

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

13 DE OCTUBRE DE 2020

COMISIÓN DE SEGURIDAD
INTERIOR Y NARCOTRÁFICO

REUNIÓN VIRTUAL

–A las 10:03 del martes 13 de octubre de 2020:

Sr. Presidente (Mera).- Buenos días.

Vamos a dar comienzo a la reunión del día de la fecha agradeciendo a los expositores y a las senadoras y senadores que nos acompañan, y particularmente a los senadores Fiad y Neder, presidente y vicepresidente de la Comisión de Salud, que participan de esta reunión de comisión, donde si bien estamos abordando una ley de características penales, sancionatorias como es la ley de estupefacientes – que fundamentalmente es eso–, también tiene una parte vinculada al tema sanitario, que hoy vamos a abordar exclusivamente, así que les agradecemos mucho a las senadoras, senadores y autoridades de la Comisión de Salud que nos hayan permitido abordar esta temática y que hoy nos estén acompañando en esta reunión.

La modalidad va a ser la de siempre. Le voy a pedir a la secretaria de la comisión que presente al primer expositor o expositora y, al final, si alguna senadora o senador quieren hacer alguna pregunta, los habilitamos para eso.

Secretaria Patricia Guerrero...

Sra. Secretaria (Guerrero).- Buenos días a todos y a todas.

El primer expositor es Hugo Barrionuevo, director nacional de Salud Mental y Adicciones de Nación.

Doctor Hugo Barrionuevo...

Sr. Presidente (Mera).- Perdón, Patricia: ¿cuánto tiempo tienen de exposición?

Sra. Secretaria (Guerrero).- Veinte minutos.

Sr. Presidente (Mera).- Veinte minutos.

¿Cuántos expositores son?

Sra. Secretaria (Guerrero).- Seis.

Sr. Presidente (Mera).- Perfecto.

Le damos la bienvenida al primer expositor, el doctor Hugo Barrionuevo.

Sr. Barrionuevo.- Buenos días, señores senadores y señoras senadoras.

En nuestra opinión, la principal dificultad que nos encontramos respecto de la problemática de las personas con consumo de sustancias legales o ilegales es el acceso a los servicios de salud. Es decir, la posibilidad de acompañarlos desde los servicios de salud en la problemática que los aqueja.

En ese sentido, la ley nacional de salud mental y adicciones, la ley 26.657 sancionada en el año 2010, es muy clara en su artículo 4° cuando dice que las adicciones y los problemas de consumo deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental. Por eso, consideramos que de ninguna manera la tenencia debe ser involucrada en el ámbito de lo penal. Nosotros necesitamos que las personas que tienen problemas de consumo se acerquen a los servicios de salud y necesitamos que los servicios de salud se acerquen a las personas que tienen problemáticas de consumo. Para poder lograr esto es muy, pero muy importante poder desterrar cualquier tipo de estigma que pueda pesar sobre las personas que padecen esta problemática.

Por eso, consideramos que tiene que ser muy clara la diferenciación entre lo que es un delito y lo que es una problemática de salud. Estamos totalmente convencidos de que ese estigma ha pesado en las personas que consumen y también ha pesado en los sistemas de salud en la respuesta que le pueden dar a las personas que consumen.

Entendemos que también los sistemas de salud han consumido –por decirlo así– esta mirada estigmatizante que produce la penalización del consumo, la

penalización de la persona que sufre un problema de consumo. Y entendemos que la única manera de que los servicios se puedan acercar a las personas que lo necesitan y las personas que lo necesitan puedan acercarse a los servicios es, justamente, que la mirada quede claramente vinculada con el problema de salud mental y de salud integral, pero de ninguna manera vinculada a un delito. Creo que, en ese sentido, tiene que ser sumamente claro.

En nuestra opinión, en el artículo 14 –donde aparece francamente ligado al delito–, queda prácticamente pegado con las personas que trafican o que tienen sustancias ilegales para el tráfico y la comercialización. Nos parece que eso realmente produce un daño irreparable en la posibilidad de acceso, en la posibilidad del cuidado.

El campo de la salud mental en nuestro país tiene una enorme cantidad de recursos humanos formados, capacitados y en condiciones de dar respuesta a esta problemática, pero necesitamos que las personas que tienen problemáticas de consumo, no se sientan perseguidas o estigmatizadas, porque de esa manera se alejan del sistema y lo que hacemos es un círculo vicioso de mayor exclusión, mayor alejamiento y menor capacidad del sistema de salud de poder darles una respuesta. Como decía, esto genera un círculo exclusión de manera irreparable.

Además de eso, no es solamente el estigma que pesa hacia adentro de la subjetividad de cada una de estas personas, sino también el estigma –como dije hace un momento– que genera en los equipos de salud, que terminan considerando o mirando a las personas con este sesgo de personas que están en el ámbito de lo delictivo. Ese estigma que llega también a los sistemas de salud, ha generado también una discriminación de parte de los servicios de salud, porque terminan siendo consideradas personas que están delinquiendo. En ese sentido, creemos que también la ciudadanía en general termina mirando este fenómeno, este problema, de una manera simplificada, donde todo aquel que está vinculado con una sustancia ilegal, pasa ser mirado como un delincuente. Es decir, no solo aquellos que se dedican al tráfico, a la producción, a la venta o a la comercialización, sino también las personas que son consumidoras, cuando nosotros sabemos que son de –alguna manera– las víctimas del tráfico y de la venta de sustancias ilegales.

Es por eso que dejamos totalmente establecido que el camino tiene que ser otro, el camino tiene que ser buscar el acercamiento, buscar la manera de que las personas que tienen problemas de consumo sientan y estén convencidas de que la comunidad entera de nuestro querido país los quiere cerca, los quiere alojar, los quiere cuidar, quiere darles las herramientas terapéuticas, quiere poner a su disposición el cuidado en los momentos más difíciles, en los momentos críticos de consumo y también darles todos los tratamientos vinculados con la rehabilitación. Para eso necesitamos que el sistema realmente tenga esta mirada.

Uno de los primeros actos, de las primeras medidas que considero que habría que tomar es que las personas no sean consideradas delincuentes y que ni siquiera se las vincule con el delito, ni en un párrafo, ni en un renglón de una ley. Esto tiene que estar claramente diferenciado y esa es nuestra opinión.

La problemática del consumo en nuestro país es grave. Sabemos que es muy seria, pero lo que principalmente estamos viendo y lo que más nos preocupa es la enorme dificultad que tenemos nosotros, los profesionales y los equipos de salud, para llegar a las personas que tienen problemas de consumo y para que las personas que tienen problemas de consumo lleguen a nosotros. Es muy baja la capacidad de involucrarlos que tenemos en este momento y de que sean parte del

sistema de salud en su carácter de pacientes, en su carácter de personas en tratamiento, pero parte del sistema de salud como somos todos y todas. Ustedes y yo somos parte del sistema de salud y no solamente como profesionales –los que somos profesionales de la salud–, sino también como pacientes, porque todos en algún momento tenemos que consultar a algún médico o a algún profesional de la salud. En ese sentido, consideramos que la persona que tiene un problema de consumo, tiene que ser parte del sistema. Esa es la única manera de poder darles ayuda y erradicar o mitigar uno de los impactos más graves que produce esta problemática que son, justamente las personas...

–Contenido no inteligible.

Sr. Barrionuevo.- ...las personas más jóvenes, que son las que están más ampliamente afectadas en este momento.

Esa es nuestra opinión.

Sr. Presidente (Mera).- Muy bien, doctor. Muchas gracias por su exposición. Está perfectamente clara su postura.

Damos paso a la secretaria para que nos presente al próximo expositor.

Sr. Barrionuevo.- Gracias.

Sra. Secretaria (Guerrero).- El próximo expositor es Darío Gigena Parker: secretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la provincia de Córdoba.

Sr. Mayans.- Presidente.

Sr. Presidente (Mera).- ¿Qué tal, senador Mayans? ¿Cómo anda?

Tiene la palabra.

Sr. Mayans.- Le pido disculpas por ingresar recién, pero estamos preparando la sesión del día jueves. Ahora estoy atento y estoy escuchando.

Gracias, presidente.

Sr. Presidente (Mera).- Lo estaba viendo, senador.

Sr. Mayans.- Estamos coordinando la sesión del jueves, si Dios quiere, presidente. Estamos coordinando eso.

Sr. Presidente (Mera).- La que pregunta por usted es mi hija. Cada vez que no lo ve en la cuadrícula, pregunta por “el tío José”. *(Risas.)*

Sr. Mayans.- Bendiciones para todos. Necesitamos bendiciones, no peleas.

Gracias.

Sr. Presidente (Mera).- Adelante, doctor Gigena Parker.

Sr. Gigena Parker.- Muy buenos días.

Gracias, senador Mera por la introducción y también agradezco a las autoridades de esta Honorable Cámara.

Quisiera presentarme. Soy secretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones, pero también soy médico psiquiatra y trabajo en este campo desde hace muchos años. Mis actividades han ido desde la fundación de una sociedad internacional de medicina de adicciones a dirigir comunidades terapéuticas o centros ambulatorios de adicciones y, actualmente, trabajo en la Universidad Nacional de Córdoba, en la Escuela de Salud Pública.

Quiero, simplemente, recordar a las colegas y los colegas que están aquí presentes trabajando por este tema y aprovechar también para enviar un saludo al doctor Weretilneck, con quien pude intercambiar palabras en su momento y fue un honor escuchar la visión de alguien como usted y todas las personas que están allí presentes, quienes seguramente tienen una visión mucho más amplia de la que podríamos transmitir nosotros que estamos, de alguna manera, siempre enfocados en el tema del tratamiento, de la prevención y a veces con resultados discutibles. Creo que el trabajo de ustedes puede mejorar nuestra posibilidad de dar mayores

respuestas.

También quiero dar las gracias a la persona que me antecedió, al doctor Barrionuevo y decirles que es un honor estar aquí.

Una vez hechas las presentaciones, quería simplemente decirles que la temática que hoy nos convoca, en Córdoba no estuvo en el sistema sanitario, sino que estuvo primero en la órbita del Gobierno, Seguridad, Desarrollo Social, después en Niñez y Adolescencia, y nunca en Salud. Pero la visión histórica que ha ido adoptando la problemática ha llevado a que en el año 2015, el gobernador Schiaretti, creara la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones y la ubica en Salud, recogiendo las recomendaciones internacionales en la materia.

Por supuesto, lo más esencial de nuestra intervención tiene que ver con pensar en la perspectiva de la asistencia, del tratamiento. Pero la ley que hoy nos convoca, tiene un componente preventivo a lo que también nos tenemos que referir.

En diciembre de 2016, mediante un decreto, se crea la red Asistencial de las Adicciones de Córdoba. A partir de ahí, hoy generamos la posibilidad de que haya 101 centros distribuidos en los 26 departamentos. A fin de año, incluso en pandemia, tenemos el interés de muchos intendentes de nuestra provincia para poner en marcha 16 nuevos centros.

También creamos dos comunidades terapéuticas públicas que están en pleno funcionamiento y no solo sirven para la atención de todos los niveles de complejidad por la perspectiva de la red Asistencial de las Adicciones, que es como un *continuum* desde la baja complejidad hasta la alta complejidad. No solo atendemos a la población de Córdoba, sino que también recibimos a personas de la hermana provincia de Santa Fe. La comunidad terapéutica de San Francisco está, por supuesto, en la frontera. También tenemos derivaciones de organismos nacionales como la Sedronar, siempre financiados con fondos propios de la provincia.

La verdad es que el cambio hacia una esfera sanitaria, nos ha permitido tener un mayor impacto, una mayor llegada en términos del tratamiento.

Yo quiero hablar ahora de la prevención. La ley hace alusión a los educadores, a la salud, a los alumnos y a la población general. Por eso, quiero solicitar al máximo cuerpo legislativo la necesidad de bregar por acciones basadas en evidencia. Esta situación no se suele ver reflejada en la praxis habitual, porque cuando hablamos de prevención, lo primero que surge son las campañas masivas. La pregunta es si estas campañas tienen evidencia y eficacia *a priori*, y según la investigación que tenemos disponible, no la posee. Inclusive, estas acciones pueden tener efectos paradójales fomentando lo que se quiere evitar. No tenemos tiempo para profundizar en esto, pero hay ejemplos de investigaciones que muestran que ciertas políticas pueden, no solo no tener efecto sobre la reducción, sino fomentarla.

¿Qué acciones podemos hacer que cuenten con evidencia? Yo quiero decirles algo que es central, que quizás no tenga que ver con esta ley, pero sí – ustedes harán esa conjetura–: el gran problema que hoy tenemos sanitariamente es una droga que es legal y es el alcohol. Uno de los objetivos centrales que permiten mejorar el tema de las adicciones y de los trastornos por consumo de sustancias, no solo los problemas adictivos, sino las consecuencias, por ejemplo, del abuso –no solo la adicción, sino también el abuso y sus consecuencias– es la edad de inicio del consumo de alcohol.

¿Qué podemos hacer frente a esto? Porque los indicadores nos dicen que cada vez se reduce la edad de inicio del consumo de alcohol. Y desde una perspectiva basada en la economía comportamental, este enfoque que tiene que ver con qué podemos hacer para que las personas tomen mejores decisiones para su

salud, ha tenido dos premios Nobel en 2012 y 2017, y en Córdoba junto con científicos del Conicet y con el apoyo técnico del BID, venimos trabajando en eso, porque, en definitiva, necesitamos generar pilotos o modelos que tengan una eficiencia científica o generalizarlos, para decir: “Logramos tal objetivo”. Pero estamos hablando de una droga que es legal, que es promocionada, que es difundida, de un uso generalizado por parte de la población y la edad de inicio cada vez es menor.

Por eso, como conclusión, entre otros temas para tocar, porque hay una diversidad de temas, por ejemplo, el hecho de que el sistema de atención de las adicciones está desafortunadamente enfocado como si este fuera un problema agudo, no solo eso tiene una consecuencia adversa en cuanto a los resultados del tratamiento de las personas, sino también que, en esa perspectiva, el tratamiento se hace tardíamente y hay pocas instancias que permitan hacer un tratamiento precoz.

En efecto, un tratamiento precoz también tiene una dificultad: las personas necesitan, a veces, presentar consecuencias adversas severas para pedir ayuda. Así que tenemos que mejorar la capacidad tecnológica, la capacidad de investigación, para saber qué intervenciones podemos hacer, para que las personas se muevan hacia decisiones saludables en este tema lo más precozmente posible y no tenga que haber consecuencias tan severas, tan graves. Me permito decirles que aun cuando desde mi especificidad, que es la de la salud, no puedo esbozar recomendaciones sobre las consecuencias legales para quienes cometen los ilícitos vinculados a la sustancia, sí es importante señalarles que, en el caso de que existan esas consecuencias, deben ser utilizadas como una oportunidad para enlazarlos al sistema sanitario.

Otro tema que también quería traer para consideración de todas y todos ustedes, es que el modelo general de tratamiento, de abordaje, tiene como dos polos. Un polo que aborda la secuela, que es un modelo de mitigación, es decir, parar una hemorragia digestiva en un hospital, desintoxicar a una persona que llegó fuera de control, o tratarle la depresión o el insomnio desde la perspectiva de la salud mental, o la mitigación social de la perspectiva de pensar esto como una consecuencia de la vulnerabilidad social exclusivamente. Todos estos modelos de mitigación prestan poca atención al trastorno por consumo de sustancias como un trastorno específico importante que requiere un tratamiento.

En el otro polo, tenemos muchas veces las instituciones medias aisladas que prestan servicio específico para adicciones, pero suelen no prestar atención a todas las necesidades de las personas: suelen ser tratamientos medio encorsetados, enlatados, con tiempos fijos, muchas veces con internaciones y exclusiones innecesarias, sin mirar todas las otras necesidades del sujeto, por ejemplo, los factores contextuales como la familia, etcétera.

En ese sentido, creo que tenemos que empezar a pensar y a proponer algo que esté en el medio, que pueda dar especificidad y calidad a los tratamientos para medir los resultados, pero también pensar que las personas pueden tener muchos episodios de tratamiento antes de recuperarse aquellos que desarrollaron un problema, un patrón crónico. Porque también están muchos otros que no desarrollan ese patrón crónico y que necesitan intervenciones diferenciales, porque nunca se van a acercar a un sistema de salud que, de alguna manera, lo pueda estigmatizar o etiquetar como una persona con una adicción, en una sociedad donde se discrimina o se limita el acceso a un montón de derechos simplemente por tener este historial en su vida.

Yo creo que coincidimos un poco en lo que dijo el orador que me antecedió, y

que hoy les tengo que decir que si van a hacer un cambio en las regulaciones es necesario que el sistema sanitario esté preparado para abordar las consecuencias. Creemos que podemos abordarlas, el sistema de salud, de alguna manera, dentro de todos los sistemas, es el que menos juicio de valor tiene por las personas a las que atiende. Tenemos juramentos que nos obligan a eso. Pero no somos un apéndice de la sociedad, somos parte de la sociedad y sufrimos también las mismas debilidades que la sociedad en general, pero estamos mejor preparados.

Pero es clave que el sistema de salud esté preparado, porque creemos que muchas veces no lo está, aun con una problemática compleja que tenga profundos determinantes sociales, creemos que el sistema de salud es el que va a terminar sufriendo el impacto de cualquier cambio en este tema. Eso sería todo.

Sr. Presidente (Mera).- Muchas gracias, doctor.

Aprovechamos su profesión de psiquiatra para saludar a los afines de los psicólogos que es su día. Si tenemos psicólogas y psicólogos en la reunión, les mandamos un saludo desde la comisión.

Patricia: el siguiente expositor.

Sra. Secretaria (Guerrero).- La siguiente expositora es Mabel Dell Orfano, ella es directora de la Agencia para la Prevención y Asistencia del Abuso de Sustancias y de las Adicciones de la provincia de Río Negro.

Doctora Mabel: la escuchamos.

Sra. Dell Orfano.- Buenos días. Gracias por la invitación. Saludo a nuestro senador Alberto Weretilneck. Es un gusto poder estar acá representando a nuestra provincia. Gracias, presidente Dalmacio Mera.

Mi nombre es Mabel Dell Orfano. Soy también médica psiquiátrica. Hace muchos años que trabajo en la temática. Vengo a representar al ente gubernamental de la provincia de Río Negro, como directora de la Agencia Provincial de Adicciones, basada en la experiencia de sus primeros 4 años, además de mi experiencia profesional en el tema.

Como referente, también, del Consejo Federal de Drogas, represento a una política pública que se lleva a cabo en la provincia de Río Negro con la creación de dos agencias. Hace 4 años se creó la Secretaría de Narcocriminalidad dentro del Ministerio de Seguridad y, también, la Agenda para la Prevención y Asistencia ante el Abuso de Sustancias y de las Adicciones –APASA, su sigla– que depende directamente del gobernador. Tenemos el gusto de que el papá de este ente gubernamental fue el senador Alberto Weretilneck.

La ley determina un trabajo integrado y transversal entre los ministerios. Tiene que haber un integrante de Salud, de Educación, de Desarrollo Social, de la SENAF, de Gobierno que nuclea a todos los municipios y también incorporando un representante de todas las ONG.

El organigrama de la Agencia, de la cual soy directora estoy en este momento, tiene que tener un representante –un director– de cada Ministerio, y también un consejo consultivo, en donde hay otros organismos gubernamentales, como la Secretaría de Trabajo, el Ministerio de Turismo y Deportes, sindicatos, instituciones académicas, y los colegios profesionales, entre otros, y está destinado a tener un trabajo integrado, dirigido a la prevención y la asistencia.

Un poco hablando de conceptos generales, según los datos epidemiológicos, tanto el Observatorio Nacional de Droga como el provincial muestran un aumento en el consumo de drogas como el alcohol y la marihuana, con una gran disminución de la percepción del riesgo entre los consumidores y no consumidores. Este consumo, considerando a la marihuana, fundamentalmente, es el resultado en gran medida de

la regularización y la legalización del uso del cannabis a los fines medicinales o recreativos en otros países, que de alguna forma se ha naturalizado en la población con la idea de que la marihuana, con todos sus componentes, es una sustancia medicinal prácticamente inocua para la salud física y mental.

En estos días hemos realizado una encuesta a estudiantes de Medicina –que la traigo como ejemplo entre otras tantas encuestas– y, sobre 326 alumnos, los resultados evidencian que la mayoría considera que fumar marihuana cada tanto es poco o nada grave, que el 60 por ciento de estos 326 alumnos ya fumaron marihuana en su vida y el 22 por ciento está fumando con frecuencia, o sea, varias veces a la semana o una vez por mes. En cambio, solo el 15, 17 por ciento fuma tabaco; o sea, fíjese cómo la política pública sobre el tabaco ha tenido una cierta repercusión, porque menor porcentaje fuma tabaco en comparación con la marihuana. Traigo esto a colación dado que serán futuros profesionales de salud, así que, podríamos imaginarnos los números que puede haber en otras facultades.

En el tema de la naturalización consideramos que cumplen un rol muy importante los medios de comunicación. En un momento la Sedronar nos enviaba un resumen de las noticias nacionales relacionadas con la temática, y el 80 por ciento de las noticias que salían en los medios en todo el país estaban relacionadas con pro-cannabis medicinal.

Acá en la provincia tenemos experiencia de eso porque hemos hecho congresos con expertos nacionales e internacionales sobre la temática y, simultáneamente, en esos fines de semana salían dos páginas centrales dedicadas al cannabis medicinal.

Entonces, vemos cómo los medios de comunicación tienen un gran protagonismo en esto de disminuir la percepción del riesgo respecto a este tema.

Y, como dicen los científicos –como la doctora Volkow–, la adicción es una enfermedad del cerebro. Con modificación en su estructura, entre los síntomas, las personas continúan su consumo a pesar de tener consecuencias negativas y no pueden dejar de hacerlo cuando lo desean, dado el síndrome de abstinencia. Pero esta es una enfermedad que es prevenible y tratable.

Un tema particular en las políticas públicas se basa sobre la percepción personal de quien decide. La percepción está basada en la propia experiencia con el propio consumo. Lo traigo a colación por estos futuros médicos: ¿qué pueden transmitir como posible situación problemática en la salud del paciente? Pero, bueno, uno también tiene que hablar de la experiencia, porque hace 30 años nos pasaba lo mismo con el tabaco: muchos médicos atendíamos –o atendían– con el cenicero en el escritorio, o no salía una ordenanza de no fumar en lugares cerrados hasta que el intendente dejara de fumar o tomara conciencia de que es mejor para la salud. Entonces, muchas medidas en relación a los consumos a veces pasan por la percepción de quien toma las decisiones.

Se requiere de dispositivos específicos y especializados en la temática con personal motivado a trabajar. Esto que decía el doctor Barrionuevo: el tema de la estigma; este estigma que pone barreras en la atención, en el acercamiento, en generar una adherencia al tratamiento a la persona, porque inmediatamente es rechazado, o no aprovechar cuando la persona llega a la guardia por diferentes motivos, ya cuando este estigma repercute en la atención. Entonces, se necesita personal motivado para trabajar en el cambio de vida de una persona que padece adicciones o en sus familiares.

La obtención de buenos resultados depende –como decía el doctor Gigena– de un tiempo adecuado de tratamiento; y la permanencia del paciente en el

tratamiento depende de muchos factores, tanto de la familia como del programa, como del contexto, como del paciente.

Los diferentes paradigmas, como la política de reducción de daños o no actuando terapéuticamente mientras se espera que la persona decida sobre su vida, llevan al abandono al paciente, porque hasta que no lo decide, hasta que no muestra, no podemos hacer nada; porque se respetan los derechos, pero en realidad el que no se está respetando es el derecho a la vida y a la salud.

Si el usuario no toma conciencia tampoco se puede esperar de las familias en un principio, dado que muchas veces son parte del problema de la adicción. Por eso es importante que el consumo de drogas sea abordado por personas capacitadas que puedan actuar en diferentes ámbitos, como en el educativo, en la atención primaria de la salud, en los ámbitos laborales, como en el sindicato y el gremio de manera transversal, ya sea en la promoción de la salud o en la prevención de las adicciones, con el fin de llegar precozmente. Como decía el doctor Gigena: esto de actuar antes de que llegue el consumo masivo al aumento de la tolerancia y llegue la adicción. Porque, en realidad, el problema no es sólo la adicción, sino también todos los deterioros de la vida personal: el deterioro paulatino, el abandono escolar en los jóvenes, la inestabilidad laboral, la pobreza, los trastornos cognitivos, los trastornos psiquiátricos, la inestabilidad afectiva, muchísimos hijos abandonados y gente dependiente del Estado aumentando la pobreza del país, sin considerar los gastos que llegan por salud, como hemorragias digestivas o accidentes de tránsito.

Se pondera que un porro no hace nada, pero hay que diferenciar a quién no le hace nada. O sea, no es lo mismo lo que hace en una persona con capitales económicos, con una buena alimentación, una buena educación y profesional, que lo que les hace a jóvenes que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, en quienes el capital más importante –o único– es su sistema nervioso central, su cerebro, que les permite soñar, tener motivaciones y armar un proyecto de vida para salir de dicha situación. Entonces, no podemos generalizar con mensajes banales como ese.

El tratamiento de las adicciones reduce el consumo de drogas y los costos sociales de salud. Según un artículo del Instituto Nacional de Abuso de Drogas, en Estados Unidos, cada dólar invertido en programas de tratamiento de las adicciones proporciona un retorno de entre 4 y 7 dólares en la reducción de delitos relacionados con la droga, el costo del sistema en la justicia penal y el robo. Y cuando se incluyen los relacionados con el cuidado a la salud los ahorros totales superan los costos en una proporción de 12 a 1, para la persona y para la sociedad, porque provienen de la disminución considerable de conflictos interpersonales, el aumento de la productividad laboral, la reducción de accidentes vinculados con drogas, los problemas de salud, sobredosis y muerte.

A pesar de los decretos que declaran la situación de emergencia de las adicciones en la Argentina, no se ha logrado imponer como tema prioritario en la agenda de gobierno, tanto para la prevención como abordaje, como la política pública en salud.

En la Argentina, a diferencia de otros países, se puede observar –por ejemplo– los bajos costos de algunos psicofármacos, las benzodiazepinas, tranquilizantes que generan adicción; y, en cambio, si uno va a buscar otro tipo de medicamentos que son indispensables para la salud, como antihipertensivos, antiépilépticos o hipoglucemiantes orales, cuestan mucho más caros que un Clonazepam, un Rivotril o un Valium. Eso es increíble. Parece que se quisiera a propósito a buscar la adicción de la población.

Y otro ejemplo a incorporar, porque soy perseverante en el tema, es incorporar un aditivo con colorante que no permita que el alcohol etílico que se vende en el supermercado se pueda vender también a los fines alimentarios, para mezclar bebidas alcohólicas o sustituir el vino. Quien trabaja en la temática sabe que es muy común que muchos pacientes con problemas de alcoholismo digan "Tomé hasta alcohol puro". "¿Y dónde lo compró?". "En el supermercado". O sea, está expuesto a la venta, sale más barato –porque es más barato que el vino, más allá de que ahora con la pandemia el alcohol aumentó mucho el valor– y, también, lo pueden comprar los menores de edad.

Este es un expediente ya armado en ANMAT, por solicitud de la provincia de Río Negro, que no tiene ninguna respuesta hace tres años. Por eso, esto de la política pública, a veces, es muy lento.

Como reflexión en relación con la ley 23.737, donde se penaliza la tenencia de droga con indicaciones de medidas educativas y medidas curativas, consideramos que no se puede penalizar al usuario o posible enfermo de adicciones. Esta situación genera causas o expedientes que se acumulan, generando un trastorno administrativo y económico para la persona y para el país, sin que la temática de fondo sea abordada terapéuticamente, continuando su consumo mientras tanto. Todo esto, en medio de situaciones contradictorias y esquizofrénicas, porque hay fallos favorables a la tenencia personal, así como la licencia del autocultivo para cannabis medicinal en algunos municipios.

Respecto de las medidas educativas o curativas, los juzgados siempre se encontraron muy limitados, dada la escasez del servicio para que traten la temática, sobre todo en los ámbitos de Salud Pública, con el agravante actual en la ley 26.657 de salud mental, que prohíbe con la promulgación la habilitación de nuevos centros especializados o centros residenciales, sin tener en cuenta el tratamiento específico de las adicciones. Nadie discute que el paciente con una enfermedad mental como la esquizofrenia debe reinsertarse y estar en un medio social para favorecer y beneficiar...

–Contenido no inteligible.

Sra. Dell Orfano-... pero, en cambio, en las...

–Contenido no inteligible.

Sra. Dell Orfano-...muchas veces, el medio social en un paciente con problemas de adicciones es un contexto de consumo, un entorno que lo enferma, el cual empeora su salud, debiendo ser necesario alejarse de su lugar para dirigirse a otro de mayor cuidado.

Los paradigmas de la reducción de daño, esperando que el paciente esté totalmente motivado para iniciar o brindarle tratamiento; las limitaciones de las internaciones compulsivas, considerando que si se interviene de esa manera se le quitan todos los derechos a la persona por su deseo de seguir consumiendo, con familias desesperadas que no saben qué hacer...

Sra. Secretaria (Guerrero).- Doctora: le quedan tres minutos.

Sra. Dell Orfano- Ya termino.

Como decía, con familias desesperadas porque no saben qué hacer, siendo testigos del deterioro y empeoramiento de la salud psíquica y física del familiar. Estas familias dan vueltas en una puerta giratoria, donde van de Salud Pública a la Justicia y terminan, muchas veces, en la iglesia.

Otra de las limitaciones que tiene la ley, más allá de que no se puede llevar a determinados lugares –o sea, no hay lugares que hagan la medida curativa y educativa–, está vinculada con el tema presupuestario.

En mi experiencia profesional en el ámbito privado, del juzgado solicitaban que, por favor, se pudiera ayudar para cerrar la causa en diferentes situaciones, pero no tenían cómo pagarlo. Entonces, eso es un tema, porque los jueces o los fiscales que quieren abordar la temática no tienen recursos o presupuesto para hacer un tratamiento o una medida educativa o curativa, o no tienen donde hacer la derivación.

Lo importante es fortalecer el tratamiento con la despenalización de la tenencia o no penalizar al adicto, pero tratarlo. En el mismo sentido que lo expresaron los anteriores expositores, lo importante es la despenalización con tratamiento.

Muchísimas gracias por el espacio.

Sr. Presidente (Mera).- Impecable la exposición, doctora.

De paso, felicitamos al senador Weretilneck por haber puesto bajo su órbita directa cuando fuera gobernador la asistencia y la prevención. Es toda una definición de la impronta y la importancia que le dio al tema.

Le damos paso a la secretaria para que presente al último expositor.

Sra. Secretaria (Guerrero).- Nuestra última expositora es Irma Silva. Ella es secretaria de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Salta.

Doctora Silva: la escuchamos.

Sra. Silva.- Estoy con problemas de conectividad. No sé si podríamos pasar a un siguiente orador, porque justo en este momento...

Sr. Presidente (Mera).- Se escucha perfecto.

Sra. Silva.- ...

-Contenido no inteligible.

Sr. Presidente (Mera).- No sé para qué hable. Ahora ya no la escuchamos.

Vamos a darle unos minutos para que se pueda conectar de mejor manera la última expositora.

Mientras tanto, no sé si alguna senadora o algún senador quiere hacer preguntas. Vamos a pedirles que levante la mano por el *chat* para ir tomando nota.

-Luego de unos instantes:

Sr. Presidente (Mera).- Voy a iniciar yo entonces haciendo alguna consulta.

La verdad es que lo que escuché de los tres expositores me pareció muy importante, pero quisiera rescatar y, a su vez, pedirles una opinión a los tres en cuanto al planteo contundente que hizo Mabel respecto de la liviandad con la que se presentan algunos temas en los medios de comunicación. Inclusive, a veces hasta con valoración positiva del uso, generando un paradigma, un modelo, de lo que está bien y de lo que no está bien, sin contextualizar y sin discriminar, con el poder de penetración que tienen los medios de comunicación masiva.

En ese sentido, siguiendo esa línea de liviandad, esa falta de reflexión, permanentemente como justificativo se suele decir: “Bueno, lo que pasa es que los narcos han ocupado el lugar del Estado”, como si fuese algo con lo que se pudiera trazar algún paralelismo. “Y, bueno, generan trabajo en el barrio. Entonces, suplen y consiguen con eso una changuita los chicos”.

En ese sentido, quisiera saber cómo pelean con eso desde el nivel de la asistencia y desde el nivel de ese nuevo paradigma, que es como discutir lo indiscutible, porque en la reunión pasada nos mostraban una imagen de cómo quedaban las zonas afectadas del cerebro producto del consumo.

No sé quién quiere comenzar respondiendo. Si quiere empezar el doctor Barrionuevo, en orden a cómo fueron haciendo uso de la palabra.

Sr. Barrionuevo.- Me parece que el señalamiento es más que oportuno.

Entiendo que cuando se sale de una política represiva, como fue el trato hacia las personas con problemas de consumo, suele haber como un aspecto pendular, por el cual después aparecen políticas o maneras de mucha libertad entre comillas. Pero me parece que ahí tenemos una batalla cultural que por ahora venimos perdiendo, y, en ese sentido, los medios de comunicación y la forma en que se trata el tema en distintos espacios ha sido, por un lado, minimizado y en algunos otros aspectos, inclusive, estimulado.

Todos sabemos muy bien lo que pasa con las publicidades vinculadas, por ejemplo, con el consumo de cerveza. En ese sentido, vemos muy bien cómo esas publicidades tratan de ligar el consumo de cerveza con el bienestar. Inclusive en una ligazón casi farmacológica, porque aparece la cerveza –por poner un ejemplo– en las situaciones previas de reuniones como una manera de disminuir la fobia social. No me refiero a la fobia como patología, sino a esa cosa que muchos adolescentes tienen, esa dificultad para relacionarse –no estoy hablando de la fobia como una enfermedad, sino de esta dificultad para vincularse–, y aparece la cerveza o el alcohol como una manera de sobreponerse a esa situación.

Es decir, hay un conjunto de señales, de mensajes, que están claramente dirigidos, por un lado, a tratar de manera liviana el problema y, por otro lado, inclusive hasta a promoverlo. Esto se ve claramente y creo que es de una gravedad muy importante. Considero que una política pública que pretenda ser preventiva y disminuir el acceso a sustancias legales o ilegales, o a los problemas de consumo, tiene que abordar sí o sí cómo va a ser el tratamiento de esto en los medios. Me refiero al tratamiento del tema en forma directa y también indirecta, como es esto de las publicidades respecto del alcohol.

Inclusive, más allá de que pueda en algún momento estar cubierta bajo la necesidad –obviamente– de venta de un producto, creo que en ese sentido, por ejemplo, la batalla contra el tabaco ha sido mucho más efectiva en todo lo que son las publicidades. No sé si recuerdan cómo estaba vinculado con el fútbol, con las carreras de autos, etcétera. Y sin embargo, eso se ha logrado vencer.

Creo que ese podría ser un camino muy importante tomando este punto que señaló, senador.

Sr. Presidente (Mera).- Gracias.

El doctor Gigena Parker creo que en algún momento también sobrevoló este tema. Para que pueda profundizar lo paradójico o contraproducente que podría resultar alguna campaña. Si puede asociar esa reflexión a la pregunta, le agradeceremos.

Sr. Gigena Parker.- Sí, legislador.

Hay algo que se llama sesgo de disponibilidad que tiene que ver con que si uno muestra que una gran mayoría de personas tiene una determinada conducta, termina fomentándola. Eso es lo que hacen las publicidades de alcohol, donde se dice que todos tomamos tal marca de cerveza, porque funciona. Y sin querer, inadvertidamente, no solo los medios de comunicación sino nosotros, como sociedad, tendemos a comunicar mal.

Una política pública debe ser un buen arquitecto de las decisiones de las personas teniendo en cuenta estos factores. Un ejemplo es lo que pasa cuando se comunican las estadísticas, cuando nos informan que el consumo de marihuana en la población general, o a lo largo de la vida, aumentó. Entonces, podemos decir, como decía en todos los diarios y se convirtió en una noticia, que se triplicó el consumo de marihuana en los jóvenes. Pero la realidad es que el consumo pasó del 0,6 por ciento al 1,8 por ciento, con lo cual la gran mayoría de los jóvenes no

consumen.

Lo que quiero demostrarles es que hay que tener cuidado con lo que se comunica. No debemos ignorar los hechos, pero la comunicación que uno pretende diciendo y alarmando "¡uy, mirá toda la cantidad de gente que consume!", en realidad no es así.

Primero, no es cierto. Y segundo, incita a que los jóvenes quieran hacer lo que hace la mayoría. Es lo que se llaman normas sociales. Una norma social descriptiva hace que uno quiera adecuar la propia conducta a lo que hace la mayoría. Eso pasa con esto que estamos viviendo hoy con la pandemia. Hay normas sociales que están influyendo en que la gente no se cuide, y también tiene que ver la forma en que se comunica. Eso es un tema esencial.

Otro tema también que nos tenemos que cuestionar muchas veces es justamente lo que se llaman normas prescriptivas. Por un lado, podemos nosotros estar aquí preocupados, alertados, sensibilizados ante el tema, pero quizás en nuestra vida privada, en nuestra vida personal y social, o microsociedad, tendemos a hacer lo que creemos que hacen los otros padres o los otros referentes adultos. Eso es lo que se llama normas prescriptivas: "yo creo que los otros me van a juzgar si soy demasiado autoritario", o "yo creo que los otros me van a juzgar si soy un padre antiguo porque no permito previas".

Esos son temas que también requieren investigación. Y con esos datos, con esos resultados, se podrá ir realmente hacia una política pública basada en la evidencia y a los medios de comunicación para que nos ayuden.

Lo mismo pasó con el tema del suicidio. Creo que se ha avanzado en eso. No sé si ustedes coinciden.

Creo que el doctor Barrionuevo puede coincidir en que existe un mayor cuidado, pero se filtra por otros lados. Las series de Netflix, por ejemplo, donde muestran una cuestión muy poco saludable del tema.

Hay muchísimo más para contarle, pero asumo que la pregunta venía por ese lado.

Sr. Presidente (Mera).- Sí, gracias, doctor.

Tenemos la respuesta de la doctora Mabel Dell Orfano y después tengo la palabra pedida por la senadora Silvia Elías de Perez. Y no sé si el senador Weretilneck también me está pidiendo la palabra.

Bueno, en ese orden, después se la damos.

Doctora: la escuchamos.

Sra. Dell Orfano.- Me hace pensar lo que dice el doctor Gigena que hay que tener, en política pública, a alguien especialista en neuromarketing. Me parece que poder tener un especializado en la temática para ver, como en esa película que está en Netflix sobre el dilema de las redes, cómo las redes nos van manejando...

Es interesante en la política pública estar más avanzados, porque parece que siempre venimos más atrasados a los eventos tecnológicos.

En realidad, el tema de los medios de comunicación es una gran frustración, porque desde COFEDRO, el Consejo Federal de Drogas, por dos años en la gestión anterior se trabajó y se insistió mucho sobre poder poner límite en la publicidad del alcohol e inmediatamente vinieron a Nación llamadas telefónicas de los productores de vino porque se iba a arruinar una fuente de trabajo, etcétera. Entonces, hay muchos intereses y es muy difícil intervenir en ese tema respecto de la publicidad.

Pero por el otro lado, también era una frustración porque si se trabaja mucho en prevención, pero los medios de comunicación te muestran otra realidad donde están todos felices si consumen, es difícil; es como estar nadando contra la

corriente. Si estamos en cuestiones de leyes, es interesante que se pueda tener una mirada al respecto.

Bueno, no me quiero extender, así que paso la palabra.

Sr. Presidente (Mera).- Gracias.

Le damos la palabra a la senadora Silvia Elías de Perez.

Sra. Elías de Perez.- Gracias, presidente.

Primero quiero agradecer a todos los expositores que nos visitan y que nos han ayudado con su mirada. Y ahora quiero hacerte una pregunta a vos, presidente. ¿Esto está siendo registrado? Quisiera pedirte que si hay alguna de las ponencias, especialmente la de la doctora Mabel, me gustaría tenerla, por favor.

Dos cositas. Primero, me pareció más que interesante lo que el doctor Parker nos decía sobre el tema de las campañas publicitarias, las campañas preventivas y todas estas cosas que no había escuchado otra vez. Lo tomo y vamos a ver qué podemos hacer con respecto a esto y a la gente de neuromarketing que tendría que participar. Eso me pareció muy interesante.

Después, con qué me quedo y qué es lo que pediría a la doctora Mabel si pudiera ampliarnos un poquito. Lo que siento es que las leyes que hoy tenemos ya dejan a quien consume como lo que es: un enfermo. Si nosotros vamos a una gran despenalización, lo que me produce es el temor de todo lo que la doctora describía.

Ahí es donde quiero que ella se enfoque. No es lo mismo el porro fumado por el chico que tiene todas otras condiciones, que el fumado por el chico que está, de pronto, en una villa y después llegamos a la desesperación que se está viviendo en mi provincia, donde hay barrios enteros en los que los chicos parecen zombis, donde hay desesperación y donde hay madres del pañuelo negro y madres del pañuelo verde que salen a pedir ayuda por sus chicos.

Hay dos preguntas ahí.

Me gustó mucho lo del colorante. Me voy a unir a Alberto. Seguramente, también lo vamos a tomar. Si eso ya lo han presentado desde su provincia, vamos a ver si podemos presentar como una ley el tema de que el alcohol etílico tenga que tener un colorante o algo, para lo que vos decías.

Lo que quisiera, doctora, es si vos me pudieras clarificar un poco. ¿Qué es lo que veo? ¿Cuáles son los pasos que deberíamos dar para sacar a nuestros chicos de este infierno? Si es que primero tenemos que ir con todo lo necesario para poder reinsertarlos y sacarlos de la adicción, antes de pensar en otro paso, en más despenalizaciones, porque ya está legislado que quien consume es un enfermo. Ahí me quedan muchos interrogantes.

Después, un tema que vos has nombrado, doctora, y quisiera que lo profundicemos. Has hablado del chico que, hoy, en su libertad, tiene que pedir poder ser curado o tratado, pero que muchas veces esa libertad está totalmente cooptada y con riesgo de perder su vida.

Esas dos cositas, por favor.

Sra. Dell Orfano.- Hay que tener en cuenta que, para hablar de adicción como enfermedad, pasan entre cinco o diez años hasta que uno puede llegar a ese diagnóstico. Mientras tanto, entre cinco y diez años, hay muchísimas intervenciones dentro de lo comunitario y preventivo: deporte, creatividad. Hay muchísimas intervenciones que se pueden hacer desde los ámbitos municipales en las diferentes secretarías, desde los gobiernos, que no son específicamente de salud, porque no hay una problemática arraigada con mucho deterioro.

Es importante lo que decía el senador Dalmacio Mera, que han visto imágenes de cómo se ha ido deteriorando el sistema nervioso central. A medida que

va pasando el tiempo, se va deteriorando cada vez más.

Cuando la persona consume, puede decir: "Yo la manejo. No tengo un problema de consumo". En ese caso, la posibilidad es que pueda interrumpir por un tiempo y después ver qué pasa.

Si voy acompañando con la palabra nada más, sin tomar intervenciones directas en su red social, en sus objetivos: si trabaja, si estudia... Es decir, sacando el foco de la droga e incorporando una visión de su proyecto de vida. Si la persona sigue consumiendo, es difícil que pueda levantarse a la mañana temprano, por ejemplo, porque capaz tomó hasta última hora de la noche.

Quería traer eso como experiencia. Esto que está en la ley, en lo profesional, el hecho de que, a veces, se genere alguna causa o intervenga algún juzgado, con algunos papás que tienen hijos adolescentes y los encontraron con un porro en la plaza, el hecho de que intervenga la Justicia, los hacía asustar y decían: "Tengo que prestarle atención a mi hijo. ¿Qué está pasando?". Entonces, esa alarma era importante, porque había una autoridad que le estaba diciendo: "Fíjate y prestá atención a tu hijo". Seguramente, no había un problema de adicciones, pero sí podía empezar a tener un problema si los padres seguían sin mirar esa parte. Entonces, era una oportunidad para poder trabajar en la familia o acompañar.

Desde lo profesional, le digo que siempre me parecieron muy útiles esas medidas.

El problema, por ejemplo, con las medidas educativas que dicen: le tengo que educar o enseñar que las drogas hacen mal... A mí me pasó en dos oportunidades. Por un lado, ayudando a un juzgado para que puedan cerrar una causa. Me llega un estudiante de abogacía que estaba insistente en hacer la medida educativa, porque como quería tener una carrera de abogado el día de mañana, no quería que esta causa lo perjudique, por lo cual, la quería cerrar. Entonces, dije: "Si vamos a hacer una medida educativa de tres meses, te voy a hacer antidoping". Una vez por mes, un examen de orina. "No, porque esto es solo educativo. Solo me tenés que enseñar". "No, pero si vos estás fumando, te va a entrar por acá y te va a salir por acá, con lo cual no vas a entender nada, así que mejor, no quiero perder tiempo". No le quedaba otra que hacer la medida educativa, por lo cual, tuvo que acceder. Y, después de tres meses, me dice: "La verdad es que antes estaba horas y horas con una página del libro y ahora me doy cuenta de que me rinde más, que pude sacar tres materias". Es decir, le cambió su estilo de vida. Seguramente, no va a dejar de consumir un porro cada tanto. Seguramente lo hace, pero ya lo hace con otra concepción, con otra idea. Fue esto: poder desintoxicarlo; ayudarlo a que razone y que piense sin la sustancia. Y que pueda, después, tomar una decisión: si quiere seguir consumiendo, saber cuáles son los efectos, porque él tuvo la oportunidad de estar limpio.

Después, tuve otra medida educativa. Me mandaron a Ruth Montecino, la narcotraficante, para que yo le enseñara que las drogas eran malas. Pero, como ella no consumía, no había manera de intervenir por ningún lado. Ella lo hacía solamente por la causa. Yo le explicaba que quien vendía hacía mucho daño a la sociedad. Pero, ella con cara de póker, sin ninguna expresión, siguió viniendo los tres meses puntuales, en horario, sin faltar nunca, para cerrar esa causa. Y nunca pagaron los honorarios porque no había presupuesto para eso.

Con esto quiero decir que la misma directiva o la misma indicación, hecha de diferentes maneras, tiene diferentes resultados.

No sé si con esto, más o menos, te pude responder.

Sr. Presidente (Mera).-Tiene la palabra el senador Weretilneck.

Sr. Weretilneck.- Gracias, presidente. Yo diría que ya que está la señora Irma Silva, que creo que está bien técnicamente, mejor que hable ella, que es nuestra invitada. Y, después, en todo caso, explico mi visión, complementando un poquito lo que planteaba Mabel.

Sr. Presidente (Mera).- Perfecto. Gracias, senador. Si ya está la siguiente expositora, le damos la palabra.

Sra. Silva.- Muchas gracias. Espero que tengamos estabilidad en la conexión.

Muchas gracias por la invitación. Buenos días a todos y a todas. En primer término, tenemos que pensar que este problema de los consumos, básica y prioritariamente, es un tema de derechos humanos. Primero, considerarlo en ese paradigma.

Estas problemáticas tienen que ver con el trayecto de vida de las personas, la posibilidad de acceso a la salud, las condiciones de vida. Tiene que ver con el cuerpo.

Escuchando en parte a algunos de los expositores preopinantes, toda esta cuestión alrededor del *marketing* que hay en el tema de las adicciones, tiene que ver mucho con esta cuestión del paradigma –que tenemos que entenderlo– por el cual nos prohíben beber, pero alimentan nuestra sed. Ahí, vemos que todo el *marketing* alrededor de consumos pasa por la invitación a ellos. Y no, básicamente, pensar en todo lo que son los modelos preventivos y demás.

En los temas de accesibilidad a los servicios, por lo menos, en nuestro Norte argentino, hay dificultades. Y hay dificultades por el estigma, la discriminación y las creencias propias de la comunidad, muchas veces. Con qué se asocia este perfil de la persona con problemáticas de consumo.

Si uno hace memoria todavía no está desterrado el concepto de adicto: aquel que no tiene palabra. Y lo seguimos utilizando comúnmente. A su vez, la asociación con cuanta cuestión negativa haya asociada: en las actitudes, los comportamientos y las creencias. Esas son cuestiones que no solo tienen que tratar los medios de comunicación, sino todos los equipos de salud trabajar en función de ello.

Es común que se identifique a las personas con consumos problemáticos, como objetos de consumo y no como sujetos de derecho.

Esto va a implicar modificaciones en los modelos de atención, también. Hay servicios que están preparados y otros no. ¿Por qué implica, para mí, una fuerte modificación? Porque las personas con problemáticas de consumo están muy asociadas a los prejuicios que, lamentablemente, tienen las minorías. Y las cuestiones de las minorías son muy maltratadas, en general, por nuestras mayorías. Un poco quería referirme a eso.

No sé qué estará pasando en otras zonas del país, pero los problemas de consumo en Salta están muy vinculados al aumento, en este momento, en contextos de pandemia, a los policonsumos y muy especialmente al consumo de alcohol.

Durante la cuarentena crecieron los dos polos de frecuencia de consumo: se duplicó el número de quienes no toman, directamente, bebidas alcohólicas y se triplicó la cantidad de personas que lo toma frecuentemente. Y en el grupo que se da es en el grupo de 35 a 44 años.

En Salta estamos viendo, y aquí los legisladores van a confirmar lo mismo, cómo también hay estrategias comunicacionales –como en el resto del país–, que están fuertemente endilgadas a los consumos de cerveza, para las poblaciones de jóvenes.

Otra de las cuestiones, en relación al tema del alcoholismo y de los

consumos de alcohol, es que en el Norte se incorporó el consumo de bebidas alcohólicas a nuevas situaciones de la vida cotidiana.

Una encuesta que hicimos para Salta Capital mostró que, entre quienes consumieron, un 20 por ciento comenzó a tomar alcohol durante la cena, y un 15 por ciento mientras lee, escucha música o mira televisión.

Por otro lado, quienes consumieron alcohol durante la cuarentena, dieron cuenta del aumento de ciertas bebidas, especialmente del vino: el 40 por ciento de personas aumentó el volumen consumido; y, de cerveza, arriba del 30 por ciento.

Entre las razones para tomar alcohol, han prevalecido las que suponen una desorganización del tiempo. La desorganización del tiempo, entiéndase, se tomó en cuarentena. La desorganización del tiempo: más del 42 por ciento, porque tienen tiempo libre; casi 30 por ciento, por la falta de una rutina estable; y la afectación emocional provocada por la pandemia, un poco más del 33 por ciento. Y quienes afirmaron estar consumiendo menos alcohol durante la cuarentena señalaron, mayoritariamente, la falta de salidas o eventos sociales; esto llevó a un 70 por ciento de las respuestas de los encuestados.

En clases medias, se arrojaron los siguientes resultados: el consumo de alcohol no es visto como problemático, salvo situaciones muy excepcionales, donde ya se considera alcoholismo; un varón puede jactarse de cultura alcohólica, lo que reflejaría resistencia física para no emborracharse, pero también haber tomado mucha cantidad de alcohol.

Pequeñas conclusiones: vivimos en una cultura donde el consumo de alcohol, a diferencia de las drogas de otro tipo, tienen una alta legitimidad. Me parece que, sobre esas cuestiones, los comunicadores y los equipos técnicos deberíamos estar trabajando. Muchas gracias.

Sr. Presidente (Mera).- Muchas gracias, Irma.

Entonces, ahora sí, le damos la palabra al senador Weretilneck.

Sr. Weretilneck.- Gracias, presidente; y bienvenidas y bienvenidos a nuestros invitados del día de hoy.

Es un tema preocupante, pero a su vez apasionante para quienes, de alguna u otra manera, pasamos por la función pública, ya sea en cargos ejecutivos o legislativos.

Con lo que han planteado nuestros invitados del día de hoy tocaron todos los tópicos. Pero me parece que hay un tema que me gustaría resaltar que son los problemas que tenemos en el Estado. No quiero profundizar en la despenalización o en el tema de las campañas de difusión publicitaria en los medios de comunicación, porque creo que ya se explicitó bastante bien.

Pero me parece que, cuando nosotros creamos la Agencia en Río Negro, notábamos un problema. El problema de seguridad, está claro que es un problema de las fuerzas de seguridad federales y provinciales, de acuerdo a la importancia que cada provincia o cada municipio le dé a la lucha contra el narcotráfico. El problema lo tenemos en lo que son las consecuencias del consumo.

Si nosotros miramos lo general, podríamos decir que aquellas personas que consumen y que necesitan un tratamiento –ya sea en alguien que se está iniciando y tuvo sus primeras crisis o alguien que realmente tiene un nivel de adicción que altera su conducta o, incluso, ataca a su familia o produce hechos delictivos, etcétera–, lo usual que se plantea es que ese es un problema de salud pública. Entonces, el esquema ordenatorio actual del país dice que es un tema que se tiene que atender en los hospitales y, por lo tanto, es un tema que se tiene que atender dentro del sistema de salud.

Yo no sé si el caso de Río Negro es excepcional o es la única provincia; me parece que no. Yo creo que hoy los sistemas de salud –saquemos el tema de la pandemia del medio, supongamos que es un año normal–, los sistemas de salud mental de la gran mayoría de las provincias argentinas, no tienen como principal hipótesis de trabajo las adicciones. Esto es lo que me parece que tenemos nosotros como Estado.

Si nosotros miramos la planificación, el ordenamiento, la capacitación y las prioridades que se le dan, los servicios de salud mental siguen con la tradición de dedicarse a tratar, ayudar y colaborar con la resolución de los problemas que tienen los otros tipos de patologías. Y que en el tema de las adicciones, alguien tiene que ocuparse cuando haya un poquito de tiempo en algún lugar. Este me parece que es un tema que sí o sí tenemos que analizar profundamente.

Obviamente, hablo en términos generales, no particulares, porque puede haber una provincia en la que sí le hayan encontrado la vuelta. Pero soy un convencido de que la teoría tradicional de que los servicios de salud mental de los hospitales son la única herramienta que tiene el Estado para el tratamiento y contención de personas en situación de consumo, es el gran problema que tenemos hoy. Y la discusión tiene que ser, precisamente, esta: ¿dónde vamos a tratar o cómo va a hacer el Estado para contener y tratar a todas aquellas personas que hoy consumen?

Otro grave problema que tiene el Estado en esto, y que también nos pasa en muchas provincias, son los compartimientos estancos. No sé si a todos les pasa en sus provincias, que es muy difícil lograr una transversalidad entre todos los organismos del Estado para abordar la temática.

Entonces, si uno tiene una situación de delito motivado en una situación de consumo, parecería ser que es un tema de seguridad y no es un tema de nadie más. Si usted tiene una situación de carácter social en una familia, pareciera que es un tema social y no es un tema de la adicción. Así pasa con todo.

Entonces, lo importante es ser conscientes de las señales que da el Estado. Y cuando digo “Estado”, digo todos. Es decir, si se plantea que consumir no es un tema que afecta a la salud, me parece que de ahí ya estamos partiendo de un grave problema que tenemos y que debe analizarse. Después, partir tan livianamente de que consumir o vender para consumo no es un tema de delito, también es una cuestión para analizar profundamente.

El tercer tema es, vamos a ponerle el rótulo –está mal rotular–, pero vamos a poner la calificación de enfermo de una persona que está enferma por su consumo, ya sea de lo que fuera, y a definir cómo va a hacer el Estado, desde sus distintos estamentos, para trabajar este tema.

La verdad es que felicito, presidente, por todo este trabajo que estamos haciendo de escuchar a todas y a todos, pero es un tema que la verdad es que da para muchísimo más.

Nosotros, con la creación de la Agencia hicimos una parte. Voy a contar una infidencia: siempre fue muy difícil para nosotros que el sistema de salud mental del sistema de salud de la provincia de Río Negro, aborde el tema de las adicciones.

Durante siete u ocho años que fui gobernador fue muy, muy difícil –por no decir imposible– encontrar un ida y vuelta desde los sistemas de salud mental para que tomen a las adicciones como una política de Estado. Fue muy difícil por distintos motivos. No tiene que ver con cuestiones personales sino con cuestiones de organización de los sistemas de salud mental.

Este fue uno de los temas que nos llevó a la creación de la Agencia. Nos

dimos cuenta, en ese momento, que todo lo que era la prevención, todo lo que tenía que ver con los abordajes en los distintos sectores de la sociedad –instalar el tema, generar campañas educativas, meternos dentro de las escuelas, trabajar con los municipios– no lo podíamos hacer desde el sistema de salud pública. Lo teníamos que hacer desde otra mirada.

Ahí fue cuando creamos la Agencia, que hoy tiene una relación territorial importante pero además nos permitió abordar el problema de las adicciones desde otro punto de vista. Es una experiencia. Como dice Mabel, cuatro años en una institución del Estado es nada. Es nada. Lo que le planteé a Mabel cuando la creamos es que uno tiene que pensar que te van a empezar a comparar con el sistema de salud de la provincia de Río Negro, que tiene 80 o 90 años. Estás creando una institución para la prevención de las adicciones que va a luchar contra un montón de cosas que no están hoy internalizadas ni en la policía ni en la Justicia, etcétera.

Entonces, me parece que es un tema para seguir profundizándolo mucho más. Tenemos muchos invitados y hoy también distintas miradas. Comparto la problemática del alcohol. Nosotros vamos a presentar un proyecto –calculo que esta semana–, y me parece que uno de los grandes desafíos que tenemos nosotros desde la política, intentar bajar el consumo de alcohol, mucho tiene que ver con las distintas restricciones que se puedan plantear de las leyes que tenemos vigentes hoy. Me parece que puede ser un elemento para luchar contra las adicciones.

Gracias, presidente. No quería hacer ninguna pregunta sino reflexionar sobre una temática tan compleja para nosotros.

Hoy hemos tenido invitados como el doctor Gigena, el doctor Barrionuevo, Mabel y demás–. Hay muchísimas experiencias en el país sobre la prevención de las adicciones desde el punto de vista de la psiquiatría, que difiere mucho de los otros puntos de vista. Me parece que es un tema que también tenemos que ver no solo en la comisión, sino como mujeres y hombres decisores del marco legal del país, de manera de pedirles a los médicos psiquiátricos que nos den su visión de lo que son las adicciones hoy. De lo contrario, nos quedamos únicamente con la visión de la otra rama, dicho esto con todo respeto y, hoy, en el Día de la Psicología.

Una cosa es mirar las adicciones desde el punto de vista médico y otra cosa es mirar las adicciones desde el punto de vista social. Son dos cosas totalmente distintas. Mirarlas desde el punto de vista médico nos da la visión del daño en la salud de una persona y lo difícil que es resolver el problema de esa enfermedad. Mirarlo desde el punto de vista social nos da la problemática social, que obviamente nos duele y nos golpea a todos en todo el país. Y hay otra mirada si lo miramos desde la seguridad.

Me parece que nuestra visión tiene que ser desde todos los puntos de vista: desde la salud, que es la más importante; desde lo social, que es el entorno, la familia, los amigos, el barrio, la escuela, etcétera; y, por otro lado, desde el tema de la seguridad. Si nosotros somos capaces en la comisión de darle a todo esto un espacio importante –y está Mario que es el presidente de la Comisión de Salud–, me parece que podemos llegar a sacar una ley acorde a lo que necesitamos hoy.

Gracias y disculpe lo extenso.

Sr. Presidente (Mera).– Gracias, senador por las consideraciones. La verdad es que este tema lo hemos hablado con Mario algunas veces entre ambos y también con el vicepresidente de la comisión, el senador Brillard Pocard, y con el senador Espínola, que es el secretario de la comisión, que nos están acompañando en esta audiencia. Y compartimos su punto de vista, senador, de que tiene que ser una

mirada integral, que tiene que abarcar cada uno de los aspectos que la complejidad del tema requiere. Van surgiendo cosas muy interesantes en cada una de las reuniones que hemos tenido, así que tomamos lo suyo también como una propuesta.

Agradecemos a cada una de las expositoras y de los expositores, en nombre del Senado de la Nación, por brindarnos su tiempo.

Antes de cerrar, me está pidiendo la palabra el doctor Hugo Barrionuevo. Se la paso y luego al senador Fiad.

Sr. Barrionuevo.- Que hable el senador, por favor. Levantó la mano primero.

Sr. Fiad.- No, no, Hugo. Adelante, por favor, queremos escucharte.

Sr. Barrionuevo.- Bueno. Tomando lo que acaba de señalar muy acertadamente el senador por Río Negro, el sistema de salud mental tiene que poder asistir la problemática del consumo. Creo que eso, tal cual como usted lo señalaba, es algo que tenemos que corregir. No tenemos que rendirnos ante eso sino justamente intervenir allí y darlo vuelta.

Los profesionales de la salud mental de nuestro querido país tienen que estar en condiciones de atender las problemáticas del consumo, más allá de que, además, haya especialistas. Porque no podemos tener especialistas de especialistas de especialistas.

Entonces, yo considero que en el campo de la salud mental en su conjunto, así como un profesional de salud mental...Yo soy médico psiquiatra –aprovecho para comentarle al senador–, sanitarista, tengo un recorrido en el campo de la planificación y gestión; dirijo un postgrado y una maestría de planificación de servicios de salud mental, y una de las enormes dificultades que tenemos es esa, que muchos de los colegas del campo de la salud mental tienen elecciones o predilecciones sobre qué cosas les gusta atender y qué cosas no. Si bien en la esfera del mundo privado y del consultorio cada uno tiene derecho a elegir qué tipo de personas quiere atender o no, me parece que la obligación desde el sector público es otra. Y no puede ser que los profesionales de la salud mental solamente queramos atender una neurosis o una esquizofrenia, si tiene tal o cual característica, sino que tenemos que estar en condiciones de dar respuesta a la amplia gama de problemáticas de la salud mental.

Insisto en que hay una historia de estigmatización, de la cual yo también soy parte porque me formé de esta manera. Yo estudié medicina en los años 76, 77, 80 y fui parte de esa formación en la cual la problemática del consumo no era abordada y no era considerada un problema de salud o de salud pública. Creo que eso hay que corregirlo. Los profesionales de la salud mental tienen que poder asistir la problemática de consumo. También, tenemos un déficit en la atención de niños, porque muchos profesionales de la salud mental no quieren atender niños y después necesitamos especialistas que no hay.

Por eso creo que hay algunas problemáticas que son tan relevantes, tan prevalentes de salud pública que no podemos dejar en manos, simplemente, de las motivaciones o de los intereses personales. Aquel que trabaja en el ámbito de la salud pública, de los efectores públicos, tiene que tener, mínimamente, una formación como para poder dar respuesta.

Creo que la estigmatización y la falta de formación son dos de las causas de que no tengamos esta respuesta que usted mencionaba.

El otro problema dentro de la estigmatización es que muchas veces aparece el delito vinculado al consumo o el consumo vinculado al delito. Creo que eso también es algo que hay que empezar a discutir de manera más profunda para

desatar esa unión, porque también yo podría decir que en realidad el delito no es por el consumo sino por la condición social que lleva al consumo. Como también, si nosotros vamos a combatir el consumo, tenemos que abordar la problemática social de la cual surgen los consumidores que, muchas veces, como señalaron, son de barrios humildes o personas con menos chances de acceder y de estar incluidos en el sistema; no en el sistema de salud, sino en nuestra vida en comunidad.

Ese comentario quería hacer. Gracias por darme la palabra, presidente.

Sr. Presidente (Mera).- Gracias, doctor.

Le vamos a dar la palabra, para el cierre, al senador Mario Fiad.

Sr. Fiad.- Gracias, Dalmacio. Muchas gracias a todos los expositores del día de hoy y gracias por el acompañamiento de todos los miembros senadores y senadoras de la Comisión de Salud a esta reunión que fue convocada por la Presidencia de la Comisión de Seguridad Interior y Narcotráfico.

Hemos continuado un tema –desde la reunión anterior– que está vinculado al tema salud. La verdad es que si ha habido algo que truncó el debate de 2012 con el tema de la despenalización de la tenencia de estupefacientes para consumo personal, en la Cámara de Diputados, fue justamente el déficit en los sistemas asistenciales que tenía el país en ese momento. Allí surgió el plan IACOP, un plan que no está a pleno, que no logró contener la demanda.

También tenemos el tema de la ley de salud mental que cumplió diez años. Se tendrían que haber corregido muchas de las injerencias que la ley tenía pendientes: por ejemplo, el tema de los servicios monovalentes, que pudiesen transformarse en polivalentes; incorporar en los hospitales generales la posibilidad de la atención. Si bien muchas de las provincias –como Jujuy– montaron servicios específicos de atención y de cobertura al tema de las adicciones, no son suficientes. La demanda supera un poco la oferta que tenemos desde los servicios públicos de salud.

La verdad es que estamos en un *impasse*. Hay jurisprudencia y por supuesto por eso es que tendemos a *aggiornar* esta ley que, desde el fallo "Arriola", tiene otra connotación. Por supuesto, cada provincia está muy consustanciada con sus problemáticas de consumo y las asume o no, de acuerdo a la decisión política y de política de Estado que necesita este abordaje.

También sabemos que la ley de salud mental, específicamente plantea que un 10 por ciento del presupuesto de la salud tendría que estar destinado a la salud mental. Lamentablemente, ese presupuesto no llega y no se logran acciones que realmente sean determinantes para revertir este grave problema.

Pero bueno, estamos en un ámbito donde, por supuesto, todos tenemos que aportar desde el lugar que nos toca. Reafirmo lo que dije la semana pasada, en la última reunión, que tendríamos que ver de separar lo punitivo de lo sanitario y pensar que podríamos elaborar entre los miembros de la Comisión de Salud –entre otros, por supuesto–, una ley de adicciones. Una ley específica de adicciones, que ordene y encarrile el tratamiento, así como en su momento hubo una partición en Sedronar para que se ocupe del tema de la prevención y asistencia de las adicciones, mientras que el Ministerio de Seguridad se ocuparía del otro componente, del tema narcotráfico.

Hay experiencias en distintas provincias que pueden ayudarnos y, por supuesto, también la experiencia y la capacidad de los invitados en cada una de las reuniones, nos va reafirmando los conceptos a cada uno para luego expresarlo y plasmarlo en la posibilidad de la reforma de esta ley, de una nueva ley o nuevas leyes complementarias que hagan que tengamos, no solo desde el ámbito

legislativo sino, fundamentalmente, desde la acción del Ejecutivo, la ejecución de las acciones políticas de cada uno de los ministerios de Salud.

Esa es mi consideración, presidente. Muchas gracias por darme la palabra.

Sr. Presidente (Mera).- Gracias, senador.

La señora Mabel Dell Orfano me está pidiendo la palabra. Le damos un minuto la palabra antes del cierre.

Sra. Dell Orfano.- Quería aprovechar lo que decía el doctor Barrionuevo en cuanto a trabajar con la capacitación en los servicios de salud y también disminuir el estigma. En la universidad no aprendimos eso. Pero a veces, como dicen, “loro viejo no aprende a hablar”, así que, por más que hagas capacitaciones, capaz que es medio difícil.

Respecto a que Salud se encargue de las adicciones, mi impresión es que Salud tiene un tiempo determinado de trabajo. Ellos trabajan en un horario específico. Por ejemplo, en Río Negro se hacen guardias pasivas y no hay una guardia activa, por si alguien necesita. Tenés que venir muy mal para que te llamen. El paciente con problemas de adicciones, el adicto, viene a cualquier hora, nunca cumple el turno a la mañana y termina viniendo a la tarde. Cuando dice: voy a pedir un turno, lo hace y se le da para dentro de un mes, por lo cual se olvida. Viene los sábados, domingos o feriados.

El personal de salud mental no está a disposición de lunes a lunes. Por eso lo más inteligente, a mi entender, es que Salud Pública pueda abrirse a trabajar con las ONG, con Narcóticos Anónimos, con los grupos GIA, es decir, con todas las organizaciones no gubernamentales, para trabajar en distintos horarios y que el paciente sepa. Entonces, trabajar en una red social, una red comunitaria donde Salud tiene el núcleo principal, pero trabaja en coordinación.

Salud está cerrado, más allá de lo que comentaba el senador Weretilneck. Después de cuatro años, todavía no tengo un director en la Agencia de Salud. No hay manera de articular con Salud, de decir: sentémonos y veamos qué podemos hacer juntos.

Hay personas motivadas, diciendo: yo quiero tratar las adicciones. Piden ayuda a la Agencia y después, sus jefes, les bochan totalmente la iniciativa. Como si dijeran: esto es nuestro, lo hacemos nosotros y no permitimos que lo hagan otros. Y luego tampoco pueden, porque no les da el cuero y porque el paciente que tiene problemas de adicciones llega un día sábado o un día de semana a las seis de la tarde.

Entonces, creo que una de las cosas que sería muy útil es que se puedan abrir a todos los demás que estamos interesados en la temática, porque de esa manera podríamos sumarnos. Gracias.

Sr. Presidente (Mera).- Nos queda muy poco para el cierre.

Hay cosas que exceden a esta comisión, por cierto. Estas son las realidades de cada una de nuestras regiones y de la administración, que muchas creo que atraviesan a todas y a cada una.

Sr. Barrionuevo.- ¿Me permite una reflexión, senador?

Sr. Presidente (Mera).- Voy a dar un minuto al doctor Barrionuevo y después han pedido la palabra dos senadores.

Sr. Barrionuevo.- Muchas gracias, presidente.

Perdón que pida la palabra de nuevo, pero lo que dijo Mabel es muy claro y coincido plenamente. De hecho, el sábado mismo –este sábado, el 10 de octubre– presentamos un cronograma de trabajo para el Plan Nacional de Salud Mental, que está vacante. Se comenzó a implementar en el año 2013, luego se dejó de trabajar

en él y ahora no hay un Plan Nacional de Salud Mental.

Hemos hecho una convocatoria que se publica ahora y están incluidas, obviamente, todas las ONG, las asociaciones civiles dedicadas no solamente a los problemas de salud mental más tradicionales, sino también a la problemática de consumo y a las asociaciones de familiares y usuarios.

Así es que justamente estamos trabajando en ese sentido. De ninguna manera consideramos que solamente el sector público tiene que hacerse cargo del problema. Coincido plenamente, Mabel, con lo que usted acaba de plantear.

Sr. Presidente (Mera).- Gracias, doctor.

Le damos la palabra al senador Zimmermann y después hará el cierre el senador Braillard Pocard.

Sr. Zimmermann.- Gracias, presidente. Mi intervención será muy breve.

Simplemente deseo felicitarlo por la tarea que está llevando adelante en esta actualización de la ley 23.737 que se pretende hacer, con lo que todo esto significa. También quiero felicitar al presidente de la Comisión de Salud y los demás integrantes que estén presentes en esta charla, porque esto demuestra el interés que conlleva este trabajo que se viene haciendo. Además, una felicitación muy especial para los expositores, porque quedó claro, por lo menos desde mi punto de vista y no quiero extenderme mucho, lo importante que es la cuestión normativa. Pero lo más importante es llevarlo a la práctica y ponerlo en la agenda de las políticas públicas del Gobierno nacional, los gobiernos provinciales y municipales para poder cumplir con el objetivo.

Así que lo insto a seguir trabajando. Sé que el desafío es importante, pero me parece que de esto se trata.

Felicitaciones a todos por esta oportunidad y felicitaciones, presidente, por lo que viene haciendo en esta comisión tan importante.

Sr. Mayans.- Brevemente, presidente.

Sr. Presidente (Mera).- Cómo no, senador Mayans. Tiene la palabra.

Sr. Mayans.- Para que pueda cerrar después el vicepresidente de la comisión.

Coincido con el senador Víctor Zimmermann sobre el trabajo que están haciendo ustedes en la comisión. Creo que esta es la quinta o sexta jornada que están haciendo, la verdad es que son jornadas en las que han participado profesionales y gente que realmente ha aportado muchísimo al tema.

Esta es una lucha feroz que tenemos en todo el planeta. En el tema de las armas o del tráfico de drogas, no sé cuál de los dos es más importante en materia del problema económico que causan en el mundo, incluso a los Estados.

Yo creo que, aparte del trabajo que está haciendo el equipo de salud, es fundamental también el tema educativo, porque los jóvenes necesitan... Coincido en que el tema del alcohol es la primera causa, sobre todo en los jóvenes, de las adicciones. Me parece que es fundamental trabajar en ese tema. Pero me parece central el tema educación, o sea, que podamos trabajar en los programas educativos, sobre todo en el nivel secundario, para que los jóvenes tengan, por lo menos, una visión respecto al daño que les causa, en algunos casos irreversible, a la salud. A mí me parece que es importante hacerlo. O sea, si en algún momento se puede trabajar con equipos especializados, en ese sentido, para que esas especialidades puedan trabajar en el sistema educativo nacional y que puedan hacerlo, obviamente, en cada una de las provincias.

En fin, valoro mucho el trabajo de la comisión, que está haciendo un trabajo importante. Obviamente, estamos acompañando esta modificación de la ley, que está trabajando usted muy bien, presidente.

Simplemente, eso. Hay que seguir trabajando en esto, y cuando ustedes vean ya la posibilidad de que podamos avanzar en la modificación para que podamos después llevarlo al recinto.

Gracias, presidente.

Sr. Presidente (Mera).- Gracias, senador.

Tiene la palabra el senador Braillard Pocard.

Sr. Braillard Pocard.- Gracias, presidente.

Buenos días a cada uno de los participantes. Muchas gracias a los expositores por la claridad y lo completo de todas las posturas, de todas las ponencias, mejor dicho.

Solamente, quiero ratificar lo que ya expresé en la reunión de la semana pasada, y es que creo que estas dos últimas reuniones, en las que han participado los diferentes representantes y profesionales de la salud, son las más productivas de todas las que hemos tenido. Porque estamos volviendo al fondo de la cuestión, y es que tenemos que determinar, cuando nos abocamos a la tarea de revisar una ley que lleva tanto tiempo de vigencia, si realmente no se ha perdido de vista cuál es el bien protegido; y el bien protegido, sin duda, es la salud.

Entonces, con todas estas exposiciones lo que estamos haciendo es volver al centro, el tema más importante: ¿por qué nos abocamos? Que fue una iniciativa que usted me planteó desde que empezamos a trabajar en la comisión, juntamente con el senador Espínola, de abocarnos a esta ley. Creo realmente que estamos en el buen camino y tengo la más absoluta certeza de que va a salir algo bueno, porque – lo digo una vez más– estamos yendo al meollo de la cuestión.

Nuevamente, quiero agradecer a todos los expositores y expresar la satisfacción del rumbo que está siguiendo este trabajo, que ojalá concluya bien. Era eso todo, presidente. Muchas gracias.

Sr. Presidente (Mera).- Gracias, senador.

Nuevamente, en el nombre del Senado de la Nación, un agradecimiento a cada expositora y expositor. Que todos tengan muy buena semana. Saludo a las senadoras y senadores.

–*Son las 11:44.*