

Título do capítulo	CAPÍTULO 7 – POLÍTICAS DE ATENCIÓN A USUARIOS PROBLEMÁTICOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: EL CASO URUGUAYO
Autores(as)	Clara Musto
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9/cap7

Título do livro	ALTERNATIVAS DE CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS NA AMÉRICA LATINA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DE AÇÃO PÚBLICA
Organizadores(as)	Roberto Pires Maria Paula Santos
Volume	-
Série	-
Cidade	Brasília
Editoras	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)
Ano	2021
Edição	-
ISBN	978-65-5635-018-9
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2021

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

POLÍTICAS DE ATENCIÓN A USUARIOS PROBLEMÁTICOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: EL CASO URUGUAYO

Clara Musto¹

1 INTRODUCCIÓN

Comparado a otros países latinoamericanos, Uruguay suele ser caracterizado como un caso atípico en el control del uso de drogas. Esta excepcionalidad se inspira en el hecho de que el consumo de sustancias psicoactivas nunca estuvo penado en el país, así como a la importancia del estado en la regulación de estos mercados, con el tabaco y el cannabis como ejemplos paradigmáticos.

Otra característica distintiva del caso uruguayo en el continente latinoamericano es la coexistencia, o correlación, entre sus altos índices de desarrollo humano y de consumo de drogas legales e ilegales de su población. Seguido por el resto de los países del Cono Sur – Chile y Argentina – desde que existen registros Uruguay tiene altas cifras de uso de alcohol, psicofármacos, tabaco, cocaína y cannabis. La mayor expansión de los mercados ilegales de drogas, al igual que en el resto del continente se dio en la década de los dos mil, y entre ellos el de mayor desarrollo fue el de cannabis. En 2001 solo un 1,4% de los uruguayos admitía haberla consumido en los últimos 12 meses, pasando a 9,3% en 2014 y a 14,6% en 2019. En Chile los registros muestran que en 1994 un 4% la había consumido en el último año, en 2010 un 4,6%, pero para el 2016 la cifra había saltado a 14,5%. En Argentina alcanzaba a un 3,7% en 2008, 9 años después se duplicó llegando a un 7,8%. La evolución del registro oficial de consumo de cocaína muestra tendencias desiguales entre estos países, pero al 2019 los tres tienen las tasas de prevalencias más altas del continente suramericano; en Uruguay y Argentina 1,6% de la población admite haberla consumido en el último año y en Chile 1,1%. Otros dos fenómenos destacables de esta década fueron la aparición de un mercado de pasta base de cocaína entre las clases bajas, y más recientemente el empuje del mercado de éxtasis entre las clases medias y altas del Cono Sur (OEA, 2019). Chile, Argentina y Uruguay son, además, los únicos tres países de América Latina considerados como de desarrollo humano muy alto por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2019).

1. Docente e investigadora del Núcleo de Análisis de la Criminalidad y la Violencia (NACVI) en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República del Uruguay (UdelaR); y consultora bajo el Programa de Cooperación de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y del Ipea.

Esta significativa expansión y segmentación de los mercados de sustancias ilegales reconfiguró el vínculo entre droga, delito y corrupción, llevando a la seguridad ciudadana a ocupar uno de los principales temas de preocupación para la ciudadanía y para la competencia electoral (Lagos y Dammert, 2012). ¿Cuál ha sido la correspondiente evolución de la oferta de tratamientos para usuarios problemáticos de drogas en Uruguay? Para responder esta pregunta, en este capítulo se presentará el desarrollo reciente de las alternativas de tratamiento, diferenciando dos generaciones o “empujes” según la importancia de la sociedad civil y el estado en la construcción de propuestas. Esto permitirá discutir algunos problemas de gobernanza en el arreglo institucional actual sobre drogas. A continuación, se analizará el caso del Achique de Casavalle. Con ello se buscará identificar fortalezas y debilidades de la política pública de drogas en contextos de alta violencia. El artículo concluye argumentando que no es esperable una significativa disminución de la violencia asociada a los mercados de sustancias psicoactivas en la medida en que no se reduzca la brecha entre la demanda potencial y la real de tratamiento y el acceso a ellos. Para ello, se recomienda como herramienta a ser expandida y fortalecida las opciones descentralizadas de tratamiento ambulatorio.

2 TRAYECTORIA Y ARREGLO INSTITUCIONAL DE LAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN A USUARIOS DE DROGAS

Los orígenes de la institucionalidad actual sobre drogas se remontan a inicios de la década de 1970, cuando el continente suramericano era conocido como “el patio trasero” de Estados Unidos por su alta influencia en las políticas domésticas de las dictaduras cívico militares de entonces (Weintraub, 1992; Marchesi y Yaffé, 2010; Yaffé, 2010). Las políticas de drogas son un ejemplo paradigmático de la transferencia norte sur de políticas públicas que se impulsó en ese contexto (Durán-Martínez, 2015). Así, por ejemplo, en 1973 se firma el Acuerdo Sudamericano de Estupefacientes y Psicotrópicos, auspiciado por la diplomacia del vecino del norte, con el objetivo de establecer la hoja de ruta para la armonización de las legislaciones regionales en base a los acuerdos internacionales de las Naciones Unidas sobre control de drogas de 1961 y 1971 (Garat, 2012). En los hechos, significó la formalización de la Guerra contra las Drogas en el Cono Sur, para lo que Chile actualiza su ley de drogas en 1973 (Ley nº 17934) y Argentina y Uruguay en 1974 (Ley nº 20.771 y Decreto Ley nº 14297 respectivamente): estrictas penas de entre tres y quince años de prisión se hicieron obligatorias para los delitos de drogas, asimilándolos a delitos violentos contra las personas. A diferencia de los vecinos del Cono Sur, la nueva ley de drogas uruguaya de 1974 mantuvo la excepcional descriminalización del uso de estas sustancias (Reta, 1973). La salida de compromiso se basó en el “principio de indeterminación”, según el cual quedaba en manos de la “convicción moral” del juez actuante en cada caso establecer si la

cantidad y circunstancias debían considerarse para consumo o no (Ley nº 14294, art. 31, de 1974). La internación compulsiva a usuarios de drogas estaba, por su parte, prevista en la ley del psicópata de 1936 (art. 15).

En la década de 1980 se instala la piedra angular de la institucionalidad contemporánea sobre drogas con la creación de “Juntas” “Comisiones” o “Secretarías” Nacionales de Drogas – según adopta cada país –, pero en general directamente dependientes de presidencia, presidida por el Prosecretario de la Presidencia de la República e integradas por varios ministerios. En Uruguay, se le dio a la Junta Nacional de Drogas (JND) el “objetivo de encarar eficientemente la lucha contra el abuso de drogas y su tráfico” (Ley nº 17.016/98, Decreto nº 364/999). Se conforma con nueve subsecretarios ministeriales² y un Secretario General. Posteriormente se agregaría el Secretario Nacional para la Lucha Contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo (Senaclaf) en 2015. La JND establece las directivas relacionadas con la orientación de las políticas de drogas en las distintas áreas, como también su supervisión y evaluación.

Esta configuración institucional marcó desafíos importantes para la gobernanza de las políticas de drogas, ya que la JND y su Secretaria es quien teóricamente marca los lineamientos generales, pero son los ministerios, especialmente los del Interior y de Salud quienes implementan y gestionan los recursos. Como se analiza en este capítulo, bajo este esquema institucional el desarrollo de las políticas de drogas en Uruguay ha sido contradictorio y volátil; imponiendo importantes desigualdades al interior de la red pública de atención y un fuerte énfasis en la represión de la oferta por sobre la accesibilidad de las opciones de tratamiento, que al día de hoy continúan siendo escasas y altamente concentradas en el territorio.

2.1 Primera generación: el empuje desde abajo (1990-2005)

Al observar la evolución de las opciones de tratamientos para usuarios problemáticos pueden distinguirse dos generaciones de políticas de drogas, que caracterizaré como empujes “desde abajo” y “desde arriba”. La diferencia fundamental entre ambos es el protagonismo que sociedad civil y estado tuvieron en estos periodos. Ambos movimientos son importantes para comprender la configuración actual de los tratamientos, y los desafíos que se presentan en Uruguay para la profesionalización de estas políticas.

El primero de estos empujes se observa entre 1990 y el 2005, periodo en el cual el fenómeno de las drogas se reconfigura en nuestro país. Los mercados de sustancias psicoactivas inician su paulatina expansión junto a la apertura democrática. Además del alcohol, la mayoría de los usos problemáticos registrados en esta época se vinculaban fundamentalmente a la cocaína y en menor medida al

2. Participan de la JND los ministerios de Relaciones Exteriores, Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública, Defensa Nacional, Interior, Economía y Finanzas, Educación y Cultura, Turismo y Desarrollo Social.

uso de inhalantes que podían conseguirse en el mercado legal. La participación pública en los tratamientos para usuarios problemáticos era prácticamente nula. Las pocas opciones disponibles se reducían a un centro hospitalario de toxicología “Maciel”, y a un hospital psiquiátrico “Viardebó”, de internación compulsiva, ambos radicados en Montevideo. Las posibilidades de tratamiento público especializado en el interior eran aún más escasas. A nivel privado la oferta de servicios era muy limitada (OUD, 2019).

Frente a esta gran ausencia de políticas de estado en torno a las drogas, el rol de la sociedad civil se hizo eminente en los noventa. Así comienzan a establecerse en el país un conjunto de instituciones especializadas en el uso y tratamiento, con débiles vínculos con la esfera estatal, dependientes del financiamiento internacional y la militancia personal. Tres tipos de modelo de abordaje pueden diferenciarse en este “primer empuje”: los abstencionistas de base profesional, los abstencionistas de base religiosa y la reducción de riesgos y daños.

La mayoría de los grupos adoptó un modelo abstencionista de trabajo; en 1990 “Narcóticos Anónimos” abre su primera casa, en 1993 se instala la Fundación Internacional Dianova, abriendo un centro ambulatorio y un residencial. En 1995 abre también una sede en Uruguay la Fundación Manantiales, ONG con inserciones en España, Brasil, Estados Unidos y Argentina, constituyendo la primera Comunidad Terapéutica de Internación registrada como tal funcionando en el país. Para 1996 se instala la Comunidad Terapéutica Centro Izcali. Al día de hoy, estas instituciones continúan siendo las principales referencias en tratamientos a nivel privado.

También durante la década del 90, se instalan dos instituciones vinculadas al modelo de reducción de riesgos y daños. En 1991 abre la ONG Delta con su programa de tratamiento “Grupo de Cavia”. En 1995 la ONG el Abrojo abre un programa específico sobre drogas. Ambos grupos fueron claves en la importación y transferencia de herramientas vinculadas a la reducción de riesgos y daños que entraba en ese momento en auge en América Latina y Europa.

Finalmente, también comienzan a funcionar en Uruguay dos grupos de corte abstencionista y base religiosa, que al día de hoy captan una parte importante de usuarios que buscan ayuda; Remar, en 1993, y Beraca en 2002. Beraca es una institución vinculada a la iglesia evangelista Misión Vida y al Partido Nacional en Uruguay, con representación parlamentaria directa y que también recibe internaciones compulsivas derivadas desde el sistema judicial uruguayo (Pereira, 2019).

Este primer ciclo de consolidación de las alternativas de tratamiento impulsada “desde abajo” (1990-2005), encuentra un punto de inflexión durante el gobierno de Jorge Batlle, político perteneciente a la facción liberal del Partido Colorado. Dicho gobierno estuvo fuertemente signado por una doble crisis; la económica,

del 2001 – una de las mayores en la historia del país – y la posterior irrupción del problema de la pasta base de cocaína (PBC). Si bien existen antecedentes de consumo de esta sustancia en países como Perú o Chile desde la década de 1960, en Uruguay no se había registrado su uso hasta entonces.

La PBC es el producto del primer procesamiento de las hojas de coca, con concentraciones de cocaína como su principal alcaloide en proporciones altamente variables – de 18% a 80% – y de cafeína como el principal adulterante, en proporciones de 1% a 15% en el total de las sustancias estudiadas en Uruguay. Al ser calentada en recipientes o “pipas” de metal o plástico para su inhalación, el producto resultante es más barato, más fuerte y más tóxico que el de otras sustancias derivadas de la hoja de coca (Pascale, Negrín y Laborde, 2010; Moraes, 2014).

La reseña de los indicadores sociales asociados al consumo problemático de PBC en el país muestran que esta es una población altamente vulnerable desde el punto de vista socio económico: adulta, predominantemente masculina, con bajos logros educativos formales, alta precariedad laboral y residencial (Prieto y Scorza, 2010; Rossal, 2013; OEA, 2014). Un estudio RDS (*Respondent Driven Sample*) para captar poblaciones de difícil acceso realizado en el 2012, concluyó que en Montevideo y su área Metropolitana había entre 6.500 y 14.500 usuarios problemáticos de PBC, lo que representaba el 0,2% de la población uruguaya. El mismo estudio replicado en 2018 estimó que se mantenía entre 7.500 y 9.900 la población de usuarios problemáticos de pasta base en Montevideo y el área metropolitana. La mitad de estos usuarios, personas en situación de calle (Suarez y Ramirez, 2014; OUD, 2019).

TABLA 1
Uso de PBC en Uruguay
(En %)

Sexo y edad	Distribución población general según Censo 2011	Estudio RDS 2012	Estudio RDS 2018
Varón	47,4	89,3	86,3
Mujer	52,6	10,7	13,7
Total	100,0	100,0	100,0
18 a 25 años	20,9	41,5	23,3
26 a 35 años	24,3	37,8	38,2
36 a 45 años	20,4	17,1	28,1
46 a 64 años	34,4	3,6	10,5
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: (OUD, 2019, p. 40).

Un estudio sobre la cobertura mediática de las sustancias psicoactivas en Uruguay encontró un cambio significativo en el perfil de noticias asociadas a infracciones a la ley de drogas difundidas entre 2002 y 2009. Para el final del periodo

la PBC se convierte en la sustancia con mayor peso relativo entre este tipo de noticias, mientras que, en 2002, 7 de cada 10 notas periodísticas remitían al cannabis. La referencia a medidas vinculadas a la atención y tratamiento de personas con uso problemático de PBC y, en particular, a propuestas de internación compulsiva de sus usuarios se hicieron mayoritarias dentro del conjunto de noticias difundidas desde los medios, vinculando drogas y tratamientos (OUD, 2019).

La irrupción de la PBC generó una alarma social no solo en los medios de comunicación sino también a nivel del sistema político, habilitando un nuevo empuje de las opciones de tratamiento “desde arriba”. El “problema de las drogas” se volvió objeto de legislación. En el 2010, por ejemplo, una comisión parlamentaria sobre las “Adicciones y su impacto en la sociedad uruguaya” fue convocada para trabajar sobre el tema. Tal como lo describían los representantes de los mayores partidos políticos de este país:

No ha habido en los últimos 50 años ningún otro fenómeno que se asemeje a este en cuanto a sus efectos en la convivencia social. Es un tema que al parecer nos desborda por su complejidad y por la falta de información de cómo enfrentar el fenómeno. (...) Esa madre seguramente llora frente a los vecinos, recurre a un profesional, plantea su situación en los servicios de salud, acude a la policía, implora en la baranda de un juzgado; y en ninguno de esos lugares se le brindan respuestas precisas. El gran problema de esa madre es cada vez más común en nuestra sociedad (Cámara de Representantes, Sesión de Presentación de la Comisión de Adicciones, 7 abr. 2010).

Esta declaración política ilustra de qué manera la alarma social encendida por la PBC vino a exponer la debilidad de la red de instituciones existentes – “profesionales, servicios de salud, policía, juzgados que no dan respuesta” –, permitiendo al tema crecer en la agenda de la política pública. Así, tres años después de estallada la crisis del 2001, las victorias electorales del Frente Amplio en 2004, 2009 y 2014 abren un nuevo ciclo en las políticas de drogas del Uruguay. Este periodo está caracterizado por un fuerte desarrollo de la red de atención impulsada “desde arriba”.

2.2 Segunda generación: el empuje desde arriba (2005-2020)

A partir del 2005 la red de atención en drogas se expande significativamente en Uruguay, sin embargo, este nuevo ciclo de desarrollo de política pública continúa siendo determinado por el problema de gobernanza planteado en la configuración institucional de la “guerra contra las drogas”. Específicamente, en este segundo periodo, la Secretaría Nacional de Drogas (SND), órgano encargado de generar lineamientos estratégicos crece en importancia y visibilidad pública (Aguíar, Coitiño y Lemos, 2019), pero la mayor parte de la implementación de políticas se define a nivel de los ministerios, que responden a sus propias agendas, muchas veces descoordinadas y hasta contradictorias de los principios defendidos por la

SND. A nivel de los tratamientos concretamente, la dependencia financiera es fundamentalmente con el Ministerio de Salud Pública y el de Desarrollo Social. Como el análisis del caso presentado en este informe ilustra, estos ministerios han demostrado muy poco interés en incluir este tema de forma específica y sistemática dentro de los servicios de salud y sociales del estado.

En Uruguay existe desde el 2007 un Sistema Nacional Integrado de Salud donde se fijan las prestaciones obligatorias para las Instituciones de salud públicas y privadas. Las mutualistas privadas tienen obligación de prestar servicio ambulatorio de tratamiento, pero su precio y el modo de funcionamiento específico no está regulado por el gobierno, por lo que es altamente heterogéneo. En general, el costo es alto, y la práctica es la derivación a las instituciones privadas, descritas en la sección sobre “el empuje desde abajo”. Los servicios privados de salud tienen, a su vez, la posibilidad de pedir una subvención estatal para este tipo de servicios, siempre y cuando la sustancia involucrada sea tabaco, cocaína o pasta base de cocaína. No hay posibilidades de subvención para las sustancias que, junto al tabaco, son las más consumidas por la población como el alcohol y el cannabis. El procedimiento para acceder a la subvención es, además, altamente engorroso; la persona interesada en recibir el tratamiento tiene que plantear una petición a un comité que habilite la subvención de la terapia.

Sobre las prestaciones mínimas obligatorias impuestas en el Sistema Nacional Integrado de Salud, con el liderazgo de la SND, se estableció una Red Nacional de Atención en Drogas (Renadro). Para ello, a fines del 2013 la Junta Nacional de drogas, el Ministerio de Salud Pública, el Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay, la Administración de Salud del Estado y la Corporación Nacional para el Desarrollo, celebran un contrato de fideicomiso³ para el financiamiento de la Red. A continuación, se presentan las principales instituciones de derivación y tratamiento, y el incipiente desarrollo de programas de cercanías de bajo umbral de exigencia que componen esta red.

2.2.1 Centros de derivación y de internación

El primer centro público residencial especializado en usos problemáticos de drogas, “Portal Amarillo”, se crea en el 2006 en Montevideo. El Portal Amarillo ofrece tres tipos de servicios: de internación, contando con 20 plazas mixtas para adultos y 15 plazas mixtas para adolescentes. También funciona un centro ambulatorio diurno, donde puede realizarse terapia de grupo, medicación, terapia familiar y un conjunto de actividades diversas como meditación, consejería,

3. Para la toma de decisiones, se constituye un Comité Técnico, integrado por 5 miembros designados por los representantes de los fideicomitentes. Su cometido es elaborar y aprobar los pliegos generales y particulares, y evaluar las diferentes ofertas que se presenten en los procedimientos competitivos que efectúe la Fiduciaria, exclusivamente por instrucciones de la JND.

gimnasia y talleres. Además del centro residencial y el diurno, existe una serie de grupos terapéuticos dirigidos particularmente a personas que están iniciado el proceso de tratamiento.

La pasta base de cocaína es la principal sustancia referida en un 71,6% de los tratamientos que allí se desarrollan, seguido por la cocaína (15,7%), y la marihuana (6,70%). Existe una alta coexistencia de morbilidad psiquiátrica en las personas que reciben esta atención, el 52,7% de quienes estaban en tratamiento en 2012 decía haber sido diagnosticado con ansiedad alguna vez en su vida; el 38% con depresión; 2% esquizofrenia; 6% trastorno bipolar y un 7,33% otros problemas de salud mental. La mayoría de estas personas había llegado al Portal Amarillo por iniciativa propia (38,1%), o a través de sus amigos (33,9%). Las referencias desde otras instituciones de salud, educativas, policiales o judiciales, y de unidades o programas específicos dedicados al abordaje de drogas, es prácticamente nula (Domenech *et al.*, 2012).

En los años siguientes se suman dos dispositivos residenciales de características similares a la Renadro en los departamentos de Artigas (“CasAbierta”) y de Maldonado (“Jagüel”) con el objetivo de extender la cobertura de tratamiento en el norte y este del país. Complementariamente, se abre el dispositivo “Chanaes”, en el departamento de San José, especializado en tratamientos con usuarios problemáticos de drogas con patología dual. Se trata de un centro residencial de mediana y larga estadía de hasta nueve meses de internación, referente a nivel nacional, que tiene capacidad para atender en forma simultánea a un máximo de 18 varones de entre 16 a 27 años. Funciona como una comunidad terapéutica y es gestionada por la Organización Internacional Dianova.

Por último, también conforma la Renadro la Comunidad Terapéutica Izcalí, de capitales privados pero que ofrece cupos residenciales a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) a través de un convenio de partida fija.

Complementariamente a los centros residenciales, a partir del 2013 se instalan 26 centros públicos gratuitos de derivación, “dispositivos Ciudadela”, en todo el territorio. Esas instituciones funcionan como centros de información, asesoramiento, diagnóstico y derivación a los centros de tratamiento residenciales. Respecto a las características y volumen de la población atendida, información facilitada específicamente para esta investigación por la Secretaria Nacional de Drogas indica que entre abril 2018 y julio 2019 de las 3543 personas ingresadas un 21% eran mujeres, el 79% varones y un 1% personas trans. El 26% de este total habían sido derivados desde el sistema judicial (JND, 2019).

Por último, se integran a la Renadro siete grupos terapéuticos, “grupos T”, en barrios periféricos de la ciudad de Montevideo que funcionan como instancias de intervención puntual para la atención a usuarios problemáticos de drogas de poblaciones vulnerables.

2.2.2 Programas de proximidad

En los últimos años el estado uruguayo ha buscado dar algún paso en la apuesta por opciones de tratamiento de bajo umbral, con el objetivo de mejorar la accesibilidad al sistema de tratamiento. A nivel estatal, en el 2012 se crea la Unidad de Asistencia Móvil (UMA). La UMA fue el primer modelo publico extramuros de atención a usuarios problemáticos de drogas. Su creación sigue el modelo de los Consultorios Na Rua, desarrollados en Brasil,⁴ para la cual fueron fundamentales las actividades de intercambio organizadas por la SND con el especialista Antonio Nery durante ese año. La UMA ofrece oportunidades de intervención puntual allí donde el usuario lo requiera, pero no ofrece la posibilidad de un tratamiento ambulatorio.

En una línea similar, también en el 2012 se da inicio al programa Aleros, en el marco de un convenio entre la Intendencia de Montevideo y la JND. Los Aleros fueron diseñados como dispositivos con anclaje territorial que desarrollan sus intervenciones desde una perspectiva comunitaria. Se componen de equipos móviles de atención a usuarios de drogas, conformados por dos técnicos que recorren a pie determinadas zonas dentro de los municipios A, D, E, F y G de Montevideo. Lo más novedoso de los Aleros tiene que ver con el perfil de las personas que logran captar; usuarios problemáticos de alcohol y pasta base en situación de calle. El programa tiene como propósito general la prevención del consumo problemático, captación, diagnóstico, contención y derivación de los casos de adicciones, y el fortalecimiento de las articulaciones territoriales de servicios para la atención y su accesibilidad. Al igual que la UMA, los Aleros no ofrecen la posibilidad de un tratamiento ambulatorio.

Entre abril 2018 y julio 2019 los dispositivos de base comunitaria registraron 109 personas ingresadas de las cuales 16% eran mujeres, 83% hombres y 1% trans. El 43% son personas en situación de calle, un 27% tiene antecedentes de privación de libertad y un 5% estaba cumpliendo medidas alternativas a la privación de libertad (SND, 2019).

4. Antonio Nery es fundador y coordinador del Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) de la facultad de Medicina de la Universidad Federal de Bahía. Nery es fundador del programa Consultório de Rua, creado en 1999 en el marco del CETAD, con el objetivo de ofrecer tratamiento al uso problemático de drogas en población de calle.

CUADRO 1
Dispositivos que integran la Renadro

	Dispositivo	N.	Modalidad	Referencia	Cobertura	Población ¹
Dispositivos de financiación exclusiva de Fideicomiso de Administración Renadro	Aleros	4	Comunitario	Zonal	Montevideo	UPD. AVS
	UMA	2	Comunitario	Itinerante	Metropolitano	UPD. AVS
	Achique	1	Diurno	Zonal	Montevideo	UPD. AVS
	Chanaes	1	Residencial	Nacional	Nacional	UPD. CAR
Dispositivos de financiación interinstitucional con financiación de Fideicomiso de Administración Renadro	Ciudadela	24	Ambulatorio	Regional	Nacional	UPD. RSA
	Jagüel	1	Residencial.	Regional	Este	UPD. CAR
	Casabiarta	1	Residencial	Regional	Norte	UPD. CAR
Dispositivos de financiación de ASSE	P. Amarillo	1	Ambulatorio	Regional	Montevideo	UPD. RSA
	P. Amarillo	1	Diurno	Regional	Montevideo	UPD.
	P. Amarillo	1	Residencial	Nacional	Nacional	UPD. CAR
	H. Maciel.	1	Ambulatorio	Zonal	Montevideo	UPD.
	H. Maciel	1	Residencial	Zonal	Montevideo	UPD. CAR
	GrupoT	8	Ambulatorio	Zonal	Montevideo	UPD
	Izcalí ²	1	Residencial	Regional	Metropolitano	UPD
Dispositivos de financiación INAU	INAU	1	Residencia	Nacional	Nacional	UPD. Menores
	INAU	1	Residencial	Nacional	Nacional	UPD. Menores
	INAU	1	Ambulatorio	regional	Montevideo	UPD. Menores
	INAU	1	Diurno	Regional	Montevideo	UPD. Menores
Dispositivos de financiación de la UdelAR	Unitra – H. Clínicas	1	Ambulatorio	Regional	Montevideo	UPD

Fuente: SND (2019).

Notas: ¹ UPD – toda persona que presente demanda de tratamiento por uso problemático de drogas; RSA – referente socioafectivo de UPD; UPD. AVS – usuario problemático de drogas que presenta alta vulnerabilidad social añadida; UPD. CAR – usuario problemático de drogas que presenta conductas de alto riesgo asociadas al uso de SPA.

² Izcalí es un emprendimiento de capitales privados que ofrece cupos residenciales a ASSE a través de un convenio de partida fija.

En resumen, la Renadro viene a funcionar como una red paralela dentro de los ASSE, pretendiendo aglutinar a las instituciones públicas y privadas que prestan tratamientos especializados en drogas. Los programas de proximidad, anteriormente reseñados, dependen en su totalidad del financiamiento exclusivo del fideicomiso de bienes decomisados por delitos de drogas. La participación de los ASSE es mayor cuando se trata de las instituciones de residenciales de internación para mayores de edad. Por último, en el 2013 se incorpora una Unidad de Trastornos Relacionados al Alcohol (Unitra) al interior del Hospital de Clínicas y que depende de la clínica psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la UdelAR.

2.3 Brecha entre la oferta y la demanda

El contraste entre el perfil de la oferta y la demanda de tratamientos para usos problemáticos de drogas indica que aún persisten brechas importantes para garantizar el acceso a la salud de estas poblaciones. A nivel de los usos problemáticos, el principal riesgo sanitario lo representa el alcohol, la sustancia con mayor número absoluto de usuarios. Respecto a la demanda efectiva, según el informe 2019 del Observatorio Uruguayo de Drogas, se calcula que aproximadamente 28.000 personas demandaron atención por alguna droga en los 12 meses previos a ese estudio. Esto representa un porcentaje bajo si se pone en relación la demanda potencial, indicada por el número absoluto de usuarios con signos de uso problemático con la demanda efectiva. Solo un 4% de los usuarios problemáticos de alcohol ha demandado tratamiento y un 5% de usuarios de tabaco. En contrapartida, la demanda de atención por sustancias ilegales es significativamente mayor, pero aún existen brechas importantes: un 33% del número total de usuarios con signo de uso problemático de cocaína ha demandado tratamiento y un 26% para el caso de la pasta base. Como se hizo referencia en la sección anterior, pese a la baja magnitud del consumo de pasta base en la población general, esta tiene una importante incidencia en la población bajo tratamiento. Sin embargo, la proporción de usuarios problemáticos que accede a tratamientos es relativamente baja y además estos pedidos de ayuda se realizan en momentos bastante avanzados de las trayectorias de consumo. En lo que respecta a la PBC, entre el inicio del consumo regular y el primer pedido de ayuda transcurren, en promedio, cuatro años. En el caso de cocaína es de 8 y para el alcohol 15 años (OUD, 2019).

El perfil general de las personas que demandaron atención varía sustancialmente por tipo de sustancia considerada. Por alcohol, marihuana o cocaína hay una mayor preponderancia de varones, residentes en el interior, en la mitad de los casos con caracterización socioeconómica media y con un promedio de edad de 39 años. En las consultas por marihuana el promedio de edad es mucho más joven, mientras que el perfil de las personas que demandaron tratamiento por PBC es mayoritariamente varones y de nivel socioeconómico más bajo que para el resto de las sustancias (Ibíd.).

Respecto a los lugares donde se consultó tratamiento, el 50% de los casos declaró haber solicitado ayuda profesional en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)⁵ (mutualistas) mientras el sector público, en sus diversos servicios, atendió a por lo menos una de cada tres personas, distribuyéndose el resto en otros lugares y modalidades, como se observa en la tabla debajo. Son relevantes las diferencias según el tipo de droga por la cual se demanda atención. En el caso de pasta base, es el Estado el que atendió más del 50% de los casos, en tanto recae

5. Las IAMC son el principal componente del subsector privado del sector salud en Uruguay.

en las IAMC solo el 6% de la atención por el uso de esta droga. La referencia a las iglesias también es significativamente más elevada en el caso de los usuarios problemáticos de pasta base, que en el 2014 alcanzaba al 69% de las referencias totales demandas de tratamiento. En contrapartida, el Estado atiende solo al 11% de las personas que solicitan asistencia por alcohol, concentrándose la atención de esta demanda en las IAMC (Ibíd.).

TABLA 2
Lugares donde consultó por tratamiento de drogas
(En %)

Lugares	%
Alcohólicos Anónimos	2,3
Narcóticos Anónimos	10,3
Grupos de autoayuda problemas de tabaco y programas de cesación de tabaquismo	16,7
Comunidades Terapéuticas	5,2
Mutualista	49,2
Consultorios externos	7,2
Clínicas psiquiátricas particulares	4,7
Policlínicas barriales	6,2
Hospitales/Centro de atención mental públicos/esp. drogas	18,9
Centro de tratamiento privado	1,6
Iglesias/comunidad religiosa	8,9
Portal Amarillo	4,5
Atención telefónica Portal Amarillo/*1020	2,3
INAU	0,3
Centro de escucha	0,7
Otros	8,5

Fuente: OUD (2019, p. 114).

Obs.: * Base: personas que demandaron atención en los últimos 12 meses.

** Respuesta múltiple: los totales pueden diferir de 100.

La consolidación de la Renadro y la disponibilidad de instituciones especializadas en tratamientos de drogas fue fundamental para la ampliación del derecho a la salud, sin embargo, tal como sugiere el contraste entre demanda potencial, efectiva y oferta de tratamientos persisten importantes barreras a la entrada que dificultan el acceso. Una en particular es el vacío en las posibilidades de tratamiento ambulatorio para usuarios problemáticos de drogas. Tal como apunta uno de los diagnósticos locales del problema de las drogas financiado por la propia JND, cuando familiares, vecinos y/o técnicos entran en contacto con usuarios problemáticos dispuestos a iniciar un tratamiento, las acciones se limitan a “escuchar”, sin contar con instituciones descentralizadas de referencia para tratamientos profesionales (Barbero, 2012).

Esta frustración generada por un problema de las drogas que se presenta como omnipotente en algunos barrios montevideanos y la falta de servicios profesionales de salud mental para trabajar el tema llevó a que en el 2008 un grupo de técnicos y vecinos de la zona norte de Montevideo iniciara una experiencia piloto que terminó ganando su lugar dentro de la red pública de atención en drogas. Por ello, conocer un poco más a fondo la experiencia del Achique es interesante en múltiples sentidos. En primer lugar, dado que la institución ocupa un lugar único dentro de la Red Nacional de Atención en Drogas, estudiar su composición y funcionamiento cotidiano nos permite identificar fortalezas y debilidades de la coordinación interinstitucional en la política pública de drogas. En segundo lugar, el Achique está ubicado en una de las zonas con mayor concentración de desventajas socioeconómicas y altos índices delictivos de Montevideo (Lombardo, 2005; Aguiar, 2017). La información disponible indica que la organización de los mercados de drogas es particularmente problemática en estos barrios, por lo que conocer las propuestas existentes de reducción de riesgos y daños puede ser un factor de relevancia para la prevención de la violencia en estos contextos.

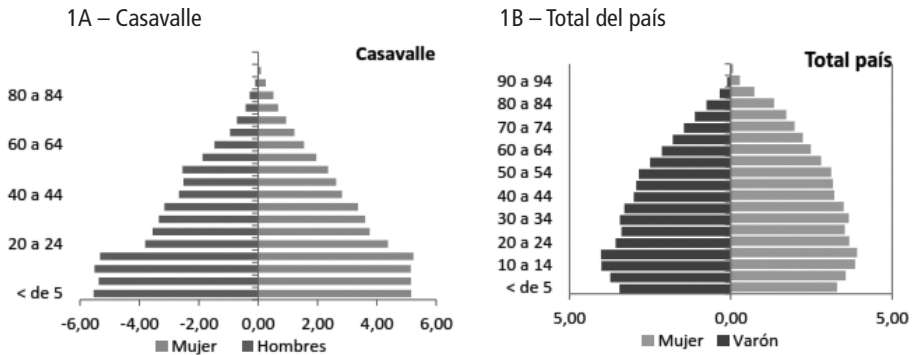
3 PRESENTACIÓN DEL CASO DE ESTUDIO Y DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PESQUISA

La Cuenca de Casavalle es una zona al norte del departamento de Montevideo que abarca un área de 547 hectáreas, con un total de 95.800 habitantes. Casavalle es un mosaico de múltiples barrios y sub-barrios, asentamientos regularizados y no regularizados, cooperativas y complejos de vivienda. Incluye una zona rural, otra comercial y otra residencial, ubicada en el centro del territorio donde se concentran las mayores vulnerabilidades, alcanzando niveles críticos de pobreza en relación al resto de la ciudad. La evolución de Casavalle es un ejemplo extremo de los procesos de fragmentación territorial ocurridos en Montevideo desde la década de 1960. Desde hace ya varios años que la zona se ha identificado como un área de alta prioridad en la intervención, ya que en su territorio relativamente pequeño se concentran niveles agudos de criticidad de múltiples indicadores sociales, incluso en comparación a los barrios más pobres de la capital. Sin embargo, la inversión en políticas sociales y de seguridad pública no ha logrado revertir las tendencias observadas ni han mejorado significativamente la conectividad del barrio con la ciudad (Aguiar, 2017).

Según los datos provistos por el Ministerio de Desarrollo Social, al 2015, el 60% de sus habitantes tiene al menos una necesidad básica insatisfecha. El 53% de los hogares residentes en esta zona tiene problemas de hacinamiento y casi igual porcentaje presenta riesgo alimentario. El 17,2% de los hogares se encuentran en situación de indigencia, siendo el promedio para Montevideo de 3,5%. El 21% de los hogares cuenta al menos con un desocupado y uno de cada dos personas económicamente activas que residen en la zona o está desempleado o

está informalmente empleado. Casavalle presenta asimismo la estructura de edad más marcada dentro del departamento; el 52,8% de su población es menor de 25 años, mientras que para Montevideo el promedio es de 36,5%. La representación de los menores de 18 años dentro del barrio es incluso más del doble respecto a la agrupación de barrios por debajo de la media de pobreza; tres de cada cuatro niños de Casavalle son pobres. Constituye también un caso particular respecto al porcentaje de hogares con clima educativo bajo (menor o igual a 9 años) que supera el 85%. El 43% de los hogares con jóvenes de entre 14 y 24 años tiene al menos un joven que no estudia ni trabaja y solo el 27,4% de los jóvenes tiene acceso a la educación secundaria, mientras que la media de Montevideo es 69%.

GRÁFICO 1
Pirámide poblacional por edad y sexo
(En %)



Fuente: (DAES, 2015, p. 2).

Obs.: imagen reproducida en baja resolución en virtud de las condiciones técnicas de los originales (nota del Editorial).

Casavalle es jurisdicción de la seccional policial n° 17 y es usualmente caracterizada como “zona roja” delictiva, por los altos niveles de violencia contra las personas allí registrados. Entre enero y setiembre de 2018 se concentraron en esta zona el 20% de los homicidios y el 10% de las rapiñas totales de la ciudad de Montevideo. Presenta una tasa de 25 homicidios cada 100 mil habitantes, compartiendo este indicador con más de 130 ciudades de América Latina y el Caribe que son consideradas “altamente peligrosas” según la Organización Mundial de la Salud. Residen en este barrio el 16% de las personas liberadas por el Sistema Carcelario de Montevideo. Sin embargo, esta región representa apenas el 1% del territorio de la capital (OUD, 2019).

Desde hace algunos años se han identificado grupos delictivos organizados o semi organizados operando en la zona, erigidos en torno a “clanes” familiares. A ellos se atribuye el control de algunos segmentos de los mercados ilegales de drogas, homicidios vinculados a “ajustes de cuentas” entre bandas criminales, amenazas a vecinos

de la zona y desalojos ilegales⁶ (Baudean, 2017). Sin embargo, un estudio ventana realizado en esta seccional policial en el 2012 mostró que las denuncias vinculadas a drogas durante una semana “tipo” no correspondía ni a conflictos entre bandas organizadas ni a sustancias psicoactivas ilegales; sino a un perfil de hombres adultos, mayoritariamente relacionadas a la violencia doméstica y el consumo de alcohol. En base a entrevistas con vecinos de la zona, en este estudio también se reseña que

el discurso de los vecinos permite identificar en primer lugar la omnipresencia absoluta del problema de las drogas. Múltiples aspectos vinculados con las drogas – consumo, comercialización, consecuencias en los adictos y en sus familias, entre otras – aparecen como situaciones que si no se han vivido en carne propia, al menos se vivencian con proximidad, ya sea a partir de familiares, vecinos, conocidos o simplemente de “gente del barrio” (Barbero, 2012, p. 60).

Pese a la importancia de la problemática para los habitantes de la zona, llama la atención la escasez de instituciones especializadas en tratamiento de usos problemáticos radicadas en el barrio. Es por ello que entre los meses de octubre y noviembre del 2019 se realizó un acercamiento a la experiencia del Achique de Casavalle, uno de los pocos centros públicos trabajando en la zona. En ese periodo se realizaron siete entrevistas semiestructuradas al Secretario General de la Junta Nacional de Drogas, a los técnicos que trabajan en el Achique (cuatro psicólogos y una referente comunitaria) y a un usuario del dispositivo. La guía temática utilizada en las entrevistas cubría aspectos del surgimiento de la institución, roles y rutinas de trabajo, características de la población atendida, relacionamiento con el barrio y con otras instituciones clave, herramientas de monitoreo y evaluación de resultados, y fuentes de financiamiento. Las entrevistas duraron entre 30 y 90 minutos. La mayoría de ellas fueron realizadas en la sede donde funciona el Achique y una se realizó en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la Republica. A los efectos de protección del anonimato y siguiendo procedimientos estándares de las Ciencias Sociales, las citas a las expresiones de los entrevistados son textuales y se referencian numéricamente del 1 al 7, junto a la fecha en que fueron realizadas.

Además de las entrevistas formales, se realizaron tres visitas al Achique para observar la dinámica cotidiana al interior y en el exterior inmediato. En esas ocasiones mantuve conversaciones informales con vecinos y con usuarios del dispositivo, con quienes también compartimos un almuerzo juntos. Agradezco sinceramente la amabilidad y apertura con que me recibieron, y su generosidad para compartir conmigo su historia y su reflexión sobre el importante trabajo que llevan adelante.

6. Por estos motivos, en abril del 2011 Casavalle fue protagonista del primero de una serie de “mega operativos” policiales “Mirador”, planeados por el Ministerio del Interior como intervenciones policiales intensivas y focalizadas en barrios de alto conflicto delictivo. Seiscientos efectivos policiales fueron desplegados, además de patrulleros y helicópteros, realizando casi 70 allanamientos. Por algunas horas el barrio se mantuvo paralizado, impidiéndose la entrada y salida de los vecinos.

4 RESULTADOS DEL ESTUDIO EMPÍRICO

La historia detrás del espacio físico que hoy ocupa el Achique ilustra muchos de los nudos críticos de las políticas públicas de atención en drogas. En primer lugar, muestra la persistente importancia de las instituciones religiosas en los servicios de salud mental. Anteriormente se hizo referencia a que para más de la mitad de los usuarios problemáticos de pasta base no son los ASSE sino las iglesias la principal institución de referencia para buscar ayuda. En el caso del Achique, fue la parroquia de la zona la que habilitó un lugar donde poder trabajar. Tal como se recoge en las entrevistas realizadas, muchas instituciones gubernamentales reconocían la necesidad de contar con un servicio profesional de atención a usuarios problemáticos de drogas en el barrio pero nadie estaba dispuesto a hacer de ello una política pública propia.

nos reuníamos cada tanto con la gente de la Junta Nacional de Drogas, de la Intendencia de Montevideo, del Ministerio de Desarrollo Social, del Ministerio de Salud Pública, que eran todos los que habían decidido apoyar este centro de tratamiento. Pero, pasaban los meses, pasaban los meses, y no teníamos recursos. O sea, ‘está todo bien, te apoyo, pero maneja te’. (...) Entonces, como yo soy agente comunitaria, integro la parroquia de la zona [de las Acacias – Marconi], hablé con uno de los párrocos y le pedí una de las capillas que estaba vacía; la Capilla de la Luz. Desde ese momento existe el Achique (Entrevista 5, oct. 2019).

La Capilla de la Luz se encuentra en la esquina de Manuel Melendez y Cayambe, frente a una gran escuela pública y a una fábrica de productos agroindustriales. Es una capilla humilde, como el barrio al que pertenece. El cartel en su puerta anuncia en tiza que los servicios religiosos son los días sábados. El Achique abre sus puertas de lunes a viernes desde las 9 a las 15 horas. En mi primer visita un miércoles por la mañana, en el espacio correspondiente al Achique al fondo del predio, se estaba desarrollando un curso sobre “huertas, emprendedurismo y mantenimiento de espacios verdes”.

El equipo técnico está conformado por tres psicólogos, una trabajadora social y una referente comunitaria, que es también estudiante de ciencia política. Este equipo atiende a entre 15 y 20 varones, en su mayoría personas que viven en situación de calle, usuarios de pasta base y de otras sustancias psicoactivas. Los entrevistados identifican tres tipos de población con la que trabajan. Un núcleo de alrededor de 15 personas que asiste cotidianamente el centro. Un segundo grupo, periférico; es una población de carácter “flotante; que va y viene. Que viene una vez a la semana, o que viene cada tanto”. Un tercer grupo de gente lo visita puntualmente; “que tiene el lugar como referencia; porque estuvo antes, entonces cuando necesita viene. Porque le paso algo, para manejar alguna crisis puntual. Son situaciones infinitas” (Entrevista 1, octubre 2019).

El Achique consta de un amplio espacio central, donde se ubica la recientemente inaugurada cocina; “*el corazón del Achique*”, como lo describe una de sus miembros. La cocina es el corazón porque la alimentación es la base de muchas de las actividades que allí se desarrollan. Todos los días se comparte desayuno y almuerzo, que es elaborado por equipos rotativos de usuarios. Una de las pocas reglas que existe es que todos deben participar en su elaboración y en la limpieza. También hay horarios establecidos para el desayuno y el almuerzo. En palabras de una de las técnicas coordinadoras, el establecimiento de normas de convivencia es difícil debido a la alta desestructuración de las rutinas cotidianas de los usuarios:

Es difícil pero tenés que tener un horario porque si no se vuelve caótico y de alguna forma tenés que poner ciertas reglas básicas aunque sea un lugar de baja exigencia. Tenés una hora máxima de llegada, tenés una hora máxima para desayunar. Si querés desayunar vení antes de las 10, 10 máximo. Si querés venir y almorzar no podés llegar más de las 11. Básico, ¿no? Porque si no todo es conflicto. Porque si uno llega a las 10 y cuarto y lo dejás desayunar el otro salta ‘porque yo vine anteayer y vos no me dejaste desayunar, y eran 10 y cinco’. ‘Y este que viene a las 11.30, ¿por qué viene a las 11.30? Que yo estaba cocinando y éramos nueve y ahora vamos a ser 10. Y entonces ustedes ¿por qué dejan que entre? Porque entre ellos eso pasa mucho (Entrevista 1, oct. 2019).

Compartir la alimentación genera adhesión al dispositivo y cohesión dentro del grupo. A la izquierda de la mesa larga de madera con taburetes donde se comparte diariamente la comida, hay un espacio de recreación, con sillones, una tv, y una mesa de ping pong altamente utilizada. Atravesando este espacio central, de unos quince metros cuadrados, hay, separadas, una sala de estar pequeña con varias sillas en forma de círculo donde se realizan cursos y talleres, un espacio pequeño con una máquina de lavar ropa, y una oficina, donde transcurrieron las entrevistas. En una habitación contigua hay vestimenta donada por los vecinos para una feria de ropa usada que sería organizada en el mes para recaudar fondos para actividades de la institución y para los usuarios. La edificación toda es muy prolija pero muestra las marcas de largos años de poca inversión en el mantenimiento de su infraestructura. Según relatan los entrevistados, hasta recientemente eran habituales las goteras en el interior del edificio los días de tormenta.

En sus inicios se atendía tanto a hombres como a mujeres residentes en el barrio. Se empezó trabajando en la calle, recorriendo las intermediaciones, hablando con las personas que estaban consumiendo PBC e invitándolas a participar en el Achique. Sin embargo, este modo de proceder trajo aparejado inesperados conflictos de convivencia. En primer lugar había limitaciones impuestas por el espacio físico. En el Achique hay pocos espacios privados y el relacionamiento entre mujeres y hombres se hacía difícil, se generaban tensiones y peleas. En muchos casos, además, las mujeres estaban acompañadas de sus hijos a cargo, lo que sumaba nuevos y más complejos desafíos para el poco espacio físico disponible.

Ante las dificultades planteadas y teniendo en cuenta que la población masculina que llegaba al dispositivo era más numerosa, los técnicos tuvieron que enfrentarse al dilema de incluir al género como un criterio de admisión, reconfigurándose como un dispositivo para hombres exclusivamente. En todas las entrevistas realizadas se reconoció la necesidad de que pudiera existir un dispositivo de este tipo para mujeres, ya que la demanda estaba planteada.

Otro giro en la población atendida percibido por los entrevistados refiere a la precariedad socioeconómica de los usuarios. Al inicio se trataba de una población más joven, residentes en la zona, que mantenían cierto nivel de vínculo con su núcleo familiar y con la educación, la salud o el trabajo; “era una población un poco más integrada”. Actualmente, la mayoría de las personas asistentes no tiene una vivienda que le sea propia: duerme en la calle o en los refugios que ofrece el estado a través del Ministerio de Desarrollo Social.

En muchos casos, la relación de los usuarios del servicio con la ley es conflictiva. Según se relata la mayoría han pasado por varias experiencias de institucionalización, tanto en su niñez como en su vida adulta. Muchos han estado privados de libertad y luego retornan al barrio sin mayores posibilidades de reinsertarse en su comunidad.

Mucha gente que cae acá es gente que salió de prisión. Nosotros tenemos muchos que todavía están con la causa abierta, salen en libertad; a la nada. Se enteran que existe el Achique. Hay gurises⁷ que hace un año y medio que salieron de la cárcel y su vida es el Achique. Hacen su vida en el Achique y después se van al refugio. Antes trabajábamos con una población con consumo problemático de sustancias más local y todavía afiliada a las redes y a la familia. Ahora la población es más marginal, tiene más tiempo de calle (Entrevista 3, oct. 2019).

Este cambio en la población atendida, desde una población más local, de ambos sexos, más joven y relativamente más integrada, hacia una exclusivamente masculina, con mayores niveles de desestructuración y segregación, trajo aparejados transformaciones importantes en el modelo de abordaje para trabajar el consumo de drogas. Los entrevistados coinciden en señalar el año 2017 como un hito, un “momento refundacional” en la historia de la institución y su modelo de atención, donde se pasa de principios de trabajo más asociados a la psicología cognitiva conductual hacia un modelo que tiene como eje la reducción de riesgos y daños.

Previo al 2017, la atención era coordinada por una psicóloga, a la que se sumaba otra psicóloga que trabajaba dos veces por semana, haciendo el acompañamiento terapéutico de los usuarios y la coordinación de un taller de cocina. Una médica de familia que trabajaba en la policlínica del barrio también asistía algunas

7. Coloquial del español uruguayo para referirse a los jóvenes.

horas por semana. Si bien la abstinencia del consumo nunca fue un requisito para la permanencia en la institución, en aquel entonces se realizaban controles de orina para premiar a quienes se mantuvieran sin consumir: “Había todo un sistema donde aquél que estaba atravesando el proceso de dejar el consumo era premiado con la posibilidad de obtener cosas. Daba pasos en favor de la rehabilitación y se le daba la oportunidad de acceder a un curso o de ir a una pasantía” (Entrevista 1, oct. 2019).

A las pasantías se accedía a través de un convenio con la Junta Nacional de Drogas, en modalidad de “trabajo protegido” en el estado, en particular, en las Obras Sanitarias del Estado (OSE). El trabajo protegido es un tipo de herramienta de discriminación positiva, donde se reservan plazas laborales dirigidas a grupos sociales que se consideran vulnerados y se realiza un seguimiento técnico y educativo del trabajador, para el fomento de sus habilidades transversales; como la puntualidad, presentación, comunicación, leyes laborales, entre otras. En general también tiene un régimen de sanciones más flexible que otros tipos de vínculos laborales. Desde el Achique se hacía el seguimiento de los usuarios que, terciarizados como cooperativa (“Achicando Caminos”) accedieron a esos puestos. Si bien se reconoce esta primera etapa como más estructurada en las actividades ofrecidas, no existía un modelo de abordaje establecido, ni protocolos de actuación, ni criterios de admisión o egreso establecidos: en los términos de una de las técnicas entrevistadas; “no había nada escrito”.

En el año 2017 el Achique se incorpora a la Renadro reseñada en la primera parte de este capítulo, para lo cual se firma un nuevo convenio con la JND. Los técnicos del Achique percibieron en este hecho político una oportunidad para intentar encuadrar el trabajo de un modo más formal, esta vez como una institución abocada a los principios de reducción de daños, eliminándose los controles de orina. La incorporación a la Renadro no parece haber tenido un impacto significativo en los recursos terapéuticos disponibles. Como explica uno de los técnicos del programa:

Hasta principios de este año teníamos una cuestión un poco más programada de qué es lo que hacíamos nosotros. En relación a cuestiones más grupales, había un día a la semana en que trabajábamos en grupo. Lo que sucede con esta población es que en realidad es muy difícil sostener los encuentros grupales. No solo por la falta de atención sino también por cuestiones emocionales que se ponen ahí en juego. Entonces lo que hacíamos nosotros era problematizábamos mucho sobre el funcionamiento del lugar y la responsabilidad de los usuarios en relación al centro. Después se trataban temas de consumo también pero se daban más bien en encuadres más informales. No poníamos una hora y un día sino que muchas veces se daban charlas acá [en el escritorio], o en la cocina, donde sea. Eso en lo que hace a actividades que nosotros podemos encuadrar en relación a los usuarios. Después, hasta el año pasado había actividades que dependían de [el departamento de] Equidad Social de la JND, que traían cursos vinculados a inserción laboral. Entonces teníamos cursos de construcción,

pero también algún curso vinculado a derechos laborales y no recuerdo si había algún otro, pero eran dos o tres cursos que también eran actividades formales que estaban planificadas. Este año hubo completa ausencia de Equidad Social de la JND y no tuvimos en el centro otras actividades así (Entrevista 3, oct. 2019).

Más allá del encuadre general, para los entrevistados fue difícil delinear los contornos del modelo de abordaje seguido. Se consideró que “cada persona sigue su propio proceso: no hay una forma lineal de trabajar”. Cuando se recibe a una persona, se realiza una primera entrevista evaluativa, para ver en qué situación está y si es apta para incorporarse al dispositivo. Los casos en que no se ha habilitado el ingreso son porque la persona presenta algún tipo de patología psiquiátrica aguda y no hay un seguimiento de un médico. Se considera que este tipo de problemática desborda las posibilidades terapéuticas de la institución.

Al inicio, a cada usuario se le da un contrato de convivencia que debe firmar, donde se explicitan las reglas básicas que deben cumplirse para ser parte del dispositivo: no hay violencia, no se roba y no se pueden consumir drogas adentro de la institución. El no cumplir cualquiera de estas tres normas implica la expulsión. La fortaleza terapéutica del Achique parece centrarse en su trabajo cotidiano. En particular, favoreciendo la reducción de riesgos y daños vinculada a las situaciones de fisura y de ocio compulsivo derivados de la vida en la calle. En palabras de uno de los usuarios del centro:

Un par de integrantes ahí, de usuarios (del refugio), venían para acá y me invitaron. Y nada, como yo estaba sin laburo, más o menos buscaba el que hacer día a día para no estar en la calle flotando, empecé a venir acá. Y la verdad me gustó mucho el lugar. (...) Nada... es un lugar donde puedes estar tranquilo. Salís del refugio y no te tenés que ir a una plaza o debajo de un techo si está lloviendo. Venís para acá, sabes que tenés el almuerzo seguro. Haces algo, sea barrer, cortar el pasto, lavar un piso, cocinar. Es algo que haces para que se te pase un poco el día, para sentirte por lo menos un poco útil. Yo se lo he comentado a varios, por lo menos de los gurises que viven en el refugio conmigo que están en esa, ¿viste? De que no saben qué hacer. Se levantan y el día... vamos a ver que me depara el día, ¿entedés? Ahí en el refugio, como sin destino ni nada. Esta bueno salir de allá y saber que tenés por lo menos hasta las dos, tres de la tarde un lugar donde estar (Entrevista 4, oct. 2019).

El trabajo cotidiano se centra fuertemente en el individuo y según los entrevistados son excepcionales las instancias donde se contacte a la familia o el entorno de los usuarios. Sin embargo, gran parte del trabajo del Achique se basa en favorecer las redes de interacción barrial. Intenta conectar sus demandas de salud, de educación, de trabajo y de recreación con los recursos locales. Este anclaje territorial fue un elemento de fortaleza del dispositivo desde el inicio: el hecho de que las propias vecinas del barrio y la Capilla auspiciara la iniciativa ha sido un elemento de legitimidad fundamental para abrir y sostener el espacio.

La imposibilidad que tienen los usuarios problemáticos de pasta base pobres para acceder a los servicios de salud es un problema importante para su integración social. Un psicólogo especializado en drogas que trabaja en una de las policlínicas del barrio lo evalúa de esta manera:

Es tremenda la problemática para insertar el tema en el sistema de salud. El primer problema es que vos tenés algunos técnicos que podrían trabajarlo pero no tenés una definición política clara de cómo se inserta el tratamiento de drogas en el sistema de salud. Ahí tenés la primera dificultad: cualquier psicólogo puede definir qué tema trabajar. La segunda dificultad es que aunque se quisiera intervenir sobre el tema de drogas no hay una formación clara para la especialización profesional. Empiezan a aparecer, y eso es bueno, personas que quieren formarse sobre el tema pero no hay donde. No tenés políticas claras, no tenés técnicos capacitados. Y son dificultades transversales a las políticas de salud mental. En la policlínica está inserto el tema porque lo priorice yo. Porque entiendo que es un problema para la comunidad, porque entiendo que es un problema que compete al sistema de salud, entonces tome la decisión de ofrecer ese servicio. Pero ni siquiera me animo a sacar un afiche para difundirlo porque colapso. Pero es una iniciativa individual, lo que hay es una suma de iniciativas individuales pero no hay una política pública a nivel ambulatorio (Entrevista 6, nov. 2019).

Esta falta de definición política sumada a los pocos recursos humanos especializados disponibles redundan en un bloqueo dentro del Ministerio de Salud Pública para poner a disposición tratamientos para usuarios problemáticos de drogas, así como para los servicios de salud mental más en general. Se deriva de ello que la nueva ley de Salud Mental (Ley nº 19.529) aprobada en el 2017, no ha significado una ventana de oportunidad para la inclusión del tema en el sistema de salud. Esta ley incluye al consumo problemático de sustancias psicoactivas como un asunto a ser abordado en el marco de las políticas de salud mental (art. 5º). Contiene un amplio capítulo sobre prevención, buscando consolidar la integración de los servicios de salud mental como prestación general de las instituciones de salud. Complementariamente, comanda el pasaje del modelo asilar a uno de base comunitaria, ordenando un “proceso regresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes para ser sustituidos por estructuras alternativas” (art. 38), como centros de atención comunitaria, casas de medio camino y centros de rehabilitación. También se pretende jerarquizar los equipos técnicos del primer nivel de atención, como contacto y referente permanente en el proceso asistencial. Sin embargo, en las entrevistas realizadas no se percibe un impacto en las políticas públicas de tratamientos a partir de la aprobación de esta ley.

Como se explicó más arriba, con el objetivo de esquivar el bloqueo político dentro de las instituciones de salud pública existentes, en el 2013 la JND conforma una red paralela de atención en drogas; la Renadro. El problema de gobernanza planteado es que ni la JND ni la Renadro tienen fondos propios suficientes para

la implementación de políticas, y dependen en gran medida de los fondos que se decomisen en los delitos de drogas. De ello se deriva que la mayoría de los cargos vinculados a la Renadro son terciarizaciones a ONGs de modo de evitar el régimen de contrato público, que tiene asociados mayores derechos laborales. La Renadro ofrece contratos de tres o seis meses de extensión, con posibilidad de renovación sujeto a que se incauten nuevos bienes a partir de delitos de drogas.

En el año 2016 el Achique se incorpora a la Renadro, en la forma de una tercerización con la ONG “Hermana Marta”, y se generan los tres primeros cargos vinculados directamente a la institución. Así se contratan dos psicólogos y se formaliza el trabajo que ya venía haciendo la referente comunitaria. A través de la SND también se da apoyo financiero para los gastos cotidianos de la institución. A los pocos meses se incorpora un tercer psicólogo derivado de un “pase en comisión”⁸ desde el Banco República del Uruguay. La policlínica municipal del barrio también “cede” horas del psicólogo para la atención en el Achique, es decir, le permite cumplir una proporción de su tiempo en esta institución. El apoyo desde el Ministerio de Desarrollo Social es una canasta de víveres secos que distribuye trimestralmente. El gran problema con este esquema es la alta precariedad y desigualdad de los contratos laborales. En algunos casos los trabajadores tienen todos los derechos de alguien en relación de dependencia con el estado (caso Banco República e Intendencia de Montevideo), mientras que otros tienen cargos terciarizados y de corto plazo, con renovación cada tres o seis meses (caso JND – Renadro).

Esta desigualdad laboral es percibida como altamente problemática por todos los entrevistados. Impone injusticias flagrantes entre los técnicos pertenecientes a la institución, generando diferente estructura salarial para roles similares. La precariedad laboral desincentiva la planificación de actividades y la identificación de metas e indicadores de proceso, como apunta un miembro del equipo: “si tu cargo se renueva cada tres meses, cada seis meses, no hay posibilidad de proyectar tu trabajo en el mediano plazo”.

Por último, respecto a las coordinaciones institucionales dentro de la Renadro, el rol del Achique al interior de la red es percibido como poco claro por los entrevistados. De una parte, existe conciencia de la especificidad y de la necesidad del servicio que se brinda, por su baja exigencia y por la población a la que atiende: personas en situación de calle con uso problemático de sustancias. Como ya se hizo mención existe un vacío de instituciones de tratamiento ambulatorio y el Achique es una de las pocas que cumple ese rol. La necesidad de existencia del

8. Los pases en comisión son una forma de seleccionar trabajadores públicos de un área para que operen en una diferente, y está amparada por el artículo 15 de la Ley n° 19.149. Esta normativa autoriza el traslado de funcionarios de organismos públicos estatales y no estatales que cuenten con más de tres años de antigüedad en la Administración para desempeñar, en comisión, tareas de asistencia directa al presidente, vicepresidente, ministros, subsecretarios o legisladores nacionales, por expresa solicitud de éstos.

Achique para la Renadro también es geográfica; es uno de los pocos dispositivos referentes en uso de drogas trabajando en el área de Casavalle. Sin embargo, en los hechos, el Achique funciona como un dispositivo de captación hacia la Renadro, para las personas que deciden emprender un tratamiento residencial. Los casos de interacción registrados han sido derivaciones desde el Achique hacia el dispositivo Ciudadela (“para que conozca la oferta publica”) o directamente hacia el Portal Amarillo. Pero no hay derivaciones desde el resto de la red hacia el Achique: el flujograma es unilateral.

4.1 Avances y limitaciones

La sensación de urgencia y necesidad frente a una demanda que estaba planteada pero que ninguna política pública daba respuesta llevó a que en el 2008 cuatro personas -una trabajadora social, una psicóloga, un médico y una vecina referente del barrio- que habían compartido un taller sobre uso de sustancias realizado en Casavalle, uniera esfuerzos para soñar una posible solución y para que los límites de lo políticamente posible cedieran:

Viendo [la dificultad de trabajar este tema adentro de las policlínicas], le empezamos a poner cabeza, nos empezamos a juntar entre nosotras y con consumidores que habían asistido a la policlínica. Y así surge la idea del Achique. Al Achique lo soñamos pensando en reducción de riesgos y daños y en un proceso de tiempo durante el día donde los gurises tuvieran menos exposición a los consumos. Simplemente ese pensamiento. Si están tres o cuatro horas en un espacio haciendo algo que les guste, les interese, esas horas no van a consumir. (...) Así que seguimos trabajando con el equipo, con la convicción de que teníamos que seguir construyendo, desde el territorio, porque no había otra respuesta en ningún otro lugar (Entrevista 5, oct. 2019).

Al principio el equipo técnico trabajó con lo que pudo, a fuerza de militancia personal y voluntad colectiva. Gestionó un espacio donde atender a las personas con la parroquia del barrio, los vecinos donaron equipamiento y se conseguían algunos fondos, siempre escasos, para el pago de salarios con la presentación a premios y fondos concursables que lanza periódicamente la JND. Esta alta precariedad hizo que en varios momentos el Achique estuviera cerca de cerrar sus puertas. Sin embargo, la evidencia de la necesidad de contar con instituciones públicas especializadas en tratamientos en drogas en la zona norte de Montevideo hizo que en el 2016 el estado uruguayo decidiera incorporar el Achique a la Renadro. Los entrevistados perciben este paso como un logro importante en el proceso de consolidación institucional.

En los más de diez años que pasaron entre que se realizaron los primeros esfuerzos para fundar la institución, en el 2008, y el 2019 en que se realizaron las entrevistas, la población participante del Achique tuvo cambios significativos. En sus inicios el Achique atendía tanto a hombres como a mujeres con uso

problemático de sustancias, en particular, pasta base, residentes en el barrio. Actualmente, el Achique logró posicionarse como una institución de referencia para hombres en situación de calle que trasciende el barrio.

De las entrevistas realizadas se deriva que existe una alta adherencia de los asistentes. Alrededor de 15 personas participan de forma cotidiana en este dispositivo diurno, y otros 15 lo hacen de forma periódica o puntual. El nivel de satisfacción entre los concurrentes es alto, y en muchos casos son los propios usuarios los que contactan a nuevas personas con consumo problemático de sustancias para sumarlos a la propuesta. Para muchas de estas personas, el Achique es una oportunidad única de intervención sobre trayectorias vitales signadas por graves situaciones de exclusión, vulnerabilidad social y violencia. Hasta el momento, el mayor trabajo de reducción de riesgos y daños en estos contextos se vincula a los síndromes de abstinencia y al ocio compulsivo asociado a la vida en la calle.

Sin embargo, las dificultades y obstáculos a los que ha tenido que enfrentarse el equipo de trabajo ilustran muchas de las debilidades y limitaciones de las políticas actuales de drogas. La primera de ellas es la precariedad de las condiciones de trabajo. Los escasos recursos terapéuticos disponibles han redundado en una progresiva desestructuración de las actividades ofrecidas. En general los entrevistados coinciden en identificar como una dificultad para los procesos de integración social la falta de planificación de las actividades, así como la falta de identificación de metas de medio camino. Al reformularse como un centro diurno de acogida a población de calle, el Achique perdió especificidad como institución de tratamiento de drogas y en las actividades cotidianas existen pocos espacios formales centrados en ese aspecto.

5 CONSIDERACIONES FINALES

En los últimos años, el uso de sustancias psicoactivas así como el vínculo entre droga y delito han ganado notoriedad en la opinión pública y el sistema político. Sin embargo, un acercamiento al caso uruguayo muestra que al día de hoy persisten importantes brechas entre la demanda potencial, la efectiva y la oferta de tratamientos para usuarios problemáticos de estas sustancias. Con la expansión de las políticas sociales y de los servicios de drogas que se ha vivido en los últimos años se ha avanzado mucho en la identificación de las poblaciones más expuestas a los daños y la violencia de los mercados ilegales de drogas. Sin embargo, la falta de opciones de tratamiento especializado no residencial hace que no haya adonde derivar los casos una vez identificados, lo que a su vez redundará en la frustración de técnicos y vecinos.

En zonas de concentración de desventajas territoriales de la ciudad, esta falta de inversión en políticas públicas de salud parece conformarse como un factor facilitador de la organización violenta de estos mercados. De hecho, una de las

mayores críticas que se realiza al modelo de política pública de “guerra contra las drogas” es el énfasis en la represión de la oferta ilegal por sobre la disponibilidad de opciones de prevención y tratamiento profesional para estas poblaciones.

La evidencia recopilada en este estudio sugiere una serie de posibilidades para acortar esta brecha. La primera opción es la jerarquización del tema dentro del sistema nacional integrado de salud. Uruguay cuenta con buenos indicadores de cobertura del sistema de salud lo cual es una ventaja para la ampliación de los programas de prevención y tratamiento para usuarios de drogas en todo el territorio. También cuenta con un nuevo marco legal vinculado a la salud mental que demanda la incorporación de los usos de drogas dentro del sistema salud y educativo, así como el fortalecimiento de las opciones no residenciales y comunitarias de tratamiento. De este estudio se deriva que además del desarrollo de recursos humanos especializados en el tema, es preciso un lineamiento de política pública claro y sostenido que jerarquice y encuadre esta prestación dentro del Sistema Integrado de Salud; con ello podría superarse uno de los más importantes bloqueos para la ampliación de los tratamientos.

La segunda posibilidad es avanzar hacia una tercera generación de políticas públicas de drogas, que necesariamente debe reducir la precariedad y desigualdades laborales actuales. El análisis de caso sugiere que la participación de la comunidad es un factor relevante para el éxito de las instituciones de tratamiento y para la reducción de riesgos y daños derivados del comercio ilegal de drogas. Sin embargo, tras la participación de diferentes actores públicos y privados aparecen desigualdades importantes en lo que refiere a los niveles de precariedad laboral. Buscar nuevas formas de asociación y cooperación entre el estado y la ciudadanía, más equitativas, parece clave para la gestión, adherencia y eficacia de este tipo de propuestas.

REFERENCIAS

- AGUIAR, S. **Acercamientos a la segregación urbana en Montevideo**. Tesis (Doctorado) – Sociología, Universidad de la Republica, Montevideo, 2017.
- AGUIAR, S.; COITIÑO, M.; LEMOS, F. **Marihuana en los medios de comunicación en la era de la regulación en Uruguay**. Montevideo: FCS/UdelaR 2019.
- BARBERO, M. **Diagnóstico local sobre la problemática de drogas en Casavalle**. Montevideo: JND; OUD, 2012.
- BAUDEAN, M. **Línea de base para la evaluación y el monitoreo de la regulación del cannabis recreativo en Uruguay: objetivo seguridad y convivencia**. Montevideo: Monitor Cannabis, 2017.

DAES – DEPARTAMENTO ANÁLISIS Y ESTUDIOS SOCIALES. **Informe Casavalle**. Montevideo: Mides, 2015.

DOMENECH, D. *et al.* Estudio de la prevalencia de la comorbilidad entre el distress psicológico y el abuso de drogas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, p. 174-184, 2012.

DURÁN-MARTÍNEZ, A. From acquiescence to rebellion? South America and the Global Drug Control Regime. *In*: IDLER, A.; GARZÓN, J. C. **The International Drug Control Regime in the Twenty-first Century**. Boulder: Lynne Rienner Press, 2015.

GARAT, G. **Mariguana y otras yerbas**: prohibición, regulación y uso de drogas en Uruguay. Montevideo: Debate, 2012.

JND – JUNTA NACIONAL DE DROGAS. **Informe Renadro**. Montevideo: JND, 2019.

LAGOS, M.; DAMMERT, L. **La seguridad ciudadana**: el problema principal de América Latina. Chile: Corporación Latinobarómetro, 2012.

LOMBARDO, C. **Hacia la resignificación de Casavalle, Montevideo, Uruguay**: lineamientos físico-territoriales. Santiago de Chile: CEPAL, 2005.

MARCHESI, A.; YAFFÉ, J. La violencia bajo la lupa: una revisión de la literatura sobre violencia y política en los sesenta. **Revista Uruguaya de Ciencia Política**, v. 19, n. 1, 2010.

MORAES, M. Diez años de investigación en pasta base de cocaína en Uruguay. **Archivo de Pediatría del Uruguay**, v. 81, n. 2, p. 147-148, 2014.

OEA – ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. **Consumo de pasta base de cocaína en América del Sur**. Washington D.C.: OEA, 2014.

_____. **Informe sobre consumo de drogas en las Américas**. Washington D.C.: OEA; CICAD, 2019.

ODU – OBSERVATORIO URUGUAYO DE DROGAS. **Personas, calle, consumo**: dos estudios sobre uso de pasta base en Uruguay. Montevideo: ODU; JND, 2019a.

_____. Informe de investigación. *In*: VII ENCUESTA NACIONAL SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL, 7., Montevideo, Uruguay, 2019. **Anais...** Montevideo JND, dic. 2019b.

_____. (2019). *Relatoria GEDAIS*. Montevideo: SND, 2019c. No prelo.

PASCALE, A.; NEGRÍN, A.; LABORDE, A. Cocaine base paste: experience from the Montevideo Poison Control Center. **Adicciones**, v. 22, n. 3, p. 227-232, 2010.

PEREIRA, A. **Drogas y procesos penales**: medidas alternativas a la prisión preventiva. Trabajo final (Posgrado) – Diploma en Políticas de Drogas, Regulación y Control, UdelaR, Montevideo, 2019. No prelo.

PNUD – PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. **Human Development Report**. Vienna: United Nations, 2019.

PRIETO, J. P.; SCORZA, C. **Pasta Base de Cocaína**. Montevideo: Instituto Clemente Estable, 2010. (Artículo de Difusión).

RETA, A. Enfoques jurídicos. **Revista de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y Adolescencia**, v. 2, n. 17, p. 50-58, 1973.

ROSSAL, M. (2013). **Dispositivos estatales, moralidades y dones envenenados**: aproximaciones tnográficas a las relaciones de intercambio de pasta base de cocaína. Tesis (Maestría) – Universidad de la Republica, Montevideo, 2013.

SND – SECRETARIA NACIONAL DE DROGAS. (2019). **Relatoría del grupo expertos en Desarrollo Alternativo, Integral y Sustentable para las políticas de drogas**. Montevideo: JND, 2019.

SUAREZ, H.; RAMIREZ, J. Los desposeídos. *In*: UDELAR, O. **Fisuras**: dos estudios sobre pasta base de cocaína en Uruguay. Montevideo: JND, 2014.

WEINTRAUB, S. **Western hemisphere free trade**: getting from here to there. Sidney: BID, 1992.

YAFFÉ, J. Economía y dictadura en Uruguay, una visión panorámica de su evolución y de sus relaciones con la economía internacional (1973-1984). **Revista Historia**, n^{os}. 61-62, p. 13-35, 2010.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

BARDAZANO, G. Respuestas estatales a los usuarios de sustancias psicoactivas en Uruguay: entre la alternativa y la profundización de la guerra contra las drogas. *In*: WOLA, C. **En busca de los derechos**: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina. Mexico: Drogas y Derecho, 2014.

DAMMERT, L.; ARIAS, P. **El desafío de la delincuencia en América Latina**: Diagnostico y Respuestas de Política. Santiago de Chile: Corporación de Estudios para Latinoamérica, 2007.

FERNANDEZ, J.; ROSSAL, M. **Punto de Encuentro / Puntos de Mira**. Montevideo: JND, 2016.

GARAT, G. **Un siglo de políticas de drogas en Uruguay**. Montevideo: FES, 2013.

HIRSCH, A. **Making the Second Ghetto**: race and housing in Chicago 1940-1960. Chicago: University of Chicago Press. 1983.

URUGUAY. Ley nº 18211, de 2007. Sistema Nacional Integrado de Salud. **Parlamento Uruguayo**, Montevideo, 2007.

ANEXO A

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS IMPORTANTES

ASSE – Asociación de Servicios de Salud del Estado

H. Maciel – Hospital Maciel

IAMC – Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

INAU – Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

JND – Junta Nacional de Drogas

MIDES – Ministerio de Desarrollo Social

MSP – Ministerio de Salud Pública

ODU – Observatorio Uruguayo de Drogas

P. Amarillo – Portal Amarillo

PBC – Pasta Base de Cocaína

Renadro – Red Nacional de Atención en Drogas

SND – Secretaría Nacional de Drogas

UdelaR – Universidad de la República

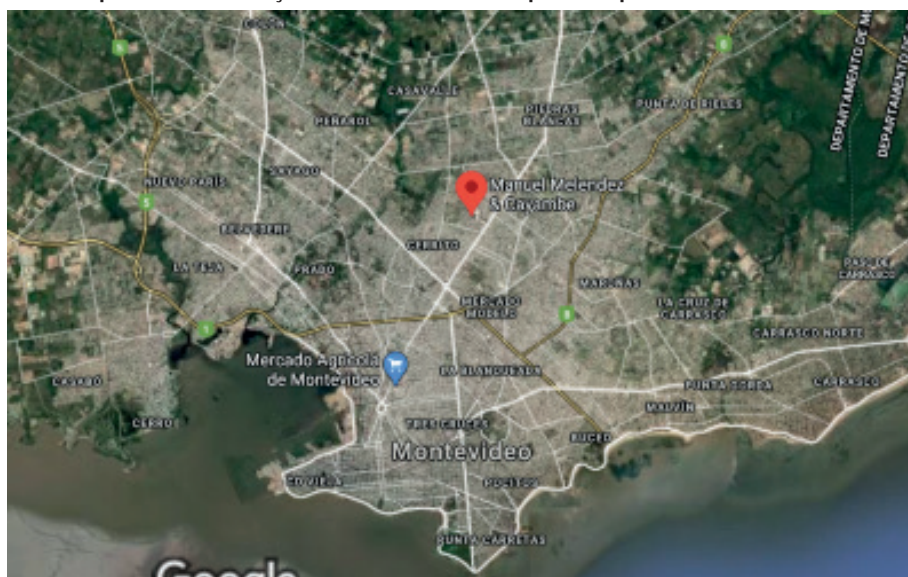
UMA – Unidad Móvil de Asistencia

Unitra - H. Clínicas – Unidad de Trastornos Relacionados al Alcohol (Unitra) del Hospital de Clínicas

ANEXO B

MAPA B.1

Mapa com a localização do caso estudado no país em questão



Fuente: Google Maps.

Obs.: imagen reproducida en baja resolución en virtud de las condiciones técnicas de los originales (nota del Editorial).

ANEXO C

FIGURA B.1
Organograma



Elaboración de la autora.

