

Documento de SPU y SUPIA frente al Proyecto de Ley sobre atención sanitaria de adictos en situación de riesgo

Concurrimos en representación de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y de la Sociedad de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia y en calidad de técnicos.

Haremos apreciaciones desde el punto de vista técnico y desde el punto de vista de las condiciones laborales a las cuales nos vemos enfrentados los médicos en forma diaria.

Desde la década del 80, se han venido dando cambios cuali y cuantitativos en los consumos de sustancias que son los que han determinado que éstos se constituyan en una grave problemática de Salud Pública, con incorporación de nuevas sustancias, y nuevos vínculos de los sujetos con las mismas. Cambios indisolublemente anudados a las transformaciones de las Redes Familiares y Socio culturales. La sociedad de consumo, la ruptura del tejido social y la exclusión social son algunas de las condiciones en la base de estas transformaciones.

Por lo tanto, dado que la problemática del consumo de drogas es un asunto de Salud Pública, el diseño de las políticas para su control y tratamiento debe priorizar dicho enfoque.

El consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones son temas que hacen a la Salud Mental de la población. Es un problema complejo, multifactorial donde se intrinca una amplia trama de factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Debe ser abordado por un equipo interdisciplinario, integral, en el que es imprescindible la presencia del médico psiquiatra.

Consideramos positivo que se priorice la asistencia de los pacientes con uso problemático de sustancias, el tema es como se realiza. Somos conscientes también de la dificultad del Sistema para dar una respuesta efectiva a dicha problemática.

Es importante destacar que no existe una estrategia o un único modelo terapéutico que pueda resolver todas las necesidades de los pacientes con Uso Problemático de Drogas. Mientras el abordaje de esta problemática no se adecue al paradigma de la individuación, seguiremos sin atender las verdaderas necesidades de cada paciente; porque no se tendrá en cuenta:

- El grado de dependencia y sus implicaciones clínicas
- El grado de apoyo familiar que puede disponer
- La etiología de sus conflictos
- El grado de deterioro que presenta tanto en lo físico, como en lo psicológico y lo social.

Problemas teóricos sobre la conceptualización de” personas afectadas por el uso de estupefacientes” ¿A quién va dirigido este Proyecto? ¿A los consumidores problemáticos? ¿A cualquier persona con una intoxicación aguda? ¿Sólo adictos?

Problemas por restricción a las libertades fundamentales. La internación compulsiva (hospitalización o internación de larga duración) que se propone conduce hacia la **criminalización** y **judicialización** de “personas afectadas por el uso de estupefacientes”, como respuesta a demandas de la sociedad por mayor control represivo de algunos sectores de esa propia sociedad. Si existiera la voluntad legislativa de aumentar el control societario mediante judicialización, en general las **recomendaciones estipulan:**

* Que deben reglamentarse plazos límites de la privación de libertad (por ej. en el caso de medidas curativas para inimputables se recomienda que por disposición judicial no excedan la pena máxima que le hubiera correspondido si fuera imputable), y

*Principalmente, proveer de recursos humanos suficientes (defensores y jueces) para que se pueda cumplir con la revisión por el tribunal o juez competente en plazos regulares y frecuentes.

Problemas prácticos relacionados con la sobrecarga de las Instituciones-Fundamental es saber ¿dónde se van a internar?

Momentos difíciles estamos viviendo en la salud. La sobrecarga de consultas y la falta de camas para hospitalización psiquiátrica son -entre otras- carencias importantes del sistema que afectan nuestro quehacer cotidiano, que obviamente no dependen de nosotros, y que nos exponen en forma constante a múltiples riesgos. Nos preguntamos en qué condiciones debemos continuar trabajando, sin todas las garantías necesarias para ejercer nuestra profesión.

El Proyecto plantea (**Art. 5**) que toda persona que se presente en espacios públicos o accesible al público en estado de grave alteración psíquica producida por el alcohol o por sustancias estupefacientes y el que por los mismos medios provocare en otros dicho estado; en caso de que la conducta descrita en este numeral sea producida por sustancias estupefacientes (¿y el alcohol?) a la persona le deberá ser procurada atención sanitaria inmediata, pudiendo ser trasladado al centro asistencial que se disponga a esos efectos. El traslado referido sólo podrá llevarse a cabo por personal del Consorcio Público para la Reducción de la Demanda de Drogas.

¿Cómo y quién determina en la vía pública que dicha situación signifique un riesgo para sí o para terceros? ¿Quién decide?

¿Qué significa *un estado grave de alteración psíquica*? ¿Quién lo diagnostica?

¿Se está planteando la internación compulsiva como forma de tratamiento para todos los adictos?

También plantea (**Art.6**) el que, en un ámbito privado, se presentare en estado de grave alteración psíquica producida por sustancias estupefacientes, podrá ser trasladado a un centro asistencial, a requerimiento de la jefa o del jefe de hogar para lo cual se solicitará al personal del Consorcio la conducción de la persona a los efectos de que sea evaluada y asistida sanitariamente si correspondiere.

¿Con que garantías contarán los usuarios? Sabemos que son

familias disfuncionales, en donde el adicto es un emergente de la misma.

¿Cómo estará integrado ese personal? ¿Quiénes deciden el traslado? ¿Cómo se realizaría?

Retomamos nuevamente ¿En qué centros van a ser internados? Actualmente no hay cama para pacientes que quieren ingresar voluntariamente (hay lista de espera). Entonces, ¿dónde se internará a los pacientes que este proyecto prevé?

Por otra parte, se ha hablado de aislarlos tal como se realiza con algunas enfermedades infecto contagiosas ¿Aumentará esta perspectiva el estigma de estos pacientes?

Reiteramos que el **Sistema de Salud no está preparado para dar respuesta a esta demanda**. Ya existe una **judicialización de la medicina** que ha demostrado su **inoperancia**.

En el ámbito público (ASSE) más del 50% de las camas del Hospital Vilardebó están ocupadas por pacientes judiciales que tienen el mayor promedio de días de internación, dado que su egreso depende de la resolución judicial, que requiere habitualmente de un tiempo prolongado.

A nivel mutual, a veces los pacientes esperan varios días en las Emergencias antes de ser ingresados en una Clínica Psiquiátrica o Centro de Rehabilitación, emergencias que no cuentan con la infraestructura necesaria para sostener a estos pacientes por períodos prolongados.

Sabemos que la mejor respuesta y adherencia al tratamiento es cuando el paciente lo realiza voluntariamente y las familias se comprometen. La no estigmatización y la inserción social son eje fundamental del abordaje. Destacamos la ineficacia de la internación del adicto si no tiene interés en suspender el consumo y que las internaciones prolongadas no demuestran mayor efectividad para lograr mantener la abstinencia.

Por tanto, la internación compulsiva parece una propuesta cuestionable como tratamiento para los adictos.

Igualmente sabemos que en algunas ocasiones se nos presentan situaciones en que debemos ingresar a los pacientes en forma no voluntaria, ya que existe riesgo para el paciente o para terceros. Esta situación se presenta por lo general en pacientes adictos cuando existe una complicación o comorbilidad psiquiátrica asociada, y nos ampara la **Ley 9.581 de Asistencia a pacientes mentales (1936)**.

Haremos ahora algunos comentarios de algunos artículos.

Artículo 2-El proyecto sustitutivo plantea que el Consorcio será presidido por un delegado de la Secretaría nacional de Drogas. Como dijimos al principio, consideramos que el consumo de drogas es un asunto de Salud Pública, por lo cual consideramos debería ser presidido por el MSP.

Artículos 8,9 y 10- Se deberá dar aviso al Juez de Faltas en forma inmediata. **Dentro de las seis horas** de ingresada la persona al centro asistencial, el equipo técnico deberá elaborar un informe preliminar a efectos de evaluar su situación sanitaria, a dichos efectos se considerará la conveniencia o no de la permanencia de la persona en el respectivo centro. Del respectivo informe, los responsables del centro asistencial, darán cuenta al Juez, quien podrá disponer que la persona permanezca en el mismo, por un plazo no mayor a las 24 horas.

¿Equipo Técnico o el médico? El médico psiquiatra es el profesional que por su formación está capacitado para evaluar el riesgo para sí o para terceros y es el que debe decidir la pertinencia o no de la internación, o el médico Emergencista si existiera una complicación orgánica.

Una vez ingresado en un Centro de Salud, el usuario debería quedar a disposición de la Sede, siendo el médico quien determine su permanencia o no y que estrategia terapéutica es la más indicada para implementar.

Preocupa el hecho de que sea una internación por orden judicial ya que en general los magistrados desconocen el tiempo necesario para una desintoxicación y mantienen a los pacientes ingresados

por periodos mayores. Esto ya es un problema con los pacientes procesados ya que por un lado se evidencia una discriminación en el sentido negativo del término ya que permanecen por orden judicial mucho más tiempo del que estarían si hubiesen cometido el mismo delito sin presentar patología mental, incluso a pesar de los múltiples informes de los psiquiatras a los jueces informando que el paciente se encuentra compensado y en situación de alta.

No queremos finalizar sin recordar los **Derechos de los Pacientes en general.**

A) “tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón”.

B) Respeto a su autonomía para aceptar o rechazar tratamientos, la Ley 18335 dice: “Artículo 11.- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica”.

C) Derecho a la confidencialidad, al respeto a su intimidad.

Nos preocupan las garantías a los derechos humanos de los pacientes y el riesgo de que con un afán de tutela se terminen vulnerando otros derechos básicos.

Como Sociedades de Psiquiatría tenemos el deber de informar a la población y de continuar trabajando para proteger los derechos y la calidad asistencial de los pacientes, lo que va de la mano de una mejora en las condiciones laborales.

Dr. Rafael Sibils
Vicepresidente SPU

Dra. Cecilia Idiarte Borda
Presidente SPU

Dra. Beatriz De León
Presidente SUPIA