

La atención y tratamiento de usuarios problemáticos de cocaínas fumables en Uruguay:

situación y perspectivas

Noviembre 2017

La atención y tratamiento de usuarios problemáticos de cocaínas fumables en Uruguay: situación y perspectivas

Noviembre 2017





Prosecretario Presidencia de la República
Presidente Junta Nacional de Drogas
Juan Andrés Roballo

Secretario General Junta Nacional de Drogas
Diego Olivera

Compilación
Observatorio Uruguayo de Drogas - JND
Héctor Suárez
Jessica Ramírez
Leticia Keuroglan

Coordinación
Comunicación y Prensa - JND
Eduardo Cannizzo

Diseño y Diagramación
IMPO

ISBN 978-9974-742-13-0

Índice

Prólogo.....	5
Presentación.....	7
1. Caracterización química de la pasta base de cocaína.....	9
Juan Andrés Abin Carriquiry ^{1,2} , Martín Galvalisi ³ , Marcela Martínez ^{1,2} , José Pedro Prieto ³ , Javier Bonda ⁴ , Elena Lerena ⁴ , Verónica Rivero ⁴ , Alicia Pla ⁵ , Cecilia Scorza ² ¹	
2. Perfil de los consumidores de cocaínas fumables.....	25
Leticia Keuroglian-Jessica Ramírez- Héctor Suárez- OUD/JND	
3. La oferta de atención y tratamiento en Uruguay.....	41
Leticia Keuroglian-Jessica Ramírez- Héctor Suárez- OUD/JND	
4. Demanda de tratamiento.....	81
Leticia Keuroglian-Jessica Ramírez- Héctor Suárez- OUD/JND	
5. Estudio de seguimiento de pacientes en tratamiento.....	101
Leticia Keuroglian-Jessica Ramírez- Héctor Suárez- OUD/JND	
6. Inserción social.....	141
Rosina Tricánico- Inserción Social/JND	

Anexo

Guía de recursos.....	159
-----------------------	-----

¹ Plataforma de Servicios Analíticos, Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable (IIBCE), ² Departamento de Neuroquímica, IIBCE, ³ Departamento de Neurofarmacología Experimental, IIBCE, ⁴ Instituto Técnico Forense, ⁵ Comisión de Lucha contra las Toxicomanías, Ministerio de Salud Pública.

Prólogo

La emergencia y rápida expansión e incidencia de la oferta y el consumo de cocaínas fumables en la región y particularmente en nuestro país necesitan ser observadas en su contexto sociohistórico. El comienzo del siglo XXI trajo aparejado, en esta zona del mundo, un proceso de crisis económica de dimensiones inéditas y con fuertes alteraciones en los procesos de cohesión social. La contracción del mercado de trabajo, el debilitamiento de los soportes de protección a nivel familiar y comunitario así como el incremento de la pobreza, junto a la ausencia de servicios públicos de calidad capaces de atender las consecuencias inmediatas de la crisis social, conformaron un panorama con repercusiones inevitables en la esfera del problema de las drogas.

La dimensión social del consumo problemático de sustancias, como aspecto de imprescindible consideración a la hora de diseñar e implementar políticas y programas se constituye, para el caso de la pasta base, en un elemento clave. Su inscripción en un panorama marcado por los procesos de desafiliación social, segregación territorial y estigmatización de las personas pobres (especialmente de los jóvenes) resulta básico para explicar el impacto extremadamente negativo que se ha producido en torno a esta droga.

Frente a esta situación, la Junta Nacional de Drogas ha asumido la responsabilidad de aplicar un enfoque multidimensional para construir tanto diagnósticos como soluciones. Para poder actuar desde una perspectiva humanitaria, donde las personas no se diluyan detrás de las etiquetas, es necesario comprender, no solo describir. El trabajo que presentamos hoy da cuenta de ese enfoque.

Para ello, los estudios que conforman esta publicación analizan un monto relevante de evidencia científica como sustento de sus afirmaciones, evitando caer en atajos o simplificaciones. Son trabajos en donde, sin dejar de reconocer ninguna dimensión, se ha entendido que era necesario resaltar la perspectiva del consumo problemático de cocaínas fumables como problema asociado a la salud pública y el desarrollo social.

Es posible dar cuenta, durante la última década, de importantes avances desde la política pública en relación a la atención de aquellas personas, familias y comunidades que han transitado los difíciles caminos de las situaciones de consumo problemático y tráfico ilegal de la pasta base. La creación de un centro de referencia nacional como el Portal Amarillo, la constitución de la Red Nacional de Drogas, la diversificación de programas cercanos a las comunidades como los dispositivos Ciudadelas o Aleros son muestras claras de ese compromiso. También lo son la profesionalización y el desarrollo de la interdicción del tráfico, la creación

de un mecanismo institucional de recuperación de activos provenientes del enjuiciamiento de organizaciones criminales y la creciente eficacia de quienes tienen la responsabilidad de perseguir estos delitos.

Ese tipo de desarrollo de las instituciones democráticas, basado en el diseño y la gestión de una política pública de drogas integral y equilibrada, informada por análisis multidimensionales como el que usted tiene en sus manos, marca un rumbo que debe ser profundizado.

Lic. Diego Olivera
Secretario General
Junta Nacional de Drogas

Presentación

Si bien el registro de los eventos relevantes en el fenómeno del consumo de drogas es un problema que abarca tanto la epidemiología como las características básicas del uso problemático, sin duda una de las dimensiones más importantes y de la cual se tiene muy poca información está relacionada con las prácticas terapéuticas (atención, tratamiento, inserción), fundamentalmente lo relacionado con su eficacia y eficiencia.

Son muchos y muy diversos los abordajes posibles en la problemática y su éxito o fracaso dependen de múltiples variables como son el tipo de sustancia, el perfil del usuario, la integración social y familiar del individuo, las patologías asociadas, por nombrar solo algunas de las más importantes.

En el caso de los usuarios de cocaínas fumables (especialmente pasta base de cocaína) la vulnerabilidad social (y en su caso extremo la exclusión) es un factor de riesgo reconocido y que en muchas ocasiones determina el éxito o fracaso de cualquier proceso terapéutico.

Caracterizar esta población donde solo parte de ella acude a tratamiento, relevar los tipos de oferta de atención y tratamiento existente, su accesibilidad y observar a través de un estudio longitudinal este proceso de atención/tratamiento/inserción de un modo sistemático permitirá arrojar luz sobre un aspecto comúnmente no evaluado y que resulta fundamental para la implementación de políticas públicas más asertivas, fundamentalmente desde la perspectiva sanitaria y de integración social.

No obstante ello, cabe señalar que actualmente, luego de más de 15 años de presencia de la pasta base en la sociedad, la comunidad científica de Uruguay ha logrado importantes avances en la investigación, fundamentalmente los relacionados con su composición y los efectos neurobiológicos y las alteraciones físicas y psíquicas producidas por el consumo crónico de pasta base.²

Es por ello que el Observatorio Uruguayo de Drogas presenta en esta compilación una serie de estudios y trabajos relacionados con la problemática de las cocaínas fumables que se consideran importantes para su discusión y nos sugieren otras interrogantes para continuar, desde otro escalón, el estudio del fenómeno.

El contenido de la publicación está ordenado en seis capítulos que corresponden a diferentes investigaciones coordinadas por el Observatorio Uruguayo de Drogas y un informe del Departamento de Inserción Social de la Junta Nacional de Drogas.

² Para acceder a artículos nacionales sobre este tema ir a: http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=921:presentacion-es-encuentro-internacional-de-investigadores-en-cocainas-fumables&catid=14:noticias&Itemid=59

Tres de ellas surgen por iniciativa de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos –CICA-D-OEA–, que lidera el Proyecto sobre Cocaínas Fumables en cinco países del Cono Sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay para que, de manera coordinada y conjunta, se fortalezca y amplíe el conocimiento sobre esta problemática, con el objetivo de diseñar e implementar programas de prevención y asistencia con base en evidencia y en procesos sostenidos de evaluación y monitoreo. Estos estudios corresponden a la caracterización química de la sustancia, realizados por el Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable; el relevamiento de la oferta de tratamiento llevado a cabo por el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) y el Estudio de Seguimiento de Pacientes, también coordinado por el OUD.

La poca información surgida desde los estudios epidemiológicos realizados en la región y la baja o nula acumulación de información respecto a experiencias alcanzadas en los abordajes de contención y/o tratamiento de los usuarios de cocaínas fumables hacen que este estudio de seguimiento adquiera una relevancia especial. Por un lado, nos permitirá complementar información ya existente como son el perfil del consumidor y el patrón de consumo en general y compararla con características sociodemográficas, de salud mental y física de quienes llegan a dispositivos de atención. Como importante valor agregado del estudio mencionado y del capítulo referido a la evaluación de los programas de inserción sociolaboral, nos permitirá indagar los motivos de abandono de los programas de tratamiento e inserción pero también, y en sentido contrario, las posibles condiciones que se asocian a la adherencia en los casos que continúan o desarrollan con éxito estos programas.

Caracterización química de la pasta base de cocaína

1- Caracterización química de la sustancia

Juan Andrés Abin Carriquiry^{1,2}, Martín Galvalisi³, Marcela Martínez^{1,2}, José Pedro Prieto³, Javier Bonda⁴, Elena Lerena⁴, Verónica Rivero⁴, Alicia Pla⁵, Cecilia Scorza^{2, 3}

1. Consideraciones generales

Desde el año 2007, en el Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable (IIBCE) se viene realizando la caracterización de la composición química de muestras de pasta base de cocaína incautadas en el Uruguay, proporcionadas por el Instituto Técnico Forense (ITF), con fines exclusivamente de investigación. La evidencia en la composición química que se tenía hasta el momento se basaba en resultados del análisis químico de un número relativamente bajo de muestras. A partir de nuestra participación en el Proyecto de Cocaínas Fumables-CICAD, representando a Uruguay, se analizó un número mayor de muestras, correspondientes a incautaciones del 2014-2015 registradas por el ITF. El IIBCE recibió 62 muestras de incautaciones realizadas en 2014 y 244 muestras de 2015, 306 muestras en total (Tabla 1). El fin del Proyecto era caracterizar la composición química de muestras incautadas de cocaínas fumables provenientes de diferentes países de la región (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) y crear así una base de datos regional sobre dicha composición.

2. Unidad de análisis y muestra

- El objetivo del trabajo es caracterizar químicamente drogas bajo denominación de cocaínas fumables, conocer su composición cualitativa y cuantitativa e intentar asociar estas características con variables del contexto tales como lugar del decomiso, lugar de la venta, lugar –país o región– de procedencia o destino, lugar del consumo.
- Las unidades de análisis específicas: muestras de drogas definidas como cocaínas fumables, en las cuales se analizó el contenido en cocaína base y la identificación y cuantificación de sustancias agregadas por los mecanismos de adulteración/dilución. Se analizaron distintos formatos de las muestras incautadas: lágrima, envoltorio, trozo de piedra, chasqui, piedra, tiza, ladrillo y cápsula. En el presente análisis definimos las formas lágrima, envoltorio, trozo de piedra, chasqui, piedra y cápsula como muestras incautadas prontas para comercializar al usuario final mientras que la forma tiza y ladrillo se asumieron como muestras para tráfico.

³ Plataforma de Servicios Analíticos, Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable (IIBCE),
² Departamento de Neuroquímica, IIBCE, ³ Departamento de Neurofarmacología Experimental, IIBCE, ⁴ Instituto Técnico Forense, ⁵ Comisión de Lucha contra las Toxicomanías, Ministerio de Salud Pública.

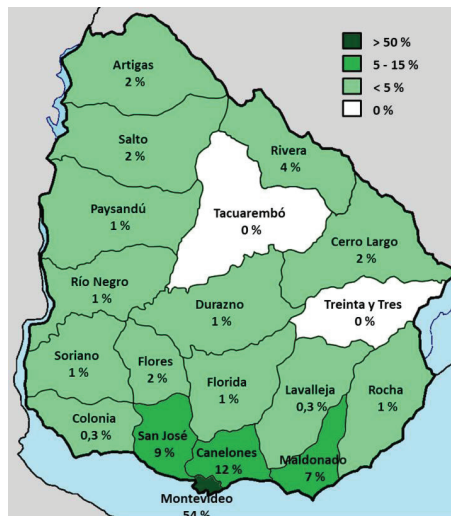
- Se asume que las muestras analizadas son representativas del total de la sustancia incautada en la fecha y lugar.
- Cabe señalar que el ITF no ha proporcionado datos sobre el tamaño de los decomisos.
- Todas las muestras entregadas por el ITF al IIBCE fueron analizadas. Si bien por ley, el ITF (organismo pericial de la justicia uruguaya) recibe el universo de las incautaciones realizadas en Uruguay, hubo una selección al azar de las muestras proporcionadas por el ITF para ser incluidas en el presente estudio. Por lo tanto, las muestras seleccionadas para la investigación no corresponden a todas las incautaciones realizadas en el país en el período solicitado, año 2014 junio 2015, debido a que cuando se inició el proyecto muchas de estas muestras habían sido destruidas de acuerdo a lo exigido por la ley 17.016 de Uruguay. Es decir, las muestras no reflejan el universo de lo que se consume en general, sino de lo que se incautó en un área y período determinado. Cabe resaltar, además, que no existió ninguna selección posterior por parte del IIBCE.
Las muestras fueron analizadas utilizando diferentes técnicas (ver más adelante) según si fueron cuantificadas o si únicamente sus componentes fueron identificados.
- El ITF definió como pasta base de cocaína a las muestras seleccionadas con base en sus análisis previos realizados por GC-NPD (Cromatografía de Gas con detector de nitrógeno-fósforo) los que reportaron presencia de cocaína, además de que la solubilidad, consistencia cerosa y amorfa, color y olor (análisis presuntivos) sugerían corresponder a pasta base de cocaína donde la cocaína está en la forma base libre.
- La Plataforma de Servicios Analíticos del IIBCE recibió los siguientes datos de las muestras (ver Tabla 1, Figuras 1-3):

Tabla 1: Características generales de las muestras analizadas

Cantidad de muestras	Año	Meses (cantidad de muestras)	Tipo de muestra (% de frecuencia)	Localidad de la incautación
62	2014	Abril (1), julio (1) agosto (1), setiembre (3) octubre (21) noviembre (12) diciembre (23)	Lágrima (44%), envoltorio (29%), trozo de piedra (12%), chasqui (7%), piedra (3%), tiza (3%), ladrillo (2%) y cápsula (0,3)	Montevideo, Canelones, San José, Maldonado, Rivera, Cerro Largo, Salto, Artigas, Flores, Durazno, Paysandú, Rocha, Soriano, Río Negro, Florida, Colonia y Lavalleja
244	2015	Enero (41), febrero (32), marzo (25) abril (60), mayo (65) y junio (21)		

En la Figura 1 se observa una primera relación entre el porcentaje de muestras incautadas en función de la localidad.

Figura 1: Distribución geográfica en el Uruguay de las muestras seleccionadas para el estudio



La mayoría de las muestras seleccionadas se concentra en los departamentos del sur del país (Montevideo > Canelones > San José). Tacuarembó y Treinta y Tres fueron los únicos departamentos del país de los que no recibimos ninguna muestra incautada durante el período seleccionado. Esto no significa que no se incautaran muestras en otros períodos o que no se consuma PBC en dichas localidades.

En la Figura 2 se observa una primera relación entre la cantidad de muestras incautadas en función de los meses de cada uno de los años seleccionados.

Figura 2: Distribución temporal en el Uruguay de las muestras seleccionadas

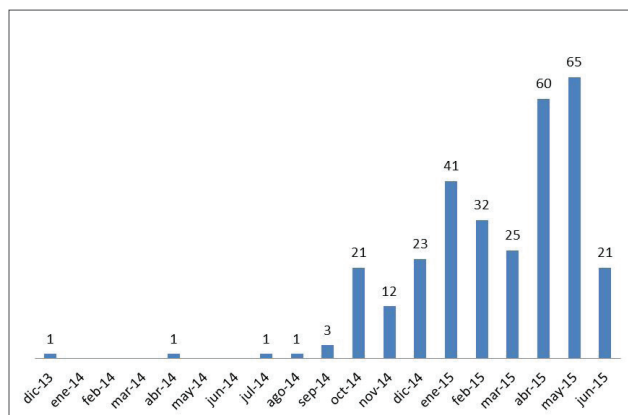
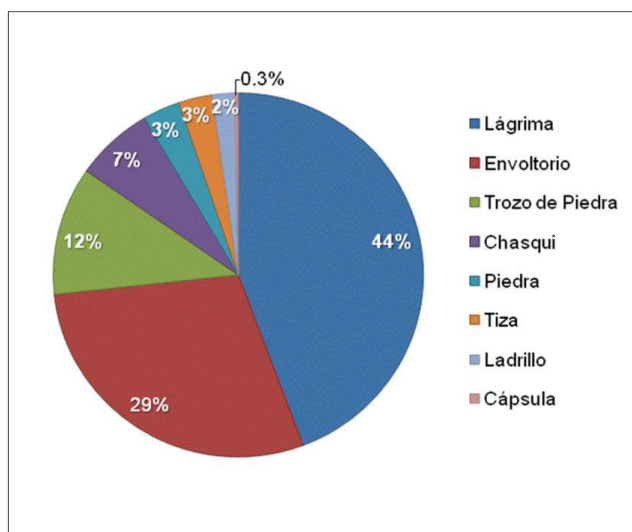


Figura 3: Tipo de muestras incautadas en el Uruguay



La mayoría de las muestras analizadas (44%) se presentó en la forma de lágrima.

3. Caracterización química: metodología y equipamiento

La caracterización química cuali-cuantitativa de los principales componentes que constituyen las muestras de PBC incautadas, permite la identificación del nivel de pureza de su principal alcaloide, cocaína, así como la de sustancias utilizadas como adulterantes.

Entre los métodos analíticos empleados destacamos:

3.1. Prueba de Scott modificada

Test de color orientativo y presuntivo frente a la presencia de cocaína, a través de la aparición de un complejo de color azul que se forma por la formación de un complejo entre el tiocianato de cobalto y cocaína. Si la muestra reacciona de inmediato variando al azul indica probable presencia de cocaína clorhidrato; si la muestra se mantiene insoluble y se torna de color azul, se asume como probable cocaína base. Como análisis complementario, al adicionar cloroformo el material insoluble se disuelve rápidamente y la fase orgánica se torna de color azul intenso.

3.2. Cromatografía gaseosa acoplada a detector de espectrometría de masa (GC/MS)

La cromatografía GC/MS es una técnica de separación y detección de una muestra, la cual debe ser volátil. El detector de espectrometría de masas entrega el espectro único para cada compuesto (huella digital) al comparar la muestra con los espectros almacenados en su biblioteca. Esta metodología es usada para confirmar

la identidad de posibles drogas difíciles de identificar, ya sea por su naturaleza o pequeña cantidad disponible.

En el presente trabajo se utilizó un equipo GC-MS-QP 2010 Ultra, con inyector automático (AOC-20i. Shimadzu Corporation) y con una columna HP-5MS (30 m largo x 0,25 mm diámetro interno x 0,25 µm de espesor de fase; Agilent J. & W. G. C. Columns). Se utilizó helio como gas carrier a un flujo de columna de 0,93 ml/min y los cromatogramas se analizaron con el software GCMSolution Versión 2.71.

3.3. Cromatografía líquida de alta presión con detección de arreglo de diodos (HPLC/DAD)

La cromatografía líquida de alta presión es una técnica de separación basada en la distinta retención de los componentes de una muestra disueltos en la fase móvil al pasar por la fase estacionaria. La interacción entre el soluto de la fase móvil y la fase estacionaria determina la separación de los componentes a identificar. El detector de arreglo de diodos está dentro de la espectrofotometría ultravioleta que utiliza un haz de radiación de diferentes longitudes de onda que es absorbido por cada componente separado en la columna de cromatografía, dando señales para los diferentes valores de longitudes de onda, existiendo una en la cual ese componente tiene mayor señal. Esta técnica permitió realizar la cuantificación de los componentes presentes en las muestras de pasta base de cocaína.

En el presente trabajo se utilizó un equipo HPLC Waters, con inyector automático (Waters 717 plus), bomba binaria (Waters 1525), detector de arreglo de diodos (Waters 2998) y con una columna Luna-C18 (5µ, 100 Å (150*4,6 mm), Phenomenex). Se utilizó metanol 90% (A) y buffer (ácido acético / acetato de sodio, pH=3,65: agua bidestilada (5:95); octil sulfato de sodio (SOS) 0.86 mM) (B) como fase móvil según el siguiente gradiente: de 0 a 20 minutos se pasa de 30% a 100% de A, un período isocrático de 14 minutos con 100% de A y se restablecen las condiciones iniciales por 10 minutos. Los cromatogramas fueron analizados mediante el software Empower Pro a la longitud de onda óptima para cada analito.

3.4. Equipamiento utilizado para análisis de drogas

1. Balanza analítica de precisión
2. Centrífuga refrigerada
3. Agitador de tubos vortex
4. Baño ultrasonido

3.5. Procesamiento de la muestra

Se prepara una solución concentrada (SCi) a partir de la toma de 50 mg de cada muestra de PBC y se disuelve en 5 ml de metanol.

3.6. GC-MS

Se toman 20 µl de SCi y se diluye en 980 µl de cloroformo, inyectando posteriormente 1 µl de dicha solución en el GC-MS.

3.7. HPLC-DAD

Se toman 20 µl de SCi y se diluye en 980 µl de fase móvil, inyectando posteriormente 20 µl de dicha solución en el HPLC-DAD.

El criterio que se utilizó para considerar presencia o ausencia de cocaína y adulterantes es que su contenido sea superior al 1%.

4. Análisis cualitativo

Se utilizó el test Scott para aquellas muestras que no se disolvieron en una primera instancia, confirmando que correspondían a muestras de pasta base de cocaína.

En la Tabla 2 se evidencia que la mayoría de las muestras incautadas se encuentran adulteradas. Se ha identificado al menos un adulterante en el 90% de las muestras analizadas.

Tabla 2: Cantidad de muestras en las que se detectó presencia de adulterante

Años de incautación	Total de muestras	Cantidad de muestras	
		Cocaína base SIN adulterantes	Cocaína base CON adulterantes
Año 2014	62	2 (3%)	60 (97%)
Año 2015	244	30 (12%)	214 (88%)
Periodo 2014-2015	306	32 (10%)	274 (90%)

Cabe mencionar que “adulterante” se le denomina a toda aquella sustancia deliberadamente agregada para imitar o potenciar el efecto de la droga de base o con el fin de aumentar el volumen (diluyente) [1].

Si consideramos el tipo de adulterantes, en la Tabla 3 se puede evidenciar que los adulterantes mayormente encontrados en las muestras fueron: caféina, fenacetina y aminopirina. Las muestras adulteradas con lidocaína, levamisol, pseudococaína, benzocaína y procaína fueron agrupadas dado que estos aparecen en muy baja frecuencia.

Tabla 3: Cantidad de muestras según el contenido de cocaína y adulterantes

Año de incautación	Total de muestras	Cantidad de muestras				
		Cocaína	Cafeína	Fenacetina	Aminopirina	Otros*
2014	62	62 (100%)	49 (79%)	56 (90%)	7 (11%)	5 (8%)
2015	244	244 (100%)	147 (60%)	175 (72%)	75 (31%)	21 (9%)
2014-2015	306	306 (100%)	196 (64%)	231 (76%)	82 (27%)	26 (9%)

* Lidocaína, levamisol, pseudococaína, benzocaína y procaína.

Si observamos los datos en porcentaje, podemos apreciar una alta proporción de muestras adulteradas con fenacetina y cafeína (Tabla 3). Y a partir de 2015 se observa un aumento en la proporción de muestras adulteradas con aminopirina. De hecho, más concretamente, la aparición de aminopirina se constata a partir de noviembre de 2014.

Hemos detectado además una variedad de adulterantes en menor proporción, como se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4: Cantidad de muestras según el contenido de adulterantes menos frecuentes

Año de incautación	Total de muestras	Cantidad de muestras				
		Levamisol	Lidocaína	Procaína	Benzoína	Pseudococaína
2014	62	4 (6,5%)	1 (1,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2015	244	12 (4,9%)	4 (1,6%)	4 (1,6%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)
2014-2015	306	16 (5,2%)	5 (1,6%)	4 (1,3%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)

En relación a la combinación de cocaína y adulterantes, la Tabla 5 muestra que aproximadamente un 50% de las muestras contiene cafeína y fenacetina como adulterantes.

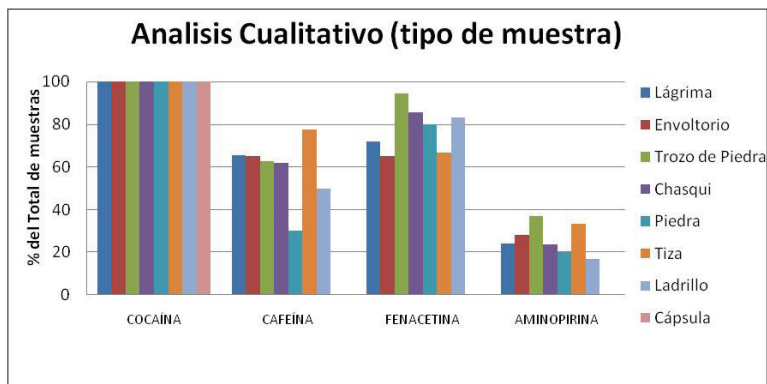
Tabla 5: Cantidad de muestras según la combinación de cocaína y los tres principales adulterantes

Año de incautación	Total de muestras	Cocaína + Cafeína	Cocaína + fenacetina	Cocaína + Cafeína + Fenacetina
2014	62	5 (8%)	12 (19%)	44 (71%)
2015	244	36 (15%)	51 (21%)	122 (50%)
2014-2015	306	41 (13,4%)	63 (20,1%)	166 (54,2%)

En base a datos previos de nuestro grupo de trabajo habíamos constatado que cafeína era el único adulterante que aparecía en muestras de pasta base de cocaína analizadas desde 2007 hasta principios de 2014. Sin embargo, el número de muestras analizadas era bajo con relación al presente análisis. En el presente estudio podemos constatar la presencia de fenacetina en las muestras de pasta base de cocaína.

Al analizar la composición cualitativa de los diferentes tipos de muestras (Figura 4), observamos que la presencia de los componentes más frecuentemente detectados (cocaína, fenacetina, cafeína y aminopirina) sufre variaciones menores, independientemente de que se trate de muestras incautadas prontas para comercializar al usuario final o para tráfico.

Figura 4: Frecuencia relativa de la aparición de los principales componentes de pasta base de cocaína según el tipo de muestra



De los datos cualitativos mostrados hasta el momento, se puede concluir que la totalidad de las muestras contienen cocaína y que en su mayoría están adulteradas. Los adulterantes más frecuentes fueron la cafeína y fenacetina y ambos estuvieron frecuentemente presentes en las mismas muestras. Es decir que el tipo de muestra que alcanza al usuario (por ejemplo: lágrima) contiene las tres sustancias.

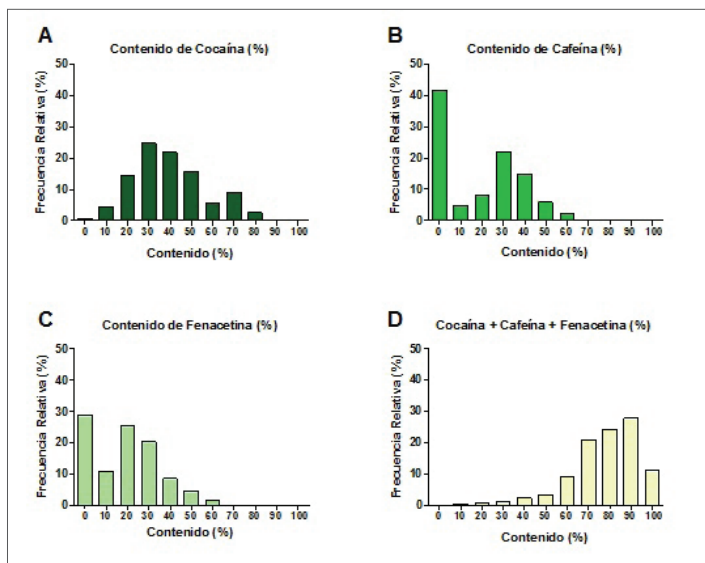
Es importante señalar que, independientemente de los efectos negativos que genera por ser una droga de abuso, en general no se consideran las acciones que pueden agregar los adulterantes. Muchos de ellos pueden considerarse sustancias que inducen severos riesgos, a corto o largo plazo, para la salud de la persona que consume drogas de abuso. Sumado a esto, en general, no hay suficiente investigación científica que cuantifique la naturaleza o el alcance de los efectos inducidos por la mayoría de los adulterantes usados [1]. Por lo tanto, es aún más relevante conocer la cantidad en la que aparecen estas sustancias para comprender finalmente el efecto farmacológico completo de la cocaína fumable y su nivel de toxicidad.

5. Análisis cuantitativo

La Figura 5 muestra los rangos de concentraciones de cocaína, cafeína y fenacetina en las muestras analizadas de pasta base de cocaína. El análisis cuantitativo demostró que cocaína base aparece en un rango muy amplio de concentraciones superando incluso el 90% en una muestra (Figura 5A), en tanto que fenacetina y cafeína se han detectado hasta en un máximo de 60% (Figura 5B y C, respectivamente), mientras que levamisol y lidocaína en ningún caso superaron el 30% (no se muestra en el gráfico). Si bien el rango de concentraciones de cocaína, cafeína y fenacetina es amplio, en promedio el contenido en las muestras es de 40, 30 y 26%, respectivamente (Figura 5A-C).

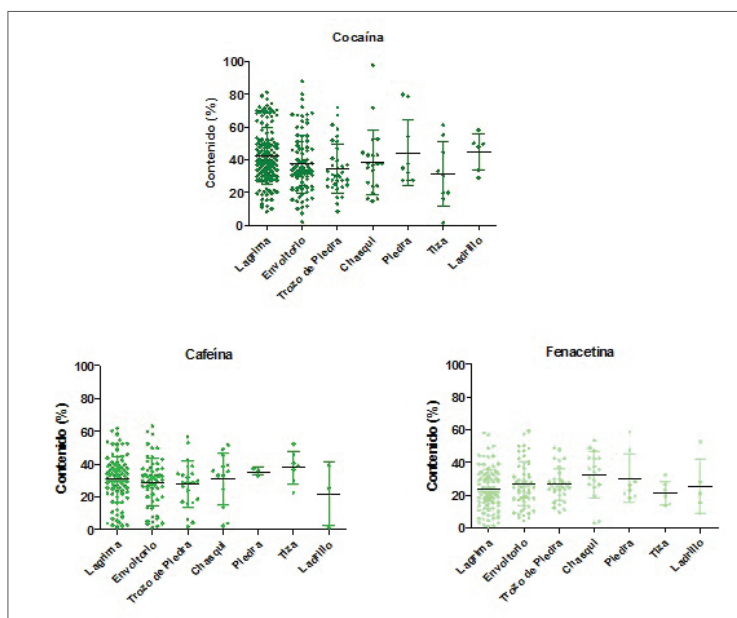
Al analizar la sumatoria de estos tres componentes, se aprecia que la suma de estos representa más del 50% de la composición en la mayoría de las muestras analizadas y que en promedio, para el total de las muestras analizadas, estos tres componentes representan el 80% del contenido de las muestras (Figura 5 D).

Figura 5: Contenido en cocaína, fenacetina y cafeína en muestras analizadas



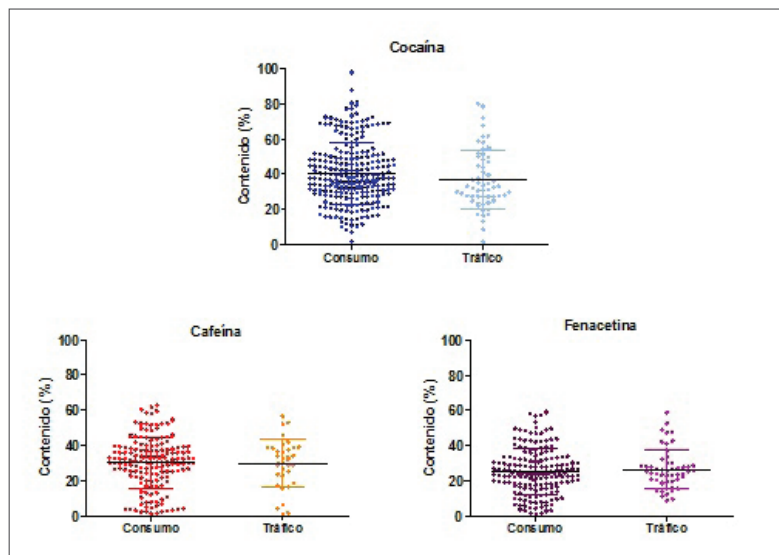
El porcentaje que estos componentes representan para los diferentes tipos de muestras analizadas no presenta una variación sustancial de acuerdo al perfil que se muestra en la Figura 6.

Figura 6: Contenido de cocaína, cafeína y fenacetina según el tipo de muestra analizado



Luego de agrupar las muestras según su destino, sea para consumo o para tráfico, tampoco parece haber evidentes diferencias desde el punto de vista cuantitativo (Figura 7).

Figura 7: Contenido de cocaína, cafeína y fenacetina en muestras de consumo y de tráfico



5. Conclusiones generales del análisis químico cuali y cuantitativo

- Se identificaron varios adulterantes en las muestras seleccionadas y analizadas.
- En el total de muestras analizadas existe variabilidad en la pureza de cocaína y adulterantes.
- Considerando que las muestras analizadas corresponden a un área incautada, reflejando lo consumido por los usuarios en el período 2014-2015, se sugiere que lo consumido contiene una mezcla de cocaína, fenacetina y cafeína, en una proporción similar. Este hecho deja a la vista la relevancia de los adulterantes en el efecto farmacológico y/o toxicológico de la cocaína fumable.
- La toxicidad de la fenacetina ha sido descrita por vía oral [2,3]. No hay datos que demuestren su toxicidad por vía inhalatoria.
- La interacción cocaína y cafeína ha sido determinada en modelos animales preclínicos [4,5]. En particular, en el modelo de autoadministración en roedores, que refleja los aspectos reforzadores y motivacionales de la droga, hemos demostrado que la cafeína potencia los efectos motivacionales y reforzadores de la cocaína a proporciones que aparecen en muestras de pasta base de cocaína [5,6]. Este resultado sugiere que la presencia de cafeína como adulterante de una cocaína fumable no es inocua bajo una vía de administración de acción rápida (inhalación pulmonar), que está agregada de manera racional y que podría potenciar los efectos adictivos de la cocaína.

Sin embargo, hasta la fecha no hay datos preclínicos (o incluso clínicos) de los efectos inducidos por la interacción de cocaína y fenacetina o cocaína, fenacetina y cafeína, bajo la vía de administración de inhalación pulmonar. Deberán realizarse futuros experimentos para comprobar si existe o no potenciación de los efectos reforzadores de la cocaína por fenacetina únicamente o por su interacción con cafeína. No existen, tampoco, datos que demuestren la toxicidad que implica el agregado de adulterantes y su consumo por la vía de administración de inhalación pulmonar.

A continuación se enumeran algunas características de las sustancias adulterantes detectadas mayoritariamente en las muestras analizadas de cocaínas fumables:

1) **Cafeína:** la cafeína es la droga psicoactiva más popular del mundo debido a su propiedad psicoestimulante combinada con la ausencia de severos efectos secundarios [7]. La cafeína se encuentra en varios brebajes y alimentos comúnmente consumidos tales como el café, mate, té, refrescos, bebidas energizantes y chocolate. La propiedad psicoestimulante de la cafeína se debe a su capacidad de interactuar con la neurotransmisión química del cerebro, en diversas áreas y sobre diferentes sistemas de neurotransmisores, promoviendo funciones tales como la vigilia, la atención, estado de ánimo y la excitación motora. Ejerce dichas acciones principalmente actuando a nivel del cerebro por el bloqueo de receptores específicos para la adenosina (sustancia endógena del cerebro), clasificados como subtipos de receptores A1 y A2A [7]. La cafeína es considerada por algunos autores como una “droga de abuso atípica” ya que estrictamente cumple algunos, aunque no todos, los criterios de dependencia del DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition). De hecho, la cafeína posee propiedades reforzadoras débiles y existe poca evidencia de dependencia clínica [8,9]. Sin embargo, varias evidencias científicas demuestran su propiedad de potenciar las acciones psicoestimulantes y reforzadoras de la cocaína [4,5].

2) **Fenacetina:** la fenacetina posee propiedades analgésicas (dolor muscular) y anti-piréticas. Su primer metabolito es el acetaminofén, que contribuye a los efectos de la fenacetina. La sobredosis de fenacetina puede producir metahemoglobinemia y hemólisis, por su naturaleza oxidante. También produce necrosis tubular renal. Se presenta con clínica de cianosis y pérdida de conocimiento, por hipoxia tisular [2,3]. La metahemoglobinemia es un trastorno poco frecuente, caracterizada por el aumento de las cantidades de hemoglobina en la que el hierro del grupo hemo se oxida a la forma (Fe³⁺) férrico [10]. Existen algunos casos de uso recreacional de cocaína y la aparición de metahemoglobinemia. Se piensa que en este caso se debe principalmente a la presencia de adulterantes de la cocaína, entre los que se considera a la fenacetina. Es considerada probablemente carcinogénica en humanos (grupo 2A) [11]. El motivo por el que se añade como adulterante es para potenciar el sabor amargo de la cocaína y mejorar el aspecto. La fenacetina le confiere brillo a la mezcla y simula el aspecto de la “alita de mosca” [12]. Sin embargo, es posible que se agregue por tener efectos motivacionales per se. En este sentido, hay un único estudio que demuestra que la fenacetina, a dosis que genera efectos antinociceptivos, también produce un aumento de la motivación en los animales de experimentación [13]. Es importante destacar que no existen

a la fecha estudios que evalúen la biodisponibilidad de fenacetina administrada por vía inhalatoria, sus efectos tóxicos ni comportamentales.

3) **Aminopirina:** la aminopirina o sus sinónimos amidopirina, aminofenazona, entre otros [14], es una pirazolona con propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas. Se utilizaba comúnmente para aliviar el dolor y reducir la fiebre (analgésico y antipirético), hasta que se observó que en algunas personas producía agranulocitosis (enfermedad caracterizada por una gran reducción en el número de los leucocitos). Ejerce una acción prolongada en el tratamiento del dolor y la fiebre sin producir irritación gástrica ni cianosis. Se presenta en forma de polvo cristalino, blanco, inodoro, casi insípido y fácilmente soluble en agua. No existen a la fecha estudios que evalúen sus efectos tras ser administrada por vía inhalatoria.

4) **Lidocaína:** la lidocaína o xilocaína es un fármaco perteneciente a la familia de los anestésicos locales, concretamente del tipo de las amino amidas. Ejerce sus acciones anestésicas a través del bloqueo de canales de sodio alterando la transmisión de los potenciales de acción a lo largo de los axones, de esta manera bloquea las fibras nerviosas que transmiten el tacto, impulsos motores o quinestesia (sensación de movimiento de músculos, tendones y articulaciones) [15]. Por la misma propiedad de ser bloqueante de canales de sodio, la cocaína es un potente anestésico local. Es por esta razón que la lidocaína se usa como adulterante, dado que imita esta propiedad de la cocaína. A diferencia de la cocaína, la lidocaína no bloquea los transportadores de dopamina y no se le atribuyen propiedades psicoestimulantes. Tampoco existen estudios que evalúen sus efectos tras la administración inhalatoria.

5) **Levamisol:** el levamisol ha sido identificado como un adulterante de la cocaína ilícita durante varios años. Es una imidazotiazol con propiedades antihelmínticas e inmunoestimulantes. Utilizado previamente como un inmunomodulador en la artritis reumatoide y como terapia adyuvante en el tratamiento del cáncer colorectal. Ya no está disponible en América del Norte para su uso humano. Es posible que los productores o proveedores de cocaína piensen que el levamisol mejora los efectos de la cocaína o atenúa sus efectos secundarios. La cocaína logra sus efectos psicoactivos mediante el aumento de las concentraciones de dopamina en los centros eufóricos del cerebro, y los estudios en animales han encontrado que el levamisol también aumenta los niveles de dopamina en estas regiones. Es posible pensar que el levamisol puede potenciar los efectos eufóricos de la cocaína aumentando aún más los niveles de dopamina del cerebro. Sin embargo, no hay evidencias concretas respecto a esta acción. Cocaína adulterada con levamisol puede ser la causa de fiebre y agranulocitosis en algunos pacientes. Existe la advertencia a los clínicos de considerar una posibilidad de uso de cocaína y específicamente de uso de cocaína adulterada con levamisol en pacientes que padecen agranulocitosis sin razón aparente [16].

En este trabajo participaron:

- Análisis químico y realización del compendio
Q. F. Dr. Andrés Abin Carriquiry (Plataforma de Servicios Analíticos, IIBCE).

Q. F. MSc. Marcela Martínez (Plataforma de Servicios Analíticos, IIBCE).
Lic. Martín Galvalisi (Depto. Neurofarmacología Experimental, IIBCE).
MSc. José Pedro Prieto (Depto. Neurofarmacología Experimental, IIBCE).
Dra. Cecilia Scorza (Depto. Neurofarmacología Experimental, IIBCE)

- Clasificación de las muestras de pasta base de cocaína

Q. F. Javier Bonda (Instituto Técnico Forense)
Q. F. Elena Lerena (Instituto Técnico Forense)
Adm. Verónica Rivero (Instituto Técnico Forense)

- Autorización del uso de las muestras de pasta base de cocaína incautadas para su análisis

Q. F. Alicia Pla (Comisión de Lucha contra las Toxicomanías, MSP)

Referencias bibliográficas

- [1] Galvalisi, M.; Prieto, J. P.; Abin-Carriquiry, J. A.; Scorza, C. “Adulterantes utilizados comúnmente en drogas de abuso”. En *Sistema de Alerta temprana*, <http://www.infodrogas.gub.uy>, 2015.
- [2] McCredie, M.; Stewart, J. H.; Day, N. E. “Different roles for phenacetin and paracetamol in cancer of the kidney and renal pelvis”. *Int J Cancer* 53:245-9, 1993.
- [3] Millar, J.; Peloquin, R.; de Leeuw, N. “Phenacetin-induced hemolytic anemia”. *Can Med Assoc J*, 106:770-5, 1972.
- [4] López-Hill, X.; Prieto, J. P.; Meikle, M. N.; Urbanavicius, J.; Abin-Carriquiry, J. A.; Prunell, G.; Umpiérrez, E.; Scorza, M. C. “Coca-paste seized samples characterization: chemical analysis, stimulating effect in rats and relevance of caffeine as a major adulterant”. *Behav Brain Res*. 221(1):134-41, 2011.
- [5] Prieto, J. P.; Galvalisi, M.; López-Hill, X.; Meikle, M. N.; Abin-Carriquiry, J. A.; Scorza, C. “Caffeine enhances and accelerates the expression of sensitization induced by coca paste indicating its relevance as a main adulterant”. *Am J Addict*. 24(5):475-81, 2015.
- [6] Prieto, J. P.; Scorza, C.; Serra, G. P.; Perra, V.; Piras, G.; Galvalisi, M.; Abin-Carriquiry, J. A.; Valentini, V. “Cocaine motivational value is enhanced when co-administered with caffeine: relevance of adulterants in reinforcement”. *Psychopharmacology* 233(15-16):2879-89, 2016.
- [7] Fisone, G.; Borgkvist, A.; Usiello, A. “Caffeine as a psychomotor stimulant: mechanism of action”. *Cell. Mol. Life Sci*. 61:857-872, 2004.
- [8] Daly, J.; Fredholm, B. *Caffeine-an atypical drug of dependence*. *Drug and Alcohol Dependence*, 51:199-206, 1998.
- [9] Strain, E.; Griffiths, R. “Caffeine dependence: fact of fiction?”. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88:437-440, 1995.
- [10] Hunter, L.; Gordge, L.; Dargan, P. I.; Wood, D. M. “Methaemoglobinaemia associated with the use of cocaine and volatile nitrites as recreational drugs: a review”. *Br J Clin Pharmacol*. 72(1):18-26, 2011.

- [11] Seventh Annual Report on Carcinogens. Link: <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/search2/r?dbs+hsdb:@term+@rn+@rel+62-44-2>
- [12] <http://energycontrol.org/>
- [13] Abbott, F. V; Hellems, G. C. "Phenacetin, acetaminophen and dipyron: analgesic and rewarding effects". *Behavioural Brain Research* 112:177-186, 2000.
- [14] http://www.chemicalbook.com/CASEN_58-15-1.htm
- [15] Matthews, J. C.; Collins, A. "Interactions of cocaine and cocaine congeners with sodium channels". *Biochem Pharmacol* 32(3):455-60, 1983.
- [16] Zhu, N. Y. MD; LeGatt, D. F.; Turner, R. "Agranulocytosis after Consumption of Cocaine Adulterated With Levamisole". *Ann Intern Med.* 150(4):287-289, 2009.

Perfil de los consumidores de cocaínas fumables

2- Perfil de los consumidores de cocaínas fumables

Leticia Keuroglan-Jessica Ramírez- Héctor Suárez –OUD/JND.

El consumo de las denominadas cocaínas fumables (especialmente la reconocida como pasta base de cocaína en Uruguay) comienza a constituirse como un problema de índole social y sanitario (fundamentalmente lo primero) en Uruguay aproximadamente en los años 2001-2003 quedando marcadamente asociado a la crisis económica que transcurre en esos años en la región y a la que nuestro país no es ajeno.

Su rápida y silenciosa aparición en Uruguay (en países como Chile y Perú ya se había detectado su presencia mucho antes) hizo que los clínicos se enfrentaran a una nueva situación de diagnóstico e intervención, inmersos en una serie de incógnitas acerca de la sustancia, desde su composición química hasta las acciones farmacológicas sobre el sistema nervioso central. En cuanto a los consumidores, estos se vieron involucrados en una situación sanitaria de alto riesgo y demanda asistencial (y social) que las instituciones no estaban preparadas para enfrentar.

Hasta principios de este siglo, los inhalantes fueron las sustancias de inicio de las poblaciones más vulnerables, cambiando este escenario con la aparición de la pasta base de cocaína (PBC). Los primeros datos obtenidos del Centro de Información y Referencia Nacional de la Red Drogas “Portal Amarillo” entre el 2006 y el 2008 aproximadamente, dan cuenta de que el 80% de los usuarios de pasta base que habían sido atendidos allí habían iniciado el consumo con inhalantes; diez años después, la prevalencia de estas ha disminuido significativamente y ya no son las sustancias con las que se comienza el uso de drogas.

El mercado del consumo de pasta base, cuyos detalles presentaremos más adelante, está conformado en su mayoría por personas jóvenes nacidas en la inmediatez, entre la vulnerabilidad y la marginación, donde los recursos de los individuos y los hogares se organizan apenas para responder a la supervivencia cotidiana. Marcados por la deserción temprana del sistema educativo formal y, en consecuencia, no contar con una calificación mínima para el cada vez más exigente mercado laboral, los torna un grupo absolutamente vulnerable a conductas anómicas y a nuevos códigos que retroalimentan la pérdida del espacio social, de un lugar en una estructura de oportunidades que penaliza gravemente la ausencia de capital social.

Ante la ausencia de oportunidades y tanta restricción encuentra su espacio la PBC como duro golpe ante sí mismos. La pusieron ahí, al alcance inmediato, con la promesa de ser por un momento el alimento, la diversión, un lugar donde estar, todo eso a lo que no se tiene chance de acceder.

Antes de la PBC, el alcohol y las sustancias volátiles que eran inhaladas (la bolsita con cemento, nafta, tiner, entre otros) eran las sustancias de fácil acceso y relativo bajo costo que se consumían en los contextos más críticos y tenían las mismas funciones de utilidad. La crisis de principio de siglo y la afección del narcotráfico pusieron en el mercado la pasta base y el escenario se volvió más dramático; ahora no solo había una sustancia más tóxica y con rápido poder adictivo sino que también era ofrecida por personas del mismo entorno, lo que generaba una especie de

fagocitación de la pobreza por la pobreza misma. Pero además, la gran paradoja de la pasta base: droga de gran facilidad de acceso dado su bajo costo unitario, pero con rápido poder adictivo y con importante síndrome de abstinencia; de veloces efectos dada la vía de consumo (fumada) pero también de cesación de estos, hace que el usuario deba consumir varias veces al día, lo que lleva a que, en definitiva, se transforme en una sustancia de alto costo. Un usuario problemático de esta droga puede requerir entre 600 y 800 dólares mensuales para sostener su consumo ya no para generar un placer sino para evitar el padecimiento de la abstinencia.

Es así entonces que, más allá de lo amplificado y demonizado del fenómeno, es indudable que su importante y concentrada expansión generó un cambio social significativo en los consumidores y en su entorno. En el plano sanitario provocó, a su vez, diversas problemáticas donde la alta prevalencia, en términos relativos, de VIH entre sus consumidores, es un duro ejemplo.

Desde lo epidemiológico, y si bien el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) cuenta con estudios sistemáticos y periódicos sobre el consumo de diversas drogas en la población general y específicas, los datos referidos a PBC dan cuenta en forma parcial del fenómeno. Esto se explica básicamente por las limitaciones del método utilizado (instrumento de encuesta y marco muestral utilizado) y a la estigmatización de este consumo que afecta su declaración. Si bien esa estigmatización se da para todo consumo de drogas (Equipos Mori, 2011)⁴, en el caso de los usuarios de PBC esto se da en mayor medida, probablemente asociado al perfil del consumidor, a los efectos conductuales que se manifiestan y las representaciones sociales que lo relacionan con la conflictividad y la delincuencia.⁵

Sobre el marco muestral, este método también encuentra limitaciones para dar cuenta de toda la población que se necesita estudiar, lo que finalmente hace que no se alcance a determinar con certeza ni siquiera el tamaño real de ciertos grupos poblacionales.

Este es el caso no solo de los consumidores de pasta base, sino también de otros grupos con conductas y características estigmatizadas por la población o de pequeño tamaño o muy dispersas geográficamente, como es el caso de los trabajadores sexuales, travestis, niños en situación de calle, inyectores de drogas, entre otros. Son las denominadas “poblaciones ocultas” o de “difícil acceso”, en referencia entonces a los grupos de personas con características que los hacen diferentes a la mayoría y que en parte son desconocidos por la población en general. Estos grupos están presentes en todos los niveles socioeconómicos y en diferentes ámbitos del tejido social, aunque su dinámica de alguna manera hace que su (no) presencia sea más evidente en los sectores más desfavorecidos y ubicados geográficamente en territorios no accesibles para este tipo de estudios.

Sin embargo, y sin dejar de tener en cuenta este sesgo, es posible inferir a partir de los datos que se desprenden de la serie 2006-2014 de las encuestas en hogares realizadas por el OUD que el consumo de PBC se encuentra en retracción y focalizado en una población específica.⁶

⁴ La Encuesta Mundial de Valores (2011) realizada por Equipos Mori muestran que más del 50% de la población mayor de 18 años de nuestro país no quiere como vecinas a personas que consuman drogas, siendo uno de los grupos sociales relevados que tienen mayor rechazo. Microdatos disponibles en <http://www.worldvaluessurvey.org/>

⁵ Fisuras: dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas – OUD – Facultad de Humanidad y Ciencias de la Educación-2012

⁶ Esto es válido exclusivamente para la población que se capta a través de este método

Según lo captado en la VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, el consumo de pasta base para el total del universo⁷ de estudio es de baja magnitud. Solo el 0,7% declara que consumió pasta base alguna vez en su vida (1,1% era en 2011) y este porcentaje baja al 0,2% cuando se pregunta por el consumo en los últimos 12 meses. Georeferenciados estos datos, los mismos dan cuenta de que el mayor porcentaje de estos casos se encuentra agrupado en las zonas de más vulnerabilidad socioeconómica.

En otros estudios de poblaciones específicas, como son los estudios en estudiantes de enseñanza media y población universitaria se da cuenta de un uso marginal (y básicamente experimental) de esta sustancia. La VI Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Enseñanza Media realizada en el 2014 consigna que solo el 0,9% de esta población ha probado alguna vez en la vida PBC. En el Primer Estudio Piloto sobre Consumo de Drogas en Estudiantes Universitarios (2014) se muestra que solo el 0,4% de los estudiantes ha consumido alguna vez en la vida esta sustancia.

Pero dada la limitación planteada anteriormente, el OUD, en colaboración con entidades supranacionales, ONUDD y CICAD/OEA, así como organismos nacionales como el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UdeLaR, a través de su Cátedra de Antropología Social, se abocó en el año 2012 a la tarea de llevar a cabo investigaciones que pudieran superar estas limitaciones para obtener información relevante sobre esta particularidad (consumo de PBC) y sobre el conjunto (no cuantificado con precisión hasta ese momento) de usuarios de pasta base que conforman justamente lo que puede denominarse una “población oculta”. Era necesario no solo cuantificarlo sino también acceder al conocimiento de los diversos aspectos que definen a este segmento poblacional –cuántos son, qué características presentan, cuáles con son sus prácticas de consumo, sus necesidades de tratamiento, entre otros– para la intervención eficaz.

Es así entonces que en ese año se lleva a cabo un estudio de corte cuantitativo con un método conocido como RDS (Respondent Driven Sampling)⁸ (muestreo dirigido por el entrevistado). En forma conjunta, se realizó un estudio de tipo etnográfico con entrevistas en profundidad dándole al estudio un enfoque cualitativo. La realización simultánea de ambos estudios tuvo como objetivo lograr una visión integradora y complementaria como forma de aportar a la discusión de la problemática.⁹

Los principales resultados de ambos estudios nos brindan información relevante respecto a:

⁷ El universo de estudio de la VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas es la población de 15 a 65 años de edad residente en localidades de 10.000 y más habitantes del país.

⁸ Fue propuesto inicialmente por Douglas D. Heckathorn en 1997 para obtener muestras de poblaciones ocultas, superando los principales problemas de otro tipo de muestreos dirigidos utilizados hasta el momento como el denominado “bola de nieve”. El muestreo RDS ha sido efectivamente utilizado en más de 125 estudios en casi 30 países del mundo en investigaciones con hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas. De forma que se implanta como un método válido para la vigilancia epidemiológica de poblaciones ocultas con alta vulnerabilidad. (Estrada y Vargas, 2010). El uso de este tipo de métodos es imprescindible ante subgrupos poblacionales que por sus características se vuelven ocultos para los muestreos tradicionales en los que se basan las encuestas nacionales en hogares

⁹ La dirección y ejecución del trabajo de campo del estudio cuantitativo estuvo a cargo de la empresa Equipos Mori. El equipo de trabajo estuvo conformado por la Lic. Ma. Julia Acosta (Coord.), Lic. Santiago Peyrou, Dr. Faustino Quadros, Psic. Ana Colmegna, Enfra. Reina Brum, Guzmán Sommer, Luisina Castelli, Gastón Díaz y Natalia Lans.

Estimación del número de usuarios de PBC

La metodología utilizada (RDS) para la conformación de la muestra en la que finalmente se basó la caracterización de los consumidores de alto riesgo de pasta base garantiza una composición muestral representativa. Esto significa que la estimación de los parámetros poblacionales no está sesgada por la carencia de aleatoriedad en la selección de los individuos iniciales que iniciaron el proceso de reclutamiento.

Si bien el estudio no estuvo específicamente diseñado para estimar el tamaño poblacional, la triangulación de los datos obtenidos en este con otras fuentes de información, permitió realizar un acercamiento a este parámetro.

De forma que usando métodos indirectos de estimación¹⁰, asimilables de alguna manera a las técnicas de captura-recaptura, fue posible realizar una estimación del número de usuarios problemáticos de pasta base en Montevideo.

Se realizaron dos estimaciones del tamaño de esta población analizando el solapamiento de dos muestras de poblaciones distintas. En ambas estimaciones se usó como primera muestra la conformada por los consumidores problemáticos de pasta base que participaron en el estudio de metodología RDS.

Además, para la primera estimación se empleó como segunda muestra la conformada por los consumidores problemáticos de pasta base que ingresaron en un refugio del Programa de Atención a la Situación de Calle del Ministerio de Desarrollo Social en el trimestre setiembre-diciembre 2012.

Para la segunda estimación también se utilizó la muestra de consumidores que participaron en el estudio RDS siendo la segunda muestra utilizada la conformada por los consumidores problemáticos de pasta base que demandaron tratamiento por el consumo de esta sustancia en Portal Amarillo durante el año 2012. Entonces, en este caso el análisis refiere a la búsqueda de superposición entre los que declaran en el estudio de RDS haber demandado tratamiento en el Portal Amarillo en los últimos 12 meses previos a este estudio y el reporte realizado por el Portal Amarillo respecto a la cantidad de pacientes que ingresaron a tratamiento por consumo de pasta base durante el año 2012.

Los resultados de ambas estimaciones permitieron inferir que el verdadero parámetro poblacional, o sea, el tamaño poblacional de los consumidores problemáticos de pasta base de entre 18 y 64 años en Montevideo y zona metropolitana se encuentran entre 9.500 y 14.500 personas.

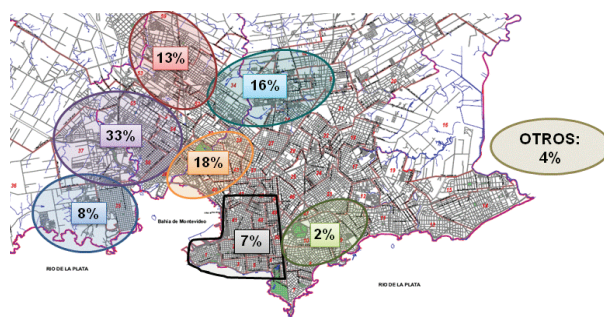
Este número, superior al alcanzado por los métodos tradicionales, se debe a una mayor precisión de la estimación indirecta para este tipo de población, donde se accede a población que no reside en hogares, que está en situación de calle, en refugios, centros de tratamiento u otras situaciones habitacionales precarias, como resultó ser en gran medida en este estudio.

¹⁰ Los métodos de estimación indirecta se basan en el análisis del solapamiento de datos procedentes de diferentes fuentes. Por ejemplo, partiendo del supuesto simple de que solo una cierta proporción de usuarios de drogas, en este caso pasta base, se pone en contacto con los centros de tratamiento especializados, se examina el solapamiento de esta muestra de usuarios con otra muestra de la misma población obtenida independientemente de la anterior (por ejemplo usuarios detenidos en un período determinado); luego de determinar cuál es la proporción de población de consumidores de pasta base que está en tratamiento por consumo de esta sustancia y la de detenidos también usuarios de pasta base, se estima el número total de consumidores.

Territorio

La distribución espacial de los usuarios captados por esta investigación confirma los datos respecto a los territorios donde se concentran los mayores consumos de esta sustancia. La mayoría de los usuarios (y sus redes) provienen de barrios (y zonas dentro de estos) donde se presentan los mayores niveles de vulnerabilidad de acuerdo a los principales indicadores sociales.

Figura 1: Distribución espacial de la muestra.



Fuente: Equipos Mori, 2012.¹¹

Como se consigna en la publicación *Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas* (Suárez, H. y Rossal, M., 2014):

Sin criminalizar la pobreza o marginalidad, se deben tener en cuenta las debilidades existentes en esta población y sus territorios, factores que intervienen en la configuración de las conductas de los sujetos, entre otras, en la demanda y oferta de drogas. Por lo tanto, el análisis del consumo problemático de drogas, la historia de su consumo, exige la atención en este contexto en tanto permite comprender la emergencia de una ruta de deterioro signada especialmente por una posición de desventaja en el entramado social, descentrando de esta manera (pero no dejando de lado) a la sustancia del foco de la explicación (pág. 27).

Estos datos son coincidentes con los recogidos en el estudio del OUD “Documento de trabajo. Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y área metropolitana” (2013), donde se analizan ocho diagnósticos locales realizados en contextos de alta vulnerabilidad social. Allí se muestra, desde la perspectiva de los propios actores sociales, que la emergencia de esta problemática se debe al:

Quiebre sociocultural, la pérdida de los valores más tradicionales de la familia, la falta de oportunidades de educación y trabajo, el trasfondo delictivo y del uso del poder por parte de aquellos que se encuentran al margen de la legalidad e invaden lo cotidiano (pág. 34).

¹¹ Consultoría nacional en la realización de un estudio seroprevalencia de vih/sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de cocaína, pasta base, crack y otros derivados de la hoja de coca en Montevideo y su área metropolitana.

Los resultados de esta carrera de consumo se manifiestan, según los testimonios de los propios habitantes de los territorios estudiados (pág. 38).

[...] el consumo de pasta base es vivenciado siempre como problemático, considerando como devastadoras las consecuencias de este consumo que destruyendo al individuo, la familia y todo su entorno inmediato, desencadena una situación de exclusión y aislamiento individual y colectiva.

La percepción social de la inseguridad y del peligro genera desconfianza, y activa automáticamente mecanismos de segregación social, discriminando al individuo y tensando la convivencia ciudadana.

El derrumbe de códigos de convivencia propicia la exclusión dentro de la exclusión, desarticulándose las alianzas que sostenían el trato común en un barrio.

En términos de Wacquant (2007) ocurre la despacificación de la vida cotidiana donde la desconfianza y violencia interpersonal permean todas las rutinas diarias de estos sujetos desamparados y ahora en vías de aislamiento. Se generan fenómenos como la inseguridad y el delito, especialmente aquellos asociados al tráfico de drogas, que surgen de forma interdependiente como manifestaciones de un 'estado de convivencia' producto de las asimetrías generales en la sociedad, así como de las específicas del territorio (Citado en OUD, 2013).

Perfil de la muestra

La población representada en el estudio se caracteriza por la predominancia de una relativa juventud y alto nivel de masculinización: el 89,3% son hombres y la edad promedio es de 29 años. Se destaca que la amplia mayoría de los participantes (ocho de cada diez) tiene entre 18 y 35 años de edad.

El desempeño educativo, el rezago y el consumo de drogas

La Tabla 1 pone en evidencia el notorio déficit de educación formal en las personas contactadas en la muestra; casi el 64% del total no ha completado más de seis años de educación formal. Este primer dato evidencia, más allá del rezago o abandono en los siguientes ciclos educativos, una situación preexistente al inicio del consumo de drogas (por lo menos para esta porción de la muestra) ya que la mayoría de estos usuarios problemáticos inició sus consumos luego de los 12 años, edad límite de admisión para cursar enseñanza primaria.

Como se consigna en el estudio de referencia, este déficit educativo no responde exclusivamente al uso de drogas sino que en la mayoría de los casos antecede al mismo y las causas entonces se encuentran asociadas a otras variables que respondan al contexto sociocultural. De todos modos, si bien en estas zonas a nivel agregado se verifica un déficit educativo importante respecto a la población general, estas diferencias en el caso de las personas con uso problemático de pasta base se ven acentuadas, delatando una condición de mayor vulnerabilidad que el contexto que lo rodea.

Tabla 1. Nivel educativo alcanzado. Montevideo y personas con uso problemático de pasta base. Personas entre 18 y 64 años de edad.

	% Montevideo (*)	% muestra UPPB (**)
Primaria/sin instrucción	20,9	63,7
Ciclo básico secundaria/ETP	22,2	29,8
Bachillerato diversificado/ETP	30,6	5,9
Terciario	28,9	0,4
TOTAL	100	100

(*) Fuente: INE Censo 2011

(**) Fuente: Suárez, H. y Rossal, M. (coords.), 2014.

ETP: escuelas técnico-profesionales.

La (no) inserción laboral

El mismo estudio refleja que apenas el 14% de los entrevistados contaba con una fuente de ingreso formal (en los últimos 12 meses). En el resto de los casos que cuentan con ingresos productos del trabajo, se destaca la precariedad e informalidad laboral. Existe también un importante 34% que no cuenta con ningún tipo de integración laboral y su principal fuente de ingresos lo constituye la mendicidad, la ayuda familiar o estatal y actividades ilegales como el robo o hurto, prostitución o venta de drogas. En este último caso, se destaca que el 34% de los entrevistados estuvo en algún momento de su vida procesado con prisión, en muchos casos no como un hecho aislado sino como parte de una trayectoria de vida, dada por la recursividad de la relación droga-delito tal como se señala en Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína. *Aproximaciones cuantitativas y etnográficas* (Suárez, H. y Rossal, M. (coords.), 2014):

El consumo habitual o problemático de drogas, en particular de alguna sustancia, en poblaciones que encuentran dificultades económicas para proveerse de las mismas puede generar en un aumento de la probabilidad de cometer delitos. A su vez, se ha demostrado que las conductas delictivas y anómicas aumentan las chances de consumo de drogas. Esta recursividad termina configurando un refuerzo entre el delito y el consumo que se da especialmente en aquellos ambientes e individuos marcados por la desigualdad social, la fragmentación y el desaliento de los lazos de sociabilidad (pág. 32).

Tabla 2. Fuentes de ingresos en los últimos 12 meses (en %)

Fuentes de ingreso últimos 12 meses	Todas	Principal
Trabajo sin contrato formal (changas, temporales)	77,5	25,9
Recolección (latas, cartones, basura, limpiar parabrisas o similar)	42,7	14,8
Ingresos de pareja, amigos, familia	30,3	8,2
Limosna, mendicidad	29,9	7,0
Robos, hurtos	23,7	8,1
Trabajo con contrato formal (jornada completa o parcial)	21,9	14,4
Venta ambulante (calle, buses)	20,4	5,6
Relaciones sexuales por dinero	12,5	3,8
Asistencia pública, beneficencia o similar	12,6	2,8
Venta de drogas	10,2	3,8
Seguro de desempleo	2,4	0
Otros	5,8	3,3
NS/NC		2,0

Fuente: Suárez, H. y Rossal, M. (coords.), 2014.

Casi la tercera parte de las personas con uso problemático de la muestra vive en la calle según consigna el estudio, a lo que debe agregarse un 10% que permanece en refugios durante la noche o en viviendas muy precarias de material liviano y no específico para ese fin.

La “situación de calle” es parte de un proceso que va profundizando la vulnerabilidad, y va tornando cada vez más difícil la recuperación y reinserción de los sujetos, los que probablemente llegaron a esta circunstancia por la desintegración familiar y social.

Tabla 3: Situación habitacional (en %)

	%
Casa o apto. propio o de pareja no rentado	12
Casa o apto. rentado por él o su pareja	2
Otro tipo de casa o apto. (de padres, familiares, etc.)	44
Cuarto de casa o apto. rentado	1
Calle (parque, estación, puente, terreno)	27
Refugio, albergue o casa para indigentes, etc.	5
Rancho, choza, carpa, vivienda provisional	5
Cárcel	0,6
Otros	4

Fuente: Suárez, H. y Rossal, M. (coords.), 2014.

Convivencia

Con respecto a la convivencia en el año previo al estudio, se presenta una distribución diferente a la consignada por el censo del INE; entre los consumidores se presentan mayores proporciones de personas viviendo en configuraciones no tan habituales para el total de la población, como es el caso de vivir con amigos, otros familiares (ni padres ni pareja) u otras personas. En contrapartida, se encuentra un porcentaje más bajo de personas viviendo con sus parejas que en la distribución poblacional.

Tabla 4. Estimación de las personas con las que han vivido la mayor parte del tiempo en el último año los usuarios de cocainas fumables de Montevideo, año 2012

Personas con las que han convivido (últimos 12 meses)	%
Solo/a	18,5
Pareja/cónyuge	21,3
Padre/madre/tutor	32,9
Hijos (propios/adoptados)	18,8
Otros familiares (no parejas)	33,2
Amigos/as	9,6
Otras personas	11,2
No contesta	6,9

Fuente: Suárez, H. y Rossal, M. (coords.), 2014.

La situación de calle o de contar solo con los refugios públicos para pernoctar, la dependencia económica o la imposibilidad de autosustentarse explican estas diferentes tipologías. De todos modos, un dato más destacable aún es que varios casos indican más de un entorno de convivencia pese a que la referencia temporal es muy acotada (últimos 12 meses) lo que da cuenta también de una inestabilidad en aspectos básicos como un lugar de convivencia que los vincule material y afectivamente.

Perfil de consumo

La edad promedio del inicio del consumo de pasta base para la muestra estudiada se da en el entorno de los 21 años, siendo solo un 9% de los consumidores quienes iniciaron este consumo antes de los 13 años.

Tabla 5. Edad promedio de inicio de consumo según sustancia

	Edad promedio
Alcohol	14,0
Marihuana	14,2
Cocaína	16,9
Heroína	17,8
Crack	18,6
PBC	21,1

Fuente: Suárez, H. y Rossal, M. (coords.), 2014.

Es una población marcadamente policonsumidora donde, además de PBC, se destaca para el último año altos niveles de consumo de otras drogas: alcohol (79%), marihuana (75%), clorhidrato de cocaína (34%) y los tranquilizantes (21%). Estos consumos además se dan simultáneamente. Consultados sobre esto, el 80% combina PBC con marihuana, cannabis o hachís, el 49% con alcohol, el 6% lo hace con clorhidrato de cocaína, un 4% con tranquilizantes, sedantes, pastillas para dormir y con crack un 2%.

Por otra parte, el 9,9% de los participantes del estudio consumió alguna vez drogas por vía inyectable, cifra diez veces mayor a la obtenida para la población general.

Con respecto a la frecuencia de consumo de la PBC, algo más del 90% declara consumirla por lo menos alguna vez en la semana y el 50% declara consumirla diariamente.

El consumo de PBC parece darse tanto de forma solitaria como acompañada pues, si bien el 60% declara consumir PBC más frecuentemente solo, se observa una importante cantidad de menciones que hacen referencia al consumo en compañía.

El mismo estudio consigna que el consumo no se da en la mayoría de los casos en lugares cerrados, el 63% declara consumir PBC en la calle, baldíos, parques, callejones. De forma más minoritaria un 18% dice que consume en casa o departamento propio o de su esposo/a o novio/a y un 9% en casa o departamento de sus padres o parientes.

Prevalencia de HIV

A partir del análisis de los resultados de los test rápidos realizados a los participantes del estudio en usuarios de PBC, se conoce que la estimación puntual de prevalencia de VIH es de 6,3%.

Al analizar los datos y compararlos con la prevalencia del VIH en población general, 0,45%, se ratifica el alto grado de vulnerabilidad frente al VIH que presentan los usuarios de cocaína fumable e inyectores.

La mirada cualitativa: resultados del estudio etnográfico

En la misma publicación de referencia (Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas, Suárez, H. y Rossal, M.

[coords.], 2014) se extraen conclusiones de las entrevistas en profundidad que permiten conocer con mayor detalle algunas características relevantes de esta población, que hacen a su historia y situación actual,

Una de las primeras conclusiones refiere al consumo como un marcador de vulnerabilidad, fundamentalmente en los inicios más precoces del mismo:

[...] el momento de inicio del consumo de sustancias psicoactivas constituye un fuerte marcador de vulnerabilidad de la familia de origen, las prácticas de cuidado y las moralidades con relación a la niñez, la adolescencia y la educación formal. Se pudo apreciar que un acceso más temprano es un indicador fehaciente de la vulnerabilidad de la familia de origen: cuando es anterior a los 12 años se trata de las situaciones más extremas de vulnerabilidad y pobreza, y cuando el inicio se da luego de los 16 años, se trata de familias socialmente más integradas (pág. 145).

En cuanto a los códigos y valores, el estudio realizado parece recoger discursos coincidentes. Uno de ellos está vinculado a la existencia de la “crisis de valores” y un “rompimiento de códigos”; aunque a ellos mismos les cueste sostenerlos, esos valores o códigos en la práctica, les guardan una gran adhesión.

Los autores reflexionan sobre tres niveles de alteridad en relación a su situación de pobreza extrema:

Se detectaron tres niveles de la alteridad en relación con la pobreza extrema: a nivel del tiempo, de las moralidades y del cuerpo. Estos tres niveles de la alteridad se relacionarían directamente con el lugar ocupado por estos sujetos en el espacio de la desigualdad social: (i) El sujeto más precario desarrolla su vida social en espacios más cortos de tiempo, planifica y reflexiona sus relaciones, ya laborales o afectivas, en términos más breves, habiendo efectos de realidad en los cuerpos como en la construcción de los ciclos de la vida; (ii) a nivel de las moralidades, la interpelación moral del cuidado y de la provisión con relación a los niños y adolescentes ocupa espacios de tiempo también más breves que los que dictan las disposiciones legales en relación con los derechos de niños y adolescentes, así como con relación a la educación obligatoria; el correlato de esto es que el sujeto podrá comenzar a ser interpelado como cuidador (especialmente en mujeres) y como proveedor (fundamentalmente en varones) desde edades en las que sujetos de otros sectores sociales se encuentran bajo el cuidado y la provisión de sus mayores; los efectos de realidad de estas moralidades y las moralidades mismas se aprecian a lo largo de todo el trabajo; y (iii) el cuerpo de la precariedad es castigado, estigmatizado y desprotegido, esto lo apreciamos directamente en la observación etnográfica y está a disposición de todo aquel que esté dispuesto a verlo. El sujeto más precario, de esta forma, corresponderá a las categorías laborales más precarias, reproducirá la capacitación mínima exigida para tales ocupaciones y su fuerza de trabajo estará, generalmente, sujeta a la informalidad o, incluso, a actividades delictivas. Sin contrato laboral, sin la protección estatal vinculada al mercado de trabajo formal, su vida laboral se ejercerá en el mercado informal y sus múltiples posibilidades (pág. 146).

En cuanto a los pronósticos de rehabilitación e inserción, los propios consumidores expresan el deseo de “cambiar el rumbo” y cuentan en su trayectoria diversos intentos por lograrlo.

Los sujetos entrevistados cursaron procesos de rehabilitación con marchas y contramarchas propias de la precariedad signada en sus trayectorias; como contraparte positiva, entre las expectativas de futuro se enuncia generalmente la voluntad de dejar de consumir y cambiar de vida abandonando el consumo de PBC (pág. 147).

La evidencia recogida nos da pistas sobre el difícil pronóstico de éxito en la rehabilitación sobre el consumo en personas que, además del padecimiento del consumo problemático, no cuentan (o nunca contaron) con los recursos elementales que los habilitara a construir un proyecto de vida medianamente satisfactorio para ellos (y para el control social). Esto implica que no bastará entonces con atender solamente las consecuencias del consumo sino que lo más importante y relevante debe ser ahondar en las causas que derivan en estos comportamientos alienantes (consumo problemático) que quizá resulten menos hostiles que una realidad evidentemente intolerable.

En esta población queda claro que la problemática del consumo de drogas debe abordarse desde una concepción integral (no hay patología sin contexto), debiéndose incluir necesariamente la inserción social de las personas.

Desde las políticas públicas, implica hacer una revisión radical del análisis social relativo a las desigualdades y el consumo de drogas y, por otro, reformular las acciones respecto a cómo enfrentarlos, lo cual incluye también el aspecto normativo. Uruguay, en este sentido, en los últimos años ha realizado notables avances al respecto. Lo más importante, más allá de que el objetivo final es que la persona deje de consumir, es que la misma sea reconocida como tal en la sociedad, con todos sus derechos. No hay logros sostenibles si no hay un lugar donde ejercerlos.

La fragmentación social, la anomia, los déficits de capital humano y social, el rechazo institucional, en algunos casos, la demonización construida desde algunos medios de comunicación, dificultan las acciones por integrar, aunque sea en parte, lo que la sociedad en algún momento descartó. Es nada más ni nada menos, en definitiva, la cuestión social lo que está en debate, y de forma decisiva, en la génesis de la problemática del consumo para esta población específica.

Referencias bibliográficas

- Albano, G.; Castelli, L.; Martínez, E. y Rossal, M. (2014). “Caminando solos”, en Suárez, H. y Rossal, M. (coords.) *Figuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*, Montevideo: FHCE, Universidad de la República-ODU, JND.
- Equipos Mori (2012). Estudios de seroprevalencia de vih/sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana. Disponible en: http://info-drogas.gub.uy/images/stories/pdf/estudio_vih_sida_cocaina_fumable.pdf

- Equipos Mori (2011). Encuesta Mundial de Valores. Microdatos disponibles en <http://www.worldvaluessurvey.org/>
- Ministerio de Desarrollo Social - Mides (2013). Programa de Atención a la Situación de Calle.
- Observatorio Uruguayo de Drogas - OUD (2015). VI Encuesta en Hogares sobre Consumo de Drogas. oud-Junta Nacional de Drogas (jnd). Disponible en: http://infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/201609_VI_encuesta_hogares_OUD_ultima_rev.pdf
- Observatorio Uruguayo de Drogas - OUD (2015). VI Encuesta sobre consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. oud-Junta Nacional de Drogas (jnd). Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/VI_Encuesta_Nacional_Consumo_Drogas_Estudiantes_Ense%C3%B1anza_Media.pdf
- Observatorio Uruguayo de Drogas - OUD (2013). Documento de trabajo: Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas. Disponible en: http://infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=1983:-fisuras&catid=31:encuestas&Itemid=65http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=1646:ocho-diagnosticos-locales-sobre-la-problematica-del-consumo-de-drogas-en-montevideo-y-zona-metropolitana&catid=31:encuestas&Itemid=65
- Observatorio Uruguayo de Drogas - OUD (2015). I Estudio Piloto sobre Consumo de Drogas en Estudiantes Universitarios de Uruguay. Disponible en http://infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/I_Estudio_Piloto_Universitarios_de_Uruguay_version_final.pdf
- Suárez, H. y Rossal, M. (coords.) (2014) Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas, Montevideo: FHCE, Universidad de la República-OUD, JND. Disponible en: <http://infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/fisuras.pdf>

La oferta de Atención y tratamiento en Uruguay

3- La oferta de atención y tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay

Leticia Keuroglan-Jessica Ramírez- Héctor Suárez –OUD/JND.

1. Introducción

Disponer de un panorama completo, actualizado y sistematizado sobre la oferta de atención y tratamiento para personas con uso problemático de drogas es una meta fundamental en procura de contar con la información necesaria para diseñar políticas específicas en drogas, así como en la búsqueda de maximizar la eficiencia en el uso de los recursos que se disponen para la atención de esta población.

El Observatorio Uruguayo de Drogas, en el marco del Proyecto sobre Cocaínas Fumables auspiciado por CICAD-OEA en el que participan Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, realizó en el año 2015 una sistematización de la oferta de atención y tratamiento para las personas con uso problemático de drogas. De forma que sistematizar, caracterizar y dar cuenta del entramado que constituye la oferta de atención y tratamiento en Uruguay con el fin de sostener un oportuno diseño de las políticas públicas dirigidas a este sector, fue el propósito que guio la investigación.

En primer lugar, se cuenta con una mirada global sobre la situación de la oferta de tratamiento para las personas con uso problemático de drogas en general para, en segundo término, focalizar en los territorios vulnerables de Montevideo y particularmente en la oferta de tratamiento para los usuarios de cocaínas fumables (pasta base de cocaína).

Se partió de una visión global sobre todo el sistema de salud del país para alcanzar a la diversidad de servicios y dispositivos que se orientan a la atención y tratamiento de las personas con uso problemático de drogas, teniendo especial cuidado en que este esfuerzo no quedara agotado únicamente en el registro de los dispositivos más formalizados o enlazados en los sistemas de salud formales, sino que la búsqueda también se orientó al conjunto de dispositivos que brindan apoyo psicosocial o de contención social a usuarios de drogas que se encuentran en espacios con alta vulnerabilidad social. Las particularidades del consumo de cocaínas fumables, predominantemente concentrado en la población de extrema vulnerabilidad social, imprimen un foco de atención del presente trabajo en los dispositivos de proximidad física y diferentes modalidades de contención-ayuda de accesibilidad para estos usuarios.

El presente capítulo es una síntesis del documento original. Esta síntesis se conforma, amén de este primero introductorio, de seis apartados más. En el segundo se describe el sistema de salud del país que estructura y pone en relación a los diferentes dispositivos, servicios e instituciones que trabajan en el área de atención y tratamiento a los usuarios problemáticos de drogas; en el tercer apartado se describen los pilares del funcionamiento y estrategias de la Red Nacional de Drogas (RE-

NADRO). En tanto el cuarto muestra las rutas de acceso a los recursos de acuerdo a las diferentes coberturas de salud posibles, intentando responder a las preguntas: ¿a dónde ir?, y ¿quiénes pueden ir a qué lugar? En el quinto apartado se presentan algunos resultados de la sistematización de la oferta de atención y tratamiento a nivel del país, para en el sexto concentrarse en la situación en los territorios vulnerables de Montevideo. Finalmente, se encuentran algunos comentarios a modo de cierre. Es necesario mencionar que la totalidad de los resultados para la sistematización realizada en el todo el país deberá ser consultada en el documento original.

2. El sistema de salud uruguayo

El sistema de salud uruguayo encuentra un punto de inflexión a partir del año 2007 con el inicio de un proceso de promulgación de varias leyes que enmarcan una Reforma del Sistema de Salud que apuesta a un cambio en el modelo de atención, en el modelo de gestión y en el modelo de financiamiento. El propósito último que guía el proceso de la reforma sanitaria es garantizar el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país estableciendo las modalidades de acceso a servicios integrales de salud.

El sistema de salud sufre fuertes modificaciones en lo que respecta a la rectoría, la provisión de servicios y al financiamiento. Como hitos normativos de esta reforma corresponde señalar:

- La promulgación de la ley 18.131 por la cual se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), bajo la modalidad de la Seguridad Social, encargado de financiar el régimen de asistencia médica de sus beneficiarios y desde el cual se quiere asegurar una cobertura universal.¹²
- La promulgación de la ley 18.211 por la cual se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), pautando la competencia del Ministerio de Salud Pública en lo que hace a la implementación de este sistema, a la articulación y fiscalización de los prestadores públicos y privados de atención integral a la salud. A la vez, por intermedio de esta ley se crea la Junta Nacional de Salud (JUNASA)¹³, organismo establecido para administrar el Seguro Nacional de Salud (SNS), el que es financiado en el marco del FONASA por aportes del Estado, empresas y hogares.
- Promulgación de la ley 18.161 que establece la descentralización de la Admi-

¹² Desde el punto de partida que solo contemplaba a los trabajadores asegurados por el BPS (empleados privados, maestros, empleados judiciales y pasivos de bajos ingresos) progresivamente se transita hacia la universalidad. En una primera etapa (agosto 2007) se incorpora a los trabajadores públicos sin cobertura; en una segunda (también en el segundo semestre de 2007) a los trabajadores públicos con cobertura; en una tercera (enero 2008) a los hijos menores de 18 años y discapacitados a cargo de trabajadores asegurados, y a nuevos jubilados y pensionados; en cuarto lugar (a partir del año 2011) a los cónyuges sin cobertura de los trabajadores asegurados y a jubilados por incapacidad, pasivos que tenían cobertura en ASSE; y a partir de 2012 a pasivos con cobertura en IAMC.

¹³ Organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con miembros designados por el Poder Ejecutivo siendo dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, un miembro representante del Ministerio de Economía y Finanzas, un miembro representante del Banco de Previsión Social, un miembro representante de los prestadores que integren el SNIS, un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integran el SNIS y un miembro representante de los usuarios del SNIS.

nistración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), pautando la provisión de servicios de salud del Estado a través de esta.

En el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud los prestadores integrales de salud en la actualidad son ASSE (principal prestador público integral con alcance nacional); instituciones de asistencia médica colectiva de carácter mutual o cooperativas de profesionales sin fines de lucro y reguladas por el MSP (IAMC) y seguros privados integrales (instituciones privadas con fines de lucro reguladas por el MSP).

Uno de los ejes de este nuevo modelo es el concepto de Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Esto significa que, para formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud todos los prestadores, tanto públicos, como mutuales o como privados, deben garantizar a los usuarios las prestaciones que en marco del PIAS se definan. Esto con el objetivo de lograr desde una cobertura integral (prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos) la homogeneidad en la calidad y cantidad de beneficios brindados y la equidad en el acceso a prestaciones explícitas y exigibles.

Los Programas Integrales de Salud y el catálogo de prestaciones definidas por el MSP quedan determinados en la reglamentación de la ley 18.211 (decreto 465/008), a la vez que se prevé la actualización periódica de los mismos de acuerdo a la evidencia científica, la realidad demográfica y epidemiológica de la población.

Dentro de este marco, los prestadores integrales de salud, que son los que integran el SNIS, tienen la obligatoriedad de acuerdo también a la reglamentación de la ley 18.211 (decreto 464/2008) de firmar contratos de gestión. Estos contratos se suscriben con la JUNASA, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las prestaciones integrales obligatorias y como un instrumento de gestión por resultados. Esta innovación tiene además desde el punto de vista de la gestión integral, el concepto de pagos asociados a resultados o metas asistenciales, lo que también se asocia al cambio en el modelo de atención.

2.1. Prestaciones mínimas en la atención a la problemática de drogas

Dentro de los Programas Integrales nacionales definidos se encuentran los de Salud Mental y de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas. Estos programas “incluyen actividades de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de las personas, incluyendo el acceso a la tecnología y medicamentos aprobados en el Formulario Terapéutico de Medicamentos”.

En la ley 18.335 del año 2008 se establecen los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. Asimismo, en la línea de determinar con claridad el alcance de estos, en el año 2010 se aprueba la *Cartilla de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud*. En lo que refiere a la atención a la problemática de drogas, en artículo 15 se explicitan *tres prestaciones mínimas obligatorias*:

“Art. 15. (Drogodependencia) Usuarios y pacientes tienen derecho a recibir atención en materia de drogodependencia que incluya: apoyo presencial

o telefónico durante las 24 (veinticuatro) horas, policlínicas de atención ambulatoria multidisciplinaria e internación por intoxicación severa”.

Asimismo, a partir del decreto 305/2011, el que actualiza el decreto 465/2008 en lo que refiere al Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, se incluyen nuevas prestaciones obligatorias para las personas con uso problemático de drogas, particularmente para los usuarios de cocaína y pasta base de cocaína.

A partir de este decreto, en el cual se establecen tres modos de abordaje para todo el Programa de Salud Mental, los prestadores integrales deberán asegurar a las personas con uso problemático de cocaína y pasta base de cocaína dos nuevas instancias:

En el denominado MODO 1, la atención en grupo hasta 16 sesiones anuales para los familiares o referentes afectivos de los usuarios con uso problemático.

En el denominado MODO 3, la atención individual y/o grupal psicoterapéutica, hasta 48 sesiones anuales para los usuarios.

A la vez, en lo que respecta a las prestaciones, es necesario mencionar que en el marco del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental está prevista la internación psiquiátrica por 30 días (y sin límites de tiempo para los menores de 18 años), la que en los hechos está incluyendo a las personas que tienen uso problemático de drogas que requieran internación, más allá de la prevista por intoxicación severa, aunque estos no presenten una afección psíquica.

En síntesis, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud existe un núcleo de prestaciones mínimas obligatorias con cobertura universal¹⁴ para aquellos usuarios que presenten un uso problemático de drogas que incluyen apoyo presencial o telefónico permanente, policlínicas de atención ambulatoria multidisciplinaria, internación y atención a familiares o referentes afectivos. Sobre estas prestaciones mínimas obligatorias se ensamblan las prestaciones brindadas en el marco de la Red Nacional de Atención en Drogas (RENADRO) para los usuarios de ASSE.

Sistema Nacional Integrado de Salud: Prestaciones mínimas obligatorias para personas con uso problemático de drogas:	
1.	apoyo presencial o telefónico permanente
2.	policlínicas de atención ambulatoria multidisciplinaria
3.	internación por intoxicación severa
4.	atención en grupo para los familiares o referentes afectivos de los usuarios con uso problemático de cocaína o pasta base
5.	atención individual y/o grupal psicoterapéutica para los usuarios con uso problemático de cocaína o pasta base
6.	internación psiquiátrica para las personas con uso problemático de drogas.

¹⁴ Ver detalles en el apartado 6 del presente documento.

3. Red Nacional de Drogas (RENADRO)

3.1 Definiciones generales

La Estrategia Nacional para el Abordaje del problema de Drogas 2011-2015 de la Junta Nacional de Drogas de Uruguay (JND)¹⁵, plantea en sus bases programáticas:

La estrategia promoverá un abordaje sociosanitario desde una política de salud pública en su más amplia acepción. Incluye el derecho a la salud, la educación en salud, la prevención, detección precoz, asistencia y tratamiento en el campo de la enfermedad y de la reducción de daños a través de diversos dispositivos. El enfoque de salud pública constituye un pilar de la Estrategia desde una óptica de solidaridad social y de una concepción bio-psico-social que incluye la promoción, prevención y el trabajo comunitario con participación activa de todos los actores locales públicos, privados, de organizaciones vecinales, no gubernamentales y líderes comunitarios (JND, 2011).

Coherente con los pilares en los que se fundamenta el Sistema Nacional Integrado de Salud, esta Estrategia sostiene la necesidad de la complementación y profundización de acciones desde diversas áreas de intervención, bajo el concepto de responsabilidad compartida y cogestión de los riesgos entre el Estado, actores sociales, comunitarios y la sociedad en general. El fortalecimiento de la Red de Asistencia en Drogas es la herramienta fundamental en este sentido, y así lo plantea en uno de sus objetivos. Este fortalecimiento deberá valerse de un enfoque interinstitucional que abarque las redes sanitarias y sociales a nivel nacional y local tomando en consideración los tres niveles de atención en salud; a la vez, la visión participativa e inclusiva que promueve remite a la jerarquización del espacio local o comunitario para alcanzar una sinergia entre los prestadores de salud públicos y privados, actores sociales y comunitarios para facilitar el acceso de la población a los servicios y prestaciones universales, de forma de garantizar el pleno ejercicio de los derechos ciudadanos.

Entonces, el fortalecimiento de la Red Nacional de Drogas (RENADRO) se enmarca en el conjunto de iniciativas de sensibilización, promoción de la salud, prevención, abordajes sociosanitarios, atención-tratamiento e inserción de los usuarios de drogas que encuentra su sustento en la Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas.

La RENADRO conceptualizada como un modelo de intervención para personas con uso problemático de drogas se caracteriza por la continuidad de atención en los diferentes niveles orientando sus acciones hacia el abordaje integral de la problemática, lo que lleva a promover la prevención, el tratamiento y la inserción

¹⁵ La JND es un organismo dependiente de la Presidencia de la República de carácter interministerial encargado de definir las líneas políticas en las distintas áreas en lo que hace a la reducción de la demanda de drogas, control de la oferta y lavado de activos, sistematización de estudios, información e investigación, tratamiento y rehabilitación, comunicación y debate público y académico. Los ministerios que conforman la JND son: Ministerio del Interior, de Relaciones Exteriores, de Economía y Finanzas, de Defensa Nacional, de Educación y Cultura, de Trabajo y Seguridad Social, de Salud Pública, de Turismo y de Desarrollo Social. Los subsecretarios de cada una de estas carteras, así como el Secretario General de la Junta Nacional de Drogas y el Secretario General de la Secretaría Antilavado de Activos, son los miembros permanentes, junto con el Prosecretario de Presidencia de la República, quien preside la JND

social desde la perspectiva de la gestión de riesgos; esta última, si bien diferenciada del proceso terapéutico, se concibe en estrecha complementariedad de forma de lograr un abordaje integral. En lo que hace específicamente al ámbito del tratamiento, parte del supuesto de que no existe un único tratamiento sino que los diferentes procesos y necesidades por las que transitan los usuarios necesitan una adecuación de los dispositivos a estas diversas demandas, buscando el diseño y organización de los dispositivos de forma que aporten una respuesta sanitaria se aleje de la internación como el único recurso posible. La meta última es lograr la definición de un horizonte para los usuarios desde la inclusión e inserción social plena en la sociedad, en tanto una etapa más del tratamiento.

La RENADRO encuentra en la conformación del Fideicomiso RENADRO¹⁶ la financiación para el desarrollo de parte de sus acciones. Esta nueva figura viene a garantizar, ahora con recursos financieros, la modalidad de trabajo interinstitucional ya señalada desde el trabajo en red orientado tempranamente por la Estrategia Nacional para el Abordaje del problema de Drogas de la JND.

3.2 Relación de la RENADRO con los prestadores integrales de salud

Como se señala en el apartado anterior, la implementación del SNIS remite a los prestadores integrales de salud en lo referente las prestaciones mínimas dirigidas a la población con uso problemático de drogas, las que quedan garantizadas por la legislación vigente. A partir de esta base, entonces, es que la RENADRO pretende facilitar el acceso de los usuarios a estas prestaciones, oficiando un papel clave de coordinación interinstitucional entre estos prestadores y también con aquellos otros actores a los que no comprende el SNIS, pero sí cuentan con algún tipo de intervención en materia de drogas. Vale decir, promoviendo redes de intervención orientadas no solo a asegurar el umbral mínimo, sino al logro de nuevas prestaciones por sobre las mínimas establecidas a partir de la coordinación y planificación de la atención a usuarios de drogas desde una red que reúna a instituciones públicas y privadas, así como a usuarios de servicios y a representantes de la comunidad local y nacional.

En la actualidad la RENADRO, en lo que refiere específicamente a sus acciones en el área de atención y tratamiento, encuentra en el ámbito público su eje de actuación; por lo que se encuentra en ASSE, principal prestador integral público, a la institución “socio” clave con la cual desarrolla en conjunto diversas iniciativas en materia de prestaciones en drogas en los tres niveles de atención. De acuerdo a lo informado desde el Área de Atención y Tratamiento de la JND existe una fuerte intención –y en esto se está trabajando– de llevar este ámbito de acción y coordinación a la esfera privada y, en particular de lograr sinergias con las IAMC, considerando que entre ASSE y estas se logra la cobertura de la totalidad de usuarios en el país.

¹⁶ “El fideicomiso es el negocio jurídico por medio del cual se constituye la propiedad fiduciaria en un conjunto de derechos de propiedad u otros derechos reales o personales que son transmitidos por el fideicomitente al fiduciario para que los administre o ejerza de conformidad con las instrucciones contenidas en el fideicomiso...”, Artículo 1, ley 17.703. El Fideicomiso RENADRO está integrado por la Junta Nacional de Drogas (JND), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y la Administración Nacional de Salud Pública (ASSE) en tanto fideicomitentes; el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) como aportantes adicionales y la Corporación Nacional para el Desarrollo (CND) en tanto fiduciaria o administradora.

3.3 Principales estrategias en el área de tratamiento sostenidas desde la RENADRO¹⁷

Distinguiendo los tres niveles clásicos de atención en salud, la RENADRO organiza los recursos para satisfacer las necesidades de la población usuaria de drogas.

En primer lugar se encuentra el Servicio de Contención y Atención Telefónica de la Red Nacional de Drogas *1020, este es de acceso gratuito desde todo el territorio nacional, y se sustenta en el trabajo de un equipo especializado en dar respuesta, contención y escucha calificada a cualquier persona que llame.

Por otro lado, en el primer nivel de atención, el más cercano a la población, de baja complejidad y donde se establece el primer contacto de los usuarios con prestaciones sociosanitarias, una de las estrategias se base en la detección precoz del uso problemático y la implementación de Intervenciones Breves basadas en el modelo ASSIST-DIT de la Organización Mundial de la Salud (OMS), contando con el soporte de la red de primer nivel de atención de ASSE para esto.

Por otro lado, promueve tratamientos de base comunitaria (TBC), dispositivos de anclaje territorial que desarrollan sus intervenciones desde una perspectiva comunitaria buscando el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que tienen un consumo problemático de drogas y el mejoramiento de la accesibilidad a los demás dispositivos de la Red.

El Programa Aleros, desarrollado a partir de una fuerte articulación interinstitucional con la Junta Departamental de Drogas de Montevideo, se basa en el trabajo de equipos de proximidad conformados por duplas técnicas que trabajan en territorios de extrema vulnerabilidad social, incluyendo el trabajo de captación en calle (proximidad) y la promoción de redes institucionales, sociales y locales con enfoque integral (aspectos preventivos, asistenciales, de inclusión social y de gestión de riesgos y daños).

Asimismo, los Centros de Escucha e Inclusión Social se enmarcan en los TBC siendo servicios con exigencias mínimas para la accesibilidad con anclaje comunitario, con oferta de escucha inmediata, orientación, acompañamiento y derivación. La RENADRO apoya el desarrollo conjuntamente con la Junta Departamental de Drogas de Montevideo del Punto de Encuentro de Malvín Norte, Punto de Encuentro de Punta de Rieles, Al Oeste Sumaré 2 (La Teja Barrial), Centro de Escucha del Centro Comunal 8 y El Achique de Casavalle, en este último caso a partir de un convenio entre IM, ASSE, JND y MIDES.

Por otro lado, la RENADRO implementa y gestiona junto con las Juntas Departamentales de Drogas los Dispositivos de Orientación, consulta, diagnóstico y tratamiento (Ciudadelas), los que ofician de punto de ingreso al Sistema Nacional de Tratamiento de la Red Nacional de Drogas, así como lugar de referencia en el tema drogas. La implementación de estos dispositivos se ha adecuado a la necesidad y la realidad de cada departamento del país, articulando –en algunos casos– recursos institucionales con los efectores públicos y privados de salud de forma de generar sinergias de recursos técnicos entre los sistemas.

Los denominados Ciudadelas son dispositivos que brindan información, asesoramiento, diagnóstico y derivación oportuna para la población con uso problemático

¹⁷ Basado en documento de trabajo del Departamento de Atención y Tratamiento de la Junta Nacional de Drogas de junio 2015.

de drogas, familiares y/o referentes socioafectivos provenientes del sistema asistencial, judicial o por motivación personal, así como información sobre el consumo de drogas a todos los ciudadanos. Los Ciudadelas –funcionamiento en junio de 2015– se ubican en Montevideo, Salto, San José, Flores, Florida, Tacuarembó, Rivera, Soriano, Paysandú, Treinta y Tres y Bella Unión. Cabe aclarar que en el momento de finalizar el presente informe (octubre 2015) se está inaugurando el Centro Ciudadela en Durazno.

Con excepción del Ciudadela Montevideo –que en particular está siendo gestionado entre la Intendencia de Montevideo, ASSE, INAU, JND, Mides y el Poder Judicial– todos los demás incluyen dentro de sus servicios modalidades de tratamiento ambulatorios especializados. De forma que además de la orientación, evaluación y diagnóstico inicial que lo llevan a cabo todos (lo que se inserta en el primer nivel de atención en salud), brindan un abordaje interdisciplinario individual, grupal y/o familiar, coordinando acciones hacia la rehabilitación e inserción social del usuario de drogas y articulando con la red local sociosanitaria y comunitaria; lo que se inserta en el segundo nivel de atención en salud.

Entonces, en el segundo nivel de atención la RENADRO sostiene los dispositivos y establecimientos con énfasis en el diagnóstico, el tratamiento y la atención. Por un lado, los tratamiento ambulatorios: tanto los centros ambulatorios especializados (centros Ciudadelas, Jagüel, Portal Amarillo), modalidad con permanencia horaria limitada de los usuarios con una frecuencia baja, semanal o bisemanal, como puede darse en los servicios de consulta externa con un equipo multidisciplinario como los centros diurnos (Jagüel, Portal Amarillo) que sin ser un abordaje residencial permiten una permanencia durante mayor cantidad de tiempo (mañana, tarde, o ambas) con una frecuencia no menor de tres veces por semana con una estructuración mínima de cuatro horas diarias. Estos últimos, además de ofrecer los servicios mencionados en la modalidad anterior, agregan actividades de taller, actividades lúdico-recreativas y actividades de educación en hábitos y tareas.

En este mismo nivel de atención se ubican los centros residenciales regionales, los que ofrecen la propuesta asistencial en régimen de alojamiento de 24 horas, dando asistencia a los usuarios en un espacio terapéutico-educativo permanente. Es una forma intensiva de tratamiento que favorece la recuperación biológica, psicológica y social del usuario del servicio.

La RENADRO da cuenta –luego de un largo proceso de trabajo articulado que involucra a varios organismos del Estado (JND, MSP, ASSE, INAU, Poder Judicial y diversas intendencias) – de la implementación de Casabierta y El Jagüel. Estos centros residenciales de corta estadía (hasta 90 días), se suman al ya existente Portal Amarillo, centro de referencia de ASSE en la materia. Desde una mirada regional, estos tres centros residenciales cubren la región norte, este y metropolitana.¹⁸

El tercer nivel refiere a la atención de patologías y condiciones complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Se encuentran en este nivel los dispositivos residenciales de carácter nacional para me-

¹⁸ Actualmente se encuentran en proceso de construcción los centros de la Región Centro en Durazno y de la Región Oeste en el departamento de Soriano.

diana y larga estadía (hasta un año), donde se trata la asistencia del usuario en un espacio terapéutico-educativo permanente hasta que se defina el alta o el pasaje a otro programa terapéutico. Es una forma intensiva de tratamiento que favorece la recuperación biológica, psicológica y social del usuario del servicio. Los servicios que involucra son: la evaluación inicial; diagnóstico y estrategia terapéutica individual; tratamiento psicoterapéutico individual, grupal y familiar; evaluación y atención médica; atención psicosocial; actividades de taller; inserción social de los usuario; articulación con la red local sociosanitaria y comunitaria; actividades lúdico-recreativas; actividades de educación en hábitos y tareas propias a la adhesión de un proceso de convivencia en servicios de 24 horas.

En el marco de la RENADRO –también a partir de una fuerte articulación interinstitucional– funcionan dos centros residenciales de larga estadía con estas características: El Paso en el departamento de Canelones y Chanaes en el departamento de San José; este último especializado para el tratamiento de patología dual de adolescentes y jóvenes, donde además del consumo problemático de sustancias psicoactivas, los usuarios presentan patologías psiquiátricas asociadas.

A su vez, en este tercer nivel de atención se están implementando los Equipos de Respuesta Integral en Crisis Adictivas (ERICA); actualmente se cuenta solo con un único equipo en funcionamiento en Montevideo. El ámbito de actuación de estos equipos debe ser en el momento en que se dan internaciones en crisis agudas, con potencial o inminente peligro para sí mismos o para los demás o que presentan complicaciones médicas o psiquiátricas que requieren los recursos disponibles en un hospital general o especializado. Abordan prioritariamente los aspectos asistenciales clínicos y psicosociales vinculados a la intoxicación aguda y/o crónica y sus correspondientes urgencias médicas. El equipo hospitalario en este caso actúa conjuntamente con un equipo psicosocial que trabajando con la familia y el entorno realizan intervenciones motivacionales buscando integrar al usuario con el resto de los dispositivos de la red, de forma de convertir esta crisis aguda en una oportunidad para el inicio de algún tipo de proceso terapéutico.

Finalmente, se da cuenta en este nivel de las Unidades Móviles de Atención (UMA) para personas con uso problemático de drogas, que comienza a funcionar a instancias de la RENADRO y en coordinación con las Juntas Departamentales de Drogas de Montevideo y Canelones. La UMA es un dispositivo móvil y ambulatorio altamente especializado en el abordaje de situaciones de consumo problemático de drogas en personas en situación de exclusión grave. Dada la desafiliación sociocultural de este segmento de la población, la estrategia de atención debe basarse en acciones orientadas a la generación de tiempos-espacios de fortalecimiento de vínculos y redes. El equipo de trabajo opera como un primer puente, que por su integración sociosanitaria, puede cumplir las tareas de atención en salud y en el campo específico del uso de drogas, tanto en las modalidades de gestión de riesgos como el trabajo terapéutico de sostén y preparación para el cambio. Actúa en tres zonas del departamento de Montevideo abarcando a la vez parte del área metropolitana y coordina su accionar con los refugios del MIDES así como con dispositivos de ASSE y el Centro Ciudadela Montevideo.

Estrategias de la RENADRO

Primer nivel de atención:

Servicio de Contención y Atención Telefónica de la Red Nacional de Drogas *1020

Detección precoz de uso problemático de drogas e implementación de Intervenciones Breves

Tratamientos de Base Comunitaria

Dispositivos de orientación, consulta, diagnóstico (Ciudadelas)

Segundo nivel de atención:

Dispositivos de orientación, consulta, diagnóstico y tratamiento (Ciudadelas)

Centros ambulatorios especializados y centros diurnos (Ciudadelas, Jagüel, Portal Amarillo)

Centros residenciales regionales (Jagüel, Casabierta, Portal Amarillo)

Tercer nivel de atención:

Dispositivos residenciales nacionales para mediana y larga estadía (El Paso, Chanaes)

Equipos de Respuesta Integral en Crisis Adictivas (ERICA)

Unidades Móviles de Atención (UMA)

4. Atención y tratamiento a personas con uso problemático de drogas: rutas de acceso

Inmersos en la complejidad institucional pueden perderse de vista los recursos efectivos de atención y tratamiento a los que pueden acceder los usuarios; intentando que esta no sea la situación, en este apartado se busca delinear las rutas de acceso a los recursos de acuerdo al tipo de cobertura de salud que posea, así como la existencia o no de costos asociados, en concreto, contestar las preguntas: ¿a dónde puedo ir? y ¿quiénes pueden ir a qué lugar?

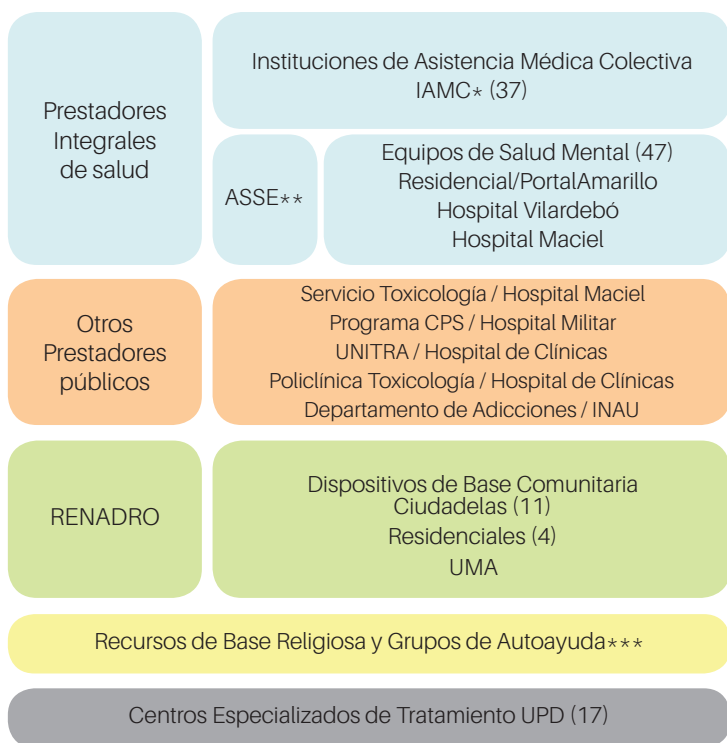
Como primer punto se esquematiza en la Figura 3 una mirada global sobre el sistema. Ahora bien, ¿quién puede solicitar y recibir atención en las IAMC, en ASSE, en los otros prestadores públicos, en los dispositivos de la RENADRO, en un centro especializado o en un dispositivo de base comunitaria?

En primer lugar, el derecho a la atención en alguno de los prestadores integrales de salud se genera a partir de la opción por alguna IAMC en particular o por ASSE (administrado por el Estado) en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud; este sistema comprende a todos los trabajadores privados y trabajadores públicos con seguridad social, pasivos, hijos menores de 18 años y discapacitados a cargo de trabajadores asegurados. El sistema se financia con aportes del Estado, de las empresas y de los asegurados que, de acuerdo a los ingresos y a la opción de incluir hijos, tienen fijada una cuota parte de su salario para la cobertura de salud a través del FONASA (Fondo Nacional de Salud).

Más allá del costo asociado por este aporte del salario fijado, la cobertura de salud varía si se elige como prestador a una IAMC o ASSE, ya que en el caso de la primera –aunque con variaciones de una a otra– existen sobrecuotas o copagos (tique, órdenes) asociadas a la efectivización de las prestaciones, mientras que la atención por ASSE no genera otro costo asociado que aquel aporte primario en el caso de que la cobertura sea por el FONASA. Entonces, aquel socio de una IAMC que este transitando, por ejemplo, por un tratamiento ambulatorio por uso problemático de drogas que demande que concurra a las sesiones una o dos veces por

semana, deberá contar con los recursos para cubrir las órdenes de atención y también de copagos, en el caso de alguna de las prestaciones necesarias por sesión¹⁹.

Figura 3. Recursos disponibles para el tratamiento de personas con uso problemático de drogas en Uruguay



*²⁰

**²¹

***²²

En este punto es necesario destacar que ASSE no solo presta atención a los socios FONASA, sino que la mayor proporción de sus usuarios tienen un tipo de cobertura

¹⁹ Cabe señalar que no existen restricciones en el caso de que un usuario FONASA de cualquier IAMC quiera dar de baja a su afiliación para optar por su atención en ASSE; esto es, en cualquier momento puede optar por trasladar su atención en el marco del SNIS de una IAMC a ASSE, situación que no es permitida entre IAMC.

²⁰ Se contabilizan en total en el país 37 IAMC, lo que no está incluyendo –en el caso de que esto ocurra– las filiales en diferentes localidades sino solo la sede central, debido a que por lo general los servicios especializados de atención a personas con uso problemático de drogas se concentran en la casa central de la institución.

²¹ En el caso de ASSE, se están consignando los servicios o dispositivos en los que se encuentra una orientación específica al tratamiento de la población con consumo problemático de drogas; no es el caso de las puertas de emergencias de todos los hospitales departamentales y centros auxiliares del país, donde se los asiste en caso de emergencia por ejemplo, para luego derivarlos a los servicios aquí referidos.

²² Los hogares Beraca en el país son 36, en tanto los puntos de recepción de la Comunidad Remar, también a nivel nacional, son ocho. En lo que refiere a los lugares de funcionamiento de grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos se encuentran 185 en todo el país y de Narcóticos Anónimos 58.

totalmente gratuita determinada por su situación socioeconómica que no le permite otro tipo de acceso a la salud; a esta se accede registrando el alta en alguna de las dependencias de ASSE, teniendo estos usuarios los mismos derechos que los socios por FONASA.

De forma que en Uruguay en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, y con la cobertura de salud dada por la seguridad social, entre las IAMC y ASSE (con la diferencia de costos ya explicitadas) queda potencialmente garantizado para la totalidad de la población el conjunto de prestaciones mínimas para los usuarios problemáticos de drogas explicitadas en el apartado 4.3 del presente documento.

Tabla 1. Afiliados IAMC y ASSE por tipo de afiliación. Marzo 2015

IAMC	Socios FONASA	1.930.920
	Afiliación individual	105.568
	Afiliación colectiva	103.810
	TOTAL IAMC	2.140.298
ASSE	Socios FONASA	395.915
	Cobertura gratuita	819.951
	Sanidad Policial y Militar	73560
	TOTAL ASSE	1.289.246
Seguros Privados Integrales ²³		94.298
Cobertura Total		3.524.022 ²⁴

Fuente: ASSE y Sistema Nacional de Información - Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública. (SINADI-DES-MSP, 2015).

Ahora bien, sobre estas prestaciones mínimas se agregan otras para algunos usuarios particulares, esto es, los servicios especializados en los otros prestadores públicos que no conforman el SNIS; este es el caso del Servicio Toxicología y uso Problemático de drogas del Hospital Policial para funcionarios del Ministerio del Interior, así como para sus cónyuges e hijos; el Programa sobre Consumo Problemático de Sustancias del Hospital Militar, para funcionarios del Ministerio de Defensa, así como para sus cónyuges e hijos; la Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol y Policlínica de Toxicología en el Hospital de Clínicas para los usuarios con cobertura gratuita de ASSE y el Departamento de Adicciones del INAU para menores de 18 años.

Asimismo, en cuanto a los dispositivos residenciales de la RENADRO, están pensados para brindar sobreprestaciones además de las mínimas previstas por el SNIS,

²³ Los seguros privados integrales, como puede visualizarse en la Figura 2 del presente documento, también son prestadores integrales de salud en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, solo que para acceder a estos a través de FONASA, el usuario debe pagar una cuota mensual de forma privada, además del aporte del salario ya fijado. Son seis los seguros privados integrales y del total de sus usuarios el 60% corresponde a socios a través del FONASA (lo que representa al 1,7% de la población del país), los demás son afiliados de forma particular.

²⁴ La población de Uruguay de acuerdo al Censo de Población realizado por el INE en el año 2011 es 3.286.314, con lo cual se constata, de acuerdo a los datos brindados por las instituciones competentes, una doble cobertura en 237.700 personas aproximadamente, se debe, por un lado a la doble cobertura de los usuarios de Sanidad Militar y Policial los que también aportan al FONASA y por tanto también son usuarios de ASSE o IAMC según sea la opción realizada.

teniendo derecho los usuarios de ASSE tanto a los tratamientos residenciales de corta como de larga estadía. En el caso de los tratamientos ambulatorios de los centros Ciudadelas del interior del país, dada la complementación de recursos entre efectores públicos y privados, además de los usuarios ASSE también pueden acceder a estos los usuarios de las IAMC. Y, por último, los servicios de orientación, consulta y diagnóstico brindado también por los Ciudadelas, incluyendo al de Montevideo en este caso, son de acceso a todos los ciudadanos del país.

De la misma forma, los tratamientos de base comunitaria y recursos de base religiosa y grupos de autoayuda como es el caso de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos (AA y NA), no presentarían ningún requisito de acceso en términos de tipo de cobertura de salud, sino que cualquier persona que decida acceder a estos, potencialmente podría hacerlo. Claro está, en el caso de los dispositivos de base comunitaria, la población que efectivamente captan queda definida en la población a la que se dirigen y en los objetivos, específicamente diseñados para trabajar en territorio y alcanzar a los segmentos de la población de extrema vulnerabilidad social buscando tejer redes con los demás recursos de salud de la red, así como con otros servicios sociales y comunitarios.

En el caso de los centros especializados de tratamiento, en tanto instituciones privadas con o sin fines de lucro, presentan una oferta de servicios accesible para cualquier persona con la condición de que posea los recursos financieros para cubrir el costo.

Figura 4. Tipos de usuarios del sistema de salud y derechos de atención en los centros e instituciones

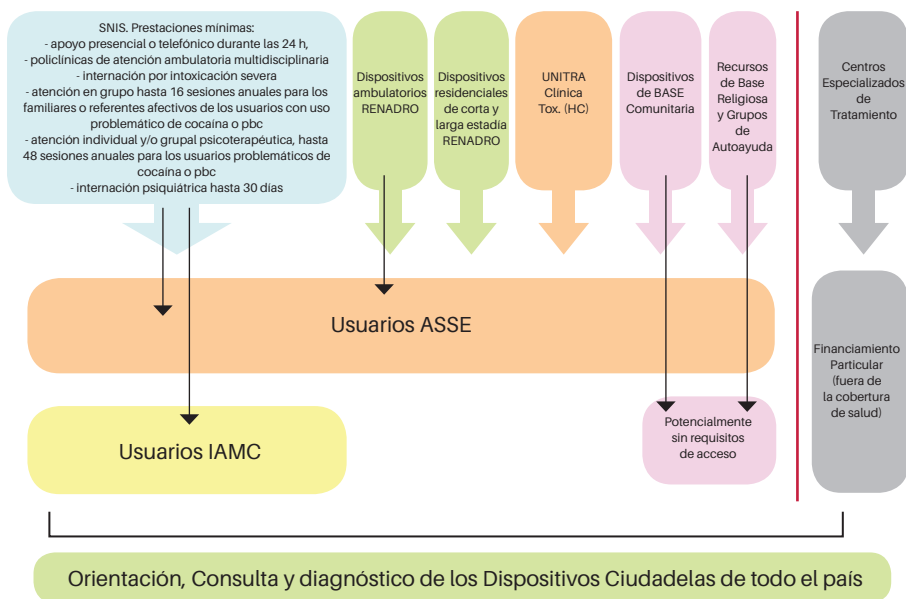
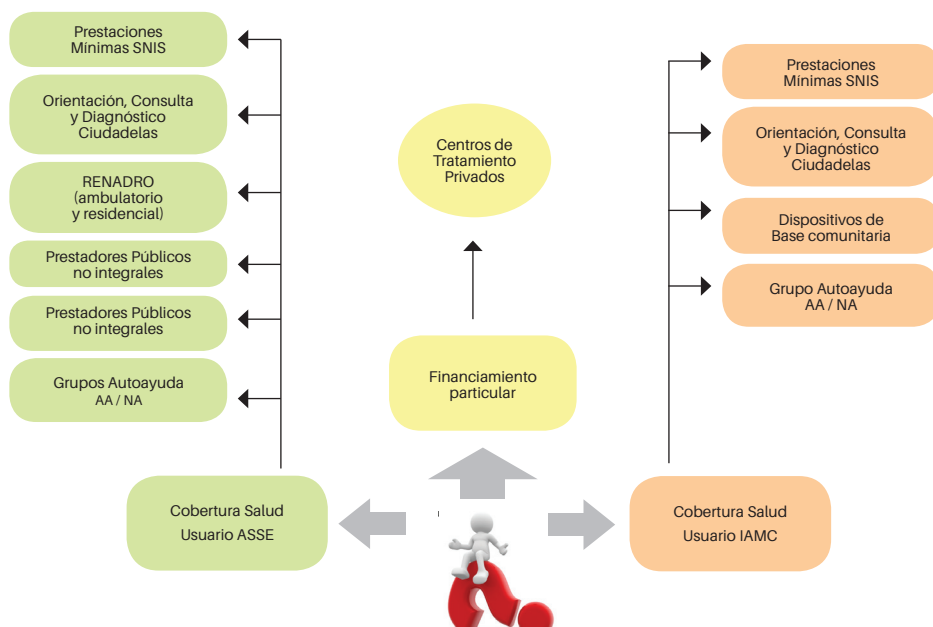


Figura 5. Rutas de acceso a la atención y tratamiento según tipo de cobertura en el Sistema Nacional Integrado de Salud.



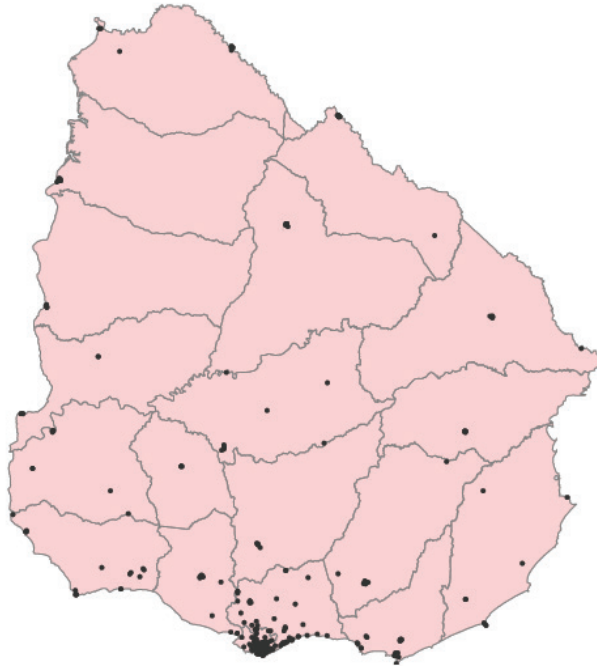
5. Sistematización de la oferta de tratamiento para personas con uso problemático de drogas

5.1. Puntos de acceso en el territorio

En todo el territorio nacional, hay 394 puntos de acceso para solicitar atención a la problemática del consumo problemático de drogas.²⁵ En la tabla siguiente se discriminan considerando el tipo de centro, dispositivo o servicio, a la vez que la institucionalidad, de forma de considerar en su lectura lo expuesto en el apartado anterior respecto a la accesibilidad a uno u otro dependiendo de la cobertura de salud con la que se cuente.

²⁵ Se excluyen las unidades de tabaquismo.

Figura 6. Puntos de acceso a atención y tratamiento por uso problemático de drogas. Uruguay



La mayor cantidad de puntos de acceso o de recursos en el territorio está conformada por los grupos de autoayuda de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos, entre las dos instituciones despliegan en el país 243 lugares donde funcionan los grupos una o dos veces por semana. Por otro lado, los recursos religiosos en el territorio son en su mayoría hogares de las organizaciones Beraca y Remar, reuniendo 14 puntos de acceso.²⁶

Respecto a los dispositivos de ASSE, que también cubren todo el país, se encuentran los 47²⁷ equipos de salud mental, el Hospital Maciel, el Hospital Vilardebó y el Portal Amarillo. En lo que hace a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) debe hacerse una aclaración, en la tabla se consignan las 37 puntos de acceso constituidos por las sedes o casas centrales de las instituciones tanto las afincadas en la capital como en el interior del país, donde se encuentran –en su gran mayoría– funcionando los servicios y equipos especializados para atención y tratamiento de los usuarios problemáticos de sustancias. No se están contabilizando las dependencias o policlínicas de las IAMC que se ubican en una localidad diferente a la sede central, en su mayoría IAMC de Montevideo que distribuyen filiales en otras ciudades del país, así como tampoco las policlínicas secundarias de IAMC de Montevideo en otros barrios de la capital del país, dado la localización de los servicios especializados para usuarios en las sedes centrales.

²⁶ Los puntos que se consignan son específicamente los lugares de acceso donde se reciben las solicitudes de ingreso, cada una de estas organizaciones tiene en el territorio más hogares a los que derivan a las personas, pero que no son puntos donde se pueda acceder directamente.

²⁷ De estos equipos de salud mental hay dos que funcionan en el Hospital Maciel y uno en el Hospital Vilardebó.

En lo que refiere a los dispositivos de la RENADRO, se contabilizan los 11 centros Ciudadelas²⁸ del país, los centros residenciales Jagüel, Casabierta, Chanaes y El Paso, así como la Unidad Móvil de Atención.

Dentro de los dispositivos de base comunitaria se encuentran tres Centros de Escucha, dos Puntos de Encuentro y los dispositivos Al Oeste sumaré y Achique Casavalle en el departamento de Montevideo, dos Centros de Escucha en el interior del país, así como el Programa Aleros que desarrolla su actividad con seis duplas móviles de técnicos que cubren territorio de Montevideo y del departamento de Canelones.

Por último, en lo que respecta a los otros prestadores públicos, ya listados en la Figura 3, son el Servicio Toxicología del Hospital Policial, el Programa CPS del Hospital Militar, UNITRA y la Policlínica Toxicología del Hospital de Clínicas y el Departamento de Adicciones de INAU.

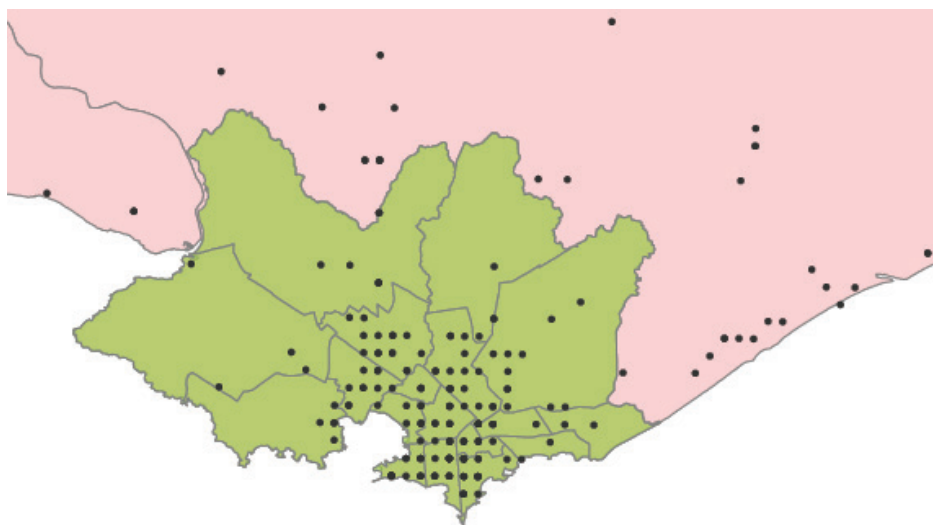
Asimismo, puede verse en la Tabla 2 la distribución de los tipos de centros según su ubicación en la capital del país o en el resto del territorio nacional. La mayoría de los servicios tienen presencia en todo el país, se señala la cobertura de ASSE, dispositivos de la RENADRO y de las IAMC, así como en lo que refiere a los recursos religiosos y grupos de autoayuda. Cabe señalar que el programa Aleros, consignado como un dispositivo de base comunitaria, si bien despliega su accionar mayormente en territorio del departamento de Montevideo, también cubre algunas zonas de Canelones, departamento contiguo a la capital.

Tabla 2. Puntos de acceso para solicitar atención por uso problemático de drogas por tipo institucional y región. Uruguay

	Total país		Montevideo	Interior
	N	%	N	N
ASSE	47	11,9	18	29
IAMC	37	9,4	11	26
Dispositivos RENADRO	16	4,1	2	14
Centro especializado	17	4,3	16	1
Dispositivo de base comunitaria	15	3,8	13	2
Otros prestadores públicos (no integrales)	5	1,3	5	0
Comunidad religiosa (Beraca, Remar, Fazenda)	14	3,6	2	12
Alcohólicos Anónimos	185	47,0	77	108
Narcóticos Anónimos	58	14,7	26	32
Total	394	100%	170	224

²⁸ El dispositivo Ciudadela Durazno está en la fase final de implementación en el momento en que se termina este informe, por lo que no está incluido como punto de acceso, pero debe considerarse que en los próximos días ya estará en funcionamiento.

Figura 7. Puntos de acceso a atención y tratamiento por uso problemático de drogas. Departamento de Montevideo y zona limítrofe en el departamento de Canelones.



Nota: Un mismo punto en la figura representa, en muchos casos, más de un punto de acceso de atención y tratamiento en el territorio dado la escala que es posible usar para incorporar figuras en el documento. De todas formas, es posible tener una aproximación a la distribución de los puntos en el territorio. Asimismo, está disponible para su visualización en un Sistema de Información Geográfica, la capa (formato.shp) con las coordenadas de cada uno de los puntos.

Más allá de esta descripción del tipo de centro en conjunción con la filiación institucional que quiso en primera instancia presentarse, se indagó cómo se definen los centros, dispositivos o servicios en cuanto a las alternativas de atención, pudiendo considerar más de una en su respuesta (Tabla 3).

Tabla 3. Alternativas de atención de los puntos de acceso de la red socio-sanitaria y comunitaria. Uruguay

	Respuestas		Porcentaje de casos
	N.º	Porcentaje	
Consultorio de atención primaria	9	2,0	2,3
Hospital de día	7	1,6	1,8
Servicio clínico de psiquiatría en hospital general	4	0,9	1
Hospital o clínica psiquiátrica	2	0,5	0,5
Unidad de urgencia psiquiátrica	2	0,5	0,5
Comunidad terapéutica	19	4,3	5
Grupo de autoayuda	255	57,7	66,6

Centro de apoyo comunitario o de contención	25	5,7	6,5
Residencias de inclusión social	11	2,5	2,9
Hospedería, albergue	9	2,0	2,3
Ciudadela	11	2,5	2,9
Clinica multidisciplinaria	2	0,5	0,5
Equipo Salud Mental	45	10,2	11,8
IAMC	33	7,5	8,6
Policlínica especializada	2	0,5	0,5
Residencial	5	1,1	1,3
Unidad Móvil	1	0,2	0,3

La pregunta realizada admitía una respuesta múltiple, por este motivo el porcentaje de casos supera el 100%.

5.2. Instituciones y Centros de atención y tratamiento

Si la mirada deja por un momento de ser territorial, estos 394 puntos de acceso en el territorio a los que se ha referido hasta ahora se vuelven 94 instituciones o centros²⁹ con prácticas y protocolos de actuación unificados y este es el criterio, por ejemplo, al considerar a Alcohólicos Anónimos como una única institución aunque con 185 puntos de acceso en el territorio. De esta forma, se inicia un análisis donde la unidad de análisis son las instituciones o centros más allá de que alguna de estas tenga más de un punto de acceso en el territorio. En la Tabla 4 queda de manifiesto el universo al que se refiere el resto del documento.

Cabe aclarar que los centros Ciudadelas, que en un primer momento podrían considerarse un único dispositivo que desarrolla sus actividades en 11 departamentos del país, presentan configuraciones institucionales diferentes según los recursos de efectores públicos y privados involucrados en cada departamento en particular.

²⁹ En el documento se hará referencia indistinta a centros o instituciones. El criterio es distinguir estos de los puntos de acceso. Estrictamente con esta discriminación se quiere considerar las situaciones en que una misma institución tiene más de un punto de acceso en el territorio. Por tanto, puede considerarse –únicamente para este trabajo– a los centros como sinónimos de instituciones, discriminando a ambos de los puntos de acceso en territorio que estos tienen.

Tabla 4. Instituciones/Centros de la red sociosanitaria y comunitaria. Uruguay

	Frecuencia	Porcentaje
Centro especializado privados	17	18,1
IAMC	37	39,4
Dispositivo de base comunitaria	10	10,6
Otros p. públicos (no integrales)	5	5,3
RENADRO	16	17,0
Comunidad religiosa	3	3,2
ASSE (ESM, Portal, Vilardebó, Maciel)	4	4,3
Alcohólicos Anónimos	1	1,1
Narcóticos Anónimos	1	1,1
Total	94	100%

La presentación de los resultados respecto a la caracterización de las instituciones y centros de atención y tratamiento queda limitada únicamente a los datos respecto a la profesionalización de los mismos y los recursos humanos involucrados; en el documento original pueden consultarse los aspectos referidos al funcionamiento, capacidad de atención y protocolos de actuación, población objetivo, prestaciones brindadas, recursos físicos e interacción con la red de atención en drogas.

5.2.1. Recursos Humanos

De los 94 centros o instituciones, la mayoría (88) tiene profesionalizada la atención y tratamiento a los usuarios, esto se traduce en que 136 de los 394 puntos de acceso del país ofrecen un abordaje de atención y tratamiento a los consumidores con uso problemático de drogas basados en el trabajo de diversos profesionales y técnicos. Entonces, el 34,5% de los puntos de acceso están profesionalizados. En el caso de los grupos de autoayuda de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos, así como en las comunidades religiosas la situación es diferente, basando los recursos de contención social desplegados para los usuarios –parte de la población a la que atienden– en personas con un servicio religioso, voluntarios o referentes barriales.

Tabla 5. Instituciones/Centros según profesionalización de la atención. Uruguay

		%
No	6	6,4
Si	88	93,6
	94	100

Tabla 6. Cantidad de instituciones/centros que cuentan con técnicos o profesionales, según especialización. Uruguay

N Centros profesionalizados: 88				
	SÍ	%	No	Sin dato
Psiquiatra	68	77,3	12	8
Psicólogo	77	87,5	3	8
Médico general	28	31,8	52	8
Toxicólogo	6	6,8	74	8
Asistente social	52	59,1	28	8
Enfermera/Auxiliar	25	28,4	55	8
Orientador terapéutico	26	29,5	54	8
Educador social	13	14,8	67	8
Profesor/tallerista	16	18,2	64	8
Nutricionista	8	9,1	72	8

En menor medida se mencionan a otros profesionales en algunos centros, como es el caso de psicopedagogo, psicomotricista, médico internista, médico de familia, psicólogo social, psiquiatra infantil, pediatra.

Respecto a la cantidad de profesionales en cada centro o institución se cuenta con información específica de 77 centros de los 88 profesionalizados, los que representan al 87,5% de estos. Puede observarse en la Tabla 38 que hay en el país 912 profesionales y técnicos involucrados en la atención y tratamiento a consumidores con uso problemático de drogas, lectura que necesita considerar la falta de información de 11 centros de los que sí se conoce el trabajo profesionalizado pero no el dato estricto sobre la cantidad de personas involucradas.

Tabla 7. Cantidad de profesionales y técnicos en las instituciones/centros, según especialización. Uruguay

Total de Centros	Total de Centros profesionalizados	Centros que brindan información sobre la cantidad de profesionales y técnicos
N = 94	N = 88	N = 77
	93,6%	87,5% sobre total centros profesionalizados 81,9% sobre el total de centros
		Psiquiatras 174
		Psicólogos 267
		Médicos generales 29
		Toxicólogos 12
		Asistentes sociales 106
		Enfermeras/Auxiliares 118
		Orientadores terapéuticos 73
		Educadores 47
		Profesores/talleristas 49
		Nutricionistas 5
		Otros profesionales 23
		Otros técnicos 9
		TOTAL 912

*Psicopedagogo, psicomotricista, médico internista, médico de familia, psicólogo social, psiquiatra infantil, pediatra. **Orientador familiar, consejero en adicciones.

Puede observarse la relación entre la cantidad de profesionales y técnicos involucrados en la atención y tratamiento a usuarios y los egresos registrados durante el año 2014. Tomando como universo aquellas instituciones profesionalizadas de las que se cuenta también con los datos sobre egresos, se observa que la relación entre la cantidad de pacientes egresados en 2014 y la cantidad de profesionales y técnicos involucrados en el proceso terapéutico es 10,97; esto significa que por cada profesional hay casi 11 pacientes que egresaron el año pasado.

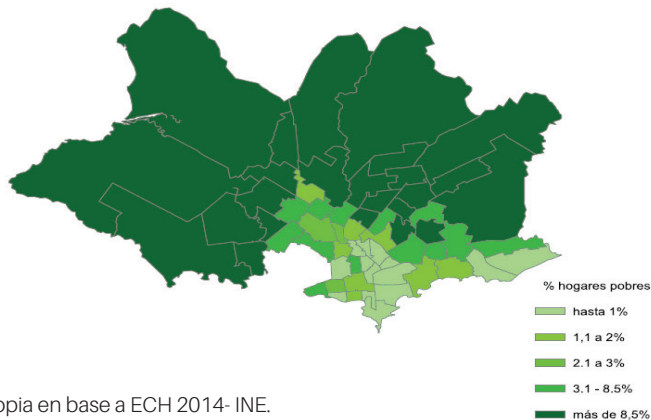
6. Accesibilidad en territorios de alta vulnerabilidad social

6.1. Territorios con alta vulnerabilidad social

La evolución de la incidencia de la pobreza³⁰ en Uruguay muestra desde el año 2004 (cuando comienzan lentamente a mejorarse los efectos de la profunda crisis socioeconómica sufrida en 2002) un decrecimiento sostenido hasta alcanzar en el año 2014 su nivel más abatido de la última década. Los hogares pobres del país urbano pasan de 29,9% a 6,7% en el período 2004-2014³¹, en tanto para Montevideo los guarismos son 28,9% y 8,5% respectivamente. Respecto a la estimación puntual de personas por debajo de la línea de pobreza se registra un descenso de casi 30 puntos porcentuales en el país urbano pasando de 39,9% a 10,1%; en tanto para Montevideo la estimación es de 38,4% en 2004 y 13,1% en 2014 (INE, 2015).

No obstante esta incuestionable mejora en los indicadores a nivel global, se encuentra que la pobreza no se distribuye de forma homogénea en el territorio, sino que particularmente en Montevideo evidencia una problemática de segregación territorial importante, llevando a la conformación de territorios de alta vulnerabilidad social donde se conjugan altos niveles de pobreza, necesidades básicas insatisfechas y déficit de integración a activos sociales claves como el trabajo y la educación.

Figura 8. Hogares bajo la línea de pobreza según barrios. 2014. Montevideo



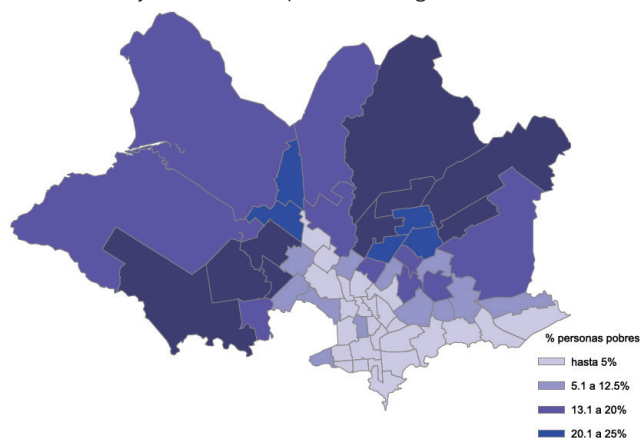
Elaboración propia en base a ECH 2014- INE.

³⁰ La estimación de la pobreza se realiza a través del método de Línea de Pobreza. Este método de medición de pobreza es considerado una forma indirecta de identificar la pobreza. Se considera que definir la pobreza por la falta de los recursos necesarios para alcanzar un nivel mínimo de vida o de subsistencia es una forma indirecta de abordarla. El método de Línea de Pobreza se basa en el ingreso como fuente de bienestar y define que son pobres a aquellas personas u hogares que tienen un ingreso por debajo de un cierto nivel mínimo. El indicador utilizado es el construido por el INE, según su metodología 2006 que se basa en la información obtenida en la última Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos en Hogares 2005-2006 (ENGIH). En dicha metodología (INE, 2013) la construcción de las líneas de pobreza se basa exclusivamente en los hábitos de consumo de la población del estrato de referencia definido en la Encuesta de Gastos e Ingresos sin introducir componentes normativos. Los índices de precios tanto de bienes alimentarios como no alimentarios son utilizados para actualizar la Canasta Básica Total (CBT), en tanto se introducen economías de escala en los gastos no alimentarios para los estratos de referencia seleccionados en las diferentes regiones geográficas, tomando en cuenta el tamaño del hogar, para finalmente alcanzar la definición de la línea de pobreza.

³¹ El país urbano refiere a la población residente en localidades de más de 5.000 habitantes, no incluyendo las localidades más pequeñas y el área rural. A partir del año 2006, las estimaciones de pobreza incluyen a la totalidad del país (urbano y rural), y también en este universo el descenso de los niveles de pobreza es notable, pasando de 24,2% de hogares bajo la línea de pobreza en 2006 a 6,4% en 2014.

La pobreza, como se observa en las figuras 5 y 6, se concentra en dos grandes regiones: oeste y noreste del departamento,³² las que registran más hogares pobres que el promedio para Montevideo, y más del 20% de las personas bajo la línea de pobreza, siendo en este caso la estimación para el departamento de 13,1%, como ya fue expuesto.

Figura 9. Personas bajo la línea de pobreza según barrios. 2014. Montevideo



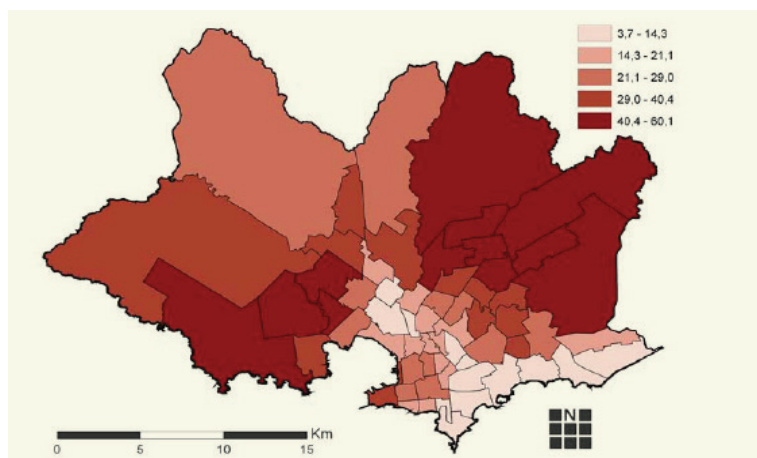
Fuente: Elaboración propia en base a ECH 2014- INE.

Asimismo, la clasificación de los barrios por el método de Necesidades Básicas –aborda el análisis de las condiciones de vida de las personas a partir del acceso que tienen a un conjunto de bienes y servicios que en un momento histórico son considerados necesidades básicas³³– muestra que, en general, estos mismos territorios son los que presentan las peores condiciones de vida, esto es, los que tienen mayor proporción de hogares y personas con carencias críticas. Para el total del país se encuentra el 30,7% de los hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y el 33,8% de la población; en el caso de Montevideo la proporción de personas con al menos una NBI es 26,8% (Calvo *et al.*, 2013). En tanto, en los territorios señalados la población con NBI es mayor al 29% en la mayoría de los territorios (Figura 7).

³² Esto corresponde a los conglomerados territoriales más pobres, conformado por los barrios: Bañados de Carrasco-Punta Rieles-Bella Italia, Jardines del Hipódromo-Las Acacias, Casavalle, Piedras Blancas-Manga, Cerro-Casabó-Pajas Blancas, La Paloma-Tomkinson-Tres Ombúes-Pueblo Victoria, Nuevo París-Paso de la Arena y Villa García-Manga Rural, Villa Española-Ituzzaingó-Maroñas, Conciliación-Colón-Lezica-Peñarol-Lavalleja.

³³ Este método directo de medición de la pobreza tiene un fuerte componente normativo. Es central en el método la determinación de un conjunto de necesidades humanas deseables de ser alcanzadas por las personas. Las necesidades, que deberán ser distinguidas de las aspiraciones o preferencias personales, se basan en algún tipo de acuerdo que conlleva una fuerza normativa que establece el “deber ser” que reconoce el estado normal y saludable de las personas y, por tanto, en un conocimiento previo compartido sobre las razones por las que el no cumplimiento de estos objetivos causaría algún perjuicio a las personas o la incapacidad de actuar de la forma que se espera. El daño ocasionado por la no satisfacción de las necesidades implicaría la falta de ejercicio de los derechos sociales, por lo que las necesidades básicas serán condición para el pleno ejercicio de estos.

Figura 10. Personas con NBI según barrios. 2011. Montevideo



Calvo *et al.*, 2013.

Ahora bien, los demás indicadores socioeconómicos de estos territorios con mayores niveles de pobreza contribuyen a evidenciar las situaciones de vulnerabilidad de las personas que viven allí. Si bien es necesario tener presente que la caracterización de los territorios más pobres en su conjunto, a partir de esta serie de indicadores, solo permite una mirada global que sintetiza y puede encubrir configuraciones espaciales más pequeñas dentro del territorio con una relativa dispersión con respecto al dato global, es extremadamente esclarecedor observar las distancias entre los datos para el departamento de Montevideo en su totalidad y los registros para los territorios vulnerables en su conjunto.

Entonces, si se compara el nivel educativo de las personas de Montevideo respecto a las que viven en los territorios con un nivel de pobreza alto (más del 20% de personas por debajo de la línea de pobreza), se evidencia un déficit de años de educación en estos últimos, lo que pauta una significativa carencia en lo referente a uno de los principales componentes del capital social de las personas, así como uno de los mecanismos de integración social más relevantes.

Tabla 8. Nivel educativo. Montevideo y territorios con alto nivel de pobreza del departamento.

	Territorios con más de 20% de personas pobres	Total Montevideo
Sin educación	1,0	0,7
Menores de 3 y preescolar	10,6	7,8

Primaria	38,1	25,8
Ciclo Básico	25,5	18,8
Bachillerato	12,1	17,0
Enseñanza Técnica/UTU	4,8	5,7
Terciario	4,1	21,5
Sin dato	3,7	2,7
Total	100%	100%

Elaboración propia en base al Censo de Población 2011-INE.

De la misma forma, son territorios con una mayor proporción de adolescentes y jóvenes que permanecen fuera del sistema educativo y del mercado laboral: en los territorios más pobres hay un 21,7% de personas entre 14 y 23 años que no estudian ni trabajan, en tanto este guarismo para Montevideo es de 14,1%.

Tabla 9. Menores de 12 años y jóvenes fuera del sistema educativo y del mercado de trabajo. Montevideo y territorios con alto nivel de pobreza del departamento.

	Territorios con más de 20% de personas pobres	Total Montevideo
Menores de 12 años	21,1	15,2
% jóvenes de 14 a 23 años que no estudian ni trabajan	21,7	14,1

Elaboración propia en base al Censo de Población 2011-INE.

Asimismo, el análisis de los indicadores del mercado de trabajo³⁴, muestra comportamientos diferentes entre Montevideo y los territorios más pobres. En Montevideo en su conjunto se evidencia una mayor vitalidad económica, la mayor tasa de actividad da cuenta de la oferta laboral o de la participación en el mercado de trabajo, es decir, es mayor la proporción de personas en edad de trabajar que está ocupada efectivamente o que está buscando empleo. En los territorios con más pobreza, puede plantearse que en términos relativos sean menos personas que estando en edad de trabajar tengan un empleo o lo busquen activamente; lo que también queda reflejado en la menor tasa de ocupación respecto a la del departamento: es menor la proporción de personas con empleo dentro de las que están disponibles para trabajar. Este último fenómeno a la vez puede leerse en términos de la selectividad que opera en la demanda en el mercado laboral, manifiestamente vinculado al déficit educativo en estos territorios ya comentado.

³⁴ La tasa de actividad mide la proporción de población de 14 años y más que participa en el mercado de trabajo, se define de la siguiente manera: Población activa (ocupados + desocupados)/población en edad de trabajar (pet)* 100. La tasa de ocupación mide la proporción de ocupados dentro de la población en edad de trabajar (Ocupados/pet*100). La tasa de desempleo mide la proporción de desocupados en la población que participa en el mercado de trabajo: desempleados/población activa*100.

Tabla 10. Tasa de actividad, de ocupación y desempleo. Montevideo y territorios con alto nivel de pobreza del departamento.

	Territorios con más de 20% de personas pobres	Total Montevideo
Tasa de actividad	54,1	60,0
Tasa de ocupación	49,4	56,0
Tasa de desempleo	8,7	6,7

Fuente: Elaboración propia en base al Censo de Población 2011-INE.

De esta forma, la segregación territorial va pautando las asimetrías sociales entre los distintos sectores de la ciudad, así como evidencia que, incluso tras una importante presencia estatal a través de la aplicación de diversas políticas sociales, no se consigue una efectiva integración social para una porción significativa de la población. Asimismo, se ha expuesto en varios ámbitos la profundidad que ha alcanzado este fenómeno de quiebre social y cultural que viene dándose desde hace ya varios años en Uruguay (y en particular en Montevideo) que –incluso a pesar del importante descenso en los niveles de la pobreza e índices de desempleo– lleva al aumento y a la incorporación de nuevas formas de delito, a la vez que son modificados valores de integración social tradicionales.

En lo que refiere específicamente al fenómeno de las drogas, sin criminalizar la pobreza o marginalidad, debe considerarse que las desventajas sociales de partida en estos territorios, la vulnerabilidad social y pérdida de oportunidades, son factores que intervienen en la configuración de la conducta de los sujetos, entre otras, y en definitiva, en la demanda y oferta de drogas. Más aún, el análisis del consumo problemático de drogas, su génesis y desarrollo, demanda la definición de este contexto, en tanto permite comprender la conformación de una ruta de deterioro signada especialmente por una posición de desventaja en el entramado social, descentrando a la sustancia del foco de la explicación.

Específicamente en estos territorios de Montevideo es donde comienzan a verse las primeras evidencias del consumo de pasta base de cocaína en torno al año 2001, expandiéndose preferentemente en aquellos sectores de la población ya consumidores de otras sustancias, vulnerables desde el punto de vista social y segregadas territorialmente. Con el correr de los años esta sustancia fue expandiendo su alcance y constituyéndose en el último tiempo en la droga ilegal de inicio de estos sectores. El bajo costo unitario en el mercado, los factores de utilidad para el consumidor y la rapidez con la que se alcanza el efecto, la convirtió en la droga elegida por esta población; a la vez que estos propios territorios propiciaban el escenario para la configuración del mercado ilegal que provee de la sustancia, generando una trama social compleja.

Diagnósticos realizados en varios de estos territorios muestran que particularmente en determinados enclaves de los barrios, donde la segregación y fragmentación con la ciudad consolidada pautan procesos de profunda exclusión social, son los escenarios donde el consumo problemático de drogas emerge, particularmente el de pasta base de cocaína. En el documento se señala que:

En algunos casos, la desvinculación relacional con prácticamente todos los lazos sociales externos construye procesos de socialización en la exclusión que, al margen de la sociedad, perpetúa la vulnerabilidad de los sujetos, reproduciendo, entre otras, prácticas que vuelven, por ejemplo, el consumo de pasta base de cocaína parte de la rutina diaria. De forma que la segregación urbana, la fragmentación objetiva y simbólica, la cultura de los expulsados es el contexto en el que el consumo problemático de drogas se presenta, siendo solo una más de las fuentes de sufrimiento diario para estos segmentos de la población (OUD/JND, 2013).

Dada las características que adquiere el fenómeno del consumo de drogas, en especial de pasta base, en estos territorios de alta vulnerabilidad social, particularmente dadas por las rutas de deterioro que pueden signarse ante la falta de oportunidades de educación y trabajo, los entornos delictivos cercanos y las escasas herramientas para gestionar los riesgos que siempre conlleva el consumo de drogas, se entiende pertinente revisar la oferta de tratamiento que hay en ellos.

6.2. Sistematización de la oferta de tratamiento en los territorios vulnerables

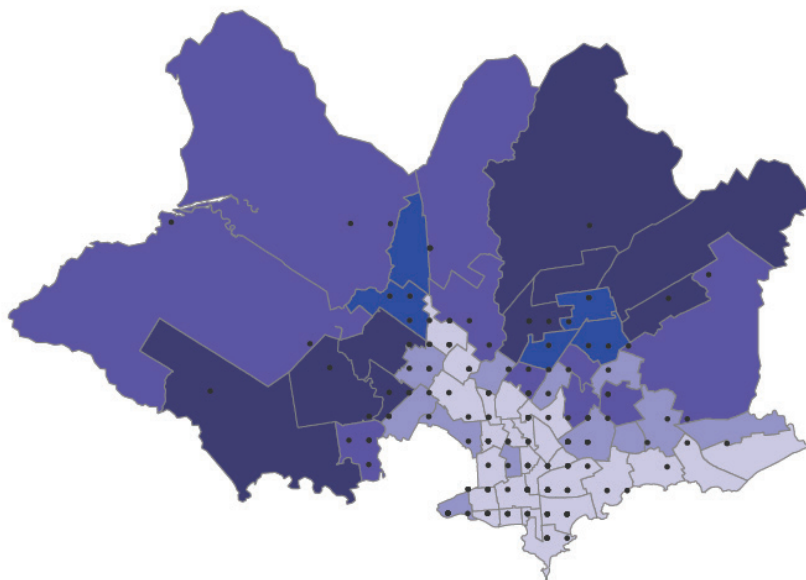
Desde esta mirada territorial pueden identificarse en las zonas más vulnerables de Montevideo la cantidad de 64 puntos de acceso para solicitar atención y tratamiento o recursos de contención o grupos de autoayuda.³⁵ En el caso de la Unidad Móvil de Atención, se contabilizan como un punto de acceso en territorio, aunque estrictamente no sería así ya que se trata de un dispositivo móvil que recorre tres ejes en la ciudad de Montevideo, incluyendo dentro de su recorrido territorios vulnerables a la vez que se moviliza hacia donde las poblaciones vulnerables se movilizan para trabajar.

Operativamente estas zonas quedan definidas como aquellas que tienen un nivel de pobreza más alto que la media del departamento; asimismo, según Suárez *et al.* (2014), en estas zonas es donde se concentra la mayor proporción de usuarios de pasta base de cocaína.

Ahora bien, de estos 64 puntos de acceso en el territorio, se encuentra que la mayoría (38) corresponde a grupos de autoayuda de las organizaciones Alcohólicos y Narcóticos Anónimos, a su vez hay 12 servicios especializados en el tratamiento del consumo problemático de drogas de ASSE en estos territorios, 11 dispositivos de base comunitaria, un lugar donde se puede solicitar los recursos de contención correspondientes a la organización Beraca, un dispositivo de la RENADRO y una sede central de IAMC.

³⁵ Debe aclararse que esta mirada es estrictamente territorial y no está considerando los derechos de atención de salud de los usuarios, con esto se quiere señalar la situación por ejemplo con las IAMC, las que en su mayoría se concentran en una zona céntrica de la ciudad de Montevideo, y no por ello se traduce en que sus afiliados queden determinados por su residencia dentro de las zonas de influencia de estas. Asimismo, otras lecturas deberán considerar otros aspectos que hacen a los obstáculos para la movilización y accesibilidad real de determinados segmentos de la población, donde las barreras pueden ser materiales pero también simbólicas.

Figura 11. Puntos de acceso a atención y tratamiento por uso problemático de drogas según niveles de pobreza. Departamento de Montevideo.



Nota: Un mismo punto en la figura representa, en muchos casos, más de un punto de acceso de atención y tratamiento en el territorio dado la escala que es posible usar para incorporar figuras en el documento. De todas formas es posible tener una aproximación a la distribución de los puntos en el territorio. Asimismo está disponible para su visualización en un Sistema de Información Geográfica, la capa (formato.shp) con las coordenadas de cada uno de los puntos.

La totalidad de puntos de acceso en el territorio responden a 13 instituciones; de las cuales ocho son públicas y cinco privadas sin fines de lucro. Todas mantienen tratamientos ambulatorios en el territorio, con excepción del Portal Amarillo de ASSE que también brinda tratamientos residenciales, así como los recursos en los hogares Beraca, que incluyen la residencia como parte de su contención.

Tabla 11. Instituciones/centros y puntos de acceso por tipo de institución. Territorios vulnerables de Montevideo

Tipo de Centro	Puntos de acceso en territorio vulnerables		
	N	N	%
IAMC	1	1	1,6
Dispositivo de base comunitaria	6	11	17,2

RENADRO	1	1	1,6
Comunidad religiosa	1	1	1,6
ASSE	2	12	18,8
Alcohólicos Anónimos	1	28	43,8
Narcóticos Anónimos	1	10	15,6
Total	13	64	100

Tabla 12. Instituciones/centros y puntos de acceso según nivel de atención. Territorios vulnerables de Montevideo

	Institución / centro		Puntos de acceso en territorio vulnerables	
	N		N	%
Ambulatorio	10		61	95,3
Residencial	1		1	1,6
Mixto	1		1	1,6
Sin dato	1		1	1,6
	13		64	100

No siempre el acceso es voluntario, tres de cada cuatro centros manifiestan que esta es la situación en todos los casos, pero en otros tres también se encuentran usuarios que no llegan voluntariamente a solicitar atención. Todos los centros que brindaron información al respecto reciben pacientes que consultan espontáneamente, pero en seis de estos centros (lo que corresponde a 16 puntos de acceso) también reciben pacientes derivados desde otros dispositivos de salud o derivados desde el ámbito judicial, en otros 6 reciben derivaciones desde otros ámbitos, como el comunitario o educativos (16 puntos de acceso) y, por último, también mantienen estrategias de captación de usuarios en calle en siete centros que representan 22 puntos de acceso en territorio.

Tabla 13. Instituciones/centros y puntos de acceso según acceso voluntario en la totalidad de los casos. Territorios vulnerables de Montevideo

	Institución / centro		Puntos de acceso en territorio vulnerables	
	N		N	%
Sí	8		48	75,0

No	3	13	20,3
Sin dato	2	3	4,7
	13	64	100

Tabla 14. Instituciones/centros y puntos de acceso según principales formas de acceso al tratamiento. Territorios vulnerables de Montevideo

	Institución /centro	Puntos de acceso en territorio vulnerables
	N	N
Consulta espontánea	10	62
Derivación desde otro dispositivo de salud	6	16
Derivación por orden judicial	6	16
Derivación desde dispositivo fuera de red salud	6	16
Captación en calle	7	22

En lo que refiere al tiempo promedio de espera para recibir atención se encuentra que la mayoría de los centros no tienen espera, sino que la atención se da de forma inmediata, en tanto otros tres centros mencionan que puede existir una espera de hasta una semana, y el último que brinda información manifiesta que la espera supera la semana.

Tabla 15. Instituciones/centros y puntos de acceso según tiempo de espera para ingresar al tratamiento o recibir atención. Territorios vulnerables de Montevideo

	Institución /centro	Puntos de acceso en territorio vulnerables	
	N	N	%
No hay espera	8	49	76,6
Hasta una semana	3	13	20,3
Más de una semana y menos de cuatro	1	1	1,6
Sin dato	1	1	1,6
	13	64	100,0

En la mayoría (79,7%) de los puntos de acceso en estos territorios vulnerables, correspondientes a cinco instituciones o centros, se cuenta con un protocolo de actuación. En tanto solo un 21,9% de los puntos de acceso mantiene un registro individual de la historia del usuario y en un 18,8% de los puntos se realiza un plan de tratamiento individual.

Tabla 16. Instituciones/centros según existencia de protocolo, registro y plan de tratamiento individual. Territorios vulnerables Montevideo

Existencia de protocolos				Registro individual en la historia clínica			Plan de tratamiento individual		
Centros		Puntos de acceso		Centros	Puntos de acceso		Centros	Puntos de acceso	
	N	N	%	N	N	%	N	N	%
Sí	5	51	79,7	4	14	21,9	2	12	18,8
No	4	4	6,3	6	42	65,6	8	44	68,8
Sin dato	4	9	14,1	3	8	12,5	3	8	12,5
Total	13	64	100,0	13	64	100	13	64	100

6.2.1. Usuarios atendidos, cartera de servicios y prestaciones

En lo que refiere a los usuarios atendidos por estos centros e instituciones en los territorios vulnerables, se cuenta con la información brindada por solo seis centros, lo que significa que solo se puede dar cuenta de los usuarios atendidos en el 15,6% de los puntos de acceso identificados en estos territorios. En estos en un mes se prestó asistencia a 376 personas con uso problemático de drogas. En ningún caso hubo usuarios que demandaran asistencia y que fueran rechazados por algún motivo, sino que todas las personas que se acercaron a los puntos de acceso obtuvieron atención; así como en ningún caso existe lista de espera.

Tabla 17. Usuarios atendidos en el último mes. Territorios vulnerables Montevideo

Total de centros		Centros que brindan información sobre asistencia	
N = 13	Puntos de acceso: 64	N = 6	Puntos de acceso: 10
Usuarios atendidos en el último mes = 376			

Respecto a las prestaciones brindadas, se cuenta con información de nueve de los centros; las más frecuentes son las actividades educativas no formales (81,8% de los centros), visitas domiciliarias (72,7%), consultas psicológicas (63,6%), intervenciones psicosociales grupales (63,6%) y actividades con grupos de la comunidad (63,6%); seguidas de consultas médicas (54,5%) y actividades de inclusión social (54,5%). En la tabla siguiente también pueden visualizarse los puntos de acceso a que corresponden estos centros.

Tabla 18. Instituciones/centros según prestaciones. Territorios vulnerables Montevideo

Prestaciones del servicio	Respuestas		Porcentaje de centros	Puntos de acceso (N)
	N	Porcentaje		
Diagnóstico	5	4,9	45,5	20
Consulta de salud mental	5	4,9	45,5	15
Consulta psiquiátrica	5	4,9	45,5	15
Consulta psicológica	7	6,9	63,6	23
Psicoterapia individual	4	3,9	36,4	14
Psicoterapia grupal	2	2,0	18,2	12
Psicoterapia familiar	2	2,0	18,2	12
Consulta médica	6	5,9	54,5	16
Intervención psicosocial del grupo	7	6,9	63,6	22
Conserjería individual	4	3,9	36,4	9
Conserjería familiar	4	3,9	36,4	9
Visita domiciliaria	8	7,8	72,7	23
Actividades de autoayuda	3	2,9	27,3	49
Actividades educativas formales	4	3,9	36,4	14
Actividades educativas no formales	9	8,8	81,8	24
Atención telefónica	3	2,9	27,3	3
Seguimiento posalta	4	3,9	36,4	9
Actividades con grupos de la comunidad	7	6,9	63,6	22
Actividades inclusión social	6	5,9	54,5	11
Actividades gestión del programa	7	6,9	63,6	22

La pregunta realizada admitía una respuesta múltiple, por este motivo el porcentaje de casos supera el 100%.

Asimismo, se completan estas prestaciones con otros servicios como es el caso de apoyo en el ingreso a la red de atención de seguridad social y de salud en gene-

ral, talleres recreativos, talleres de capacitación en oficios, actividades con grupos de la comunidad.

Tabla 19. Instituciones/centros según cartera de servicios. Territorios vulnerables Montevideo

	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
Alimentación	4	8	44,4
Aseo personal	4	8	44,4
Ropa limpia	4	8	44,4
Talleres recreativos	6	12,0	66,7
Talleres de capacitación en oficios	5	10,0	55,6
Orientación laboral	4	8,0	44,4
Apoyo en ingreso a red de atención de salud general	7	14,0	77,8
Apoyo en incorporación a la red de seguridad social	7	14,0	77,8
Actividades de autoayuda	2	4,0	22,2
Actividades con grupos de la comunidad	5	10,0	55,6
Otros	2	4,0	22,2

La pregunta realizada admitía una respuesta múltiple, por este motivo el porcentaje de casos supera el 100%

6.2.2. Recursos Humanos

De los 13 centros o instituciones que se identifican en los territorios vulnerables hay nueve profesionalizados, en tanto las restantes cuatro basan su atención o los recursos de contención social desplegados para la población con uso problemático de drogas en el trabajo de personas voluntarias o referentes barriales.

Se cuenta con información sobre la cantidad de profesionales y técnicos involucrados en siete de estos nueve centros, lo que corresponde a 22 puntos de acceso, de los 24 puntos de acceso profesionalizados identificados en los territorios vulnerables. La cantidad de profesionales que despliegan su trabajo en estos puntos de acceso son 135, en su mayoría psicólogos, psiquiatras y enfermeros (Tabla 20)

Tabla 20. Cantidad de profesionales y técnicos en los instituciones/centros, según especialización. Territorios vulnerables de Uruguay.

Total de centros	Total de centros profesionalizados	Centros de los que se cuenta con información sobre la cantidad de técnicos y profesionales	
N = 13	N = 9	N = 7	
	Puntos de acceso: 24	Puntos de acceso: 22	
		Psiquiatras	26
		Psicólogos	36
		Médicos generales	5
		Toxicólogos	2
		Asistentes sociales	18
		Enfermeras/Auxiliares	37
		Educadores	4
		Operador terapéutico	2
		Otros profesionales*	6
		TOTAL	135

* Médico de familia, psiquiatra infantil, psicólogo social.

A modo de cierre

Uruguay cuenta en todo su territorio con una red importante de servicios, dispositivos y recursos de contención social para atender el fenómeno del consumo problemático de drogas. Se cuentan en todo el país 394 puntos de acceso, 170 de estos en el departamento de Montevideo y 224 distribuidos en los restantes 18 departamentos. No obstante la mayor presencia se constata en Montevideo y el limítrofe departamento de Canelones, producto fundamentalmente de la concentración de población en esta zona del país, donde reside más de la mitad de sus habitantes.

En lo que refiere al tipo de servicio o recurso, se constata que la mayor cantidad de puntos de acceso corresponde a grupos de autoayuda de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos (243). Los puntos de acceso de los prestadores integrales de salud son 84 (ASSE e IMAC), los dispositivos de la RENADRO en conjunto con los de Base Comunitaria son 31, los centros especializados 17 y los prestado-

res públicos no integrales 5. Los puntos de acceso de las comunidades religiosas, donde atienden las solicitudes son 14, más allá de que cuenten con más hogares a donde derivar en el país.

Casi el 94% de las instituciones que dan cuenta de estos puntos de acceso se encuentra profesionalizada, esto significa que 136 de los puntos de acceso del país ofrecen un abordaje de atención y tratamiento a la población con consumo problemático de drogas basados en el trabajo de diferentes profesionales y técnicos. En tanto los restantes 258 puntos de acceso corresponden a respuestas o iniciativas de contención social y afectiva no profesionales.

En lo que refiere a la relación usuarios/profesionales –y tomando como universo aquellas instituciones profesionalizadas de las que se cuenta con ambos datos– se observó que la relación entre la cantidad de pacientes egresados en 2014 y la cantidad de profesionales y técnicos involucrados en el proceso terapéutico es 10,97; esto significa que por cada profesional hay casi 11 pacientes que egresaron el año pasado.

En las zonas más vulnerables de Montevideo, donde se ha constatado la mayor concentración de usuarios de pasta base de cocaína, se identificaron 64 puntos de acceso o recursos en el territorio donde solicitar atención o contención por el consumo problemático de drogas. Una situación similar a la del país se encuentra en estos territorios en lo que refiere al tipo de recurso existente: la mayoría (38) corresponden a grupos de autoayuda de las organizaciones Alcohólicos y Narcóticos Anónimos, en tanto hay 12 servicios especializados en el tratamiento de consumo problemático de drogas de ASSE, 11 dispositivos de base comunitaria, un lugar de organizaciones religiosas, un dispositivo de la RENADRO y un prestador integral de salud privado.

Ahora bien, desde una visión sintética de la situación general en lo que conforma la atención y tratamiento a las personas con uso problemático de drogas en Uruguay, es relevante destacar que la regulación estatal del sistema de salud en el país a partir del año 2007, universalizó un conjunto de prestaciones mínimas para estos usuarios. Estas refieren a la obligatoriedad de los prestadores de salud de contar con apoyo presencial o telefónico permanente y con policlínicas de atención ambulatoria multidisciplinaria, así como ofrecer internación en casos de intoxicación severa. A la vez, se prevé específicamente para los usuarios problemáticos de cocaína y pasta base de cocaína, por un lado, atención individual y/o grupal psicoterapéutica y, por otro, atención grupal para sus familiares o referentes afectivos. Por último, los prestadores de salud deben brindar internación psiquiátrica para la población con uso problemático de cualquier sustancia psicoactiva. En este estudio fue posible constatar la existencia formal de estas prestaciones mínimas, las que están establecidas en la legislación vigente. No obstante, debe sugerirse avanzar en la implementación de estudios específicos que evalúen la calidad de la atención brindada, de forma de garantizar protocolos y estándares de atención homogéneos. Asimismo, se entiende oportuno reforzar desde el Estado la fiscalización de las modalidades de efectivización de las prestaciones en los diferentes prestadores de salud del país. En tal sentido, es fundamental avanzar en la revisión y regulación del funcionamiento de los servicios y dispositivos que brindan asistencia a esta población, proceso que se encuentra en marcha a partir del decreto 274/2013.

Sobre el umbral de este conjunto de prestaciones mínimas establecidas en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, el accionar de la RENADRO pretende, por un lado, facilitar el acceso de los usuarios a estos servicios; pero, a su vez, promover el logro de nuevas prestaciones por sobre las mínimas establecidas a partir de la coordinación y planificación de la atención a las personas con uso problemático de droga desde una red que incorpore no solo a los prestadores de salud públicos y privados, sino también a los demás actores que ofrecen diferentes servicios en esta materia. En tal caso, surge que el mayor desafío se encuentra en generar sinergias entre los prestadores públicos y privados de forma de encontrar en la complementariedad de recursos físicos y humanos, no solo mejorar en lo que refiere a las prestaciones brindadas sino también en lo que hace a la optimización de recursos volcados a tal fin. Cabe señalar que incipientes procesos en este sentido se observaron en el interior del país, particularmente en lo que hace al funcionamiento de algunos centros Ciudadelas.

Asimismo, quiere señalarse que se entiende adecuado concentrar esfuerzos en la búsqueda de una vinculación y articulación efectiva entre los dispositivos de tipo religioso –los que entre sus servicios brindan contención social y afectiva a los consumidores con uso problemático de drogas, entre otros – con los dispositivos y servicios profesionalizados que funcionan en el marco de la RENADRO, en procura de dar un respuesta integral a la problemática.

Finalmente, se hace explícita la necesidad de replicar el relevamiento, de forma de actualizar este panorama sobre la oferta de atención y tratamiento para personas con uso problemático de drogas, principalmente en lo referido al funcionamiento de los diversos dispositivos teniendo en cuenta la implementación de nuevos servicios y eventualmente la desaparición de otros.

Referencias bibliográficas

- Calvo, Juan José *et al.* (2013). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, “Fascículo 1: Las necesidades básicas insatisfechas a partir de los Censos 2011”, INE, Programa de Población-FCS-Pudelar, Instituto de Economía-FCEA-Pudelar, Mides, Fondo de Población-Naciones Unidas, Comisión Sectorial de Población-OPP, Ediciones Trilce, Montevideo. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Atlas_Sociodemografico/Atlas_fasciculo_1_NBI_versionrevisada.pdf
- Decreto 274/2010 - Reglamentación de la ley 18.335.
- Decreto 274/2013 - Marco Regulatorio Establecimientos Especializados en la Atención y Tratamiento personas con uso problemático de drogas.
- Decreto 465/008 - Reglamentación de la ley 18.211.

- Decreto 305/2011 - Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental.
- Decreto 464/2008 - Establecimientos Contratos de Gestión JUNASA-Prestadores Integrales de Salud.
- Decreto 81/2012 - Contratos de Gestión JUNASA-Prestadores Integrales de Salud.
- Decreto 465/008 - Definición Programas Integrales Nacionales de Salud.
- Instituto Nacional de Estadísticas - INE (2013). “Líneas de pobreza e indigencia 2006. Uruguay” Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/36026/Informe+Linea+de+Pobreza+2006+Final.pdf/a8ac8606-d2e1-4cfd-b038-26c46bfb9de8>
- Instituto Nacional de Estadísticas - INE (2015), “Estimación de la pobreza por el método del ingreso. Año 2014” Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35933/Estimaci%C3%B3n+de+la+pobreza+por+el+M%C3%A9todo+del+Ingreso+2014/6b034411-75bb-4ba7-b10d-092f5e351d6c>
- Junta Nacional de Drogas - JND (2011). Estrategia Nacional para el Abordaje del problema de Drogas 2011-2015. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Estrategia_JND_2011_2015_web.pdf
- Ley 18.131 de fecha 18/5/2007 - Creación Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- Ley 18.161 de fecha 29/7/2007 - Descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- Ley 18.211 de fecha 5/12/2007 - Creación Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
- Ley 18.256 de fecha 6 de marzo de 2008 - Ley Control de Tabaco.
- Ley 18.335 de fecha 15/8/2008 - Establecimiento de los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud.
- Ley 18.335 de fecha 15/8/2008 - Cartilla de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud (2010).
- Ministerio de Salud Pública - ASSE y Sistema Nacional de Información - Departamento de Economía de la Salud (SINADI-DES-MSP, 2015. Disponible en <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/poblaci%C3%B3n-afiliada-las-iamc-por-tipo-de-afiliaci%C3%B3n-marzo-2015>; <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/poblaci%C3%B3n-afiliada-los-seguros-integrales-por-tipo-de-afiliaci%C3%B3n-marzo-2015>; http://www.asse.com.uy/categoria_25_1_1.html
- ODD/JND (2013), “Documento de trabajo: Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana” Disponible en: <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/8diagnosticos.pdf>
- ODD/JND (2015), “La oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay” Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Oferta_tratamiento_Uruguay_OUD_2015.pdf
- Suárez *et al.* (2014). Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación/UdelaR y Observatorio Uruguayo de Drogas/JND.

Demanda de tratamiento

4- Demanda de atención y tratamiento - Perfil de personas en atención y tratamiento por consumo problemático de drogas

Leticia Keuroglan-Jessica Ramírez- Héctor Suárez –OUD/JND.

Introducción

Desde el año 2012 la Junta Nacional de Drogas a través de su Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD), dispone de un sistema de registro continuo de personas en atención y tratamiento por uso problemático de drogas denominado Tratamiento.Registra. El mismo constituye un sistema de gestión e información, desarrollado gracias al financiamiento obtenido mediante Fondo Concursable de AGESIC, de acuerdo a los requerimientos de información de la Política Nacional de Drogas y en colaboración directa con técnicos especializados en la atención y tratamiento de usuarios de drogas.³⁶

El sistema empezó a funcionar en el marco de un plan piloto que involucró a nueve dispositivos de la entonces red de atención especializada en drogas. Con el transcurso del tiempo, nuevos dispositivos han ido incorporando el uso de la herramienta, que es de uso obligatorio de acuerdo a la normativa de habilitación de dispositivos de la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas (RENADRO) del año 2013. A la fecha del presente informe se encuentran registrados en el sistema 19 centros (incluye Ciudadelas).

Como herramienta de gestión, brinda información a la Junta Nacional de Drogas y RENADRO a través de Informes periódicos sobre los registros (a nivel agregado) volcados al sistema. A la fecha se reportaron 19 informes elaborados desde de junio de 2013.

Desde que fue puesto en funcionamiento, el sistema ha enfrentado sucesivas modificaciones y mejoras en su funcionamiento con el objetivo de contar con una herramienta actualizada, que se ajuste a las necesidades reales de los operadores del sistema así como de la Política Nacional de Drogas. En breve se podrá contar con una nueva versión de Tratamiento.Registra que incorporará nuevas y diversas funcionalidades, así como mejoras en las ya existentes.

Para esta publicación, y con la finalidad de complementar la información respecto a la caracterización de la situación sobre el consumo de cocaínas fumables en Uruguay, se presenta la evolución de la problemática en esta población objetivo (pacientes en tratamiento) en forma general (para apreciar el peso relativo de la demanda de atención y tratamiento por cocaínas fumables) y un análisis exploratorio de algunas relaciones de variables encontradas para su discusión.

Es importante aclarar que, si bien el sistema Tratamiento.Registra aún no cuenta con una cobertura total tanto de los dispositivos como de los ingresos en cada uno

³⁶ Este sistema aún no ha incorporado las atenciones realizadas a través de las IAMC y centros de salud mental de ASSE. Es objetivo de la JND incorporar en el futuro a todos aquellos centros que hagan algún tipo de intervención específica en la atención/tratamiento por uso problemático de drogas.

de ellos, se considera una muestra representativa del universo total de personas atendidas por el uso problemático de drogas. Teniendo en cuenta lo anterior, consideramos que las diversas distribuciones presentadas en las tablas y gráficos son representativas de este universo.

Método y características generales del contenido del informe

Universo: Todos los usuarios registrados en el Sistema *Tratamiento.Registra* a través de la ficha de ingreso y ficha de ingreso-Ciudadela entre 01/01/2013³⁷ y el 27/12/2016.

Selección de casos: Secuencial. Los casos estudiados conforman un censo de usuarios atendidos y registrados en la ficha de ingreso y en la ficha de ingreso-Ciudadela del Sistema *Tratamiento.Registra* en los dispositivos que emplean dicha herramienta, entre 01/01/2013 y el 27/12/2016.

Instrumento: Software *Tratamiento.Registra*

Método de recolección: Administrado por personal capacitado y debidamente entrenado.

Tipo de cuestionario: Estructurado. En Anexo I se incluye descripción de la ficha de ingreso y la ficha de ingreso-Ciudadela

Lugar de recolección (dispositivos de atención)³⁸: CasAbierta, Casa Asistida, Centro Chanaes, Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT), Centro de Información y Referencia Nacional de la Red Drogas Portal Amarillo, Centro Izcálí, dispositivo Ciudadela Bella Unión, dispositivo Ciudadela Flores, dispositivo Ciudadela Maldonado, dispositivo Ciudadela Montevideo³⁹, dispositivo Ciudadela Paysandú, dispositivo Ciudadela Rivera, dispositivo Ciudadela Salto, dispositivo Ciudadela San José, dispositivo Ciudadela Soriano, dispositivo Ciudadela Tacuarembó, El Achique, El Jagüel, El Paso, Encare-Comunitario, Fundación Diagona Uruguay (adultos y adolescentes), Hospital Maciel, Policlínica La Teja Barrial, Unidad de Tratamiento de Trastornos Relacionados con Alcohol (UNITRA).

³⁷ Debe tenerse en cuenta que hay dispositivos que empiezan a funcionar después de enero de 2013, incluso año/s después de esto, o que algunos incorporan el empleo de *Tratamiento.Registra* posteriormente a esa fecha.

³⁸ Bajo la denominación de “dispositivos de atención” se engloba a una gama muy amplia y diversa de dispositivos que abordan el tema drogas desde distintos marcos teóricos y conceptuales. Sin embargo, todos ellos tienen en común la recepción de consultas o demandas de atención por uso problemático de drogas

³⁹ Si bien el dispositivo Ciudadela Montevideo no realiza tratamiento propiamente dicho, se resolvió incluir la información que desde allí se proporciona porque en el presente apartado solo se analizará lo referente a la ficha de ingreso.

Trabajo de campo: el Observatorio Uruguayo de Drogas se ocupó de la capacitación y oficio de Mesa de Ayuda ante los inconvenientes que en el manejo del sistema pudieran suscitarse. La supervisión del trabajo se realiza en conjunto con las jerarquías y/o referentes de cada centro.

El personal abocado a completar la información del formulario corresponde al equipo técnico de cada uno de los centros.

Procesamiento de datos y redacción del Informe: Observatorio Uruguayo de Drogas

Análisis

I. Cobertura

Entre enero de 2013 y diciembre de 2016 se registró un total de 5.145 ingresos de personas a dispositivos de atención y/o tratamiento por consumo problemático de drogas. El 13,9% de estas personas ingresó más de una vez al sistema (abandonos o altas y posterior reingreso en otro dispositivo o en el mismo). Esto significa que 4.371 personas demandaron atención en al menos una oportunidad y en algún dispositivo especializado en drogas en dicho período. El año 2015 presentó el mayor volumen de trabajo con 1.658 ingresos y 1.511 personas registradas en el sistema. El incremento en el número de casos por año ha sido constante⁴⁰, siendo la excepción el año 2016.

Tabla 1. Número de ingresos y personas por año

Año	Ingresos	Personas*
2013	931	906
2014	1251	1152
2015	1658	1511
2016	1305	1214

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

*La suma de "Personas" da como resultado una cifra superior a 4.371 porque el análisis de los datos se realiza, en este caso, por año.

⁴⁰ El incremento está relacionado con el ingreso de nuevos dispositivos al sistema. Una vez alcanzada la cobertura general del sistema (o por subsistema) este dato no puede ser interpretado como un aumento en la demanda. Por el contrario, si existiera una disminución de ingresos sí podríamos estar hablando de una regresión en la demanda de atención y tratamiento.

Tabla 2. Personas según reingreso en el sistema entre 2013 y 2016

Reingreso	Personas	Porcentaje
Sí	607	13,9
No	3.764	86,1
Total	4.371	100

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Al analizar por tipo de dispositivo, se observa que el 37,8% de los ingresos se realizaron en centros de carácter regional⁴¹ y un 35,8% en dispositivos Ciudadela. El 10,8% demandó atención en comunidades terapéuticas y un 6,7% en hospital. El 2,7% fue ingresado en servicios de la órbita universitaria y menos de esa proporción en dispositivos de base comunitaria.

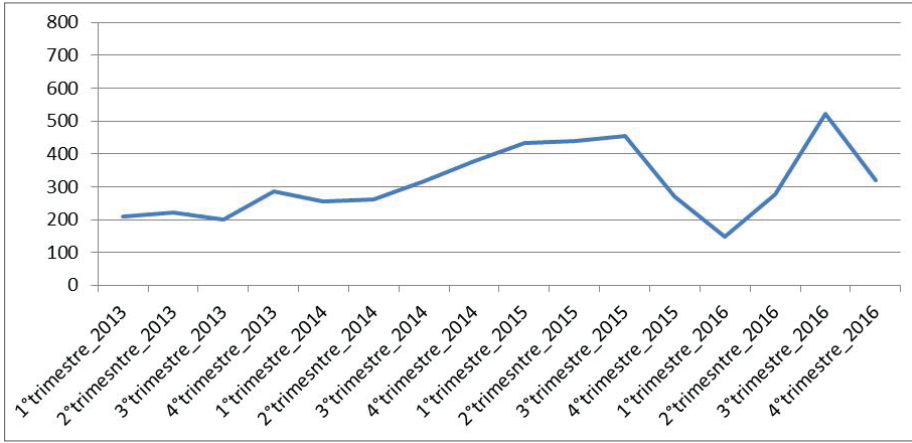
Tabla 3. Porcentaje de ingresos según tipo de centro/dispositivo

Tipo de centro	Ingresos	Porcentaje
Centros regionales	1.943	37,8
Dispositivos Ciudadela	1.842	35,8
Comunidades terapéuticas	554	10,8
Hospital	343	6,7
Residenciales de larga estadia	221	4,3
Dispositivos universitarios	141	2,7
Dispositivos de base comunitaria	91	1,8
Otro	10	0,2
Total	5.145	100

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

⁴¹ Portal Amarillo, El Jagüel, CasAbierta. Por mayor detalle ver capítulo 2.

Gráfico 1. Evolución del número de personas que demandaron atención por trimestre y año



Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

A. Perfil de consumo de drogas

El 53,1% de las personas que demandaron atención por uso problemático de drogas señala que la sustancia principal que motiva dicha consulta es una cocaína fumable (pasta base de cocaína, crack o cocaína cocinada). El 23% solicitó atención por el uso de cocaína, el 13,2% por alcohol y el 9,8% por marihuana. Sin embargo, estas proporciones han presentado variaciones a lo largo del período, por ejemplo, se observa que entre 2013 y 2016 descendió de 64,1% a 51,6% el número de personas que demandan atención por el uso de cocaínas fumables. El nivel más bajo se observa en el año 2015, cuando el 45,8% del total de las personas solicitó atención por el consumo de cocaínas fumables.

En contrapartida, se observa que la proporción de personas que demandan atención por el uso problemático de cocaína se incrementó en seis puntos porcentuales durante el período pasando de 19,9% en 2013 a 25,8% en 2016.

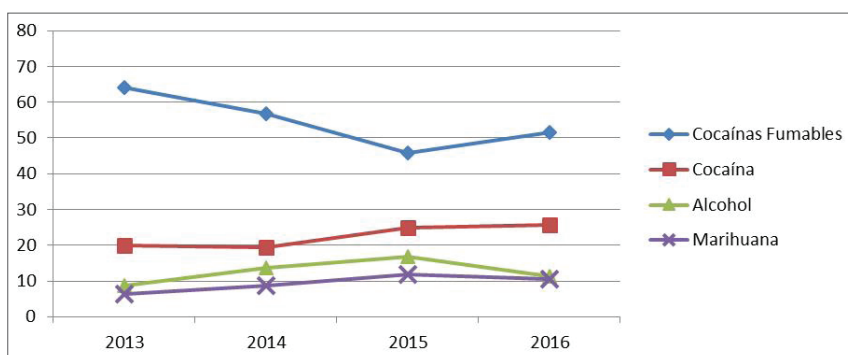
Para los casos de marihuana y alcohol, se observa que entre 2013 y 2015 se incrementó la proporción de personas que las identificó como sustancia principal, sin embargo, ambas muestran una caída sensible en 2016.

Tabla 4. Personas que demandaron atención según sustancia principal

Sustancia principal	Personas	Porcentaje
Cocaínas fumables	2.320	53,1
Cocaína	1.004	23
Alcohol	575	13,2
Marihuana	428	9,8
Tabaco	16	0,4
Psicofármacos	6	0,1
Otros	16	0,4
Sin dato	2	0
Total	100	100

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Gráfico 2. Evolución de la demanda de atención por año según sustancia principal



Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Entre las personas que demandaron atención por consumo de cocaínas fumables, el 62,8% tuvo un uso diario de la sustancia, mientras que un 10,4% lo hizo algunas veces semanalmente. No se cuenta con información para el 23,4% de los casos.

Dicha población presenta otros consumos a destacar. Por ejemplo, entre los usuarios que identifican como sustancia principal una cocaína fumable y que consumieron clorhidrato de cocaína en los últimos 12 meses, el 18,1% uso esta última de forma diaria, el 32,4% algunas veces semanalmente y el 22,7% algunas veces mensualmente. Entre los que demandaron atención por cocaínas fumables y consumieron alcohol en los últimos 12 meses, el 26,5% uso alcohol diariamente, el 41,3% algunas veces semanalmente y el 18,4% algunas veces mensualmente. Para el caso de los que usaron marihuana en el último año móvil, el 56,1% consumió esta sustancia diariamente, el 25% lo hizo algunas veces mensualmente y el 8% algunas veces semanalmente. En cuanto al uso de tabaco, se observa que los usuarios que consultaron por cocaínas

fumables y que consumieron tabaco en los últimos 12 meses, lo hicieron de forma diaria en un 94,6% de los casos.

Tabla 5. Frecuencia de consumo de personas que demandaron atención por cocaínas fumables

Frecuencia	Porcentaje
Diariamente	62,8
Algunas veces semanalmente	10,4
Algunas veces mensualmente	1,9
Algunas veces durante los últimos 12 meses	1,5
Sin dato	23,4
Total	100

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Base: personas que demandaron atención por consumo de cocaínas fumables

Tabla 6. Otros consumos en personas que demandaron atención por cocaínas fumables

Frecuencia intensa	Cocaína*	Alcohol**	Marihuana***	Tabaco****
Algunas veces mensualmente	22,7	18,4	8	0,5
Algunas veces semanalmente	32,4	41,3	25	2,4
Diariamente	18,1	26,5	56,1	94,6

Fuente: Sistema Tratamiento. Registra

*Base: usuarios que demandaron atención por cocaínas fumables y que consumieron cocaína en los últimos 12 meses.

**Base: usuarios que demandaron atención por cocaínas fumables y que consumieron alcohol en los últimos 12 meses.

***Base: usuarios que demandaron atención por cocaínas fumables y que consumieron marihuana en los últimos 12 meses.

****Base: usuarios que demandaron atención por cocaínas fumables y que consumieron tabaco en los últimos 12 meses.

I. Caracterización de la población

Perfil sociodemográfico

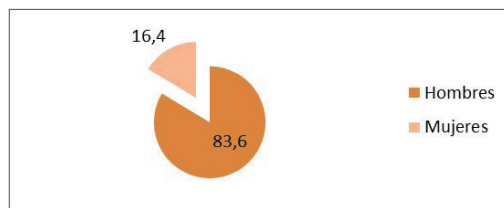
La población registrada en el sistema está conformada por un 83,6% de hombres y un 16,4% de mujeres. Entre aquellos que demandan atención por el uso de cocaínas fumables, el peso relativo de los hombres en el total de la población es aún mayor (alcanza el 85,7%) y, por el contrario, cuando la sustancia principal es otra sustancia, las mujeres incrementan su presencia en un 5% alcanzando el 18,9%.

En términos de edad, la población oscila entre los 10 y los 79 años de edad. El promedio de edad es de 27,5 años mientras que la edad más frecuente son los 23 años. El 50% de los casos tiene hasta 25 años de edad, lo cual indica que se trata de una población joven.

Por tramo de edad se observa que un 13,5% es menor de edad, un 36,7% tiene entre 18 y 25 años, un 31,8% tiene entre 26 y 35 años, un 12,2% tiene entre 36 y 45 años, y menos del 6% tiene 46 años o más. Sin embargo, cuando se analiza según la sustancia principal por la que se demanda atención, dicha distribución se ve alterada. En los hechos, el grupo que demanda atención por alguna cocaína fumable presenta una mayor proporción de personas que tienen entre 18 y 35 años (es el 77,6% entre los usuarios de cocaínas fumables frente al el 58,3% de los usuarios que demandan atención por otras drogas), mientras que aquellos que llegan al dispositivo de atención por cualquier otra sustancia presentan en comparación un mayor proporción de personas de 36 y más años de edad (16,1% de las personas que demandan atención por otras sustancias y 8,8% de las personas que demandan atención por cocaínas fumables).

Si analizamos el promedio de edad de las personas al ingreso al dispositivo según sustancia principal, vemos que los más jóvenes corresponden a marihuana seguidos de aquellos que ingresan por cocaínas fumables y cocaína. Los más adultos son aquellos que demandan atención por alcohol con una diferencia significativa respecto a las demás.

Gráfico 3. Población según sexo



Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Tabla 7. Personas que demandaron atención por sexo y tipo de sustancia

Sexo	Cocaínas fumables	Otras sustancias	Total
Hombres	85,7	81,1	83,6
Mujeres	14,3	18,9	16,4

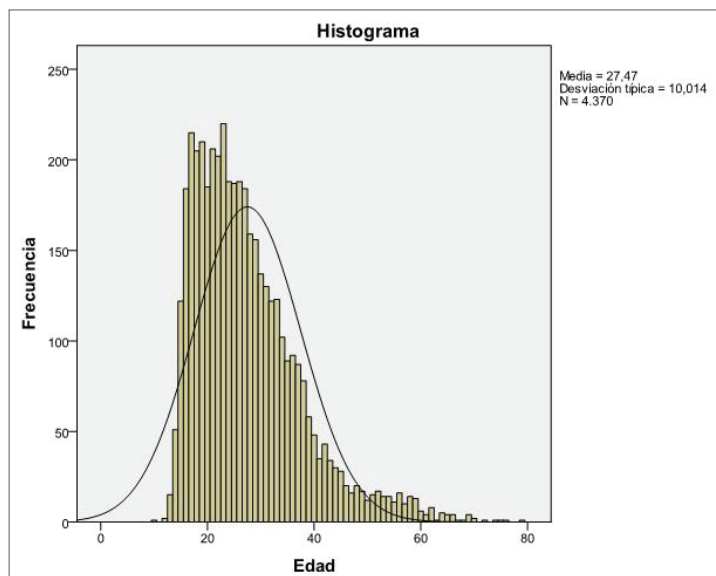
Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Tabla 8. Estadísticos de edad de personas que demandaron atención

Estadísticos		
Edad		
N	Válidos	4.370
	Perdidos	1
Media		27,47
Mediana		25,00
Moda		23
Desv. tip.		10,014
Mínimo		10
Máximo		79

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Gráfico 4. Histograma de la variable edad con curva de normalidad



Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Tabla 9. Personas que demandaron atención por grupo de edad y tipo de sustancia

Grupo de edades	Cocainas fumables	Otras sustancias	General
Menores de 18 años	12,8	14,3	13,5
18 a 25 años	42,8	29,8	36,7
26 a 35 años	34,8	28,5	31,8
36 a 45 años	8,8	16,1	12,2
Mayores de 45 años	0,8	11,4	5,8
Total	100	100	100

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Tabla 10: Promedio de edad de ingreso a dispositivos según sustancia principal

Sustancia	Promedio de edad al ingresar al dispositivo
Cocainas fumables	25,5
Cocaína	27,8
Alcohol	39,4
Marihuana	21,5

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

En cuanto al estado conyugal, 8 de cada 10 personas están solteras. Los restantes casos se distribuyen básicamente entre el concubinato (6,2%), el matrimonio (5,8%) y los divorciados (4,3%).

Por otro lado, se puede ver que el 57,7% se encuentra desocupado al momento de la demanda de atención, mientras que un 16,1% hace changas, un 12,2% tiene un trabajo estable y un 3,5% es estudiante. Menos del 1% de la población es jubilada, recibe pensión, está en seguro de paro o mendicidad. La situación antes descrita empeora cuando se hace foco en la población que demanda atención por cocaínas fumables. De hecho, la proporción de personas desocupadas es superior en esta población (66,6%) que en aquella que demanda atención por otras drogas (47,6%). Al mismo tiempo, los niveles de trabajo estable (6,6%) y de personas que estudian (1,6%) son inferiores en aquellos cuya sustancia principal es una cocaína fumable con respecto al resto de la población (entre los que demandan atención por otras drogas el 18,5% tiene trabajo estable y el 5,7% es estudiante).

En cuanto al capital educativo, se observa que el 41,4% de los usuarios alcanzó como máximo nivel educativo Ciclo Básico de la Secundaria, el 36,7% Primaria y el 10,3% el Bachillerato Diversificado de Secundaria. Cuando esto se analiza teniendo en cuenta la sustancia principal, se observa una vez más la situación de desventaja social de la población que demanda atención por cocaínas fumables. Entre estos últimos, existe una mayor proporción de personas que alcanzaron como máximo nivel educativo la primaria (44,6% de los que demandan atención por cocaínas fumables frente al 27,9% de los que demandan atención por otras drogas) y una menor proporción que obtuvieron niveles más altos como el bachillerato

y los estudios terciarios, con respecto a la población que demandó atención por consumo de otras sustancias (9,9% de los que demandan atención por cocaínas fumables frente al 27,2% de los que demandaron atención por otras drogas).

Tabla 11. Personas que demandaron atención según situación conyugal

Situación conyugal	Porcentaje
Soltero	80,4
Concubino	6,2
Casado	5,8
Divorciado	4,3
Viudo	0,4
Otro	1,1
Sin dato	1,7
Total	100

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Tabla 12. Personas que demandaron atención según situación ocupacional y tipo de sustancia

Situación ocupacional	Cocaínas fumables	Otras sustancias	General
Desocupado	66,6	47,6	57,7
Changas	16,1	16,1	16,1
Trabajo estable	6,6	18,5	12,2
Estudiante	1,6	5,7	3,5
Jubilado	0,2	1,1	0,6
Recibe pensión	0,6	0,8	0,7
Seguro de paro	0,3	0,6	0,5
Mendicidad	0,1	0,0	0,1
Otro	3,2	4,8	4,0
Sin dato	4,8	4,7	4,7
Total	100	100	100

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Tabla 13. Personas que demandaron atención según nivel educativo alcanzado y tipo de sustancia

Nivel Educativo	Cocaínas fumables	Otras sustancias	General
No fue a la escuela, no sabe leer	0,2	0,2	0,2
No fue a la escuela, sabe leer	0,1	0,0	0,1
Primaria	44,6	27,9	36,7
Secundaria Ciclo Básico	41,2	41,6	41,4
Secundaria Bachillerato Diversificado	6,3	14,9	10,3
Bachillerato Tecnológico UTU	2,7	5,4	4
Terciario no Universitario	0,2	2,3	1,3
Terciario Universitario	0,7	4,6	2,5
Posgrado	0,0	0,0	0,0
Sin dato	4,0	3,1	3,6
Total	100	100	100

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Por otro lado, se consultó a los usuarios sobre la convivencia en los 30 días previos a la actual demanda de atención observándose que tres de cada 10 declararon haber convivido con sus padres y uno de cada cinco con otros familiares como, por ejemplo, hermanos, primos, abuelos, etc. Poco más de uno de cada 10 vivió solo e igual proporción estuvo en situación de calle. Menos de dicha proporción convivió con pareja e hijos, con la madre o con su pareja. Un 6,5% convivió con otras personas o en instituciones como hospitales, centros de tratamiento, centros de reclusión, etcétera.

Además, es relevante destacar que entre los usuarios cuya sustancia principal es una cocaína fumable se incrementa de forma sensible el peso relativo de la “situación de calle” alcanzando al 17% de las personas de este grupo, mientras que en la población que demanda atención por otras drogas esta situación involucra al 7,5%.

Tabla 14. Porcentaje de personas según convivencia los 30 días previos al tratamiento según tipo de sustancia y general

	Cocaínas fumables	Otras sustancias	General
Con padres	33,1	29,7	31,5
Con otros familiares	20,6	19,8	20,2
Solo	9,2	15,8	12,4
Situación de calle	17	7,5	12,4
Con pareja e hijo/s	8,1	9,9	9

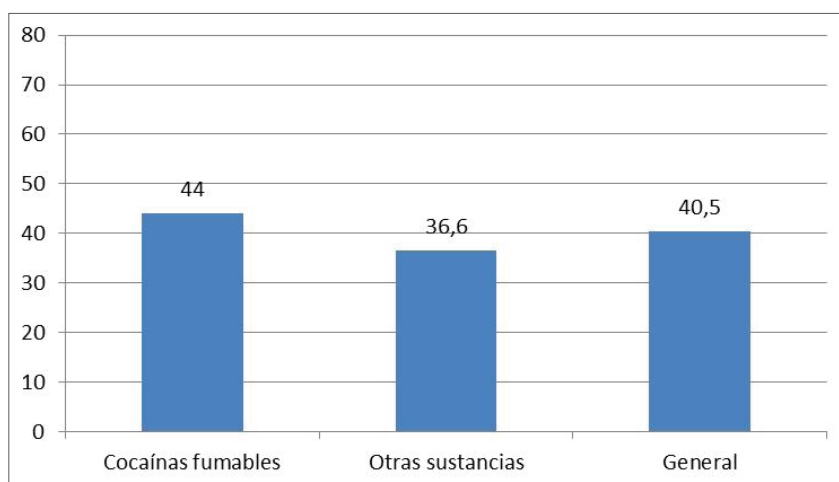
Con la madre	9,3	8,6	9
Con la pareja	6,6	9,5	8
Con otras personas/instituciones	5,5	7,6	6,5
Con hijos	3,5	4,9	4,2
Con padre	2,6	2,3	2,5
En hogar de INAU	2	1,9	2
Con amigos	2,1	1,9	2

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

A. Trayectoria en tratamientos

A través de la ficha de ingreso de Tratamiento.Registra se relevan también aspectos que dan cuenta de la experiencia previa del usuario en otros tratamientos por el consumo problemático de sustancias. En ese sentido, se observa que cuatro de cada 10 personas que demandaron atención ya contaban con experiencia previa de tratamiento. Cuando se analiza este dato según el perfil de los usuarios y la sustancia por la cual demandan atención se puede apreciar que la proporción de personas con tratamientos previos es mayor entre aquellos que consultaron actualmente por cocaína fumable (44%) que entre los que demandaron atención por otra droga (36,6%).

Gráfico 5. Proporción de usuarios con tratamientos previos según tipo de sustancia por la que demanda atención y general



Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Otro dato a destacar, y que se relaciona con el anterior, es la cantidad de veces que las personas asistieron a tratamientos por uso problemático de drogas. Entre

las personas que cuenta con tratamientos previos se observa que el 66,6% cuenta con una sola experiencia de tratamiento previo, mientras que el 30,7% tuvo entre dos y cinco experiencias y el 2,8% seis o más. Al analizar por sustancia principal, se observa que entre los usuarios de cocaínas fumables hay una mayor proporción de personas con dos o más tratamientos previos (34,9% entre los usuarios de cocaínas fumables frente al 31,4% entre aquellos que demandaron atención por otra sustancia). En concordancia con lo anterior, los usuarios que demandan atención por otras drogas presentan una mayor proporción de personas que tienen una sola experiencia previa de tratamiento por consumo problemático de drogas (68,6% de estos, mientras que a nivel de los usuarios con sustancia principal una cocaína fumable esta cifra es del 65,2%).

Tabla 15. Número de veces que estuvieron en tratamiento según sustancia por la que demanda ahora atención y general

Cantidad de veces	Cocaínas fumables	Otras sustancias	General
Una vez	65,2	68,6	66,6
2 a 5 veces	31,4	29,7	30,7
6 veces y mas	3,5	1,7	2,8

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

Base: personas con al menos un tratamiento previo.

A partir de la información de la trayectoria en tratamiento también es posible conocer el tiempo en promedio que tardan los usuarios en demandar atención. Para ello, se debe considerar la edad en la cual se inicia el consumo regular de la sustancia por la cual demandan atención y la edad en la que se produce la primera solicitud de tratamiento en un centro de atención. El tiempo transcurrido entre ambas edades es el indicador que aquí denominamos como *gap* (brecha, en inglés) que en este caso se mide en años. La inclusión de este indicador en el análisis enriquece la mirada sobre el fenómeno de estudio y arroja evidencia clara sobre la forma en la que los usuarios arriban a los dispositivos de atención. La hipótesis que subyace es la existencia de distintos patrones de demanda de atención según la droga que se consume. Esto se explica por la sustancia, sus efectos, su poder adictivo, la tolerancia social a su uso y abuso, las características y niveles de vulnerabilidad de la población que la consume, entre otros aspectos. Además, el tiempo transcurrido (*gap*) entre ambos momentos puede dar cuenta del nivel de involucramiento de la persona en el uso de la sustancia así como de los perjuicios o daños que dicho uso ya puede haber generado en su salud (no solo la adicción).

A continuación se analiza este indicador para las sustancias que presentan la mayor proporción de usuarios que demandan atención por su consumo, estas son: cocaínas fumables, cocaína (clorhidrato) y alcohol.

En el caso de los datos aquí presentados, se observa que los usuarios que demandan atención por alcohol son los que poseen el mayor *gap* siendo en prome-

dio de 16,7 años el tiempo transcurrido entre la edad promedio de inicio del uso regular de esta sustancia (20,5 años de edad) y el primer tratamiento realizado (37,3 años de edad en promedio). Esto quiere decir que las personas que solicitan atención por el uso problemático de alcohol son las que más tardan, en promedio, en realizar dicha demanda en los centros de atención.

En aquellos que solicitan atención por el uso problemático de clorhidrato de cocaína, la brecha entre la edad promedio de inicio del uso regular de esta droga (19,3 años de edad) y la edad promedio del primer tratamiento (26,5 años de edad) es de más de 7 años. En comparación, los usuarios cuya sustancia principal es una cocaína fumable realizan esta demanda de forma más prematura, siendo de cinco años y medio en promedio lo que demoran entre el inicio del uso regular de este tipo de sustancias (19,2 años de edad) y la primera demanda de atención (que en promedio se realiza a los 24,6 años de edad).

Tabla 16. Edad (años) promedio de inicio del consumo regular, edad (años) promedio del primer tratamiento y gap (años) entre ambas edades según sustancia principal

Sustancia	Edad Ini. Reg.	Edad 1.er tratamiento	GAP
Cocaínas fumables*	19,2	24,6	5,5
Alcohol**	20,5	37,3	16,7
Cocaína***	19,3	26,5	7,2

Fuente: Sistema Tratamiento. Registra

*Base: usuarios que demandaron atención por alguna cocaína fumable.

**Base: usuarios que demandaron atención por alcohol.

***Base: usuarios que demandaron atención por clorhidrato de cocaína.

También resulta interesante analizar el gap según el sexo de los usuarios que demandan atención. En este sentido, se aprecia que para el caso de las cocaínas fumables las mujeres inician el uso regular de la sustancia un año más tarde (20 años) en promedio con respecto a los hombres (19 años). Sin embargo, el gap entre ambos sexos no presenta diferencias (5,3 y 5,5, respectivamente), por lo cual se puede afirmar que hombres y mujeres demoran en promedio el mismo tiempo en llegar a los dispositivos de atención una vez que iniciaron el uso regular de la cocaína fumable.

Para el caso de los usuarios que demandan atención por clorhidrato de cocaína, el gap de los hombres (7,4) es mayor en un año con respecto al que presentan las mujeres (6,5). Esto quiere decir que en promedio a los hombres les insume más tiempo solicitar la atención una vez que han iniciado el consumo regular de cocaína con respecto a las mujeres que se encuentran en la misma situación de consumo.

Por último, la situación más sobresaliente sin dudas está asociada a las personas que demandan atención por uso problemático de alcohol. Entre ellos se observan claras diferencias cuando de hombres y de mujeres se trata. El gap de los hombres es siete años superior al de las mujeres, es decir, mientras las mujeres tardan en prome-

dio 11 años entre el inicio regular de la sustancia (24,6 años en promedio) y la solicitud del primer tratamiento (35,6 años en promedio), para los hombres transcurren 18 años entre ambos sucesos (inician el consumo regular de alcohol a los 19,7 años en promedio y solicitan tratamiento por primera vez a los 37,6 años en promedio).

Tabla 17. Edad (años) promedio de inicio del consumo regular, edad (años) promedio del primer tratamiento y gap (años) entre ambas edades según sustancia principal y sexo

	Cocaínas fumables*		Alcohol**		Cocaína***	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Edad Ini. Reg.	20	19	24,6	19,7	20,8	19
Edad 1.er tratamiento	25,3	24,5	35,6	37,6	27,3	26,3
GAP	5,3	5,5	11	17,9	6,5	7,4

Fuente: Sistema Tratamiento.Registra

*Base: usuarios que demandaron atención por alguna cocaína fumable.

**Base: usuarios que demandaron atención por alcohol.

***Base: usuarios que demandaron atención por clorhidrato de cocaína.

Conclusiones

Este breve apartado con datos sobre personas que ingresan a dispositivos de atención y/o tratamiento por el uso problemático de drogas propicia la reflexión en distintos niveles.

En un primer sentido más general, se destaca la importancia de contar con herramientas de registro que permitan el monitoreo continuo de la atención en centros especializados de drogas. Los datos aquí presentados dejan en evidencia el gran potencial que esconden este tipo de sistemas, los cuales permiten la generación de información y conocimiento fiable que podrán ser utilizados al momento de la toma de decisiones. Precisamente, la Política Nacional de Drogas tiene entre sus principios sustentarse en evidencia científica y buenas prácticas evaluadas debidamente, tal como se expresa en la Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas Período 2016-2020 (JND, 2016). Por este motivo, urge continuar trabajando en pro de la mejora y perfeccionamiento del sistema Tratamiento. Registra, así como en la capacitación y sensibilización de los equipos que se desempeñan en los dispositivos; todo ello con el fin último de obtener datos de calidad que den cuenta de la mayor cobertura posible de la red de atención.

En un segundo nivel y haciendo foco en los datos propiamente dichos, se destaca la especificidad y vulnerabilidad de una población tan importante para la Política de Drogas como lo es aquella con uso problemático de sustancias que, en este caso, asiste a los centros de atención. Esta población joven, con alto nivel

de masculinización reúne también características destacables en términos de su perfil e inserción social, tal como fue descripto anteriormente. Sin embargo, al analizar a su interior encontramos que no es homogénea y que los usuarios que demandan atención por alguna cocaína fumable presentan, para la mayoría de los indicadores aquí considerados, una peor situación relativa con respecto a los usuarios que consultan por otras drogas. Pero esto no es una casualidad. Como ya se mencionaba en *Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay*, el consumo de cocaínas fumables y, en particular, de pasta base se instala en los sectores más vulnerables del tejido social, sellando en última instancia la exclusión social de individuos que desde muy temprano crecen en la marginalidad y que, por lo tanto, carecen de los activos que otros sectores sociales poseen para minimizar el impacto del consumo. (Suárez *et al.*, 2014)

Además de lo anterior, para comprender cabalmente la situación de los usuarios de cocaínas fumables hay que tener presente también las características de la sustancia, su gran potencial adictivo y sus efectos. La consideración de estos elementos ayuda a entender algunos aspectos vinculados, por ejemplo, con la intensidad del patrón de consumo de la droga y con las trayectorias en tratamientos. De hecho, la mayor rapidez constatada con la cual se solicita en promedio la atención una vez que el consumo regular de la cocaína fumable se ha instalado, en comparación a lo que sucede con el uso de otras drogas, también puede ser explicada por lo anterior. En este caso, no debe olvidarse tampoco que se ponen en juego mecanismos que tienen que ver con los criterios de sanción o aprobación social de determinadas conductas o subgrupos que promueven o no, por ejemplo, que la persona reconozca su uso problemático de drogas con la consiguiente solicitud de atención.

En definitiva, los datos aquí presentados no hacen más que mostrar, una vez más, la fragilidad y vulnerabilidad asociada a la población usuaria de cocaínas fumables, la cual, si bien en el transcurso del tiempo ha ido perdiendo peso relativo en el total de ingresos a centros especializados (dado probablemente por cambios en la estructura del mercado ilegal de sustancias y en el poder adquisitivo de los usuarios), sigue siendo la mayor población que demanda atención. Nuestro compromiso es trabajar para mantener la vigilancia de este fenómeno y brindar información relevante y de calidad. Con ella se podrán tomar decisiones que contribuyan al bienestar de la salud de los usuarios de drogas y de la población en general.

Referencias bibliográficas

- Junta Nacional de Drogas - JND (2016). Estrategia Nacional para el Abordaje del problema de Drogas 2016-2020. Disponible en: http://infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Estrategia_JND_2016_2020_web.pdf
- Suárez *et al.* (2014). *Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas.* Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación/UdelaR y Observatorio Uruguayo de Drogas/JND.

Estudio de seguimiento de pacientes en tratamiento

5- Estudio de seguimiento de pacientes en tratamiento

Leticia Keuroglan-Jessica Ramírez- Héctor Suárez – OUD/JND

Introducción

La evidencia científica referida al uso problemático de drogas, siempre provisional y compleja, encuentra uno de sus mayores déficits en el abordaje y, fundamentalmente, en la evaluación de las diversas prácticas terapéuticas. Si bien existen varios marcos teóricos sobre los posibles factores/variables que se consideran como determinantes en la instalación de un uso problemático (biológicos, químicos, psicológicos, sociales), según el énfasis que se ponga en cada uno de ellos se diseñan los diferentes programas o intervenciones; los primeros continúan en permanente debate y acumulación de conocimientos y los segundos han sido muy escasamente evaluados.

Este escenario, existente para cualquier uso problemático de sustancias y su posible abordaje, se agrava aún más en relación a los usuarios de cocaínas fumables que, como ya hemos presentado en capítulos anteriores, sin constituir un grupo totalmente homogéneo en su gran mayoría integran grupos sociales de alta vulnerabilidad social cuando no directamente exclusión social. Esta situación, aumenta las dificultades de acceso a la atención y tratamiento, como así también a los pronósticos de éxito de los mismos.

Se ha generado evidencia referida tanto a las dificultades de acceso (ver capítulo 2) como a una alta frecuencia de abandono o reincidencia en el consumo (ver capítulo 4) pero hay poca información referida a las principales variables que puedan permitir establecer, o por lo menos ensayar, una hipótesis al respecto, en especial cuando de modalidad de abordaje se trata. Tanto para el éxito como en el fracaso, se hace necesario indagar sobre las variables vinculadas a los mismos para avanzar en el conocimiento del fenómeno y de ese modo aportar a un mejor diseño estratégico en el abordaje de las intervenciones y programas.

Apoyar y desarrollar estas líneas de estudio fue uno de los objetivos del Proyecto Regional sobre Cocaínas Fumables auspiciado por CICAD-OEA. En el mismo se planteó la realización de un estudio piloto sobre “Seguimiento de usuarios de cocaínas fumables en tratamiento y/o dispositivos de apoyo/contención” en Argentina, Brasil, Chile Paraguay y Uruguay.

Es así que surge como prioridad un estudio para el seguimiento de los usuarios de cocaínas fumables en tratamiento o en programas de apoyo-contención, de manera de evaluar los posibles cambios/éxitos relacionados no solo con el consumo sino también en otras dimensiones psicosociales y sanitarias que pueden ser predictores de éxito en el proceso terapéutico. Como es esperable contar con un importante porcentaje de abandono en el proceso, otro aspecto importante es indagar sobre las razones de dicho abandono del programa de tratamiento o de apoyo-contención, cuando estos se presentan.

Este estudio para nuestro país fue coordinado y ejecutado en los años 2015-2016 por el Observatorio Uruguayo de Drogas y en el presente capítulo se presentan los principales resultados alcanzados en Uruguay.

El trabajo de campo fue realizado por CODOF. La supervisión técnica estuvo a cargo de Mariana Ferré y el equipo de profesionales que realizaron las entrevistas y seguimiento fueron Andrea Vallejo, Belén Bordoli, Leticia Albez, Lorena Guzzoni, Ignacio Caro, Sofía Horvath y José Romero.

Ficha técnica y método

Objetivo

Conocer los cambios ocurridos en los usuarios de cocaínas fumables en tratamiento y/o en dispositivos de apoyo-contención a partir del seguimiento (tipo panel) de los mismos a los cuatro meses de ingreso a los dispositivos/tratamientos.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a los usuarios de cocaínas fumables en tratamiento y/o dispositivos de apoyo-contención, en relación a su perfil sociodemográfico, salud mental y física, historia de consumo, antecedentes de tratamiento y dimensiones que permitan establecer una línea de base para su monitoreo
2. Caracterizar a los centros y dispositivos de apoyo-contención en los cuales se encuentran los usuarios bajo análisis.
3. Explorar los motivos del abandono y de adherencia en los usuarios bajo análisis.
4. Identificar los cambios experimentados por los usuarios, al cabo de cuatro meses de haber ingresado al dispositivo/tratamiento.

Método

Población objetivo

Usuarios de cocaínas fumables de 18 años y más recién ingresados a centros de tratamiento y/o dispositivos de apoyo-contención al momento de realizar el estudio.

Criterios de inclusión de usuarios al estudio

1. Sexo: hombres y mujeres.
2. Edad: 18 a 65 años.
3. Que la droga principal por la cual solicita atención sea cocaína fumable (pbc en el caso de Uruguay).
4. Usuario que haya consentido el ingreso al programa y no hayan transcurrido más de 15 días de su ingreso al momento de la entrevista.
5. Usuario que dé el consentimiento a participar en el estudio piloto.

6. Datos mínimos para seguimiento (condición para ingresar como caso):
 - Número de teléfono o celular.
 - Dirección dónde ubicar a la persona
 - Teléfono o celular de al menos un referente.

Criterios de exclusión

1. Usuarios que estén bajo suspensión condicional de un proceso judicial.
2. Centros de tratamiento en cárceles.

Diseño de la muestra

Se seleccionaron primero los centros /dispositivos (a) y en la segunda etapa los casos (b).

La muestra de los centros fue por conveniencia atendiendo variables sustanciales para el estudio (tipo de dispositivo, modalidad de atención, localización geográfica). El muestreo de los casos fue secuencial por el término de 90 días (todos los casos ingresados en ese período y que cumplieran los criterios de inclusión). A los cuatro meses de la entrevista se realizó la segunda entrevista (seguimiento).

a) Tipos de dispositivos/centros. Definiciones.

Centro de tratamiento: todas las instituciones terapéuticas, gubernamentales o no gubernamentales especializadas o no en el manejo de la problemática del abuso de drogas, **que brindan tratamiento**, es decir, un proceso de intervención terapéutica dirigida a personas que tienen consumo problemático de alcohol y otras drogas, cuyo objetivo es la superación de los problemas relacionados con el abuso y/o dependencia a las drogas. Para los efectos de este proyecto, se considerará centro de tratamiento a aquellas instituciones que cumpla con tres criterios mínimos:

- i. Programa de tratamiento escrito y con objetivos terapéuticos definidos
- ii. Ficha clínica individual
- iii. Equipo técnico y profesional multidisciplinario especializado

Dispositivo de apoyo-contención: Aquella institución gubernamental o no gubernamental, especializada o no en el manejo de la problemática del abuso de drogas, que aborda los consumos problemáticos de alcohol y otras drogas y que no cumple con **los tres criterios definidos** de centro de tratamiento. Aquí, en Uruguay, son conocidos como dispositivos de baja exigencia.

Número de centros seleccionados y características

Se seleccionaron 11 dispositivos/centros con las siguientes características y modalidades de atención:

Portal Amarillo. Ubicado al oeste de Montevideo. Es el Centro de Referencia e Información Nacional. En su propuesta incluye tres modalidades: residencial (in-

ternación para desintoxicación y comienzo de deshabitación), diurna (actividades cotidianas, consultas individuales y grupos T) y ambulatoria (consultas individuales y grupos T). Accesibilidad: usuarios ASSE.

Hospital de la Mujer. Ubicado en el Centro de Montevideo, está destinado a mujeres en estado perinatal y su propuesta es de atención individual y grupal incorporando los cuidados particulares inherentes a dicha etapa. Accesibilidad: usuarios ASSE.

Izcalí. Ubicado en la zona costera de Montevideo. Comunidad terapéutica. Para acceder a este tratamiento las personas deben estar en abstinencia, el centro no realiza desintoxicación. Existen tres modalidades: internación de mediana y larga estadía, diurno y ambulatorio (posinternación). Accesibilidad: universal con posible generación de costos.

Aconcagua. Ubicado en el este de Montevideo. Comunidad terapéutica. Para acceder a estos tratamientos las personas deben estar en abstinencia, el centro no realiza desintoxicación. Existen de tres modalidades: internación de mediana y larga estadía, diurna y ambulatoria. Accesibilidad: universal con posible generación de costos.

Comunidad Bethania. (Centro de Montevideo). Comunidad terapéutica que incluye internación por desintoxicación, de mediana y larga estadía. Cabe destacar que la internación por desintoxicación se realiza con el fin de alcanzar la abstinencia para continuar con internación de mediana y larga estadía en una chacra en Joanicó. Accesibilidad: universal con posible generación de costos.

Médica Uruguaya. Zona Centro de Montevideo. Sus modalidades son: internación por desintoxicación y ambulatorio (consultas individuales y espacios grupales). Accesibilidad: afiliados.

Hospital Maciel. Ciudad Vieja de Montevideo. Sus modalidades son: internación por desintoxicación y ambulatorio (consultas individuales y espacios grupales). Accesibilidad: usuarios ASSE.

Dispositivos comunitarios

El Achique (centro de referencia de base comunitaria). Está ubicado al oeste de Montevideo y su propuesta es en modalidad diurna con atención individual y grupal. Accesibilidad: universal.

Punto de Encuentro Punta de Rieles/Aleros. Dispositivo de baja exigencia con modalidad grupal. Accesibilidad: universal.

Malvín Norte. Dispositivo de baja exigencia con modalidad grupal. Accesibilidad: universal.

Policlínica La Teja Barrial. Dispositivo de baja exigencia con modalidad grupal. Accesibilidad: universal.

b) Casos/usuarios

Tamaño de muestra inicial esperada: 150 a 200 casos

Muestra real primera fase: 190 casos

Tamaño de la muestra de seguimiento esperada (reentrevistas) a los cuatro meses: 70 a 100 casos.

Muestra real alcanzada segunda fase: reentrevista: 93

Información por terceros: 55

Inubicable: 42

Instrumentos de recolección de información

Se diseñaron dos encuestas para ser aplicadas a los pacientes en tratamiento en las dos fases (al momento del ingreso y a los cuatro meses de haber ingresado a los dispositivos) y otra para el dispositivo/centro de tratamiento:

1. Encuesta a pacientes.
2. Encuesta al dispositivo/centro de tratamiento.
3. Encuesta de seguimiento a los cuatro meses de la primera entrevista.

Para la segunda fase se contempló la captura de información de aquellos casos no contactados a través de informantes calificados (referentes) y de dispositivo/centro de tratamiento.

Criterio de pérdida del seguimiento. Luego de un mínimo de cuatro intentos de contacto por distintas vías (telefónico, por familiares o amigos y/o visita a hogar de morada), se estableció la pérdida del caso para su seguimiento.

Dimensiones de análisis

- Perfil sociodemográfico: edad, sexo, estado civil, nivel educacional, convivencia últimos 12 meses, ocupación.
- Patrones de consumo de drogas: historia de consumo, frecuencia, tipo de droga, vía de consumo, etc., antes del tratamiento, al momento del egreso y durante el seguimiento.
- Estado de salud física y mental: medido por autodeclaración o diagnósticos previos.
- Conflictos con la justicia y comportamiento asocial: se indaga sobre conflictos con la justicia o comportamiento asocial.
- Apoyo social y familiar: se utiliza como instrumento una escala Likert de soporte social.

- Programa de tratamiento: diagnóstico de ingreso, tipo de tratamiento. Condición de egreso (alta de tratamiento, abandono de tratamiento, derivación a otro centro y alta disciplinaria o expulsión).

Trabajo de campo

Estuvo a cargo de Cooperativa CODOF, encargándose de la coordinación con las instituciones, entrevistas y reentrevista e ingreso electrónico de datos. El trabajo de campo en su Fase 1 se realizó entre julio y octubre de 2015. La Fase 2 se inició en con los primeros casos en octubre 2015 y finalizó en enero 2016.

PRIMERA FASE: Caracterización de la muestra

1- Datos sociodemográficos

Tal como se describió en la ficha técnica, se concertaron 190 entrevistas en la primera fase del proyecto en el período estudiado. Por tipo de centro, 168 corresponden a los definidos anteriormente como centros de tratamiento y los restantes 22 casos provienen de dispositivos de baja exigencia y/o comunitarios.

Las principales características sociodemográficas de los entrevistados tienen correspondencia con las observadas en capítulos anteriores, destacándose la alta masculinización del consumo de cocaínas fumables (86,3%), un promedio de edad de 27 años donde el 50% es mayor a 26 años. Este promedio de edad se destaca ya que se plantea la hipótesis que ante el descenso de la incidencia (nuevos casos por año) de esta sustancia los casos atendidos/captados corresponden en mayor proporción a usuarios crónicos.

Casi el 90% no ha completado la educación secundaria y uno de cada tres solo ha completado primaria. Apenas un 30% trabaja (incluye changas) y el 64% declara que no hace ningún aporte económico al hogar. De los que realizan aportes, solo el 30% declara que es el principal ingreso del hogar.

La mitad vive con alguno de sus padres o ambos, siendo esta la situación más frecuente de esta población. Uno de cada cuatro vive con su pareja y uno de cada diez se encuentra en situación de calle, siendo estos últimos los casos con mayor desafiliación social.

Sobre su estado conyugal (formal o de hecho) se consigna que ocho de cada 10 son solteros.

Todos cuentan con algún tipo de cobertura de salud, aunque la gran mayoría (80%) corresponde a las prestaciones que brinda el Estado (ASSE).

Una de las primeras conclusiones a las que se puede arribar es que los datos de este estudio presentan gran similitud con los obtenidos a través del sistema de registros (Tratamiento.Registra), confirmándose así la representatividad de los casos.

Con respecto al perfil obtenido en el estudio Fisuras (capítulo 2), destacamos algunas diferencias respecto a la situación habitacional, presentándose en esta muestra una situación más favorable que en aquella otra. Estas diferencias parecen explicarse por una mayor dificultad en el acceso a la institucionalización en las

personas que se encuentran en situación de calle o en mayor exclusión social. Esto hace que en el presente estudio, este sector, se encuentre subrepresentado.

Tabla 1: Distribución por sexo

SEXO	%
VARÓN	86,3
MUJER	13,7
TOTAL	100

Base: Total de la muestra.

Tabla 2: Distribución por rango de edad

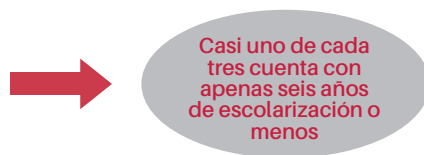
Rango de edad	%
18 a 25	43,2
26 a 35	48,9
36 a 45	7,4
46 y más	0,5
TOTAL	100



Base: Total de la muestra.

Tabla 3: Último nivel educativo alcanzado

NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	%
Primaria incompleta	6,3
Primaria completa	21,1
Enseñanza Media incompleta	62,1
Enseñanza Media completa	1,1
Técnica incompleta	2,1
Universitaria Incompleta	0,5
Técnica completa	3,2
Universitaria completa	0
No sabe/no contesta	3,7
TOTAL	



Base: Total de la muestra.

Tabla 4: Ocupación

SITUACIÓN OCUPACIONAL	%
Se encuentra trabajando/estudiando	12,6
Changas	14,6
Desempleado no busca trabajo	34,2
Desempleado busca trabajo	23,2
Estudia y no trabaja	1,6
Labores en el hogar	1,1
Jubilado/pensionista	0,5
No trabaja otros	9,5
No sabe/contesta	3,1
TOTAL	100



Solo el 36% realiza aportes económicos al hogar. De estos solo 1 de cada 3 es el principal ingreso. El 64% restante no aporta económicamente al hogar.

Base: total de la muestra.

* Está internado, dejó por estar en tratamiento.

Tabla 5: Situación habitacional más frecuente

SITUACIÓN HABITACIONAL	%
Situación de calle	9,5
Allegado	4,7
Institucionalizado	12,1
Vivienda propia o de familiar	56,8
No sabe/no contesta	16,8
TOTAL	100

Base: Total de la muestra.

Tabla 6: Convivencia últimos 30 días

Convivencia	%
Padre o madre	44,9
Ambos	3,2
Abuelos/tíos	9,7
Hermanos	13,5
Pareja	23,2
Hijos	10,8
Amigos/as	4,3
Solo/a	11,9
En un hogar de amparo	16,2
Institución de salud	0,5
Otros	3,8

Base: Total de la muestra.

Tabla 7: Estado civil

ESTADO CIVIL	%
Casado	5,3
Soltero	80,7
Viudo	0,5
Convivencia con pareja	11,1
Separado/divorciado	2,1
No sabe/no contesta	1,6
TOTAL	100

Base: total de la muestra.

2 - Salud física y mental

Declaración de los usuarios

Ante la pregunta sobre cómo consideraban su estado de salud los entrevistados manifiestan mayoritariamente (70%) que su estado de salud es bueno o muy bueno. Asimismo, son pocos los casos que cuentan con diagnósticos de enfermedades altamente prevalentes como HTA o diabetes. Se destaca casi un 8% de diagnósticos de enfermedad respiratoria crónica.

Respecto a las enfermedades infecto-contagiosas indagadas (ver Tabla 10), menos de la mitad de los casos cuenta con diagnóstico pese a ser una población de riesgo y que, en su gran mayoría, ha pasado por otros dispositivos. Entre los que sí lo tienen, se destaca una mayor prevalencia de positivos para HIV/SIDA y Hepatitis B con respecto a la población general. En la totalidad de los positivos se declara que están en tratamiento por estas enfermedades. Comparada esta población con la muestra obtenida en el estudio Fisuras observamos una mejor condición sanitaria.

Con respecto a la salud mental, se consultó a los propios pacientes sobre si contaban con algún diagnóstico de trastornos en la esfera psíquica. Menos de cuatro de cada 10 cuentan con un diagnóstico. De los casos con diagnósticos, el 30% presenta patología dual y casi la mitad declara que la misma no está siendo tratada al momento de la entrevista. Los trastornos de humor son los que cuentan con el mayor porcentaje de casos asociados al trastorno por consumo de sustancias.

Tabla 8: Autopercepción del estado de salud

Autopercepción del estado de salud	%
Muy bueno	16,3
Bueno	54,2
Regular	23,2
Malo	5,3
Muy malo	1,1
TOTAL	100

Base: total de la muestra

Tabla 9: Diagnóstico de enfermedades no transmisibles

Cuenta con diagnóstico de...	% de respuestas positivas
Diabetes	1,1
Hipertensión	3,2
Cáncer	1,1
Enfermedad respiratoria crónica	7,9
Otras	0,5

Base: total de la muestra

Tabla 10: Diagnóstico de enfermedades infecto-contagiosas

Tiene diagnóstico de...	% de respuestas positivas	Resultado positivo (% sobre diagnosticados)
Hepatitis B	37,4	5
Hepatitis C	36,8	2,8
Tuberculosis	38,9	2,7
Enfermedades de transmisión sexual	36,3	2,8
HIV/SIDA	42,1	5

Base: total de la muestra

Tabla 11- Diagnóstico previo salud mental

Diagnóstico salud mental	Nro. casos	% de casos
Sin diagnóstico	119	62,6
Trastorno por consumo	50	26,3
Patología dual	21	11,1



Casi uno de cada tres pacientes con diagnóstico previo presenta patología dual.

Base: Total de la muestra.

Como indicadores adicionales se consultó sobre las conductas sociales y comportamiento respecto a las normativas legales (en los últimos 12 meses).

Más allá de la discusión de si existe una asociación directa (no causalidad) entre el abuso de sustancias y situaciones de delito y violencia, este estudio encuentra una presencia importante de conductas anómicas o relacionadas con la violencia, con diferente nivel de compromiso y participación, responsabilidades y/o vulnerabilidades. En los usuarios de cocaínas fumables, como ya se ha presentado en el capítulo 2, los antecedentes de contextos de violencia familiar y social son condiciones que los caracterizan, junto con su afiliación a sectores sociales marginales o directamente excluidos.

Para esta muestra, se encuentra que casi cuatro de cada 10 han cometido algún delito en los últimos 12 meses y han sentido que la policía los ha perseguido.

La violencia también se encuentra muy presente en estas personas ya que casi seis de cada 10 declaran que han participado en actos violentos para el mismo período.

Tabla 12- Comportamientos sociales (últimos 12 meses)

	Participó en actos violentos	Cometió delitos que infligiera la ley	Lo ha perseguido la policía o sintió que lo hacía
Nunca	42,7	62,8	61,9
Una vez	9,2	12,2	13,2
Dos o tres	11,4	7,4	5,8
Cuatro o mas	36,8	17,6	19,0
Total	100	100	100

Base: Total de la muestra.

Soporte social

Para medir la presencia o ausencia de redes sociales y/o familiares que puedan servir de apoyo al tratamiento se utilizó una escala de soporte social⁴² constituida por nueve indicadores (en forma de afirmaciones) que son descriptores de situaciones donde los entrevistados señalan su acuerdo o desacuerdo frente a las mismas. Para ello utilizan una escala (1 a 5) que tiene en sus extremos las opciones de totalmente de acuerdo o totalmente en desacuerdo. Estos indicadores dan cuenta de situaciones que refieren a la percepción de los entrevistados respecto del entorno familiar y de amigos, en tanto referentes relevantes en el proceso del tratamiento. Textualmente estas afirmaciones son:

1. Tiene personas cercanas que lo motivan y lo alientan para que se recupere.
2. Tiene personas cercanas en su familia que desean ayudarlo a mantenerse alejado de las drogas.
3. Tiene buenos amigos que no consumen drogas.
4. Tiene personas cercanas en quienes siempre podrá confiar.
5. Tiene personas cercanas que entienden su situación y problemas.
6. En el lugar donde trabaja/trabajaba el consumo de drogas es/era común.
7. Tiene personas cercanas que esperan que pueda hacer cambios positivos en su vida.
8. Tiene personas cercanas que lo ayudan a desarrollar confianza en sí mismo.
9. Tiene personas cercanas que lo respetan a él y a los esfuerzos que está haciendo en este tratamiento.

Los datos obtenidos se operacionalizan en cuatro niveles de sostenimiento o soporte social que ubican a los entrevistados en los niveles muy bajo, bajo, medio o alto soporte social, de acuerdo a cómo respondieron a los ítems anteriormente mencionados.⁴³

⁴² Desarrollada por el Instituto de Investigación del Comportamiento Texas Christian University.

⁴³ El procedimiento para obtener el puntaje resulta de la elaboración de un índice sumatorio simple de los reactivos (invirtiendo los valores del ítem 6), dividiendo el mismo por el número de reactivos y multiplicando el resultado por 10. Luego se categoriza los puntajes

De acuerdo al autoreporte y los puntajes obtenidos encontramos que en el 42% de los casos el apoyo o soporte social es bajo o muy bajo. Sin embargo, es importante destacar que casi uno de cada tres considera que cuenta con alto soporte social.

Asimismo, encuentran en los padres el mayor apoyo para sostener sus logros.

Tabla 13: Nivel de soporte social según puntaje escala SS

Nivel de soporte social según escala SS	%
Muy bajo	14,5
Bajo	27,3
Medio	30,2
Alto	27,9

Base: total de la muestra.

Tabla 14: Personas que lo ayudarán a sostener sus logros

Personas que ayudarían a sostener sus logros	% de casos
Padres	56,8
Hermanos	27,0
Pareja	27,0
Hijos	18,4
Otros familiares	13,0
Amigos	7,6
Profesionales	9,7
Referentes institucionales	5,0
Por sí mismo	27,0
Otros	3,2

Total de la base, respuesta múltiple.

Con respecto al tratamiento o concurrencia a algún dispositivo de apoyo/concurrencia previo por uso problemático de sustancias debemos destacar que en la mayoría de los casos tuvieron acceso a alguno de ellos. El 86% declara que ha estado en alguno de estos dispositivos alguna vez en la vida y un importante 59% en los últimos 12 meses.⁴⁴

Sobre el último antecedente, de los que recibieron algún tipo de apoyo/tratamiento en su amplia mayoría fue de tipo residencial y solo en un 31% fueron dados de alta formalmente. El 23% abandonó por creerse que ya estaba recuperado. Porcentaje similar abandonó por tener problemas con la institución al que se le

SCORE Menor de 35- Nivel muy bajo, SCORE 35 <=40 Nivel bajo; SCORE > 40 < y <=45 Nivel medio; >45 Nivel alto.

⁴⁴ La diferencia con los porcentajes de la Tabla 13 se explican porque son preguntas de respuesta múltiple. Una misma persona pudo haber concurrido a centros de tratamiento y también a dispositivos de apoyo y concurrencia.


agrega un 11% que consideró que el programa no lo ayudaba. Si sumamos estos dos últimos ítems encontramos que los motivos principales de abandono están relacionados con la no adherencia a las instituciones.

En cuanto a la motivación para el ingreso al dispositivo actual, siete de cada diez declaran que lo hacen por motivación personal y un importante 23% fue inducido por la familia. El 62% declara que su expectativa es dejar de consumir. Tranquilizar a la familia y cambiar (salir) el ambiente en el que se desenvuelven en el marco del consumo, son también las expectativas más mencionadas.

Un importante 23% fue referenciado por la red asistencial (centro específico o salud general).

Tabla 15: Tratamientos previos.

	Sí
¿Participó en programas de apoyo/contención alguna vez en la vida?	53,2
¿Participó en programas de tratamiento alguna vez en la vida?	76,3
¿Participó en programas de apoyo/contención en los últimos 12 meses?	36,3
¿Participó en programas de tratamiento en los últimos 12 meses?	27,9



En promedio han concurrido a 2 dispositivos de tratamiento en la vida.

Base: total de la muestra.

Tabla 16: Último tratamiento recibido (información del centro o dispositivo de tratamiento).

Modalidad	%
Residencial	69
Ambulatorio diurno	15,5
Ambulatorio vespertino	2,6
Desintoxicación hospitalaria	2,6
Grupo de autoayuda	7,8
Centro comunitario	2,6



Alta: 31,5%
 Abandonó por creerse recuperado: 22,8%
 Problemas con la institución: 22,8%
 Sentía que no lo ayudaba: 11%
 Otros: 12%


Base: personas que recibieron tratamiento.

Tabla 17: Cómo llegó al dispositivo actual

Llegó por...	%
Consulta directa	56,8
Fuer referido por otro centro	8,9
Fue referido por red asistencial general	13,7
Referido del sistema judicial	2,1
Invitado por referentes de la institución	4,2
Otros	1,6
NS/NC	12,6

Base: total de la muestra.

Tabla 18: Motivación para tratamiento actual

Motivación	%	
Motivación personal	70,3	
Por pedido familiar/amigos	23,4	
Inducido por el trabajo	0,6	
Obligado/forzado	1,9	
Invitado/referido	3,8	
NS/NC	16,8	

El 62% declara que su expectativa del programa/tratamiento es dejar de consumir.

El 14% menciona que ingresó para tranquilizar a la familia y un 13% para cambiar de ambiente.

El ingreso para “bajar” o “tranquilizarse” lo menciona el 8,4% de los entrevistados. Huir de personas que lo persiguen o de la Policía lo declara el 2% de los usuarios.

Base: total de la muestra.

3 - Situación de consumo

En el estudio se indagó sobre el consumo de diversas sustancias y las diferentes características que hacen al patrón de uso (pasado y actual) de estas.

Se verifica nuevamente en este tipo de población un alto nivel de policonsumo, tanto en la experimentación como en el uso habitual.

La Gráfica 1 nos muestra que la mayoría de los entrevistados ha consumido alguna vez en la vida PBC, cocaína, marihuana, alcohol y tabaco. Con prevalencias menores, pero por encima del promedio poblacional (JND, 2014) se encuentra el consumo de inhalantes y alucinógenos.

Las principales drogas de inicio de consumo son el tabaco y el alcohol, aunque también se observa que en esta población hay una proporción importante de personas que inician con marihuana, siendo la edad promedio de esta sustancia muy cercana a la del alcohol.

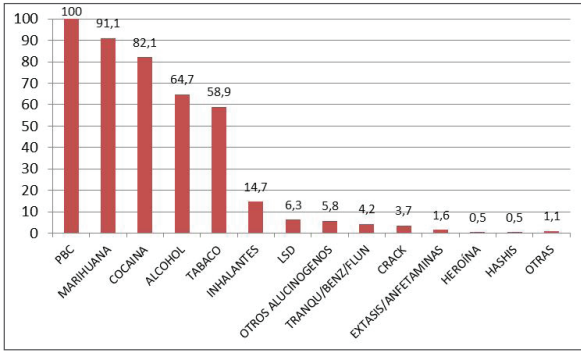
Existen también algunos casos de consumo precoz de inhalantes (en los pacientes de mayor edad) y muy pocos casos para los cuales la droga de inicio fue la cocaína o la PBC.

En la Tabla 20 se puede observar, a modo de trayectoria de consumo, el promedio de edad de inicio de cualquier droga. La mayoría de los entrevistados consumió hasta cuatro drogas y esto sucedió antes de los 18 años.

Al analizar las trayectorias de consumo se observa que, para más de la mitad de los casos, el consumo de PBC se produce luego de haber experimentado/consumido previamente con tres o más sustancias. Por todo esto, se verifica una trayectoria de consumo importante al momento de ingresar al dispositivo actual, donde el promedio de edad de los entrevistados es de 27 años y las edades de inicio de drogas como alcohol, tabaco y marihuana son muy bajas.

Este *gap*⁴⁵ entre el inicio del consumo y la demanda de tratamiento es muy importante ya que trae como consecuencia, además de los probables daños físicos surgidos (si su consumo fue intenso), un nivel de compromiso importante con las sustancias (dependencia, tolerancia).

Gráfico 1: Consumo alguna vez en la vida (total drogas indagadas)



Base: total de la muestra.

Tabla 19: Edad de inicio (promedio) y % que declara que fue su droga de inicio (drogas de mayor prevalencia)

Sustancia	Edad de inicio (promedio)	% que declara que fue su droga de inicio
Tabaco	13,30	39,7
Alcohol	13,88	25,9
Marihuana	14,5	28,0
Inhalantes	14,5	1,6
Cocaína	16,5	2,6
PBC	19,2	2,1
LSD	17,4	--

Base: total de la muestra

⁴⁵ Anglicismo utilizado para referirse en este caso a la “brecha” o distancia existente en términos temporales entre el inicio del consumo de una sustancia y la demanda de tratamiento.

Tabla 20: Edad de inicio del consumo de drogas, según cronología de uso

País	Droga de inicio	2a droga	3a droga	4a droga	5a droga	6a droga
Edad de inicio	13,45	14,7	16,0	17,6	18,4	19,9

Tabla 21 Orden de consumo de PBC

Orden	% de casos	% acumulado
Primer lugar	2,1	2,1
Segundo lugar	7,9	10,0
Tercer lugar	23,8	33,8
Cuarto lugar	26,5	60,3
Quinto lugar	27,0	87,3
Sexto lugar	10,1	97,4
Séptimo o mas	2,6	100
TOTAL	100	-

Consumos al momento del ingreso

La totalidad de los casos estudiados tienen como sustancia principal al ingreso al centro/dispositivo de atención la PBC pues la condición para participar en el estudio requería que la sustancia principal fuera una cocaína fumable.

Más allá de esto, para la gran mayoría de los casos la PBC no fue la droga de inicio

Algo más de la mitad de los casos declararon que era la única sustancia con la cual presentaban un uso problemático. No obstante ello, un 31,5% declara uso problemático de cocaína y casi un 23,7% de marihuana. El alcohol es mencionado por el 14,2% de los entrevistados. Los datos indican entonces que, si bien la PBC se constituye como “droga problema”, hay que tener en cuenta la dependencia a otras sustancias, con síndromes de abstinencia importantes como el alcohol.

También interesa destacar que uno de cada 10 usuarios declara haberse inyectado alguna droga en el último año.

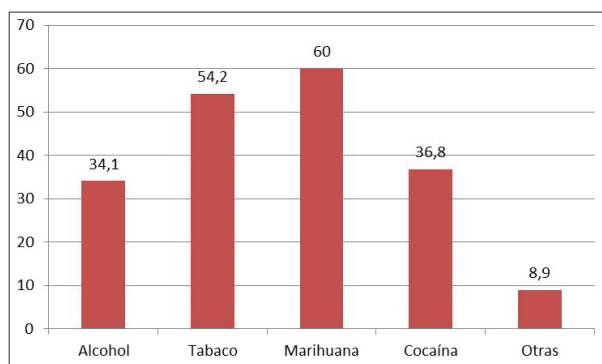
Tabla 22: Segunda y tercera sustancia mencionada como motivo de ingreso al centro/dispositivo

Sustancia	% de casos
Cocaína	31,5
Marihuana	23,7
Alcohol	14,2
Otras sustancias	<2

Base: total de la muestra.

El Gráfico 2 nos muestra que al momento del ingreso (últimos 30 días previos) existe alto nivel de policonsumo. La única droga que presenta una prevalencia sensiblemente menor a la encontrada en la población general es el alcohol, la cual alcanza a un 34% de este grupo de personas frente al 52% (OUD-JND, 2014) detectado en la VI Encuesta Nacional en Hogares.

Gráfico 2: Prevalencia últimos 30 días (otras drogas)



Base: Total de la muestra.

Con respecto a la frecuencia de consumo, se encuentra que hay un uso intenso de varias de las sustancias indagadas. Consultados sobre la frecuencia de consumo de las drogas principales durante los últimos 30 días, encontramos este mismo patrón, destacándose entonces el alto involucramiento de la persona con varias sustancias. Cabe consignar que la droga principal (la que demanda tratamiento) en todos los casos corresponde a PBC. La segunda droga consignada como problemática por el usuario las más mencionadas son la cocaína (60%) y el 22% la marihuana. De los que consignaron una tercera droga (27%), casi la mitad corresponde a marihuana y uno de cada cuatro a alcohol.

Tabla 23 Frecuencia de consumo últimos 30 días según droga que demanda tratamiento y secundarias.

Drogas	% de casos que la usó varias veces a la semana o más.
Sustancia principal (PBC)	72
Droga secundaria* ⁴⁶	63,1
Droga en tercer lugar* ⁴⁷	47,1

Base: Total de la muestra.

Información institucional

De la totalidad de las personas contactadas, 168 estaban en proceso de tratamiento en un centro especializado y 22 en dispositivos de baja exigencia (dispositivos de apoyo/contención).

En el 93% de los casos los pacientes tienen una ficha con el registro del tratamiento. Solo en algunos de los dispositivos de baja exigencia no se realiza esta tarea.

Según diagnóstico de los técnicos intervinientes, si bien en la mayoría de los casos (62%) no se contaba aún con un diagnóstico sobre la salud mental de los usuarios, cabe destacar que en aquellos que sí existían, un 33% presentaba patología psiquiátrica asociada, fundamentalmente, a trastornos de la personalidad y depresión. Esto es consistente con lo declarado por los pacientes en su autoreporte.

Tabla 24 Diagnóstico salud mental (evaluación equipo técnico)

Salud mental	% positivos
Trastornos por consumo	98%
Patología dual	33%

Base: total de pacientes con diagnóstico (70 casos).

Por último, cabe consignar la presencia de algunas diferencias de perfil de pacientes según la institución en la cual está siendo asistido por el uso problemático de sustancias.

Se encuentra que los dispositivos de baja exigencia presentan una proporción de mujeres más alta que en los centros especializados, un promedio de edad menor, menor capital educativo y con mayor frecuencia un diagnóstico de patología dual. También se encuentra que el porcentaje de personas con muy bajo apoyo social es mayor.

Tabla 25 Perfil de pacientes según dispositivo (en %)

	Centro de tratamiento	Dispositivo de apoyo/contención
Mujer	12,5	22,7
Promedio de edad	27,27	25,6
Nivel máximo educativo alcanzado Primaria	29,2	20
Patología dual	31,7	40
Frecuencia de consumo droga principal (una o más veces al día)	60,1	54,5
Índice Muy Bajo de Apoyo Social	13,8	20,0

Base: Total de la muestra.

⁴⁶ La base es el total de casos que consignaron una segunda droga de demanda de tratamiento.

⁴⁷ La base es el total de casos que consignaron una tercera droga de demanda de tratamiento.

INFORME SEGUNDA PARTE: Seguimiento

Apuntes sobre el método

Tal como se describió en la primera parte del informe, a los cuatro meses del primer contacto se inició la fase de seguimiento. Para este segundo contacto se utilizó la búsqueda directa del entrevistado (dirección, teléfono, celular, institución). Cuando no se lograba efectivizar el contacto se recurría al referente que la persona había mencionado, con el objetivo de encontrar nueva información que permitiera contactarlo o, en su defecto, que pudiera informar sobre la situación actual del entrevistado.⁴⁸

De acuerdo a este procedimiento encontramos tres tipos de situaciones respecto a los resultados de este seguimiento, a saber:

1. La persona es contactada y se logra entrevistar.
2. La persona no es contactada directamente pero se obtienen datos a partir de la información del referente o de la institución.
3. No se puede lograr contacto con la persona ni con el referente, y tampoco la institución puede aportar datos.

Se consideró pérdida del seguimiento: luego de un mínimo de cuatro intentos de contacto por distintas vías (telefónico, por familiares o amigos y/o visita a hogar de morada, información de la institución/dispositivo de atención).

Con respecto a la información referida al tratamiento se considera que es abandono, interrupción o suspensión del programa cuando:

En modalidad residencial: la persona abandonó el establecimiento de manera voluntaria.

En modalidad semiresidencial: la persona abandonó el establecimiento de manera voluntaria y/o que no asistió en el último mes.

En modalidad ambulatoria: la persona no acudió a las últimas cuatro o más citas consecutivas y programadas del programa o tratamiento y tampoco avisó, o bien, a través de la comunicación con la institución manifiesta el abandono, o que no acude al dispositivo de apoyo-contención por tres semanas.

Resultados del seguimiento

Luego de aplicado el protocolo de seguimiento, los resultados obtenidos indican que se logró contactar a casi la mitad de los entrevistados de la primera fase y se

⁴⁸ Esta utilización del referente de contacto como informante calificado de la situación actual de la persona a entrevistar no estuvo contemplada en el proyecto regional original, pero Uruguay lo incorporó como una primera aproximación a la probable situación de la persona buscada, aunque por sus características no se incluye este dato en el análisis comparativo.

obtuvo información (a partir de referentes) de aproximadamente un 30% más de casos. Solo en el 22% de los casos no se pudo obtener ningún tipo de información.

Por tipo de dispositivo, no se encontraron diferencias significativas respecto a los resultados de contacto.

Tabla 26: Resultados seguimiento

Resultado	% total	Centro tratamiento	Dispositivo Aten/trat.
Se logró entrevista	48,9	48,8	50,0
No se logró entrevista pero se contactó referente	28,9	28,6	31,8
Inubicable (no se obtuvo entrevista ni información)	22,1	22,6	18,2

Base: total de la muestra.

Análisis primario de los entrevistados en segunda fase

En primer lugar, analizaremos los casos que pudieron ser entrevistados directamente para poder comparar su situación respecto a la primera entrevista en relación a variables claves como adherencia al tratamiento, situación de consumo, cambios conductuales, expectativas, etcétera.

Según los datos obtenidos, casi la mitad de los casos reentrevistados continuaban en tratamiento, la mayoría de ellos permaneciendo en el mismo centro/dispositivo donde habían sido contactados por primera vez.

Por tipo de dispositivo, permaneció en centros de tratamiento el 45% de los entrevistados de la segunda fase y de los dispositivos de baja exigencia el 63%⁴⁹, mostrándose entonces que estos últimos tienen un mayor porcentaje de adhesión, aunque debemos destacar que el número de casos es bajo, por lo cual se debe tomar como provisional.

De los que no seguían en tratamiento (para todo dispositivo), solo el 4.9% (3 casos) resultó por alta o finalización del programa.

Los motivos de abandono al tratamiento son diversos no existiendo una razón nítidamente predominante. Consultados sobre los posibles problemas con la institución y/o el programa hay una gran dispersión de las respuestas, destacándose como principales problemas el aburrimiento (uno de cada cuatro declara que se aburría), el encierro y en frecuencias menores la distancia al dispositivo y los horarios.

Pese a haber abandonado el programa, casi el 90% piensa que el programa le resultó útil o muy útil.

Tres de cada cuatro que abandonaron tratamiento, al momento de la reentrevista no habían solicitado nuevamente atención o tratamiento.

⁴⁹ Cabe destacar que el número de personas contactadas en dispositivos de baja exigencia es de 22 casos y en la reentrevista 11.

En resumen, de los 93 casos contactados, al momento de la reentrevista solo tres habían sido dados de alta por el dispositivo.

Tabla 27: Sostiene tratamiento

Situación de tratamiento	%
Continúa en el mismo dispositivo	47,3
Continúa en otro dispositivo	2,2
No continúa en tratamiento	49,5
NS/NC	1,1



Alta.....	6,2%
Consideró que estaba recuperado.....	16,3%
Problemas económicos.....	12,2%
Problemas familiares.....	2,0%
Problemas con la institución.....	8,2%
Sentía que no lo ayudaba.....	10,2%
Volvió a consumir.....	6,1%
Por tener que trabajar.....	6,1%
Extrañaba familia.....	8,2%
Otros	24,5%

Base: Entrevistados segunda fase.

Tabla 28: Situación de tratamiento según dispositivo

Situación tratamiento	Centro especializado	Dispositivo apoyo/contención
Sigue tratamiento (mismo disp.)	45,1	63,6
Sigue en otro dispositivo	2,4	0
No sigue tratamiento	51,2	36,4
NS/NC	1,2	0

Base: Entrevistados segunda fase.

Situación de consumo

Seis de cada diez reentrevistados declaran continuar con el consumo. Si controlamos según siga en tratamiento o no en el momento de la segunda entrevista, encontramos que estos porcentajes no presentan diferencias significativas según esta situación. Si controlamos por tipo de dispositivo, encontramos que de los que continúan en tratamiento, el 62,2% de los que se encuentran en centros especializados continuaba consumiendo y en dispositivos de apoyo contención el 71,4%.

Sin embargo, entre los que continúan consumiendo se registra un descenso importante respecto a la intensidad del mismo. En la sustancia principal (PBC) pasa de un 70% de consumidores intensos⁵⁰ a un 14%. Este descenso, con matices, ocurre tanto para los que continúan en tratamiento (11,4%) como los que abandonaron (18,2%). Tampoco son significativas las diferencias por tipo de dispositivo, donde el uso intensivo ocurre en el 11,4% que están o estuvieron por un centro de tratamiento y un 17,4% entre aquellos que están o estuvieron en un dispositivo de apoyo/contención.

Esto sucede también para la segunda droga mencionada. Sin embargo, aparece como estable la frecuencia de consumo de la tercera droga mencionada como problemática.

⁵⁰ Consumo igual o superior a varias veces a la semana.

Tabla 29: % de personas que continúan consumo según siga tratamiento o no

	Sigue tratamiento	No sigue tratamiento
Sigue consumo	63,6	56,5
Abandono consumo	36,4	43,5

Base: Total de entrevistados (segunda fase).

Tabla 30: Uso intensivo* de consumo droga principal (PBC) y secundarias según momento de entrevista (en %)

	Primera entrevista**	Segunda entrevista***
Droga principal (PBC) n: 93	70	14
Droga secundaria n:63	66,1	30,1
Tercera droga n: 28	42,8	48,6

* Uso intensivo definido como varias veces a la semana y más.

** Se consultó sobre los últimos 30 días.

***Se consultó sobre los últimos cuatro meses.

Base: Total de entrevistados (segunda fase).

Situación familiar

En esta segunda fase se consultó sobre los mismos aspectos de la primera entrevista de modo de obtener información que permita evaluar tanto el proceso terapéutico como la situación general si la persona abandonó el mismo. Según observamos en las tablas siguientes se pueden destacar los siguientes aspectos.

- Sobre la convivencia en los últimos 30 días las diferencias halladas no permiten sacar conclusiones al respecto, salvo el hecho del incremento de la permanencia en una institución de salud, explicable por los casos que siguen en atención y tratamiento. También se percibe un aumento en la convivencia con la pareja, igualmente en mayor proporción en las personas que continúan tratamiento.
- En combinación con el anterior dato, observamos que se percibe una mejora en tanto descende el número de casos de situación de calle. Los casos de institucionalización corresponden a personas que continúan tratamiento.
- Con respecto a la situación ocupacional, se presenta una situación notoriamente favorable, duplicándose el número de casos que están trabajando o estudiando o teniendo alguna actividad económicamente activa (incluye economía informal). En contrapartida, descende notoriamente el número de personas que, estando desempleadas, no buscaban trabajo. El detalle importante es que esta mejora en la calidad de la situación

ocupacional se presenta con mayor intensidad en aquellos casos que ya no se encuentran en tratamiento.

- Este cambio de situación ocupacional se refleja en un aumento en la proporción de personas que aportan al hogar y se incrementa el número de personas que pasan a ser el principal ingreso económico del mismo.

Tabla 31: Convivencia últimos 30 días

Convivencia	Primera entrevista	Segunda entrevista
Padre y/o madre	37,7	22,1
Ambos	2,9	0
Abuelos/tíos	7,6	13,0
Hermanos	21,7	16,9
Pareja	20,7	27,3
Hijos	10,9	0
Amigos	3,3	3,9
Solo	10,9	10,4
Hogar amparo	8,7	5,2
Institución Salud	0	10,4
Otros	5,4	1,3

Base: Total de entrevistados (segunda fase).

Tabla 32: Situación habitacional más frecuente

SITUACIÓN HABITACIONAL	Primera entrevista	Segunda entrevista
Situación de calle	10,1	1,2
Allegado	3,8	3,5
Institucionalizado	8,9	9,3
Vivienda propia o de familiar	77,2	81,4
Centro de tratamiento	0	4,7
No sabe/no contesta	15,1	7,5
TOTAL	100	100

Base: Total de entrevistados (segunda fase).

Tabla 33: Situación ocupacional

SITUACIÓN OCUPACIONAL	Primera entrevista	Segunda entrevista
Se encuentra trabajando/estudiando	12,9	25,8
Estudia y trabaja	0	3,2
Changas	12,9	23,7
Desempleado no busca trabajo	30,1	11,8
Desempleado busca trabajo	26,9	22,6
Estudia y no trabaja	1,1	2,2
Labores en el hogar	1,1	1,1
Jubilado/pensionista		0
No trabaja	13,2	9,7
No sabe/contesta	2,2	0

Base: Total de entrevistados (segunda fase).

Tabla 34: Situación ocupacional según continuidad en tratamiento y consumo

SITUACIÓN OCUPACIONAL	Continúa tratamiento	Abandonó tratamiento	Continúa consumo	No continua consumo
Se encuentra trabajando/estudiando	13,6	37,0	21,3	30,4
Estudia y trabaja	6,8	0	4,3	2,2
Changas	20,5	26,1	25,5	21,7
Desempleado no busca trabajo	20,5	4,3	10,6	13,0
Desempleado busca trabajo	18,2	26,1	25,5	19,6
Estudia y no trabaja	2,3	2,2	0	4,3
Labores en el hogar	0	2,2	2,1	0
Jubilado/pensionista	0	0		
No trabaja	18,2	2,2	10,6	8,7

Base: Total de entrevistados (segunda fase).

Tabla 35: Aporte económico al hogar

	Primera entrevista	Segunda entrevista
Realiza algún aporte económico al hogar	40,4	55,9
Es el principal aporte económico	15,7	25,3

Base: Total de entrevistados (segunda fase).

Aspectos sociales y salud

Se aplicó nuevamente la escala de soporte social observándose una mejoría general en los puntajes, fundamentalmente de los valores extremos. Cabe consignar que, en términos generales y en las dos instancias, los entrevistados presentaron puntajes positivos (menor porcentaje de “muy bajo soporte social” y un mayor porcentaje de “muy alto soporte social”).

La mejoría es más acentuada según esta escala en las personas que actualmente ya no están en tratamiento.

En contrapartida, consultados sobre su estado de salud actual, si bien no existen diferencias muy importantes, se visualiza una autopercepción menos favorable en el momento de la segunda entrevista. Se puede plantear como hipótesis que en la medida que recuperan cierto nivel de inserción social y comienzan a transitar espacios de cuidado de salud (consultas médicas, etc.) donde les hacen diagnósticos, pasan a conocer y entender que su situación de salud es más delicada de lo que pensaban cuando ingresaron al centro.

Con respecto a las situaciones de violencia y/o conductas anómicas (como, por ejemplo, infringir la ley), si bien no son directamente comparables ya que el lapso temporal es diferente, podemos observar que sigue existiendo una presencia importante de actos/situaciones de violencia. En contrapartida, si bien no se puede hacer una estimación lineal, parecería presentarse una disminución respecto a infringir la ley o ser perseguido por la policía.

Tabla 36: Índice de soporte social, general y reentrevistados.

Índice de SOPORTE SOCIAL	General (todos los casos primera fase)	Primera entrevista	Segunda entrevista
MUY BAJO	14,5	11,1	7,5
BAJO	27,3	29,6	24,9
MEDIO	30,2	22,2	27,1
ALTO	27,9	37,1	40,5

Base: Total de entrevistados (segunda fase).

Tabla 37: Autopercepción estado de salud actual.

Autopercepción de estado de salud	Primera entrevista	Segunda entrevista
MUY BUENO	14,0	9,7
BUENO	60,2	57,0
REGULAR	22,6	24,7
MALO	2,2	6,5
MUY MALO	1,1	1,1
NS/NC	0	1,1
TOTAL	100	100

Base: Total de entrevistados (segunda fase).

Tabla 38: Situaciones de violencia y anómicas.

Situación	Primera entrevista*	Segunda entrevista**
Participó en uno o más hechos violentos	53,8	26,1
Involucrado en situaciones de violencia	47,3	21,5
Infringió la ley	39,1	8,7
Buscado/perseguido por la policía	35,5	6,5

Base: Total de entrevistados (segunda fase).

* 12 meses previos a la entrevista

**4 meses previos a la entrevista

Autopercepción de situación actual

Se le consultó a los entrevistados sobre una serie de aspectos relacionados con la salud psicofísica y los posibles cambios en el período entre las dos entrevistas. Los mismos pretenden evaluar el impacto que el proceso terapéutico pudo haber tenido en todos o algunos de ellos o, en el caso de abandono, obtener información sobre si empeoró o mejoró en relación a la situación inicial (primera entrevista).

La primera batería de preguntas hace referencia a aspectos físicos (salud bucal y alimentación) y los demás a aspectos que hacen a diversos estados que pueden estar relacionados con el consumo.

El descanso nocturno es mencionado como un aspecto que mejoró para la mayoría de los entrevistados (aproximadamente tres de cada cuatro entrevistados) y especialmente en aquellos que continúan en tratamiento.

La mitad de los entrevistados declara mejorar respecto a la impulsividad y ansiedad, no existiendo diferencias según siga o no en tratamiento.

Respecto a otros sentimientos/estados como la angustia, también la mitad declara haber mejorado, pero en este caso los porcentajes son más altos en aquellos que no continúan tratamiento. Lo mismo ocurre en aspectos como la tristeza o euforia, donde también se presentan mayores porcentajes de mejoría en aquellos que no se encuentran en tratamiento.

Por tipo de centro, y si bien hay que recordar que los casos de los dispositivos de baja exigencia son pocos, encontramos que en la mayoría de los indicadores estudiados se presenta una mejor autoevaluación por parte de aquellos que concurrieron a este tipo de dispositivo.

Tabla 39: Ud. siente que en los últimos cuatro meses mejoró, empeoró o se siente igual en relación a primera entrevista:

	En relación a hace cuatro meses...			
	Empeoró	Igual	Mejoró	No sabe
Problemas para dormir	4,3	22,6	72,0	1,1
Cantidad y calidad de alimentos que ingiere	3,2	21,5	75,3	0,0
Problemas de salud bucal/dental	9,7	53,8	34,4	2,2
Intranquilidad, ansiedad, control de impulsos	5,4	39,8	53,8	1,1
Tristeza	9,7	47,3	43,0	0,0
Euforia	9,7	47,3	43,0	3,2
Estar angustiado	10,8	38,7	50,5	0,0

Base: Total de entrevistados (segunda fase).

Tabla 40: Autopercepción de estado general referido a la salud psicofísica

	Mejoró en:			
	Sigue tratamiento	No sigue tratamiento	Centro especializado	Dispositivo de baja exigencia
Problemas para dormir	77,3	67,4	70,7	81,8
Cantidad y calidad de alimentos que ingiere	77,3	76,1	74,4	81,8
Problemas de salud bucal/dental	40,9	28,3	31,7	54,5
Intranquilidad, ansiedad, control de impulsos	56,8	52,2	51,2	72,7
Tristeza	36,4	52,2	41,5	54,5
Euforia	45,5	56,5	51,2	54,5
Estar angustiado	45,5	58,7	51,2	45,5

Base: Total de entrevistados (segunda fase).

Actitudes y expectativas

Respecto a aspectos claves como la confianza, la recuperación de redes familiares y sociales y expectativas en cuanto a su futuro, en general las respuestas son altamente positivas para todos los ítems. Es decir, tanto para aquellos que pasaron por un centro/dispositivo de atención o continúen en él, hay una autopercepción de mejoría en lo que respecta a confianza, mejorar el vínculo con la familia, a pensar mejor y a recuperar amigos y contactos. En este último punto se presenta una

menor proporción de respuestas positivas pero esto puede estar relacionado con la modalidad de tratamiento (internación, ambulatorio diurno) lo cual no permite una inserción real al entorno de origen. En contrapartida, en estos ítems las personas que están o pasaron por un dispositivo de baja exigencia presentan mayores valores positivos.

Tabla 41: Actitudes y expectativas actuales.

Actitudes y expectativas		Continúa tratamiento		Tipo de dispositivo	
% de respuestas positivas	GENERAL	SÍ	NO	Centro especializado	Dispositivo de baja exigencia
Las cosas pueden salir mejor	88,2	93,2	82,6	86,6	100
Tiene más confianza	81,7	79,5	82,6	81,7	81,8
Piensa mejor que antes	59,1	61,4	56,5	58,5	63,6
Mejoró contacto familia	79,6	79,5	78,3	78,0	90,9
Mejoró contacto amigos	46,2	34,1	54,3	45,1	65,5
Recuperó contactos	65,6	56,8	71,7	63,4	81,8

Base: Total de entrevistados (segunda fase).

Personas no entrevistadas con información de referente

Adicionalmente a la información recabada en la reentrevista, se consultó a los referentes establecidos en el protocolo sobre la situación actual de los usuarios contactados de la primera fase y con los cuales no se pudo establecer una segunda entrevista. Si bien esta información tiene el sesgo que le puede dar el contacto, se consideran informantes calificados para datos básicos como saber si continúa en tratamiento o se encuentra en situación de consumo.

De las 55 personas de las cuales se obtuvo información con este método encontramos que casi uno de cada cinco se encuentra actualmente en tratamiento (la mayoría en otro dispositivo, todos de carácter abstencionista, ej.: Beraca, religiosos, etc.) y en la mayoría de los casos fueron trasladados al interior del país. El 80% no se encuentra en tratamiento según el referente.

En cuanto al consumo, el 30% continúa el consumo y en muchos casos, a juicio del informante, en una situación peor que hace cuatro meses. En contrapartida, uno de cada tres estaría sin consumir e integrado a su familia y a la red social en distintos niveles o permaneciendo institucionalizado.

El perfil general de esta población (sexo, edad, ocupación, estado civil, convivencia, índice de soporte social) es similar al perfil general de la muestra.

Tabla 42: Situación actual del usuario según referente

Situación actual	% de respuestas
Consume y abandonó tratamiento	29,1
No consume, sin tratamiento	32
En tratamiento (otro dispositivo) y no consume	18,6
No está en tratamiento y no se sabe si consume	20

Base: Información por referentes.

Perfil de los casos no captados

Una de las preguntas relevantes (y sin posibilidad de una respuesta robusta) del estudio es conocer si existe algún sesgo sobre el perfil de las personas no contactadas (descartada la posibilidad de un mal registro de los datos de contacto) que nos permita aventurar un pronóstico de su situación actual (sigue en tratamiento, situación de consumo, inserción social, etc.).

Presentamos a continuación la comparación de los datos básicos de las personas contactadas o que se obtuvo alguna información en las dos fases y aquellos de los cuales no se pudo obtener ningún tipo de datos sobre su situación actual (42 casos), de modo de ver si existe alguna diferencia relevante que permita entender por qué se pudo obtener información de unos y no de otros, así como aventurar incluso un pronóstico sobre su situación actual.

De las variables indagadas no se encontraron diferencias significativas excepto en aquellas relacionadas con el nivel educativo y el soporte social, para las cuales se encontró que aquellos que no pudieron ser contactados presentan una peor situación relativa en dichas dimensiones. En teoría, y teniendo en cuenta lo desarrollado hasta aquí, el pronóstico de mejora de los indagados en alguno de los aspectos considerados en el relevamiento, parecería ser menor entre los no contactados que entre aquellos que si lo fueron.

Tabla 43: Perfil de usuarios según contacto segunda fase o no.

	Captados	No captados
Mujer	14,2	11,9
Promedio de edad	26,9	27,4
Nivel máximo educativo alcanzado primaria	23,1	47,5
Patología dual	12,8	9,5
Frecuencia de consumo droga principal (una o más veces al día)	54,3	57,5
Índice Muy Bajo de Apoyo Social	11,3	25,6
Centro especializado	87,8	90,5

Base: Total de la muestra.

Consideraciones finales

Antes de presentar los principales emergentes del estudio de seguimiento de pacientes en atención y tratamientos es importante señalar algunas limitaciones de sus resultados que hacen que los mismos deban ser tomados con la debida cautela y como una primera aproximación al conocimiento de un problema tan complejo como lo es evaluar la efectividad de una intervención en un fenómeno multicausal. Estas limitaciones tienen que ver con lo conceptual, con el seguimiento como método (estudio panel) y con los instrumentos de medición aplicados.

Sobre lo conceptual

Nos encontramos investigando sobre una problemática donde las limitaciones de todos los enfoques metodológicos, prácticas y técnicas de investigación aplicadas al análisis de las situaciones de consumo problemático son enormes, exigiendo un importante refinamiento del método que abarque a la conducta como un proceso integral y que pueda además contemplar la eventualidad de su permanente cambio.

La omnipresencia del fenómeno del consumo problemático de drogas (y su tratamiento) impacta en todos los entornos sociales (familia, escuela, trabajo, ocio, comunidad) del individuo además de afectar directamente su salud física y psíquica. Este impacto es un continuo en el proceso que un consumo se vuelve problemático como también al momento de salir de él. Esto torna muy compleja la intervención; su evaluación obliga a realizar miradas integrales y multidisciplinarias y, por sobre todas las cosas, no perder de vista que las conclusiones siempre serán provisionarias y con altas probabilidades de cambio.

Sobre esta incertidumbre y la precariedad de las respuestas, cabe la mención a Morin (2000, citado en Suárez *et al.*, 2011), que define la complejidad como el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. De esta forma, la complejidad se presenta con rasgos inquietantes, del desorden, de la incertidumbre y a ella debemos suscribir, más allá de que la necesidad de conocimiento requiere “poner en orden” los fenómenos, descartar lo incierto y eliminar la ambigüedad.

El estado del arte en Ciencias Sociales nos conduce irremediablemente a la búsqueda de la claridad y el orden en el conocimiento de la realidad social, pero utilizándose la mayoría de las veces la simplificación como herramientas de disgregación de ese pensamiento complejo para hacerlo comprensible y aprehensible. Esto no deja de ser útil y necesario pero debe ser tenido en cuenta como aproximación (y parte de una cadena de aproximaciones sucesivas) así como debe aceptarse la realidad, “como un tejido formado por componentes heterogéneos, inseparablemente asociados” (Morin, 2000, citado en Suárez *et al.*, 2011). La realidad social como un contexto caracterizado no solo por regularidades, sino también por procesos aleatorios y no lineales y donde impera la ambigüedad y la incertidumbre, propias de los hechos complejos (Carlos Ruiz Bolívar, 2008, citado en Suárez *et al.*, 2011).

Tener en cuenta esto, nos permitirá aceptar que el análisis de la realidad social (y sus fenómenos particulares) está compuesto no solo por regularidades (que son

las que en definitiva buscamos conocer e interpretar) sino también por procesos aleatorios donde coexisten la ambigüedad y la incertidumbre, propias de los hechos complejos. Los resultados de este estudio dan cuenta de esto.

Sobre el método y sus instrumentos

Aspectos como el instrumento de recolección de datos (entrevista mediante cuestionario estructurado) y los momentos en los cuales se realizaron las entrevistas requieren de una cautela en su interpretación que redundará en la optimización del recurso y sus resultados.

Si bien el cuestionario, en líneas generales, era claro y apuntaba a indagar sobre áreas importantes como son los posibles cambios en el patrón de consumo, relacionamiento social y familiar, estado de salud de los usuarios a partir del tratamiento iniciado y la evaluación de su experiencia, contaba con preguntas y escalas muy sensibles a la situación del paciente al momento de contactarlo por primera vez. Realizándose la entrevista en un momento crucial, como era el del ingreso al dispositivo/centro de tratamiento, el cual puede ser definido como de máxima vulnerabilidad, asociado a niveles muy altos de consumo (quizá, incluso, a los máximos de ese individuo) y/o a graves problemáticas vinculadas con este, las respuestas sobre temas sensibles como el apoyo social y familiar, la autoestima y otras relacionadas con lo vincular, son fuertemente influenciadas por este contexto que presenta una complejidad tal que quizás las escalas (y su comprensión por parte del paciente) no pueden ser captadas en forma fiel. Esto se ve reflejado en las diferencias en las respuestas obtenidas cuatro meses después, estando o no la persona en atención y tratamiento. Siendo algunas dimensiones indagadas muy estructurales se plantea que quizás el rango temporal de cuatro meses sea muy acotado, debiéndose extenderse el plazo de seguimiento. También se plantea, a la luz de lo hallado, la necesidad de un diagnóstico previo más amplio y multidisciplinario de los equipos que se encontraban interviniendo en ese momento.

No obstante ello, todas aquellas preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos y de estructura familiar y social, como así también las preguntas de consumo, son más fácilmente objetivables y pueden ser comparables con un momento posterior. También constituyen un insumo importante de este estudio las razones de abandono en aquellos casos que así sucedió y la comparación con su situación actual a partir de la medición de las mismas variables en ambos momentos. Esta información, aunque acotada, se constituye en una muy buena aproximación y avance en la evaluación de las intervenciones.

Otro aspecto importante a destacar tiene que ver con el éxito en lograr la segunda entrevista. Esta es una dificultad con la que cuenta este tipo de estudios, sea la población que sea en un sistema no cerrado (las personas pueden salir de las instituciones, del lugar de contacto, de referencias, etc.). Esta dificultad se ve aumentada cuando se trata del seguimiento de personas con uso problemático de sustancias, especialmente de PBC, dadas las características de esta población. El cambio frecuente de domicilio o trabajo, la desafiliación social y/o familiar en los momentos de recaídas, consumos agudos o cambios/abandono de dispositivo de tratamiento, en muchos

casos con distancias geográficas importantes es casi constante en este tipo de población que socava las probabilidades de éxito de recontactar a las personas.

Era previsible entonces (y así se confirmó) una importante deserción de casos para la segunda fase que genera, en definitiva, un sesgo no controlable (por lo menos con los instrumentos utilizados) y que relativiza la información obtenida. Esta limitación complejiza la elaboración de conclusiones, sumándose a las expuestas desde el punto de vista conceptual líneas arriba.

Dicho de otra manera, es necesario acotar los resultados a la submuestra obtenida pero sin perder de vista que una porción importante de casos podría contener un sesgo que, de ser así, en cierta forma modificaría la “fotografía” obtenida y, por lo tanto, no permitiría que se aplicase cabalmente la generalización a toda la población en tratamiento.

Aun con estas consideraciones, la información aportada en este informe resulta muy valiosa si se utiliza en pos de mejorar la actual oferta de tratamiento y seguimiento de las personas con problemas derivados del consumo de sustancias tanto legales como ilegales. Algunas pistas la encontraremos en los resultados y otras, como ya se mencionó, se encuentran vinculadas al mejoramiento del método de evaluación que, a la larga, repercutirá en una mayor eficacia de las intervenciones.

Principales emergentes

Limitaciones de alcance: La población ausente

De acuerdo a los estudios reseñados por el Observatorio Uruguayo de Drogas y específicamente al realizado en 2012 mediante metodología RDS encontramos que aproximadamente el 40% de los usuarios problemáticos de esta sustancia ha solicitado algún tipo de atención y/o tratamiento en su vida. El 60% restante nunca ha solicitado asistencia formal y su perfil se encuentra entre los de mayor desafiliación social. Aquí no estaríamos hablando de barreras de acceso a los dispositivos por sí mismos sino de obstáculos mayores como son la exclusión social y la anomia.

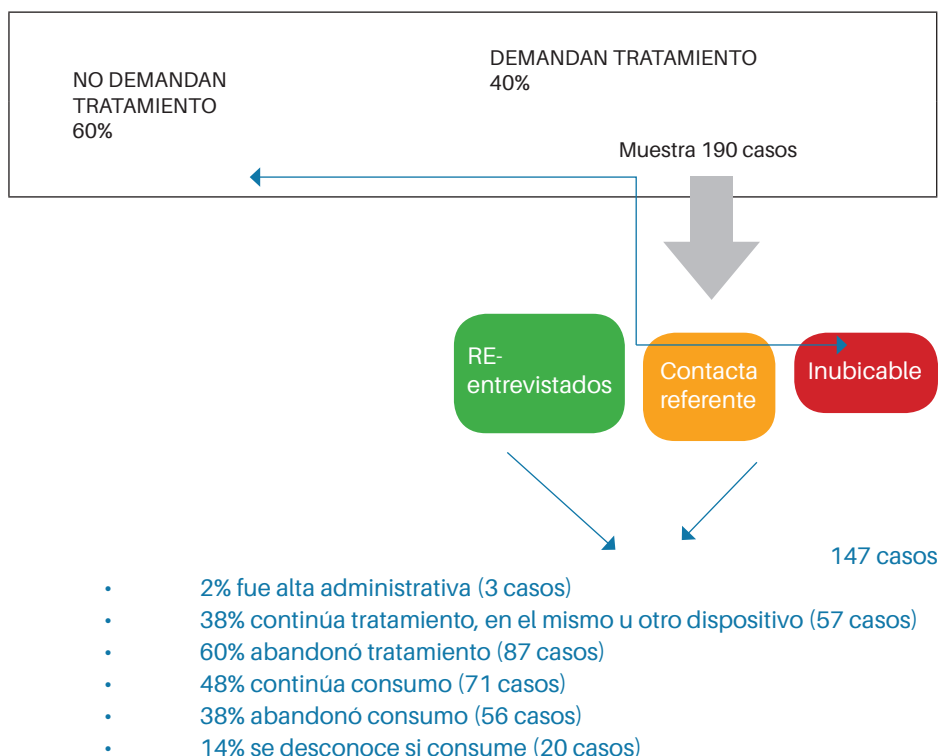
Nos encontramos entonces, como sociedad en general y como profesionales que trabajan en la materia, frente al dilema de cómo superar (reconocer) las disfunciones en primer lugar del sistema y de los organismos y sus políticas particulares para trabajar la situación de los excluidos en general y luego la particularidad asociada al consumo problemático de drogas. Esto implica no eludir la discusión de los principios rectores (y vigentes) de la solidaridad social y de los derechos sociales compensatorios (repensarlos) como herramientas eficaces ante la problemática. Este es el primer paso para acceder a esta población e intervenir en ella. Aquí juegan un rol preponderante (y primario) organismos públicos como el Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, el Ministerio del Interior, el Instituto Nacional de Rehabilitación, el Ministerio de Salud ASSE, que son los que se encuentran insertos en el territorio y que interactúan en lo cotidiano con esta población que no se plantea dejar el consumo.

El 22% de los casos que no fueron ubicados presenta un perfil que se aproxima en mayor medida que el resto a este tipo de población y que explicaría, a partir de

estas limitaciones de inclusión, el fracaso del proceso terapéutico (fracaso entendido como abandono al mismo y pérdida de referentes).

Como dato alentador, y en este estudio se visualiza un camino a recorrer, la reciente creación de dispositivos móviles y de baja exigencia insertos en territorios específicos y en calle, que tienen en cuenta muchas de las necesidades de esta población, incluso más allá de las relacionadas directamente con el consumo (además de lo que tiene que ver con el uso de drogas, también trabajan las múltiples aristas de la vulnerabilidad de la persona), conformando una nueva estrategia alentadora (fundamentalmente como dispositivo de captación) para la intervención que tendrá que ser evaluada y corregida permanentemente. De todos modos, estos dispositivos no pueden actuar solos, o no serán efectivos si en este proceso, valga la reiteración, no son complementados por acciones de inclusión social, incluyendo en este proceso a las personas privadas de libertad que ingresan con consumo problemático de drogas.

Figura 1: Alcance del estudio



La adhesión al tratamiento

Si tomamos la totalidad de la muestra inicial, los datos muestran una baja retención (independientemente de su situación de consumo actual) ya que al momento

de la segunda entrevista solo el 25% de las personas continuaba en tratamiento en el mismo dispositivo. Solo hubo tres altas y un 5% adicional se supo que cambió de dispositivo. Respecto a los que cambiaron, en la mayoría de los casos, pasaron a ser atendidos⁵¹ en el interior del país y en instituciones religiosas, marcando un cambio de perfil importante respecto al modelo de atención más profesionalizado de los cuales hicieron abandono.

Si sumamos los casos que no fueron contactados y, por lo tanto tampoco habían sido retenido por los dispositivos, esta cifra alcanzaría al 70% del total de la muestra bajo el supuesto de que el 22% no contactado no se encuentra en ningún otro dispositivo.

Sobre las razones de abandono, entre los que se pudo obtener respuesta, no aparece una característica predominante siendo la de mayor mención el hecho de sentirse recuperado. En aquellos que manifestaron que abandonaron tratamiento por problemas con la institución, la mayor cantidad de menciones están relacionadas con el aburrimiento.

Atendiendo solamente a los casos contactados por entrevista en las dos instancias, se observa una mayor adherencia a los dispositivos de baja exigencia.

La presencia del consumo

Del total de la muestra inicial, encontramos que por lo menos el 38% continuó el consumo y el 31% se encuentra al momento de la segunda entrevista sin consumir. Existe un importante 30% que no pudo ser contactado y, por lo tanto, no se puede saber si se encontraba consumiendo o no en la segunda fase del estudio. Teniendo en cuenta el perfil de las personas no ubicadas es plausible pensar que encontraríamos una distribución diferente a los captados, sospechándose un mayor porcentaje de consumidores.

El dato vinculado a la prevalencia (conjuntamente con la adherencia) nos estaría mostrando un éxito relativo de centros/dispositivos de atención (para el período estudiado y para la variable presencia del consumo) pero si nos guiamos por la intensidad de consumo (en aquellos casos contactados en segunda entrevista) se nota una disminución importante del mismo, fundamentalmente de las drogas principales por las cuales demandó atención la persona.

Este es un dato positivo pese a su carácter inestable ya que es indicador de un proceso donde las personas logran controlar total o parcialmente el consumo.

Pero se observa un éxito relativo en otras variables relevantes y que hacen a un mejor pronóstico a futuro. Entre estos indicadores que resultan más fiables para el análisis, cabe destacar como dato positivo la situación ocupacional (laboral). Las personas que fueron contactadas por segunda vez, independientemente de seguir en el proceso terapéutico o no presentan una mejoría, duplicándose el porcentaje de casos que se encontraban trabajando y se redujeron a la mitad los casos que no trabajaban ni buscaban trabajo. Concomitantemente, crece el porcentaje de personas que no trabajan pero buscan trabajo. Si bien esto se da tanto para las personas en abstinencia como las que continúan el consumo, la reducción en la intensidad del uso de sustancias podría estar explicando el cambio en la situación ocupacional.

⁵¹ El concepto de "atención" es la declarado por los referentes pero que no necesariamente refleja nuestra opinión respecto a si es tratamiento o atención lo que se desarrolla en las organizaciones mencionadas.

La cinta de Moebius⁵²

Esta figura (y sus propiedades) puede utilizarse como una buena metáfora para entender y ayudar a la comprensión del fenómeno del consumo problemático de drogas en todo su proceso (continuo), donde a veces la atención y tratamiento es parte del mismo y que constituyó en este caso nuestro objeto de estudio.

Sin comienzo ni final, sin fronteras entre “lo interno y externo” (todo está comprometido y relacionado), un recorrido infinito sin principio de orientación/dirección son características que hacen a este fenómeno que compromete a la parte y al todo como si fuera una misma cara. El abordaje (intervención) en esta problemática también se asemeja al camino de la cinta de Moebius donde los universos de lo interno y lo externo se recorren a la vez, no dejando ver el uno o el otro en forma independiente ya que son la misma cosa⁵³.

Si bien esta aceptada la multidimensionalidad del fenómeno, no hay modo de encontrar una relación o sistema de relaciones que pueda dar cuenta de la génesis del proceso hacia el consumo problemático de drogas. Similares situaciones externas o contextuales no necesariamente dan el mismo resultado, más allá de que en términos probabilísticos sean pronosticables mayores o menores chances de que se genere un consumo y posterior uso problemático. A los factores ambientales le agregamos que tampoco determinada personalidad (y sus posibles trastornos) nos permiten aventurar un pronóstico altamente fiable. Ambos son casi la misma cosa e interviene una multiplicidad de variables que no se pueden controlar, no en el estado de arte actual de las ciencias que tratan la conducta de lo humano. Multidimensionalidad que, sin embargo, no exige que un consumo problemático surja a partir de un solo factor determinante (trauma, shock, anomia, influencia de pares, vulnerabilidad social o sanitaria a temprana edad, etc.).

En algunos casos, contextos similares pero historias diferentes, con fortalezas y debilidades que solo se explican por la trayectoria subjetiva de cada uno y que dan sentido a la forma de relacionarse (o no) con las drogas. Pero en otros casos, fundamentalmente en aquellos donde el contexto es agobiante y la sensación de estar por fuera de los límites de la integración social “toman” la vida del individuo, el pronóstico de un vínculo problemático es amplificado, como así, y en sentido contrario, los pronósticos de una intervención eficaz.

Por lo tanto, no existe la causalidad, por el contrario existe complejidad e incluso hasta aleatoriedad en los procesos. Esta complejidad que instala un problema real de cómo hacer prevención de estos usos, se profundiza aún más cuando ya estamos estudiando el fenómeno del uso problemático y su atención/tratamiento. No hay método universal, no hay posibilidades de “programas a medida” que den la certeza de su éxito. Sí se sabe que es un largo recorrido (en la mayoría de los casos ese recorrido es la propia vida) donde alternarán éxitos y fracasos, métodos y controles, estigmas y apoyos.

Por lo tanto, debemos asumir que los resultados serán siempre humildes y acotados a un subgrupo de personas. Sabemos de algunos límites en las respuestas que

⁵² La banda o cinta de Moebius es un objeto geométrico caracterizado por no tener comienzo ni final, contar con un solo lado y borde. Se representa simplemente con una cinta de papel a la cual se le han unido los extremos girándolo. Es considerada una superficie “no orientable” en virtud de que si, por ejemplo, comenzamos a recorrerla mirando para la derecha terminaremos el recorrido mirando hacia el lado opuesto.

⁵³ Se ha utilizado esta metáfora tanto en la música como en la literatura. En la novela *The wall of darkness* (Arthur C. Clark) habla de un planeta dividido por un muro impenetrable y de dos habitantes que quieren conocer lo que hay al otro lado, pero el muro es una banda de Moebius y tanto el otro lado como este son el mismo lado.

se dan, pero no sabemos a priori (con la suficiente certeza) con quién funcionará y con quién no.

De todos modos, el acumulado en el estudio del tema permite ciertas aproximaciones válidas para acercarse a la explicación de algunos fracasos o bajos índices de retención que son más atribuibles al modo de intervención que al proceso personal del individuo, al menos para el caso específico de los usuarios de cocaínas fumables.

Algunas aproximaciones a modo de síntesis

- La falta de diagnósticos exhaustivos al momento de intervenir es una limitante de la praxis. Como vimos en el estudio, son pocas las personas que tienen un diagnóstico preciso de salud mental al ingreso a los dispositivos/centros. El acumulado científico estaría dando cuenta de la presencia de un porcentaje importante de patología dual en los casos de usos problemáticos de drogas, sin embargo parecería que su diagnóstico no forma parte de los protocolos y en la mayoría de los casos no se cuenta con ellos. Este es un elemento importante tanto para el modelo de intervención como así también para los pronósticos de éxito del caso. Se requiere entonces una política sociosanitaria proactiva; profundizar la capacitación y el compromiso de los equipos de salud de los diferentes dispositivos, ya que muchas veces tienen una visión acotada y rígida de la problemática y que muchas veces roza la vulnerabilidad de los derechos humanos.
- El bajo índice de retención de los dispositivos tradicionales, podría atribuirse (sacando factores personales no explorados en este estudio) a la baja eficacia de ciertas respuestas estándares de protocolos rígidos y en otros casos con la exigencia de una abstinencia sin otro sostén que la farmacología que puede desprenderse de las declaraciones de los usuarios. El aburrimiento, la alta exigencia y la desconexión con lo cotidiano son algunas de las razones predominantes para el abandono (temporal) de los tratamientos, según declaración de los entrevistados. Una y otra vez en muchos casos, cuando el consumo vuelve a ser agobiante, se repite este ciclo, cronificando esta situación (tratamiento/recaída).
- En contrapartida, se observó un índice mayor de retención (no así de cesación del consumo) de los dispositivos de baja exigencia. Este dato es prometedor en tanto permite contar con mayor tiempo de intervención a la vez de posibilitar la construcción de un vínculo de mayor confianza con la persona. Estos dispositivos parten del reconocimiento que la problemática del consumo de drogas, en muchas ocasiones, sobre todo en contextos de vulnerabilidad y exclusión social, exige que las respuestas superen la abstinencia como requisito de atención e incorporan el modelo de reducción de daños y riesgos como recurso terapéutico o sanitario para aquellos casos en que no se quiera dejar el consumo.
- De todos modos, el funcionamiento de estos dispositivos basa su éxito en el apoyo y asistencia de tipo social que surge del intercambio con esta po-

blación doblemente excluida. Por lo tanto, se demuestra la importancia de considerar otras áreas adicionales a la del logro de la abstinencia para la formulación y ejecución de programas de tratamiento y rehabilitación de problemas derivados del consumo de sustancias (especialmente de cocaínas fumables) dado que contribuirán a alcanzar los objetivos planteados por los mismos y su perdurabilidad. Trae como desafío al diseño, la necesidad de incluir a otros actores institucionales de apoyo social/sanitario ya que no son fenómenos independientes.

- Los programas de atención y tratamiento deben ser perdurables ya que la falta de seguimiento y de apoyo a aquellas personas que abandonan el consumo, una vez vueltos a su contexto, donde siguen existiendo las mismas barreras laborales, educativas y familiares, tienen altas probabilidades de recaer en el consumo. En ninguno de los dispositivos que intervinieron en el estudio se hace un seguimiento de apoyo luego del alta o de retención cuando el tratamiento es abandonado. Para el caso de las cocaínas fumables y su mercado se debe asumir la necesidad de políticas de inserción con la aceptación de que por lo menos una porción minoritaria de la sociedad requiere de cuidados adicionales en virtud de un déficit sistémico que el individuo no puede superar. Esta intervención no puede ser generalista ya que la misma raramente llega al sector más desposeído (su propia condición de desafiliación, en la mayoría de los casos, no permite que sean alcanzados por estas medidas). Este es el camino que desde la Junta Nacional de Drogas a través de su departamento de Inserción Social viene recorriendo, con políticas de inserción a partir de la discriminación positiva, y orientadas a poblaciones y espacios territoriales específicos, y a quienes padecen o alcanzan un estadio de “déficit de integración”.

Referencias bibliográficas

- Junta Nacional de Drogas – JND (año 2014). VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas.
- Morin, Edgar (2000). Introducción al pensamiento complejo. Citado en Suárez, H. (coord.); Cheroni, S.; Failache, F.; Méndez, A.; Suárez, M. (2011). Elaboración de diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas. Guía metodológica de investigación para la acción. Washington D. C.: CICAD, SSM, OEA.
- Ruiz Bolívar, Carlos (2008) El Enfoque Multimétodo en la Investigación Social y Educativa: Una mirada desde el Paradigma de la Complejidad Citado en Suárez, H. (coord.); Cheroni, S.; Failache, F.; Méndez, A.; Suarez, M. (2011). Elaboración de diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas. Guía metodológica de investigación para la acción. Washington D. C.: CICAD, SSM, OEA.
- Suárez, H. (coord.); Cheroni, S.; Failache, F.; Méndez, A.; Suarez, M. (2011). Elaboración de diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas. Guía metodológica de investigación para la acción. Washington D. C.: CICAD, SSM, OEA.
- Suárez et al. (2014), Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación/UdelaR y Observatorio Uruguayo de Drogas/JND

Inserción social

Departamento de inserción social. Modelo y seguimiento

Soc. Rosina Tricánico – Departamento de Inserción Social/JND

Uruguay es reconocido en el mundo tanto por expertos como por organismos internacionales, como un país que ha logrado un modelo propio de inserción social que incluye un conjunto de buenas prácticas replicables. El mismo fue presentado junto con el modelo chileno (ambos pioneros en América Latina) en la 57.ª Conferencia de CICAD en Washington, en mayo de 2015, donde la temática principal fue la integración social.

Existe un consenso extendido, entre los diferentes actores que trabajan en la temática, sobre la integralidad que debe tener el abordaje del uso problemático de drogas, siendo un elemento sustancial que la persona construya un estilo de vida saludable, recupere o fortalezca su trama vincular-familiar y se integre a su comunidad.

El modelo concibe:

El problema de las drogas como un fenómeno complejo y dinámico, anclado en factores sociales, económicos, políticos y culturales, que afecta los derechos fundamentales de las personas [...] el enfoque integral y equilibrado apela a una respuesta comprensiva hacia los diferentes componentes del fenómeno, tratados de forma conjunta y coherente sin privilegiar unos sobre otros [...] la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención de personas y comunidades requiere de su comprensión desde modelos relacionales que permitan pensar simultáneamente la implicación de lo social, cultural, sanitario y psíquico” (JND, 2015).

El modelo de inserción social para usuarios de drogas de nuestro país, concibe la coordinación, la articulación y la complementariedad con actores públicos, privados y de la sociedad civil, como base primordial para su funcionamiento, por lo cual ha buscado generar una política de redes y alianzas con diversas instituciones que forman parte del universo de la política social y de la protección social.

Las líneas de trabajo apuntan a la generación de estrategias y acciones orientadas al incremento de los activos sociales en educación, cultura y empleo de los usuarios de drogas, con un enfoque de derechos individuales, fortaleciendo la capacidad de crear autonomía y construir ciudadanía, promoviendo que sean sujetos activos de sus propios procesos.

“Llegó la cooperativa Yacumenza al lugar con una propuesta que se llamaba “A la cancha”. La propuesta era para menores de 30. Estaba muy buena la propuesta. Lo principal es que formaron un cuadro de fútbol. Hacían panadería, carpintería artesanal. En el fondo del club había una cancha de fútbol 5. A los gurises los entusiasmaba mucho el hecho de que les daban champions de fútbol, equipos deportivos, remeras, shorts. Formaron un cuadro. Esa era la estrategia para mantenerlos en el lugar. También había psicólogos... muy bueno el trabajo...” (participante en el proyecto).

Dentro de las principales alianzas se encuentran las relacionadas a la capacitación laboral, donde se destacan los convenios firmados con el Instituto Nacional de Empleo (INEFOP) el primero a partir de 2011 que profundizó sus alcances y firmó uno nuevo en diciembre 2015 que incluye formación y capacitación para personas en tratamiento por consumo problemático en todo el territorio nacional; con el Consejo de Capacitación Profesional (COCAP), institución donde se incorporan a los cursos regulares desde 2012 a personas para el aprendizaje de oficios, y con ANTEL, que desde 2013 se vienen desarrollando capacitaciones en informática.

¿La capacitación es importante? ¿Para qué sirve?

“Nosotros nos sacamos un poco el miedo...

...Descubrirse a uno mismo, por ejemplo nos descubrimos en roles que no tenía en nuestra vida. En mi caso yo trabajé 10 años en el club de golf, después cinco años en una empresa, y yo no sabía hacer una torta, por ejemplo. Hoy, por el curso de comida saludable, puedo hacer un pan, una torta... también en CODOF, ahí recibimos capacitación en el área sanitaria, yo no tenía ni idea lo que era pegar un caño, me fue gustando cómo trabajaba el profesor, y bueno, me encontré que tenía cierta habilidad para poder hacer eso... y... así fue que... [acota un compañero: “terminó siendo el oficial del camión” y él se ríe] son habilidades que uno no las implementaba ... y a su vez tampoco las habíamos adquirido... en OSE pasé por distintas dependencias, arranqué en cuadrilla con ellos en la zona oeste y el 19 de agosto arranqué con el proyecto de Achicando Caminos, como que podía lograr eso por mis propios medios...” (participante masculino).

“...en la capacitación aprendemos a cumplir horario, a atender a una persona, yo fui a la escuela y nunca más estudié nada... es como animarse nuevamente, yo estaba temerosa cuando fui a hacer el curso... animarse a estar ahí... darte cuenta que sabés...” (participante femenina).

“...introducción a la sanitaria, introducción a la electricidad, yo le tenía un miedo a la soldadura, y sin embargo una vez que agarré, me puse a hacerlo... y eso te eleva tu autoestima, descubrir tus capacidades, le perdés el miedo al laburo...” (participante masculino).

Por otra parte, a partir del Convenio marco JND-empresas públicas en 2013, que incluye dentro de sus líneas de acción la posibilidad de pasantías laborales para personas en tratamiento, se alcanzaron acuerdos específicos con OSE y UTE, que están vigentes. Se cuenta con cupos para pasantías laborales desde esa fecha con OSE y desde el año 2015 con UTE.

A través de acuerdos con el MIDES se habilita el acceso a algunos programas de dicho ministerio, como Uruguay Trabaja y Sistema Nacional de Cuidados, y se realizan en forma conjunta talleres de orientación laboral dirigidos a personas en tratamiento y en procesos de inserción social.

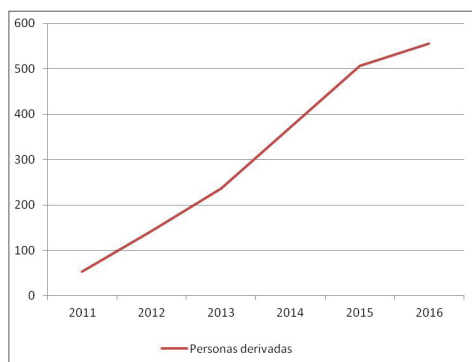
Por otra parte, el Departamento ha consolidado una red amplia de actores, que se encuentran en forma periódica en la llamada Mesa de Inserción Social y, anualmente, en encuentros nacionales. En esta pueden converger actores provenientes del sector público, así como diversidad de organizaciones de la sociedad civil y técnicos de los diferentes dispositivos de atención y tratamiento percibiéndose importantes logros a partir de un diálogo abierto y constructivo, con el fin de mejorar el modelo de inserción social.

En la actualidad, todos los proyectos incluyen el acompañamiento individual a través de la figura del referente educativo laboral con formación en drogas (REL) como metodología de trabajo imprescindible para personalizar las propuestas y para la articulación con el entorno del participante y sus nuevos ámbitos de socialización.

Desde la creación del Departamento, en julio de 2011, ha habido un aumento progresivo de las personas derivadas a los proyectos, así como de los centros de tratamiento derivantes y de las instituciones de la sociedad civil involucradas en la ejecución de los mismos. De la misma forma, se trabajó fuertemente en el aumento de la cobertura a nivel de país, incorporando la perspectiva de la inclusión social como parte del tratamiento en todos los dispositivos de tratamiento.

El cuadro siguiente muestra el aumento anteriormente explicitado en cuanto a cantidad de personas derivadas, entre los años 2011-2016.

Cuadro 1. Personas derivadas a proyectos de inserción social en todo el territorio nacional. Años 2011 a 2016.



Año	Personas derivadas
2011	53
2012	143
2013	237
2014	371
2015	507
2016	556

Fuente: Elaboración propia

Ficha técnica

Objetivos

Evaluar a través de la opinión de los participantes y de los centros de tratamiento y otros actores involucrados en los procesos, el impacto de los proyectos de inserción en los procesos de tratamiento por consumo problemático de drogas

Objetivos específicos

Conocer los logros alcanzados por los participantes en proyectos de inserción social al año de haber sido derivados a los mismos y su situación respecto al consumo.

Conocer la opinión de los usuarios sobre los diferentes proyectos de inserción social.

Conocer su situación respecto al consumo y al tratamiento.

Evaluar el rol del referente educativo laboral en los proyectos de inserción social.

Conocer el porcentaje de personas que finalizan los procesos y los motivos de abandono de quienes no logran terminarlos.

A través de las actividades que la persona realiza al momento de la entrevista, evaluar su integración a la vida social, familiar, comunitaria, laboral, etcétera.

Brindar información a los usuarios y familiares sobre otros posibles proyectos o tratamientos (seguimiento).

Método

Población

Personas que pasaron por proyectos de inserción durante el año 2014.

Criterios de inclusión

Todas las personas que pasaron por proyectos de inserción social en 2014 en Montevideo y área metropolitana (estudio cuantitativo).

Personas que pasaron por proyectos de inserción social en: centros de tratamiento regional El Jagüel en Maldonado, dispositivo de tratamiento comunitario en Montevideo, Achique Casavalle y en proyecto Uruguay Trabaja de Mides con acompañamiento de referentes educativos laborales con especialización en drogas, provenientes de punto de Encuentro Malvín Norte y otros dispositivos de baja exigencia (estudio cualitativo).

Instrumentos de recolección de información

Encuesta telefónica con las personas derivadas a proyectos durante el año anterior, en Montevideo y área metropolitana, dirigida desde el departamento de Inserción Social, con el apoyo de pasantes de Facultad de Psicología.

Grupos focales con participantes en proyectos en Montevideo y Maldonado y entrevistas en profundidad a actores clave, estos últimos a través de una evaluación externa sobre el modelo de inserción social realizado por la consultora REDIBX, “Sistematización de opiniones y experiencias de los principales actores vinculados a los proyectos de inserción social de la Junta Nacional de Drogas” (Corbo, 2014).

Este estudio recogió opiniones de técnicos vinculados a proyectos de inserción tanto desde las ONG ejecutantes, como de los centros de tratamiento derivantes, de expertos de organismos internacionales, autoridades y técnicos institucionales y de los propios usuarios. Las citas que se incluyen en este documento de usuarios y técnicos provienen de dicho estudio.

Diseño de la muestra

Estudio cuantitativo

Se cuenta con datos de las 115 personas derivadas a proyectos en Montevideo y área metropolitana durante 2014.

Entre octubre 2015 y marzo 2016 se intenta contactar a la totalidad de las personas derivadas, y se logran realizar 89 entrevistas, de las cuales 66 fueron participantes de algún proyecto de inserción social y 23 familiares directos.

La distribución de acuerdo a perfiles de usuarios (centro derivante, sexo, edad) y su distribución por prevalencias de consumo actuales, situación laboral, familiar, etc., no difieren mucho de otros estudios realizados por el Departamento en años anteriores, así como tampoco de otros estudios comparables realizados por el Observatorio Uruguayo de Drogas. Esta información nos hace pensar que no habría motivo para esperar un sesgo en la información obtenida.

Por esta razón, entendemos que los resultados aportan a la comprensión del tema y a la proyección a futuro de los proyectos.

Estudio cualitativo

Se realizaron seis grupos focales con participantes de proyectos en 2014 con los siguientes criterios.

Grupo 1. Personas participantes en proyectos en Montevideo menores de 25 años.

Grupo 2. Personas participantes en proyectos en Montevideo de 25 años y más.

Grupo 3. Personas participantes en proyectos de inserción social en centro de tratamiento de Adicciones de Maldonado El Jagüel.

Grupo 4. Personas de mayor vulnerabilidad social, participantes en programas Uruguay Trabaja con derivación por parte de JND y acompañamiento de OSC especializada en drogas.

Grupo 5. Participantes en programas de inserción social que hubieran culminado su proceso.

Grupo 6. Participantes en programas de inserción social que no hubieran culminado su proceso.

RESULTADOS

Perfil de las personas derivadas a inserción social y de las personas entrevistadas en Montevideo y área metropolitana, Año 2014.

En los cuadros siguientes se describe el perfil de las personas que fueron atendidas y que fueron entrevistadas, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: sexo, edad, nivel educativo y tipo de centro de tratamiento.

Cuadro 2. Personas derivadas al Dpto. de Inserción Social en Montevideo y zona metropolitana según sexo. Año 2014

SEXO	N.° Personas derivadas	%	N.° Personas entrevistadas	%
Femenino	16	13,9	14	15,7
Masculino	99	86,1	75	84,3
Total	115	100	89	100

Fuente: Elaboración propia

Desde la creación del Departamento de Inserción, el porcentaje de mujeres derivadas a proyectos no ha sufrido grandes variaciones. Durante el primer año, 2011, dicho porcentaje fue menor al 10%, mientras que entre los años 2012 a 2014 este porcentaje llegó a valores de hasta un 14%. Consideramos que no son diferencias significativas y que estos porcentajes están asociados a la proporción de mujeres que se encuentran en tratamiento en los centros que derivan.

Cuadro 3 - Personas derivadas al Dpto. de Inserción Social en Montevideo y zona metropolitana, según edad. Año 2014

EDAD	N.° Personas derivadas	%	N.° Personas entrevistadas	%
Menores de 18 años	9	7,8	4	4,5
18 a 24 años	30	26,1	23	25,8
25 a 29 años	21	18,3	19	21,3
30 a 39 años	39	33,9	20	22,5
40 o más años	16	13,9	9	10,1
Sin dato			14	15,7
Total	115	100	89	100

Fuente: Elaboración propia

El 44,4% de las personas derivadas tiene entre 18 y 29 años. Una segunda franja importante es la de personas entre 30 y 39 años con un 33,9%.

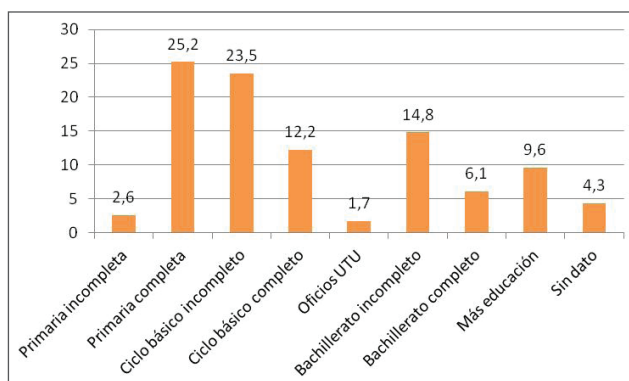
Cuadro 4. Personas derivadas al Dpto. de Inserción Social en Montevideo y zona metropolitana, según nivel educativo. Año 2014

	N.º Personas derivadas	%	N.º personas entrevistadas	%
Primaria incompleta	3	2,6	1	1,1
Primaria completa	29	25,2	14	15,7
Ciclo Básico incompleto	27	23,5	16	18
Ciclo Básico completo	14	12,2	20	22,5
Oficios UTU	2	1,7		
Bachillerato incompleto	17	14,8	14	15,7
Bachillerato completo	7	6,1	5	5,6
Más educación	11	9,6	7	7,9
Sin dato	5	4,3	12	13,5
Total	115	100	89	100

Fuente: Elaboración propia

Más de la mitad de las personas derivadas no cuentan con Ciclo Básico completo (51,3%). En años anteriores el porcentaje de personas sin Ciclo Básico completo era mayor, aproximadamente un 60%. A partir de 2014 ha habido una tendencia a la incorporación en los proyectos de inserción de personas que alcanzaron un nivel educativo más alto.

Gráfico 1. Personas derivadas según nivel educativo. Año 2014



Fuente: Elaboración propia

Cuadro 5. Personas derivadas al Dpto. de Inserción Social en Montevideo y zona metropolitana, según centro de tratamiento. Año 2014-2015.

Centros derivantes	N.º participantes	%	N.º entrevistados	%
Privados más mutualistas	42	36,5	28	31,5
Centros de ASSE o con financiación del Estado	70	60,9	57	64
Sin dato de centro derivante	3	2,6	4	4,5
Total	115	100	89	100

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los centros de tratamiento se visualiza un pequeño aumento de las personas derivadas de centros privados y mutualistas respecto a años anteriores.

Si cruzamos los datos de nivel educativo y centros de tratamiento, se puede suponer que este crecimiento en las derivaciones recibidas desde los centros de tratamiento privados es una posible explicación al aumento de personas con un mayor nivel educativo.

Evaluación

Sobre el referente educativo laboral

Durante 2014 la mayoría de las personas derivadas a proyectos de inserción social contó con el acompañamiento de un referente educativo laboral.

El referente educativo laboral permite acompañar el pasaje de las personas por el proceso de participación en los proyectos, posibilita ir reflexionando con ellos sobre aquellos aspectos que son sus fortalezas y los que deberán mejorar en el camino de reinserción social, educativa, laboral que se han propuesto o que comienzan a proyectar.

El acompañamiento se desarrolla a partir de diversas formas metodológicas que van desde la entrevista, el encuentro fuera de la institución, en sus domicilios, en los centros de tratamiento, en los lugares de estudio o trabajo, y con los interlocutores en estos diferentes espacios laborales, educativos, la familia o dispositivo de tratamiento.

La figura del REL y la existencia de un marco específico de coordinación con los centros, brinda la posibilidad de seguimiento de usuarios y usuarias incluso desvinculados del tratamiento y contrarreferencia hacia los centros de atención. Esta figura consolida la finalidad del proyecto como un componente parte del proceso de tratamiento del sujeto.

En la entrevista de seguimiento se les consulta sobre los aportes al proceso de inserción social. Las respuestas que dan los participantes mayoritariamente tienen que ver con el propio proceso de inserción social en todas sus dimensiones.

Es importante destacar que un 32,6% considera que el REL aportó en la consolidación o mantenimiento de su tratamiento y un 30,2% en la generación de vínculos, lo cual también apunta a un fortalecimiento del tratamiento entendido de manera integral.

El cuadro que se presenta a continuación es de respuesta múltiple, por lo tanto los porcentajes no suman 100.

Cuadro. Aportes del REL en el proceso de Inserción social

Aportes	%
Desarrollo de actividades laborales	55,8
Desarrollo de actividades socioculturales y deportivas	44,2
En el tratamiento	32,6
Generación de vínculos	30,2
A culminar el proceso educativo	27,9
Apoyo y motivación	16,3

N = 66

Fuente: Elaboración propia

En qué te aporta un referente educativo laboral:

“...Cuando estaba con el bajón... Ellos siempre están. Como no tenés el apoyo de tu familia... (participante femenina).

“...cuando uno sale de un consumo, los primeros que te empiezan a dar ese empujón son los educadores que tenés al lado, te dicen quién sos, quién seguís siendo, quién fuiste... una de las cosas que es la inserción laboral uno cuando sale de un consumo no tiene las herramientas para presentarse a un lugar de trabajo, tenemos tremenda vergüenza, estamos recohibidos, que la gente nos observa, y de a poco vamos retomando el contacto. Después te hacen reencontrarte con tu familia... si te echaron, ellos son los que te hacen volver a unirte con tus familiares, ubicar el problema... las herramientas para ayudarte” (participante femenina).

“...él era el que siempre estaba conmigo, siempre me dio para adelante, si yo preciso algo... como que somos amigos... ha llegado a ir a casa en momentos que yo he estado muy mal... (participante masculino).

Sobre los procesos

El 44,9% de los entrevistados logró finalizar el proceso del proyecto de inserción social que se propuso.

Cuadro 10. Personas que culminaron el proceso.

Respuestas	N.º Personas	%
Finalizó el proceso	40	45
No lo finalizó por razones de trabajo o estudio	18	20,2
No lo finalizó por otras razones	26	29,2
Sin dato	5	5,6
Totales	89	100

Fuente: Elaboración propia

Como se visualiza en el cuadro anterior, entre quienes no finalizaron el proceso algunas de las razones estuvieron vinculadas a mejoras en su proceso individual: consiguieron trabajo o ingresaron a la educación formal o informal. Se puede incrementar el porcentaje de éxito de los procesos a un 65.2% incorporando esta dimensión.

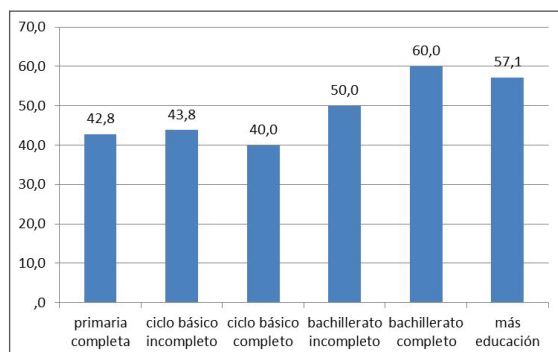
Cuadro 11. Otras razones por las cuales no finalizó el proceso

RAZÓN	N.º RESPUESTAS	% sobre el total de personas
No cubrió expectativas/ falta de ganas	7	7,9
Problemas personales/familiares o de relacionamiento	5	5,6
Recaída	14	15,7
Total	26	29,2

Fuente: Elaboración propia

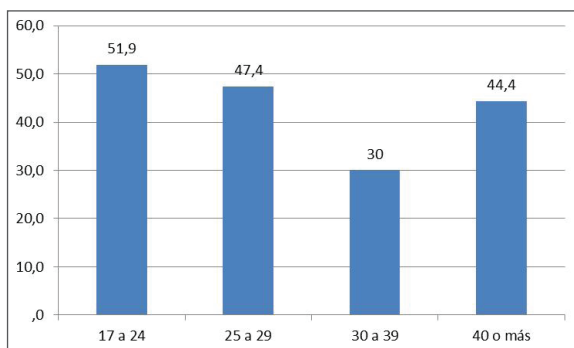
Un 15,7% contesta que una recaída le impidió completar el proceso y un 13,5% manifiesta razones vinculadas a otros inconvenientes más personales, que no estarían –por lo menos en la percepción de los participantes– asociados al consumo.

Gráfico 2. Porcentaje de finalización del proceso según nivel educativo.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3. Porcentaje de finalización de proceso según edad



Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, el 82% de quienes finalizaron el proyecto contesta que el mismo cumplió con sus expectativas.

Pasantía laboral:

“Un trabajo entre comillas normal si faltás al trabajo te dejan pasar una vez...

...lo que dice el convenio es que es un trabajo protegido. El trabajo protegido viene de la mano de esas situaciones que se pueden dar...” (participante masculino).

“...Tenés que cumplir con los cursos, si vos tenés una recaída o algo podés volver, te dan un tiempo para poder volver a ingresar o ver si vas a tratamiento...” (participante masculino).

“También está el tema que vos podés tomarte un día a la semana para ir a tratamiento...” (participante masculino).

“...van de la mano. Si no tenés tratamiento no tenés trabajo” (participante masculino).

“...Yo he tenido bajones de un mes, haciendo la pasantía en OSE. Y ta. Por el comportamiento mío que he tenido, siempre me aguantaron. El momento de bajón, siempre me dieron para adelante, me iban a visitar al hospital... hoy en día hice la pasantía en OSE, me fui con una buena carta de recomendación, del ingeniero... después de OSE, enero y febrero hice una changa... después empecé a entregar por todos lados currículos y no tuve suerte...” (participante masculino).

“... A mí se me terminaba la pasantía de OSE y digo ¿qué hago? Y me empezaron... y vino Mariana y me dijo, falta un mes, tenés el seguro... pero ¿qué hago? Yo soy grande, no recibo laburo así nomás. Y vino Mariana y me dijo tengo un trabajo para vos, es de noche... ¿querés?” (participante femenina), (ya hace un año que está en el hotel).

Actividades actuales

Como se puede ver en el cuadro siguiente, de las 89 personas entrevistadas además de un 44,4% que trabaja, un 34,9% realiza algún deporte, hay un 27% que estudia, un 27% que realiza actividades culturales o sociales y un 26,9% que menciona como sus actividades estar y compartir con la familia.

Casi un 8% de los entrevistados al momento de la entrevista se encontraba buscando trabajo, cerca de un 5% menciona como actividad principal estar internado o en tratamiento.

Esta pregunta es respondida en forma espontánea. La misma se analizó como respuesta múltiple. Varias de las personas realizan más de una actividad. Por este motivo, los porcentajes no suman 100. En este cuadro no están analizadas las coincidencias entre una y otra actividad.

Cuadro 17. Actividades que realizan actualmente las personas que pasaron por los procesos de inserción social

Actividad	%
Trabaja	44,47
Realiza deportes	34,9
Estudia	27
Actividades socioculturales	27
Estar con la familia	26,9
Busca trabajo	7,9
Se reúne con amigos	33,3
Internado, en tratamiento	4,8
Consume	3,2

Fuente: Elaboración propia
N = 89

Asistente social Susana Capdevila, Grupo T de Red Nacional de Drogas:

Rol de inserción social en el tratamiento: “Los usuarios de drogas, cuando llegan, han perdido todos los roles. Como persona, como ciudadano, trabajador, padre, vecino. Todos esos roles perdidos. Pérdidas sociales. Se trata de restablecer esas conexiones con todo el entorno. La familia, el barrio, el trabajo, la escuela. Ellos tienen un estigma en el barrio. Por eso, estos dispositivos comunitarios apuntan a que recobren en el barrio la estima. Por lo general los conocen por los lateros. Incluso nos ha pasado con los compañeros de trabajo nuestros. Al principio no los querían atender. Hicimos que ellos se mostraran con cosas que tienen positivas, mostrarles que pueden mostrar sus partes positivas, productivas, y cambió esa mirada (externa).

...Llega un momento que se rehabilitan, consumen menos o no consumen, pero ¿las otras cosas? Después de eso ellos se ven sin nada. Entonces buscamos la autoestima, la estima del barrio, la estima de buscar un trabajo, de capacitarse. Ellos no leen más. Pierden todos esos contactos. Muy pocos son los que tienen 5.º y 6.º. La mayoría es Primaria y hasta 2.º de liceo. La capacitación es muy importante. Otras cosas que puedan ayudarlos. Tratar de recuperar las cosas perdidas.

Ellos ahora conocen todos los recursos de salud de la policlínica, la escuela, hablan con las maestras, ahora pueden conversar, al hacer los cursos adoptan otro lenguaje, son ciudadanos ahora.

Hay cosas en el medio, sacar el carné de salud, los documentos en condiciones, es un proceso que ellos tienen que entender y nosotros tenemos que tener un sostén del grupo. Todos estos temas se llevan al grupo de los miércoles: cuando voy a empezar a trabajar, etcétera.

La pasantía de OSE es un salario que es más bajo que un trabajo en el mercado laboral. Pero se sienten apoyados, trabajan en una institución pública, la imagen de OSE, con uniforme, restablece una imagen que para ellos es muy importante. Llegan a su casa con uniforme de OSE. Si vos me preguntás si alguien consiguió algo después, de mi grupo son pocos que consiguieron algo después. Y quedan muy prendidos a OSE. Es peligroso cuando están terminando. Les duele mucho, es un momento peligroso. Si es una recaída es diferente, con más depresión, porque pierden los vínculos. Ellos se hacen amigos de los capataces. Ahí hay que tener mucho cuidado y estar muy al lado.

El contrato de trabajo los habilitaba a que el día de tratamiento no fueran a trabajar y fueran a tratamiento. A nosotros nos sirvió mucho como experiencia y al grupo también porque ellos volcaban al grupo esa experiencia que estaban realizando. Y seguían perteneciendo al grupo. Pudimos trabajar con ellos los desafíos laborales, muchas cosas que no sabían cómo resolver, se veían observados, eran pasantes, todo eso había que reacomodarlo. Ellos a veces no sabían cómo moverse en la institución. La confianza les permitía volcar esto en el grupo. Durante toda la pasantía.

Trabajamos con ellos la autonomía. No pueden solo ver OSE. Lo que nosotros estamos estimulando es que ellos después de haberse capacitado puedan elaborar un currículo, tener un diploma, salir a buscar al mercado laboral. No puede quedar prendido al centro de capacitación o al grupo de tratamiento. Cuando vemos que termina la pasantía, les preguntamos qué aprendieron y luego salen al mercado laboral”.

Consumo

Respecto al consumo, de las 89 personas entrevistadas, un 53.4% declara no estar consumiendo.

A los que dicen estar consumiendo se les consulta si igual, más, o menos que antes de empezar el tratamiento.

Cuadro 18. Cómo te encuentras respecto al consumo hoy

Consumo	%
Consume regularmente más que antes de empezar el tratamiento	5,7
Consume regularmente igual que antes de empezar el tratamiento	11,4
Consume regularmente menos que antes de empezar el tratamiento	11,4
Consume esporádicamente	18,1
No consume	53,4
Total	100

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 19. Cómo te encuentras respecto al consumo hoy, según finalización del proceso de inserción.

Consumo actual	¿Pudiste realizar todo el proceso?	
	sí	no
Consume regularmente más que antes de empezar el tratamiento	,0	11,4
Consume regularmente igual que antes de empezar el tratamiento	5,1	13,6
No consume	56,4	47,7
Consume regularmente menos que antes de empezar el tratamiento	15,4	9,1
Consume esporádicamente	23,1	15,9
Total		97,7
Sin dato		2,3
Total	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Entre las personas que no pudieron finalizar el proyecto de inserción social, un 25% declara consumir más o igual que antes de empezar el tratamiento. Entre quienes lograron finalizar el proceso solo un 5,1% dice consumir igual, y ninguna persona consume más. Del restante 95% mayoritariamente no consume o consume esporádicamente, estas dos categorías suman el 79%. Podría pensarse que las personas que se encontraban en mejores condiciones al ingresar al proceso de inserción lograron finalizarlo y luego también lograron mantenerse en un consumo más saludable o no consumo. También puede pensarse que el proceso de inserción profundizó el alcance del tratamiento, permitiéndole a la persona plantearse un proyecto de vida integral y saludable, y esto se vinculó a su relación con el consumo. Teniendo en cuenta ambas hipótesis, se puede concluir que las personas con mayor nivel educativo (variable de base con la que contamos para analizar las características de las personas) han tenido mayores porcentajes de “éxito” o finalización de los procesos y que, a su vez, estas dos variables influyen en el futuro consumo más saludable o no consumo.

“Cuando vos dejás el consumo empezás de a poco a armarte, y las responsabilidades tienen que ser de a poco también... si te ponen demasiadas responsabilidades como que te estresa”.

Sobre la posibilidad de recaídas:

“...eso va en la fortaleza de cada uno. Me ha tocado estar en un lugar que se consumía, dentro de donde yo estaba trabajando, y planteé el cambio de lugar, si bien ya tengo un buen tiempo limpio, nosotros tenemos un taller de prevención de recaídas, que se trata eso, alejarse del lugar, las personas que estábamos en el consumo, hay lugares que uno habituaba pasar, donde se compraba, eso despierta cierta...” (participante masculino).

“...en una de las reuniones que tuvimos en OSE antes de empezar a trabajar se habló mucho de quién iba a ser nuestro referente, por si nos pasa algo en el trabajo, ellos nos dan apoyo el trabajo... el apoyo emocional que una persona con estas características necesita no nos lo puede dar OSE, entonces la educadora que está con nosotros... uno de los temas era que nosotros íbamos a estar [trabajando] en calle y ellos tenían miedo de que nosotros pudiéramos tentarnos... una de las cosas que yo planteé fue que yo vivo dentro del barrio donde consumía, ando en las calles, todo, y no voy a comprar, hace tres años que salí y estoy limpia, eso va en uno también, también todo lo que uno fue ganando y lo que podés perder en un día. En el barrio está una acá... no va por estar en 18 de Julio...” (participante femenina).

“...el riesgo está siempre. Yo el fin de semana me peleé con mi novia, me dejó, y se me pasó por la cabeza, voy y me tomo un vino. Pasa por tener la mente en cosas ocupadas, por eso yo decía lo de la capacitación como tercera etapa muy importante, porque estás entusiasmado con lo que viene adelante, está hacia adelante, vos sabés que vas a alcanzar algo, siempre tener una propuesta para no volver atrás...” (participante masculino).

Tratamiento

El 43,3% de las personas entrevistadas se encuentra en tratamiento al momento de la entrevista. De ellos, el 69,2% declara no estar consumiendo. El 51,3% está trabajando.

De quienes no están en tratamiento, un 39,5% declara no estar consumiendo. El 30,2% declara consumir igual o más que antes de empezar el tratamiento. Y el resto, 30,3%, consume pero menos. A su vez, de estas personas que actualmente no están en tratamiento, un 42,9% se encuentra trabajando.

“Cumplir con una base de tratamiento porque eso implica la ayuda para todo eso, que es todo nuevo, ya sea un horario al cual hay que adecuarse, desde todo punto de vista, acostarse temprano, tener una buena alimentación, más o menos buena... para llegar a trabajar hay que haber pasado un proceso. Tratar de cumplir con determinadas cosas para obtener las otras, para mí el pilar es el tratamiento... nosotros en El Achique tenemos una modalidad individual y grupal...” (participante masculino).

Referencias bibliográficas

- Corbo, Gabriel (2015). Sistematización de opiniones y experiencias de los principales actores vinculados a los proyectos de inserción social de la Junta Nacional de Drogas”. Inédito.
- Junta Nacional de Drogas - JND (2015) Estrategia Nacional para el abordaje del problema drogas 2016-2020.

Anexo: Guía de recursos

Tipo de Centro: ASSE; RENADRO; IAMC. B. Com.: dispositivos de base comunitaria; C. Esp.: centro especializado privado; policlínica municipal; AA: Alcohólicos Anónimos; NA: Narcóticos Anónimos; comunidades religiosas				Accesibilidad: AU: acceso universal; AU/C: acceso universal con generación eventual de costos; AA: afiliación ASSE; AI: Afiliación IAMC		
Tipo de Centro	Depto.	Localidad	Nombre	Dirección	Teléfono	Accesibilidad
ASSE	Artigas	Artigas	ESM Artigas	Bernabé Rivera 394	47727911	AA
Renadro	Artigas	Artigas	Casa Abierta	Ruta 30 km 126	47721183	AA
Renadro	Artigas	Bella Unión	Ciudadela Bella Unión	Aparicio Saravia 456 entre Mones Quintela y Paz Aguirre	*1020	1 Nivel At.: AU 2 Nivel At.: AA
IAMC	Artigas	Artigas	GREMEDA FEMI	Gral. Eugenio Garzón (entre 18 de Julio y Héctor Vasconcellos)	47724001	AI
IAMC	Artigas	Artigas	NORMÉDICA	Tomás Berreta 640 (entre Rincón y Dr. Luis Alberto de Herrera)	47727132	AI
AA	Artigas	Artigas	14 de Diciembre	Garzón esq. Treinta y Tres, parroquia		AU
AA	Artigas	Bella Unión	Bella Unión	Dr. Romero Bianchi, Parroquia Sta. Rosa de Lima (entre Gral. Artigas y Gral. Rivera)		AU
AA	Artigas	Artigas	Nuevo Amanecer	18 de Julio y Blandengues, capilla		AU
AA	Artigas	Tomás Gonsensor	Sacrificio	19 de Abril, capilla (entre Sarandí y 18 de Julio) Sacrificio		AU
NA	Artigas	Artigas	Querer Vivir	Treinta y Tres (entre Gral. Eugenio Garzón y Bdier. Gral. Diego Lamas)		AU
NA	Artigas	Bella Unión	Tres Principios, Tres Fronteras	Chile esq. República Argentina		AU
ASSE	Canelones	Canelones	ESM Canelones	Continuación Dr. Francisco Soca 1070 (entre Dr. Cristóbal Cendan y Luis Re Pereira)	43323299 int. 199	AA
ASSE	Canelones	Ciudad de la Costa	ESM Ciudad de la Costa	Av. García Arocena (entre Secco García y Calle 27, paralela Av. Giannattasio, km 22,800, acera norte)	26983041	AA
ASSE	Canelones	Las Piedras	ESM Las Piedras	Lavalleja 585 (entre Battlle y Ordóñez y Av. Gral. José Artigas)	23650052	AA
ASSE	Canelones	Pando	ESM Pando	Av. Gral. José Artigas 1180 (Calle 18 de Julio y Luis Battlle Berres)	22928125	AA
ASSE	Canelones	Pando	ESM Pando/Centro de Rehabilitación	Av. Artigas 1181 (Calle 18 de Julio y Luis Battlle Berres)	22924752	AA
ASSE	Canelones	Santa Lucía	ESM Santa Lucía (Capilla)	Gral. Mitre 191, frente a la plaza de deportes (entre Ramón Irigoyen y Felipe La Cueva)	43343078	AA
ASSE	Canelones	San Ramón	ESM Santoral	Av. José Battlle y Ordóñez S/N (entre Rodó y Brig. Gral. Lavalleja)	43122156	AA
Renadro	Canelones	Las Brujas	Centro El Paso	Canelones. Ruta 48 km 750 (a 12 km de la intersección con Ruta 36)	*1020	AA
IAMC	Canelones	Pando	CAAMEPA	Baltasar Brum 1224 (entre Sarandí y Montevideo)	22925110	AI
IAMC	Canelones	Canelones	COMECA	Treinta y Tres 129 (entre Carlos Camera Hijo y José Rosa Gifuni)	43322250	AI
IAMC	Canelones	Las Piedras	CRAMI	José Ellauri 622 (entre Rivera y Lavalleja)	23650365	AI

C Esp.	Canelones	Atlántida	Fundación Ave Fénix	Ruta 11, km 157 (próximo a Ruta 8, entre Pando Varelo y Camino Briano)	43722782	AU/C
C. Relig.	Canelones	Las Piedras	Remar Las Piedras	Ruta 48, km 16,500		AU
C. Relig.	Canelones	Pando	Remar Pando	Ruta 75, km 37,500		AU
AA	Canelones	Tala	25 de Mayo	Artigas s/n, colegio (entre 25 de Agosto e l. de León)		AU
AA	Canelones	San Jacinto	4 de Octubre	Luis A. Herrera, parroquia (entre María Vera y Las Piedras)		AU
AA	Canelones	La Paz	5º Paso	Av. Artigas 231		AU
AA	Canelones	Aguas Corrientes	Aguas Corrientes	18 de Julio esq. Ambrosio Lezica, capilla		AU
AA	Canelones	Canelones	Alegría	J. Battle y Ordóñez 522		AU
AA	Canelones	Las Piedras	Amaneciendo	Garibaldi 653 esq. Soca, local IMC		AU
AA	Canelones	Atlántida	Atlántida	Gral. Artigas, Costa, junto a la Comisaría - Iglesia (entre Roger Balet y Calle 12)		AU
AA	Canelones	Atlántida	Autódromo	Interbalnearia esq. Río Negro, km 30,200		AU
AA	Canelones	Canelones	Fátima	J. De Viana esq. A. Saravia, capilla		AU
AA	Canelones	Toledo	La Capilla	Ruta 33 km 22,500		AU
AA	Canelones	La Floresta	La Floresta	Argentina esq. De las Flores Capilla Beato Don Orione		AU
AA	Canelones	Los Cerrillos	Los Cerrillos	Ruta 36 km 37,500, Iglesia Sta. Isabel		AU
AA	Canelones	Progreso	Progreso	Florida esq. Rocha, iglesia		AU
AA	Canelones	Pando	Reencuentro	Treinta y Tres 1010		AU
AA	Canelones	Salinas	Salinas	De la Fe - Iglesia Santa Isabel De Hungría (entre Yaguareté y Sarandí)		AU
AA	Canelones	Las Piedras	San José	Hnas. Calcuta		AU
AA	Canelones	Paso Carrasco	San José Obrero	Elías Regules esq. Vaz Ferreira, Cicssa		AU
AA	Canelones	San Ramón	San Ramón	Av. José Battle y Ordoñez, Hospital San Ramón (entre Brig. Gral. Lavalleja y Rodó)		AU
AA	Canelones	Santa Lucía	Santa Lucía	Gral. Mitre, Capilla Fátima (entre Felipe La Cueva y Maestra María Elena Lenzue de Urioste)		AU
AA	Canelones	Santa Rosa	Santa Rosa	Baltasar Brum esq. Dr. Llambías de Olivar, Iglesia Local B		AU
AA	Canelones	Sauce	Sauce	La Casa de la Cultura		AU
AA	Canelones	El Pinar	Sendero a la Sobriedad	Parada 4, Av. Pérez Butler		AU
AA	Canelones	San Luis	Serenidad	Salón Parroquial		AU
AA	Canelones	Toledo	Toledo	Av. Luis Alberto de Herrera 4265 esq. Sabino Álvarez		AU
AA	Canelones	Shangrilá	Unión	Av. Giannattasio km 19		AU
AA	Canelones	Montes de Solymar	Vivir	Colibrí esq. Giannattasio, km 25 al norte Parroquia Santa Teresita		AU
AA	Canelones	Las Piedras	Volver a Empezar	Garibaldi 653 (entre Dr. Francisco Soca y Baltasar Brum)		AU
NA	Canelones	Salinas	Del otro lado del puente	Jaguareté esq. Sombra del Toro		AU
NA	Canelones	Solymar	Doce Pasos	Montevideo esq. Calle 77, Rotary Club de Solymar		AU

NA	Canelones	El Pinar	El Pinar	Km 28,500 Hormigón, Parada 13		AU
NA	Canelones	Lagomar	El secreto	Av. Giannattasio Km 21.800 (entre Av. Secco García y Av. Becu)		AU
NA	Canelones	El Pinar	Esperanza	Av. Hormigón, Parada 11, Country Club del Pinar, Circulo de Tenis		AU
NA	Canelones	Santa Lucía	Fortaleza	República Argentina (Costurero)		AU
NA	Canelones	Solymar	Fortaleza y libertad	Calle de los Colibries 1110 km 25,200		AU
NA	Canelones	La Paz	La Paz	Av. Artigas 213, frente a Plaza Municipal (entre Av. José Batlle y Ordoñez y Ramón Álvarez)		AU
NA	Canelones	Santa Lucía	Libertad	Francisco Acuña de Figueroa, Capilla Pio X (entre José Martí y Cigliutti)		AU
NA	Canelones	Lomas de Solymar	Nuevo Amanecer	Cruz del Sur (cont. Barlovento) esq. Amelia Ramírez de García Lagos		AU
NA	Canelones	San José de Carrasco	Segui Viniendo	Alvear - Club de Leones, (entre Rodó y Lavalleja)		AU
NA	Canelones	Canelones	Solo por Hoy	Batlle y Ordoñez 283 (entre Gral. Fructuoso Rivera y Acuña de Figueroa)		AU
NA	Canelones	Santa Lucía	Volver	Gral. Mitre esq. Felipe La Cueva, Capilla Fátima		AU
NA	Canelones	Solymar	Volver a empezar	República Argentina esq. Algarrobo		AU
ASSE	Cerro Largo	Cerro Largo	ESM Cerro Largo	Bartolomé Silva 584 (entre Ruta 26 y Dr. Alberto Boerger)	46430402	AA
IAMC	Cerro Largo	Melo	CAMCEL-COME-CEL	Agustín de la Rosa 576 (entre Wilson Ferreira Aldunate y José Pedro Varela)	46428686	AI
C. Relig.	Cerro Largo	Cerro Chato	Fazenda de Esperanza	18 de Julio S/N, Respeiro Barrio Cerro Chato (entre Del Yi y Andrés)	44663105	AU
C. Relig.	Cerro Largo	Melo	Fazenda de Esperanza			AU
AA	Cerro Largo	Río Branco	Empezar a Vivir	Calle 10 de junio (Capilla Inmaculada Concepción)		AU
AA	Cerro Largo	Melo	Melo	Aparicio Saravia, Anexo Catedral (entre Del Pilar y Sarandí)		AU
NA	Cerro Largo	Melo	Sembrar para el futuro	Sarandí esq. Aparicio Saravia		AU
ASSE	Colonia	Carmelo	ESM Carmelo	General Artigas s/n (entre 19 de Abril y Ruta 21)	45423666 int. 230	AA
ASSE	Colonia	Colonia	ESM Colonia	Manuel Lobo 332 esq. Washington Barbot	45224352	AA
ASSE	Colonia	Juan Lacaze	ESM Juan Lacaze	Zorrilla de San Martín 515 (entre Juana C. de Campomar y Lavalleja)	45862814	AA
ASSE	Colonia	Nueva Palmira	ESM Nueva Palmira	José Pedro Varela s/n (entre Ruta 21 y Gral. Flores)	45446082 int. 20	AA
IAMC	Colonia	Rosario	CAMEC	Cerrito 271 (entre Ituzaingó y Gral. Flores)	45522964	AI
IAMC	Colonia	Carmelo	CAMOC	Zorrilla de San Martín 683 (entre 25 de Mayo y Gral. Flores)	45422245	AI
IAMC	Colonia	Colonia	ORAMECO	Alberto Méndez 170 (entre 18 de Julio y Manuel Lobo)	45225050	AI
AA	Colonia	Carmelo	Carmelo	Ignacio Barrios esq. José P. Varela (Museo y Arch. del Carmen)		AU

AA	Colonia	Nueva Helvecia	Helvético	Av. Giomen, Casa de la Cultura de Nueva Helvecia (entre Colón y El Éxodo)		AU
AA	Colonia	Juan Lacaze	Lacacino	Dr. J. M. Luaces esq. Salvo, Iglesia evangélica		AU
AA	Colonia	Colonia Valdense	Nuevo Amanecer	Av. Daniel Armand Ugón 1488, Iglesia evangélica (entre Wood y Alice Rivoir de Armand Ugon)		AU
AA	Colonia	Colonia	Nuevos Rumbos	Daymán 722		AU
AA	Colonia	Rosario	Siempre Fiel	José M. Garat (entre Dr. Martínez Díez y Medina) Hospital de la ciudad de Rosario (subsuelo)		AU
AA	Colonia	Tarariras	Tarariras	Ituzaingó esq. Lavalleja		AU
NA	Colonia	Colonia	Colonia	Daymán esq. José Pedro Varela (Salón 5)		AU
NA	Colonia	Colonia	Gratitud	Iglesia San Benito (Salón 2)		AU
ASSE	Durazno	Durazno	ESM Durazno	Maciel s/n (entre Miguel C. Rubino y 4 de Octubre de 1828)	43627701 int. 149	AA
Renadro	Durazno	Durazno	Ciudadela Durazno	Oribe 885 esquina Gral. Artigas	* 1020	1 Nivel At.: AU 2 Nivel At.: AA
IAMC	Durazno	Durazno	CAMEDUR	18 de Julio 720 (entre 25 de Agosto y Wilson Ferreira Aldunate)	43623381	AI
.	Durazno	Durazno	Beraca Durazno	Carlos María de Pena s/n, ruta 5 Vivero Municipal		AU
AA	Durazno	Durazno	Paso Del Durazno	José Batlle y Ordóñez 622, Circulo Católico de Obreros		AU
AA	Durazno	Santa Bernardina	Reencuentro	J. de Viana y Antonio S. de Freitas, capilla		AU
AA	Durazno	Sarandí del Yí	San Antonio de Padua	Sarandí del Yí, parroquia		AU
AA	Durazno	Durazno	San José	Gral. L. Gómez (entre Circunvalación y Zabala)		AU
AA	Durazno	Durazno	Una Luz de Esperanza	Pueblo de Blanquillo		AU
AA	Durazno	Durazno	Una Nueva Vida	Ex-Ruta 14, km 174, centro de reclusión (institucional)		AU
ASSE	Flores	Trinidad	ESM Flores	José Batlle y Ordóñez 834 (entre Manuel Irazábal y Dr. Manuel Sánchez Echeverría)	43644555 int. 118	AA
Renadro	Flores	Trinidad	Ciudadela Flores	Manuel Irazábal esq. Wilson Ferreira	* 1020	1 Nivel At.: AU 2 Nivel At.: AA
IAMC	Flores	Trinidad	COMEFLO	General Fructuoso Rivera (entre Santísima Trinidad y Fray Úbeda)	43642202	AI
AA	Flores	Trinidad	San Francisco de Asís	Piedras esq. Pte. Berro		AU
ASSE	Florida	Florida	ESM Florida	Brum 414 (entre 18 de Julio y Lavalleja)	43526883	AA
Renadro	Florida	Florida	Ciudadela Florida	Cardozo 379	* 1020	1 Nivel 2 Nivel At.: AA
IAMC	Florida	Florida	COMEF	Antonio Ma. Fernández 492 (entre Gral. Flores y 18 de Julio)	43525141	AI
AA	Florida	Florida	9 de Julio	Suárez esq. Calleros, parroquia		AU
AA	Florida	Florida	Mendocino	Mendoza Chico, ruta 5 km 80, Capilla de los 33		AU

AA	Florida	Florida	Piedra Alta	Gallinal, Catedral (entre Gral. Flores e Ituzaingó)		AU
AA	Florida	Florida	Serenidad	Saravia esq. 18 de Julio, Anfiteatro del Hospital		AU
ASSE	Lavalleja	Minas	ESM Lavalleja	Av. Varela 1185 (entre Joaquín Suárez y Calle 140)	44424413 int. 171	AA
IAMC	Lavalleja	Minas	CAMDEL	Ituzaingó 436 (entre 18 de Julio y Dr. Washington Beltrán)	44424646	AI
AA	Lavalleja	Minas	16 de Mayo	Ruta 8 km 117,5, parroquia		AU
AA	Lavalleja	Minas	Arturo G.	Garibaldi esq. Ansina, Ruta 8, parroquia		AU
AA	Lavalleja	Minas	Barrio Olímpico	Guernica esq. Gutiérrez Ruiz, parroquia		AU
AA	Lavalleja	Minas	Camino a la Sobriedad	Juan Farina (entre Miguel Barreiro y Enrique Ladós) Capilla de la Cruz		AU
AA	Lavalleja	Minas	Minuano	Treinta y Tres 519 (entre José Enrique Rodó y Anibal del Campo)		AU
AA	Lavalleja	Minas	Un rayo de luz	Barrio Lavalleja, capilla		AU
AA	Lavalleja	Minas	Volver a Vivir	Ugolini, parroquia (entre Olegario Núñez y Calle 18, Barrio Estación)		AU
AA	Lavalleja	José Pedro Varela	Antonio C.	Parroquia San Carlos de Borromeo		AU
AA	Lavalleja	Villa Solís	Renacer al Milenio	Villa Solís (Casa Parroquial)		AU
ASSE	Maldonado	Maldonado	EMS Maldonado	Ventura Alegre s/n (entre Aurelia Ramos de Segarra y Carolina Saboya)	42225890	AA
ASSE	Maldonado	San Carlos	ESM San Carlos	Av. Ceberio 519 (entre Heraclio Fajardo y Tomás Berreta)	42668162	AA
Renadro	Maldonado	Maldonado	El Jagüel	Av. Aparicio Saravia s/n (entre Av. Pedragosa Sierra y Av. Al Paso de la Cadena)	42490134	AA
IAMC	Maldonado	Maldonado	La Asistencial	Av. Ceberio 649 (entre José Enrique Rodó y Rincón)	42482131	AI
IAMC	Maldonado	Maldonado	SEMM- MAUTONE	Av. Roosevelt (entre Av. Joaquín de Viana y Honduras)	42225353	AI
B.Com.	Maldonado	Maldonado	Centro Escucha IM Maldonado	3 de Febrero esq. Román Guerra	42240943	AU
.	Maldonado	Maldonado	Beraca Maldonado	Marcos de los Reyes s/n esq. Montecaseros		AU
.	Maldonado	Maldonado	Remar Maldonado	Román Bergalli esq. San Carlos		AU
.	Maldonado	San Carlos	Remar San Carlos			AU
AA	Maldonado	San Carlos	18 de Febrero	Sarandí, Iglesia San Carlos Borromeo (entre Treinta y Tres y 18 de Julio)		AU
AA	Maldonado	Aiguá	Aiguá	Junta Local		AU
AA	Maldonado	San Carlos	Alvariza	Av. Ceberio Hospital Alvariza (entre Heraclio Fajardo y Tomás Berreta)		AU
AA	Maldonado	San Carlos	Carolino	Plaza de la Cuchilla (Parroquia San Pio Décimo)		AU
AA	Maldonado	Pan de Azúcar	El Buen Camino	Casa Parroquial		AU
AA	Maldonado	Maldonado	El Triángulo	Ituzaingó esq. Bvar. Artigas (Casa AA)		AU

AA	Maldonado	Maldonado	La Esperanza	18 de Julio esq. Florida		AU
AA	Maldonado	Punta del Este	Punta del Este	Nuestra Señora de la Candelaria (solo verano)		AU
AA	Maldonado	Piriápolis	Vivir	Sanabria esq. Buenos Aires, Colegio San Francisco		AU
AA	Maldonado	Pan de Azúcar	Vuelve a Empezar	Elías de Vicenci 1054		AU
NA	Maldonado	Maldonado	(ex) Catedral	Honduras (entre Av. Joaquín de Viana y Haití), Centro Comunal La Loma		AU
NA	Maldonado	Maldonado	Aprender a vivir	Sarandí, Capilla de los 33		AU
NA	Maldonado	Piriápolis	Cable a tierra	Gregorio Sanabria esq. Buenos Aires, Iglesia San Francisco de Asís		AU
NA	Maldonado	Punta del Este	Candelaria	Calle 12 esq. Calle 8		AU
NA	Maldonado	Piriápolis	Cerro de la Luz	Galería Bahía Mar		AU
NA	Maldonado	Maldonado	Únete	Calle 25 metros esq. Calle 5		AU
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM CRAPS (ex Filtro)	Bvar. Gral. Artigas S/N (entre Pampillo y Novas y Cufre)	22002720 int. 38	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM Centro Diurno Sayago	Sayago 1125 (entre Elías Regules y José Batlle y Ordóñez)	23555242	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM Cerro - Inve 18	Caleras de la Huérfana, Pasaje E 4370 (entre Laureles y Camanbú)	23096974	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM H. Pasteur	Larravide S/N (entre Asilo y José Antonio Cabrera)	25068133 int. 403	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM H. Pereira Rossell de la Mujer	Bvar. Gral. Artigas 1550 (entre Dr. Gastón Ramón y Palmar)	27087741 int. 257	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM H. Pereira Rossell Niños	Bvar. Gral. Artigas 1550 (entre Dr. Gastón Ramón y Palmar)	27085035	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM Jardines del Hipódromo	Malinas 3843 (entre Libia y Rafael)	25145269	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM La Cruz de Carrasco	Juan Agazzi 2737 (entre Cno. Carrasco y Dr. Antonio Pereira)	25257024	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM Maracaná Sur (Cerro)	Camino Cibils s/n (entre Juan Burghi y Cno. Alianza)	23149552	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM Maroñas	José María Guerra 3510 (entre Juan Victorica y Mariano Estapé)	25137942	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM Misurraco	Gral. Enrique Castro 4149 (entre Bvar. Aparicio Saravia y Tomás Burgueño)	22161886	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM Piedras Blancas	Av. José Belloni 4602 (entre Clemente Ruggia y San Cono)	22275295	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM Saint Bois	Camino Colman/Fauquet S/N (entre Pororó y Cno. del Rayador)	23228080 int. 126	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM Sayago Udai II (Barrio 14)	Laura Cortinas 5307 (entre Mercedes Pinto y Dr. Mario Rinaldi Guerra)	23552511	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	ESM Unión	Vicenza 2815 (entre Av. 8 de Octubre y Mateo Cortés)	25134048	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	Hospital Vilardebó	Millán 2515 (entre Dr. Alfredo García Morales y Domingo Aramburú)	22042613	AA

ASSE	Montevideo	Montevideo	MACIEL Pol. Farmacodependencia	25 de Mayo 174 (entre Guarani y Maciel)	29153000 int. 1004	AA
ASSE	Montevideo	Montevideo	Portal Amarillo	Con. Carlos Ma. De Pena 5101 (entre Coronilla y Oberá)	23091020	AA
B.Com.	Montevideo		ALEROS	6 duplas técnicas móviles en territorio		AU
Renadro	Montevideo	Montevideo	Ciudadela Montevideo	Eduardo Victor Haedo 2046, esquina Martin C. Martínez	*1020	1 Nivel 2 Nivel At.: AA
Renadro	Montevideo		UMA	Unidad Móvil: 3 ejes de recorrido		AU
IAMC	Montevideo	Montevideo	Asociación Española	Rivera 2309 piso 1 (entre Dr. Mario Cassinoni y Bvar. Gral. Artigas)	1920	AI
IAMC	Montevideo	Montevideo	Casa de Galicia	Av. Millán 4480 (entre Waterloo y Eduardo Pondal)	23581234	AI
IAMC	Montevideo	Montevideo	CASMU	Av. 8 de Octubre 3300. Piso 1 Sector «B» (entre Agustín Abreu y Bvar. Batlle y Ordoñez)	144	AI
IAMC	Montevideo	Montevideo	Círculo Católico	Bvar. Gral. Artigas 2120 (entre Hocquart y Nueva Palmira)	24101010	AI
IAMC	Montevideo	Montevideo	COSEM	Bvar. Gral. Artigas 1335 (entre Chaná y Guaná)	24032121	AI
IAMC	Montevideo	Montevideo	CUDAM	Av. Lezica 5710 (entre Calderón de la Barca y Av. Gral. Eugenio Garzón)	23214000	AI
IAMC	Montevideo	Montevideo	GREMCA	Av. 8 de Octubre 2870 (entre Jaime Cibils y Cdte. Braga)	24876606	AI
IAMC	Montevideo	Montevideo	Hospital Evangélico	Bvar. José Batlle y Ordoñez 2759 (entre Asilo y Mateo Vidal)	24872319	AI
IAMC	Montevideo	Montevideo	Medica Uruguaya	Av. 8 de Octubre 2492 (entre Presidente Berro y Avelino Miranda)	24870252 int. 5750	AI
IAMC	Montevideo	Montevideo	SMI	Mercedes 1290 (entre Yaguarón y Yi)	24871016 int. 5452	AI
IAMC	Montevideo	Montevideo	Universal	Av. Gral. Eugenio Garzón 243 (entre Timote y Emancipación)	23363588	AI
B. Com.	Montevideo	Montevideo	Al Oeste Sumaré/ Policlínica La Teja	Carlos Tellier 4442 (entre Inclusa y José Mármol)	23053236	AU
B. Com.	Montevideo	Montevideo	Centro de Información y Escucha Norte	Calle Ariel esq. Calle 3		AU
B. Com.	Montevideo	Montevideo	Centro Escucha CCZ3	Gral. Flores y Domingo Aramburú	22000164	AU
B. Com.	Montevideo	Montevideo	Centro Escucha CCZ8	Av. Bolivia 2501 esquina Elías Regules	26040687	AU
B. Com.	Montevideo	Montevideo	El Achique Casavalle	Manuel Meléndez 4447 (entre Cayambé y Sorata)		AU
B. Com.	Montevideo	Montevideo	Punto de Encuentro Malvin Norte	Hipólito Irigoyen esq. Iguá		AU
B. Com.	Montevideo	Montevideo	Punto de Encuentro Punta Rieles	Ruta 8 Brig. Gral. J. A. Lavalleja 6870 (entre Leonardo Da Vinci y Cno. Guerra)		AU
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Bien-Estar	Gral. Brito del Pino 1193 Apto 01 (entre Av. Brasil y Alfredo Baldomir)	27079328	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Castalia	Pablo de María 1347 (entre José E. Rodó y Chaná)	24004023	AU/C

C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Centro Aconcagua	Dr. Joaquín de Salterain 1274 (entre Guaná y Charrúa)	24092928	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Centro Izcalí	Juan D. Jackson 901 (entre Dr. Lauro Müller y Av. Gonzalo Ramírez)	24104957	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Comunidad Terapéutica Bethania	Asilo 3637	25096861	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	CREA	Palmar 2223 (entre Acevedo Díaz y Juan Paullier)	2408 5309	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Dianova Uruguay	Av. Gral. Rondeau 2435 (entre Gral. Francisco Caraballo y Gral. Fausto Aguilar)	22036093	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Encare	Lorenzo Pérez 3166 ap. 101 (entre Luis Lamas y 26 de Marzo)	27081845	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Equilibrium	Coronel Alegre 1162 (entre Av. Brasil y Bartolito Mitre)	2709 32 88	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Fundación Jellinek	Joaquín Núñez 3079 (entre Guipúzcoa y Rbla. Mahatma Gandhi)	27101534	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Fundación Manantiales	Bvar. Gral. Artigas 1187 (entre Canelones y Maldonado)	24028639	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Grupo de Cavia Asociación Delta	Luis B. Cavia 3035 ap. 2 (entre Paulino Pimenta y Pedro F. Berro)	27078815	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	IUDEFA	Leyenda Patria 3124 ap. 301 (entre Teru y José Vázquez Ledesma)	27114076	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Programa Minnesota	Gabriel A. Pereira 3091/101 (entre 26 de Marzo y José Ellauri)	2 708 14 06	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Proyecto Renacer	Dr. A. Dufort y Álvarez 3391 (entre Irigoitia y Adolfo Berro)	23368970	AU/C
C. Esp.	Montevideo	Montevideo	Ser Libre	Río Branco 1548 (entre Paysandú y Av. Uruguay)	29001876	AU/C
PPNI	Montevideo	Montevideo	Depto. Atenc. al Uso Prob. Drogas INAU	Gral. Flores 3214 (entre Av. Dr. Luis A. de Herrera y Bvar. Gral. Artigas)	22037195	AU
PPNI	Montevideo	Montevideo	Pol. Toxicología/ CIAT Hospital de Clínicas	Av. Italia S/N (entre Gral. Las Heras y Av. Dr. Américo Ricaldoni)	1722 24804000	AA
PPNI	Montevideo	Montevideo	Programa CPS Hospital Militar	Av. 8 de Octubre 3050 (entre Centenario y Jaime Cibils)	24870052	U Específicos
PPNI	Montevideo	Montevideo	Serv. Toxicología y UPD Hospital Policial	Bvar. José Batlle y Ordóñez (entre Av. José P. Varela y Juan Arrieta)	25088888 int. 212	U Específicos
PPNI	Montevideo	Montevideo	UNITRA Hospital de Clínicas	Av. Italia S/N Piso 1 (entre Gral. Las Heras y Av. Dr. Américo Ricaldoni)	24871515 int. 2344	AA
.	Montevideo	Montevideo	Beraca Montevideo	Bvar. José Batlle y Ordóñez 4171 (entre Termopilas y Senaque)	22030686	AU
.	Montevideo	Montevideo	Remar Montevideo	Uruguay 932	29030722	AU
P. Mun.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Luisa Tiraparé	Av. Uruguay 1936 (entre Arenal Grande y Av. Daniel Fernández Crespo)	24006436	AU
P. Mun.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Aquiles Lanza	Iquique 820 (entre Arica y Emancipación)	23079321	AU

.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Barrio Sur	Av. Gonzalo Ramírez 1270 (entre Carlos S. Viana y 17 metros)	29085036	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Colón	Av. Garzón 2101 (entre Calderón de la Barca y Cno. José Durán)	23202003	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal del Casabó	Charcas 2690 (entre Liberia y Camerún)	23110778	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Giraldez	Faros 6294 (entre Calle A y Firmamento)	22226201	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal INVE 16	Hipólito Yrigoyen 2069 (entre Iguá y Ciudad de Azul)	25251621	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal José Pedro Varela	Av. Bolivia 2551 Bloc Q ap. 008 (entre Verona y Dr. Elias Regules)	25220544 25225297	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal La Paloma	Camino de las Tropas 4556 (entre Cno. La Paloma y Pernambuco)	23112301	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal La Teja	Carlos María Ramírez 881 (entre Rivera Indarte y José Castro)	23052801	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Los Ángeles	Los Ángeles 5340 (Parahiba y Barranquilla)	22227795 22260359	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Parque Bellán	Av. Agraciada 4241 (entre Julián Álvarez y José B. Freire)	23086580	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Paso de la Arena	Camino Tomkinson 2459 (entre Av. Alfredo Moreno Venditto y Av. Luis Battle Berres)	23123814	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Prof. Dr. Crottogini	Marsella 2738 (entre Colorado y Vilardebó)	22005214	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Punta de Rieles	Ruta 8 Brig. Gral. J. A. Lavalleja 6870 (entre Leonardo Da Vinci y Cno. Guerra)	25145759	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Yucatán	Tomás Claramunt 3749 (entre Ing. José Serrato y Gobernador Viana)	25084277	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Buceo	Av. Santiago Rivas 1500 (entre José Enrique Michelena y Cap. Antonio Pérez)	26224084	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Casavalle	Av. Gustavo Volpe S/N esq. Dr. José Martirené	22154525	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Dra. Irma Gentile	Altamirano s/n (entre Luis A. de Herrera y Tomás Gomensoro)	24864439	AU
.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Entre Vecinos	San Juan 2668 (entre Tapes y San Fructuoso)	22031624	AU

.	Montevideo	Montevideo	Policlínica Municipal Lavalleja	Soria 1243 (entre Arangua y Oliveras)	23579527	AU
AA	Montevideo	Montevideo	10 de Junio (Carrasco)	Av. Italia 5554 esq. Almirón		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Aceptación (Belvedere)	Julián Laguna 4323, iglesia (entre Av. Carlos María Ramírez y José Mármol)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Aguada (Aguada)	Arequita 2222 (entre Enriqueta Compte y Riqué y Martín García)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Aire Libre (Buceo)	Rivera 4212, colegio (entre Av. Mcal. Francisco Solano López y Juan M. Espinosa)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Aires Puros (Aires Puros)	Ibirocay y José Batlle y Ordóñez, colegio		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Armonía (Reducto)	Enrique García Peña 2962, Colegio Poveda (entre Espinillo y Bvar. Artigas)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Atahualpa (Atahualpa)	Dr. Carlos Vaz Ferreira 3710 (entre Av. Luis A. de Herrera y Dr. Roberto Koch)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Aviación (Melilla)	Monseñor Luis Lasagna 6667 (entre Cno. Melilla y Cno. Aviadores Civiles)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Bancarios (Cordón)	Colonia 2189, Club BHU (entre Juan Paullier y Acevedo Díaz)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Bienvenido (La Teja)	Benito Riquet 333 (entre Fraternidad y Conciliación)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Buceo (Buceo)	Capitán Antonio Pérez 3815, policlínica (entre Vanguardia y Molles)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Capurro (Capurro)	D. Enciso, policlínica (entre Ruta 1 y Blas Basualdo)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Carrasco (Carrasco)	Havre 2179, Iglesia San José de la Montaña (entre Dr. Manuel B. Otero y Av. Italia)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Cerrito de la Victoria (Cerrito)	Norberto Ortiz 3882, santuario (entre García de Zúñiga y Bruno Méndez)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Cerro	Av. Dr. Carlos Ma. Ramírez 2096, parroquia (entre Cuba y Puerto Rico)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Chans Caviglia (Centro)	Maldonado 1368 (entre Ejido y Santiago de Chile)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Claridad (Unión)	Larravide 74, Capilla Hospital Pasteur (entre Asilo y José Antonio Cabrera)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Conciliación (Conciliación)	Olazábal 1027 (entre Bvar. José Batlle y Ordóñez y Cno. Ariel)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Creciendo Juntos (Unión)	8 de Octubre 3342, Centro Ecueménico (entre Batlle y Ordóñez y Agustín Abreu)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Doce Tradiciones (Jacinto Vera)	Caragutatay 2086 (entre Juan Paullier y Cufre)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Don Bosco (Puntas de Manga)	Camino Maldonado km 16, colegio		AU
AA	Montevideo	Montevideo	El Camino (Cordón)	Dr. Javier Barrios Amorín 1243, Seminario (entre Soriano y Canelones)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	El Mensaje (Ciudad Vieja)	25 de Mayo 174, Hospital Maciel (entre Guarani y Francisco Maciel)		AU

AA	Montevideo	Montevideo	Fe (Jacinto Vera)	Acevedo Díaz 2361 (entre Av. Gral. Garibaldi y Domingo Aramburú)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Guadalupe (Borro)	Leandro Gómez 3856 (entre Av. Gral. San Martín y Simón del Pino)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Háblame de ti (Centro)	Julio H. y Obes 1431 (entre Colonia y Mercedes)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Hermandad (Borro)	Aparicio Saravia 3732 (entre Jacinto Trápami y Simón del Pino)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Inca (Jacinto Vera)	Sancho Panza 3056, parroquia (entre Av. Luis A. de Herrera y José Catala)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	José Enrique Rodó (Prado)	Millán 3307, parroquia (entre Cisplatina y Av. Lucas Obes)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	La Ayuda (Cerro)	Bogotá 3585 (entre Prusia y Juan B. Viacava)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	La Teja	Carlos María Ramírez 867, Centro Comunal Zonal N.º 14 (entre José Castro y Rivera Indarte)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	La Verdad (Reducto)	Av. Millán 2515, Hospital Vilardebó (entre Dr. Alfredo García Morales y Domingo Aramburú)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Las Acacias (Pérez Castellano)	Ing. José Serrato 3544 esq. Corumbé, parroquia	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Lavalleja	Av. De las Instrucciones 1343, parroquia (entre Dr. José María Silva y Cno. Gral. Santos)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Liberación (Cerro)	Bélgica 1765, Iglesia (entre Portugal y Chile)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Malvín (Malvín)	Michigan 1629, parroquia (entre Av. Gral. Rivera y Dr. Decroly)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Medianoche (Ciudad Vieja)	Camacú 575, AEBU (entre Brecha y Juan Carlos Gómez)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Nueva Pompeya (Piedras Blancas)	Helvecia 4297 esq. Azotea De Lima	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Nueva Vida (Centro)	Canelones 1164, Conventuales (entre Zelmar Michelini y Héctor Gutiérrez Ruiz)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Nuevo Ellauri	Av. Gral. San Martín esq. Orsini Bertani, Policlínica Padre Cacho	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Nuevo Nacimiento (Arroyo Seco)	Tapes 966 (entre San Juan y Jujuy)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Otra vez la luz (Parque de los Aliados)	Hospital de Clínicas, 1.er piso	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Pajas Blancas	Av. Cap. Leal de Ibarra 5393, parroquia (entre Estanislao Courad y Jacinto Altolaquirre)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Palermo (Cordón)	Canelones 1660, parroquia (entre Minas y Magallanes)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Parque Rodó	Dr. Mario Cassinoni 1342 (entre José Enrique Rodó y Chaná)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Paso de la Arena (Paso de la Arena)	Luis B. Berres 6749, capilla (entre Cno. Cibils y Cno. Tomkinson)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Paso Doce (Ciudad Vieja)	Solis 1469, parroquia (entre 25 de Mayo y Cerrito)	AU

AA	Montevideo	Montevideo	Peñarol (Peñarol)	Marconi 1530 (entre Schiller y Cno. Edison)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Piedras Blancas	Camino Repetto 3937, parroquia (entre Francisca González Barroso y Cno. De la Española)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Pocitos (Pocitos)	José B. Lamas esq. Ellauri, Hermanas Esclavas		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Pocitos (Pocitos)	Mons. Domingo Tamburini 1210 (entre Ramón Masini y Guayaquí)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Por mi bien (Colón)	Garzón 2024, Iglesia (entre Cno. Durán y Cno. Besnes e Irigoyen)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Portuario (Ciudad Vieja)	Piedras 121 (entre Juan Lindolfo Cuestas y Guarani)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Prado	Castro 730, Ctro. Cultural Bartolomé Hidalgo (entre María Orticochea y Sipe Sipe)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Primer Paso (Villa Española)	Canstatt 3440, parroquia (entre Arezzo y Siena)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Punta Carretas (Punta Carretas)	Solano Garcia 2517 (entre José Ellauri y Guipúzcoa)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Quinta Tradición (La Comercial)	Juan José de Amezaga 2018, parroquia (entre Dr. Martín C. Martínez y Defensa)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Raíces (Conciliación)	Felipe Pérez de Sosa 4902 (entre Coronilla y Alcides de María)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Refugio (La Comercial)	Inca 2040, Iglesia San Pancracio (entre Gral. Pagola y Nicaragua)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	San Miguel (Goes)	Concepción Arenal 1893, parroquia (entre Ramón del Valle Inclán y Porongos)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Sayago (Sayago)	Bvar. José Battle y Ordóñez 6182, Salesianos (entre Araude y Cerro)		AU
AA	Montevideo	Santiago Vázquez	Serenidad	Silvestre Ochoa 434, Parroquia Santiago Vázquez (entre Guazunambi y Betete)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Siempre Juntos (Flor de Maroñas)	Mateo Cortés esq. Alférez Real, Casa del Vecino		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Solo por Hoy (Sayago)	Molinos de Raffo 900 (entre Waterloo y Cno. Ariel)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Sur (Cordón)	Mercedes 1769 (entre Gaboto y Tristán Narvaja)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Tierra Santa (La Blanqueada)	Av. Gral. Garibaldi 2661, Iglesia San Pablo (entre Juan Ramón Gómez y Gral. Urquiza)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Transatlántico (Manga)	Instrucciones 4142 (entre Osvaldo Rodríguez y Cno. Carlos Linneo)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Trasmítelo (Belvedere)	Vitoria 59, Iglesia (entre Julián Laguna y José Llupes)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Tres Ombúes	Alaska 748, colegio (entre Pedro Giralt y Gral. Agustín Muñoz)		AU
AA	Montevideo	Montevideo	Unidad (Sayago)	Av. Millán 4216, Colegio San José (entre Clemenceau y Av. De las Instrucciones)		AU

AA	Montevideo	Montevideo	Unión (Unión)	Domingo Ereño 2465, Parroquia San Agustín (entre Asilo y José Antonio Cabrera)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Valor para Cambiar (Buceo)	Gral. Las Heras 1762 (entre Talcahuano y Ayacucho)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Vict. Sta. Gema (Maroñas)	Roma 5025 (entre Av. José Belloni y Arbolito)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Virgen de los 33 (Cerrito)	Santiago. Figueredo 4319, Iglesia (entre Cayambe y Sorata)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Vivir en Paz (Unión)	Argerich 4478 Bis (entre Vera y Cap. Villademoros)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Vuelve a Empezar (Pocitos)	Gral. José Esteban Brito del Pino 1344, Colegio Fátima (entre Silvestre Blanco y Charrúa)	AU
AA	Montevideo	Montevideo	Welcome (Cordón)	Paraguay 1217, 1.er piso - Alianza Cultural Uruguay EEUU (entre Soriano y Canelones)	AU
NA	Montevideo	Montevideo	Algo diferente (Maroñas)	Cno. Maldonado esq. Venecia	AU
NA	Montevideo	Montevideo	Armonía (Unión)	Av. 8 de Octubre 3220 (entre Agustín Abreu y Av. Luis Alberto de Herrera)	AU
NA	Montevideo	Montevideo	Buena Voluntad (Prado)	Vaz Ferreira esq. Luis A. de Herrera	AU
NA	Montevideo	Montevideo	Compartir (Cerrito de la Victoria)	Norberto Ortiz 3880, Santuario del Cerrito de la Victoria (entre Bruno Méndez y García de Zúñiga)	AU
NA	Montevideo	Montevideo	Despertar (Punta Carretas)	Solano García 2517 (entre José Ellauri y Guipúzcoa)	AU
NA	Montevideo	Montevideo	Empezar a Vivir (Prado)	Francisco Bicudo 3883 (entre Luis A. de Herrera y Patriotas)	AU
NA	Montevideo	Montevideo	Fuerza y adelante (Velas) (Villa Dolores)	Rossell y Rius 1613, Zoológico (entre Feliciano Rodríguez y 4 de Julio)	AU
NA	Montevideo	Montevideo	Funciona (Buceo)	José Leguizamón esq. Anzani	AU
NA	Montevideo	Montevideo	Hazlo Siempre (Centro)	Colonia 2189 esq. Alejandro Beisso (Club Banco Hipotecario del Uruguay)	AU
NA	Montevideo	Montevideo	La Fuente (Aires Puros)	Ibirocahy esq. Bvar. José Batlle y Ordóñez	AU
NA	Montevideo	Montevideo	La Magia (Parque Rodó)	Mario Cassinoni 1337 (entre José Enrique Rodó y Chaná)	AU
NA	Montevideo	Montevideo	La Teja (La Teja)	Ameghino 4324 (entre Carlos María Ramírez y Laureles)	AU
NA	Montevideo	Montevideo	Mientras siga este camino (Goes)	Gral. Flores 4689, Centro Espirita - Hacia la Verdad (entre José A. Posolo y Barquisimeto)	AU
NA	Montevideo	Montevideo	Nuestra propia historia (Parque Rodó)	Av. Gonzalo Ramírez 1925 (entre Eduardo Acevedo y Juan D. Jackson)	AU
NA	Montevideo	Montevideo	Nueva Vida (Cerro)	Bélgica esq. Portugal	AU
NA	Montevideo	Montevideo	Pastillas (Punta Carretas)	José Ellauri 306 (entre Francisco García Cortina y Solano García)	AU

NA	Montevideo	Montevideo	Prado (Prado)	Lucas Obes 897 - Casa de la Cultura (entre Av. León Ribeiro y Av. Buschental)		AU
NA	Montevideo	Montevideo	Quinta Tradición (Centro)	Dr. Javier Barrios Amorín 1310, Iglesia metodista (entre San José y Constituyente)		AU
NA	Montevideo	Montevideo	Recuperación (Colón)	Av. Gral. Eugenio Garzón, Parroquia San Juan Bosco (entre Cno. José Durán y Besnes e Irigoyen)		AU
NA	Montevideo	Montevideo	Renacer (Cerro)	Haití 1606 - CCZ N.º 17, Polo Tecnológico del Cerro (entre Turquía y Dr. Raúl Moretti)		AU
NA	Montevideo	Montevideo	Señales (Sayago)	María Orticochea 5108, Salón Covifenix (entre Alcides de María y Cristóbal Cayetano de Herrera)		AU
NA	Montevideo	Montevideo	Sólo por hoy (Unión)	Domingo Ereño, Parroquia San Agustín (entre Asilo y José Antonio Cabrera)		AU
NA	Montevideo	Montevideo	Solo un requisito (Aguada)	Pozos del Rey 1314, Casa del Vecino de la Aguada (Av. Lib. Brig. Gral. Lavalleja)		AU
NA	Montevideo	Montevideo	Tercera Tradición (La Comercial)	Cagancha 2187 (entre Cufre y Juan Paullier)		AU
NA	Montevideo	Montevideo	Vivir Limpios (Ciudad Vieja)	Reconquista 432, Hogar San Vicente (entre Misiones y Zabala)		AU
NA	Montevideo	Montevideo	Volver a Soñar (Sayago)	Julio C. Puppo 5765 (detrás de la Iglesia Espíritu Santo de Millán y Lecoq)		AU
ASSE	Paysandú	Paysandú	ESM Paysandú	Hospital, Montecaseros 520 (entre Ave Soriano y Gral. Artigas)	47224836 int. 182	AA
Renadro	Paysandú	Paysandú	Ciudadela Paysandú	Río Negro y Zorrilla	* 1020	1 Nivel 2 Nivel At.: AA
IAMC	Paysandú	Paysandú	COMEPA	Colón 1224 (entre Vizconde de Mauá y Montecaseros)	45672380	AI
.	Paysandú	Paysandú	Remar Paysandú	José Pedro Varela 943		AU
AA	Paysandú	Paysandú	Paysandú	Monte Caseros 520, Hospital Escuela, subsuelo Maternidad (entre Av. Soriano y Gral. Artigas)		AU
AA	Paysandú	Paysandú	Sendero de Vida	18 de Julio 956, Basílica del Rosario (entre Vizconde de Mauá y Montecaseros)		AU
NA	Paysandú	Paysandú	Vida Nueva	Tacuarembó esq. 33 Orientales, Capilla San José Obrero		AU
ASSE	Río Negro	Fray Bentos	ESM Río Negro	Etcheverría s/n (entre Libertador Juan Antonio Lavalle y Presidente Manuel Oribe)	45623512 int. 124	AA
IAMC	Río Negro	Fray Bentos	AMEDRIN	Rincón 1051 esq. Argentina	45624980	AI
IAMC	Río Negro	Young	CAMY	25 de agosto 3450 (entre Dr. Martirén y Las Piedras)	4567 2380	AI
AA	Río Negro	Fray Bentos	Fray Bentos	Itzaingó esq. 18 de Julio (Centro de Salud)		AU
AA	Río Negro	Young	Young	18 de Julio esq. 25 de Agosto (Iglesia)		AU
ASSE	Rivera	Rivera	ESM Rivera	Presidente Feliciano Viera s/n (entre Sarandí y Joaquín Suárez)	46223307	AA

Renadro	Rivera	Rivera	Ciudadela Rivera	Sarandí 915	*1020	1 Nivel 2 Nivel At.: AA
IAMC	Rivera	Rivera	CASMER	Ituzaingó 521 (entre Faustino Carám-bula y Monseñor Jacinto Vera)	46227711	AI
IAMC	Rivera	Rivera	COMERI	Ansina 639 (entre José Enrique Rodó y Artigas)	46224740	AI
.	Rivera	Rivera	Remar Rivera	Agraciada 928		AU
AA	Rivera	Rivera	Entre Todos	Lavalleja 1480, colegio		AU
AA	Rivera	Rivera	Santo Domingo	Artigas 264, Colegio Ibarburú		AU
AA	Rivera	Rivera	Unidad en la Frontera	Monseñor Jacinto Vera, Iglesia (entre Sarandí y Agraciada)		AU
NA	Rivera	Rivera	El Último Vagón	Av. Gral. Artigas 672, Parroquia Sagrado Corazón		AU
NA	Rivera	Rivera	Nunca más solos	Manuel Oribe 897 esq. Diego Lamas		AU
ASSE	Rocha	Rocha	ESM Rocha	Dr. Francisco Martínez Rodríguez (entre Juan Carlos Petusso y Alfonso Ciffoni)	44722608 int. 149	AA
IAMC	Rocha	Rocha	COMERO	Treinta y Tres 1857 (entre Piedras y Eliseo Marzol)	44728373 int. 461	AI
AA	Rocha	Rocha	6 de Abril	Parroquia N.º Sra. de los Remedios		AU
AA	Rocha	Rocha	6 de Abril	Sención S/N, Iglesia (Pablo Zufriategui entre Gral. Oribe y Av. Gral. Lavalleja)		AU
AA	Rocha	Rocha	Bicentenario	Policlinica Lauro Cruz Goyenola		AU
AA	Rocha	Castillos	El Butiá	19 de Abril al final Viviendas (SIAV - Salón Comunal)		AU
AA	Rocha	Lascano	Lascano	Iglesia helvética		AU
AA	Rocha	La Paloma	Nuevo La Paloma	Av. Solari esq. Av. Del Navio (Alcaldía)		AU
AA	Rocha	Chuy	Sin Fronteras	Elcano 555 (Estadio Prillac)		AU
NA	Rocha	La Paloma	La Paloma	Calle Paloma esq. La Rambla		AU
ASSE	Salto	Salto	ESM Salto	Av. Feliciano Viera 179 (entre Agraciada y 19 de Abril)	47342480	AA
Renadro	Salto	Salto	Ciudadela Salto	Dr. E. Bilbao 465 esq. 8 de Octubre	*1020	1 Nivel 2 Nivel At.: AA
IAMC	Salto	Salto	Centro Médico Salto	Artigas 937 (entre Dámaso Antonio Larrañaga y Treinta y Tres)	47331000	AI
B. Com.	Salto	Salto	Centro Escucha IM Salto	Juan Carlos Gómez 32	47339722 int. 108	AU
.	Salto	Salto	Beraca salto	Rivera 1150 local D		AU
.	Salto	Salto	Remar Salto			AU
AA	Salto	Salto	Centro	25 Agosto 91		AU
AA	Salto	Salto	Cerro	Grito de Asencio esq. Chile, Hogar Municipal 3.º edad		AU
AA	Salto	Salto	Don Bosco	San Martín esq. Corrientes, Barrio Cien Manzanas		AU
AA	Salto	Salto	Esperanza	De Viera 179 esq. 19 de Abril, institucional		AU
AA	Salto	Salto	Volver a Vivir	Avenida Rodó 705, Comunidad Misionera		AU
NA	Salto	Salto	Solo por Hoy	Viera 179 esq. 19 de Abril		AU
ASSE	San José	Ciudad del Plata	ESM Ciudad del Plata	Ruta 1 km 26 Valladolid S/N (entre Córdoba y Pontevedra)	23475179 int. 225	AA
ASSE	San José	San José	ESM San José	María Espinola 325 esq. Laura Cortinas	43425100	AA

Renadro	San José	San José	Ciudadela San José	Ituzaingó 474	* 1020	1 Nivel 2 Nivel At.: AA
Renadro	San José	San José	Chanaes	Ruta 11 km 46,200	43431916	AA
IAMC	San José	San José	Asociación Médica de San José	Treinta y Tres 633 (entre Dr. Becerro de Bengoa y 18 de Julio)	43422215	AI
AA	San José	Libertad	5º Tradición	Cristóbal Colón, parroquia católica (entre Gral. José G. Artigas y Carlos Clauzolles)		AU
AA	San José	San José	8 de Octubre	Ciganda 727		AU
AA	San José	San José	Antonio G.	Dr. Evaristo Ciganda esq. Artigas		AU
AA	San José	San José	Barrio Cementerio	Cap. Eusebio Vidal - Centro de Salud (entre Carlos Larriera y Monseñor Ricardo Di Martino)		AU
AA	San José	Playa Pascual	Bill W.	Parada 7 1/2, Biblioteca		AU
AA	San José	Delta del Tigre	Cambia de Vida	Iglesia evangélica		AU
AA	San José	Ecilda Paullier	Ecilda	Padre Degiovanangelo (Iglesia)		AU
AA	San José	San José	Feliz Amanecer	Av. Larrieta y Cándido Marin		AU
AA	San José	Villa Rodríguez	Me estoy buscando	León Jude (entre Arenas y Diego Lamas), parroquia		AU
NA	San José	San José	Enteramente Dispuestos	18 de Julio esq. Flores, Viviendas Covijar (Biblioteca)		AU
ASSE	Soriano	Mercedes	ESM Soriano Hospital	Florencio Sánchez 204 (entre Luis B. Pozzolo y Hernandarias)	45322177 int. 165	AA
Renadro	Soriano	Mercedes	Ciudadela Soriano	Eusebio Giménez 590	* 1020	1 Nivel 2 Nivel At.: AA
IAMC	Soriano	Mercedes	CAMS	Pbro. Manuel Antonio de Castro y Careaga 762 (entre Ricardo Braceras y Mario Casinoni)	45322813	AI
AA	Soriano	Cardona	Cardona	Casa de la Cultura		AU
AA	Soriano	Dolores	Carlitos L.	Carlos Puig, Parroquia Ntra. Sra. Dolores (entre Gral. José G. Artigas y Dr. Justo Pastor Sotura)		AU
AA	Soriano	Mercedes	Reencuentro con la vida	19 de Abril esq. Blanes Viale, parroquia		AU
AA	Soriano	José Enrique Rodó	Rodó	Junta Local de Rodó (Biblioteca)		AU
AA	Soriano	Dolores	Un día más	Colegio Sagrado Corazón		AU
ASSE	Tacuarembó	Tacuarembó	ESM Tacuarembó	Treinta y Tres 444 (entre José Catalogne y Lorenzo Carnelli)		AA
Renadro	Tacuarembó	Tacuarembó	Ciudadela Tacuarembó	18 de Julio 358	* 1020	1 Nivel 2 Nivel At.: AA
IAMC	Tacuarembó	Tacuarembó	COMTA	Gral. Rivera S/N (entre María Olimpia Pintos y Elías Abdo)	46324070	AI
AA	Tacuarembó	Tacuarembó	Del Reencuentro	18 de Julio esq. Jaime Ross, Academia Betania		AU
AA	Tacuarembó	Tacuarembó	Tacuarembó	Celiar Ortiz y Ayala esq. 25 de Agosto, Parroquia San José		AU
AA	Tacuarembó	Tacuarembó	Vida Nueva	Joaquín Juárez 239, Academia Juventus		AU
NA	Tacuarembó	Tacuarembó	Momento oportuno	Pablo Ríos esq. Caorsi (Parroquia de Lourdes)		AU

ASSE	Treinta y Tres	Treinta y Tres	ESM Treinta y Tres	José Enrique Rodó s/n esq. Dr. Manuel Cacheiro	44530668	AA
Renadro	Treinta y Tres	Treinta y Tres	Ciudadela Treinta y Tres	Pablo Zufriategui 1362	*1020	1 Nivel 2 Nivel At.: AA
IAMC	Treinta y Tres	Treinta y Tres	COMETT	Juan Antonio Lavalleja 1315	44523080	AI
IAMC	Treinta y Tres	Treinta y Tres	Instituto Asistencial Colectivo (IAC)	Simón del Pino 1366 (entre Cap. Basilio Araújo y Pablo Zufriategui)	44522484	AI
AA	Treinta y Tres	Treinta y Tres	Unidad	R. Ortiz esq. Avelino Miranda		AU
AA	Treinta y Tres	Treinta y Tres	Victoria	Bvar. Aparicio Saravia esq. Bvar. Juan Ortiz, capilla		AU

La atención y tratamiento de usuarios problemáticos de cocaínas fumables en Uruguay:

situación y perspectivas

Noviembre 2017

La Junta Nacional de Drogas ha asumido la responsabilidad de aplicar un enfoque multidimensional para construir tanto diagnósticos como soluciones. Para poder actuar desde una perspectiva humanitaria, donde las personas no se diluyan detrás de las etiquetas, es necesario comprender, no solo describir. El trabajo que presentamos hoy da cuenta de ese enfoque.

Para ello, los estudios que conforman esta publicación analizan un monto relevante de evidencia científica como sustento de sus afirmaciones, evitando caer en atajos o simplificaciones. Son trabajos en donde, sin dejar de reconocer ninguna dimensión, se ha entendido que era necesario resaltar la perspectiva del consumo problemático de cocaínas fumables como problema asociado a la salud pública y el desarrollo social.