueda cambiar su voluntad y resuelva abandonar el tratamiento.

Si no está en condiciones de tomar esa decisión, debidamente fundado por la opinión de los profesionales tratantes, la internación originariamente voluntaria se transforma en involuntaria, pero todo debidamente avalado y supervisado no solo por profesionales médicos y un equipo interdisciplinario, sino además en todos los casos en conocimiento del Juez.

Sin embargo, con la redacción propuesta, el sujeto puede no constituir riesgo alguno para terceros o poner en peligro inminente su vida o la de otro, así como tampoco implicar un deterioro considerable de su condición y aún así, se le impide que modifique su voluntad y pueda abandonar el tratamiento.

Puede suceder además, que en la declaración de voluntad se haya establecido en forma genérica la autorización de internación, pero sin indicar las características de la misma. Luego, al ser sometido al tratamiento propiamente dicho, percibir que no es el adecuado para su problemática o directamente no sentir empatía con el mismo, por las razones que sean, pero de todas formas se tiene que quedar contra su voluntad (Y ADEMÁS SIN INTERVENCIÓN JUDICIAL), lo que sin lugar a dudas para nada contribuyen a su rehabilitación, elevando los niveles de angustia y agravando aún más su situación sanitaria.

Por eso cabe preguntarse: ¿A quién realmente está protegiendo el proyecto? No creemos que con una regulación como la que se propone, se esté protegiendo a la persona con consumo problemático de drogas.

Tal como lo expresamos en párrafos anteriores, estos artículos, individualizados y en conjunto, vulneran derechos elementales, proyectan una causalidad lineal de la problemática y por tanto una solución única y mágica, despojando de sentido a las responsabilidades sociales y públicas sobre la problemática.

Es importante analizar el tema de fondo, que constituye el aspecto neurálgico, como es el consumo o uso problemático de sustancias y su incidencia.

En ese sentido, es imprescindible analizar qué dijeron los expertos en la temática en su comparecencia a la Comisión de Salud.

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, la Asociación de Psiquiatras del Interior, la Cátedra de Psiquiatría de Adultos de Facultad de Medicina y la Cátedra de Psiquiatría Pediátrica de Facultad de Medicina, concurrieron en 2 oportunidades a la Comisión de Salud.

En las exposiciones quedó de manifiesto que: El paradigma clásico presupone que las adicciones dependen de la exposición frecuente e intensa a sustancias con capacidad adictiva, o a conductas que estimulan sensaciones de recompensa. Múltiples investigaciones científicas han determinado la revisión del mismo.

El paradigma actual convoca a la interdisciplina y se centra no solo en la vulnerabilidad del individuo, sino también en la de su contexto familiar y social. Factores genéticos, epigenéticos, neurobiológicos, ambientales, psicológicos y sociales operan sobre el psiquismo determinando una propensión a la adicción.

Se requiere combinar recursos farmacológicos, psicoterapéuticos, socioterapéuticos bajo una red de dispositivos interdisciplinarios e interinstitucionales.

La internación es solo un instrumento con indicaciones y rangos de eficacia definidos; si no hay cambios en la estructura de la situación, el retorno a la cotidianeidad llevará a la repetición del problema, de hecho son muy frecuentes las recaídas luego de que las personas pasan largos periodos en comunidades terapéuticas o centros de rehabilitación.

En ese sentido, se estaría proponiendo mediante el proyecto de Ley un modelo rígido que no da cuenta de las múltiples variables que pueden presentarse, cuando las formas estandarizadas de atender adicciones centrándose en la internación tienen índices de fracaso muy elevados”.

Por su parte, en la oportunidad de la comparecencia de la Secretaría Nacional de Drogas dependiente de Presidencia de la República, el Dr. Daniel Radío explicita: “leí el proyecto cuidadosamente y un aspecto positivo que me interesa destacar particularmente es la jerarquización de la problemática que plantea resolver la iniciativa. No obstante, hemos intercambiado impresiones en la Junta y no tenemos una mirada favorable del proyecto.... nos parece que no resuelve adecuadamente los problemas que pretende resolver.

En primer lugar, el problema del uso problemático de sustancias tiene una etiopatogenia multifactorial, multicausal y por eso no es tributario de soluciones simples; las soluciones también son complejas y no valen las apelaciones a soluciones mágicas para resolver el consumo problemático de sustancias. El proyecto establece una definición como si la única terapéutica efectiva fuera la internación de los usuarios problemáticos de drogas.

La internación por sí sola no es más que la incorporación de una persona a un centro en el que permanece aislada o recluida.

Establecer tratamientos mediante una norma jurídica no parece ser una resolución favorable para ninguna patología.

Esta iniciativa tiene un problema adicional, porque si este proyecto se sancionará y todas las personas que tienen consumo problemático de sustancias reclamaran su internación, sería inviable, porque en Uruguay existen cientos de miles de personas que tienen consumo problemático de sustancias”.

La opinión del Dr. Radio, es reforzada por la valoración del Sr. Luis Gonzalez, Coordinador del Área de Atención y Tratamiento de la Secretaría Nacional de Drogas que en el análisis de la esencia del proyecto, a este respecto dijo: “ El proyecto entra en contradicción con la terapéutica, porque es imposible trabajar la motivación contra la voluntad del paciente. Los técnicos tenemos pocas herramientas cuando pensamos en trabajar con alguien que está en determinado lugar contra su voluntad. Eso es lo que

muchas veces nos pasa en las cárceles o con las personas judicializadas.

En la primera etapa, la de intoxicación, de alguna forma, se puede trabajar contra la voluntad del paciente. Eso ya está legislado. En los casos en los que una persona corre riesgo de vida o hace que un tercero corra riesgo, hay mecanismos para llegar a una internación compulsiva, para salvar esa etapa de intoxicación. Pero la deshabitación se trabaja desde otro lugar, con la persona involucrada, con la persona poniendo sus propias metas y decidiendo lo que necesita y quiere. Desde el punto de vista técnico, esto se complica si trabajamos contra la voluntad de las personas”.

El Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública también explicita su posición en relación a la iniciativa, con la participación del médico psiquiatra Horacio Porciúncula, la Subdirectora General de Salud, doctora María Giudici, el doctor Álvaro Usher y la asistente, señora Yesiana Cabrera.

En el marco de su exposición, el doctor Porciúncula indicó: “Lamentablemente, la ley que se propone no da respuestas a estas cuestiones en términos generales y genera algunas circunstancias que la hacen controversial. La afectación mental está dada con relación específica al consumo excesivo y la intoxicación. La intoxicación de la sustancia es lo que enajena, pero luego de seis o siete días se va el efecto de la droga y la persona funciona normalmente. Y tal vez alguien puede venir y preguntar por qué este hombre o por qué esta chica sigue internada o internada. No tiene razón la internación. Entonces, esto que firmó por tres meses en definitiva se convierte en una privación de libertad que la ley no permitiría.

Somos muy conscientes de que la voluntad del individuo, de la persona, para tratarse, nos da siempre la chance de lo que llamamos "la ventanita de la oportunidad". Estas ventanas terapéuticas deben multiplicarse. Hay algunas. Existe en el Hospital Maciel, por ejemplo, desde hace años, los días jueves, atiende una policlínica Erica (Equipo de Respuesta en Crisis de Adicción) ; recibe a personas y les ofrece este tipo de alternativas. Hay una sala de internación, voluntaria, para cuatro personas, que permite este abordaje. Es decir, este modelo existe. También existe en algunos lugares del interior del país. Hay que desarrollarlo más y hay que trabajar más en ese sentido”.

Por su parte, el Dr. Usher indicó; “Lo importante a resaltar es que debe haber motivación para el tratamiento. Y la motivación por el tratamiento no es sinónimo de que ellos plantean que quieren una abstinencia.

A veces nos preguntan cuáles son los tratamientos más eficaces y yo digo que son los oportunos, es decir, cuando la persona motivada pide ayuda. Ahora, la ayuda ¿es la internación? No. La internación es para algunos en determinado momento.

Ya se ha dicho aquí que en menos de una semana cualquiera está desintoxicado con las sustancias que habitualmente se usan.

En definitiva, no vemos que este proyecto de ley, que esta vía por la cual fuimos convocados sea la llave que permita un cambio en profundidad en una situación que realmente es compleja”.

La sociedad civil también estuvo convocada y en este sentido comparecieron referentes profesionales de reconocida trayectoria, así como organizaciones no gubernamentales especializadas en la atención y tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias.

Mencionaremos una breve síntesis de sus aportes.

La Dra. Susana Grunbaum, y los licenciados en psicología Cristina Deberti y Marcelo Aprile, expresaron; “Lo primero que llama la atención desde el punto de vista técnico y profesional -porque estamos hablando desde ese lugar, es que si estamos atendiendo a un usuario problemático de sustancias -como dice el proyecto- que se encuentra en un buen estado anímico, que está calmo, no parece la mejor propuesta invitarlo a que, cuando se descompense, se deje caer en manos de otros para ser atendido.

El Plan Integral de Atención a la Salud, incluye dentro de sus componentes la atención de personas con consumo problemático. Ofrece varias alternativas, y una de ellas es la desintoxicación.

Lo que hay que hacer -esto entraría en las sugerencias- es un esfuerzo muy grande de fiscalización por parte del Ministerio de Salud Pública con relación a todo el sistema de salud, para ver cómo se están cumpliendo, porque son espacios de desintoxicación muy importantes que tienen que estar disponibles.

Finalmente la Magíster en psicología Ana María Echeberría, directora de la organización Encare, y el licenciado Roberto Gallinal expresaron ante la Comisión: “La imposición de un modelo de tratamiento -esto está estudiado y evaluado en todo el mundo- no es de buen pronóstico. Esto es muy importante, hay diversos modelos de internación o de residenciales que es una palabra más adecuada ya que internación remite a privación de libertad y tratamientos residenciales remite al abordaje de la problemática de las personas en residencias y no ambulatoriamente.

Los modelos de tratamiento deben ser construidos junto con la persona, a partir de su deseo, tomando en cuenta sus recursos, si tiene o no soporte familiar, si tiene o no posibilidad de inserción laboral o de estudio o si ya está integrado en algún espacio.

Entonces, evaluando la red de recursos, el sostén afectivo, las posibilidades emocionales, psicológicas y sobre todo qué es lo que desea y lo que quiere cambiar, se construyen, por parte de los equipos técnicos, modelos de tratamiento casi a medida para cada paciente, como si fueran un traje.

Estos usuarios que en el día de hoy aceptan una internación o un tipo de tratamiento, muchas veces, lo hacen en un momento de muchísima presión o de conflicto interno al que no pueden encontrar solución, y están dispuestos a aceptar y firmar cualquier cosa”.

Estos extractos sustantivos, esenciales de las opiniones solventemente fundadas de las múltiples y diversas comparecencias de la Academia, las sociedades científicas, los organismos del Poder Ejecutivo actual, profesionales y sociedad civil organizada, son contundentes, claros y alineados en forma comprometida e inequívoca en que este proyecto de ley no es la solución.

Por el contrario, será un disparador de mayores problemas que distorsionan la magnitud de las situaciones que pretende atender, generando falsas expectativas que profundizarán y agravarán consecuencias sociales.

Impactará negativamente y expondrá a más graves frustraciones a familias que ya no pueden sostener realidades tan angustiantes y desestructurantes de la vida familiar y comunitaria.

Este proyecto de ley que estamos tratando, tiene el agravante además de desconocer, perforar y quebrar un cuerpo normativo armónico, integral, flexible a los cambios sociales, producto de meses y meses de diálogo interpartidario, con aportes de innumerables organizaciones profesionales, académicas, gremiales, como lo es la Ley de Salud Mental N.º 19.529 del 24 de agosto de 2017, reglamentada parcialmente por los Decreto N.º 226/018 de 16 de julio de 2018 y 331/019 del 4 de noviembre de 2019.

La problemática que aparentemente se intenta abarcar, no adolece de ausencia de normativa, muy por el contrario, la normativa ya existe.

Uruguay tiene un instrumento potente, concreto, claro y abarcativo para atender con dispositivos específicos la diversidad de situaciones vinculadas a la salud mental y en particular al uso problemático de sustancias.

La Ley de Salud Mental en su artículo 5º, establece: “El consumo problemático de sustancias psicoactivas, en tanto su naturaleza es multidimensional, será abordado en el marco de las políticas de salud mental desde una perspectiva integral que incluya la reducción de riesgos y daños, la atención psicosocial, la integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer y la atención de los vínculos con referentes socio afectivos en los ámbitos familiar y comunitario”.

Otras disposiciones se refieren a la hospitalización, sus modalidades, extensión de cobertura, etc.

En ese sentido, el artículo 27 regula los requisitos para proceder a la hospitalización, dentro de los que se indican: la evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico y el consentimiento informado de la persona o del representante legal.

En el artículo 30 en cuanto a la hospitalización involuntaria, prevé que pueda tener lugar cuando exista riesgo inminente de vida para la persona o terceros, esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización.

En el artículo siguiente se explicita las formalidades de la hospitalización involuntaria, la que deberá estar avalada por dos médicos psiquiatras que no tengan relación de parentesco ni económica con el paciente, el abordaje terapéutico posterior mediante un equipo multidisciplinario y en todos los casos la notificación al Juez, quien podrá requerir en caso de considerarlo necesario información ampliatoria o peritajes externos a efectos de confirmar los supuestos que justifiquen la medida.

Existe además previsión legal respecto a internaciones involuntarias dispuestas por orden judicial.

Citamos estos artículos de la Ley de Salud Mental como algunos de los ejemplos en los cuales apoyar y significar que ya existe un marco normativo, armónico, integral, coherente en sus diferentes aspectos, con un amplio consenso político y social, que en definitiva da respuesta a las inquietudes que plantean los promotores del proyecto sometido a votación.

Pero además la Ley de Salud Mental siendo un conjunto articulado de disposiciones, definiciones y acciones, tiene y puede aún reglamentar definiciones concretas y específicas en relación con el uso problemático de sustancias que serían respuestas efectivas para las familias que expresan la angustia de vivir situaciones complejas y violentas, de forma de asegurar los derechos que se pretenden tutelar.

El proyecto en sus 7 artículos no explicita y no contiene ninguna previsión sobre los dispositivos propiamente dichos, que aseguren una atención adecuada y permitan la rehabilitación y la reinserción.

¿Cómo aseguramos que la totalidad de quienes se encuentren en esta situación tengan posibilidades reales de recibir los tratamientos adecuados, sin importar su condición económica? ¿O acaso este es un proyecto que únicamente busca amparar a aquellos que tienen los medios económicos para solventar los tratamientos?

Justamente, el Estado tiene en la Ley de Salud Mental el amparo, la precisión, el alcance, objetivos, ámbitos de actuación, en cada uno de los capítulos, sobre los cuales establecer la reglamentación que garantice, indique y obligue a disponer los centros de referencia, los procesos terapéuticos más adecuados y oportunos, los recursos humanos y los mecanismos tecnológicos para dar cobertura y asistencia de calidad a personas con uso problemático de sustancias, a sus familias y a la comunidad en general, desde una perspectiva universal.

Se requiere que estos dispositivos sean consistentes con la prevalencia de las diversas expresiones de la problemática a nivel territorial, de modo que sean respuestas efectivas y pertinentes a las demandas de mayor gravitación según los diferentes territorios.

Es a los efectos de garantizar el ejercicio de derechos y la universalidad de la prestación, abarcando tanto a prestadores públicos como privados, que exhortamos al Ministerio de Salud Pública para que en un plazo no mayor a los 180 días diseñe, reglamente y reasigne recursos económicos para constituir Centros Regionales de Atención en la Emergencia a personas con uso problemático de sustancias y presente a este Cuerpo, la reglamentación de los dispositivos imprescindibles para el desarrollo de las propuestas terapéuticas más adecuadas y oportunas a la multiplicidad de casos que les sean derivados.

Con el objetivo de viabilizar estos cometidos preexistentes y a los que el Estado uruguayo está obligado por la Ley Nº 19.529, se entiende imprescindible designar como organismo coordinador de las fases de diseño, implantación y posterior monitoreo a la RENADRO (Red Nacional de Drogas) dependiente de la Secretaría Nacional de Drogas de la Presidencia de la República.

En el mismo sentido, sugerimos encomendar a la Dirección General de Fiscalización del Ministerio de Salud Pública, la evaluación periódica del cumplimiento de los dispositivos específicos respecto a la atención en crisis (características de hospitalización voluntaria e involuntaria, condiciones de ingreso y egreso, plazos de estadía, etc.) y a la atención terapéutica oportuna y adecuada de todos los usuarios que lo soliciten, tanto en el ámbito de los prestadores públicos como privados, remitiendo informes anuales a ambas Cámaras del Poder Legislativo.

Según viene de expresarse y para concluir, este proyecto de ley se considera:

- 1.- Impreciso y desactualizado.
- 2.- Carece de arbitrajes y garantías.
- 3.- Tiene graves problemas de legalidad.
- 4.- Pretende regular aspectos ya contenidos en una ley de amplio consenso político, académico y social, como lo es la "Ley de Salud Mental".

5.- Cree en soluciones únicas y rígidas.

6.- Desconoce y contradice estándares internacionales para el tratamiento de la drogodependencia entre las que se encuentra la adhesión al tratamiento por parte del adicto en todas sus etapas y el enfoque interdisciplinario y abarcativo de las distintas aristas que involucra.

7.- Ignora al ámbito científico y académico además al propio Poder Ejecutivo.

La respuesta efectiva y eficaz a la demanda de estas familias y de la comunidad, exige la asignación de recursos para que se realice en un plazo perentorio la reglamentación de los dispositivos que ya han sido creados por la normativa, asegurar su cobertura a nivel de todos los departamentos y la abarcabilidad de las dimensiones de prevención, educación y atención.

Sala de la Comisión, 10 de noviembre de 2020

CRISTINA LÚSTEMBERG
MIEMBRO INFORMANTE
LUCÍA ETCHEVERRY LIMA

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

Artículo único.- La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes desaconseja la aprobación del proyecto de ley CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS. Se dictan normas para su tratamiento.

Sala de la Comisión, 10 de noviembre de 2020

CRISTINA LÚSTEMBERG
MIEMBRO INFORMANTE
LUCÍA ETCHEVERRY LIMA

≠