

# **Situación y características de la oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay**

**DOCUMENTO DE TRABAJO 5/2023**

Agosto 2023



**Junta Nacional  
de Drogas - Uruguay**  
*Salud, Libertad y Solidaridad*

**Observatorio Uruguayo  
de Drogas**

## INDICE

Resumen Ejecutivo.....	4
1. Introducción.....	9
2. Objetivos.....	11
3. Aspectos metodológicos.....	11
4. El sistema de salud uruguayo.....	13
4.1. Aspectos generales y normativa.....	13
4.2. Prestadores de Servicios de Salud.....	15
4.3. Prestaciones mínimas en la atención a la problemática de drogas.....	18
4.4. Prestaciones obligatorias en materia de control de consumo de tabaco.....	20
5. Red Nacional de Drogas (RENADRO).....	22
5.1. Definiciones generales.....	22
5.2. Relación de la RENADRO con los prestadores integrales de salud.....	24
5.3. Principales estrategias en el área de tratamiento sostenidas desde la RENADRO.....	25
6. Atención y tratamiento a personas con uso problemático de drogas: Rutas de Acceso.....	30
7. Sistematización de la Oferta de Tratamiento para personas con uso problemático de drogas.....	36
7.1. Puntos de acceso en el territorio.....	36
7.1.1. Comparativo 2015-2022.....	41
7.2. Instituciones públicas y privadas (excluyendo IAMC).....	42
7.2.1. Objetivos, acceso y protocolos de los procesos terapéuticos en los centros.....	42
7.2.2. Población objetivo.....	46
7.2.3. Cartera de servicios y prestaciones.....	50
7.2.4. Sobre los egresos, usuarios atendidos y listas de espera.....	51
7.2.5. Capacidad de los centros residenciales.....	54
7.3. Prestaciones en las IAMC.....	56
7.4. Recursos Humanos involucrados en la atención del uso problemático de drogas en Uruguay.....	61

---

Situación y características de la oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay

8. A modo de cierre .....	67
10. Referencias bibliográficas.....	69
11. Anexo 1. Guía de Recursos Servicios y Dispositivos de Atención para personas con uso problemático de drogas .....	71
12. Anexo 2. Listado Unidades de Tabaquismo – Fondo Nacional de Recursos.....	72

## Resumen Ejecutivo

Uruguay cuenta con una cobertura universal de salud a través del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en cuyas prestaciones obligatorias se encuentran las vinculadas a la atención del uso problemático de drogas (UPD) con especial énfasis en las referidas a pasta base de cocaína (PBC). Asimismo, y complementando las prestaciones desde el Estado, existe una Red Nacional de Atención en uso problemático de Drogas (RENADRO) gestionada por la Secretaría Nacional de Drogas (SND) que cuenta con diversos dispositivos de diferente alcance y modalidad.

De esta forma, desde el Estado tanto como desde el ámbito privado, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, existe un núcleo de prestaciones mínimas obligatorias con cobertura universal para aquellas personas que presenten uso problemático de drogas, las que incluyen apoyo presencial o telefónico permanente, policlínicas de atención ambulatoria multidisciplinaria, internación para tratar intoxicación severa y atención a familiares o referentes afectivos. A la vez, en lo que respecta a la aplicación de la Ley de Salud Mental Nº 19.529 está prevista la internación psiquiátrica sin límite de tiempo para las personas que teniendo un uso problemático de drogas requieran una internación hasta compensar un cuadro agudo de descompensación psiquiátrica co mórbido.

Además de estos prestadores de salud, existen organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro como son AA y NA y algunas comunidades religiosas que prestan asistencia a usuarios problemáticos de drogas que no son captados por los servicios mencionados anteriormente.

Esto redundaría en que en el año 2022 en todo el territorio nacional existan 425 puntos de acceso de 70 instituciones para solicitar atención al fenómeno del consumo problemático de drogas, aunque en su mayoría esta atención no está gestionada por profesionales. En efecto, la mayor cantidad de puntos de acceso o de recursos en el territorio está conformada por los grupos de autoayuda de Alcohólicos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA), que entre las dos instituciones despliegan en el país 242 lugares donde funcionan los grupos. Por otro lado, los recursos religiosos en el territorio son en su mayoría hogares de las organizaciones Beraca y Remar,

reuniendo 17 puntos de acceso. Entre AA, NA y grupos religiosos se encuentran el 61% de los puntos de acceso.

En lo que refiere a la financiación de las instituciones, se encuentra que en algunos casos éstas reciben recursos de más de una fuente. Un 74% reciben fondos del Estado, aportando éstos de forma total o parcial a su financiación; lo anterior deja en evidencia que no solo las instituciones cuya dependencia es pública son financiadas con recursos públicos, sino que también reciben estos fondos algunas instituciones privadas sin fines de lucro. Lo cual también incluye a las IAMC dado que su financiación proviene en parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (FONASA), conformado por aportes del Estado, las empresas y los usuarios.

Entre el total de instituciones y centros (excluyendo a las IAMC), el estudio arroja que ocho de cada diez de sus puntos de acceso brindan tratamiento ambulatorio (dentro de los que se cuentan los grupos de autoayuda) a lo que hay que sumarle un 10% que tienen modalidad mixta (ambulatoria y residencial). A la vez, la modalidad de atención denominada 'Centro Diurno', que estructura la atención en estancias mínimas de 4 horas de permanencia continuas, por lo menos 3 veces por semana, es considerada dentro de la categoría de atención ambulatoria. En tanto, los tratamientos residenciales (6%) ofrecen una propuesta asistencial que incluye el pernocte o régimen de alojamiento de 24 horas de los usuarios como parte del programa terapéutico. Por último, señalar que la atención de base comunitaria no alcanza al 3% de los puntos de acceso y se encuentra básicamente en Montevideo.

Al comparar la situación del año 2022 respecto a la del año 2015, cuando se realizó el primer estudio en los centros, se encuentra que hay un crecimiento del 8% de los puntos de acceso, básicamente sustentado con el importante aumento de dispositivos RENADRO, en particular en el interior del país a través de los dispositivos Ciudadela. También los puntos de acceso de los dispositivos públicos no integrales tuvieron un importante aumento, explicado por una mayor cantidad de policlínicas municipales que incorporan la atención de personas con uso problemático de sustancias.

Dentro de los objetivos en la atención y tratamiento de los centros 6 de cada 10 menciona como su objetivo principal la modificación de las causas del consumo, en tanto 5 de cada 10 menciona también la eliminación del consumo, la reducción de éste o de las consecuencias del mismo. Esta distribución presenta diferencias importantes con respecto al relevamiento realizado en 2015, donde la eliminación del consumo estaba incluida en el 72% de los casos y en contrapartida la reducción del consumo en sólo el 29%.

En cuanto a las prestaciones, el 31,3% de los puntos de acceso se realiza atención psicológica y/o psiquiátrica individual (31,3%); en casi el 20% de los puntos de acceso se realiza Diagnóstico y evaluación psicológica/médico/toxicológica y también Orientación y Derivación; en un 17,4% seguimiento y acompañamiento; en un 13,2% conserjería familiar, en tanto solo un 10% de los puntos de acceso mencionan incluir acciones de integración social.

Un tema importante es el referido a los tiempos de espera. Respecto a esto se encuentra que en el 37% de las instituciones no existe tiempo de espera entre la solicitud de atención del usuario y la efectivización de ésta, mientras que en otro 35% manifiestan que el tiempo que transcurre entre el momento en que los usuarios realizan la demanda y en el que efectivamente acceden a la atención es hasta una semana. En tanto, en un 15,6 % de los casos el tiempo promedio de espera es mayor a una semana.

Se encuentra que casi la mitad de los centros no cuentan con los tres protocolos básicos como ser de actuación, registros individuales y planes de tratamiento por paciente.

En cuanto a la población objetivo de los centros o instituciones se encuentra que la mayoría atiende tanto a varones, a mujeres, así como también mujeres y varones trans. No obstante, que potencialmente la mayoría de los centros declare que puede atender a varones o mujeres no quiere decir que en los tratamientos sean diferenciados entre estos y que por tanto hayan considerado la perspectiva de género en su diseño, contemplando las necesidades diferenciales.

Lo que se observa es que la mayoría de las personas atendidas son varones en concordancia con lo que son las prevalencias de uso problemático. En lo que respecta a la edad de la población que

mayormente atienden los centros se encuentra que, en la mayoría de los centros, independientemente del tipo, la población más atendida está entre 22 y 34 años de edad. No obstante, puede señalarse que en el caso de los Ciudadelas y Residenciales de la RENADRO es importante la proporción en los que también la población entre 15 y 21 años que demanda atención.

En lo que refiere a las prestaciones obligatorias en las IMAC se encuentra que la mayoría declara brindarlas, y que en el caso de la internación psiquiátrica e internación por desintoxicación el servicio es mantenido a través de tercerizaciones o contrataciones del mismo a terceros. En tanto, la atención ambulatoria es brindada de forma directa en las instituciones. En tal sentido es relevante señalar, que la mayoría de la IAMC declara no contar con estrategias para atender las situaciones de las personas que tienen niños a cargo para que este no sea un obstáculo a su asistencia al tratamiento.

En cuanto a la capacidad de atención de todos los centros o instituciones se encontró que los usuarios atendidos en el mes anterior del relevamiento fueron aproximadamente 6000 personas. En tanto en las IMAC se estimó que en total fueron atendidas 1.500 afiliados en tratamientos ambulatorios por uso problemático de drogas, 130 personas por desintoxicación severa y 90 pacientes con uso problemático de drogas mantuvieron una internación psiquiátrica en el mes anterior al relevamiento.

Respecto a la sustancia principal por las cuales las personas demandan tratamiento se observan claras diferencias por tipo de dispositivo. Por su propia especificidad AA atiende exclusivamente uso problemático de alcohol y los dispositivos de ASSE, RENADRO, NA y comunidades religiosas atienden consumos problemáticos mayoritariamente de cocaínas fumables (PBC, crack) y clorhidrato de cocaína.

Por su parte, la mitad de las IAMC que mantienen registros de usuarios atendidos en tratamientos ambulatorios informan que la sustancia principal por la que las personas demandaron tratamiento es cocaína, la tercera parte manifiesta que la principal sustancia por la que atendieron por uso problemático de drogas es alcohol, en tanto en el 12% la sustancia

principal es marihuana y, en el restante 8% de las IAMC se indica que es pasta base. Se destaca que esta distribución es manifiestamente diferente a la encontrada en los dispositivos de RENDADRO en los que la sustancia principal que origina los tratamientos es pasta base.

Del total de instituciones o centros (70), la mayoría (65) tienen profesionalizada la atención y tratamiento a los usuarios, esto se traduce en que 169 de los 425 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.

Se encuentra que en el país los puestos de profesionales y técnicos superan los 900.<sup>1</sup> Es de destacar la participación de psicólogos, los que alcanzan a ser casi el 30% de los puestos. A su vez, se presenta un peso muy significativo de los puestos de operadores terapéuticos que son el 25% de los puestos y muestran un aumento importante respecto al relevamiento realizado en 2015 cuando se ubicaban en el 8%.

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 en personas con un servicio religioso, voluntarios o referentes barriales, incluso presentándose casos de voluntarios que son asistentes sociales que conviven en los hogares, la asistencia se entiende no profesionalizada.

---

<sup>1</sup> Este dato corresponde al 66% de los puntos de acceso profesionalizados que fueron los que brindaron información sobre los profesionales y técnicos involucrados en la atención.

# 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.

La Junta Nacional de Drogas a través de su Observatorio Uruguayo de Drogas realiza este segundo estudio cuyo objetivo principal es actualizar y describir las características de los servicios, centros de tratamiento y dispositivos de apoyo-contención orientados a la atención de las personas con uso problemático de drogas.

Uruguay cuenta con una cobertura universal de salud a través del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en cuyas prestaciones obligatorias se encuentran las vinculadas a la atención de personas con uso problemático de drogas (PUPD) con especial énfasis en las referidas a pasta base de cocaína (PBC). Asimismo, y complementando las prestaciones desde el Estado, existe una Red Nacional de Atención de personas con uso problemático de Drogas (RENADRO) gestionada por la Secretaría Nacional de Drogas (SND) que cuenta con diversos dispositivos de diferente alcance y modalidad.

Por lo tanto el punto inicial es presentar una visión global sobre todo el sistema de salud del país alcanzando 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 quede agotado únicamente en el registro de los dispositivos más profesionalizados o enlazados en los sistemas de salud formal; sino que la búsqueda también incluye al conjunto de dispositivos que brindan apoyo psicosocial o de contención social a personas usuarias de drogas que se encuentran en espacios con alta vulnerabilidad social. Desde lo privado existen también diferentes propuestas de atención de diferente alcance (incluyendo las religiosas) que resulta pertinente relevar y fundamentalmente caracterizar.

Al igual que en su primera edición, sistematizar, caracterizar y dar cuenta del entramado que constituye la oferta de atención y tratamiento en Uruguay con el fin de mantener un oportuno y equilibrado diseño de las políticas públicas dirigidas a este sector, fue el propósito que guio la investigación cuyos principales resultados se ven reflejados en el presente documento. Es necesario señalar que la pesquisa respecto a los recursos disponibles en el territorio refirió a los lugares a dónde van o pueden ir las personas usuarias independientemente de la calidad, idoneidad o discutible prestación que se ofrezca. De hecho, la evidencia muestra que casi el 70% de las personas usuarias de pasta base de Montevideo y zona metropolitana han solicitado atención y contención en lugares no específicos de tratamiento o no profesionalizados, como pueden ser comunidades religiosas, grupos de autoayuda, entre otros (Suárez et al, 2014).

Asimismo, entre sus objetivos estuvo actualizar la Guía de Recursos que resulta de utilidad tanto para las personas usuarias y familiares y/o referentes como también para las diversas instituciones públicas y privadas que necesiten orientar y derivar a personas con un vínculo problemático con las drogas en lo que refiere a la atención y tratamiento de esta problemática.

El informe cuenta con una primera parte donde 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 las personas con uso problemático de drogas. Esta primera parte, además de describir las bases del sistema de salud, incluye aspectos relacionados con los valores y fundamentos que guían su puesta en marcha, los que se extraen de los decretos y leyes fundacionales. Los siguientes apartados que se concentran en la sistematización de la oferta de atención y tratamiento a las personas usuarias de drogas -y que tiene como fuente la información recogida en el trabajo de campo realizado en este estudio- son deliberadamente descriptivos, de forma que las valoraciones e interpretaciones sobre cada uno de los aspectos expuestos corren por cuenta del lector.

## 2. Objetivos

- Actualizar la descripción y caracterización del sistema de salud con foco en los servicios orientados a la atención y tratamiento de las personas con uso problemático de drogas.
- Estimar la magnitud y características de los servicios, centros de tratamiento y dispositivos de apoyo-contención, según el abordaje terapéutico o de apoyo psicosocial, características estructurales y funcionales, recursos humanos y profesionales, cantidad de pacientes/usuarios atendidos.
- Actualización de la Guía de Recursos del país para la atención y tratamiento de las personas con uso problemático de drogas.
- Comparar los resultados entre el presente estudio y el relevamiento realizado en su primera edición en 2015.

## 3. Aspectos metodológicos

La primera actividad realizada fue la actualización del marco legal del Sistema de Salud de Uruguay, caracterizado en el año 2015 en la primera edición del presente estudio, a través de entrevistas con informantes claves del sistema de salud.

En segundo término, se buscó contar con un listado exhaustivo de las instituciones que brindan servicios en el área de atención y tratamiento para personas con uso problemático de drogas en todo el país. Lo que fue posible a partir de los registros existentes, búsquedas en la web y de entrevistas con informantes calificados del sistema de salud, del ámbito comunitario y de las organizaciones civiles, que hicieron posible completar el listado primario. Para ello se contó con el apoyo y participación de las áreas de Salud Integral, Evaluación y monitoreo y Gestión Territorial de la Secretaría Nacional de Drogas que además de colaborar en el relevamiento colaboraron en la coordinación de entrevistas.

La unidad de análisis quedó constituida entonces, por los servicios, centros y servicios de tratamiento y los dispositivos de apoyo-contención del país. La estrategia metodológica se basó en entrevistas estructuradas con los directores, coordinadores o responsables de los servicios, dispositivos o centros de tratamiento.

Los datos se recolectaron a partir de un formulario semi-estandarizado en el que se abordaron los aspectos de funcionamiento, capacidad de atención y protocolos de actuación, población objetivo, prestaciones brindadas, recursos humanos, recursos físicos e interacción con la red de atención en drogas. La fecha de relevamiento se realizó en dos períodos; el primero de ellos en el que se entrevistó a casi la totalidad de los centros se extendió entre 23/8/2021 al 24/12/2021, y un segundo periodo de actualización en el que se accedió a aquellos dispositivos no entrevistados en la primera fase o que terminaron de definir sus prestaciones con posterioridad a esta, tuvo lugar entre setiembre y octubre de 2022.

Al igual que en la edición anterior y pese a los ajustes realizados en el formulario para facilitar la pesquisa en el propio trabajo de campo se fueron evidenciando un conjunto de complejidades que obstaculizaron el acceso a determinados datos; algunos directamente debido a la ausencia de registros, otros porque la naturaleza de los datos solicitados demandaba la revisión o construcción de los mismos con tiempos de los que no podían disponer, o debido a la necesidad de reunir en la entrevista a dos o tres personas simultáneamente, situación que no siempre fue propiciada. Estas situaciones dieron lugar en muchos casos un seguimiento posterior al primer encuentro en procura de conseguir los datos faltantes. Nuevamente quedó en evidencia que en nuestro país el registro y trazabilidad de los datos es aún un pendiente que impide contar con información de calidad para el control y gestión de las políticas de salud.

Cabe aclarar que en la sistematización de los recursos disponibles en el territorio para la atención y tratamiento a personas con consumo problemático de sustancias no se incluyen las Unidades de Tabaquismo desarrolladas en el marco del Fondo Nacional de Recursos, las que son referenciadas independientemente en el apartado 4.4, así como listadas de forma independiente en la guía de recursos al final del documento.

## 4. El sistema de salud uruguayo

En este apartado se retoma la caracterización realizada en la primera edición del estudio en el año 2015, incorporando los aspectos que sufrieron modificaciones desde esta fecha al presente únicamente en el caso que estén relacionados a las prestaciones ofrecidas a las personas con uso problemático de drogas. Bajo el entendido que el sistema de salud del país brinda el marco primario en el que se articulan los diferentes componentes de la atención y tratamiento en drogas y por tanto permite una adecuada mirada sobre toda la red de atención, es que se opta por reiterar esta descripción en el presente documento.

### 4.1. Aspectos generales y normativa

El sistema de salud uruguayo a partir del año 2007 inició un proceso de promulgación de varias leyes que enmarcaron una Reforma del Sistema de Salud que significó un cambio en el modelo de atención, en el modelo de gestión y en el modelo de financiamiento. El propósito último que guio el proceso de la reforma sanitaria fue garantizar el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país estableciendo las modalidades de acceso universal a servicios integrales de salud.

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<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Desde el punto de partida que sólo 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 incorporan 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

- 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 Junta Nacional de Salud (JUNASA),<sup>3</sup> 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 Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), pautando la provisión de servicios de salud del Estado a través de ésta.

Los principios rectores del SNIS son: la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población; la intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población; la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud; la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; la orientación preventiva, integral y de contenido humanista; la calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios; el respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud; la elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios; la participación social de trabajadores y usuarios; la solidaridad en el financiamiento general; la eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales; y la sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud. (Artículo 3, Ley 18.211)

La Ley de Urgente Consideración promulgada el 9 Julio de 2020 (ley 19889) crea la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias “con el objetivo de independizar los roles de prestador,

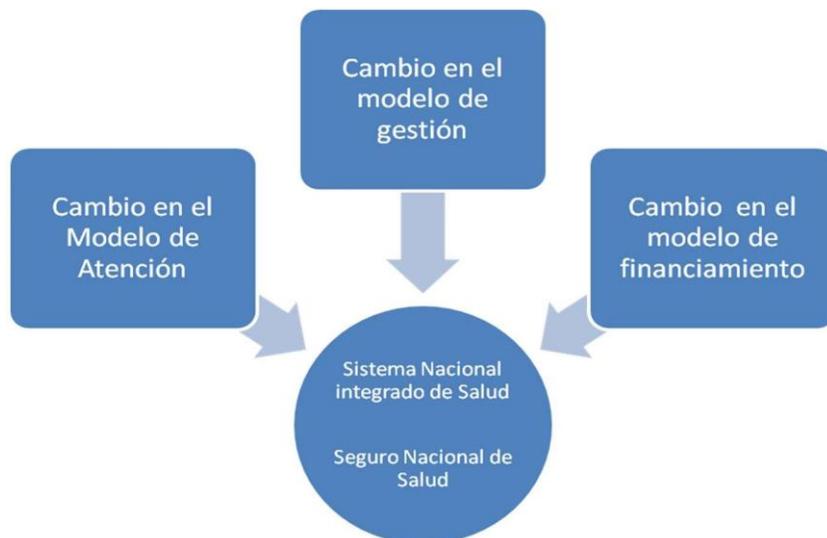
---

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 pasivos con cobertura en IAMC.

<sup>3</sup> 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 integran el SNIS, un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integran el SNIS, un miembro representante de los usuarios del SNIS.

financiador y evaluador del Sistema Nacional Integrado de Salud [SNIS]”. Tendrá a su cargo la evaluación, regulación y control de medicamentos, dispositivos terapéuticos, procedimientos diagnósticos y tratamientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención humana.

Figura 1. Sistema Nacional Integrado de Salud: procesos de cambios en su constitución



Fuente: “El Sistema de Salud Uruguayo”, Dirección General/Sistema Nacional Integrado de Salud/Ministerio de Salud Pública

## ***4.2. Prestadores de Servicios de Salud***

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).

Figura 2. Prestadores de Servicios de Salud en Uruguay



Fuente: “El Sistema de Salud Uruguayo”, Dirección General/Sistema Nacional Integrado de Salud/Ministerio de Salud Pública

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, mutuales 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<sup>4</sup> 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

<sup>4</sup> Los Programas Integrales de Prestaciones son: Programa Nacional de Salud de la Niñez; Programa Nacional de la Salud de la Mujer y Género; Programa Nacional de Salud del Adolescente; Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor; Programa Nacional de Salud Bucal; Programa Nacional de Salud Mental; Programa Nacional de Discapacidad;

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 GESTION. 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.

#### **Sistema de Salud Uruguayo**

Hasta el 2007, en Uruguay no existía un sistema de salud.

Había dos subsistemas, el público y el privado, fragmentados y sin conexión entre ellos. En el subsistema privado, los usuarios accedían a la atención en una IAMC mediante un contrato individual y directo entre las partes en el que se establecía el costo del servicio. Al subsistema público -servicios brindados por el Estado- accedían aquellos que demostraban no tener capacidad económica para hacerse cargo del costo en el subsistema privado.

A partir del año 2007, con la reforma de salud, se crea el Sistema Nacional Integrado de salud que articula e integra lo estatal y lo privado.

La rectoría y regulación por parte del Estado garantiza un conjunto de prestaciones para la totalidad de usuarios, basando el aporte de los usuarios en el principio de proporcionalidad de acuerdo a los ingresos.

---

Programa Prioritario de ITS-Sida; Programa Nacional de Nutrición; Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas; Programa Nacional para el Control de Tabaco.

### **4.3. Prestaciones mínimas en la atención a la problemática de drogas**

Dentro de los programas integrales nacionales definidos como prioritarios a partir del Decreto 465/00, 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 éstos, 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 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, 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, y 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 universal<sup>5</sup> para aquellas personas que presenten un uso problemático de drogas que incluyen apoyo presencial o telefónico permanente, policlínicas de atención ambulatoria multidisciplinaria, internación para tratar intoxicación severa y atención a familiares o referentes afectivos. A la vez, en lo que respecta a la aplicación de la Ley de Salud Mental Nº 19.529 está prevista la internación psiquiátrica sin límite de tiempo para las personas que teniendo un uso problemático de drogas requieran una internación hasta compensar un cuadro agudo de descompensación psiquiátrica co-mórbido. 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.

---

<sup>5</sup> Ver detalles en el apartado 6 del presente documento.

- 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 para las personas con uso problemático de drogas hasta compensar cuadro agudo de descompensación psiquiátrica co-mórbido.

#### **4.4. Prestaciones obligatorias en materia de control de consumo de tabaco**

De acuerdo a la Ley 18256 todos los servicios de salud, tanto públicos como privados, deberán incorporar el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco en sus programas, planes y estrategias nacionales de atención primaria de la salud. A la vez, la obligatoriedad de los prestadores de salud en esta materia incluye su registro en el Programa Nacional para Control de Tabaco del MSP. Este tratamiento forma parte del programa integral de prestaciones en el Sistema Nacional Integrado de Salud (Decreto 465/08). En tal sentido, de acuerdo con el Decreto 81/2012, los prestadores deberán disponer de servicios de tratamiento de tabaquismo, lo cual podrán implementar mediante complementación con base territorial con otros prestadores públicos o privados.

Algunos prestadores efectivizan estas prestaciones en el marco del Programa de Tratamiento de Tabaquismo del Fondo Nacional de Recursos (FNR)<sup>6</sup>. Este programa forma parte del Programa

---

<sup>6</sup> El Fondo Nacional de Recursos es una institución creada por el decreto Ley 14.897 con carácter de persona pública no estatal, que brinda cobertura financiera a procedimientos de medicina altamente especializada, medicamentos de alto costo y programas de prevención (Salud Renal, Tabaquismo y Cardiovascular) para toda la población residente en el país y usuaria del Sistema Nacional Integrado de Salud. Este apartado está basado en la información brindada por el Fondo Nacional de Recursos. Disponible en: <https://www.fnr.gub.uy/>

de Prevención Secundaria Cardiovascular y tiene como principal objetivo contribuir a la disminución de la prevalencia de consumo de tabaco y de las enfermedades tabaco dependientes en el país a partir de la promoción y la educación en hábitos saludables de las personas y la ayuda a los fumadores a superar su adicción y mantenerse sin consumir tabaco a largo plazo.

El programa se inició en 2003 y a partir de 2004 se extendió rápidamente a todo el país generando una red de Unidades de Tabaquismo presente en todos los departamentos, en servicios de salud públicos y privados, que trabajan en convenio con el FNR. A través de convenios interinstitucionales se desarrolla esta estrategia de creación de Unidades de Tabaquismo a cargo de un equipo multidisciplinario capacitado por el FNR y la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.

Cada equipo asistencial está integrado por profesionales de la salud capacitados específicamente, trabajando en forma multidisciplinaria, con criterios de asistencia unificados de acuerdo a la Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo.

La modalidad de trabajo se adecua a las posibilidades de cada centro, dando apoyo individual o grupal. Se realiza un tratamiento de duración variable en general entre 2 y 6 meses y luego un seguimiento. El tratamiento se centra en el cambio conductual mediante diversas estrategias psicológicas, como reestructuración cognitiva, resolución de problemas, apoyo intra y extra terapéutico, entre otras, y apoyo farmacológico para superar el síndrome de abstinencia nicotínico.

El FNR cumple un rol de coordinación, apoyo técnico y evaluación, analizando periódicamente los datos ingresados a la base por los profesionales que trabajan a nivel nacional, con el objetivo de evaluar resultados y detectar oportunidades de mejora. A la vez garantiza el acceso gratuito a la medicación específica para el tratamiento de la dependencia nicotínica.

## 5. Red Nacional de Drogas (RENADRO)

### 5.1. Definiciones generales

La Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025 de la Junta Nacional de Drogas de Uruguay (JND)<sup>7</sup>, se orienta al desarrollo de un sistema integral de promoción de salud y prevención, así como al logro de la integralidad en el sistema de atención y tratamiento a las personas con uso problemático de drogas. Señala que *“...esto implica avanzar, como complemento al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y políticas de protección social, en la rectoría de las diversas prestaciones, así como en el fortalecimiento interinstitucional de la RENADRO. ...”* A partir de una perspectiva de género e intersecciones, *“...trata de crear condiciones favorables para la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y calidad de las diferentes intervenciones de atención, tratamiento e integración social adaptadas a las necesidades y características de las personas con uso problemático de drogas y sus comunidades.”* Asimismo, postula que *“...el abordaje del uso problemático de drogas parte de una concepción integral que comprende diversos enfoques y disciplinas con el objetivo de garantizar el ejercicio del derecho a la salud. Incluye desde propuestas comunitarias hasta propuestas clínicas hospitalarias, considerando intervenciones individuales, grupales, familiares y multifamiliares.* (JND, 2021)

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 corresponsabilidad y cogestión de los riesgos entre el Estado, actores sociales, comunitarios y la sociedad en general. El fortalecimiento de la

---

<sup>7</sup> 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 Deporte 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.

Red de Asistencia en Drogas es uno de los lineamientos estratégicos buscando la contemplación de los aspectos normativos y reglamentarios vigentes en la materia, para asegurar universalidad, accesibilidad y articulación interinstitucional entre los servicios. De esta forma el fortalecimiento deberá valerse de este enfoque interinstitucional que abarque las redes sanitarias y sociales a nivel nacional y local tomando en consideración los tres niveles de atención en salud y haciendo especial énfasis en mejorar la accesibilidad de las personas a las prestaciones desde una perspectiva de género e intersecciones (ascendencia étnico-racial, nivel socioeconómico, diversidad sexual, generaciones, entre otras), así como en la cohesión de las políticas sectoriales y su eficiencia.

La RENADRO es conceptualizada como el conjunto de iniciativas de sensibilización, promoción de salud, prevención, atención, tratamiento e inclusión social de los usuarios de drogas. Su conformación se concibe de manera integral incluyendo las prestaciones públicas y privadas en el marco del SNIS. A nivel público, las prestaciones en drogas se han complementado a través de un fideicomiso de administración, que permite el desarrollo sostenido de un modelo de atención y tratamiento, integrado por una red de dispositivos diferenciados en los tres niveles de atención, que tienen como cometido garantizar el acceso a la salud integral de las personas con uso problemático de drogas.

La RENADRO encuentra en la conformación del 'Fideicomiso RENADRO'<sup>8</sup> la financiación para el desarrollo de parte de sus acciones. Esta figura garantiza con recursos financieros la modalidad de trabajo interinstitucional.

---

<sup>8</sup> *“El fideicomiso es el negocio jurídico por medio del cual se constituye la propiedad fiduciaria de 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 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 en tanto fiduciaria o administradora.

Los dispositivos de la RENADRO son supervisados por la Secretaria Nacional de Drogas para cumplir con los criterios de calidad de acuerdo a estándares internacionales establecidos por el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea (COPOLAD) y los requisitos de la Norma ISO 9001/2015. Ello implica que cuentan con capacitación, procesos, procedimientos y protocolos de atención y de coordinación interinstitucional con el objetivo principal de brindar un proceso terapéutico individual para cada persona con uso problemático de drogas conectándolo con los servicios existentes de salud, salud Mental e integración social. Para ello se realizan visitas de supervisión a los dispositivos, encuentros nacionales de coordinadores de dispositivos Ciudadela, dispositivos Comunitarios y Residenciales, donde se establecen buenas prácticas y se canalizan aspectos que hacen a la gestión de dichos dispositivos, así como favorece el trabajo en red.

## ***5.2. 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 a 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 esta población a estas prestaciones, oficiando un rol 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 sólo 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 personas con uso problemático 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. La articulación interinstitucional, en particular entre JND, ASSE, MSP, MIDES, INAU, INR, Poder Judicial e Intendencias Departamentales es la que sostiene las diversas iniciativas RENADRO en materia de prestaciones en drogas en los tres niveles de atención.

### **5.3. Principales estrategias en el área de tratamiento sostenidas desde la RENADRO**

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

En primer lugar, se encuentra el Servicio de Contención y Atención Telefónica de la Red Nacional de Drogas \*1020, gestionado por ASSE, este es de acceso gratuito desde todo el territorio nacional durante las 24 horas del día, y se sustenta en el trabajo de un equipo especializado en dar respuesta, contención y escucha calificada a cualquier persona que llame.

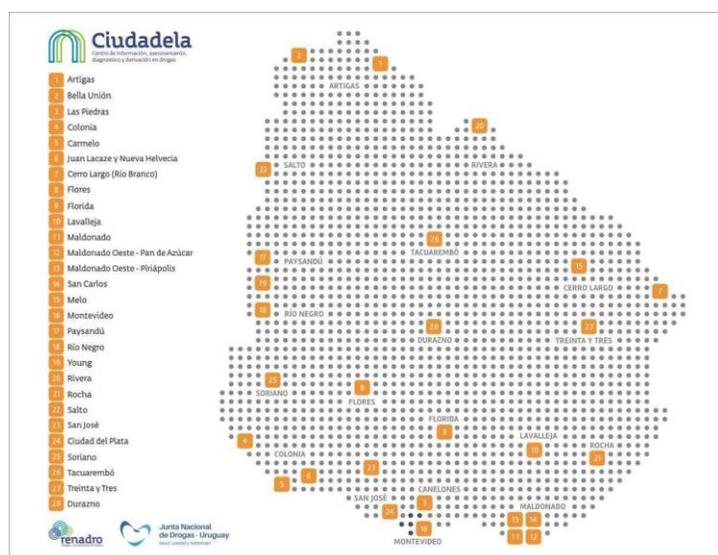
Por otro lado, promueve tratamientos de base comunitaria (TBC), dispositivos de anclaje territorial que desarrollan sus intervenciones desde una perspectiva comunitaria buscando el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que tienen un consumo problemático de drogas y el mejoramiento de 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). A su vez, en los tratamientos de base comunitaria se enmarcan otros dispositivos: Achique, Espacio de tratamiento de integración comunitaria, La otra esquina, La casa, La trama, los que también dan cuenta en su base de funcionamiento de una fuerte articulación con los actores institucionales en cada uno de los territorios.

Por otro lado, la RENADRO implementa y gestiona, también, 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 y tratamiento en el tema drogas. La implementación de estos dispositivos se ha adecuando 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, Tratamiento y Derivación oportuna para la población con uso problemático de drogas, familiares y/o referentes socio-afectivos provenientes del sistema asistencial, judicial o por motivación personal, así como información sobre el consumo de drogas a todos los ciudadanos. Actualmente hay 28 Ciudadelas funcionando en el país.



Todos los Ciudadelas incluyen dentro de sus servicios modalidades de tratamiento ambulatorios especializados. De forma que, además de la orientación, evaluación y diagnóstico inicial (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 inclusión social de las personas con uso problemático de drogas y articulando con la red local socio-sanitaria y comunitaria; lo que se inserta en el segundo nivel de atención en salud. Asimismo, los Ciudadelas de Salto, Paysandú y Soriano incorporan dentro del proceso terapéutico la modalidad de Centro Diurno (ambulatorio intensivo).

Entonces, en el segundo nivel de atención la RENADRO sostiene a los dispositivos y establecimientos con énfasis en el diagnóstico, el tratamiento, y la atención. Por un lado, los tratamientos ambulatorios tanto en los Centros Ambulatorios Especializados (Centros Ciudadelas, Portal Amarillo) -modalidad con permanencia horaria limitada de los usuarios con una frecuencia baja, semanal o bisemanal, como los tratamientos en modalidad de Centros Diurnos (Portal Amarillo y Ciudadela Salto, Paysandú y Soriano) que sin ser un abordaje residencial permite una permanencia durante mayor cantidad de tiempo (mañana, tarde, o ambas) con una frecuencia no menor de 3 veces por semana con una estructuración mínima de 4 horas diarias. Estos Ciudadelas, 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 (Jaguel, Portal Amarillo y Casabierta) 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. Desde una mirada regional éstos tres Centros Residenciales cubren la región norte, este y metropolitana.

El tercer nivel refiere a la atención de patologías y condiciones complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. En este nivel, por un lado, funciona –también a partir de una fuerte articulación interinstitucional- el centro residencial Chanaes en el departamento de San José; éste de larga estadía y especializado en el tratamiento de patología dual de adolescentes y jóvenes, esto es, la co-ocurrencia de trastornos por uso de sustancias psicoactivas y otros trastornos de la salud mental asociados. En segundo lugar, pueden ubicarse aquí a las Unidades Móviles de Atención (UMA) para personas con uso problemático de drogas, que comienza a funcionar a instancias de la RENADRO. 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 socio-cultural 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 socio-sanitaria, 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 coordinan su accionar con otros servicios públicos y privados, principalmente servicios de MIDES, ASSE y otros dispositivos de la RENADRO entre otros.

También en el tercer nivel de atención se desarrolla el Dispositivo de Atención para personas con uso problemático de drogas en privación de libertad.

La propuesta procura sistematizar y organizar la atención para usuarios/as problemáticos/as de drogas (UPD) dentro del Sistema Penitenciario, en el marco y en concordancia con la estrategia Nacional de Drogas 2021-2025, que define políticas nacionales en la materia. Está orientada a mejorar la calidad de los abordajes, con parámetros de intervención definidos, incorporando la evaluación sistemática como un factor preponderante.

Los mismos se ejecutan de manera conjunta entre la Junta Nacional de Drogas (JND), la Administración de los Servicios de Salud del Estado, a través del Servicio de Atención Integral a las Personas privadas de Libertad (SAI-PPL), el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), a través de la Dirección Nacional de Apoyo al Liberado (DINALI).

Actualmente el Dispositivo se implementa en las Unidades N°1, N°4, N°5, N°6, N°16 y N°21. Es un sistema de tratamiento organizado por módulos temáticos, de duración semestral y cuenta con dispositivos diferenciados según la necesidad de cada UPD-PL.

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, Portal Amarillo)

Centros Residenciales Regionales (Jaguel, Casabierta, Portal Amarillo)

Tercer nivel de Atención

Dispositivos Residenciales Nacionales para mediana y larga estadía (Chanaes)

Unidades Móviles de Atención (UMA)

Dispositivos de tratamiento para personas con uso problemático de drogas privadas de libertad.

## **6. 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 las personas con uso problemático de drogas; 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 pueden ir los usuarios? y ¿quiénes pueden ir a qué lugar?

En primer lugar, 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?

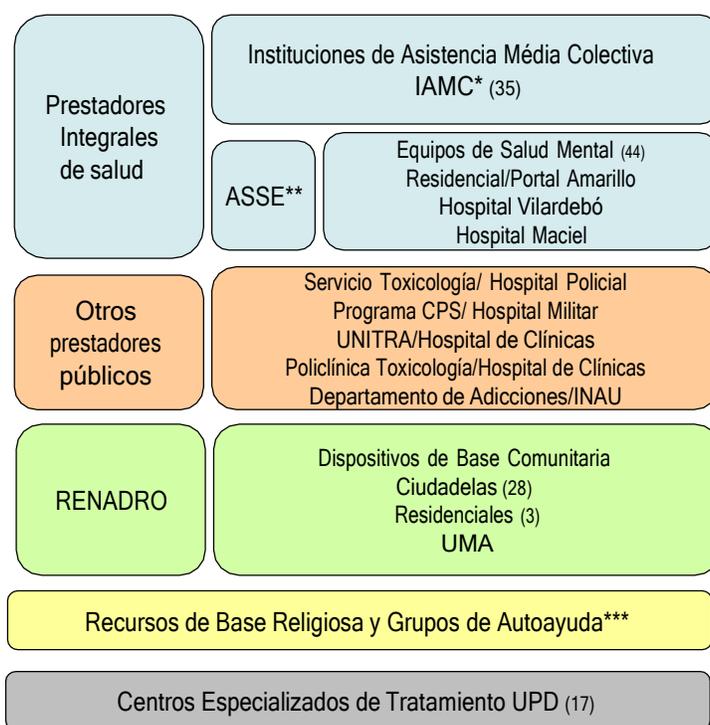
En primer lugar, el derecho a la atención en alguno de los Prestadores Integrales de Salud se genera a partir de la opción por alguna IAMC en particular o por ASSE (administrado por el Estado) en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud; este sistema comprende a todos los trabajadores privados 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 fijado 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 proporcional del salario, la cobertura de salud varía si se elige como prestador a una IAMC o ASSE, ya que en el caso de las primeras –aunque con variaciones de una a otra- existen sobre cuotas o copagos (ticket, ordenes) asociadas a la efectivización de las prestaciones, mientras que la atención por ASSE no genera otro costo asociado, más allá del aporte fijado del salario 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 implique que concurra a las sesiones una o dos

Situación y características de la oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay

veces por semana, deberá contar con los recursos para cubrir las órdenes de atención y también los copagos en el caso de que sea necesario en alguna de las prestaciones,<sup>9</sup> lo que varía de acuerdo a las IMACs. En este punto es necesario destacar que ASSE no solo presta atención a los socios 'FONASA' sino que también incluye a una proporción de personas que tienen un tipo de cobertura totalmente gratuita determinada por su situación socioeconómica que no le permite otro tipo de acceso a la salud (a ésta se accede registrando el alta en alguna de las dependencias de ASSE); teniendo estos usuarios todos los mismos derechos que los socios por FONASA.

Figura 3. Recursos disponibles para el tratamiento de Usuarios problemáticos de drogas en Uruguay



\* Se contabilizan en total en el país 35 IAMC, lo que no está incluyendo las filiales en diferentes localidades, 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.

\*\* Cabe señalar que no existen restricciones para el pasaje de una IAMC a ASSE. En el caso de que un usuario FONASA de cualquier IAMC quiera modificar su afiliación para optar por su atención en ASSE puede en cualquier momento trasladar su atención en el marco del SNIS de una IAMC a ASSE.

\*\*\* Los puntos de recepción de los hogares Beraca en el país son 5, en tanto los puntos de recepción de la Comunidad Remar también a nivel nacional son 8 (aunque en ambos casos la cantidad de hogares es mayor). En lo

que refiere a los lugares de funcionamiento de Grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos se encuentran 187 en todo el país y de Narcóticos Anónimos 55.

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 personas con uso problemáticos de drogas explicitadas en el apartado 4.3 del presente documento.

Tabla 1. Afiliados IAMC y ASSE por tipo de afiliación. Setiembre – 2022.

IAMC	Socios FONASA	1.999.655
	Afiliación individual	109.478
	Afiliación colectiva	65.270
	<b>TOTAL IAMC</b>	<b>2.174.403</b>
ASSE	Socios FONASA	530.127
	Socios No Fonasa	1.011.466
	<b>TOTAL ASSE</b>	<b>1.541.593</b>
Seguros Privados Integrales <sup>10</sup>		<b>115.210</b>
<b>Cobertura Total</b>		<b>3.831.206<sup>11</sup></b>

Fuente: ASSE y Sistema Nacional de Información- Departamento de Economía de la Salud- Ministerio de Salud Pública. (SINADI- DES- MSP)<sup>12</sup>

Ahora bien, sobre éstas prestaciones mínimas se agregan otras para algunos usuarios particulares, esto es, los servicios especializados en los otros prestadores públicos que no

<sup>10</sup> 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, sólo que en para acceder a éstos a través de FONASA, el usuario debe pagar una cuota mensual de forma privada, además del aporte fijado del salario. Son 6 los Seguro Privados Integrales y del total de sus usuarios el 68% corresponde a socios a través del FONASA, los demás son afiliados de forma particular.

<sup>11</sup> El total de usuarios de ASSE y afiliados a las IAMC y a los seguros privados supera a la población del país, lo que muestra doble cobertura.

<sup>12</sup> <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-tipo-afiliacion-2012-2022>  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-iamc-tipo-afiliacion-2012-2022>  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-seguros-integrales-tipo-afiliacion-2012-2022>

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 el caso de los dispositivos residenciales de la RENADRO están pensados para brindar sobre-prestaciones las que se suman a las mínimas previstas por el SNIS, teniendo derecho los usuarios de ASSE. Y por último, los servicios de orientación, consulta y diagnóstico brindado por todos los Ciudadelas 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 éstos, 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. Asimismo algunos de estos centros atienden a usuarios de IAMC en los casos que estas brinden las prestaciones obligatorias a través de estos centros mediante convenios específicos.

Figura 4. Tipos de usuarios del sistema de salud y derechos de atención en los Centros e Instituciones

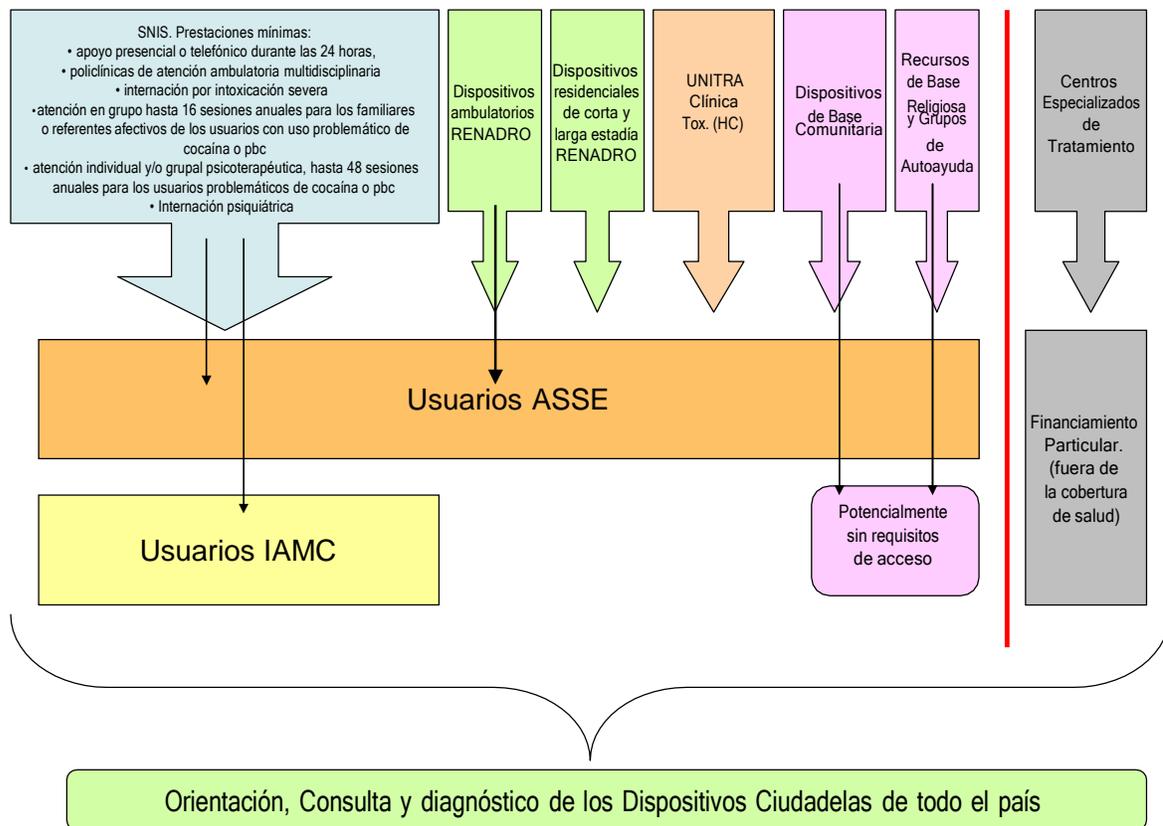
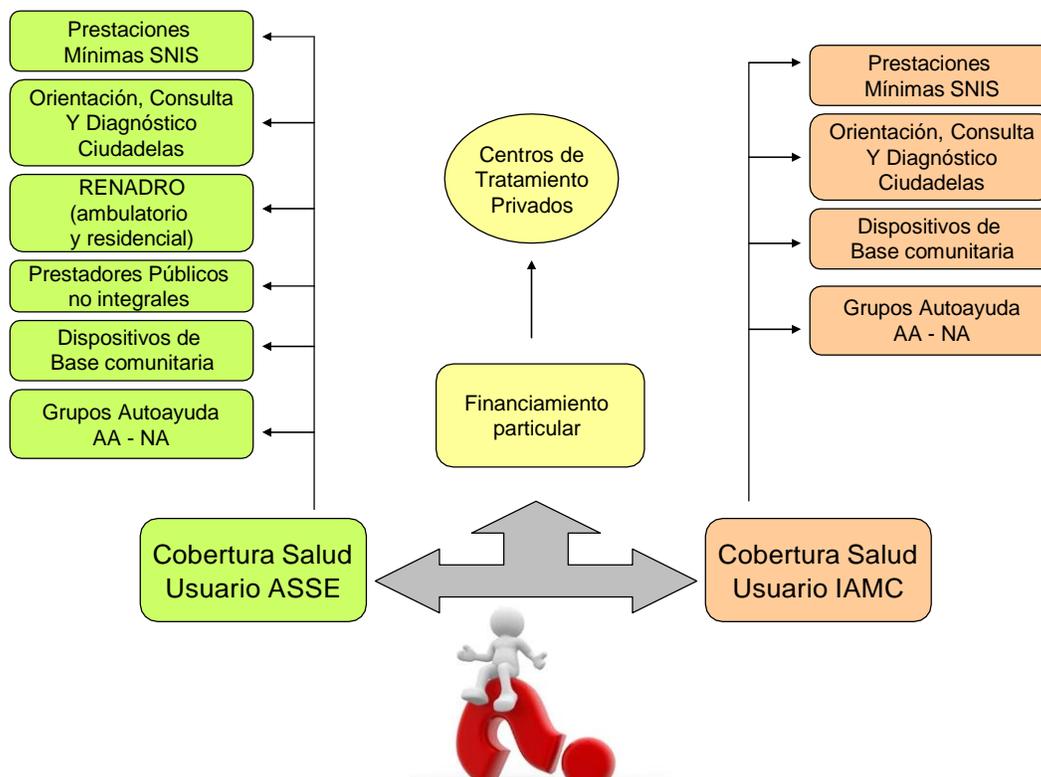


Figura 5. Rutas de acceso a la atención y tratamiento según tipo de cobertura en el Sistema Nacional Integrado de salud.



## **7. Sistematización de la Oferta de Tratamiento para personas con uso problemático de drogas**

### ***7.1. Puntos de acceso en el territorio***

En todo el territorio nacional, hay 425 puntos de acceso de 70 instituciones<sup>13</sup> para solicitar atención a la problemática del consumo problemático de drogas<sup>14</sup>.

En la tabla siguiente se discriminan considerando el tipo de Centro o Institución, 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.

La mayor cantidad de puntos de acceso o de recursos en el territorio está conformada por los grupos de autoayuda de Alcohólicos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA), entre las dos instituciones despliegan en el país 242 lugares donde funcionan los grupos. Por otro lado, los recursos religiosos en el territorio son en su mayoría hogares de las organizaciones Beraca y Remar, reuniendo 17 puntos de acceso<sup>15</sup>. Entre AA, NA y grupos religiosos se encuentran el 61% de los puntos de acceso.

Respecto a los dispositivos de ASSE, que cubren todo el país, se encuentran los 44 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 ya que en la tabla se consignan los 35 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

---

<sup>13</sup> En el documento se hará referencia indistinta a Centros o Instituciones. El criterio es distinguir éstos 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 éstos tienen.

<sup>14</sup> Se excluyen las Unidades de Tabaquismo.

<sup>15</sup> 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.

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.

En lo que refiere a los dispositivos de la RENADRO se contabilizan 44 puntos de acceso, dentro de éstos se encuentran 28 Centros Ciudadelas del país (en algunos casos con más de un punto de acceso), los Centros Residenciales Jaguel, Casabierta, Chanaes, la Unidad Móvil de Atención, así como los dispositivos de base comunitaria.

Estos dispositivos de base comunitaria son el Achique Casavalle, El Espacio de Tratamiento de Integración Comunitaria, La casa, La trama y el Programa Aleros que desarrolla su actividad con duplas móviles de técnicos que cubren el territorio de Montevideo; y en el departamento de Canelones se encuentra La Otra Esquina.

Por último, los otros prestadores públicos refieren al Servicio Toxicología del Hospital Policial, el Programa CPS del Hospital Militar, UNITRA y la Policlínica Toxicología del Hospital de Clínicas, el Departamento de Adicciones de INAU y las policlínicas la Intendencia de Montevideo.

Asimismo, puede verse en la tabla 3, la distribución de los puntos de acceso según el tipo de centros y su ubicación en el territorio del país. La mayoría de los servicios tienen presencia en todo el país. Dispositivos RENADRO presenta una mayor cobertura relativa en el Interior del país al igual que ASSE.

Tabla 2. Instituciones y puntos de acceso red socio-sanitaria y comunitaria. Uruguay 2022

	Instituciones		Puntos de acceso	
	Conteo	Frecuencia relativa	Conteo	Frecuencia relativa
Centro Especializado Privados	<b>17</b>	24,3	<b>20</b>	4,7
IAMC	<b>35</b>	50,0	<b>35</b>	8,2
Otros p.públicos (no integrales)	<b>7</b>	10,0	<b>17</b>	4,0
RENADRO	<b>1</b>	1,4	<b>44</b>	10,4
Comunidad religiosa	<b>6</b>	8,6	<b>17</b>	4,0
ASSE	<b>1</b>	1,4	<b>47</b>	11,1
Alcohólicos Anónimos	<b>1</b>	1,4	<b>187</b>	44,0
Narcóticos Anónimos	<b>1</b>	1,4	<b>55</b>	12,9
ASSE-Mides	<b>1</b>	1,4	<b>3</b>	0,7
Total	70	100%	425	100%

Tabla 3. Puntos de acceso red socio-sanitaria y comunitaria por ámbito territorial. Uruguay 2022

	Montevideo		Interior	
	Conteo	Frecuencia relativa	Conteo	Frecuencia relativa
Centro Especializado Privados	<b>13</b>	7,8	<b>7</b>	2,7
IAMC	<b>10</b>	6,0	<b>25</b>	9,7
Otros p.públicos (no integrales)	<b>15</b>	9,0	<b>2</b>	0,8
RENADRO	<b>9</b>	5,4	<b>35</b>	13,5
Comunidad religiosa	<b>4</b>	2,4	<b>13</b>	5,0
ASSE	<b>18</b>	10,8	<b>29</b>	11,2
Alcohólicos Anónimos	<b>72</b>	43,4	<b>115</b>	44,4
Narcóticos Anónimos	<b>22</b>	13,3	<b>33</b>	12,7
ASSE-Mides	<b>3</b>	1,8	<b>0</b>	0,0
Total	166	100	259	100

Más allá de esta descripción del tipo de centro o institución en conjunción con la filiación institucional que se presentó en primera instancia, se indagó sobre las alternativas de atención en los puntos de acceso, pudiendo considerar más de una en su respuesta (tabla 4 y 5).

En primer lugar, en lo que respecta al nivel de atención, se observa que ocho de cada diez puntos de acceso brindan tratamiento ambulatorio (dentro de los que se cuentan los grupos de autoayuda) a lo que hay que sumarle un 10% que tienen modalidad mixta (ambulatoria y residencial). Se entiende por tratamiento ambulatorio aquella modalidad de asistencia a los usuarios problemáticos de drogas con permanencia limitada en lo que respecta a la cantidad de horas por cada vez que concurra a la vez que tiene una frecuencia semanal o bisemanal de asistencia. A la vez, la modalidad de atención denominada 'Centro Diurno', que estructura la atención en estancias mínimas de 4 horas de permanencia continuas, por lo menos 3 veces por semana, es considerada dentro de la categoría de atención ambulatoria. En tanto, los tratamientos residenciales ofrecen una propuesta asistencial que incluye el pernocte o régimen de alojamiento de 24 horas de los usuarios como parte del programa terapéutico. Por último, señalar que la atención de base comunitaria no alcanza al 3% de los puntos de acceso.

En segundo término, luego de esta primera gran categorización del nivel de atención, se observó más específicamente cómo se definían las modalidades de atención. Entonces, en forma más detallada, e incluyendo aquellas modalidades que también pueden incluir atención a familiares de personas con uso problemático de drogas, se puede observar que la opción terapéutica de mayor presencia es la modalidad de grupos de autoayuda que se encuentra en 255 puntos de acceso (6 de cada 10 dispositivos). Esta es la modalidad exclusiva en los casos de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos pero también está presente en otros tipos de dispositivos aunque no en forma exclusiva.

La otra modalidad más habitual es el tratamiento ambulatorio, excluyendo grupos de autoayuda. Existe en total 122 puntos de acceso con esta modalidad, casi tres de cada diez puntos de acceso. El modo residencial cuenta con 28 puntos de acceso y representa casi el 7% de estos.

Tabla 4. Puntos de acceso según nivel de atención. Uruguay 2022

	Conteo	Frecuencia relativa
Ambulatorio	342	80,5
Residencial	25	5,9
Mixto	46	10,8
Atención de base comunitaria	11	2,6
Sin dato	1	,2
Total	425	100,0

Tabla 5. Alternativas de atención de los puntos de acceso de la red socio-sanitaria y comunitaria. Uruguay 2022

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Orientación, Asesoramiento, Diagnóstico	38	6,2%	9,0%
Ambulatorio	122	20,0%	28,9%
Diurno	31	5,1%	7,3%
Nocturno	5	0,8%	1,2%
Residencial	28	4,6%	6,6%
Desintoxicación	3	0,5%	0,7%
Hogares Asistidos de tipo residencial o diurno	4	0,7%	0,9%
Equipo de proximidad	8	1,3%	1,9%
Centros de Escucha e Inclusión Social	7	1,1%	1,7%
Centros de Acogida	9	1,5%	2,1%
Dispositivos de autoayuda o ayuda mutua	255	41,8%	60,4%
Consultorio de atención primaria	4	0,7%	0,9%
Servicio psiquiatría en Hospital General	1	0,2%	0,2%
Hospital o Clínica Psiquiátrica	2	0,3%	0,5%
Unidad de Urgencia Psiquiátrica	1	0,2%	0,2%
Clinica multidisciplinaria	6	1,0%	1,4%
Equipos de Salud Mental	45	7,4%	10,7%
Unidad Móvil de atención.	2	0,3%	0,5%
Otro	4	0,7%	0,9%
IAMC	35	5,7%	8,3%

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

En lo que refiere a la financiación de las instituciones, se encuentra que en algunos casos éstas reciben recursos de más de una fuente. Un 74.3% reciben fondos del Estado, aportando éstos de forma total o parcial a su financiación; lo anterior deja en evidencia que no solo las instituciones cuya dependencia es pública son financiados con recursos públicos sino que también reciben estos fondos algunas instituciones privadas sin fines de lucro. A su vez, las IAMC dado que su financiación proviene en parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (FONASA), conformado por aportes del Estado, las empresas y los usuarios. Por último, se observa que hay ingresos que provienen de donaciones en un 20% de las instituciones y de pago de pacientes directamente (sin considerar el que se establece por FONASA) en un 25,7% de las mismas.

Tabla 6. Instituciones según financiación. Uruguay 2022

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Pública	16	16%	22,9%
Venta de Servicios	16	16%	22,9%
Donaciones	14	14%	20,0%
Pago de pacientes	18	18%	25,7%
SNIS	36	36%	51,4%
Total	100	100,0%	142,9%

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

### 7.1.1. Comparativo 2015-2022

Comparando el período correspondiente entre los dos estudios realizados (2015-2022) se encuentra que hay un crecimiento del 8% de los puntos de acceso, básicamente sustentado con el importante aumento de Dispositivos RENADRO, especialmente en el interior del país a través de los dispositivos Ciudadela. También los puntos de acceso de los dispositivos públicos no integrales tuvieron un importante aumento, explicado por una mayor cantidad de policlínicas municipales que incorporan la atención de personas con uso problemático de sustancias.

Tabla 7. Instituciones y Puntos de acceso de la red socio-sanitaria y comunitaria de atención y tratamiento a personas con uso problemático de drogas según año de relevamiento

	Instituciones		Puntos de acceso	
	2015	2022	2015	2022
Centro Especializado Privados	17	17	17	20
IAMC	37	35	37	35
S Otros p.públicos (no integrales)	5	7	5	17
RENADRO	1	1	31	44
Comunidad religiosa	3	6	14	17
ASSE	1	1	47	47
Alcohólicos Anónimos	1	1	185	187
Narcóticos Anónimos	1	1	58	55
ASSE-Mides	0	1	3	3
Total	66	70	394	425

## **7.2. Instituciones públicas y privadas (excluyendo IAMC)**

El presente apartado está enfocado al análisis de la totalidad de centros e instituciones que desarrollan algún tipo de atención o tratamiento a personas con uso problemático de sustancias, excluyendo a las IAMC, las que serán objeto del apartado 7.3.

### **7.2.1 Objetivos, acceso y protocolos de los procesos terapéuticos en los centros**

Los distintos centros o instituciones identifican uno o más alternativas en lo que hace al objetivo buscado en los procesos terapéuticos de las personas con uso problemático de drogas, manifestando en varias de las entrevistas que lo que ocurre en realidad es que el abordaje integral que debe realizarse en cada caso en particular lleva a que el objetivo no puede definirse a priori sino que depende de varios elementos, entre ellos el perfil de la persona, perfil de consumo, condiciones de salud mental, condiciones sociales, entorno comunitario. De esta forma, un mismo dispositivo o centro puede perseguir más de un objetivo en los procesos

terapéuticos, éstos pueden apuntar a distintos aspectos, variando desde la búsqueda de la abstinencia a la reducción de daños.

Como puede observarse en la tabla siguiente, los distintos objetivos perseguidos aparecen con pesos similares entre los dispositivos. Seis de cada diez incluyen entre su objetivo principal la modificación de las causas del consumo, en tanto 5 de cada 10 menciona la eliminación del consumo, la reducción de éste o de las consecuencias del consumo. Esta distribución presenta diferencias importantes con respecto al relevamiento realizado en 2015, donde la eliminación del consumo estaba incluida en el 72% de los casos y en contrapartida la reducción del consumo en sólo el 29%.

Tabla 8. Instituciones/Centros según objetivo principal del proceso terapéutico. Uruguay 2022 (no incluye IAMC)

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Eliminación del consumo	32	22,4%	54,2%
Reducción del consumo	32	22,4%	54,2%
Modificación de las causas del consumo	36	25,2%	61,0%
Reducción de las consecuencias del consumo	31	21,7%	52,5%
Otro	12	8,4%	20,3%
	143	100,0%	242,4%

La pregunta realizada admitía una respuesta múltiple, por este motivo el porcentaje de casos supera el 100%. El total de centros considerados en esta tabla (N) es de 35, ya que se excluye a las IAMC

En la tabla 9 se discriminan las principales formas en que acceden al tratamiento los usuarios; el análisis muestra que en la mayoría de los centros las formas de acceso están vinculadas a la consulta espontánea y /o acompañado por la familia.

Las derivaciones son mencionadas por aproximadamente un 40% de las instituciones, un 14% de ASSE, similar porcentaje desde una IAMC y un 9% declaran recibir desde la RENADRO. La derivación por orden judicial es mencionada por el 2,3% de los casos.

Tabla 9. Instituciones/Centros según principales formas de acceso al tratamiento. Uruguay 2022

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
consulta espontánea	24	34,3%	55,8%
Acompañado/presionado por la familia	23	32,9%	53,5%
Derivación desde ASSE	6	8,6%	14,0%
Derivación desde Renadro	4	5,7%	9,3%
Derivación IAMC	6	8,6%	14,0%
Por orden judicial	1	1,4%	2,3%
Derivación desde dispositivo que no pertenece a la red de salud	3	4,3%	7,0%
captación en calle	2	2,9%	4,7%
Otra	1	1,4%	2,3%
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0%</b>	<b>162,8%</b>

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

Con respecto al tiempo de espera, en virtud que existen instituciones con varios puntos de acceso y la situación puede ser diferente para cada una de ellas, se optó por incluir los casos de una misma institución que tengan tiempos diferenciales. Este es el caso más frecuente en los dispositivos RENADRO Y ASSE dada la diversidad de situaciones respecto a los aspectos informados<sup>16</sup>.

Teniendo en cuenta esto se encuentra que en el 37% de las instituciones no existe tiempo de espera entre la solicitud de atención del usuario y la efectivización de ésta, mientras que en otro 35% manifiestan que el tiempo que transcurre entre el momento en que los usuarios realizan la demanda y en el que efectivamente acceden a la atención es hasta una semana. En tanto, en un 15,6 % de los casos el tiempo promedio de espera es mayor a una semana. Hay un 13,3% de los dispositivos que no brinda información al respecto.

<sup>16</sup> Es por eso que el total no es 70 instituciones sino 90 "casos" dado que algunas instituciones tienen tiempo diferenciales según punto de acceso.

Tabla 10. Instituciones/Centros según tiempo de espera para ingresar al tratamiento. Uruguay 2022

	Conteo	Frecuencia relativa
Ingreso inmediato	33	36,7
hasta 48 horas	17	18,9
entre 48 y 1 semana	14	15,6
más de 1 semana y menos de 4 semanas	9	10,0
más de 4 semanas	5	5,6
Total	78	86,7
Sin dato	12	13,3
Total	90	100,0

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

Hay un 65,6% de los centros o instituciones que basan su accionar en protocolos de atención; un 83,3% que mantienen registros individuales de las historias clínicas de los usuarios (la mayoría llevando los registros de forma digital); y un 72,2% que realiza planes de tratamiento individuales. También en la mayoría (65,6%) los pacientes firman un consentimiento informado.

En tanto, se encuentra que solo el 53,3% de los centros incorporan en su práctica estos tres elementos: protocolos de actuación, registros individuales y planes de tratamiento por paciente.

En lo que refiere a la incorporación de la familia en el proceso terapéutico se encontró que en el 86% de los centros o instituciones se despliegan diferentes estrategias con esta finalidad. Entre ellas entrevistas individuales o trabajo grupal en talleres. Lo que no difiere significativamente a lo encontrado en 2015.

Tabla 11. Instituciones/Centros según existencia de protocolo, registro y plan de tratamiento individual (%).Uruguay 2022

	Existencia protocolos	Registro ficha individual en la historia clínica	Plan tratamiento individual	Consentimiento informado
no	24,4	12,2	18,9	27,8
si	65,6	83,3	72,2	65,6
sin dato	10,0	4,4	8,9	6,7
Total	100	100	100	100

Observaciones: En este total se consideró a cada una de las instituciones pero a la vez en el caso de Renadro y ASSE fueron considerados los dispositivos individualmente dada la diversidad de situaciones respecto a los aspectos informados.

Tabla 12. Instituciones/Centros según incorporación de la familia en el proceso terapéutico. Uruguay 2022

	Porcentaje
no	10,0
si	85,6
sin dato	4,4
Total	100,0

Observaciones: En este total se consideró a cada una de las instituciones pero a la vez en el caso de Renadro y ASSE fueron considerados los dispositivos individualmente dada la diversidad de situaciones respecto a los aspectos informados.

## 7.2.2. Población objetivo

En cuanto a la población objetivo de los centros o instituciones se encuentra que la mayoría atiende tanto a varones como a mujeres, así como también mujeres trans y varones trans. No obstante, que potencialmente la mayoría de los centros declare que puede atender a varones o mujeres no quiere decir que los tratamientos sean diferenciados para estos y que por tanto hayan considerado la perspectiva de género en su diseño, contemplando las necesidades diferenciales. Es importante considerar en este punto que la proporción de varones consumidores de las sustancias que definen la demanda de tratamiento es mayor que la de mujeres, a su vez que dentro de los consumidores varones es mayor la proporción de aquellos que presentan uso problemático en comparación con las mujeres consumidoras. Por lo tanto es esperable que al

analizar el perfil, específicamente la distribución por sexo de las personas que demandan tratamiento se encuentre mayoría de varones, como se mostrará más adelante en este documento. Ahora bien, dicho esto, es necesario incorporar en el análisis otro dato que la evidencia arroja<sup>17</sup> respecto a que las mujeres con uso problemático de drogas muestran mayor propensión a solicitar el tratamiento que los varones incluso en un escenario como el actual donde existen dispositivos que no contemplan cupos/plazas específicos para mujeres o que si lo hacen, no necesariamente incluyen, en la mayoría de los casos, una perspectiva de género en un sentido integral.

El centro residencial Chanaes especializado en patología dual, tiene como población objetivo solo a varones. Asimismo hay dos comunidades religiosas que están orientadas únicamente a varones (Casas Crecer y Proyecto Gosén). Por último, señalar que, dentro de ASSE, el Equipo de Salud Mental del Hospital de la Mujer atiende únicamente a mujeres.

Tabla 13. Instituciones/Centros según sexo de población objetivo (números absolutos). Uruguay 2022

Tipo de Centro	Centros	Centros que atienden varones	Centros que atienden mujeres	Centros que atienden otros
Centro Especializado	16	16	16	8
RENADRO - Residenciales	3*	3	2	2
RENADRO - Ciudadelas	32*	32	32	32
RENADRO - TBC	9*	9	8	9
ASSE	1	1	1	1
Otros públicos (no integrales)	7	7	7	6
Comunidad religiosa	6	6	4	4
AA y NA	2	2	2	2

En el caso de la Renadro se indican en lugar de los centros, los puntos de acceso residenciales, ciudadelas o dispositivos con tratamientos de base comunitaria (TBC)

<sup>17</sup> VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General (OUD, 2018), Suarez, et al (2012), Fisuras. Dos estudios de pasta base de cocaína en el Uruguay y JND-UdelaR (2018), Personas, calle, consumos: dos estudios sobre uso de pasta base en Uruguay. (OUD, 2018).

En lo que respecta a la edad de la población que mayormente atienden los centros se encuentra que en la mayoría de los centros, independientemente del tipo, la población más atendida está entre 22 y 34 años de edad seguida de la de 35 y más años. No obstante, puede señalarse que en el caso de los Ciudadelas y Residenciales de la Renadro es relevante la proporción la población entre 15 y 21 años que demanda atención.

Tabla 14. Instituciones/Centros según edad de la población que atiende mayormente (%). Uruguay 2022

Tipo de Centro	Menores de 15 años	Entre 15 y 21 años	Entre 22 y 34 años	35 y más años
Centro Especializado		25	87,5	31,3
RENADRO - Residenciales		66,6	66,6	33,3
RENADRO - Ciudadelas		95,0	95,0	95,0
RENADRO - TBC	12,5	12,5	62,5	50
ASSE			100	100
Otros públicos (no integrales)		14,3	85,7	42,8
Comunidad religiosa			75	25
AA y NA			1	1

\*En el caso de la Renadro se consideran los puntos de acceso residenciales, ciudadelas o dispositivos con tratamientos de base comunitaria (TBC)

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

Enfocados a observar la población objetivo de los centros de acuerdo al diagnóstico de los usuarios se encuentra que la totalidad de los centros (con excepción de las comunidades religiosas), declaran atender a personas que presentan dependencia. Respecto a la atención del abuso de sustancias se encuentra que la atención varía dependiendo del tipo de centro, en todos los Ciudadelas y dispositivos de ASSE (Equipos de Salud Mental, Hospital Maciel, Vilardebó y Portal Amarillo) se aborda esta problemática. De la misma forma puede visualizarse en la siguiente tabla que la atención de la dependencia asociada a alguna patología psiquiátrica es diferente según el tipo de centro; es atendida en el 100% de los Dispositivos Ciudadelas y Dispositivos de ASSE, en el 89,9% de los dispositivos de base comunitaria, en el 85,7% de los dispositivos públicos no integrales y en el 66,6% de los Residenciales de la Renadro (Jaguel y Chanaes).

Tabla 15. Instituciones/Centros según diagnóstico de población objetivo (%). Uruguay 2022

Tipo de Centro	Abuso de sustancias	Dependencia	Dependencia y otra patología psiquiátrica asociada
Centro Especializado	87,5	100	75
RENADRO - Residenciales	33,3	100	66,6
RENADRO - Ciudadelas	100	100	100
RENADRO - TBC	89,9	100	89,9
ASSE	100	100	100
Otros públicos (no integrales)	100	100	85,7
Comunidad religiosa	66,7	66,7	66,7
AA y NA	100	100	100

\*En el caso de la Renadro se consideran los puntos de acceso residenciales, ciudadelas o dispositivos con tratamientos de base comunitaria (TBC)

Respecto a la atención de poblaciones específicas en la mayoría de los puntos de acceso declaran no tener restricciones en la atención a mujeres embarazadas o con hijos (96,8%), personas cumpliendo condena en medio libre (99,2%) y a personas en situación de calle (99,2%). Cabe aclarar que no se presentan restricciones en tanto se cumpla en primer lugar el derecho a la atención de acuerdo al requisito de cobertura de salud ya desarrollado más arriba.

Consultados sobre la existencia de algún otro requisito para el acceso a la atención se encontró que el 42,5% de los centros mencionó que en el caso de los menores deben tener algún adulto referente<sup>18</sup>; en un 40% que los usuarios deben estar desintoxicados cuando solicitan atención y un 7,5% que debe existir ausencia de enfermedades infecciosas para acceder a tratamiento. Entre otros motivos que se mencionan aparecen no presentarse bajo los efectos del consumo, ni con descompensación psiquiátrica.

<sup>18</sup> En la reglamentación de la Ley 18.335 sobre los derechos de los usuarios del Sistema de Salud se establece que *“... En ningún caso los servicios de salud podrán negar la inmediata atención a niños, niñas o adolescentes que la soliciten alegando la ausencia de los padres, tutores u otros responsables, a los que se procurará contactar a los efectos de poner la situación en su conocimiento, a menos que se trate de casos en que la consulta del adolescente sea confidencial...”* Asimismo, previamente, esta norma determinaba que *“...Los adolescentes a quienes, de acuerdo al principio de autonomía progresiva, los profesionales de la salud consideren lo suficientemente maduros para recibir atención fuera de la presencia de los padres, tutores u otros responsables, tienen derecho a la intimidad y puede solicitar servicios confidenciales e incluso tratamiento confidencial...”*

Tabla 16. Instituciones/Centros según otros requisitos para el acceso a la atención. Uruguay 2022

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
ausencia de enfermedades infecciosas	3	5,40%	7,50%
estar desintoxicado al momento de la solicitud	16	28,60%	40,00%
ausencia de patología dual	6	10,70%	15,00%
ausencia de embarazo	3	5,40%	7,50%
tener un adulto referente	17	30,40%	42,50%
otro	11	19,60%	27,50%
Total	56	100,00%	140,00%

La pregunta realizada admitía una respuesta múltiple, por este motivo el porcentaje de casos supera el 100% El total de centros considerados en esta tabla (N) es de 35, ya que se excluye a las IAMC

### 7.2.3. Cartera de servicios y prestaciones

En la tabla siguiente se encuentra la distribución de los puntos de acceso de acuerdo a las prestaciones ofrecidas a las personas con uso problemático de drogas. En la mayoría de los puntos de acceso se realizan reuniones de autoayuda (64,8%) y se despliegan vínculos de apadrinamiento, esto responde a los puntos de acceso de Narcóticos y Alcohólicos Anónimos en el territorio.

En el 31,3% de los puntos de acceso se realiza atención psicológica y/o psiquiátrica individual (31,3%); en casi el 20% de los puntos de acceso se realiza Diagnóstico y evaluación psicológica/médico/toxicológica y también Orientación y Derivación; en un 17,4% seguimiento y acompañamiento; en un 13,2% conserjería familiar, en tanto un 10% de los puntos de acceso mencionan incluir acciones de integración social.

Tabla 17. Instituciones/Centros según prestaciones. Uruguay 2022

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Desintoxicación	6	0,50%	1,60%
Atención psicológica/psiquiátrica individual	121	10,90%	31,30%
Intervenciones familiares grupales	20	1,80%	5,20%
Conserjería familiar	51	4,60%	13,20%
Terapia grupal	65	5,90%	16,80%
Diagnóstico/Evaluación psicológica/medico/toxicológica	77	7,00%	19,90%
Orientación y derivación	76	6,90%	19,70%
Seguimiento y acompañamiento	67	6,10%	17,40%
Actividades educativas/Talleres socioeducativos	33	3,00%	8,50%
Laborterapia	18	1,60%	4,70%
Reuniones de autoayuda mutua	250	22,60%	64,80%
Atención médica	1	0,10%	0,30%
Prestaciones socio-sanitarias	7	0,60%	1,80%
Vínculos de apadrinamiento	247	22,30%	64,00%
Acciones de Integración social	41	3,70%	10,60%
Otro	4	0,40%	1,00%
Residencia	22	2,00%	5,70%

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

Estos servicios se complementan con actividades y talleres socioeducativos en el 8,5% de los puntos de acceso.

#### 7.2.4. Sobre los egresos, usuarios atendidos y listas de espera

Respecto a la consulta sobre los egresos es necesario considerar que en casi la totalidad de los dispositivos de base comunitaria no es aplicable el concepto de egreso o finalización del tratamiento dada la modalidad de trabajo que despliegan. Esto mismo ocurre con los grupos de autoayuda de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos, así como en algunos casos con las comunidades religiosas; por definición en AA Y NA no hay ningún tipo de registro de los asistentes a los grupos, a la vez que la asistencia a estos se extiende por años en muchos casos dado el propio fundamento de funcionamiento de éstos grupos de autoayuda; y en el caso de algunas comunidades religiosas porque éstas se convierten en hogares donde se desarrolla la

---

Situación y características de la oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay

vida cotidiana de las personas en la organización sin un horizonte de finalización de la estancia en éstos.

En aquellos casos que si se maneja el concepto de egreso, se encuentra que del total de registros hay un 13,6% que fueron dados de alta terapéutica, un 63,9% de casos en que el paciente abandona el proceso terapéutico sin consentimiento médico, un 15,1% que responde a derivaciones de pacientes a otras instituciones para continuación del tratamiento, por último un 2,1% son expulsiones y un 1,3% por fallecimiento del paciente. En la tabla 19 puede visualizarse la distribución por tipo de centro; el alta terapéutica alcanza al 52% de las personas en tratamiento en el caso de los Centros Especializados, en tanto los registros más bajos se hallan en los Equipo de Salud Mental de Asse y Ciudadelas (5,6% y 5,8% respectivamente). En contrapartida, los abandonos del proceso terapéutico se registran en mayor medida en estos Equipos de Salud Mental (72,7%), Ciudadelas (70,7%) y Residenciales de la Renadro (70,5%).

Tabla 18. Egresos en los últimos 12 meses por motivo según tipo de centro. Uruguay. 2022

	Motivo del egreso (%)						
	Alta	Abandono	Expulsión	Derivación	Fallecimiento	Otros	sin dato
Centro Especializado	52,3	31,4	7,2	6,4	2,9	0,0	0,0
RENADRO - Residenciales	16,8	70,5	11,6	1,1	0,0	0,0	0,0
RENADRO - Ciudadelas	5,8	70,7	0,0	17,8	0,2	3,5	1,9
ASSE	5,6	72,7	7,9	6,7	7,1	0,0	0,0
ASSE-Mides*	0,0	100,0*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros públicos (no integrales)	34,8	32,6	5,2	20,0	7,4	0,0	0,0
Comunidad religiosa	35,5	32,3	12,9	19,4	0,0	0,0	0,0
Total	13,6	63,9	2,1	15,1	1,3	2,5	1,4

\*responde a sólo un caso reportado de egreso

En lo que refiere a la **cantidad de usuarios atendidos** en estos puntos de acceso se encuentra registros en 336 de los 390 puntos de acceso. En estos, en el mes anterior al relevamiento se atendieron 5.994 usuarios. En la tabla 19 se visualiza que la mayoría de usuarios han recurrido a Alcohólicos Anónimos y a Comunidades Religiosas, el reporte entre ambas es de 2.504 personas; en un segundo lugar aparece la atención en los Centros Ciudadelas donde se registran 671 personas en proceso terapéutico, Centros Especializados donde se atendieron 624 usuarios,

Centros públicos no integrales con un registro de 611 personas en tratamiento en el mes del relevamiento y los Tratamientos de Base Comunitaria de la Renadro que mantuvieron un abordaje con 562 usuarios.

En todos los puntos de acceso se registra una proporción mayor de varones que demandan tratamiento, el rango varía entre 74% y 84%.

Tabla 19. Tipo de Usuarios atendidos en puntos de acceso en el último mes (excluyendo a las IAMC). Uruguay 2022

Tipo de Centro	Puntos de acceso	Puntos de acceso que brindan el registro	Usuarios atendidos en el último mes	Estimación % de varones
Centro Especializado	20	16	624	82
RENADRO - Residenciales	3	3	63	84
RENADRO - Ciudadelas	32	27	671	82
RENADRO - TBC*	9	9	562	82
ASSE	47	9	396	75
ASSE-Mides	3	3	38	82
Otros públicos (no integrales)	17	10	611	74
Comunidad religiosa	17	17	1004	76
Alcohólicos Anónimos	187	187	1500	75
Narcóticos Anónimos	55	55	525	s/d
TOTAL (excluyendo imac)	390	336	5994	

\* Incluye Dispositivos Aleros, La otra Esquina, El Achique, Espacio Tratamiento Integración Comunitaria, UMA (diurna y nocturna)

A propósito, a los centros que brindan tratamientos ambulatorios se les consultó sobre la existencia de algún tipo de estrategia para aquellas personas que tienen niños a cargo puedan asistir a realizar su tratamiento. En tal sentido puede observarse en la tabla siguiente la cantidad de puntos de acceso que manifiestan tener alguna estrategia de cuidado y recreación para los niños. De acuerdo al tipo de centro, se encuentra que los Ciudadelas son los que mayormente refieren contar con este tipo de prácticas que consideran las necesidades particulares de las personas con responsabilidades de cuidado.

Tabla 20. Puntos de acceso según existencia de estrategia para usuarios con niños a cargo y tipo de estrategia desplegada. Uruguay 2022

Tipo de Centro	Puntos de acceso ambulatorios	Cantidad que cuentan con estrategias	Tipo de estrategias para usuarios con niños a cargo
Centro Especializado	18	2	- Rincón lúdico, espacio físico adecuado - Asistencia con los hijos a las actividades
RENADRO - Residenciales	3	s/d	
RENADRO - Ciudadelas	32	22	Caja de juegos y libros infantiles Acompañamiento a los niños por parte del personal del equipo Coordinación con Centros INAU y/o CAIF Agendar entrevistas en horarios escolares de los niños
RENADRO - TBC	9	3	Participación con niños Apoyo de pares
ASSE	47	0	
ASSE-Mides	3	0	
Otros públicos (no integrales)	17	5	Espacio infantil Agendar entrevistas en horarios escolares de los niños Coordinación con CAIF Acompañamiento a los niños por parte del personal del equipo
Comunidad religiosa	9	0	
AA y NA	242	55	Posibilidad de asistencia a las reuniones con niños

### 7.2.5. Capacidad de los centros residenciales

Hay 22 centros (36 puertas de acceso) con tratamiento y/o atención residencial a las personas con uso problemático de drogas; entre estos se cuentan: 10 centros especializados, 3 centros residenciales de Renadro, 4 centros de ASSE (centro residencial, casa de medio camino, Hospital Vilardebó y Hospital Maciel) y 5 comunidades religiosas.

Se cuenta con información sobre la capacidad de atención de 20 de los centros con este tipo de tratamiento, lo que corresponde a 34 puertas de acceso en el país. En la tabla siguiente puede visualizarse por tipo de Centro la capacidad residencial; asimismo se discrimina entre la capacidad exclusiva para usuarios y la que no cumple con ésta condición. En concreto, sin considerar a las IAMC, en el país hay 525 camas exclusivas para tratamientos residenciales de

personas con uso problemático de drogas y 2357 que potencialmente podrían utilizarse para alojar a éstos usuarios, pero que no son exclusivas. Estas últimas corresponden a las comunidades religiosas que más allá del consumo problemático de sustancias, también albergan a personas con otras problemáticas sociales, así como al Hospital Vilardebó en donde no se puede discriminar las camas destinadas a atender a pacientes con determinada patología.

Tabla 21. Cantidad de camas de los puntos de acceso con atención residencial por tipo de centro. Uruguay 2022

	Puertas de acceso con atención residencial	Puertas de acceso con información	Camas disponibles exclusivas usuarios	Camas potenciales usuarios, no exclusivas
Centro Especializado	13	12	344	
RENADRO	3	3	55	
Comunidad religiosa	16	15	57	2020
ASSE	4	4	69	337
TOTAL	36	34	525	2357

Para poder estimar globalmente las camas que potencialmente están disponibles para tratamientos residenciales de personas con uso problemático de drogas debieran incluirse con estas las que disponen las IAMC tanto para tratamientos de desintoxicación -tercerizados en uno de cada cuatro casos como ya se expondrá en el siguiente apartado- como las referidas a la internación psiquiátrica donde en casi la mitad de las IAMC se da la tercerización del servicio en clínicas psiquiátricas privadas (de las que no se cuenta con la capacidad residencial) o en los centros especializados residenciales.

### **7.3. Prestaciones en las IAMC<sup>19</sup>**

En el caso particular de las IAMC donde están preestablecidas las prestaciones que obligatoriamente deben brindar en el marco del SNIS, se encuentra que, en lo que refiere a la primera prestación (apoyo presencial o telefónico las 24 horas), 8 de cada 10 de las instituciones informan de su cumplimiento. En la mayoría de los casos este apoyo es presencial y en una de cada tres también cuenta con atención telefónica.

En el caso de las policlínicas de atención ambulatoria multidisciplinaria para personas con uso u problemático de drogas, segunda prestación obligatoria, se encuentra que el 88% de las IMAC informa que esta prestación es brindada a los usuarios; la mayoría de estas cuenta con atención individual y/o grupal aunque una de cada tres solo ofrece atención individual. En el 60% de las IMAC declaran que esta prestación no tiene establecido un límite de sesiones a las que puedan acceder los pacientes. A su vez, es interesante señalar que la mayoría de la IAMC declara no contar con estrategias para atender las situaciones de las personas que tienen niños a cargo para que este no sea un obstáculo a su asistencia al tratamiento.

Respecto a la internación por intoxicación severa, tercera prestación obligatoria, se encontró que el 60% mantiene este servicio en la propia institución y que una de cada cuatro deriva a terceras instituciones para dar cumplimiento a la misma. Como se observa en la tabla 26, algo más de la mitad de las IAMC (54%) informa que las acciones terapéuticas posteriores al logro de la desintoxicación están protocolizadas. La mayoría de estas mantienen atención psicológica ambulatoria (94,7%) y seguimiento telefónico domiciliario (89,5%); casi siete de cada diez de estas IAMC realizan atención farmacológica ambulatoria luego de la desintoxicación y un 31% de ellas implementan test de consumo, por último hay 2 IAMC que mencionan las clínicas de rehabilitación (10,5%).

---

<sup>19</sup> En lo que refiere a la forma en que ASSE, en tanto prestador público de salud, hace efectivas las prestaciones mínimas obligatorias en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, se remite al lector al apartado 5.4.1. donde éstas se detallan.

En lo que refiere a la cuarta prestación, esto es la atención para familiares o referentes de personas con uso problemático de pasta base y/o cocaína, hay un 66% que efectiviza la prestación de forma directa en tanto el 17% lo hace a través de otras instituciones. En la mayoría de los casos de las IAMC que prestan el servicio directamente, informan que la modalidad que asume la incorporación de la familia o referentes afectivos al proceso terapéutico es a través del trabajo en grupos de familias.

En el caso de la quinta prestación obligatoria en el marco del SNIS, referida a la atención a usuarios con uso problemáticos de cocaína y/o pasta base, se encuentra que aumenta la cantidad IMAC que lo brinda directamente en su propio servicio (80%) sin recurrir a derivaciones.

Por último, respecto a la prestación 6, referida a la internación psiquiátrica, se presenta el mayor porcentaje de tercerización, en tanto el 43% informa que deriva a los usuarios por esta prestación; a su vez, 5,7% de las IAMC junto con la derivación incluye la prestación directa y un 40% de éstas solo la efectivizan directamente. En el conjunto de las 17 IAMC que contratan el servicio de internación psiquiátrica en otras instituciones especializadas, se declara –en su mayoría- que no hay una cantidad predeterminada de ‘camas’, sino que de acuerdo a la demanda se contrata el servicio.

Tabla 22. Prestación 1 - IAMC Apoyo presencial o telefónico permanente 24 horas. Uruguay 2022

			Modalidad		
			Presencial	13	44,8
<b>Apoyo 24 horas</b>			Telefónico	4	13,8
	N	%	Ambos	10	34,5
si	29	82,9	No informa	2	6,9
no	2	5,7	Total	29	100%
No informa	4	11,4			
	35	100			

Tabla 23. IAMC según modalidad de efectivizar prestaciones obligatorias para usuarios problemáticos de drogas. Uruguay 2022

	Prestación 2: atención ambulatoria multidisciplinaria	Prestación 3: internación por intoxicación severa	Prestación 4: atención familiares o referentes afectivos	Prestación 5: atención a usuarios con uso problemáticos de cocaína o pbc	Prestación 6: internación psiquiátrica
Solo efectivizada en IAMC	82,9	60,0	65,7	80,0	40,0
Efectivizada por tercerización	5,7	25,7	17,1	8,6	42,9
Por ambas modalidades	0	0	0	0	5,7
No lo brindan	0	2,9	5,7	0	0
No informan	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 24. IAMC Modalidad que asume la prestación obligatoria: Prestación 2 atención ambulatoria. Uruguay 2022

<b>Modalidad</b>		
Atención solo individual	11	31,4
Atención solo grupal	0	0
Ambas modalidades	20	57,1
No informa	4	11,4
Total	35	100%

Tabla 25. IAMC Protocolización de acciones terapéuticas luego de la desintoxicación. IAMC Uruguay 2022

			<b>Acciones</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
			Atención psicológica ambulatoria	18	94,7
			Atención farmacológica ambulatoria	13	68,5
			Realización de test de consumo	6	31,6
			Seguimiento telefónico domiciliario	17	89,5
			Centro de rehabilitación	2	10,5
<b>Protocolización acciones terapéuticas después de la desintoxicación</b>					
	<b>N</b>	<b>%</b>			
si	19	54,3			
no	12	34,3			
No informa	4	11,4			
	35	100			

Como ya se especificó, las primeras tres prestaciones obligatorias (apoyo presencial o telefónico, policlínicas de atención ambulatoria e internación por intoxicación) deben brindarse en el caso de demanda de atención o tratamiento por el consumo problemático de cualquier sustancia. En tal sentido, surge del relevamiento que la mayoría de las IAMC que accedieron a ser entrevistadas en el estudio (un total de 31), declara que estas prestaciones son brindadas en todos los casos de consumo, independiente de cual sea la sustancia que demanda la consulta. Solo hay un caso que explícitamente menciona que en el caso del consumo problemático de alcohol sólo se brinda la internación para desintoxicación, en tanto que la primera y segunda prestación es canalizada a través de la ONG Alcohólicos Anónimos; de la misma forma otras tres IAMC informan que coordinan sus acciones con AA, derivando en algunos casos.

### **7.3.1. Egresos y usuarios atendidos en las IAMC**

Hay 25 IAMC que reportan datos sobre los egresos en los últimos 12 meses, pudiendo a su vez, discriminar el motivo que originó dichos egresos. Se encuentra que del total de registros hay un 12,6% que fueron dados de alta terapéutica, un 61,6% de casos en que el paciente abandona el proceso terapéutico sin consentimiento médico, un 17,1% que responde a derivaciones de pacientes a otras instituciones para continuación del tratamiento, por último un 3,8% son expulsiones y un 4,8% fallecimiento del paciente (tabla 26).

Tabla 26. Egresos en los últimos 12 meses IAMC Uruguay 2022

Total de IMAC	Centros que discriminan egresos por motivos
N= 35	N= 25
	Alta terapéutica: 12,6%
	Abandono: 61,6%
	Expulsión: 3,8%
	Derivación: 17,1%
	Muerte: 4,8%

Respecto a los usuarios atendidos en el último mes en tratamientos ambulatorios en las IAMC se estima que en total son atendidas por mes 1500 personas, presentándose un rango de variación importante entre las diferentes IAMC (medido en términos de proporción de afiliados atendidos). A su vez, se estima que el 80% de las personas que mantuvieron un proceso terapéutico ambulatorio son varones.

La mitad de las IAMC que mantienen registros de usuarios atendidos en tratamientos ambulatorios informan que la sustancia principal por la que las personas demandaron tratamiento es cocaína, la tercera parte manifiesta que la principal sustancia por la que atendieron por uso problemático de drogas es alcohol, en tanto en el 12% la sustancia principal es marihuana y, en el restante 8% de las IAMC se indica que es pasta base. Se destaca que esta distribución es manifiestamente diferente a la encontrada en los dispositivos de RENDADRO en los que la sustancia principal que origina los tratamientos es pasta base.

Por otro lado, se estima que en el último mes se atendió a 130 personas por desintoxicación severa en las IMAC y que 90 pacientes con uso problemático de drogas mantuvieron una internación psiquiátrica en el último mes.

#### **7.4. Recursos Humanos involucrados en la atención del uso problemático de drogas en Uruguay**

Del total de instituciones o centros (70) la mayoría (65) tienen profesionalizada la atención y tratamiento a los usuarios, esto se traduce en que 169 de los 425 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. Por lo tanto, el 37,4% del total de 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 en personas con un servicio religioso, voluntarios o referentes barriales, incluso presentándose casos de voluntarios que son asistentes sociales que conviven en los hogares, la asistencia se entiende no profesionalizada.

Tabla 27. Puntos de Acceso según profesionalización de la atención. Uruguay 2022

Tipo de Centro	Cantidad de centros/instituciones	Puntos de acceso	Puntos de acceso con profesionalización de la atención
Centro Especializado	17	20	20
RENADRO - Residenciales	1	3	3
RENADRO - Ciudadelas		32	32
RENADRO - TBC		9	9
ASSE	1	47	47
ASSE-MIDES	1	3	3
Otros públicos (no integrales)	7	17	17
Comunidad religiosa	6	17	3
AA y NA	2	242	0
IAMC	35	35	35

A partir de aquí se concentra la mirada en los centros que tienen profesionalizada la atención a las personas con uso problemático de drogas. Del total de 169 puntos de acceso profesionalizados se cuenta con información de 112 (el 63,3% de los mismos). En la tabla 28

pueden observarse estos puntos de acceso de acuerdo al tipo de centro y por la especialización de los técnicos y profesionales con los que cuenta.

Tabla 28. Técnicos y profesionales según especialización por punto de acceso según tipo de centro. Uruguay 2022

N Centros profesionalizados: 65	Puntos de acceso profesionalizados: 169	Puntos de acceso:			
		sin dato	No	SI	SI (%) (sobre casos con datos)
Psiquiatra	Centro Especializado	3	5	12	70,6
	RENADRO - Residenciales	0	0	3	100
	RENADRO - Ciudadelas	0	29	3	9,4
	RENADRO - TBC	0	9	0	0
	ASSE	37	1	12	92,3
	Otros públicos (no integrales)	7	7	3	30
	Comunidad religiosa*	0	2	1	33,3
	IAMC	10	2	23	92
Psicólogo	Centro Especializado	3	0	17	100
	RENADRO - Residenciales	0	0	3	100
	RENADRO - Ciudadelas	0	2	30	93,7
	RENADRO - TBC	0	1	8	88,9
	ASSE	37	1	12	92,3
	Otros públicos (no integrales)	7	2	8	80
	Comunidad religiosa*	0	0	3	100
	IAMC	10	2	23	92
Médico General	Centro Especializado	3	9	8	47
	RENADRO - Residenciales	0	2	1	33,3
	RENADRO - Ciudadelas	0	25	7	21,9
	RENADRO - TBC	0	7	2	

Situación y características de la oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay

	ASSE	37	12	1	7,7
	Otros públicos (no integrales)	7	5	5	50
	Comunidad religiosa*	0	3	0	0
	IAMC	10	17	8	32
Toxicólogo	Centro Especializado	3	16	1	5,9
	RENADRO - Residenciales	0	3	0	0
	RENADRO - Ciudadelas	0	32	0	0
	RENADRO - TBC	0	9	0	0
	ASSE	37	11	2	15,4
	Otros públicos (no integrales)	7	8	2	20
	Comunidad religiosa*	0	3	0	0
	IAMC	10	24	1	4
Asistente Social	Centro Especializado	3	12	5	29,4
	RENADRO - Residenciales	0	0	3	100
	RENADRO - Ciudadelas	0	7	25	78,1
	RENADRO - TBC	0	2	7	77,8
	ASSE	37	2	11	84,6
	Otros públicos (no integrales)	7	2	8	80
	Comunidad religiosa*	0	2	1	33,3
	IAMC	10	4	21	84
Enfermera/Auxiliar	Centro Especializado	3	9	8	47
	RENADRO - Residenciales	0	0	3	100
	RENADRO - Ciudadelas	0	26	6	18,7
	RENADRO - TBC	0	9	0	0
	ASSE	37	5	8	61,5
	Otros públicos (no integrales)	7	6	4	40
	Comunidad religiosa*	0	2	1	33,3

	IAMC	10	21	4	16
Orientador Terapéutico	Centro Especializado	3	9	8	47
	RENADRO - Residenciales	0	2	1	33,3
	RENADRO - Ciudadelas	0	25	7	21,9
	RENADRO - TBC	0	8	1	11,1
	ASSE	37	10	3	23,1
	Otros públicos (no integrales)	7	8	2	20
	Comunidad religiosa*	0	2	1	33,3
	IAMC	10	23	2	8
	Educador social	Centro Especializado	3	13	4
RENADRO - Residenciales		0	0	3	100
RENADRO - Ciudadelas		0	25	7	21,9
RENADRO - TBC		0	7	2	22,2
ASSE		37	12	1	7,7
Otros públicos (no integrales)		7	7	3	30
Comunidad religiosa*		0	2	1	33,3
IAMC		10	25	0	0
Profesor/Tallerista	Centro Especializado	3	8	9	52,9
	RENADRO - Residenciales	0	1	2	66,6
	RENADRO - Ciudadelas	0	32	0	0
	RENADRO - TBC	0	6	3	33,3
	ASSE	37	12	1	7,7
	Otros públicos (no integrales)	0	7	2	22,2
	Comunidad religiosa*	0	2	1	33,3
	IAMC	10	25	0	0
Nutricionista	Centro Especializado	3	13	4	23,5
	RENADRO - Residenciales	0	2	1	33,3

RENADRO - Ciudadelas	0	32	0	0
RENADRO - TBC	0	9	0	0
ASSE	37	13	0	0
Otros públicos (no integrales)	7	10	0	0
Comunidad religiosa*	0	3	0	0
IAMC	10	24	1	4

\*Solo se incluyen las 3 comunidades religiosas profesionalizadas: Proyecto Renacer, Facenda de la Esperanza, Proyecto Gosén.

Puede observarse en la tabla 29 que hay en el país 912 puestos de profesionales y técnicos<sup>20</sup> en los puntos de acceso profesionalizados, correspondientes a 65 centros o instituciones (112 puntos de acceso) que brindan atención y tratamiento a consumidores con uso problemático de drogas, lectura que necesita considerar la falta de información del 36,7% de los puntos de acceso profesionalizados del país.

De este total de puestos relevados (912), es de destacar la participación de psicólogos, los que alcanzan a ser casi el 30% de los puestos. A su vez, se presenta un peso muy significativo de los puestos de operadores terapéuticos que son el 25% de los puestos y muestran un aumento importante respecto al relevamiento realizado en 2015 cuando se ubicaban en el 8%.

<sup>20</sup> Estos puestos muchas veces con cubiertos con los mismos profesionales que cumplen funciones en más de una institución. En cuanto a la cantidad de horas semanales asignadas es variable.

Tabla 29. Cantidad de profesionales y técnicos en los Instituciones/Centros, según especialización. Uruguay 2022

Total de Puntos de Acceso	Total de Puntos de acceso profesionalizados	Puntos de acceso que brindan información sobre la cantidad de profesionales y técnicos	
N= 425	N= 169	N= 112	
	39,7%	66,3 % sobre total de puntos profesionalizados 26,3% sobre el total de puntos de acceso	
		Psiquiatras	72
		Psicólogos	272
		Médicos Generales	25
		Toxicólogos	9
		Asistentes Sociales	81
		Enfermeras/Auxiliares	81
		Orientadores Terapéuticos	224
		Educadores	65
		Profesores/Talleristas	60
		Nutricionistas	4
		Otros profesionales	11
		Otros técnicos*	8
		TOTAL	912

\*Coordinadores de los Centros

## 8. 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 425 puntos de acceso, 166 de éstos en el departamento de Montevideo y 259 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 residen 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 (242). Los puntos de acceso de los prestadores integrales de salud son 79 (ASSE e IMAC), los dispositivos de la RENADRO son 44, los puntos de acceso de los centros especializados 20 y los de los prestadores públicos no integrales 17. Los puntos de acceso de las comunidades religiosas, donde atienden las solicitudes son 17.

Casi el 93% de las instituciones que dan cuenta de éstos puntos de acceso se encuentran profesionalizadas, esto significa que 169 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 256 puntos de acceso corresponden a respuestas o iniciativas de contención social y afectiva no profesionales (AA, NA, Beraca y Remar).

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 éstos 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 éstas 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 como la que se realiza en la RENADRO, 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 de los diferentes efectores 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 éstos 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 sólo 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 sólo 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.

Finalmente, 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 las personas 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 una respuesta integral a la problemática.

## 10. Referencias bibliográficas

- Ley 18.131 de fecha 18/5/2007 – Creación Fondo Nacional de Salud (FONASA)
- Ley 18.211 de fecha 5/12/2007 – Creación Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)
- Ley 18.161 de fecha 29/7/2007 - Descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)
- 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 18.256 de fecha 6 de marzo de 2008 – Ley Control de Tabaco
- 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
- Cartilla de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud (2010)
- Junta Nacional de Drogas, 2011, “Estrategia Nacional para el Abordaje del problema de Drogas 2011-2015”
- Documento de trabajo del Departamento de Atención y Tratamiento de la Junta Nacional de Drogas
- 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\\_versi\\_onrevisada.pdf](http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Atlas_Sociodemografico/Atlas_fasciculo_1_NBI_versi_onrevisada.pdf)

- 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>
- 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>
- OUD/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>
- 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

## ***11. Anexo 1. Guía de Recursos Servicios y Dispositivos de Atención para personas con uso problemático de drogas***

En el siguiente enlace se puede consultar y descargar la guía completa de recursos disponibles en el territorio:

<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/guia-servicios-atencion-tratamiento-para-personas-uso-problematico#>

## 12. Anexo 2. Listado Unidades de Tabaquismo – Fondo Nacional de Recursos



### Unidades de Tabaquismo con convenio con el FNR en Montevideo

Actualizado en noviembre 2021

#### Programas abiertos a TODA la POBLACIÓN:

Fondo Nacional de Recursos: ☎ 2901 4091 int 133

Hospital de Clínicas: ☎ 2487 1410 – 2487 1515 int. 2357

SMI – IMPASA: Sanatorio ☎ 2487 1016 int 5480

Centro ☎ 2902 2592 int 134

Policlínicas Los Angeles de la Intendencia de Montevideo\_ ☎ 22260359 – 19508431

#### Programas para personas que se asisten en ASSE:

Hospital Maciel: ☎ 2915 3000 int. 1227

Hospital Pasteur: ☎ 2508 8131 int. 132 o 196

Hospital Saint Bois: ☎ 2322 8080 int. 263

Hospital Vilardebó: ☎ 22091073 int. 101/104

Centro de Salud CERRO: ☎ 2311 79 96

Centro de Salud MAROÑAS: ☎ 2513 73 69

#### Programas para personas que se asisten en:

Casa de Galicia: ☎ 2403 2669

CUDAM: ☎ 2321 4000

Sanidad Policial: ☎ 2924 8037

Hospital Central de las FFAA: ☎ 2487 6666

#### Programas para personas que trabajan en:

ANTEL – Administración Nacional de Telecomunicaciones

BPS – Banco de Previsión Social

## Unidades de Tabaquismo con convenio con el FNR en cada Departamento

Actualizado en noviembre 2021

### ARTIGAS

GREMEDA – Artigas 📞 4772 4001 (toda la población)

### CANELONES

CS Ciudad de la Costa - Solymar 📞 2696 3041  
 CA Las Piedras 📞 2364 0293  
 CA Santa Lucía 📞 4334 7655  
 Policlínica Los Cerrillos 📞 4336 2865 (toda la población)

COMECA – Canelones 📞 4332 2250  
 SMI – C de la Costa 📞 2696 0093 (toda la población)  
 CRAMI – Las Piedras 📞 0800 2365

### CERRO LARGO

### COLONIA

CAMEC - Colonia del S 📞 4522 2166 | 4522 5050  
 CAMEC - J. Lacaze 📞 4586 2224  
 CAMEC - Nva. Helvecia 📞 4554 4869  
 CAMEC – Rosario 📞 4552 3311  
 CAMEC – Tarariras 📞 4574 2324  
 Hosp. Evangélico – Colonia del S 📞 0800 2393

### DURAZNO

CAMEDUR – Sarandí del Yí 📞 4367 9332 (toda la población)

### FLORES

### FLORIDA

COMEF – Florida 📞 4352 5141  
 COMEF – Casupá 📞  
 COMEF – Fray Marcos 📞 4311 6033

#### LAVALLEJA

CAMDEL – Minas 📞 4442 5195

#### MALDONADO

CRAME – Maldonado 📞 4222 5353

CRAME – San Carlos 📞 4266 9105

#### PAYSANDÚ

Policlínica Mateo Pérez - Paysandú (SETP) 📞 4724 6061

COMEPA – Paysandú 📞 4723 2100

COMEPA – Quebracho 📞 4754 2376

#### RIO NEGRO

Centro de Salud Fray Bentos 📞 4562 2280 - 4562 0454

CAMY - Young 📞 4567 2380 - 4567 2380

#### RIVERA

Policlínica Dirección Departamental - Rivera 📞 4622 3046

#### ROCHA

Hospital Chuy 📞 44742429

Policlínica RAP Rocha 📞 4472 2727

COMERO – Rocha 📞 4479 6150

#### SALTO

Policlínica UBA 8 – Salto 📞 4732 9346

#### SAN JOSE

Pol. Penino - Ciudad del Plata 📞 2347 4560 (toda la población)

AMSJ - San José      📞 4342 2215

#### SORIANO

CAMS – Mercedes      📞 4532 0751  
CAMS – Dolores      📞 4534 2204  
CAMS – Cardona      📞 4536 9045

#### TACUAREMBO

COMTA – Tacuarembó      📞 4632 4240

#### TREINTA Y TRES

IAC 33      📞 4452 2484