



OEA | OAS



CICAD



CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO PARA USUARIOS DE COCAINAS FUMABLES EN TERRITORIOS VULNERABLES

INFORME DE SÍNTESIS
JULIO 2016



SEDRONAR
Presidencia de la Nación



SENAD
Secretaría Nacional de Políticas Sobre Drogas

Sea sus Derechos
Sea su Protección
Sea su Seguridad

MINISTERIO DE
JUSTIÇA

Junta Nacional de Drogas
Presidencia de la República
URUGUAY

OAS Cataloging-in-Publication Data

Inter-American Drug Abuse Control Commission. Inter-American Observatory on Drugs.

Caracterización de la oferta de atención y tratamiento para usuarios de cocaínas fumables en territorios vulnerables : Informe regional : Mayo de 2016 / [Preparado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas].

v. ; cm. (OAS. Documentos oficiales ; OEA/Ser.L/XIV.6.48)

ISBN 978-0-8270-6587-1

1. Drug addiction--Treatment. 2. Substance abuse--Treatment. 3. Cocaine abuse--Treatment. I. Title. II. Series.

OEA/Ser.L/XIV.6.48

Equipos de investigación

ARGENTINA: Daniela Montenegro (Observatorio Argentino de Drogas – SEDRONAR)
Fabiana Fernández y María Isabel Gómez (consultoras)

BRASIL: Luciana Togni Lima e Silva Surjus (Coordinadora – Universidad de Campinas. Sao Paulo)

CHILE: Manuel Castro Gatica (consultor)

PARAGUAY: Universidad Metropolitana de Asunción
Stella Maris Guerrero (SENAD)

URUGUAY: Jessica Ramirez (Observatorio Uruguayo de Drogas – JND)
Florencia Failache Artigas (consultora)

Responsables del Proyecto

ARGENTINA: Dra. Guadalupe García. Punto focal del Proyecto. Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR. Dra. Verónica Brasesco. Punto focal del Proyecto Directora del Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR

BRASIL: Dra. Cejana Passos. Punto focal del Proyecto. Jefa del Observatorio de Drogas de Brasil. SENAD.

CHILE: Lic. Alvaro Castillo-Carniglia. Punto focal del Proyecto. Jefe del Área de Estudios de SENDA. Lic. José Daniel Marin Montecinos. Punto focal del Proyecto. Jefe del Área de Estudios de SENDA. Lic. Marta Oliva Zúñiga, Asesora Área de Tratamiento de SENDA. Lic. Nicolás Rodríguez Alegría, Asesor Área de Estudios de SENDA.

PARAGUAY: Dr. César Arce. Punto focal del Proyecto. SENAD.

URUGUAY: Soc. Héctor Suárez. Punto focal del Proyecto. Jefe del Observatorio Uruguayo de Drogas de la JND.

OID-CICAD-SSM-OEA

Dr. Francisco Cumsille. Jefe del OID. Director del Proyecto.

Mag. Graciela Ahumada. Consultora OID para la Coordinación del Proyecto de Cocaínas Fumables

Mag. Marya Hynes. Investigadora OID.

Lic. María Demarco. Gestión y seguimiento administrativo del Proyecto. OID-CICAD

Lic. Ana Lemos. Gestión y seguimiento administrativo del Proyecto. OID-CICAD

Indice	Pag.
Introducción	4
Capítulo 1: Objetivos y metodología	8
1.1 Instrumento de recolección de información	10
1.2 Apreciación sobre el cuestionario y del trabajo de campo	12
Capítulo 2: Resultados por países	21
2.1 Argentina	23
2.2 Brasil	42
2.3 Chile	72
2.4 Paraguay	89
2.5 Uruguay	104
Capítulo 3: Una lectura regional	123
3.1 Acerca de la calidad y cantidad de oferta existente	123
3.2 Atención y políticas públicas	124
3.3 Principales conclusiones y recomendaciones	126
Anexo	132
Cuestionario para la caracterización de centros y dispositivos	132
Insructivo para la aplicación del cuestionario	139

Introducción

El presente documento contiene los principales resultados del estudio piloto de *Caracterización de la oferta de atención y tratamiento para usuarios problemáticos de drogas, con énfasis en usuarios de cocaínas fumables, en territorios de alta vulnerabilidad social*, realizado en los cinco países que participan del "Proyecto sobre Cocaínas Fumables en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay".

Este Proyecto desarrolla otras líneas de investigación sobre este patrón específico de consumo y contempla la caracterización y seguimiento de pacientes, la evaluación de las disfunciones cerebrales producidas por este consumo y la caracterización química de las sustancias involucradas (pasta base o base libre y sus adulterantes, principalmente).

El Proyecto de Cocaínas Fumables tiene financiamiento de la International Narcotics and Law Enforcement (INL) del Departamento de Estado de Estados Unidos, con la gestión técnica y administrativa del Observatorio Interamericano de Drogas, de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (OID-CICAD-SSM-OEA).

La CICAD-OEA convocó a funcionarios y expertos de los cinco países a una reunión inaugural del Proyecto, en la ciudad de Sao Pablo, Brasil, los días 2 al 4 de abril del año 2014, con el objetivo de conocer el estado de arte del problema de cocaínas fumables en cada país, conocer las prioridades de investigación e intervención que cada país considera en relación a los temas y necesidades nacionales, de manera tal de definir una agenda de trabajo conjunta a corto y mediano plazo. La agenda de trabajo puso énfasis en líneas de investigación, considerando que los objetivos generales del Proyecto son la conformación de una red de instituciones, investigadores y expertos nacionales sobre la problemática de las cocaínas fumables en el Cono Sur, para el abordaje conjunto, coordinado y eficiente de programas de investigación para el diseño de estrategias y acciones para la prevención y el tratamiento. Otro de los objetivos del Proyecto es avanzar en el conocimiento sobre los diferentes aspectos de esta problemática, promoviendo y coordinando el intercambio de conocimiento entre los países.

Una de las líneas de investigación definidas como prioritarias en el corto plazo, fue conocer la oferta de tratamiento y de atención-contención de usuarios de cocaínas fumables en los sectores de mayor vulnerabilidad social, siendo éstos los territorios en donde se encuentra concentrada esta población, de acuerdo a los estudios existentes en cada país.

Este documento se organiza de la siguiente manera: en el Capítulo 1 se presenta la metodología desarrollada, los criterios de selección de las zonas en donde se realizó el relevamiento de casos y el modo de abordaje en terreno. También se describen las variables del cuestionario utilizado y una reflexión crítica respecto del funcionamiento en campo. En el Capítulo 2 se presentan los resultados por país, con una introducción sobre las características del territorio abordado y los principales datos recogidos sobre los centros de tratamiento y de los dispositivos de contención y ayuda relevados. En el Capítulo 3 se analiza, desde una mirada multicéntrica, las evaluaciones realizadas por los investigadores en relación a la información encontrada: la suficiencia o insuficiencia de la oferta sanitaria y social existente en estas zonas de alto consumo y bajo nivel socioeconómico y el nivel de articulación con políticas públicas. Finalmente, se sintetizan en base a la evidencia, algunas conclusiones y recomendaciones. En el Anexo se incorpora el instrumento utilizado en la recolección de datos y el instructivo elaborado para tal fin.

Consideraciones sobre el fenómeno

Una de las características distintivas del perfil de los usuarios de cocaínas fumables, es su concentración en poblaciones con frecuentes indicadores de pobreza estructural y/o indigencia y por lo tanto, son territorios de alta vulnerabilidad social: hacinamiento, carencia de viviendas dignas, déficit en el acceso a servicios de salud y educación, altas tasas de desempleo y ocupaciones precarias. En definitiva, sectores sociales excluidos y desafiados socialmente, en los cuales el consumo de drogas es un emergente de esta pobreza y co constitutivos de identidades y trayectorias.

Por esta razón, los estudios tradicionales en población general o en estudiantes secundarios no alertaron sobre la gravedad de este patrón de consumo y fueron necesarias nuevas metodologías para conocer y estimar a la población con consumo de cocaínas fumables (pasta base, base libre, paco o crack, según las denominaciones nacionales) en las llamadas poblaciones ocultas o sectores de difícil acceso, a partir de muestreos dirigidos por los entrevistados (Responding Driven Sampling), el método NSUM - Network Scale-up Method o bien muestras específicas en territorios determinados (villas de emergencia), que fueron complementados con abordajes etnográficos y cualitativos¹.

¹ Bertoni, Neilane; Burnett, Chantal; Cruz, Marcelo; Andrade, Tarcisio; Bastos, Francisco I; Leal, Erotildes; Fischer, Benedikt Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics among young urban crack users in Brazil. *International Journal for Equity in Health (Online) JCR*, v. 13, p. 70, 2014.

Una similitud encontrada a partir de estos estudios y que interesa remarcar en relación a este proyecto específico, es la dificultad generalizada de estos usuarios para acceder a dispositivos de salud en los cuales recibir algún tipo de tratamiento por el problema del consumo de drogas y daños asociados. Estas dificultades están más asociadas a problemas existentes en la oferta que en la demanda. Es una población que en relación a otros grupos de consumidores de drogas, ha buscado o manifestado en mayor medida un deseo o voluntad de recibir ayuda. Existe un problema de la inexistencia de oferta o bien, de lo inadecuada que resulta, considerando entre otros, los horarios en los cuales se brinda atención y las características de algunos programas, el tipo y formación de los profesionales- consolidando una distancia simbólica, infranqueable en muchos casos, con los usuarios demandantes. En esta población las experiencias en la búsqueda de ayuda que culminan en procesos frustrantes son muy altas, profundizando la exclusión y desafiliación social, y por lo tanto, incrementando las razones del consumo mismo.

A partir de este diagnóstico compartido por varios países, se acordó en la Reunión de Sao Paulo desarrollar una línea de investigación que focalizara en el conocimiento sobre la oferta de programas de tratamiento existentes como así también, en otros tipos de

Cuz, MS; Andrade, TM; Bastos, F. I.; Leal, E.; Bertoni, N. ; Lipman, L ; Burnett, C. ; Fischer, B.: Patterns, determinants and barriers of health and social service utilization among young urban crack users in Brazil. BMC Health Services Research (Online) **JCR**, v. 13, p. 536, 2013.

Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR. (2012): "La magnitud del abuso de pasta base-paco (PBC), patrones de consumo y comercialización en villas de la CABA"

Fundación FIOCRUZ/Secretaría Nacional de Drogas (2013): "Perfil dos usuarios de crack e/ou similares no Brasil"

Bastos FI, Bertoni N: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2014.

Instituto de Sociología. Universidad Católica. Chile.2014: "Estudio de caracterización de personas que consumen pasta base de cocaína (PBC) de forma habitual en la Región Metropolitana"

Suárez H., Ramirez J., Albano G., Castelli L., Martínez E., Rossal M.: "Fisuras. Dos Estudios sobre pasta base de cocaína en Uruguay. Aspectos cuantitativos y etnográficos" Universidad de la República. Junta Nacional de Drogas (2014).

ONUDD, ONUSIDA, OUD-JND, CICAD-OEA: Estudios de seroprevalencia de VIH y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana. (2013)

programas sociales que brindaran contención y ayuda a los usuarios problemáticos de cocaínas fumables, principalmente en las zonas o territorios en los cuales viven.

Al igual que la prevalencia de consumo de cocaínas fumables está subregistrada en los estudios epidemiológicos nacionales, los centros y/o dispositivos de atención y tratamiento son subregistrados en los Censos o Registros Nacionales de centros de tratamiento, según explicitan los Observatorios nacionales de drogas de los países participantes. En estos registros oficiales o censos han focalizado la indagación en los dispositivos más formalizados y enlazados en los sistemas de salud y/o mecanismos de registros vinculados al subsidio para la atención de la problemática (el caso de Chile, por ejemplo), dejando afuera a un conjunto de dispositivos que brindan apoyo psicosocial a usuarios de drogas que generalmente se encuentran en espacios sociales marginales. Por lo tanto, hay un subregistro de las modalidades de contención-ayuda existentes, porque también están localizados en territorios de alta vulnerabilidad social y porque sus niveles de formalización son bajos, como seguramente también existe un subregistro de la oferta de tratamiento destinada a estos usuarios y que formen parte de modalidades de tratamiento menos formalizadas.

Es decir que, tanto la oferta de tratamiento como el acceso a los mismos, adquiere particularidades que son necesarias de sistematizar y diagnosticar, para generar evidencia que permita un mejor diseño y una oportuna adecuación de las políticas públicas dirigidas a este sector.

Capítulo 1: Objetivos y metodología

Apoyar la sistematización de información sobre la oferta de tratamiento y apoyo psicosocial existente para usuarios de cocaínas fumables es uno de los objetivos del Proyecto sobre Cocaínas Fumables y uno de los resultados esperados a partir del Taller-seminario para la discusión teórica-conceptual y metodológica sobre la caracterización y monitoreo del abordaje (detección, tratamiento y rehabilitación) del uso/uso problemático de cocaínas fumables, que se llevó a cabo en septiembre de 2014 en Santiago de Chile.²

Se diseñó entonces, un proyecto piloto específico para la Caracterización de la oferta de tratamiento y atención existente en territorios vulnerables y de alto consumo de cocaínas fumables, cuyos **objetivos** son:

- Estimar la magnitud y características de los centros de tratamiento y dispositivos de apoyo-contención, según la metodología o método de abordaje terapéutico o de apoyo psicosocial, características estructurales y funcionales, recursos humanos y profesionales, cantidad de pacientes/usuarios atendidos, en territorios vulnerables.
- Definir un protocolo consensuado para el registro.

Al ser un proyecto piloto, la evaluación de la metodología empleada es un objetivo importante, de tal manera de realizar a posteriori los ajustes necesarios para ampliar el registro a otras zonas y para mejorar el modo de caracterización de los centros y dispositivos.

Metodología

La **unidad de análisis** son los centros de tratamiento y los dispositivos de apoyo-contención existentes en los territorios o zonas de alto consumo de cocaínas fumables.

Por **centro de tratamiento** se entiende a todas las instituciones terapéuticas, públicas o privadas especializadas o no en el manejo de la problemática del uso indebido de drogas, que brindan tratamiento, es decir, un proceso de intervención terapéutico dirigido a personas que tienen consumo problemático de alcohol y otras drogas, cuyo objetivo es la superación de los problemas de abuso y/o dependencia a las drogas. Los procesos de

² Ver el documento: "Características de la demanda y de la oferta de servicios de atención", elaborado a partir de las presentaciones realizadas en el Taller, por la coordinación del Proyecto de Cocaínas Fumables. OID-CICAD (2015).

tratamiento se realizan a través de una variada gama de opciones terapéuticas y de recursos asistenciales ofrecidos por profesionales y técnicos acreditados en esta labor.

Los criterios mínimos para que una institución terapéutica sea considerada como centro de tratamiento, establecen que la misma cuente con:

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

Por **dispositivo de apoyo-contención** se entiende a aquellas instituciones u organizaciones públicas o privadas que abordan los problemas por abuso de sustancias (alcohol y otras drogas) y no cumple con los tres criterios de centro de tratamiento.

Selección de zonas (barrios, ciudades) en donde se realizará el estudio: a partir de la información proveniente de estudios específicos sobre el consumo de cocaínas fumables, de otros estudios generales o de otras fuentes (trabajo en territorio, policía, salud pública, justicia, etc.) se identificarán dos zonas por país, que sean de alto consumo de cocaínas fumables, que por condición, también serán zonas de vulnerabilidad social. Al ser una prueba piloto, se sugiere que se elijan las zonas más emblemáticas en relación al problema y de fácil acceso considerando los fondos y el tiempo disponible.

Técnica para el relevamiento: una vez seleccionadas las zonas en donde se efectuará el relevamiento de centros de tratamiento y de dispositivos de apoyo y contención, se toma como base los registros existentes en el país (censos nacionales, registros de salud o desarrollo social) para identificar si en la zona elegida existe algún centro o dispositivo y a posteriori, constatar su permanencia. También son importantes los informantes clave en cada zona, que pueden ser desde instituciones a organizaciones y personas que revistan esta condición (centros de salud, programas sociales y comunitarios, escuelas, comedores, partidos políticos, centros vecinales, centros religiosos, referentes sociales de la comunidad o territorio, entre otros). A partir de ambas fuentes, registros e informantes clave, se inicia un proceso exploratorio a través de la técnica de bola de nieve, para la incorporación y registro de nuevos casos, hasta agotar el territorio seleccionado.

La implementación de este proyecto piloto se llevó a cabo en las siguientes zonas y meses en cada uno de los países participantes, en el capítulo siguiente se detallarán por países las características sociodemográficas de cada una de ellas y los centros y dispositivos encontrados.

País	Zonas seleccionadas	Meses del relevamiento
Argentina	Distritos Sur, Sudoreste y Noroeste de la ciudad de Rosario – Provincia de Santa Fe Villa 21-24 Zabaleta, Comuna 4 Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Junio y julio de 2015
Brasil	Región Central del Municipio de Sao Paulo, Estado de Sao Paulo	Febrero y marzo de 2016
Chile	San Bernardo. Región Metropolitana Iquique y Alto Hospicio. Región de Taracápá	Julio a octubre de 2015
Paraguay	Asunción y Departamento Central	Agosto y septiembre de 2015
Uruguay	Zonas de alta vulnerabilidad social de Montevideo	Junio, julio y agosto de 2015

1.1 Cuestionario para la recolección de la información

Se elaboró un instrumento destinado a caracterizar a los distintos dispositivos que están realizando intervenciones en personas que presentan consumo problemático de sustancias, en coordinación con el Proyecto de Indicador de Demanda de Tratamiento del Sistema de Datos Uniformes sobre Consumo de drogas (SIDUC) del Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD-OEA. (Se adjunta la versión utilizada en este proyecto y el instructivo en el Anexo).

El mismo debe ser aplicado por un entrevistador, previamente entrenado, al director del centro y/o al encargado técnico del programa, en una entrevista pautada y garantizando las condiciones de confidencialidad de la información solicitada en el marco de los objetivos del estudio.

El instrumento o cuestionario cuenta con ocho módulos, organizados de la siguiente manera:

MODULO I: Identificación del centro/dispositivo: nombre del centro y del respondente; cargo; dirección del establecimiento y datos de contacto.

MODULO II: Funcionamiento del centro y capacidad de atención: dependencia del centro (público o privado con o sin fines de lucro, fuentes de financiamiento, nivel de atención (ambulatorio, residencial, mixto); tipo de dispositivo (consultorio de atención primaria, Hospital de día, Servicio clínico de psiquiatría en Hospital general, Hospital o Clínica Psiquiátrica, Unidad de urgencia psiquiátrica, Comunidad terapéutica, Grupo de autoayuda, Centro de apoyo comunitarios o de contención, Residencias de inclusión social

-centros de medio camino-, Hospedería, albergue u otro); objetivo principal de la atención que otorga (eliminación o reducción del consumo, modificación de las causas del consumo, reducción de las consecuencias del consumo); si el dispositivo ofrece *tratamiento formal*; si el acceso al tratamiento siempre es voluntario; cuáles son las principales formas en que las personas llegan a tratamiento (consulta espontánea, derivación de salud o de justicia); existencia de protocolos o guías clínicas basadas en evidencia para el tratamiento; existencia de ficha o registro individual de la historia clínica; existencia de plana de tratamiento individual; incorporación de la familia al proceso terapéutico; tipo y número de egresos totales en el año anterior; cantidad de usuarios que asistieron durante el último mes; número de camas disponibles y duración promedio del tratamiento residencial; capacidad de atención de centros ambulatorios (número de personas promedio que se atienden en un mes, número de veces promedio que asisten al centro en una semana, duración promedio del tratamiento ambulatorio); disponibilidad de condiciones para que asistan usuarios con niños.

MODULO III: Población objetivo: según sexo, grupos de edad (niños, adolescentes, jóvenes y adultos); previsión social; diagnóstico clínico (abuso, dependencia y otra patología psiquiátrica); poblaciones específicas (mujeres embarazadas, personas en situación de calle; cumpliendo condena en medio libre; minorías sexuales LGBT, otras).

MODULO IV: Cartera de servicios: tipo de servicio que ofrece (alimentación, aseo personal, ropa limpia, talleres recreativos y de capacitación en oficios, orientación laboral, apoyo en ingreso a la red de atención de salud general y a la red de seguridad social, actividades de autoayuda, con grupos y organizaciones de la comunidad, otros); prestaciones que realiza el centro (diagnóstico, consulta de salud mental, psiquiátrica, psicológica, psicoterapia individual, grupal y familiar, consulta médica, interacción psicossocial de grupo, consejería individual y familiar, visita domiciliaria, actividades de autoayuda, educativas formales, artísticas, atención telefónica, seguimiento post alta, actividades con grupos y organizaciones de la comunidad, actividades dirigidas a la inclusión social, de gestión del programa); gestión propia o tercerizada de exámenes de laboratorio.

MODULO V: Recursos humanos: cantidad, horas de trabajo semanales y capacitación en drogodependencia de médicos generalistas, psiquiatras, toxicólogos, infectólogos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, orientadores familiares, psicopedagogos, profesores, técnicos operadores terapéuticos, auxiliares de enfermería, religiosos y personal administrativo y de apoyo (seguridad, limpieza, alimentación, otros).

MODULO VI: Funcionamiento de la red: los pacientes llegan por consulta espontanea o por derivación, principales necesidades de derivación de pacientes/usuarios, si están cubiertas las necesidades de derivación, evaluación del mecanismo de derivación, existencia de listas de espera de pacientes/usuarios, participación de alguna red de centros y como está conformada, quién la coordina y principales objetivos.

MODULO VII: Recursos Físicos: existencia de autorización sanitaria vigente, características de la infraestructura (salas, dormitorios, baños, areas verdes, comedor)

MODULO VIII: tecnología y sistemas de Información: tenencia de telefonía tradicional, celular, internet, pagina web, correo electrónico, computadoras; modo de registro de la información de los pacientes/usuarios (ficha en papel, registro electrónico, no hay, otro); existencia de forma rápida de entregar información al pacientes/usuario y su familia.

1.2 Apreciación sobre el cuestionario

En relación a la valoración general del cuestionario, la experiencia de Argentina y Uruguay fue regular, sobre todo sobre el diseño del cuestionario destinado a caracterizar a los dispositivos de apoyo y contención. De todos modos, los equipos de trabajo rescatan que fue útil para relevar ciertas características de los centros de tratamiento y la implementación no tuvo importantes dificultades, según la evaluación del equipo de Argentina.

Diferente fue la experiencia del equipo de Paraguay, que ha valorado como muy bueno y bueno al cuestionario, no mencionando ningún obstáculo importante. Para el equipo de Chile la evaluación del cuestionario es buena, aun cuando considera que hay algunos aspectos que se podrían mejorar. Del mismo modo se refiere el equipo de Brasil, en tanto el instrumento contaba con las dimensiones suficientes para captar los aspectos fundamentales de los servicios y organizado a partir de temas bien elaborados y un conjunto de variables que permitió un registro completo y claro. Sin embargo, fue necesario realizar una buena capacitación para su utilización, dado el perfil técnico del cuestionario y se sugiere incorporar como encuestadores a personas con experiencia en las politicas públicas.

1.2.1 Principales obstáculos del cuestionario

A continuación se detallan los principales aspectos mencionados por los equipos de trabajo de cada uno de los países en relación a los obstáculos que tuvo la aplicación del cuestionario:

- ✓ El cuestionario destinado a caracterizar a los dispositivos de ayuda y contención no cumplió acabadamente con su propósito, al menos para dos países (Argentina y Uruguay), en tanto no permitió captar los principales rasgos de este tipo de intervenciones, como así también la dinámica del funcionamiento cotidiano y la composición de los equipos de trabajo (por ejemplo, en la descripción de las profesiones que integran los equipos de trabajo, se omiten sociólogos o abogados)
- ✓ Poca flexibilidad y apertura (Argentina)
- ✓ La diversidad de dispositivos y servicios existentes hizo que el formulario no fuera adecuado para la mayoría de centros e instituciones (Uruguay)
- ✓ En las preguntas referidas al ingreso de los usuarios al centro de atención, se contemplaban sólo derivaciones y consulta espontánea y no estrategias de captación y formación de demanda por parte de los equipos, tarea que distingue particularmente el accionar de este tipo de dispositivos (Argentina)
- ✓ El cuestionario dificultó el ingreso de información de dispositivos y programas de intervención que no funcionan en una sede física fija o edificio propio ya que su trabajo cotidiano no se desenvuelve en consultorios u oficinas sino que implica el desplazamiento por diferentes sectores de los barrios (Argentina)
- ✓ Algunas preguntas fueron demasiado específicas para que los encuestados las pudieran responder fácilmente, tales como la información física sobre los establecimientos, metros cuadrados, egresos o personas atendidas durante ciertos periodos, tipos de contratos de los trabajadores y existencia de los permisos sanitarios. La naturaleza de los datos solicitados demandaba la revisión o construcción de los mismos con tiempos que no siempre fue posible obtener de las instituciones, requiriendo un seguimiento posterior al primer encuentro y modificando el tiempo planificado, la logística y el presupuesto del campo (Chile y Uruguay)
- ✓ Preguntas que inducían a respuestas políticamente correctas, lo que lleva a pensar la necesidad de otro tipo de técnica para abordar determinados aspectos (Uruguay)
- ✓ El lenguaje empleado es muy técnico, lo requirió que los entrevistadores tuvieran mucho conocimiento del tema y que la capacitación fuera intensa (Brasil).
- ✓ No consideró en la clasificación, situaciones donde el centro o dispositivo fuera público pero cuya gestión fuera realizada por organizaciones privadas sin fines de lucro (Brasil).

1.2.2 Cómo se subsanaron los problemas en el campo?

- ✓ En los informes de campo se detalló minuciosamente aquella información que no pudo volcarse en el instrumento, ni en la base de datos (Argentina)
- ✓ Seguimiento constante y mantención de contacto para explicar y asesorar a la persona respondiendo la encuesta sobre como completarla. Con todos los centros y dispositivos contactados se tuvo una primera entrevista cara a cara para luego hacer seguimiento a través de vía telefónica e email (Chile)
- ✓ Se incluyeron nuevas preguntas, incluso no cerradas, como forma de dar cuenta de la complejidad descubierta en el propio trabajo de campo (Uruguay).
- ✓ Considerar los servicios públicos gestionados por organizaciones privadas sin fines de lucro como públicos.

1.2.3 Efectividad del cuestionario

Por efectividad del cuestionario se entiende que el tiempo de duración promedio de cada entrevista haya sido el razonable (no más de una hora) y que la cantidad de entrevistados o informantes que fueron necesarios para completar los datos requeridos no sea mayor a dos personas y que la entrevista haya sido posible en uno o dos intentos.

- ✓ En cuanto a la duración de la entrevista, el tiempo empleado tuvo una variación promedio entre una hora y dos horas, lo cual se encuentra razonable. Uruguay realizó las entrevistas en un tiempo de entre 40 minutos y una hora, Argentina indica un promedio de una hora, Paraguay y Brasil de una hora y media, Chile entre una y dos horas.
- ✓ En cuanto a la cantidad de personas que fueron entrevistadas para completar la información requerida en el cuestionario, en Brasil alcanzó con una sola persona y en Chile y Uruguay en algunos centros o dispositivos, fueron necesarias hasta tres personas, lo que dificultó el proceso y no siempre pudo registrarse la información buscada.
- ✓ Sobre la cantidad de entrevistas o visitas que debieron realizarse a los centros o dispositivos para completar la información del cuestionario en la mayoría de los casos fue necesaria una sola.

- ✓ En el caso del trabajo en Argentina, este estudio piloto posibilitó que se mantuvieran entrevistas con más de un miembro de cada equipo para indagar otras cuestiones ajenas a este estudio, pero cuya implementación ayudó a realizar, sobre la dinámica de su accionar cotidiano, las principales dificultades encontradas, la historia y los cambios en los dispositivos de atención, las características de la población que reciben, etc. También se mantuvieron reuniones y entrevistas con funcionarios del gobierno municipal, trabajadores del sistema de salud y referentes barriales, en uno de los territorios elegidos para el estudio.

1.2.4 Recomendaciones para mejorar el cuestionario

- ✓ Flexibilizar el diseño para que pueda captar las diferentes estrategias de atención que los equipos de los recursos socio-sanitarios, centros terapéuticos o centros barriales, desarrollan en el trabajo con los usuarios de sustancias (Argentina)
- ✓ Realizar una fase exploratoria con los centros y dispositivos con informantes calificados, previo a la construcción del instrumento de relevamiento de datos (Uruguay)
- ✓ Contemplar la diversidad de tipos de instrumentos, con preguntas que se adecuen a su marco normativo y de funcionamiento en los hechos (Uruguay)
- ✓ En la pregunta sobre tipo y número de egresos: especificar si se quiere eventos o pacientes egresados, dado a que un mismo paciente puede egresar más de una vez en el mismo año. En el caso de Uruguay se entendió la unidad en términos de persona-paciente (Uruguay)
- ✓ En la pregunta 13 incluir la opción "otros, cuáles" para incorporar una mayor diversidad de situaciones (Brasil).
- ✓ En la pregunta 29 redimensionar los intervalos de edad de modo de contemplar la edad de 18 años, como diferenciador (más o menos de 18 años) (Brasil).
- ✓ En la pregunta 34 incluir la función de acogimiento, resguardo, como postura ético-moral y no solamente como función o procedimiento, ya que es una estrategia muy utilizada en Brasil.
- ✓ En la pregunta 36 se sugiere:
 - Diferenciar la información con el número de profesionales por categoría y la carga horaria semanal de cada uno.
 - Que cada profesional indicado individualmente puede describir su situación contractual, evidenciando la diversidad de vínculos laborales e un mismo

servicio pudiéndose explorar cualitativamente sus repercusiones. Esta sugerencia es cuestionada por el equipo de Uruguay, debido a las dificultades que tuvo en el relevamiento la búsqueda de precisión y especificidad en la información, que demandó mayor tiempo y contactos en procura de obtener los datos.

- Abrir la variable "capacitación en drogodependencia" a otras posibilidades (Brasil).

1.3 Apreciaciones sobre el procedimiento de búsqueda

1.3.1 Argentina

Descripción del procedimiento

- ✓ El conocimiento previo que tenían las consultoras que trabajaron en el relevamiento sobre el territorio (problemática y actores), permitió que la entrada a campo no presentara mayores inconvenientes.
- ✓ En el caso de la Villa 21 - 24/Zavaleta, la vía de entrada a los centros fue por dos caminos posibilitados por contactos previos. Por una parte, el responsable del Programa Hogar de Cristo fue el encargado de establecer los contactos con aquellos dispositivos pertenecientes a este programa priorizando los que están ubicados en la villa. A su vez, parte del equipo de trabajo recorre los pasillos de la villa y las avenidas circundantes en la búsqueda de aquellos usuarios que por su compromiso con el consumo u otros motivos no se acercan al hogar. También se incluyeron en el estudio el centro barrial y los grupos de familiares entre otros. Al ir relevando la información de estos centros, los equipos de cada uno de ellos fueron vinculando a la consultora con otras instituciones como el CESAC n° 35, y la Casa Amigable de Zavaleta, dependiente del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte (ex Cenareso) y se tomó contacto con el equipo de trabajo de CEDECOR (SEDRONAR) descentralizado quienes al tiempo que participaron de la investigación, colaboraron en el armado de los vínculos con otras organizaciones dedicadas al tema. En este sentido el vínculo con la red de atención socio-sanitaria de la villa 21 - 24 fue a través de distintas instancias, una organización social y un organismo del estado. El trabajo de campo demostró la existencia de una red de instituciones y organismos consolidada que se expande a partir de la presencia de nuevos actores.
- ✓ En Rosario, el reconocimiento de los dispositivos que se incluyeron en el estudio fue a través de la municipalidad. Se mantuvieron entrevistas con miembros de la

Dirección de Salud Mental, quien articula con los centros de salud del primer nivel de atención las derivaciones correspondientes por consumo problemático de sustancias. Se diagramó un listado de instituciones que la Dirección conoce como centro de tratamiento para los consumos problemáticos, detallando aquellas a las cuales deriva los casos recibidos en los centros de salud distritales. No se registraron dispositivos de apoyo-contención, al menos con las características que prioriza el presente proyecto. El acercamiento al territorio se formalizó a través de los centros de salud quienes reciben la demanda de atención y realizan las derivaciones correspondientes a través de la dirección. Se mantuvieron entrevistas con trabajadoras sociales y médicas de los centros de salud Las Flores (Distrito Sur), Maiztegui (Distrito Sudoeste) y Ceferino Namuncurá (Distrito Noroeste). Los centros de tratamiento referenciados en la ciudad de Rosario no están instalados en el territorio, si bien todos ellos trabajan en sintonía con los problemas barriales y las vulnerabilidades de sus pacientes. En este sentido, el instrumento fue aplicado al mayor número de centros de tratamiento identificados como tales. A partir del relevamiento realizado mediante reuniones con referentes de esos mismos centros, y como fue señalado, con las autoridades estatales que derivan a los mismos se ubicaron nueve centros de tratamiento por consumo problemático de sustancias que reciben derivaciones estatales (SESDRONAR, DPA – Dirección Provincial de Adicciones-, Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Rosario) y financian los tratamientos.

Principales dificultades

- ✓ Los centros de tratamiento que se ubicaron en la ciudad de Rosario, no están instalados en territorios vulnerables si bien todos ellos trabajan en sintonía con los problemas barriales y las vulnerabilidades de sus pacientes.
- ✓ En las entrevistas mantenidas con representantes de la red de atención local en la ciudad de Rosario, no se hallaron registros de dispositivos de apoyo-contención, al menos no en los términos en los cuales se definen en el Proyecto (aquel que aborda problemas por uso de sustancias y no cumple con los 3 criterios de los centros de tratamiento). A su vez, en el recorrido por el territorio tampoco se encontraron este tipo de centros.

¿Cómo fueron subsanados los problemas del procedimiento de búsqueda?

En Rosario el instrumento fue aplicado al mayor número de centros de tratamiento identificados como tales independientemente se encuentren en territorios vulnerables o no.

1.3.2 Brasil

Descripción del procedimiento

La búsqueda de centros y dispositivos fue propuesta inicialmente a partir del acceso a los sitios y documentos oficiales de gestión municipal y federal. Fueron consultados sitios del Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y del Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre de la Prefectura de Sao Paulo.

Principales dificultades

Limitado acceso a algunos sitios e imprecisión de la información encontrada

¿Cómo fueron subsanados los problemas del procedimiento de búsqueda?

Se modificó la metodología inicial de centrarse en registros oficiales y se partió de los servicios indicados por la gestión municipal y los referenciados por los gerentes entrevistados (bola de nieve).

1.3.3 Chile

Descripción del procedimiento

- ✓ Se establecieron coordinaciones con las instituciones de gobierno responsables de la salud a nivel comunal (principalmente municipios a través de la Dirección de Salud comunal).
- ✓ Se participó de reuniones de los principales actores comunales gubernamentales y sociales trabajando en el tema de drogas y alcohol a nivel comunal.
- ✓ Se participó de las mesas de trabajo que coordina el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol (SENDA) a nivel comunal (solo para el caso de Iquique y Alto Hospicio).
- ✓ A partir de estas instancias se identificaron centros y dispositivos en la comuna los que luego fueron entrevistados. Durante la entrevista se les solicitó a estos que identificaran otros centros y dispositivos en la comuna.

Principales dificultades

Poca accesibilidad a centros informales (dispositivos). Hay un desconocimiento por parte de los profesionales del área de la salud en la comuna de la existencia de centros de tipo informal. Una posibilidad es que no existan, lo que sería extraño, pero esta es una hipótesis que necesita mayor investigación.

¿Cómo fueron subsanados los problemas del procedimiento de búsqueda?

La búsqueda se concentró principalmente en la información que pudieran entregar los encargados de programas de drogas y alcohol del nivel comunal. Se recurrió además a trabajadores sociales de los consultorios de salud comunal, y se visitaron iglesias en ambas zonas. También se realizó una búsqueda a través de internet.

Recomendaciones para mejorar la metodología de búsqueda

Es necesario implementar una metodología de trabajo que permita levantar la presencia de dispositivos informales, que no forman parte de la red de salud vinculada con SENDA y con el Ministerio de Salud. Es necesario desarrollar estrategias específicas que permitan recoger información de este grupo.

1.3.4 Paraguay

Descripción del procedimiento

A través del *Segundo Censo Nacional de Centros de Tratamiento para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol y otras Drogas. Programa Nacional Integrado para el Paraguay 2011-2014*, se obtuvo el listado de los centros de tratamiento y/o dispositivo de ayuda ubicados en la Ciudad de Asunción y en el Departamento Central.

Principales dificultades

El listado o base de datos estaba desactualizada.

¿Cómo fueron subsanados los problemas del procedimiento de búsqueda?

Con la idoneidad, la fluida comunicación y colaboración sostenida, entre los profesionales miembros del proyecto y los directores o referentes de los diferentes Centros de Tratamiento o Dispositivos de apoyo-contención.

1.3.5 Uruguay

Descripción del procedimiento

Se partió de un listado exhaustivo de las instituciones que brindan servicios en el área de tratamiento para usuarios problemático de drogas en todo el país. Esto 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.

Principales dificultades

La identificación y coordinación de entrevista con el informante calificado de cada servicio o centro de tratamiento.

¿Cómo fueron subsanados los problemas del procedimiento de búsqueda?

Se requirió de mayor tiempo del inicialmente planificado y contactos sistemáticos para alcanzar a concretar la entrevista con las personas indicadas, lo que permitió que en la mayoría de los casos se alcanzara.

Recomendaciones para mejorar la metodología de búsqueda

No hay forma de mejorar este aspecto desde el diseño, dadas las características de las dificultades planteadas.

Capítulo 2: Resultados por países

Debido a la complejidad y heterogeneidad de situaciones que tienen las zonas de vulnerabilidad social elegidas por los países para realizar la caracterización de la oferta de atención y tratamiento y la baja cantidad de casos en cada país, se decidió presentar los datos sobre la caracterización de los centros y dispositivos de ayuda y contención de manera separada por país, de manera de que puedan ser analizados en sus determinados contextos sociales y territoriales.

Atender esta heterogeneidad es relevante, en la medida en que fortalece la necesidad de privilegiar las particularidades y los contextos en la producción de la información y sobre todo, en el análisis de la misma. De todos modos, al haber realizado este proyecto de manera conjunta entre los cinco países que participan del proyecto, nos permite, como se ha expuesto en el capítulo anterior, encontrar similitudes en relación a la evaluación de los procedimientos metodológicos adoptados y por lo tanto, fortaleciendo las apreciaciones. La mirada multicéntrica sobre la metodología empleada es un insumo invaluable para el proceso de revisión necesario que tendrá como resultado, un metodología más robusta.

De todas maneras, a continuación se puntualizan aspectos a resaltar en relación a la información recogida, pero desde una mirada regional:

- ❖ En relación a la cantidad y tipo de instituciones caracterizados, la cantidad de usuarios de cocaínas fumables atendidos en el último mes anterior al relevamiento de la información y el tamaño poblacional de las zonas de ubicación de las instituciones, la distribución fue la siguiente:
 - ✓ Argentina registró a 13 instituciones (7 centros y 6 dispositivos) que en total recibieron en el último mes a 289 usuarios. Las zonas seleccionadas tienen alrededor de 70 mil habitantes en la villa de la Ciudad de Buenos Aires y 434 mil en los tres distritos de la ciudad de Rosario, de la provincia de Santa Fe.
 - ✓ Brasil registró información de 3.449 usuarios de crack, ubicados en la Prefectura da Se con 431 mil habitantes.
 - ✓ Chile caracterizó a 28 instituciones (26 centros y 2 dispositivos), que atendieron en el último mes a unos 5.457 pacientes, en una zona de unos 560 mil habitantes (zonas de Iquique, Alto Hospicio y San Bernardo).

- ✓ Paraguay registró a 12 instituciones, (5 centros y 7 dispositivos), durante el último mes atendieron a unos 888 usuarios, en una población de 567 mil habitantes de Asunción.
- ✓ Uruguay caracterizó a 13 instituciones (4 centros y 7 dispositivos), que tienen en el territorio de mayor pobreza de Montevideo 64 puntos de acceso. Sólo se obtuvo información sobre los usuarios atendidos en 15,6% de los puntos de acceso. En seis instituciones (diez puntos de acceso) se atendieron unos 376 usuarios en el último mes. La población de los barrios que conformaron los territorios estudiados es de 368.000 personas.

- ❖ Más de la mitad de las instituciones caracterizadas son centros de tratamiento, en tanto cumplen los tres requisitos establecidos: tienen un programa de tratamiento escrito y con objetivos terapéuticos definidos, utilizan una ficha clínica por paciente y han conformado un equipo técnico y profesional multidisciplinario especializado.

- ❖ Los dispositivos de contención y ayuda presentan una heterogeneidad importante incluso al interior de cada país, y quizás por ello, tal como quedó establecido en el capítulo anterior, el cuestionario para levantar información tuvo dificultades.

- ❖ Es interesante notar que tanto los centros de tratamiento como los dispositivos de contención y ayuda son públicos o bien, siendo de gestión privada no gubernamental, sus fondos dependen en su mayoría del estado, sea nacional, estadual o municipal. Una vez más queda demostrada la importancia del Estado para atender la cuestión social, sobre todo aquella que se encuentra en condición de mayor despojo.

- ❖ Los centros y dispositivos en tres de los cinco países están articulados a una política nacional o estadual de atención a los problemas del consumo de sustancias psicoactivas, al menos desde su diseño y gestión. Son los casos de Brasil, Chile y Uruguay. Pero en los cinco países se observan instancias de trabajo en red, sobre todo en lo que hace al ingreso de pacientes/usuarios y su posible derivación a otros centros de atención de mayor complejidad o especificidad. El armado de la red articula los dos tipos de instituciones, centros y dispositivos, y en algunos casos son complementarios. Esta situación es relevante al momento de considerar la promoción y articulación de ambos tipos de instituciones, antes de bregar por uno u otro.

- ❖ La reducción del consumo aparece como uno de los principales objetivos de los centros y dispositivos, así como la reducción de las consecuencias del consumo, más que la eliminación del mismo. Estas definiciones partirían de una concepción de reducción de daños y sería interesante indagar si lo mismo ocurre en dispositivos que tratan con otros usuarios problemáticos de drogas o bien, tiene que ver con la población objetivo de este proyecto.

2.1 ARGENTINA

La selección de las áreas de trabajo siguió los lineamientos establecidos en el proyecto, en tanto se priorizaron dos zonas que se configuran como “territorios de alto consumo de cocaínas fumables” situadas en diferentes regiones del país.

Así, se consideraron en primer lugar los centros urbanos en los que se registrara consumo de pasta base/paco en los estudios sobre consumo de sustancias psicoactivas en población general y estudiantes de enseñanza media. Dado que las fuentes oficiales y registros de pacientes (de hospitales, consultorios ambulatorios, internaciones, etc.) son escasos y fragmentarios, se seleccionó a la ciudad de Rosario en tanto fue la ciudad con mayor prevalencia de año para el consumo de pasta base/paco, según el último estudio nacional en población general en el año 2011. En el caso de la ciudad de Buenos Aires, para seleccionar la zona en la cual realizar el relevamiento, se incorporó también la información provista por informantes clave, a saber, referentes locales, trabajadores de organizaciones sociales vinculadas o no al consumo de sustancias psicoactivas y profesionales de dispositivos descentralizados de SEDRONAR.

Villa 21-24, Barracas, CABA.

En este barrio, la problemática del consumo de drogas está presente en el espacio público y en la vida cotidiana de los vecinos desde décadas atrás, según refieren los informantes clave. Es también uno de los barrios más referenciados por los usuarios para la compra de sustancias ilegales y el consumo prolongado durante días. Los referentes destacan el consumo de pasta base/paco, y también de pegamentos o solventes y psicofármacos combinados con alcohol. Tanto los vecinos del barrio como los mismos usuarios, distinguen diferentes modalidades de consumo estableciendo una diferenciación entre los consumidores de drogas y los “fisuras”, refiriéndose con este último término a jóvenes y adultos que se encuentran viviendo en la calle y mantienen un consumo intensivo y

sostenido en el tiempo de distintas sustancias (entre ellas la pasta base-paco). En muchos casos debido a las situaciones a las que se exponen, pierden sus pertenencias y por diversos motivos no regresan a sus hogares permaneciendo de este modo en las calles y los pasillos de la villa. Su presencia es conflictiva para los vecinos, algunos de ellos se molestan por su aspecto y forma de circular en el barrio, y otros se ven interpelados y manifiestan que alguien debería ocuparse de ellos.

Entre las prácticas de consumo más habituales referidas por responsables de los dispositivos, trabajadores y usuarios, se encuentran las denominadas “giras”, salidas por varios días o semanas en las que los usuarios integran redes de pares con dos o más personas donde establecen también vínculos ocasionales u oportunistas con los transas.

Una característica distintiva de la villa 21-24 en los últimos años es la presencia de numerosos actores estatales tanto municipales como nacionales. En el barrio se ubica la Casa de la Cultura, sede del Ministerio de Cultura de la Nación que ofrece sus instalaciones para el uso de otros dispositivos estatales como el CEDECOR descentralizado de SEDRONAR, entre otros. Hay también trailers del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación pertenecientes al Plan Ahí, centros de salud municipales, dispositivos del Ministerio Público Fiscal y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, una casa del Hospital Nacional en Red (ex CENARESO) entre otros. También se encuentran múltiples organizaciones sociales y asociaciones civiles. La articulación entre estos actores es muchas veces problemática y su inserción en el territorio, variable. Más allá de estas dificultades, el principal actor en la atención de los consumos problemáticos de sustancias en el barrio es la red conformada por los Hogares de Cristo, perteneciente a la vicaría del arzobispado de la ciudad de Buenos Aires. Su inserción territorial en la villa 21-24 es muy extensa y data desde el año 2008. El núcleo principal es la Parroquia de Caacupé, ubicada en el centro de la villa, a través de la cual se articulan las actividades que se realizan en el barrio. El programa Hogar de Cristo es reconocido por los vecinos y establece vínculos con casi todos los actores territoriales –usuarios, familiares, vecinos, fuerzas de seguridad– mediante diferentes estrategias. Este reconocimiento nodular por parte de la comunidad se afianza en las características propias del barrio, sus movimientos migratorios y la enorme cantidad de fieles de la virgen guaraní que viven en la villa.

Rosario - Santa Fe.

En los últimos años Rosario se ha puesto en el foco del debate público debido al protagonismo que cobraron las nuevas configuraciones del mapa delictivo en la ciudad. El aumento de la violencia y las bandas vinculadas al tráfico ilícito de sustancias ha puesto en

relieve la discusión sobre la criminalización del consumo y el estigma social. Si bien este fenómeno no es nuevo -puede rastrearse desde principios de los años 90 con las bandas constituidas por familias y pequeños traficantes- la pobreza y la marginación social han favorecido este circuito. Según dos informes de la Universidad de Rosario, los núcleos que favorecieron y favorecen el desarrollo de estos circuitos están vinculados a la complicidad policial, y a las enormes ganancias ilícitas que se blanquean a través del circuito legal (abogados, asesores financieros), que garantizan la impunidad del comercio de sustancias.

A su vez, los medios de comunicación muchas veces contribuyen al armado de este escenario con la publicación de informes y programas sobre “la alarmante situación de Rosario” produciendo de este modo una vinculación naturalizada entre la ciudad de Rosario y la violencia, homicidios y delincuencia asociados al narcotráfico. Esta construcción de sentidos favoreció la estigmatización de determinados territorios -y sus habitantes- dificultando así el fortalecimiento de los dispositivos de la red socio sanitaria local.

De esta manera, ambas zonas son señaladas como de alto consumo de sustancias, en particular pasta base/paco. La villa 21-24 pudo abordarse debido a su extensión territorial y las posibilidades de inserción en la misma. En el caso de Rosario, se realizó un rastillaje previo por sectores que permitió la delimitación y ubicación de los centros.

Descripción de las zonas

Villa 21-24

Previo a la caracterización de la población actual y las condiciones de vida de la villa es preciso mencionar que existen algunas dificultades en torno al acceso de la información, así como también se encuentran ciertas inconsistencias y sub-registros en las distintas fuentes estadísticas.

La villa 21-24 de Barracas se encuentra delimitada por las calles Magaldi, Alvarado y las vías del ferrocarril (en forma de triángulo). Luna, Riachuelo, Iguazú, C.S/Nombre, Iriarte, F.F. Belgrano y Borde del Riachuelo, con un área de ocupación de 65,84 Ha. Se compone de tres núcleos principales: Villa 21 (el más grande), Villa 24 (bordeando el Riachuelo) y Zavaleta (el más antiguo). Existen además otras fracciones, como Tres Rosas o Tierra Amarilla, que obedecen a denominaciones barriales al interior de la villa.

Según el Censo 2010, en la villa 21-24 residen alrededor de 29.782 personas y en el NHT-Zavaleta, unas 2.906 personas. Sin embargo, estos datos no coinciden con la percepción de los residentes locales quienes señalaron las dificultades que los censistas tienen al ingresar a ciertos lugares del barrio que no pudieron ser relevados. Una referente planteó que en toda la villa se estima viven aproximadamente 70.000 personas en la actualidad.

De acuerdo a la Encuesta Anual de Hogares 2013, la Comuna 4 tiene una Tasa de Desocupación del 7,7% de la PEA (+2,1 puntos porcentuales respecto al total de CABA - 5,6%-), una Tasa de Subocupación del 11,2% (+2,5 p.p. por sobre el promedio de CABA - 8,7%-) y una Tasa de Subutilización de la Fuerza de Trabajo (resultado de agregar desocupación y subocupación) del 18,9% (+4,6 p.p. en relación al nivel general de CABA: 14,3%). En este sentido, la Comuna 4 es la comuna con mayores tasas de desocupación y de subutilización de la ciudad. Considerando la población mayor a 10 años, según la misma fuente, en la Comuna 4 la Tasa de Sobreocupación (aquellos que trabajan más de 45 horas semanales) en 2013 fue del 34,4%, ubicándose así 4,8 p.p. por sobre el promedio de CABA (29,6%). La Comuna 4 ocupa el segundo lugar en el mayor nivel de sobreocupación de la Ciudad.

Respecto a la población ocupada por sector de actividad, se tiene lo siguiente: En Industria y Construcción se desempeña el 21,2% de la población ocupada (CABA: 14,3%), Comercio ocupa al 15,8% de la población ocupada (CABA: 14,2%), el sector Servicios concentra el 62,1% de la población ocupada, siendo así con gran diferencia el sector más relevante (CABA: 70,5%).

El Ingreso Per Cápita Familiar (IPCF) en la Comuna 4 ascendía en 2013 a \$ 3.500, un 33,6% por debajo del IPCF medio de CABA (\$5.273). En lo inherente al Ingreso Total Familiar (ITF), se tiene que en dicho año promediaba un total de \$ 8.437 (22,9% inferior al promedio de la Ciudad, de \$10.941). En estas circunstancias, la Comuna 4 presentaba en 2013 el segundo mayor porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, luego de la Comuna 1. De una población total de 215.629 habitantes, el 14,9% (32.157) residía en hogares con al menos un indicador NBI: en la Comuna 4 se ubicaba el 16,2% de los habitantes con NBI de la Ciudad.

Al año 2012, la Comuna 4 concentraba un 16,3% de su población residente en villas o asentamientos (en lo fundamental explicado por la villas Zavaleta, 21-24 -la más grande de la Ciudad- y 26 en Barracas; y los asentamientos El Triángulo y Lamadrid -La Boca-, Charlone y Magaldi -Barracas-, y El Pueblito y Mar Dulce -Nueva Pompeya-); se constituía así en la segunda comuna con más elevado porcentaje de población en este tipo de condición, después de la Comuna 8.

Según la EAH 2013, la población sin cobertura médica paga (y que por ende sólo con acceso al sistema público de salud) en la Comuna 4 asciende al 35,5%, prácticamente duplicando lo que acontece a nivel general en CABA, donde dicho porcentaje es del 16,8%. Es la segunda comuna con mayor proporción de población cuya única cobertura de salud es la provista por el sistema público, detrás de la 8. Según la guía de establecimientos de la web de la Ciudad existen 26 establecimientos públicos de salud en la Comuna. Hay 10 centros de atención hospitalaria, siendo así la comuna con mayor número de hospitales. También cuenta con 9 CESAC y 7 Centros Médicos Barriales, mientras que el resto son médicos de cabecera. Finalmente, la tasa de mortalidad infantil (por cada mil nacidos vivos) para el año 2011 fue de 11,1‰, siendo la mayor de la ciudad (donde la tasa promedio fue del 8,5‰).

El acceso a los centros ubicados en la Villa 21-24 se consiguió a través de contactos locales. El programa Hogar de Cristo debido a su legitimidad barrial permitió el lazo con otros dispositivos locales. En la actualidad forman parte del programa los siguientes dispositivos: desayunaderos, centros barriales, casas de medio camino, viviendas amigables, grupos de familiares, cooperativa y pre cooperativa AUPA y equipo de acompañamiento en situaciones especiales. De todos ellos se hizo una selección donde se priorizó aquellos que están ubicados en la villa (las casas de medio camino y las viviendas amigables si bien forman parte del programa, se encuentran por fuera de la villa 21-24 situadas en el conurbano bonaerense). También se incluyeron en el estudio el centro barrial y los grupos de familiares entre otros. Al ir relevando la información de estos centros, los equipos de cada uno de ellos fueron estableciendo vínculos con otras instituciones como el CESAC n° 35, y la Casa Amigable de Zavaleta, dependiente del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte (ex Cenareso) dando forma de este modo a la red informal de trabajo territorial.

Por otra parte, el equipo de trabajo de CEDECOR Descentralizado al mismo tiempo que participó del relevamiento piloto, colaboró en el armado de los vínculos con otras organizaciones dedicadas al tema. En este sentido el vínculo con la red de atención socio-sanitaria de la villa 21-24 fue a través de distintas instancias, una organización social y un organismo del Estado. El trabajo de campo demostró la existencia de una red de instituciones y organismos consolidada que se expande a partir de la presencia de nuevos actores.

- CEDECOR Descentralizado - SEDRONAR.
- Centro Barrial Hurtado - Programa Hogar de Cristo.
- Casa amigable Zavaleta – Hospital Nacional en Red (ex Cenareso).
- Hogar “Niños de Belén” – Programa Hogar de Cristo.

- Proyecto personas en situación de calle con consumo problemático de sustancias - CESAC N°35.
- Equipo PSIM – CESAC N°35.
- Centro de Intervención Asistencial Comunitaria – CESAC N°35.

Rosario

La ciudad de Rosario está ubicada en el centro-este del país, en la provincia de Santa Fe. Es la tercera ciudad más poblada de Argentina después de Buenos Aires y Córdoba, y constituye un importante centro cultural, económico, educativo, financiero y turístico. Está situada sobre la margen occidental del río Paraná, en la Hidrovía Paraná - Paraguay. Sobre dicho río está enclavado un puerto de 140ha que maneja tanto cargas generales como a granel. Cerca del 70 % de la producción del país de cereales se exporta por su puerto. Junto a varias localidades de la zona conforma el área metropolitana del Gran Rosario, el tercer conglomerado urbano del país. El último Censo Nacional de Población de 2010 estableció una proporción para el departamento de Rosario (compuesto por la ciudad de Rosario y otros 23 municipios más) de 1.193.697 personas. Según el mismo censo, el municipio de Rosario contaba con 948.312 habitantes. Basándose en el crecimiento vegetativo, se estimó que en 2014 tenía una población de 964.833. Desde mediados de la década de 1990, el gobierno municipal inició un proceso de descentralización de las dependencias de gobierno hacia sedes administrativas que articulan las políticas sociales y urbanas en 6 distritos de la ciudad: distrito centro, sur, sudoeste, oeste, noroeste y norte.

De acuerdo a la EPH de 2014 los principales indicadores del mercado de trabajo para el Gran Rosario son los siguientes: la población económicamente activa está compuesta por 691.000 personas (Tasa de actividad 48,8%), 631.000 están ocupadas (Tasa de empleo 44,6%), 60.000 desocupadas (Tasa de desocupación 8,7%), y 62.000 sub-ocupadas (Tasa de subocupación 9,0%); sobre un total poblacional de 1.416.000 habitantes.

En Rosario, el reconocimiento de los centros se llevó a cabo a través de la municipalidad. Se mantuvieron entrevistas con miembros de la Dirección de Salud Mental, quien articula con los centros de salud del primer nivel de atención las derivaciones correspondientes por consumo problemático de sustancias. En este marco se especificó que no reciben pedidos de atención por problemáticas de consumo de pasta base/paco, siendo el policonsumo aquella situación que genera demanda de atención. A su vez, otra particularidad de la que los usuarios más jóvenes por lo general no consultan. Los pedidos

de intervención se vehiculizan a través de familiares y allegados, o a partir del acompañamiento que realiza el centro de salud a personas en situación vulnerable.

Se diagramó un listado de instituciones que la Dirección de Salud Mental refiere como centros de tratamiento para los consumos problemáticos, detallando aquellos a las cuales deriva los casos recibidos en los centros de salud distritales. No se registraron dispositivos de apoyo-contención, al menos con las características que prioriza el presente proyecto. El acercamiento al territorio se formalizó a través de los centros de salud, quienes reciben la demanda de atención y realizan las derivaciones correspondientes a través de la dirección. Se mantuvieron entrevistas con trabajadoras sociales y médicas de los centros de salud Las Flores (Distrito Sur), Maiztegui (Distrito Sudoeste) y Ceferino Namuncurá (Distrito Noroeste).

Los centros de tratamiento referenciados en la ciudad de Rosario no están instalados en territorios vulnerables, si bien todos ellos trabajan en sintonía con los problemas barriales y las vulnerabilidades de sus pacientes. En este sentido, el instrumento fue aplicado al mayor número de centros de tratamiento identificados como tales.

A partir del relevamiento realizado mediante reuniones con referentes de esos mismos centros y, como fue señalado, con las autoridades estatales que derivan a los mismos, se identificaron distintos centros de tratamiento por consumo problemático de sustancias que reciben derivaciones estatales (Sedronar, DPA – Dirección Provincial de Adicciones-, Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Rosario). Estos centros tienen diferentes características (algunos de raigambre religiosa ya sea cristiana o evangélica), pero todos proponen un tratamiento formal, la mayoría con modalidad de comunidad terapéutica con internación. Si bien se contactó a todos los centros, en tres ocasiones decidieron no participar de este proyecto.

Se pudo identificar algunas circunstancias particulares; por una parte el surgimiento de los centros está íntimamente relacionado con la coyuntura particular que el sistema de salud atravesó en la década del noventa. La tercerización de la atención permitió la emergencia de organizaciones no gubernamentales, fundaciones o asociaciones civiles dedicadas a la temática que mediante convenios con el Estado, se hicieron cargo de la atención de usuarios con consumo problemático de sustancias. Respondiendo a una lógica centralista de atención al paciente, estas organizaciones se encuentran generalmente en el centro o macrocentro de la ciudad. Subyacía en ese entonces la hipótesis de que en pos de la efectividad del tratamiento era necesario el alejamiento del entorno de los usuarios ya que éste condicionaba el consumo. Más allá de las decisiones clínicas, este corrimiento a la luz de acontecimientos actuales -el recrudecimiento de la violencia en los propios

barrios de los pacientes- hace que la distancia sea en general beneficiosa para poner freno a conflictos armados, venganzas personales, etc.

En las entrevistas mantenidas con representantes de la red de atención local no se hallaron registros de dispositivos de apoyo-contención, al menos no en los términos en los cuales se definen en el proyecto piloto. A su vez, en el recorrido por el territorio tampoco se encontró este tipo de centros. Sí se pudieron registrar dispositivos de atención inespecíficos que no son pensados para abordar problemas de consumo. Este tipo de centros son coordinados por organizaciones sociales, dedicados a distintas actividades para la comunidad, como pueden ser espacios recreativos, lúdicos, de apoyo escolar, o espacios propiciados por las iglesias (en su mayoría evangélicas) que también ofrecen actividades recreativas o de apoyo mutuo. De acuerdo a lo manifestado por los coordinadores, los jóvenes más seriamente comprometidos con el consumo no asisten a las actividades por ellos propuestas.

- Volver a la vida
- Asociación Civil Maratonha
- Asociación civil voluntarios para el cambio del drogadependiente (ACVD)
- Asociación civil Nazareth
- Asociación civil Programa Andrés Rosario
- Fundación CREA

El desarrollo del trabajo de campo en Rosario contrapuso el escenario de consumo actual de la ciudad con las ideas que previamente se manejaban sobre el mismo antes de la salida a terreno.

Entre el 2008 y el 2013 se han registrado numerosos informes periodísticos sobre el consumo de pasta base/paco en Rosario. Coincidían en la alarma que generó el desembarco del paco a la ciudad. Algunas de las fuentes que hicieron mención a este tema fueron organizaciones sociales como las *Madres del dolor*, quienes advertían sobre la preocupación que generaba el consumo de esta sustancia. Por otra parte se recibieron casos de intoxicaciones en hospitales a partir del 2008 en la provincia, pero éstos no forman parte de los registros oficiales, por lo tanto no constituyen datos concretos. Incluso funcionarios del municipio se han referido a esta situación incluyendo a la pasta base/paco como sustancia de preferencia entre los usuarios más jóvenes. Sin embargo, al momento de analizar en profundidad el escenario de consumo de los usuarios de drogas en la ciudad no es posible valerse de este tipo de datos para corroborar la comercialización y consumo de pasta base/paco en Rosario.

De acuerdo a los relevamientos realizados para el presente estudio, tanto en entrevistas formales como en encuentros informales, no se encontraron casos de consumidores de pasta base/paco que se encuentren en tratamiento, como tampoco en situación de consumo en la vía pública.

Desde la Dirección de Salud Mental informaron que no recibieron en los últimos años pedidos de atención específica por consumo de pasta base/paco. Destacan que la problemática del consumo se encuentra atravesada por el consumo de múltiples sustancias en simultáneo. Pero sobre todo las demandas que se nuclean en los Centros de Salud y luego son derivadas comprometen fundamentalmente el consumo de alcohol.

Se realizó un relevamiento entre trabajadoras sociales y médicas de barrios vulnerables sobre casos de consumo de paco, crack o pasta base en los Centros de Salud donde desarrollan su tarea. Profesionales del CS Municipal Las Flores (Distrito Sur) - CS Maiztegui (Distrito Sudoeste) - CS Ceferino Namuncurá (Distrito Noroeste) coincidieron en que no existe registro de consumo de “cocaína fumable” (“paco” o “pasta base”) al menos no en forma evidente.

Existe sin embargo un registro de consumo de “*alita de mosca*”, también un residuo de pasta base, mezclado con kerosene, restos de goma o solventes. En este caso, esta sustancia no es fumable sino que se aspira. La “*alita de mosca*” al igual que el paco se fracciona en pequeñas dosis que se comercializan a bajos costos. Debido a ser considerada una sustancia de baja calidad es consumida sobre todo entre la población de menor edad (entre los 12 y los 16 años), ya que los adultos privilegian otros tipos de consumo.

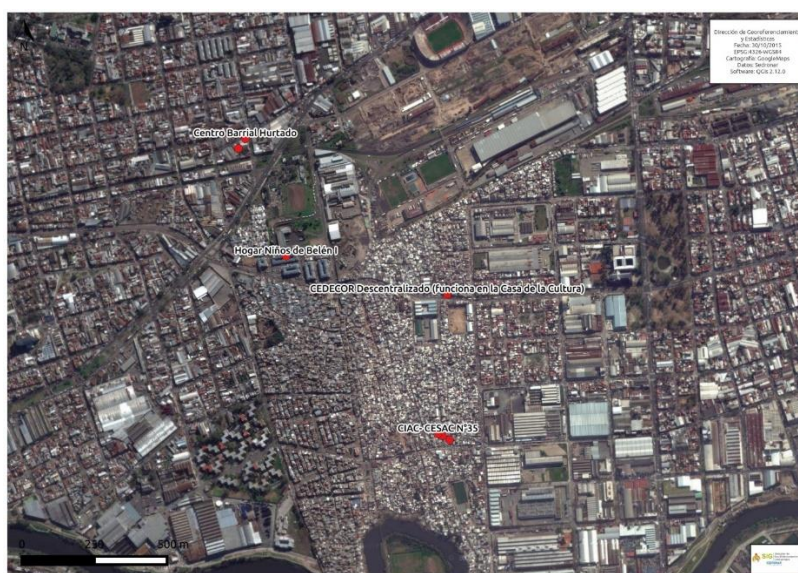
Los centros refieren que, aun así, las demandas de atención por parte de los usuarios no se presentan en forma específica por el consumo de alita de mosca sino que siempre se dan en el marco del policonsumo.

Sistematización de la Oferta de Tratamiento para usuarios problemáticos de drogas

Caracterización de los centros relevados

En este apartado se incluyen los datos relevados en el diseño piloto. El total en ambas zonas fue de 13 centros de tratamiento/centros de apoyo contención. En la villa 21-24 se registraron 7 dispositivos y en Rosario 6.

Villa 21-24 – Mapa georreferenciado 1



De acuerdo al **tipo de dispositivo**, los mismos se distribuyen de la siguiente manera:

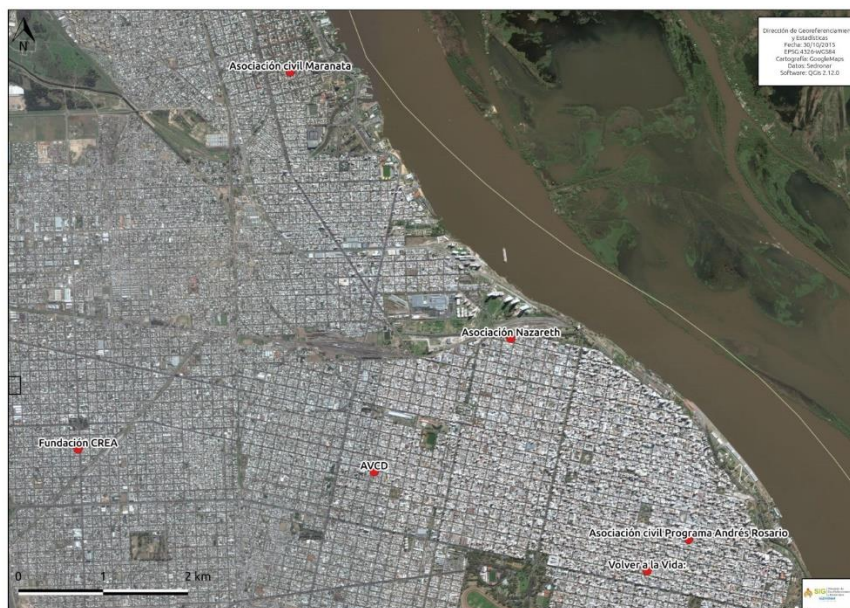
Tabla 1. Tipos de dispositivo según zona.

Tipos de dispositivos de atención	Villa 21-24	Rosario
Consultorio de atención primaria	1	-
Hospital de día	-	3
Comunidad terapéutica	-	6
Centro de apoyo comunitario o contención	3	-
Otro	4	-
Total	8	9

En este caso, los tipos de dispositivos superan el total de centros debido a que en más de una oportunidad en una misma institución se distinguen dos dispositivos de atención

diferentes. En el caso de aquellos que se definieron como “otros”, se contemplan las siguientes opciones: *dispositivo de intervención en adicciones*, *programa de apoyo psicosocial* y *equipo descentralizado*. Este tipo de oferta junto a los centros de apoyo comunitario o contención se asemejan a la definición de “Dispositivo de apoyo y contención” que maneja el diseño del presente estudio. A partir de ahora serán referenciadas de ese modo.

Rosario – Mapa georreferenciado 2



Los centros se dividen en públicos o privados sin fines de lucro de acuerdo a su **nivel de dependencia**. En la Villa 21-24 casi todos los centros relevados son públicos, sólo dos dispositivos son privados sin fines de lucro. En Rosario, por el contrario, todos los centros son privados sin fines de lucro. Ahora bien; al analizar los **modos de financiamiento** se observa que, pese a no depender del estado, gran parte de los centros reciben fondos públicos para su financiamiento mediante distintas modalidades –convenios o becas-.

Tabla 2. Dependencia del centro según zona.

Ciudad	Dependencia del centro		
	Público	Privado sin fines de lucro	Total
Rosario	0	6	6

Villa 21-24	5	2	7
Total	5	8	13

Tabla 3. Financiamiento del centro según zona.

Ciudad	Financiamiento			
	Público	Aportes de privados	Donaciones	Pago de usuarios
Villa 21-24	7	2	2	-
Rosario	4	1	3	5

Aquellos centros en los cuales la dependencia es del estado, la financiación corresponde de modo exclusivo al ámbito público. Este es el caso de la mayoría de los centros o dispositivos relevados en la Villa 21-24. Sólo en el caso de dos dispositivos privados sin fines de lucro, además de recibir fondos públicos también se financian mediante donaciones y aportes de privados. En Rosario las formas de financiamiento son variadas e incluyen -a diferencia de lo encontrado en la Villa 21-24- el pago directo de los usuarios.

De acuerdo al **nivel de atención**, la totalidad de los centros/dispositivos encontrados en la Villa 21-24 ofrece un servicio ambulatorio de modo exclusivo. En la ciudad de Rosario todos los centros cuentan con ambos niveles de atención: residencial y ambulatorio, identificándose como mixtos.

Tabla 4. Nivel de atención según zona.

Ciudad	Nivel de atención		
	Ambulatorio	Mixto	Total
Rosario	0	6	6
Villa 21-24	7	0	7
Total	7	6	13

Los centros relevados tuvieron que identificar qué alternativa refleja mejor el **objetivo principal de la atención** que el servicio otorga. Para ello pudieron seleccionar más de un opción. Se observa en la tabla a continuación que los dispositivos ubicados en la Villa 21-24 definen objetivos que se inscriben en la lógica de reducción de riesgos y daños. En Rosario, los centros seleccionaron de un modo más disperso todas las alternativas mencionadas.

Tabla 5. Objetivo principal del dispositivo según zona

Objetivo Principal	Villa 21-24	Rosario
--------------------	-------------	---------

Eliminación del consumo	0	4
Reducción del consumo	7	3
Modificación de las causas del consumo	0	5
Reducción de las consecuencias del consumo	5	1

Todos los centros ubicados en Rosario ofrecen un **tratamiento formal** de rehabilitación en alcohol y otras drogas a los usuarios. En el caso de la Villa 21-24 sólo dos dispositivos, un dispositivo de intervención en adicciones y un centro de apoyo y contención. En todos los centros, ubicados tanto en Rosario como en la Villa 21-24, los usuarios acceden a este tipo de tratamiento en forma voluntaria.

Respecto a las principales formas a través de las cuales los usuarios llegan al tratamiento, todos los centros relevados sitúan la *consulta espontánea* como la forma de **demanda** más usual. Luego ubican a las *derivaciones del sistema de salud*, como también las *derivaciones que reciben del poder judicial*. En último lugar mencionan a instituciones locales presentes en la zona tales como: comedores, escuelas, iglesias, alcohólicos y narcóticos anónimos y derivaciones de profesionales. Los centros ubicados en la ciudad de Rosario, cinco de los ocho centros que ofrecen tratamiento formal en rehabilitación en alcohol y otras drogas, cuentan con protocolos o guías basadas en la evidencia. Todos los centros realizan registros de evolución de tratamiento en historias clínicas, donde se deja constancia del plan de tratamiento que se lleva adelante.

Las familias son incorporadas al proceso terapéutico en todos los centros con sesiones de trabajo grupal y acompañamiento.

Funcionamiento: cartera de servicios y prestaciones

De acuerdo a la **población objetivo** los dispositivos de la villa 21-24 reciben hombres y mujeres; en el caso de la ciudad de Rosario, sólo uno de los centros es exclusivo para población masculina, el resto recibe hombres y mujeres. Según la edad de los usuarios a los cuales destinan sus servicios, sólo dos del total de los centros en ambas zonas manifestaron recibir menores de 10 años. El resto de los segmentos de edad - adolescentes entre 10 y 15 años, adolescentes entre 16 y 20 años, jóvenes entre 21 y 29 años y adultos de 30 años y más- son recibidos en la mayoría de los centros.

Tanto en la ciudad de Rosario como en la villa 21-24 todos los centros reciben usuarios que tienen cobertura del sistema público de salud de modo exclusivo. Sólo un dispositivo

de la villa 21-24, y cinco centros de la ciudad de Rosario reciben usuarios con obra social. En Rosario, tres centros también reciben usuarios con cobertura de medicina prepaga.

Según las **poblaciones específicas**, en el caso de la villa 21-24 todos los dispositivos relevados manifestaron trabajar con mujeres embarazadas o con hijos, personas en situación de calle, personas cumpliendo condena en medio libre y minorías sexuales. En Rosario, en la mitad de los centros reciben mujeres embarazadas o con hijos.

En la **oferta de servicios** se observa que la mayoría de los centros de la ciudad de Rosario ofrecen gran parte de los servicios consultados. En el caso de los centros relevados en la villa 21-24, éstos presentan características diferentes, son por lo general, dispositivos de intervención territorial que no cuentan con un espacio físico propio. Esto se debe en algunos casos a una forma de intervención particular, que prescinde de lo edilicio y prioriza el abordaje en calle. En otros, al tratarse de dispositivos nuevos todavía no cuentan con el espacio físico apropiado. Se observa en este punto que la gran mayoría de los centros de la villa 21-24 focaliza su oferta de servicios en el apoyo a la incorporación de las redes de salud y seguridad social.

Tabla 6. Oferta de servicios de los dispositivos según zona

Oferta de servicios	Villa 21-24	Rosario
Alimentación	3	6
Aseo personal	3	6
Ropa limpia	3	6
Talleres recreativos	3	6
Talleres de capacitación en oficios	1	2
Orientación laboral	1	6
Apoyo en ingreso a la red de atención de salud general	6	5
Apoyo en incorporación a la red de seguridad social	6	5
Actividades de autoayuda	-	4
Actividades con grupos y organizaciones de la comunidad. Participación Comunitaria.	4	6

Las **prestaciones** que los centros mencionaron como parte de su oferta socio asistencial se muestran en las dos tablas siguientes. En el caso de los centros y dispositivos de atención de la villa 21-24 se observa que aquellas actividades que exceden la consulta clínica son realizadas de un modo indistinto por todo el equipo de trabajo. En el caso de Rosario, todos los centros relevados fueron instituciones residenciales –independientemente de que además cuenten con servicio ambulatorio- lo que demuestra un nivel de formalización y focalización del tratamiento en el seguimiento clínico de los usuarios. A su vez, las actividades se encuentran por lo general asignadas a una función particular, por lo

general de modo profesionalizado. En tres centros ubicados en Rosario se mencionaron como otras prestaciones: pasantías y actividades de formación y capacitación.

Tabla 7. Oferta de prestaciones centros Villa 21-24

Prestaciones	Centros	Tipo de profesional o técnico que la realiza habitualmente
Diagnóstico	5	Psicóloga
Consulta de salud mental	5	Psicóloga
Consulta psiquiátrica	2	Psiquiatra
Consulta psicológica	5	Psicóloga
Psicoterapia individual	4	Psicóloga
Consulta médica	1	Médico
Intervención psicosocial de grupo	5	Equipo
Consejería individual	6	Equipo
Consejería familiar	4	Equipo
Visita domiciliaria	4	Equipo
Actividades educativas (talleres, artísticas, recreativas)	6	Equipo
Seguimiento post alta	3	Equipo
Actividades con grupos y organizaciones de la comunidad. Participación Comunitaria.	5	Equipo
Actividades dirigidas a la inclusión social	6	Equipo
Actividades de gestión del programa (incluye reuniones de equipo)	6	Equipo

Tabla 8. Oferta de prestaciones centros Rosario

Prestaciones	Centros	Tipo de profesional o técnico que la realiza habitualmente
Diagnóstico	6	Psicóloga/Psiquiatra/Trabajadora social
Consulta de salud mental	6	Psicólogo/Psiquiatra
Consulta psiquiátrica	6	Psiquiatra
Consulta psicológica	6	Psicólogo
Psicoterapia individual	6	Psicólogo
Psicoterapia familiar	6	Psicólogo
Consulta médica	6	Médico
Intervención psicosocial de grupo	4	Trabajadora social
Consejería individual	6	Psicólogo/Operador
Consejería familiar	6	Psicólogo
Visita domiciliaria	1	Trabajadora social

Actividades de autoayuda	5	Talleristas/Operador/Psicólogo
Actividades educativas formales	2	Profesores
Actividades educativas (talleres, artísticas, recreativas)	5	Talleristas
Seguimiento post alta	6	Psicólogo
Actividades con grupos y organizaciones de la comunidad. Participación Comunitaria.	6	Psicólogo/Operador
Actividades dirigidas a la inclusión social	2	Trabajador social/Operador
Actividades de gestión del programa (incluye reuniones de equipo)	6	Equipo

Recursos Humanos

A continuación se describen los recursos humanos con los que cuentan los centros relevados. En la tabla se registran la cantidad de centros que cuentan con al menos un recurso humano de la lista consignada en el instrumento. En algunos casos los dispositivos componen su equipo de trabajo con más de un profesional de la misma competencia, por ejemplo psicólogos. Aun así, se priorizó discriminar por centro/dispositivo ya que éstos casos son la minoría.

Tabla 9. Recursos humanos según zona

Recursos Humanos	Centros Villa 21-24	Centros Rosario
Médico general	1	6
Médico psiquiatra	3	6
Médico toxicólogo	-	5
Médico infectólogo	-	2
Psicólogo	5	6
Asistente social	2	6
T. ocupacional	-	1
Nutricionista	-	6
Orientador familiar	-	2
Psicopedagogo	-	1
Profesor	1	2
Abogado	1	-
Sociólogo	2	-
Psicólogo social	1	-

Antropólogo	-	1
Técnico/Operador terapéutico con estudios formales	3	6
Técnico/Operador terapéutico sin estudios formales	2	-
Religioso	1	1
Administrativos		6
Aseo		1
Alimentación	1	

Funcionamiento de la red

Al ser consultados sobre las características de la demanda de atención que reciben los centros de se registraron respuestas similares en ambas zonas. En primer lugar todos los centros y dispositivos relevados en la villa 21-24, y casi todos los centros de Rosario mencionaron que los usuarios se acercan en busca de una respuesta de modo *espontáneo*. Luego dijeron recibir *derivaciones de efectores de salud*, seguidas de *derivaciones del poder judicial*. En la villa 21-24 todos los dispositivos relevados manifestaron no sólo recibir a los usuarios por estos canales, sino también salir a su búsqueda mediante la *convocatoria activa* en calle. Esta propuesta de salir al encuentro de los usuarios es propia de los dispositivos que, como antes mencionábamos, no disponen de instalaciones físicas y realizan todas sus actividades en la calle en el contacto directo con los usuarios.

Sólo tres centros de la ciudad de Rosario del total de encuestados en ambas zonas en el estudio manifestaron tener lista de espera para la admisión de usuarios a tratamiento. Los dispositivos de la villa 21-24 cuentan con atención inmediata de los usuarios.

A la hora puntualizar las principales **necesidades de derivación a otros efectores o servicios**, en la villa 21-24 se ubica en primer lugar la necesidad de *derivación a centros de mayor complejidad*, seguida de la *derivación a centros con atención especializada según población o patología*. Casi todos los centros relevados sitúan como instancia de derivación o articulación con otros efectores la respuesta frente a necesidades básicas de los usuarios de sustancias tales como vivienda y alimentación. En la ciudad de Rosario, la principal necesidad de derivación es a *centros de atención especializada según población o patología*, seguida de *manejo farmacológico*. Si bien en ambas zonas refieren que estas necesidades de derivación logran ser cubiertas en la red de atención local, casi todos los centros consultados refieren que el funcionamiento del mecanismo de derivación existe pero no siempre es efectivo.

En la villa 21-24 existe una *red de atención barrial formal especializada en consumos problemáticos de sustancias*. Las características de la villa, y tal como se mencionó previamente, la presencia de instituciones y organizaciones gubernamentales como no gubernamentales favorecen la conformación de la red. La misma es coordinada por el responsable del programa Hogar de Cristo y cuenta con la participación de todos los centros relevados en el estudio piloto, como también distintas organizaciones sociales y personas que a través del trabajo comunitario que realizan convocan a usuarios de sustancias. El principal objetivo de esta red es generar acuerdos en las articulaciones de acciones territoriales conjuntas.

En la ciudad de Rosario, no se registra una red en funcionamiento que nucleee a todos los centros relevados. Esto se entiende debido a que los centros de tratamiento no se ubican en el mismo barrio, sino que se encuentran en un territorio más extenso. Dos de los centros consultados refieren participar en distintas redes de articulación. En ambos casos se trata de redes formalizadas que son coordinadas por direcciones municipales o instituciones.

Conclusiones sobre la implementación del estudio piloto

El proyecto piloto de caracterización de centros de tratamiento permitió obtener información valiosa, que posibilitó el desarrollo de un mapeo de diagnóstico local.

El cuestionario demostró ser útil y dinámico para los centros tradicionales, sin embargo también presentó dificultades en su implementación con los centros de apoyo y contención. Sobre este punto, se destaca el trabajo de articulación regional que antecedió a su puesta en práctica y se espera que a partir de las experiencias de los países vecinos sea posible una interpretación del mismo para su posterior uso en estudios venideros.

Las zonas seleccionadas manifestaron sus particularidades; en el caso de la villa 21-24, el campo de trabajo se presentó permeable a la investigación evidenciando un trabajo comunitario e institucional sostenido en el tiempo. Las características geográficas del lugar, de territorio acotado, permitieron un recorrido donde se pudieron profundizar las relaciones con los equipos de trabajo. Es posible afirmar que las experiencias de atención más novedosas en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias se vienen dando en este lugar. Numerosos factores contribuyen en este punto: la existencia de un actor legitimado por el barrio como articulador de acciones conjuntas, el desarrollo de diferentes actividades que involucran problemáticas de la comunidad, y la presencia del Estado a través de diferentes caras e instituciones.

Se tuvo acceso a dispositivos y recursos socio-sanitarios que trabajan con los consumos problemáticos de sustancias, mediante distintas modalidades de intervención y horarios de atención. A su vez, se registraron proyectos orientados a la participación comunitaria y el armado de redes. Aun así, es preciso que este tipo de respuestas se vean multiplicadas para poder abarcar una población mayor. Un rasgo característico de la mayoría de los equipos que desarrollan su tarea en la villa es la estrategia de búsqueda de usuarios. A través de la salida de los equipos a la calle y los pasillos de la villa, ponen en conocimiento a los usuarios acerca de las posibilidades de atención que tienen y los invitan a participar activamente. Entendemos que en la medida en la que existan más centros, dispositivos o equipos de intervención que trabajen con esta lógica mayor será el número de usuarios con posibilidades reales de ser atendidos.

La oferta de recursos socio-sanitarios forma parte de políticas públicas (CEDECOR/Sedronar, CESAC N°35 y sus programas dependientes, Hospital Nacional en Red ex Cenares) como también de la iniciativa de la iglesia católica a través del programa Hogar de Cristo.

En el caso de Rosario, los centros que se incluyeron en el estudio pueden definirse en su totalidad como centros tradicionales de atención. No se pudo relevarse otro tipo de dispositivos de abordaje en la ciudad. Entendemos que no se trata de una particularidad de Rosario, sino de las propuestas de intervención dirigidas a consumidores problemáticos de sustancias a nivel federal. Experiencias como las encontradas en la villa 21-24 representan una novedad en el sistema de atención, motivo por el cual todavía no han sido extendidas a lo largo del país.

Todos los centros de tratamiento que se relevaron en la ciudad respondieron a características formales y fueron constituidos como organizaciones no gubernamentales, bajo la modalidad de asociaciones civiles o fundaciones. No se registraron centros de tratamiento con estructura formal dependientes del estado. La gran mayoría depende de convenios estatales (con Nación a través de SEDRONAR o con la provincia mediante de la Dirección de Salud Mental) o privados (con Obras Sociales) para su funcionamiento. Los centros relevados trabajan bajo el modelo de Comunidad Terapéutica (CT) sin particularidades para la atención de usuarios de cocaína fumable.

2.2 BRASIL

Região de escolha

O Município de São Paulo foi estrategicamente escolhido por ser um dos que figuraram como primeiros territórios em que o uso de cocaína fumada foi registrado no Brasil, entre final da década de 80 a início de 90 (NAPPO, 1994, 2010; ADORNO et al, 2013; RUI, 2012; BASTOS & BERTONI, 2014). Nos últimos anos passou a ocupar importante espaço na grande mídia nacional no que se refere ao agravamento da situação de uso de crack no país, configurando-se como cenário que corroborava a consolidação da invalidação social das populações em situação de vulnerabilidade associada ao uso da droga.

São Paulo é a terceira maior metrópole do mundo com população estimada em 11 milhões de habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em ascensão, atualmente em 0,805, e incidência da pobreza de 28,09%. O Município divide-se administrativamente em 32 subprefeituras (FIGURA 2), das quais, a Subprefeitura da Sé, foi campo para este estudo.

A subprefeitura Sé foi instituída legalmente em 2002, responsabiliza-se pela administração pública dos seguintes distritos: Bom Retiro, Santa Cecília, Consolação, Bela Vista, República, Liberdade, Cambuci e Sé (FIGURA 3), localizados na região central da cidade, em um território de 26,2 km² e população de 431.106 habitantes (FIGURA 4).

FIGURA 2. Subprefeituras de São Paulo



Fonte: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

FIGURA 3. Subprefeitura Sé



Fonte: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

FIGURA 4. Dados Demográficos – Subprefeitura Sé

Distrito	Área (Km²)	População (2010)	Densidade Demográfica (Hab/Km²)
Bela Vista	2,6	69.460	26.715
Bom Retiro	4	33.892	8,473
Cambuci	3,9	36.948	9.474
Consolação	3,7	57.365	15.504
Liberdade	3,7	69.092	18.674
República	2,3	56.981	24.774
Santa Cecília	3,9	83.717	21,466
Sé	2,1	23.651	11,262
TOTAL	26,2	431.106	16,454

Fonte: <http://prefeitura.sp.gov.br/>

Foi no contexto da Subprefeitura da Sé que ficou difundida a imagem e terminologia de “cracolândia” - uma das maiores cenas abertas de uso e venda de drogas, na região central da cidade, alvo recorrente de ações intervencionistas e polêmicas e para resolução de tal problemática.

Para além da repercussão midiática, a região central vem sendo objeto de diferentes estudos no Brasil, envolvendo os aspectos desafiadores à compreensão do circuito formado por populações que ali convivem, acumulando fatores vulnerabilizadores como passagens pelo sistema prisional, situação de rua, falta de inserção formal no mundo do trabalho, uso de drogas (ADORNO et al, 2013; RUI, 2012; NAPPO, 1994; 2010).

Contudo, iniciativas governamentais inovadoras vêm sendo implantadas como alternativas responsáveis, viáveis e democráticas na construção de respostas que correspondam à complexidade do problema de uso de drogas, considerando a multidimensionalidade das necessidades da população em questão, formulando ações e práticas intersetoriais mais efetivas.

A Entrada no Campo

A escolha deste território indicou o caminho a ser percorrido para seu acesso. Desta forma, os contatos junto à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo foram iniciados em meados de novembro de 2016, sendo indicada a necessidade de aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município.

Foi então submetido no final de novembro de 2015 o projeto por meio da Plataforma Brasil³ que congrega diversos Comitês de Ética locais e o Nacional. Foi fundamental a Carta de Apresentação da Organização dos Estados Americanos para o esclarecimento da não vinculação direta da pesquisa à atividade acadêmica, o que, do contrário, aumentaria consideravelmente o tempo de tramitação, devendo cumprir etapas na Universidade e posteriormente também no Município.

Vencida a etapa de esclarecimentos acerca do projeto, aprovação da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Municipal, e a adaptação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, também cabe ressaltar que a legitimidade da pesquisadora responsável no campo da saúde mental, onde se inserem muitos dos serviços a serem incorporados, favoreceu a autorização, etapa inicial para todo o processo ético posterior.

A busca pelos centros e dispositivos foi proposta inicialmente a partir do acesso aos sites e documentos oficiais da gestão federal e municipal. Foram consultados os sites no Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Prefeitura de São Paulo.

A limitação de disponibilidade de acesso de alguns sites e a imprecisão das informações encontradas, mobilizaram à modificação do procedimento de busca, partindo exatamente dos serviços indicados pela gestão municipal, incluindo como previsto novos serviços mencionados pelos gerentes entrevistados.

A indicação inicial dos gestores pareceu uma boa solução embora não resolva a questão da inclusão de novos serviços evidenciados em campo. A pactuação diretamente com os Municípios envolvidos deverá favorecer a dificuldades em tempos e tramites de aprovação distintos, em diferentes setores públicos envolvidos, mas ainda se mantem a questão de como acionar as organizações não governamentais que aparentemente não têm o compromisso frente à instituição que coordena a pesquisa, nem tampouco, abertura para a entrada dos pesquisadores.

A partir da aprovação no referido comitê em janeiro de 2016 iniciaram-se as interlocuções para a identificação dos serviços abarcados no campo. Com o direcionamento da Secretaria Municipal de Saúde para a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, realizou-se reunião entre a pesquisadora responsável, supervisora regional de saúde mental e os gerentes dos serviços imediatamente indicados pela gestão. A pesquisa foi apresentada com boa aceitação dos gerentes presentes e esclarecida a metodologia

³<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/>

bola de neve, que previa a então inclusão de demais serviços indicados pelos mesmos, como parceiros no cuidado a população em questão, respeitando sempre o limite territorial definido. Apesar da insegurança no contexto de mudanças na gestão da saúde mental municipal, as primeiras entrevistas foram pactuadas e agendadas com agilidade.

Ainda nesta primeira reunião, identificou-se a necessidade de ter esclarecido qual o fluxo para aprovação na Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, a partir da necessária inclusão dos serviços socioassistenciais. Esta tramitação se apresentaria como uma das dificuldades do campo, já que não havia mecanismo formal ou previamente definido qual o setor desta Secretaria poderia se responsabilizar pela avaliação do projeto e sua conseqüente autorização. As inúmeras tentativas para este esclarecimento só se efetivaram a partir da intervenção da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) que, acionada pela pesquisadora, pode contatar diretamente a Secretária da Pasta, que autorizou diretamente a entrada no campo, evidenciando o interesse do próprio Município nesta área.

Esclarece-se que, não obstante, desenho inicial que previa a identificação dos serviços a partir das bases nacionais de dados, esta não se mostrou factível frente a desatualização das informações e indisponibilidade dos sites oficiais, principalmente da SENAD; além de não haver disponibilidade de identificação mais fina dos serviços por território ou município.

Durante o processo de aprovação ética e pactuação com gestores, foi realizado em paralelo, a tradução e adaptação do questionário para a realidade brasileira, e treinamento dos entrevistadores, feita em um só tempo, o que esclareço a seguir.

Para o trabalho de campo e a sistematização dos dados, foram acionados profissionais com experiência prévia em pesquisa e/ou atuação na política pública de saúde, que tivessem disponibilidade de acesso ao Município de São Paulo. Foi então planejada uma reunião presencial, para apropriação do instrumento, tradução e adaptação coletiva, e sanadas as principais dúvidas de interpretação. A partir desta imersão, adaptou-se também o Guia de Instruções utilizado como material de apoio para as dúvidas geradas em campo.

Este grupo responsável pela pesquisa organizou-se a partir de reuniões formais, grupos de email e de mensagens de celular, para dar celeridade à disponibilização de datas e horários aos gerentes dos serviços inicialmente indicados e disparar as aprovações para a inclusão de novos gerentes dos serviços evidenciados a partir das primeiras entrevistas.

Levantamento da informação

O processo de aprovação junto à Secretaria Municipal de Saúde teve início em 18/11/2015, com submissão no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em 25/11/2015. A aprovação efetivou-se em 06 de janeiro de 2016, e na semana seguinte deu-se início ao planejamento das entrevistas com os gerentes de serviços de saúde mental, as primeiras sendo realizadas em 16/02/2016.

Durante as primeiras entrevistas foi apontada a necessidade de realização de reunião com gestores do Programa Municipal “De Braços Abertos” – DBA – que articula de forma intersetorial as ações voltadas especificamente à população usuária de drogas na região central, tendo indicações então dos serviços socioassistenciais e outros mais de saúde a serem incluídos. Tal reunião, realizada no início de março de 2016 foi fundamental para ampliar o escopo dos serviços, garantirem o acesso aos respectivos gerentes e dar celeridade à realização das entrevistas.

Foi também nesta reunião que envolve gestores das 5 Secretarias Municipais definida a necessidade de realização de entrevistas específica para a caracterização deste Programa, que vem evidenciando êxitos na abordagem a tal população, e será explorada mais adiante.

As entrevistas foram finalizadas em 21 de março de 2016, incluindo o total de 19 serviços, não havendo mais tempo hábil para inclusão de alguns dos que emergiram no contexto das entrevistas.

Apontamos aqui as limitações do estudo em incluir:

- três Unidades Básicas de Saúde (UBS) – esgotamento do prazo previsto para a realização das entrevistas;
- duas Organizações Não Governamentais (ONG) – sendo que para uma delas o único telefone de contato compartilhado não estava recebendo ligações, e na segunda, não havia também quem se responsabilizasse pela autorização da realização de entrevistas;
- o Programa Recomeço⁴ – da Secretaria Estadual de Saúde que, não obstante tentativa de acesso à coordenação estadual de saúde mental à qual se vincula, não se obteve êxito na identificação de via formal de aprovação do projeto.

⁴<http://programarecomeco.sp.gov.br/>

Aponta-se, a partir do acesso às informações públicas do Programa Recomeço que, embora atuantes no mesmo território, os programas têm lógicas diferentes e divergentes. O Programa Recomeço como uma referência regional para encaminhamento para o tratamento de pessoas em uso de drogas a partir de um local específico (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), em aliança com operadores de direitos por meio de plantões judiciais⁵ que acenam de imediato para respostas involuntárias e compulsórias, o que levou a grandes críticas acerca de sua efetividade e função social. Contudo, não há como aprofundar nas questões que envolvem a articulação prática e disponibilidade de serviços, dada impossibilidade de realização de entrevistas.

O Programa “De Braços Abertos”⁶

O DBA, como é conhecido, têm o envolvimento de seis (06) Secretarias municipais que compõem o núcleo duro de gestão do programa. São elas a Saúde, Desenvolvimento Social, Trabalho, Direitos Humanos, Segurança e Secretaria de Governo.

O programa iniciou sua construção política em 2013, a partir da adesão do município ao Programa “Crack, É Possível Vencer”, que se organiza intersecretarialmente. São Paulo convocou 13 Secretarias Municipais para participar desta construção. O DBA se tornou um programa vinculado ao Gabinete do Prefeito.

As ações foram iniciadas em 2014 e uma “Tenda” imersa na grande cena aberta de uso e venda de drogas foi implantada em julho de 2015. As diretrizes são a Redução de Danos e a garantia de direitos.

O território traz uma especificidade, visto que naquela local ocorrem disputas políticas. A forte característica do DBA é a integração das ações entre secretarias. O trabalho exige a integração das ações, tendo o acompanhamento diário do prefeito. O esforço é mesmo de construção de um método de território integrado.

Todo o atendimento feito ao beneficiário⁷, o pagamento semanal das bolsas de trabalho, a logística de funcionamento das diversas ações precisam ser integrado. Assim, semanalmente, as equipes das três Secretarias municipais mais envolvidas – saúde, trabalho e assistência social, se reúnem há um ano.

Isso se reproduz, portanto, em todas as instâncias – desde reunião de coordenação entre os Secretários com o prefeito, mensalmente, como gestores e equipe. O Comitê de

⁵<http://programarecomeco.sp.gov.br/>

⁶ Baseado na entrevista com gestores da secretaria da saúde e do trabalho, para caracterização do Programa.

⁷ Como os usuários são chamados no DBA.

Secretários é formado por Saúde, Direitos Humanos, Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social e Segurança.

São disponibilizadas atualmente 500 vagas, operando com a máxima capacidade instalada. O público é flutuante, pois existem desistências, prisões, internações, óbitos. A fila de espera flutua em cerca de 130 pessoas. As inserções são semanais, num número aproximado de 30 pessoas.

O público é misto, havendo maior presença de homens que mulheres, com idade 30 anos, ou mais, a maioria, em assistência nos serviços públicos de saúde, havendo também presença de mulheres grávidas e minorias sexuais. O programa atende a população que vive em situação precária, na rua, com intenso uso de crack.

O desafio apontado não foi o diálogo entre as diferentes secretarias, mas o momento da intervenção conjunta. Ocorrem atividades formativas para capacitação das equipes, incluindo os profissionais de segurança, que surpreendentemente começam a se apresentar de outra forma, até identificando problemas com uso de drogas na própria corporação.

O DBA chega num momento que o território da Luz necessitava de ativação de tudo que lá já existia e estava implantado, mas essa população extremamente vulnerável não conseguia acessar. É um alicerce provisório, até que a política pública se consolide. Então o DBA não é um equipamento, é uma estratégia de integração e ativação da equidade, para atender a essa população vulnerável de modo prioritário. O outro ponto é que o DBA baseou-se no “Housing First” (HF), uma política aplicada no Canadá para pessoas que usavam álcool. O HF não exigia a abstinência e oferecia uma base de dignidade para a pessoa, até pra ela poder usar droga direito.

Há também outro programa com pessoas em situação de rua que são pagos com droga pra prestar serviços para prefeitura, na Austrália, que também compôs a inspiração para a implantação do DBA.

Uma outra dimensão importante é o da inclusão produtiva. O DBA trabalha com “frentes de trabalho”, não com trabalho formal. O beneficiário nem sempre consegue trabalhar todos os dias, cumprir horários rígidos... não consegue varrer a rua todo dia. Há uma grande dificuldade social em compreender e aceitar este fato. Mas nestes dois anos de programa já há um grupo de beneficiários que vem qualificando e modificando suas demandas, como formação por exemplo. Alguns beneficiários também pedem para se mudarem pra outro território.

Historicamente os serviços de saúde fazem exigências. O DBA não: o indivíduo vai se reestabelecer pelo ponto que ele achar melhor, pela “porta” que ele considerar mais adequada. Muitos usuários ainda imaginam que estão na habitual relação de barganha com o serviço: essa é considerada a grande inovação do programa. Há uma construção e desconstrução constante das lógicas estabelecidas em cada Secretaria envolvida.

A população hoje atendida estava segregada em dois quarteirões, no centro da cidade. O DBA as colocou em evidência positiva, de consideração da cidadania dessas pessoas. Evidentemente, nem toda a população compreende o DBA, mesmo entre os beneficiários. No território as resistências se evidenciam. Além disso, há uma disputa política, inclusive na mídia. No caso do DBA, existe uma exploração negativa do programa. Uma matéria num jornal de circulação nacional saiu dizendo que o programa tinha desistência de 40% dos beneficiários, ao invés de destacar a adesão de 60% deles. É uma conquista do poder público o reconhecimento e a credibilidade da equipe com os beneficiários, é o programa se consolidando.

Ocorrem rotineiramente atividades de formação cidadã: são espaços de diálogo muito interessante pra criar outro tipo de vínculo com o beneficiário. Um novo convênio com o Ministério da Justiça vai criar “unidades produtivas”, por exemplo, de iniciativas de reparo de bicicletas, reciclagem de celulares, projetos de geração de renda. Na Itália existem iniciativas de Economia Solidária com turnos diferenciados, sem a exigência rígida que o trabalho formal exige, com acompanhamento técnico, acompanhando a possibilidade de cada um.

Outra coisa que é interessante é que se trata de uma política em construção. No início havia uma única opção de trabalho, que era a “varreção de rua”. Agora existem outras ofertas de frente de trabalho. Mantem-se o contrato com o beneficiário de que o poder público não vai desistir deles.

Um desafio é caminhar para o entendimento que a bolsa (recurso financeiro) não se resume a uma experiência de trabalho: ela deve ampliar o leque do sujeito. Há avaliação do perfil histórico-profissional do beneficiário, que vai ajudar a pensar com o sujeito o tipo de frente de trabalho que ele deseja participar. Há vinculação de moradia com os hotéis que ficam na região da Luz, por meio de convênios, vinculando o morar ao trabalho e à alimentação.

A “Operação de Trabalho” é quando os beneficiários recebem o valor da hospedagem, o pagamento pela frente de trabalho e o referente à alimentação. A concepção é facilitar a qualificação deste entendimento.

O Programa também inclui a supervisão para as equipes que trabalham na região com foco na concepção de escuta e cuidado no território. Há uma tensão e disputa com o tráfico: nos dias de inserção (momento em que o programa absorve novos usuários) chegou a haver distribuição de crack de graça pelos traficantes. É um desafio. As pessoas estão disputando o território com o tráfico, com a mídia, entre política da prefeitura X política do estado.

O “Programa Recomeço” faz abordagem neste mesmo território, ofertando internação e tratamento no CRATOD (Centro de Referência em Álcool e outras Drogas). Há uma disputa do cuidado. Existem atividades pontuais e de parceria entre prefeitura e estado, mas há divergência de concepção. No território, o CRATOD está há 500m da cena de uso, o CAPS está a 3Km. Então foi criado o CAPS de rua.

A questão da moradia é entendida como fundamental para a construção da emancipação econômica. O hotel configura-se um local de passagem, um local-meio. Então a articulação com a Secretaria de Habitação é essencial.

A Equipe DBA divide-se em três níveis:

- Comitê Gestor: Todos os Secretários Municipais, que compõem o núcleo duro do programa, além do Prefeito;
- Coordenação de Campo: Técnicos ligados as secretarias com uma forma equivalente de Coordenação de Campo;
- No território: A “Tenda” é o local em que acontece a escuta e articulação com os equipamentos presentes no território. Três funcionários públicos da Saúde coordenam a Tenda: psicólogo, assistente social e enfermeiro.

Cada serviço realiza abordagens no quadrilátero da cena de uso:

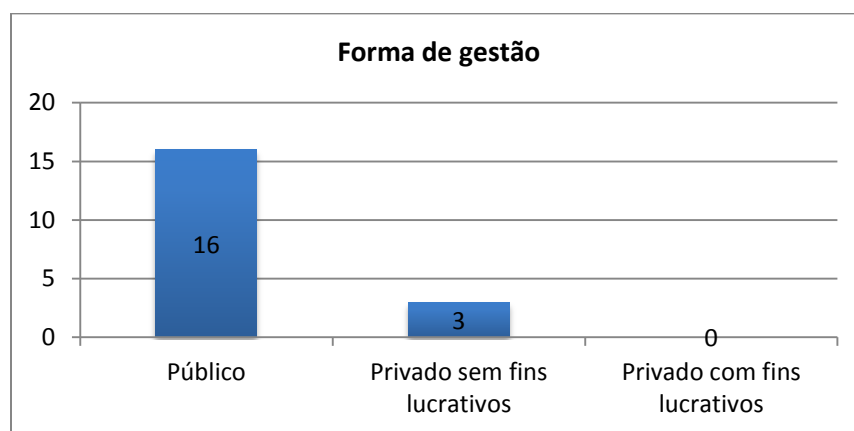
Há também a “Casinha”: local físico onde a Coordenação de Campo se reúne no mínimo uma vez por semana, promovendo a aproximação da gestão com o território.

RESULTADOS

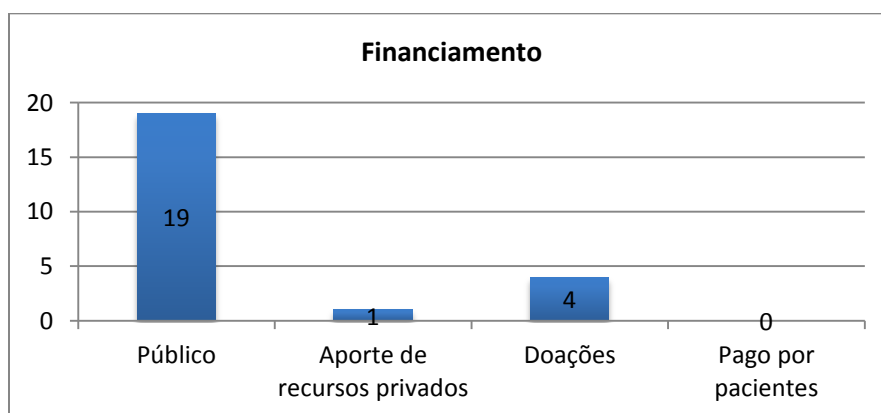
Foram realizadas entrevistas com 19 gestores de serviços de saúde, incluindo Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Consultório na Rua, Centros

de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Pronto Atendimento / Pronto Socorro; e socioassistenciais, incluídos Centros de Acolhida para homens, e mulheres transexuais, além de centros de convivência.

A gestão pública foi descrita em 16 serviços, enquanto três declararam forma privada sem fins lucrativos. Nenhum dos centros entrevistados possui forma de gestão privada com fins lucrativos.

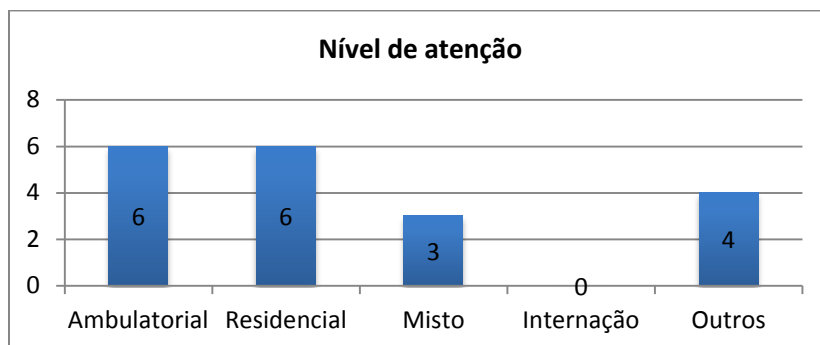


Todos os serviços contam com financiamento público, sendo que quatro deles recebem também doações e um recebe recursos privados. Nenhum deles recebe diretamente dos usuários.

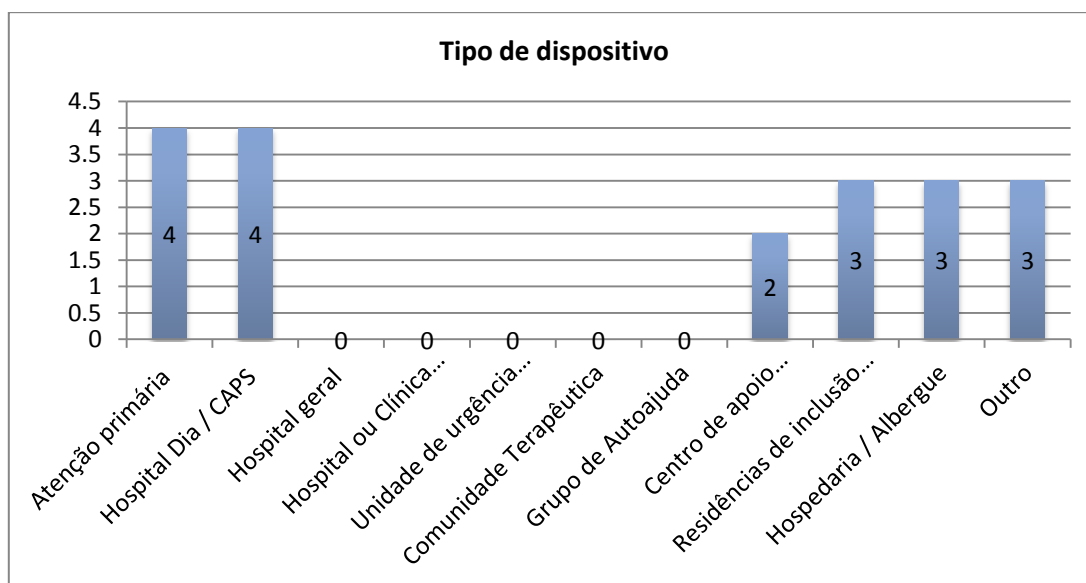


Seis serviços oferecem atenção ambulatorial, seis oferecem serviço residencial, três possuem atenção mista. Diferenciam-se ainda, serviços de urgência e emergência, acolhimento de baixa complexidade, serviço de convivência e Tenda (dispositivo de acolhimento em meio à cena aberta de uso e venda de drogas para inserção de usuários

no programa De Braços Abertos⁸). Um dos serviços mistos declarou atendimento hospitalar noturno de até 14 dias.

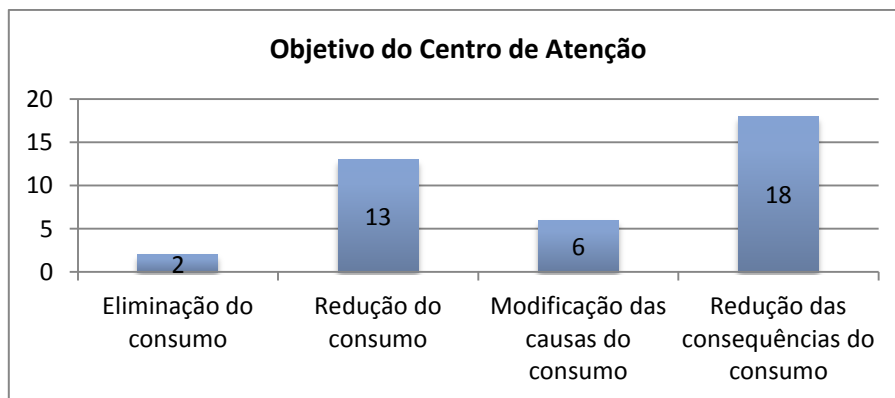


Os tipos de dispositivos estão descritos na tabela abaixo. Em Atenção Primária, discriminam-se Unidade Básica de Saúde (UBS) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), apenas UBS, Consultório na Rua e Assistência Médica Ambulatorial (AMA). Outros incluem pronto-atendimento, unidade de urgência e emergência, atendimento e encaminhamento da porta de entrada para o DBA (De Braços Abertos).

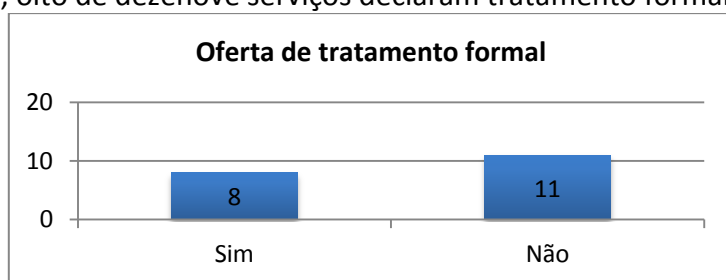


Quanto aos objetivos do centro de atenção:

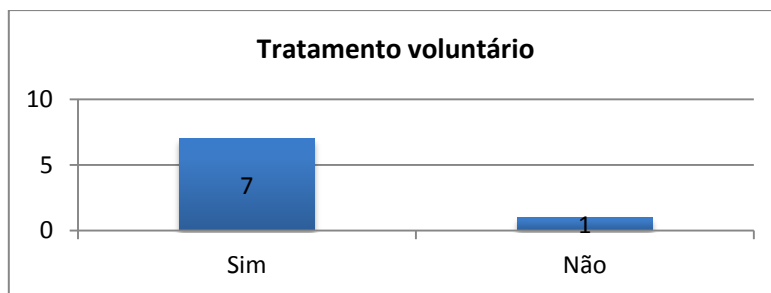
⁸ O Programa De Braços Abertos (DBA) será apresentado quando da discussão de como se articulam tais serviços.



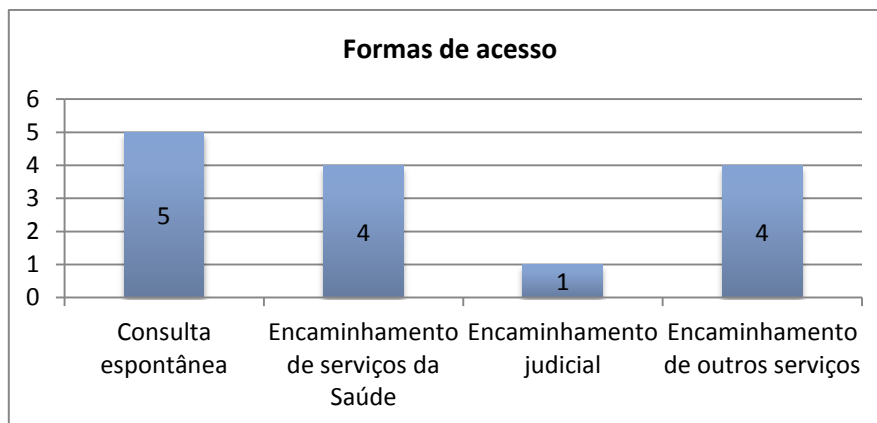
Quanto à oferta pelo dispositivo de tratamento formal de reabilitação em álcool e outras drogas, oito de dezenove serviços declaram tratamento formal.



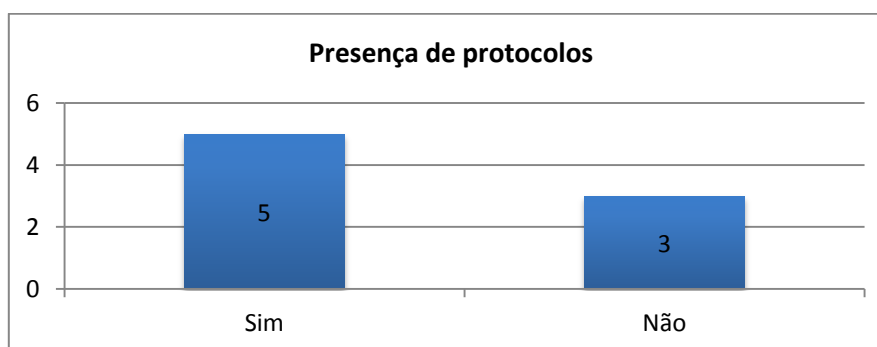
Desses oito, sete tratam de forma voluntária e um entende cumprir medidas socioeducativas destinadas a crianças e adolescentes em conflito com a lei.



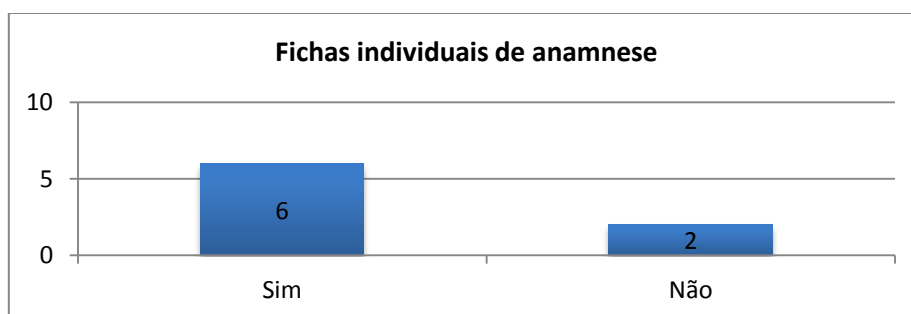
Em cinco serviços os usuários chegam de forma espontânea; de quatro chegam encaminhados de outros dispositivos da Rede de Saúde; um serviço refere receber encaminhamentos por ordem judicial e quatro serviços recebem encaminhamentos de dispositivos que não são da saúde, a saber, dispositivos da Educação, da Assistência Social, da abordagem de rua, CREAS POP (Centro de Referência Especializado de Assistência Social para População em Situação de Rua) ou ainda indicados por outros usuários.



Dos oito que oferecem tratamento formal, cinco serviços referem possuir protocolos ou guias baseados em evidências. São citados o Guia do Ministério da Saúde⁹; o Consenso Sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool¹⁰; Planos Individuais de Tratamento e uma ficha de acolhimento inicial criada pela própria equipe.



Desses oito, seis possuem ficha para registro individual da história clínica.

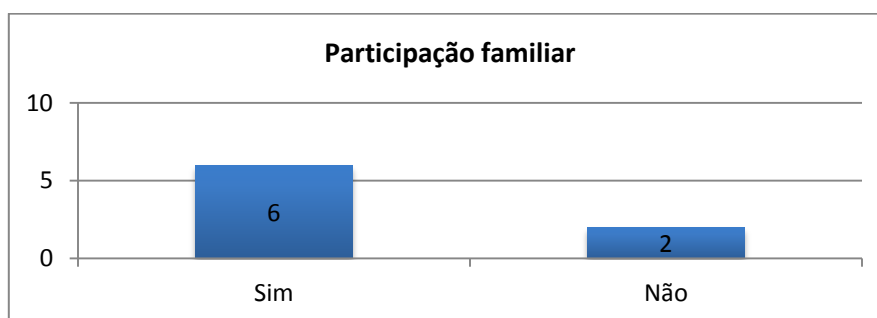


⁹ <https://drive.google.com/file/d/0B-BbYa32Y5KScm5UX2dIZGV2amM/view>

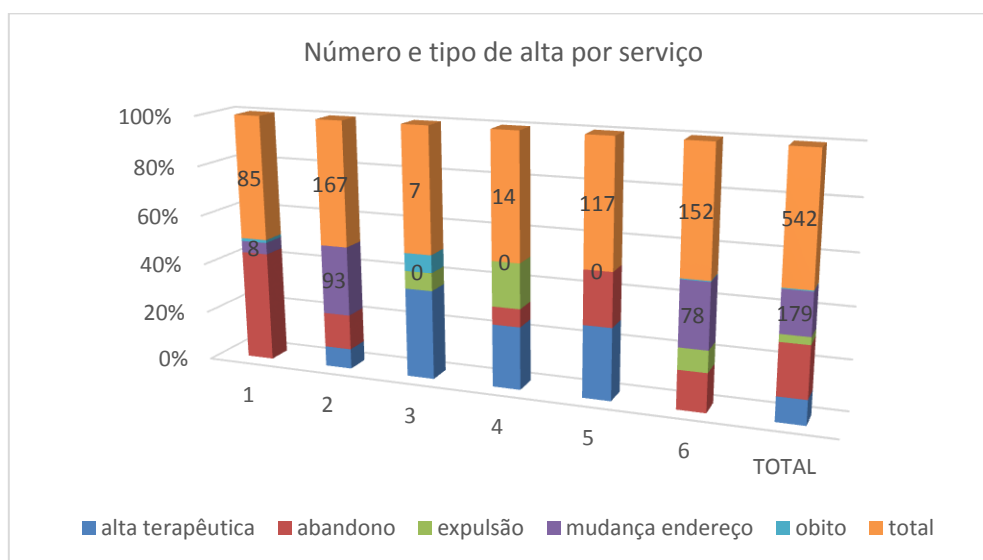
¹⁰ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000200006

Todas as seis fichas individuais incorporam um plano individual de tratamento.

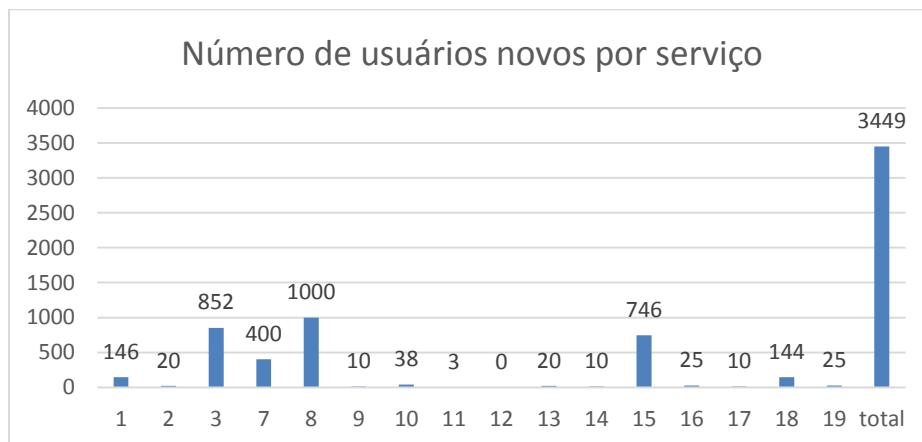
Dos oito serviços, seis conseguem de alguma forma incorporar familiares ao tratamento. Dois dos serviços descrevem a participação da família em grupos e assembleias. Também se relata a presença de familiares durante consultas, em festas promovidas pelo CAPS, em visitas domiciliares, acolhimento familiar, em grupo de atendimento familiar e em tentativas de contato individuais. Os dois em que não há participação familiar relata que isso se deve aos usuários estarem em situação de rua ou à ausência mesmo de família, relatando-se que os poucos familiares que são conhecidos não comparecem.



Dois dos serviços não possuem sistematização de egressos. Em um deles referiu que não se considera procedimento de alta por ser residencial. Seis dos serviços disponibilizaram dados sobre altas e egressos. Por se tratarem de dispositivos muito diferentes e, portanto, com perfis de alta bastante distintos, apresentam-se os gráficos em número absoluto de egressos por serviço e por porcentual de tipos de alta em cada um dos seis serviços.



A contabilização de usuários novos atendidos no último mês foi extremamente variável de acordo com os serviços, sendo que nem todos tinham dados disponíveis. Assim, foram disponibilizadas informações alternativas que refletissem relativamente a quantidade de atendimentos realizados, tais como média aproximada e atendimentos ao ano.



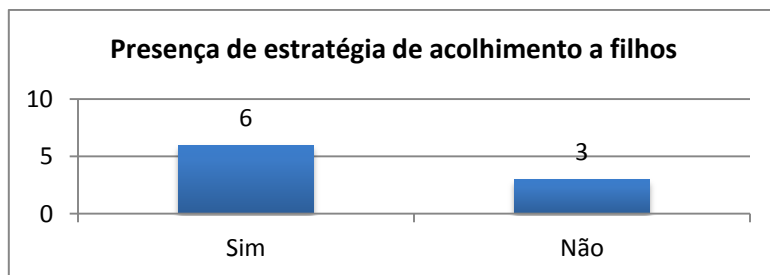
A capacidade instalada de atendimentos é extremamente variável e em muitos dos serviços não é mensurável, pois embasa-se em população adscrita. Somente foi possível objetivar a capacidade dos serviços residenciais / albergues, que variou de 30 a 150 vagas.

A duração média de acompanhamento nos serviços onde há pernoite, variou de dias até 9 meses.

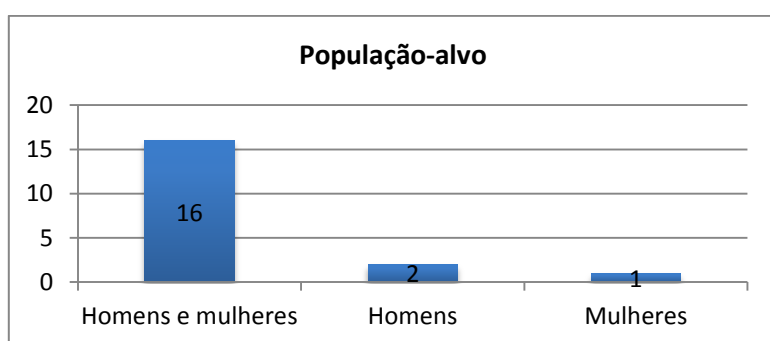
O número médio de pessoas atendidas mensalmente variou de média 250 em serviços ambulatoriais, a 10 mil nas Unidades Básicas de Saúde, um serviço chegando a registrar 25 mil atendimentos realizados.

Da mesma forma, o tempo médio de permanência para atendimento no dia, variou de 30 minutos até 7 dias.

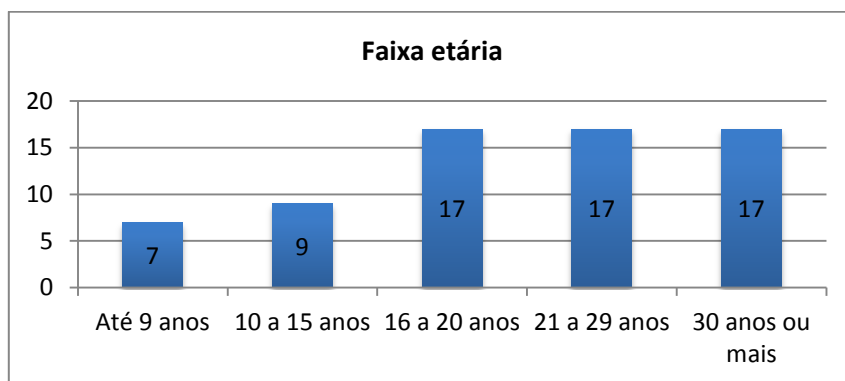
De nove serviços ambulatoriais, seis relatam estratégias de cuidados aos filhos de usuários, dentre as quais: um profissional cuida das crianças enquanto o pai ou mãe é atendido; criança fica no CAPS infantil; acolhimento com o programa Saúde do Escolar; acessam-se rede de apoio e creches; atendimento conjunto mãe e filho; equipe de saúde acolhe o filho; poucos usuários têm filhos e estes ajudam na gestão da creche.



Quanto ao perfil populacional atendido pelo serviço, 16 referiram atender sem restrição usuários homens e mulheres, dois atendem exclusivamente homens e apenas um, exclusivamente mulheres transexuais.



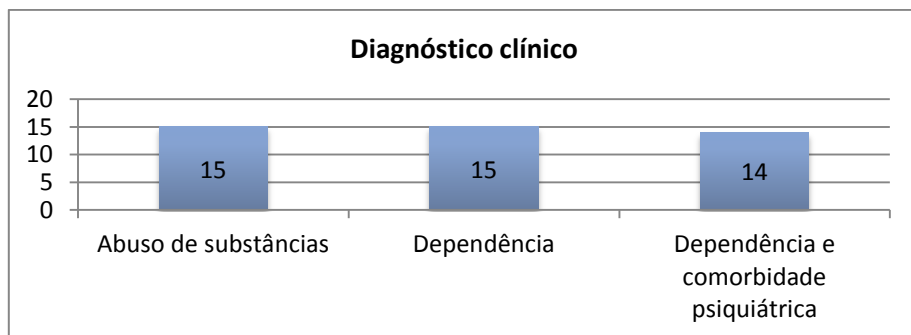
Por faixa etária, dos serviços destinados a adultos, seis atendem população a partir de 18 anos. Um dos serviços atende formalmente pessoas entre 12 e 18 anos, mas na prática estende o atendimento até os 20 anos, priorizando o vínculo de seus usuários ao serviço.



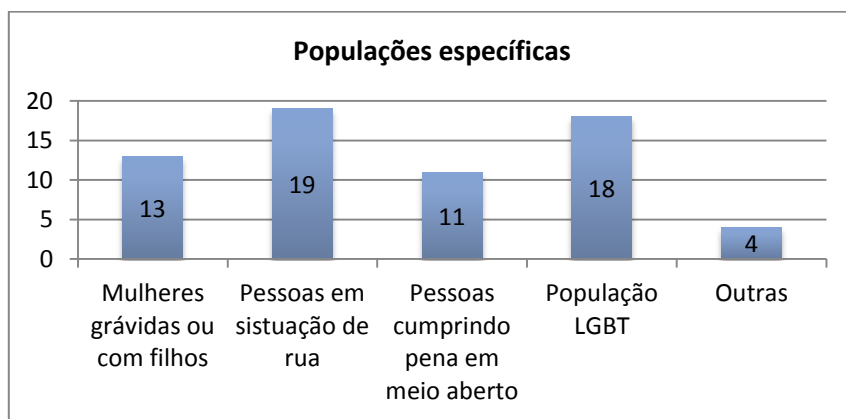
No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) presta serviços a todos em território nacional, independente da nacionalidade. Desta forma, podemos supor que a alternativa “sem seguro ou indigente” não caberia aos atendimentos no país. Ainda assim, três serviços se identificaram desta forma, um deles incluindo também “sistema público de saúde”.

Entendemos que o equívoco se deu por não haver incluída dentre as opções o sistema de assistência social. Nenhum serviço entrevistado faz parte do sistema privado de saúde.

Quanto aos diagnósticos clínicos há relativa homogeneidade, a maioria dos serviços atendem pessoas em abuso de substância, dependência e com comorbidades psiquiátricas.



Entre outras populações específicas, foram citados egressos do sistema penitenciário, foragidos, adolescentes cumprindo medidas socioeducativas, imigrantes – citados por sete serviços entre árabes, haitianos e africanos, pessoas em situação de rua, pessoas com sofrimento psíquico e/ou vulnerabilidade social com ou sem uso de substâncias psicoativas.

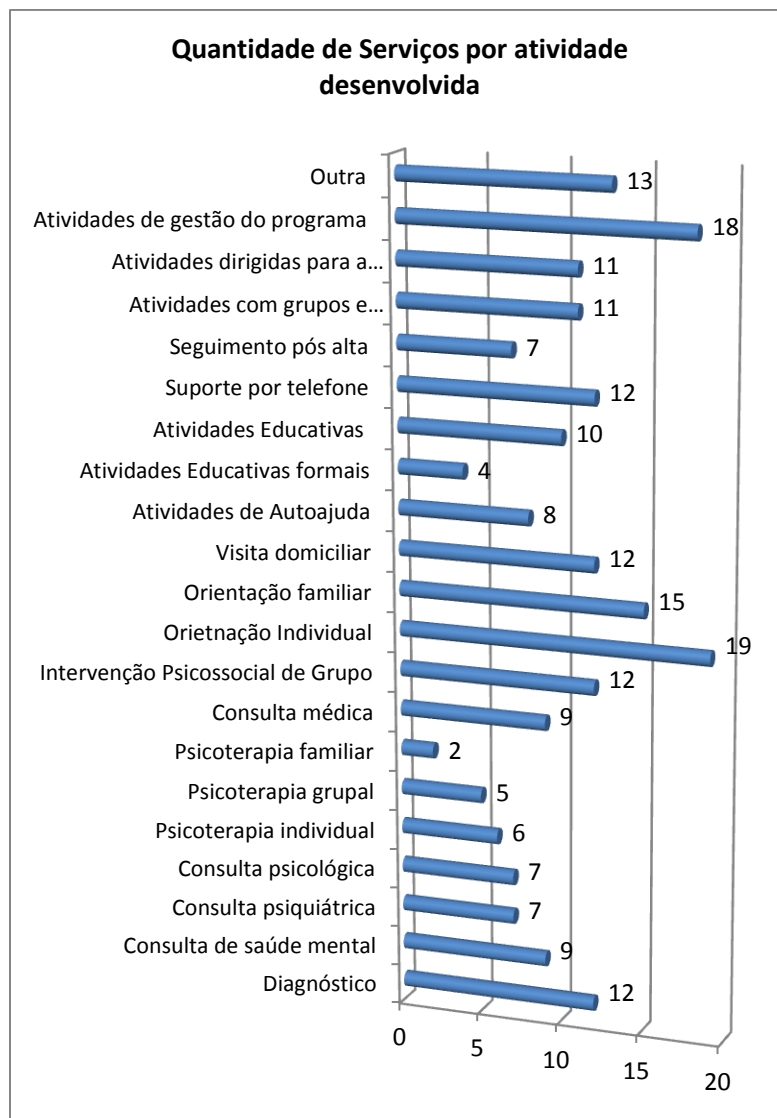


Há ampla gama de serviços prestados. Em "outros", citam-se "CAPS na Rua", iniciativas de economia solidária, visita domiciliar, ações no território, suporte à crise, grupos de saúde mental, de planejamento familiar e de diabetes, dança circular e Taichi Pai Lin, produção cultural de filmes e vídeos, assembleia e espaço de convívio, transporte para lazer, passeios externos e atividades culturais, de esporte e lazer (ida ao cinema, teatro e clube-escola), apoio às atividades diárias e escolares (tarefas de casa, estudo para prova,

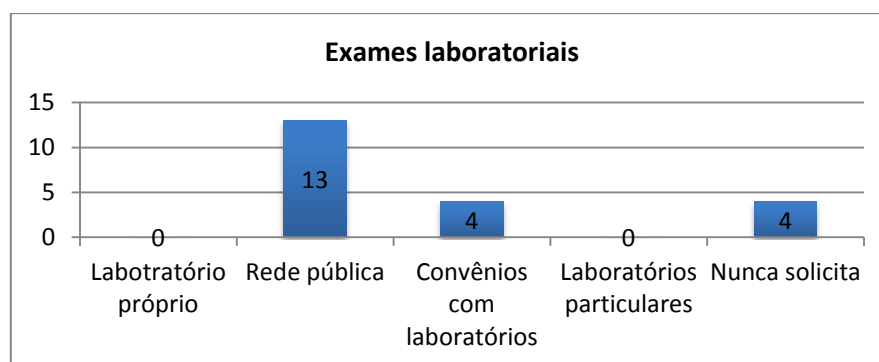
acompanhamento na escola), assembleias na UAI (Unidade de Atendimento Inicial), trabalho com museus da região – principalmente para população LGBT, com ênfase na redução de danos e resgate da autoestima. A tabela retrata as alternativas objetivamente apresentadas.



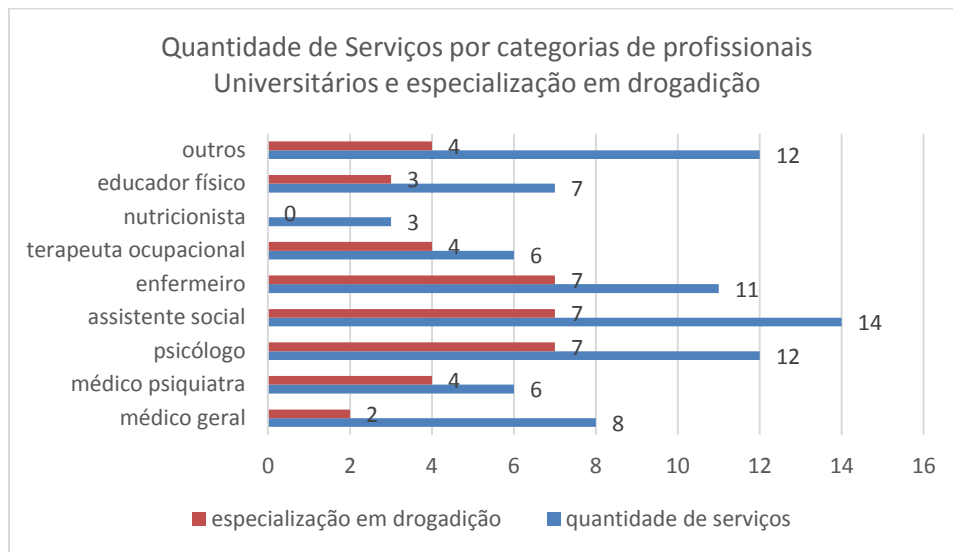
Quanto às atividades desenvolvidas nos serviços, foram referidas:



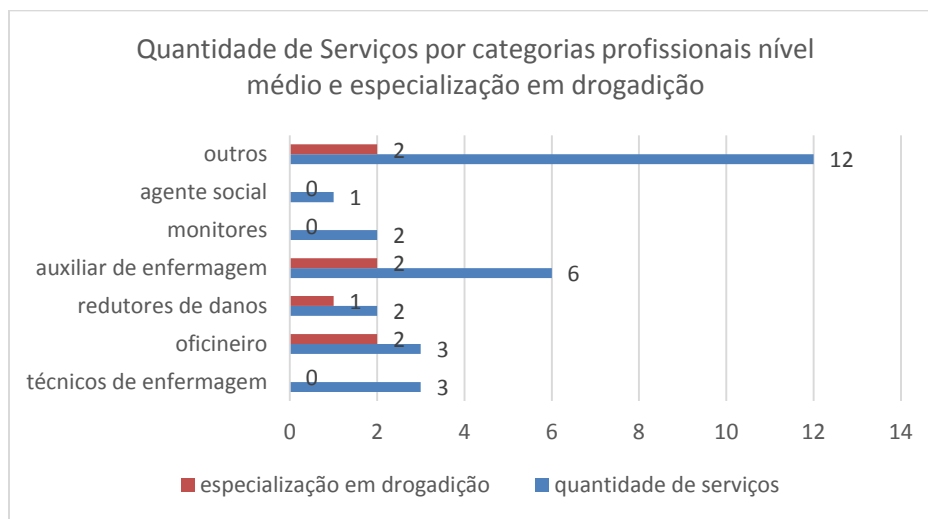
Nenhum dos serviços possui laboratório próprio, a maioria solicita exames que são realizados em outros serviços da rede pública de saúde. Quatro serviços possuem convênios direto com laboratórios e quatro nunca os solicitam.



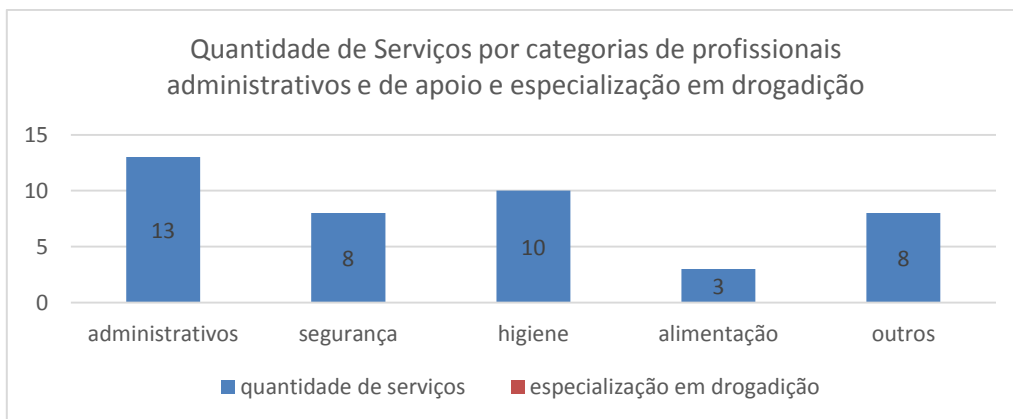
Quanto aos recursos humanos, e formação em drogadição nos deparamos com as seguintes composições:



Incluídos na categoria “outros” foram citados: gerentes e supervisor de serviço, Educadores, Jornalista, Cientista Social, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Médico Pediatra, Médico Ginecologista, Cirurgião Dentista.

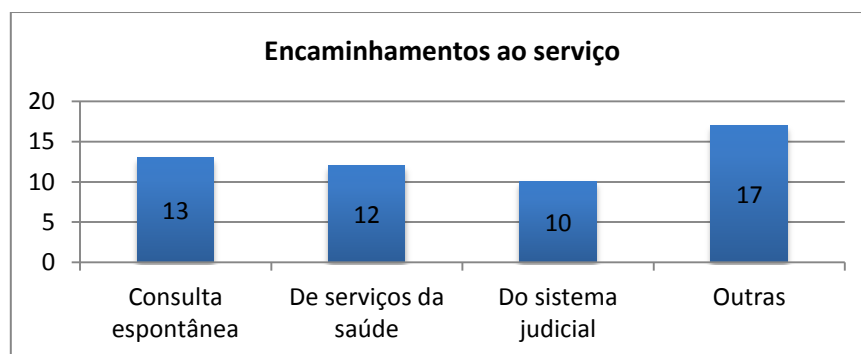


Entre os profissionais incluídos na categoria “outros”, foram citados: Técnicos de farmácia, auxiliar de câmara escura, técnico de radiologia, técnico de imobilização ortopédica, auxiliar de saúde bucal e orientadores.



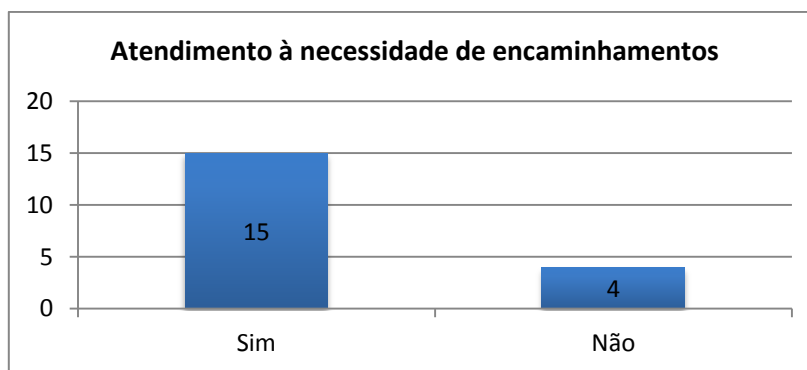
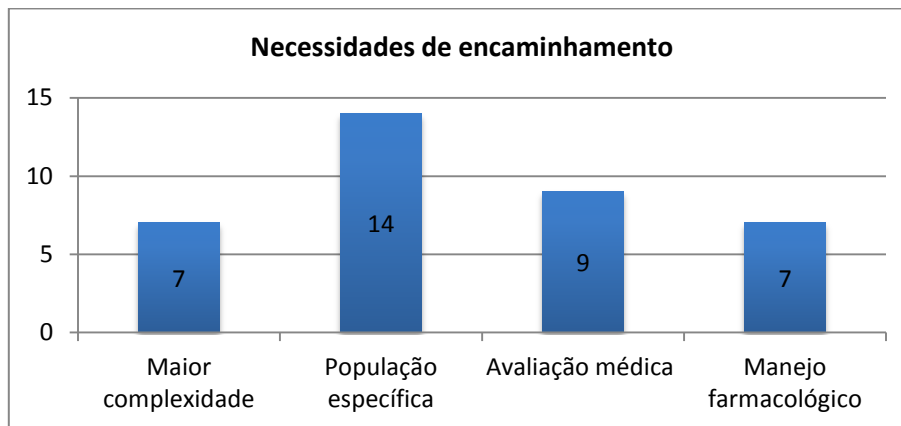
Na categoria outros, foram citados: motoristas, auxiliares de manutenção, auxiliares de lavanderia, eletricista, assistente de recursos humanos, técnico de informática, acompanhantes comunitários e auxiliares de apoio.

Quanto a forma de encaminhamentos, os usuários chegam aos serviços de diversas formas, citam-se ainda orientados pela área social – citada por sete serviços; por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); trazidos pela Guarda Municipal e Polícia Militar; encaminhados de escolas, hospitais e rede particular de saúde; procura espontânea; encaminhados dos CAPS em geral; encaminhados pelo Consultório na Rua; encaminhados por pessoas na comunidade; por meio de busca ativa do próprio serviço.

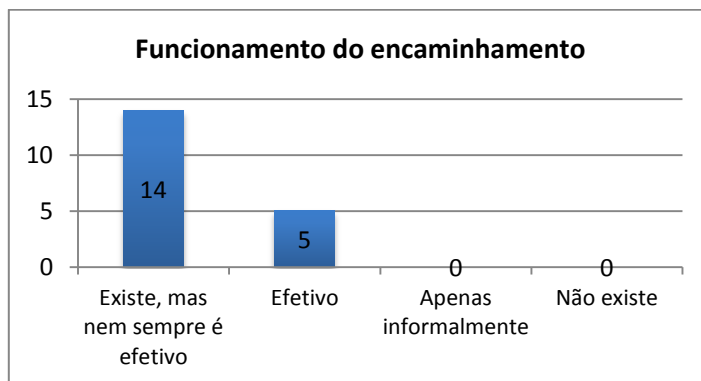


Quanto às necessidades de encaminhamento, relata-se que algumas não podem ser atendidas por necessitarem de um nível maior de complexidade. No primeiro grupo entram as demandas de proteção social, por exemplo, de bolsa aluguel, de albergues, os casos de doenças crônico-degenerativas; no segundo, relatam-se excesso de demanda e falta de vagas e existência de preconceito por parte dos serviços para onde se buscar encaminhar. Outro serviço relata que os serviços de saúde em geral estão lotados e não comportam. Há dificuldade de acessar os serviços de urgência e emergência / hospitalares

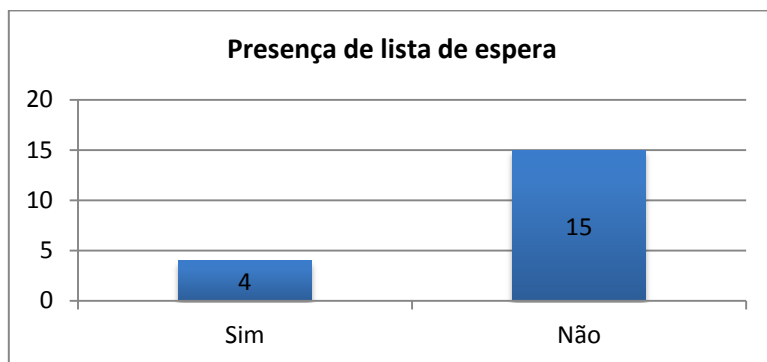
devido à superlotação dos equipamentos. Outro serviço observa que a dificuldade se dá no acesso aos medicamentos de alto custo e às especialidades médicas.



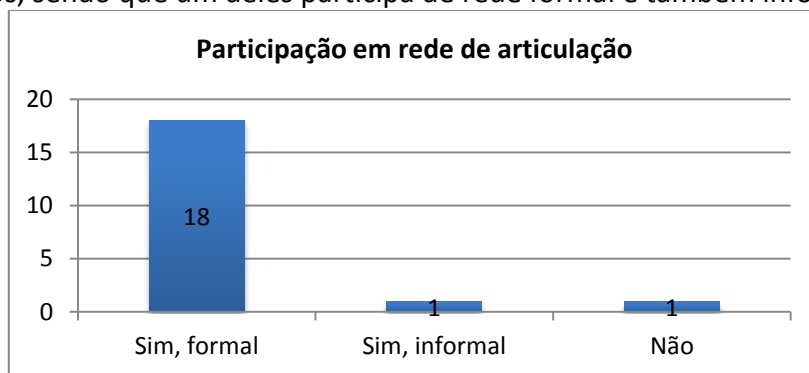
O mecanismo de encaminhamento existe em todos os serviços formalmente. Um dos serviços relata melhora substancial nos últimos anos, outro relata que a qualidade do encaminhamento depende muito de ações compartilhadas entre o serviço de saída e o de entrada do paciente.



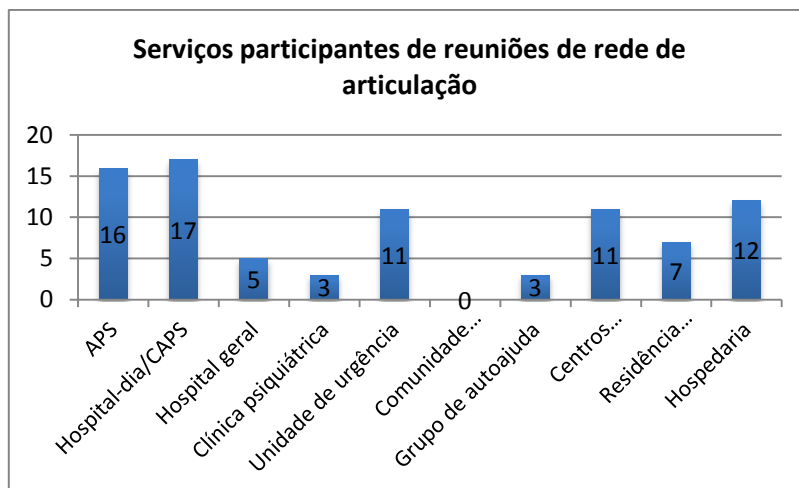
Quatro serviços possuem lista de espera. O número de pessoas em espera para acessar os serviços é muito varável: 3; 72; 200; 318; e é mais percebido nos serviços residenciais.



Os gestores de dezoito serviços participam de redes formais de articulações com outros serviços, sendo que um deles participa de rede formal e também informal.



Citam-se muitos serviços participantes de reuniões de redes de articulações. Em "outros" foram também citados: AMA (Atendimento Médico Ambulatorial), Consultório na Rua, SEMADS (Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social), igreja e comunidade – com ênfase na população de imigrantes, polícia militar, iniciativas de economia solidária, serviços da Assistência Social em geral, Casa de Passagem, CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social), SEAS (Serviço Especializado de Abordagem a Adultos em Situação de Rua), CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), repúblicas, Fundação Casa (internação socioeducativa), equipe de Direitos Humanos. Relatam-se reuniões a cada 2 meses, com Justiça e SEMADS, Defensoria Pública e Delegacia da Mulher, CREAS POP, Forum de Gestores da Saúde Mental, Forum de Trabalhadores da Saúde Mental, Centro de Referência da Diversidade.



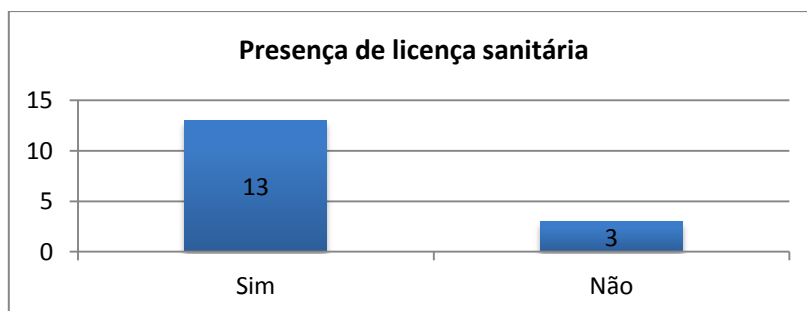
Entre os responsáveis pela coordenação desta rede, foram citados: o Coordenador Regional de Saúde da Secretaria de Saúde, a coordenadora de saúde da Regional Centro, a coordenadora da Secretaria Municipal de Saúde, trabalhadores e gestores dos serviços, a coordenadora do CREAS POP ou outras pessoas da Rede de Assistência Social, o centro de Saúde Escola Barra Funda. Um serviço afirmou não haver coordenador, um não soube responder e um afirmou que a função de coordenação é variável.

Os objetivos desta rede citados foram:

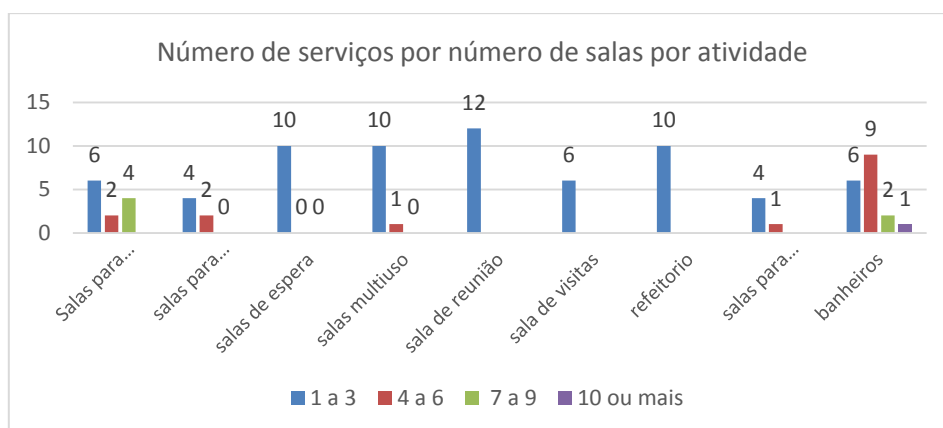
- promover articulação entre os serviços;
- fortalecer a rede;
- empoderar os indivíduos e ampliar o território;
- alinhar as ações para atendimento integral às pessoas;
- criar trabalhos mais efetivos dentro do grupo;
- oferecer suporte às questões de vulnerabilidade social e validar o trabalho psicossocial;
- aumentar a inclusão e integração entre os serviços; encontrar soluções conjuntas para casos emblemáticos;
- enfatizar o cuidado aos adolescentes da região central;
- promover a realização de ações complementares entre os serviços;
- discutir problemas comuns, o matriciamento e a própria rede de serviços da prefeitura e do Estado;
- estabelecer fluxo de encaminhamento e elaborar programas de atenção e tratamento;
- reduzir danos aos usuários;
- discutir as dificuldades nos encaminhamentos;
- inserir usuários na rede com o intuito de inseri-los socialmente;
- articular vagas e conseguir outros centros de acolhida;
- alinhar ações de atendimento, discutir casos, reunir miniequipes, trocar experiências entre profissionais;
- fortalecer vínculos, promover eficácia nos trabalhos, priorizar a saúde dos usuários;

- trabalhar em prol da comunidade, dar continência, propiciar suporte às demandas.

Com relação à existência de licença sanitária vigente, dois serviços afirmaram não ter essa informação e um preferiu não responder.



O próximo gráfico explicita de maneira geral a estrutura dos serviços incluídos:



Cabe esclarecer que a variedade dos serviços dificulta a consolidação das informações estruturais. Tomemos por exemplo a diferença entre serviços mistos que têm leitos de retaguarda, pronto socorro que apresentam estrutura absolutamente diferenciada, e ainda, os serviços residenciais.

Com relação à quantidade de camas por dormitório, dois serviços possuem duas camas por dormitório. Um serviço possui um dormitório com quatro camas e dois com três camas. Em um dos serviços há três camas por dormitório. Um serviço relata oito leitos para adultos, quatro pediátricos e dois gerais na sala de emergência.

Um serviço residencial refere dormitórios com 14 e 20 leitos; outro 110 leitos. Por fim, em um último serviço há um quarto com cinco beliches, outro com três beliches e um com duas camas.

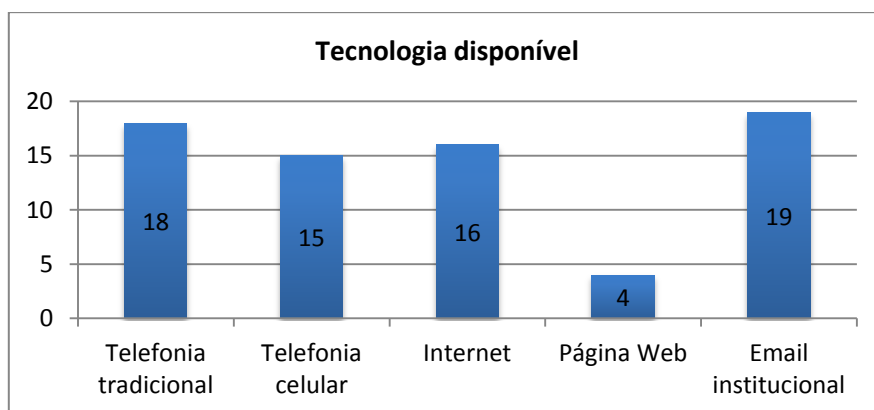
Entre outras áreas relacionadas, podemos citar:

1. Nos pronto socorros e pronto atendimentos (urgência e emergência) - sala de emergência, sala de medicação, sala de acolhimento, sala de observação, farmácia, recepção, sala de esterilização, sala de expurgo, copa, sala de administrativos, sala de Raio X, sala de curativos; Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, sala para eletrocardiograma, sala de curativo e sutura, sala de expurgo, sala de esterilização, conforto para profissionais;

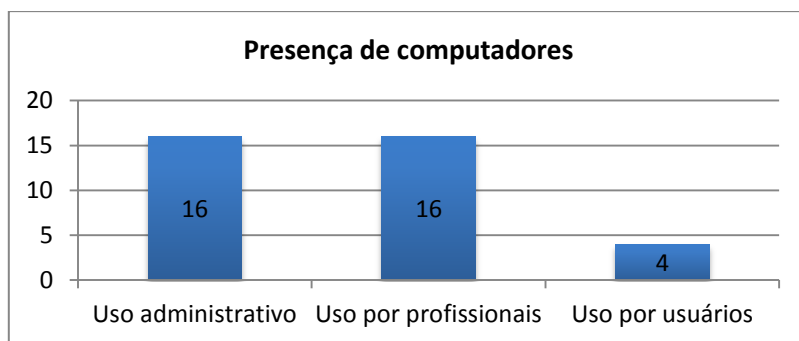
2. Nas Unidades Básicas de Saúde - sala de administração, posto de enfermagem, cozinha, sala de vacina, sala de coleta, sala de medicação, sala de inalação, consultório odontológico, sala dos Agentes Comunitários de Saúde, almoxarifado, copa, farmácia, recepção e SAME;

3. Nos demais serviços: sala de convivência; varanda; sala de estar, lavanderia, garagem, sala de jantar, churrasqueira, área esportiva.

Quanto à tecnologia e sistemas de informação:

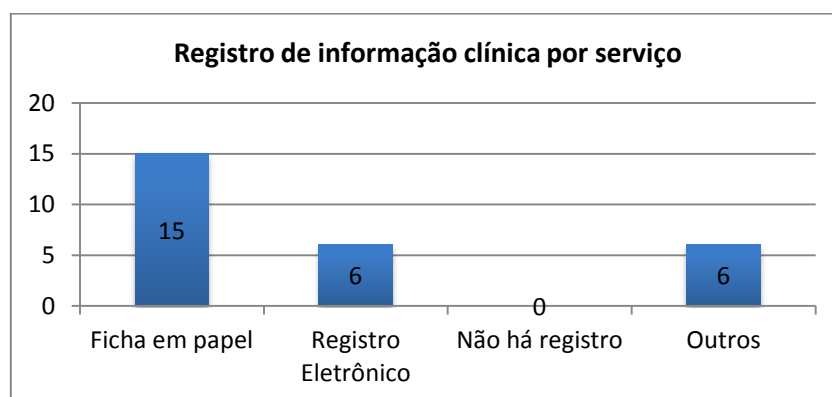


Com relação à distribuição de computadores nos serviços, um dos serviços indica que o mesmo computador usado pela equipe é também usado pelos usuários.

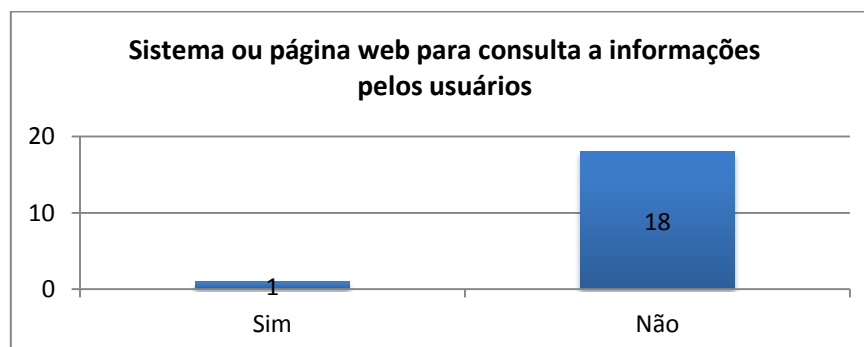


Todos os serviços indicam alguma forma de registro de informações clínicas. Um dos serviços indica que o registro em papel é feito no prontuário de outro serviço (CAPS AD). Com relação ao registro eletrônico, é citado o sistema SIGA (Sistema Integrado de Gestão ao Atendimento) utilizado pela rede de Saúde em geral, que contabiliza os procedimentos, diagnósticos, encaminhamentos e coleta de exames.

Em “outros”, citam-se registro eletrônico de atividades, planilha em excel atualizada mensalmente, prontuários, ata e registro em prontuário, “ata de plantão” – livro de registro das atividades do dia e de intercorrências. Entre os CAPS AD e IJ há registro compartilhado de alguns casos.



Um dos serviços descreve a existência de um aplicativo denominado “Aqui tem Remédio” e do site DST-AIDS, em que é possível localizar locais em que se realizam teste rápido para HIV.



CONSIDERAÇÕES GERAIS

Considera-se que a presente linha de trabalho pode fornecer informações úteis e relevantes para formulação de políticas, no que se refere a melhor organizar as informações disponíveis, evidenciar questões estruturais, perfis da população atendida, e propostas de cuidado em curso.

Entende-se adequado a ampliação em âmbito nacional, recomendando-se formas de sistematização que possam evidenciar diferenciações por tipo de serviços, com vistas a maior precisão das informações e possibilitar a comparabilidade.

Tratando-se de região em que especificamente foi centro de discussão acerca da problemática, evidencia-se esforços na diversificação das ofertas e articulação intersetorial, como poderá não corresponder a achados em outras localidades. Esta especificidade foi alvo de entrevista aberta realizada com gestores municipais das secretarias mais diretamente envolvidas para que se pudesse evidenciar o modelo de gestão e perspectiva vigente.

A avaliação do funcionamento do questionário foi realizada de maneira conjunta, por reunião via Skype e respostas dos entrevistadores a algumas questões. Aponta-se para um consenso da categoria bom, considerando necessidade de pequenas adequações. A equipe avalia que o instrumento é abrangente suficiente para captar aspectos fundamentais dos serviços, organizado a partir de questões bem elaboradas, complexas, mas claras.

Evidencia-se a necessária realização de capacitação para sua utilização, recomendando-se o envolvimento de profissionais com alguma apropriação das políticas públicas vigentes, bem como avaliando positivamente o guia instrutivo como um bom material de apoio em campo.

O tempo médio de entrevistas foi de 1,5 hora, considerando que a expansão deste tempo se deu mais por necessidades decorrentes do acionamento dos gerentes para resolver questões da rotina dos serviços.

Em quase a totalidade dos serviços foi necessário somente um informante, sendo que nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos (urgência) percebeu-se que os dados quantitativos solicitados específicos sobre a população usuária de drogas não pertenciam à rotina do gestor destes serviços.

Não foi apontado obstáculo do questionário, somente alertando que a terminologia utilizada é bastante técnica, exigindo conhecimento do entrevistador acerca do campo.

Especificamente no contexto brasileiro, onde a questão da gestão dos serviços e provimento de recursos humanos vem sendo alvo de inúmeras críticas, impulsionados pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que impõe limites orçamentários a se destinar a recursos humanos no SUS, o cenário de vínculos empregatícios diversos, frágeis e precários, configuram especificidade que talvez não apareça claramente no questionário – serviços públicos, gerenciados por organizações privadas sem fins lucrativos.

A situação de diferentes vínculos empregatícios no mesmo serviço, parece ficar evidenciada na tabela que assim o especifica.

Na assistência social esta realidade é mais clara, embora também extremamente frágil, organizada a partir de convênios diretos com organizações não governamentais para realização e execução de serviços de responsabilidade estatal, alguns deles realizados em prédios públicos. Mantivemos então o consenso de manter os serviços da saúde como serviços públicos.

Evidenciou-se, junto aos gestores de serviços que não se responsabilizam tradicionalmente diretamente pela atenção à população em uso drogas, surpresa em serem indicados como parceiros no cuidado a esta população. Desta forma, inicialmente percebeu-se dos serviços de Atenção Básica em Saúde, urgência e albergue, algum incômodo que remetia a certo temor em ter de assumir responsabilidade mais formal junto da mesma, reiterando o escopo mais ampliado das ações desenvolvidas, mas sendo conduzida a identificar de fato as ações realizadas e potentes desenvolvidas frente à problemática.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO RCF. et al. Etnografia da cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. Revista Saúde & Transformação Social, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.2, p.04-13, 2013.

BASTOS FI & BERTONI N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

NAPPO SA, GALDURÓZ JCF, NOTO AR. Uso do “Crack” em São Paulo: Fenômeno Emergente? Revista ABP-APAL, 16(2): 75-83, 1994.

NAPPO, AS, OLIVEIRA LG, SANCHEZ ZVM, MOURA YG. O Crack em São Paulo, 20 anos depois. Scientific American, 38: 32-35, 2010.

RUI T. Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP: 2012.

2.3 CHILE

A continuación se presentan los resultados del proceso de caracterización de la oferta de tratamiento de drogas de centros¹¹ de dos comunas de Chile: Iquique (incluye un centro de tratamiento de la comuna de Alto Hospicio), en la región de Tarapacá, y San Bernardo, en la región Metropolitana.

Para la presentación de resultado se dividió el siguiente documento en siete capítulos, cada uno referido a uno de los principales temas preguntados en el cuestionario diseñado para la implementación del estudio. Es así que a continuación se presentan los siguientes temas: 1. Derechos en los Centros de Tratamientos, 2. Funcionamiento de los centros de tratamientos, 3. Población objetivo, 4. Cartera de servicios y prestaciones, 5. Recursos humanos, 6. Funcionamiento de la red, y 7. Tecnología y sistemas de Información.

Descripción de las zonas

Iquique es una ciudad puerto y es la capital de la región de Tarapacá. La región de Tarapacá es una de las regiones más al norte del país. Limita al norte con la Región de Arica y Parinacota, al este con Bolivia, al sur con la Región de Antofagasta y al oeste con el océano Pacífico. La población en 2012 era de 184.953 habitantes. Es una zona principalmente minera, pesquera e industrial, con un perfil económico donde el 75,9% de sus habitantes son personas de un bajo nivel de especialización. Existiría un 17 % de pobreza en la población según datos del CASEN (Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional). Precisamente por la actividad comercial, minera y de exportación que predomina en la ciudad, la comuna se caracteriza por tener una población mayoritariamente trabajadora. Sin embargo, también existe en la comuna un grupo importante de persona con un alto grado de vulnerabilidad social asociado principalmente al consumo de alcohol y drogas, ocasionado muchas veces a una intensa vida nocturna que caracteriza a la comuna. En el caso de Alto Hospicio, es una comuna fundada en el año 2004 (antes formaba parte de la comuna de Iquique) que cuenta con alrededor de 98.545 habitantes, y de manera similar a la comuna de Iquique su actividad económica está basada principalmente en servicios y minería. Cabe señalar que según los datos manejados por la CASEN, esta comuna mantiene uno de los mayores índices de

¹¹ En el documento se utiliza la palabra centro para referir tanto a centros como a dispositivos de tratamiento. Se toma esta decisión debido a que para el caso de los dispositivos solo se identificaron dos grupos de auto-ayuda, ambos localizados en San Bernardo.

pobreza a nivel nacional, por lo que se considera una comuna con un alto índice en riesgo social, y donde existe un consumo de drogas y alcohol importante.

San Bernardo: es una comuna ubicada en la en el sector sur del Gran Santiago, capital de la Provincia de Maipo en la Región Metropolitana de Santiago. Su población es de 285.272 personas aproximadamente y tiene un índice de pobreza del 17,2 %. La comuna se caracteriza principalmente por su actividad económica basada en un sector comercial e industrial fuerte, además de un porcentaje importante de zonas destinadas a las actividades agrícolas. En cuanto a los aspectos socio-demográficos, la comuna de San Bernardo tiene una conformación social variada, compuesta tanto por sus sectores industriales y agrícolas, más bien alejados del centro de la comuna, como por también población de clase media y por población en riesgo social que convergen en la zona central de la comuna. En la zona oriente de la comuna se concentran los lugares con alta conflictividad y consumo de Drogas y Alcohol. Esta zona tiene una alta vulnerabilidad social.

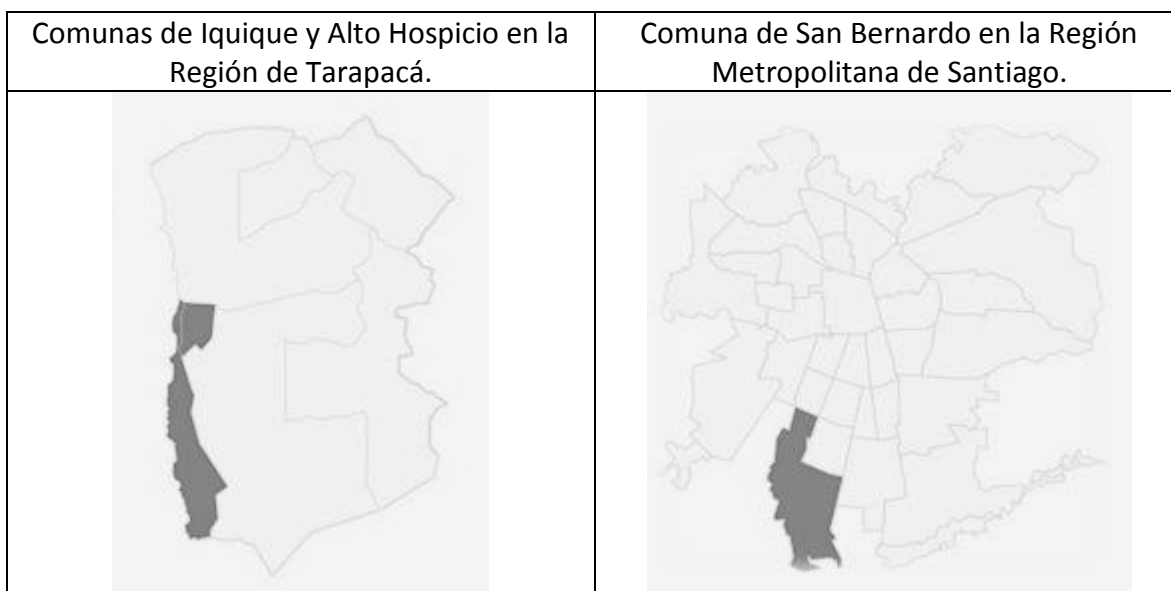
Cantidad de Centros de tratamientos de Iquique y San Bernardo encuestados según tipo

	Centros	Dispositivos
Iquique	14	2
San Bernardo	12	0

Figura 1: Mapa de Chile con regiones donde se hizo el levantamiento destacadas



Figura 2: Mapas de comunales de la Región de Tarapacá y Metropolitana con las comunas de Iquique, Alto Hospicio y San Bernardo destacados.



1. Derechos en los Centros de Tratamientos

A partir de la información reportada por los centros de tratamiento de las comunas de Iquique y San Bernardo, presentada en la tabla N°1, los centros de las comunas estudiadas poseen condiciones para proteger y respetar los derechos de las personas que participan en la rehabilitación por consumo de sustancias.

Como se observa en la tabla, los centros de tratamiento refirieron que se respetan los derechos de los usuarios a la confidencialidad, al acceso a información y a rechazar el tratamiento. Además, en los centros catastrados se plantea la existencia de garantías contra los malos tratos hacia los beneficiarios (usuarios en proceso de rehabilitación).

Tabla N°1. Derechos en centros de tratamientos de Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Derecho a la confidencialidad, a información y rechazo al tratamiento	12	100	16	100
Garantías contra los malos tratos	12	100	16	100
Condiciones físicas adecuadas para el tratamiento	11	91,7	13	81,3
Ausencia de privación de admisión y discriminación	10	83,3	14	87,5
Admisión y tratamiento basados en consentimiento libre e informado	12	100	16	100

Ayuda para que usuarios puedan ejercer su capacidad legal	11	91,7	13	81,3
Entorno seguro y estable para ejercer el tratamiento	10	83,3	12	75
Libertad de expresión y derecho a la privacidad	12	83,3	16	87,5

Con respecto a las condiciones físicas, el 91,7% y el 81,3% de los centros de tratamiento de Iquique y San Bernardo respectivamente, presentan condiciones físicas adecuadas para el tratamiento y cumplen con los requisitos higiénicos y sanitarios establecidos por las autoridades competentes en la temática.

Al mismo tiempo, gran parte de los centros encuestados afirman que no existe privación en los procesos de admisión al tratamiento y que no se discrimina a ninguna persona por motivos de raza, color, sexo, religión, afinidades políticas, origen (nacional o social), propiedad, nacimiento, discapacidad u otros estatus (83,3% en la comuna de Iquique y 87,5% en la comuna de San Bernardo). En la línea de lo planteado anteriormente, los procesos de admisión y tratamiento en los centros de rehabilitación estudiados se basan en el consentimiento libre e informado, y los usuarios disponen de la ayuda necesaria, en el centro de tratamiento, para ejercer su capacidad legal. Además, gran parte de los centros de tratamiento resguardan que las personas tengan derecho a expresarse libremente y mantener su privacidad.

Por último, los funcionarios de los centros de tratamiento, sean profesionales, técnicos o administrativos, pueden ejercer su trabajo de rehabilitación en un entorno seguro y estable, elemento esencial para el desarrollo correcto de sus laborales.

2. Funcionamiento de los centros de tratamientos

A continuación se presentan características de los centros de tratamiento y rehabilitación para personas con consumo perjudicial o dependencia al alcohol y otras drogas. Con respecto a la dependencia de los centros, es posible señalar que la mayoría de los centros de tratamiento, de las comunas de Iquique y San Bernardo, son públicos. Como se observa en la tabla N°2, mientras en Iquique el 75% de los centros son públicos y 25% son instituciones privadas sin fines de lucro; en San Bernardo el 56,3% son públicos, el 25% son privados sin fines de lucro, y el 18,8% son privados con fines de lucro.

Tabla N°2. Dependencia de centros de tratamientos de Iquique y San

Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Público	9	75	9	56,3
Privado sin fines de lucro	3	25	4	25
Privado con fines de lucro	0	0	3	18,8

Lo anterior se corresponde con el financiamiento de los centros de tratamiento. En relación al financiamiento, la mayor fuente de recursos de los centros de las comunas de Iquique y San Bernardo proviene de aportes públicos, al nivel de que existen sólo dos grupos (centros) de autoayuda en la comuna de San Bernardo que no reciben financiamiento estatal. Los aportes privados y las donaciones no son una fuente de financiamiento tan utilizadas por los centros de tratamientos y rehabilitación como se observa en la tabla N°3.

Tabla N°3. Financiamiento de centros de tratamientos de Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Público	12	100	14	87,5
Aportes de privados	2	16,7	0	0
Donaciones	2	16,7	1	6,3
Pago de pacientes	0	0	0	0

Con respecto al nivel de atención, se puede señalar que la mayoría de los centros desarrolla modalidad de atención ambulatoria (83,3% en Iquique y 100% en San Bernardo), con excepción de dos centros residenciales en la comuna de Iquique (uno de ellos de hospitalización cerrada). Además, en la tabla N°4 se advierte que la mayoría de los dispositivos utilizados para que las personas accedan al tratamiento y rehabilitación en Iquique y San Bernardo son centros de la red de salud pública como los CESFAM (Centros de Salud Familiar, Atención Primaria) y COSAM (Centros de Salud Mental, Atención de Especialidad). También destaca la presencia de comunidades terapéuticas.

Tabla N°4. Tipos de dispositivos de tratamiento en centros de Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Ambulatorio Comunitario	1	8,33	0	0
CESFAM	4	33,33	7	43,75
COSAM	3	25	1	6,25
Centro Salud Integral	0	0	1	6,25
Comunidad Terapéutica	2	16,67	4	25
Grupo de Autoayuda	0	0	2	12,5
Hospital de Día	1	8,33	0	0
Servicio Psiquiatría en Hospital General	1	8,33	1	6,25
Total	12	100	16	100

La mayoría de los centros de tratamientos incluidos en este diagnóstico desarrollan un modelo de atención terapéutico basado en la salud familiar y en el modelo comunitario de Salud Mental. El objetivo del tratamiento es reducir el daño producido por el consumo de sustancias, mejorar la calidad de vida e integrar a las personas en el medio familiar, social y cultural. Un elemento importante de destacar es que todos los centros de rehabilitación incluidos en este estudio desarrollan tratamientos voluntarios, donde el paciente puede ejercer sus derechos sin distinción alguna (como se expresa en el primer apartado de los resultados).

Para lograr los objetivos, todos los centros de rehabilitación refieren disponer de protocolos o guías clínicas, basadas en evidencia, y fichas o registros individuales de la historia clínica para el tratamiento de sus pacientes. Sólo existen dos excepciones en la comuna de San Bernardo correspondiente a grupos de autoayuda. Además, la mayoría confecciona un plan de tratamiento individual que queda en el registro de la historia clínica del paciente. Como se observa en la tabla N°5, mientras el 100% de los centros de tratamiento de la comuna de Iquique desarrolla un plan de tratamiento, un 81,3% de los centros de rehabilitación lo realiza en la comuna de San Bernardo.

Tabla N°5. Desarrollo de un plan de tratamiento individual en centros Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Si	12	100	13	81,3
No	0	0	3	18,7
Total	12	100	16	100

Como se señala anteriormente, gran parte de los centros de tratamiento desarrollan un modelo de atención terapéutica donde se incorpora a las familias en el proceso de rehabilitación (91,7% en Iquique y 93,8% en San Bernardo). Según se plantea desde los centros de rehabilitación, el trabajo con la familia es fundamental para lograr los objetivos de tratamiento. Con el consentimiento de los pacientes, se incorpora a las familias en el proceso de evaluación, sesiones, visitas domiciliarias y consejerías familiares, etc.

Por otro lado, al analizar la capacidad de atención de los centros ambulatorios, se observa que el número promedio de personas que atienden en un mes varía entre centros. Como se advierte en la tabla N°6, la capacidad de atención no es uniforme. Por un lado es posible encontrar centros en las comunas de Iquique y San Bernardo que atienden a más de 200 personas promedio por mes, mientras por otro lado existen centros ambulatorios con menos capacidad de atención (menos de 50 personas).

Tabla N°6. Capacidad de atención de centros ambulatorios en centros de tratamiento en Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Menos de 50 personas	3	25	5	31,3
Entre 51 y 100 personas	3	25	0	0
Entre 101 y 150 personas	0	0	2	12,5
Entre 151 y 200 personas	0	0	1	6,3
Más de 200 personas	4	33,33	7	43,8
Sin datos	2	16,7	1	6,3
Total	12	100	16	100

Con respecto a la frecuencia promedio semanal de asistencia, la mayoría de los centros de tratamientos ambulatorios de las comunas de Iquique (58,4%) y San Bernardo (50%)

tienen menos de 50 personas. El tiempo promedio de duración de cada jornada de tratamiento son 5 horas y el promedio de duración total del proceso de rehabilitación son 10 meses. En el caso de la comuna de San Bernardo, la duración mínima del tratamiento que se reporta son 6 meses, mientras el máximo es un año (12 meses). En la comuna de Iquique, la duración mínima son 7 meses y el máximo de duración de tratamiento reportado son 18 meses.

Al analizar el número de egresos totales en el año anterior, la mayoría de los centros de tratamientos tuvo menos de 50 egresos. Como se advierte en la tabla N°7, mientras en los centros de la comuna de Iquique el 66,7% tuvo menos de 50 egresos, en los centros de la comuna de San Bernardo un 50% tuvo menos de 50 egresos.

Tabla N°7. Egresos en centros de tratamiento en Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Menos de 50 de egresos	8	66,67	8	50
Entre 51 y 100 egresos	1	8,33	3	18,75
Entre 101 y 150 egresos	0	0,00	1	6,25
Más de 150 egresos	2	16,67	0	0
Sin datos	1	8,33	4	25
Total	12	100	16	100

3. Población objetivo

A continuación se presentan características de la población objetivo de los centros de tratamiento y rehabilitación. Con respecto al sexo de las personas, es posible señalar que la mayoría de los centros de tratamientos atienden a hombres y mujeres. Como se observa en la tabla N°8, mientras en la comuna de Iquique el 91,7% de los centros de tratamiento atiende a hombres y mujeres, en la comuna de San Bernardo el 87,5% atiende a personas de ambos sexos.

Tabla N°8. Sexo de pacientes en centros de tratamiento en Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Sólo hombres	1	8,33	1	6,25
Sólo mujeres	0	0	1	6,25
Hombres y mujeres	11	91,67	14	87,5
Total	12	100	16	100

En relación a la edad de las personas atendidas, la mayoría de los centros de tratamiento de las comunas de Iquique y San Bernardo atiende a pacientes adultos (100% y 93,8% respectivamente). Como se observa en la tabla N°9, en el caso de la atención a adolescentes, en la comuna de Iquique existen 5 centros de rehabilitación que reciben adolescentes. En el caso de San Bernardo, 4 centros atienden a adolescentes entre 15 y 19 años, y sólo un centro a adolescentes entre 10 a 15 años.

Tabla N°9. Edad de pacientes en centros de tratamiento en Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Adolescentes 10/15	5	41,67	1	6,25
Adolescentes 15/20	5	41,67	4	25
Adultos	12	100	15	93,75

Al indagar en la previsión social de los pacientes, se observa una alta presencia de centros de tratamientos, en ambas comunas, que reciben usuarios con seguro público de salud y sin seguro o indigentes. En el caso de los centros de rehabilitación con pacientes con seguro privado de salud, sólo se observan dos casos en la comuna de Iquique.

Tabla N°10. Previsión social en centros de tratamiento en Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Seguro público de salud	11	91,67	14	87,5
Seguro privado de salud	2	16,67	0	0
Sin seguro o indigente	9	75	7	43,75

Por otro lado, cuando se observa los datos asociados al diagnóstico clínico de los pacientes, se advierte que la mayoría de los centros de tratamiento catastrados tienen pacientes en proceso de rehabilitación por abuso de sustancias en el caso de las instituciones de la comuna de Iquique, y abuso de sustancias y dependencia en el caso de los establecimientos de la comuna de San Bernardo. En la tabla N°11 aparecen el diagnóstico clínico realizado a los pacientes en cada uno de los centros.

Tabla N°11. Diagnóstico clínico en centros de tratamiento en Iquique y San

Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Abuso de sustancias	11	91,67	12	75
Dependencia	7	58,33	12	75
Patología dual	7	58	3	18,75
Co-morbilidad psiquiátrica	6	50	4	4

Por último, es posible señalar que existen poblaciones específicas que se tratan en los centros de rehabilitación estudiados. Tanto en la comuna de Iquique como en San Bernardo, existen centros de tratamiento que reciben personas en situación de calle y, cumpliendo condena en medio libre por transgresiones a la ley penal. Además, si bien es una información que no pesquiza el cuestionario usado en este estudio, en las zonas estudiadas también existe la presencia de centros con programas de población específicos para mujeres. En el caso de Chile, esta población también se tiene consignada como una población especial, por cuanto se desarrolla una intervención específica para este grupo.

Tabla N°12. Poblaciones específicas en centros de tratamiento en Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Personas en situación de calle	4	33,33	6	37,5
Personas cumpliendo condena en medio libre	3	25,00	3	18,75

4. Cartera de servicios y prestaciones

A continuación se presentan los tipos de prestaciones que se realizan en los centros de tratamientos catastrados en las comunas de Iquique y San Bernardo. Como se observa en la tabla N°13, la mayoría de los centros realizan diagnósticos, consultas de salud mental, consultas psicológicas, intervenciones psicosociales en grupo, visitas domiciliarias y actividades de gestión del programa.

En relación a la existencia de exámenes de laboratorios para los pacientes en los centros de tratamiento incluidos en el estudio, es posible señalar que la mayoría posee este servicio. Mientras el 75% de los centros de tratamiento en la comuna de Iquique tiene este servicio, el 68,8% de los centros de rehabilitación de la comuna de San Bernardo cuenta con exámenes de laboratorio para sus pacientes.

Con respecto a la disponibilidad de medicamentos, en los centros de rehabilitación, se observa que gran parte de las instituciones cuenta con este servicio. Mientras el 66,7% de los centros de la comuna de Iquique cuenta con el servicio, el 81,2% de los establecimientos de la comuna de San Bernardo poseen farmacia, botiquín o tiene un convenio para adquirir medicamentos. No obstante lo anterior, existen centros de tratamientos incluidos en el catastro donde no se manejan medicamentos (33,3% en la comuna de Iquique y 18,8% en la comuna de San Bernardo).

Tabla N°13. Tipos de prestaciones en centros de tratamiento en Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Diagnóstico	12	100	14	87,5
Consulta de salud mental	12	100	14	87,5
Consulta psiquiátrica	8	66,7	11	68,8
Consulta Psicológica	12	100	14	87,5
Psicoterapia individual	8	66,7	11	68,8
Psicoterapia grupal	4	33,3	7	43,8
Psicoterapia familiar	6	50	6	37,5
Consulta médica	10	83,3	11	68,8
Intervención psicosocial de grupo	12	100	12	75
Consejería individual	8	66,7	12	75
Consejería familiar	7	58,3	10	62,5
Visita domiciliaria	12	100	14	87,5
Actividades de autoayuda	2	16,7	3	18,8
Actividades educativas formales	3	25	3	18,8
Actividades educativas (talleres, artísticas, recreativas, etc.)	6	50	9	56,3
Atención telefónica	5	41,7	8	50
Seguimiento post alta	4	33,3	8	50
Actividades con grupos y organizaciones de la comunidad	10	83,3	6	37,5
Actividades de gestión del programa	11	91,7	12	75

5. Recursos humanos

Al indagar en los recursos humanos de los centros de tratamientos de las comunas de Iquique y San Bernardo, se observa que todas las instituciones poseen profesionales, técnicos y personal administrativo para el desarrollo de un proceso de tratamiento y

rehabilitación de personas con consumo de sustancias, con excepción de dos centros de autoayuda en la comuna de San Bernardo, los cuales son dirigidos por ex-adictos y por religiosos. En la tabla N°14 se presenta la distribución de profesionales, técnicos y personal administrativo de los centros de tratamiento de las comunas de Iquique y San Bernardo.

Tabla N°14. Recurso humano en centros de tratamiento de Iquique y San Bernardo

		Iquique		San Bernardo	
		N°	%	N°	%
Profesionales	Médico general	11	92	11	68,8
	Médico Psiquiatra	6	50	5	31,3
	Médico toxicólogo	0	0	0	0
	Médico infectólogo	0	0	0	0
	Psicólogo	12	100	14	87,5
	Asistente social	12	100	14	87,5
	Enfermera	10	83	1	6,3
	Terapeuta ocupacional	6	50	7	43,8
	Nutricionista	4	33	0	0
	Orientador familiar	1	8,3	0	0
	Profesor	3	25	0	0
	Otro profesional	4	33	1	6,3
Técnicos	Operador terapéutico (técnico en rehabilitación)	5	41,7	8	50
	Auxiliar de enfermería	3	25	2	12,5
	Monitor familiar	0	0	0	0
	Otro	1	8,3	0	0
Religioso		0	0	1	6,3
Ex adicto		0	0	1	6,3
Personal administrativo	Secretaria	9	75	4	25
	Administrativos	3	25	4	25
	Seguridad	1	8,3	2	12,5
	Aseo	4	33,3	1	6,3
	Alimentación	1	8,3	0	0
	Otros	2	16,7	0	0

6. Funcionamiento de la red

En este apartado se presenta información sobre el funcionamiento de la red de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de sustancias. Como

se observa en la tabla N°15, existen diferencias en el origen de ingreso de los pacientes a los centros de tratamientos entre las instituciones de las comunas de Iquique y San Bernardo. Mientras el 83,3% de los centros de Iquique poseen un sistema formal de admisión de usuarios, en San Bernardo sólo 31,3% de los establecimientos ostenta algún tipo de sistema. Entre los sistemas de ingreso a los centros de tratamiento se encuentra la derivación desde otros centros a través de interconsulta (mediante documento o informe de derivación), ingreso por Unidad de Emergencias, entre otros.

Tabla N°15. Sistema formal de admisión en centros de tratamiento de Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Si	10	83,3	5	31,3
No	2	16,7	11	68,8
Total	12	100	16	100

Por otro lado, al revisar el origen de ingreso de las personas usuarias a los centros de tratamiento, la consulta espontánea es la que presenta mayor frecuencia. En el caso de los centros de Iquique, el 83,3% lo hace por esa vía, mientras que en San Bernardo el 62,5 de los centros de tratamiento recibe personas por consulta espontánea. Como se observa en la tabla N°16, en un nivel secundario aparecen los pacientes derivados por centros de atención primaria, desde el sistema judicial y desde otras instancias. Dentro de esta última categoría (“otros”) aparecen los dispositivos de la red pública y privada de salud, urgencias, usuarios de los tribunales de tratamiento de drogas (TTD), establecimientos educacionales, etc.

Tabla N°16. Origen de ingreso de pacientes a centros de tratamiento de Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Consulta espontánea	10	83,3	10	62,5
Derivados por centros de atención primaria	5	41,7	7	43,8
Derivados desde sistema judicial	5	41,7	9	56,3
Otros	9	75	8	50

Con respecto a la existencia de un sistema formal para la derivación de pacientes desde los centros de tratamientos catastrados, es posible señalar que la mayoría poseen un

protocolo de derivación formal (un 83,3% de los centros en Iquique y un 87,5% de los centros en San Bernardo). Entre las principales necesidades de derivación de pacientes existentes en establecimientos estudiados aparecen las derivaciones a centros de mayor complejidad para que respondan a necesidades de mayor especialización en la intervención (66,7% en los centros en Iquique y 75% en San Bernardo). Como se observa en la tabla N°17, en una posición secundaria aparece la evaluación médica general en el caso de los centros de la comuna de Iquique (41, 8%) y el manejo farmacológico en el caso de las instituciones de la comuna de San Bernardo (31,3%).

Tabla N°17. Necesidad de derivación en centros de tratamiento de Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
A centros de mayor complejidad	8	66,7	12	75
Evaluación médica general	5	41,7	2	12,5
Manejo farmacológico	1	8,3	5	31,3
Otro	3	25	2	12,5

Por otro lado, la mayoría de los centros de tratamiento estudiados poseen instancias de coordinación o reunión con otros centros de tratamiento. Salvo un centro en cada una de las comunas (Iquique y San Bernardo), todos tienen espacios para la coordinación y reflexión del tratamiento con otras instituciones. Estas instancias consisten, principalmente, en reuniones de coordinación para tratar las derivaciones, acciones preventivas y promocionales que se están realizando, así como para evaluar procesos terapéuticos y resultados de los mismos. Además, se buscan establecer lineamientos de trabajo e intervención en pacientes.

Entre las principales necesidades de coordinación de los centros de tratamiento aparece la formación y desarrollo de una red de salud más robusta con el propósito de aumentar la capacidad de resolver las necesidades de los usuarios, con una atención más accesible, integral y continuada. Además, se necesita contar con un catastro de toda la oferta de tratamiento y rehabilitación por consumo de sustancias, así como de actividades preventivas y promocionales en cada uno de los espacios de la comunidad.

7. Tecnología y sistemas de Información

Por último, se indagó si los centros de tratamiento en las comunas de Iquique y San Bernardo disponen de tecnología y sistemas de información. Con respecto a si las

instituciones cuentan con servicios, la mayoría de los centros de las comunas de Iquique y San Bernardo plantean que posee telefonía tradicional y celular, internet y correo electrónico. Así se advierte en la tabla N°18, presentada a continuación:

Tabla N°18. Servicios tecnológicos en centros de tratamiento de Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Telefonía tradicional	9	75	13	78,6
Telefonía celular	10	83,3	10	62,5
Telefonía IP	7	58,3	5	31,3
Internet	11	91,7	11	68,8
Videoconferencia	1	8,3	1	6,3
Página web	3	25	3	18,8
Correo electrónico	11	91,7	14	87,5
Radio (telecomunicaciones)	4	33,3	1	6,3

En relación a la disponibilidad de computadores en los centros de tratamiento estudiados, es posible señalar que la mayor parte de los centros los utiliza para uso administrativo o clínico. Como se observa en la tabla N°19, una baja proporción de centros posee computadores para la utilización de los pacientes (16,7% de los centros de la comuna de Iquique y 25% de los establecimientos en la comuna de San Bernardo).

Tabla N°19. Disposición de computadores en centros de tratamiento de Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Uso administrativo	11	91,7	14	87,5
Uso clínico	10	83,3	12	75
Usuarios	2	16,7	4	25

Cuando se indaga en la manera en qué se registra la información clínica en el centro, la situación difiere entre los centros de las comunas de Iquique y San Bernardo. En el caso de los centros de la comuna de la primera región de Chile, el 75% utiliza la ficha en papel para registrar la información clínica de los pacientes del centro. En el caso de las instituciones de la comuna de San Bernardo, el 87,5% utiliza el registro clínico electrónico para disponer de la información clínica de cada paciente.

Tabla N°20. Registro de la información clínica en centros de tratamiento de Iquique y San Bernardo

	Iquique		San Bernardo	
	N°	%	N°	%
Ficha en papel	9	75	6	37,5
Registro clínico electrónico	5	41,7	14	87,5
Otro	0	0	0	0

2.4 PARAGUAY

El relevamiento de datos se realizó en Asunción y Departamento Central. Estos lugares se eligieron considerando:

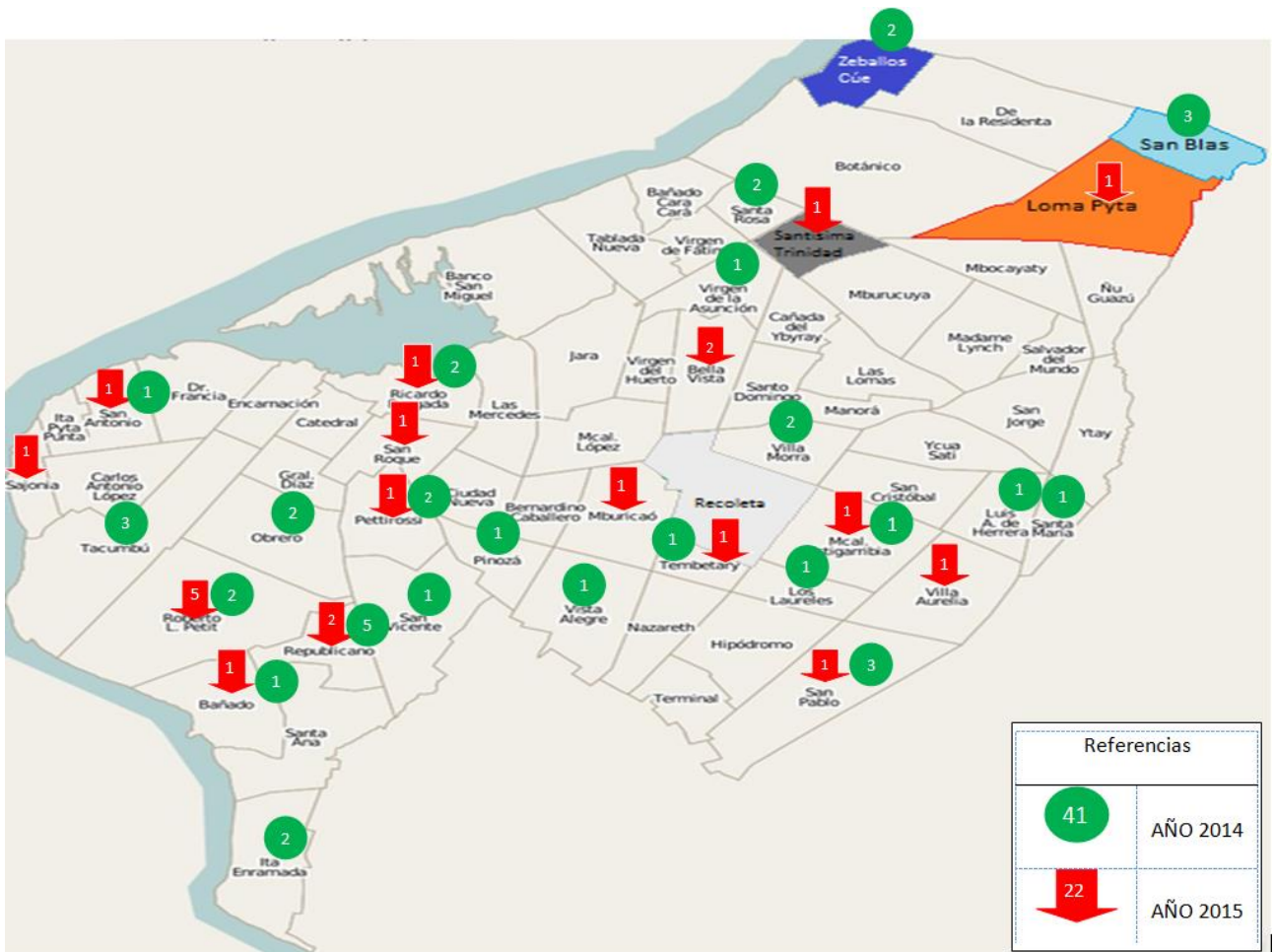
- El último censo realizado en el 2012, cuyo informe se encuentra en el documento “Segundo Censo Nacional de Centros de Tratamiento para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol y otras Drogas. Programa Nacional Integrado para el Paraguay 2011-2014”,
- El mapeo construido y proporcionado por el Observatorio Paraguayo de Drogas en el cual demuestran que el área geográfica elegida es la de mayor demanda de usuarios drogas.
- Porque el área elegida corresponde al mayor espacio geográfico donde están ubicados los centros de tratamiento y dispositivos de apoyo – contención.

Cuadro de distribución de centros de tratamiento y grupos de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos, por tipo de gestión, según departamento – Año 2012¹²

Departamento	Privado/ONG		Público		Total
	Cantidad	%	Cantidad	%	
Capital	23	26	3	3	26
Central	20	23	3	3	23
Itapúa	10	11	4	5	17
Alto Paraná	7	8	2	2	9
Amambay	3	3	5	6	8
Cordillera	3	3	1	1	4
Boquerón	1	1	0	0	1
Canindeyú	1	1	0	0	1
Paraguarí	1	1	0	0	1
Total	69	79	18	21	87

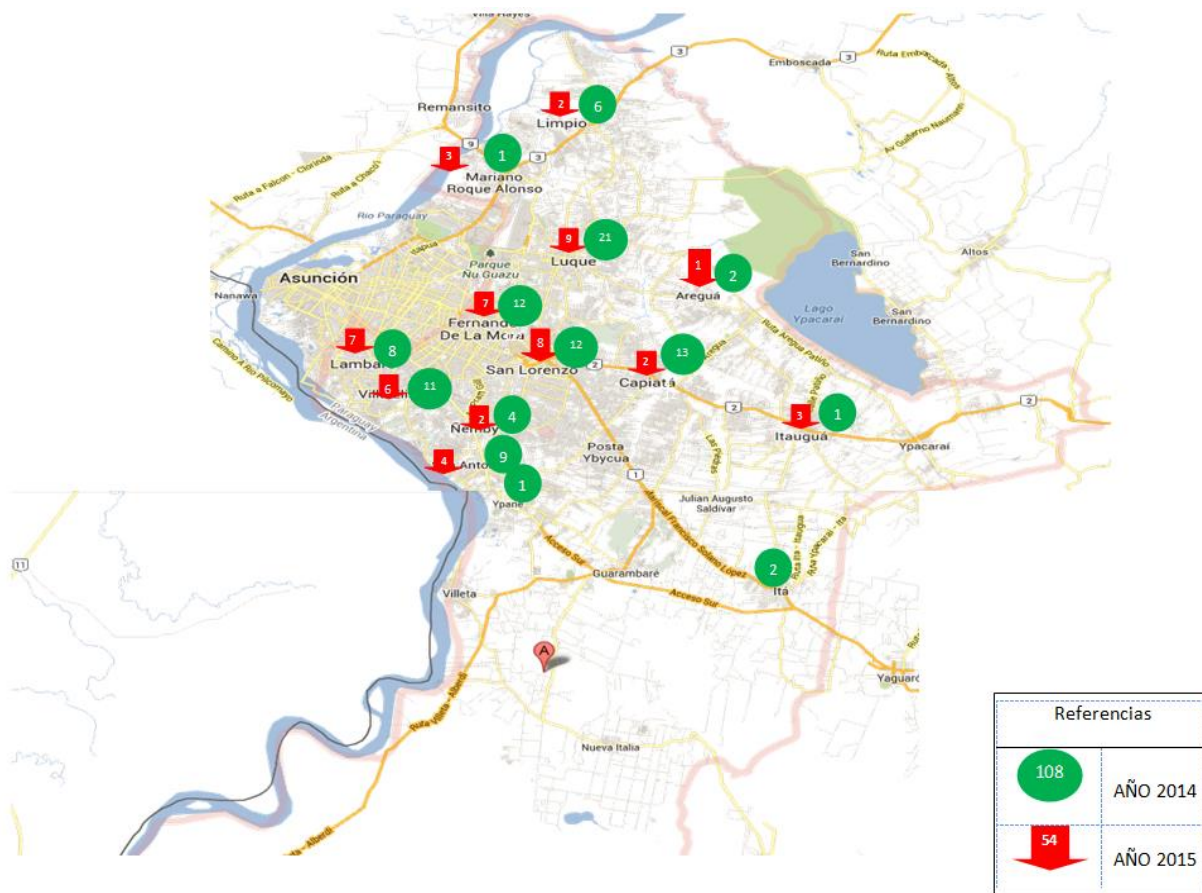
Mapa de los Barrios de Asunción¹³

¹² Fuente: UNODC. Segundo Censo Nacional de Central de Tratamiento para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol y otras Drogas. Programa Nacional Integrado para el Paraguay 2011 – 2014. Pág. 13



¹³ Datos proporcionados por la Unidad de Reducción del Microtráfico de la Secretaría Nacional Antidrogas, se ha realizado 63 procedimientos en 25 barrios en el periodo comprendido desde el 1/01/2014 al 24/11/2015.

Mapa de las Ciudades del Departamento Central¹⁴



Referencias	
	AÑO 2014
	AÑO 2015

¹⁴ Datos proporcionados por la Unidad de Reducción de Microtráfico de la Secretaría Nacional Antidrogas, se ha realizado 162 operativos en 15 ciudades del Departamento Central en el periodo comprendido entre 01/01/2016 al 24/11/2016

Según el *Segundo Censo Nacional de Centros de Tratamiento para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol y otras Drogas, 2012*, la capital y el departamento Central concentran el 55% de la oferta terapéutica. Teniendo en cuenta este porcentaje de concentración de los centros de tratamiento y dispositivos de apoyo – contención y, considerando la información presentada por la SENAD en virtud a los procedimientos realizados en el período 2014-2015 por la Unidad de Reducción de Microtráfico, se ha decidido captar por Asunción y el Departamento Central como los espacios geográficos para llevar adelante este proyecto referido por la CICAD-OEA.



Descripción de las zonas

Tamaño poblacional

Asunción es el principal centro de la actividad nacional, desde su fundación y hasta el presente, siendo sede del gobierno y demás autoridades centrales, así como de la banca, entidades económicas, culturales, diplomáticas, sociales, gremiales e industriales del país.

Con una superficie de 117 km², cuenta con 512.112 habitantes la única ciudad del país con más de medio millón de personas y un promedio de 4.377 individuos por cada km². Está dividida en 68 barrios. En Asunción predomina la población femenina, como es característico en áreas urbanas. La estructura demográfica por tramos de edad revela que más de la mitad de la población capitalina pertenece al grupo infanto-juvenil (menores de 30 años). Por otra parte, en esta urbe residen un poco más de 200 indígenas.

Departamento Central, con una extensión territorial de 2.465 km², se destaca por su alta concentración territorial de población, siendo el único departamento que posee más de 500 habitantes por km². Está dividido en 19 distritos, y es Areguá su Capital

Perfil socioeconómico

Asunción: Aunque la Población Económicamente Activa (PEA) de la capital del país no ha tenido un aumento considerable respecto a la registrada diez años atrás, actualmente

duplica a la observada en el año 1962. La distribución de la PEA según sectores económicos indica que esta población participa fundamentalmente en el terciario (comercio y servicios), ocupando a 8 de cada 10 individuos. El sector secundario (industria y construcción) concentra al 16% de la Población Económicamente Activa, mientras que la participación en el sector primario (agricultura y ganadería) es prácticamente nula, ya que Asunción es estrictamente urbana.

Departamento Central: La Población Económicamente Activa (PEA), compuesta por 567.420 personas, ha mantenido su ritmo de crecimiento en las últimas tres décadas.

Hoy el departamento presenta la menor tasa de ocupación del país. La composición de la PEA por sectores económicos revela la preponderancia del terciario (comercio y servicios), que absorbe al 67% de la mano de obra del departamento Central.

En cuanto a producción agrícola, la caña de azúcar se destaca en el departamento. Por otro lado, se puede percibir en la evolución de los cultivos el desplazamiento de la actividad agrícola ante el avance de la urbanización y la explotación fruti-hortícola.

Central, a pesar de no ser un departamento ganadero, tiene algunas producciones pecuarias, principalmente vacunas y porcinas.

Ubicación geográfica

Asunción, la capital del país, está situada sobre la orilla izquierda del río Paraguay, que la separa al noroeste de la región Occidental y al sur del territorio argentino, frente a la confluencia de los ríos Pilcomayo y Paraguay. Está comprendida entre los paralelos 25° 15' y 25° 20' de latitud sur y entre los meridianos 57° 40' y 57° 30' de longitud oeste. Asunción está rodeada por el departamento Central, con el que limita al norte, este y sur.

Departamento Central está ubicado en el área centro-occidental de la región Oriental, y su posición geográfica está dada por los paralelos 25° 07' y 26° 00' de latitud sur y los meridianos 57° 45' y 57° 10' de longitud oeste.

Limita al norte con Presidente Hayes, separado por el río Paraguay, al noreste con Cordillera, al este con Paraguarí, y al sur con Ñeembucú; al oeste el río Paraguay lo aparta de la República Argentina.

Resultados

Para los efectos de este proyecto, se estable como *centro de tratamiento* a toda institución terapéutica, gubernamental o no gubernamental especializada o no en el manejo de la problemática del abuso de drogas, que brinde tratamiento y que cumpla con los siguientes criterios mínimos: 1. Programa de tratamiento escrito y con objetivos terapéuticos definidos, 2. Ficha clínica individual y 3. Equipo técnico y profesional multidisciplinario especializado.

Así mismo, las instituciones que abordan problemas de droga, pero que no cumplen con estos criterios, se establecen como Dispositivos de apoyo-contención.

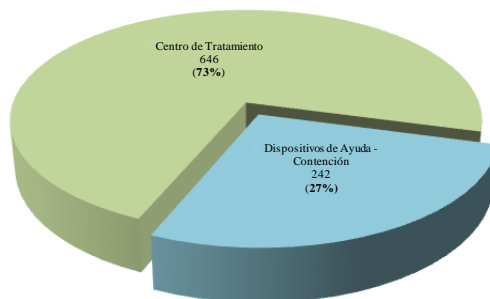
Tabla 1: Características de las instituciones según cumplimiento de criterios

Institución	Programa	Ficha	Equipo Médico
Centro Nacional de Control de Adicciones	sí	sí	sí
Remar	no	no	no
El Buen Samaritano	no	no	no
Fraternidad El Camino	sí	sí	sí
C.O.P.A.C. ¹⁵	no	no	no
PUAFE	no	no	Sí
Padre José Bonomi	no	no	Sí
Clínica Los Pilares	si	sí	Sí
Centro Ambulatorio Oscar Antonio	si	sí	Sí
Betel	no	sí	No
Tekove Pyahurã	no	no	Sí
Centro de Rehabilitación Transformando Vidas	sí	sí	sí

¹⁵ Centro de Orientación y Prevención al Adicto y al Co-Adicto

De las 12 instituciones participantes, el 42% (5) cumplen con los tres criterios establecidos, contrariamente a esto el 58% (7) no cumplen con ninguno de los requisitos consultados.

Grafico 1: Promedio de usuarios que asistieron en el último mes a centros de tratamiento y a dispositivos de contención-ayuda

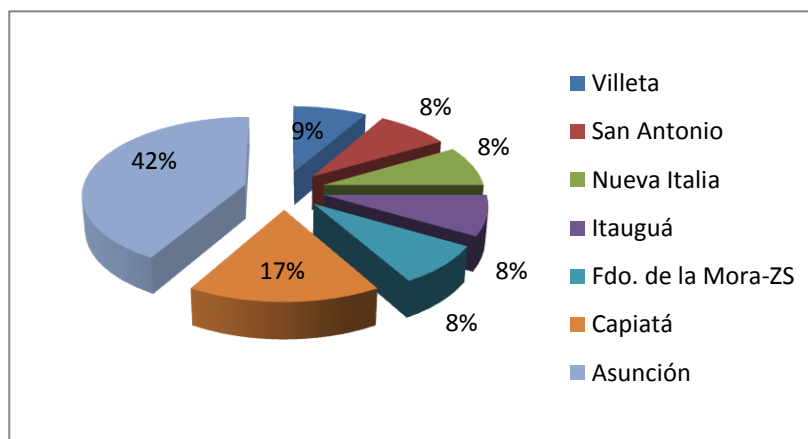


En el último mes previo al estudio, se ha registrado un mayor porcentaje de consultas en centros de tratamiento, según manifestaciones de los responsables de las instituciones encuestadas.

Cantidad total de instituciones por zonas

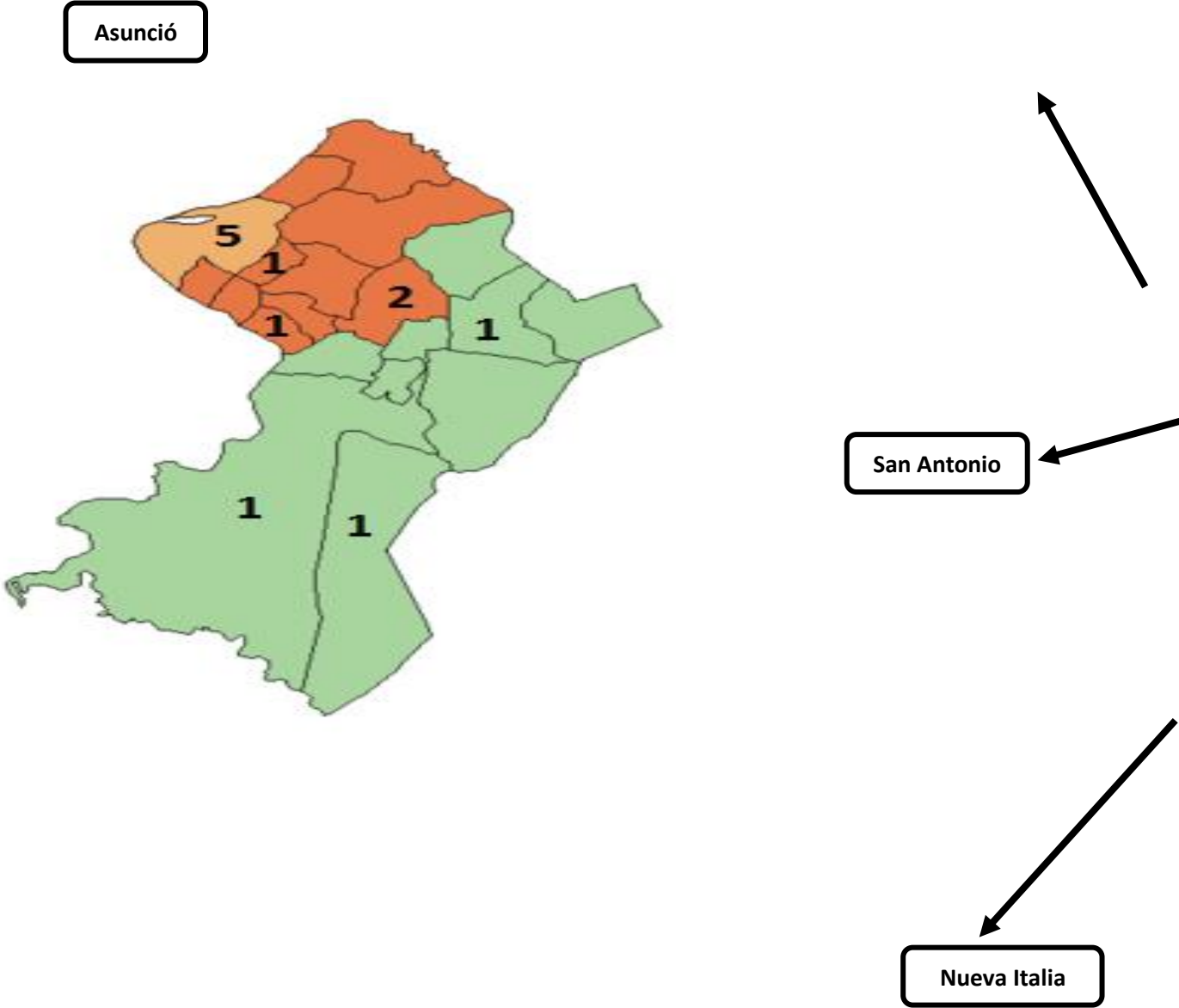
Las instituciones participantes en este estudio, constituyeron la línea de base para la caracterización de los centros de tratamiento y dispositivos de ayuda-contención. Las instituciones encuestadas están ubicadas en la Capital Asunción y el departamento Central.

Gráfico 1: Cantidad de instituciones participantes por ciudad
N = 12



De las 12 instituciones participantes, 5 se encuentran en la ciudad de Asunción, 2 se encuentran en Capiatá. Las demás instituciones están ubicadas en Fernando de la Mora, Itauguá, Villeta, San Antonio y Nueva Italia habiendo en cada una de estas ciudades un centro de tratamiento y/o dispositivos apoyo-contención.

Ubicación geográfica de centros de tratamientos y dispositivos de apoyo-contención



Cantidad total de centros de tratamiento y de dispositivos de ayuda-contención por zonas

Gráfico 2: Cantidad de centros de tratamientos y dispositivos de apoyo-contención



De las 12 instituciones encuestadas, 5 cumplen con los criterios para ser consideradas Centros de Tratamiento, entre ellas se encuentran el Centro Nacional de Control de Adicciones, la Fraternidad El Camino, la Clínica Los Pilares, Centro Transformando Vidas y el Centro Ambulatorio Oscar Antonio. Las demás instituciones se consideran Dispositivos de apoyo-contención, y son la Fundación Remar del Paraguay, El Buen Samaritano, C.O.P.A.C., PUAFE, el Centro Padre José Bonomi, Betel y Tekove Pyahurã.

Cuántos usuarios asistieron al centro-dispositivo en el último mes

Tabla 2: Número de usuarios que asistieron al centro-dispositivo en un mes N = 888

Centro de tratamiento y/o dispositivo de apoyo-contención	Frecuencia Absoluta	%
Centro Nacional de Control de Adicciones	535	60,2
Fundación Remar Paraguay	120	13,5
C.O.P.A.C	90	10,1
Centro de Rehabilitación Transformando Vidas	35	3,9
Fraternidad el Camino - Casa Acogida Hijos Predilectos	32	3,6
Centro Ambulatorio Oscar Antonio	30	3,4
Betel	17	1,9

Clínica los Pilares	14	1,6
Padres Unidos en el Amor y Fe	10	1,1
Tekove Pyahura	4	0,5
El Buen Samaritano	1	0,1
Padre José Bonomi	0	0,0
Total	888	100

Se registro una mayor cantidad de demanda de consultas en el Centro Nacional de Control de Adicciones, institución estatal dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Tabla 3: Distribución de frecuencia de centros de tratamiento y dispositivos de apoyo-contención.

Tipo de institución terapéutica	n
Centro de tratamiento	5
Dispositivo de apoyo-contención	7
Total	12

De las 12 instituciones encuestadas, 5 son Centros de tratamiento y 7 Dispositivos de ayuda-contención. Para hacer la clasificación se tuvo en cuenta el cumplimiento o no de criterios establecidos previamente por parte de las instituciones terapéuticas.

Tabla 4. Distribución de centros de tratamiento y dispositivos de apoyo – contención según dependencia del centro.

Dependencia del centro	Centros de tratamiento	Dispositivos de apoyo-contención	Total
Público	3	2	5
Privado sin fines de lucro	1	5	6
Privado con fines de lucro	1	0	1
Total	5	7	12

Tal como se observa en la tabla 4, la mitad de las instituciones son dependencias privadas sin fines de lucro. De las 12 instituciones, son 6 las que se ubican en esa categoría.

También se puede ver que la mayoría de los Centros de tratamiento son públicos, mientras que la mayoría de los Dispositivos de ayuda-contención son privados sin fines de lucro. Los restantes Dispositivos de ayuda son públicos. Los demás Centros de tratamiento son privados, uno con fines de lucro y uno sin fines de lucro. Entre las instituciones participantes no hay Dispositivos privados con fines de lucro.

Tabla 4: Distribución de centros de tratamiento y dispositivos de apoyo – contención según objetivo principal de la atención.

Objetivo principal de atención		Centros de tratamiento	Dispositivos de apoyo-contención	Total
Eliminación del consumo	Sí	3	2	5
	No	2	5	7
Reducción del consumo	Sí	2	2	4
	No	3	5	8
Modificación de las causas del consumo	Sí	2	2	4
	No	3	5	8
Reducción de consecuencias del consumo	Sí	1	3	4
	No	4	4	8

En el cuestionario usado se listaron cuatro principales objetivos de atención: eliminación del consumo, reducción del consumo, modificación de las causas del consumo y reducción de las consecuencias del consumo. La tabla 4 evidencia que los objetivos más buscados son la eliminación del consumo y de las consecuencias del consumo. La mayoría de los Centros de tratamiento tienen como principal objetivo la eliminación del consumo, mientras que la mayoría de los Dispositivos de ayuda busca reducir las consecuencias del consumo. Más específicamente, 3 de los 5 Centros de tratamiento intentan eliminar el consumo y 3 de los 7 Dispositivos de ayuda-contención tratan de reducir las consecuencias del consumo de droga. En cuanto a la reducción del consumo y modificación de sus causas, 2 de los 5 Centros y 2 de los 7 Dispositivos son los que buscan esos objetivos.

Tabla 5: Distribución de centros de tratamiento y dispositivos de apoyo – contención según existencia o no de registro individual de la historia clínica.

Existe ficha o registro individual de la historia clínica	Centros de tratamiento	Dispositivos de apoyo-contención	Total
Sí	5	1	6
No	0	6	6
Total	5	7	12

En la tabla 5 se puede observar que todos los Centros de tratamiento elaboran fichas o registros de historia clínica del paciente, a diferencia de los Dispositivos de ayuda, ya que de los 7 encuestados, solamente uno posee fichas o registro.

Tabla 6: Distribución de centros de tratamiento y dispositivos de apoyo – contención según nivel de atención.

Nivel de atención	Centros de tratamiento	Dispositivos de apoyo-contención	Total
Ambulatorio	1	4	5
Residencial	3	3	6
Mixto	1	0	1
Total	5	7	12

En general, dentro de la oferta nacional de atención a personas con problemas derivados del consumo de drogas, el nivel de atención predominante ofrecido por las instituciones es el residencial. La oferta predominante de los Dispositivos de apoyo-contención es de nivel ambulatorio y de los Centros de tratamiento de nivel residencial. Se puede observar en la tabla 6 que el nivel ambulatorio es ofrecido en 5 de las 12 instituciones, siendo 4 Dispositivos de ayuda-contención. Por otro lado, el nivel de atención mixto aparece en menor proporción, ya que de las 12 instituciones, solamente una, considerada Centro de Tratamiento, ofrece esa modalidad.

Tabla 7: Distribución de centros de tratamiento y dispositivos de apoyo – contención según población atendida.

Población atendida	Centros de tratamiento	Dispositivos de apoyo-contención	Total
Solo hombres	1	2	3
Hombres y mujeres	4	5	9
Total	5	7	12

A nivel general se puede observar que todas las instituciones ofrecen atención para personas del sexo masculino, siendo que 3 de ellas atiende exclusivamente a varones. La distribución también muestra que la mayoría, tanto de los Centros de Tratamiento (4 de 1) como de los Dispositivos de apoyo-contención (5 de 2), además de atender varones, también ofrece atención a mujeres que presentan problemas derivados del consumo de drogas. Ninguna de las instituciones ofrece atención únicamente a mujeres.

Tabla 8: Distribución de centros de tratamiento y dispositivos de apoyo – contención según edad de la población atendida.

Edad de la población	Atención	Centros de tratamiento	Dispositivos de apoyo-contención	Total
Menores de 10 años	Sí	1	1	2
	No	4	6	10
Entre 10 y 15 años	Sí	3	1	4
	No	2	6	8
Entre 16 y 20 años	Sí	2	4	6
	No	3	3	6
Entre 21 y 29 años	Sí	3	3	6
	No	2	4	6
30 años o más	Si	2	3	5
	No	3	4	7

La oferta de tratamiento concentra la mayor proporción de servicios para personas entre 16 y 29 años, y en menor proporción para niños menores de 10 años. En la tabla 7 se observa que solamente un Centro de tratamiento y un Dispositivo de apoyo reciben a niños menores de 10 años, siendo las opciones de tratamiento para ese grupo etario más escasas, a diferencia de los niños entre 10 y 15 años, que pueden ser atendidos en 3 de los 5 Centros de tratamiento. Los Dispositivos de ayuda-contención concentran su atención principalmente a personas entre 16 y 20 años, ya los Centros de tratamiento reciben, en su mayoría, personas entre 10 y 15 años y entre 21 y 29 años.

Tabla 9: Distribución de centros de tratamiento y dispositivos de apoyo – contención según acceso voluntario.

Acceso en forma voluntaria	Centros de tratamiento	Dispositivos de apoyo-contención	Total
Sí	1	1	2
No	4	2	6
No hay información	0	4	4
Total	5	7	12

De acuerdo a la información recabada, la mayoría de las instituciones terapéuticas recibe usuarios de drogas que acuden de manera involuntaria al tratamiento. Según lo que se puede observar en la tabla 10, solamente 1 de los 5 Centros de tratamiento y 1 de los 7

Dispositivos de ayuda reciben pacientes que se presentan de forma voluntaria. Hay que tener en cuenta que de los 7 Dispositivos, 4 no tienen esa información.

En la siguiente tabla se muestra las principales formas de acceso al tratamiento por parte de los usuarios de droga.

Tabla 10: Distribución de centros de tratamiento y dispositivos de apoyo – contención según principales formas en que las personas llegan al tratamiento.

Formas de acceso al tratamiento		Centros de tratamiento	Dispositivos de apoyo-contención	Total
Consulta espontánea	Sí	5	1	6
	No hay información	0	6	6
Derivación desde otro dispositivo de salud	Sí	2	0	2
	No hay información	0	6	6
Derivación por orden judicial	Sí	2	0	2
	No hay información	0	6	6
Derivación de dispositivo que no pertenece a la red de salud	Sí	1	0	1
	No hay información	0	6	6

Según los datos recabados en los Centros de tratamiento, todos ellos reciben personas que llegan por consulta espontánea. Asimismo, 2 Centros manifiestan recibir personas derivadas de otro dispositivo de salud y por orden judicial y tan solo un Centro recibe pacientes derivados de otros dispositivos que no pertenecen a la red de salud. En cuanto a los Dispositivos de ayuda-contención, aunque un dispositivo refirió recibir pacientes que acuden de forma voluntaria, la mayoría de los dispositivos no posee esa información.

Tabla 11: Distribución de centros de tratamiento y dispositivos de apoyo – contención según tipo de egreso.

Tipo de egreso	Centros de tratamiento	Dispositivos de apoyo-contención	Total
Por abandono	213	30	243
Por alta terapéutica	2	10	12
Por traslado	2	0	2
Por expulsión	1	0	1
Total	218	40	258

En la tabla 11 se puede observar que los Centros de tratamiento registraron 218 egresos totales, de los cuales la mayoría de los pacientes egresó por abandono y en cantidad mínima egresaron por recibir alta terapéutica, ser trasladados o expulsos. Además se puede observar que los casos de egresos registrados por los Dispositivos de ayuda también son, en su mayoría, por abandono y en menor proporción, por alta terapéutica. De las instituciones participantes en el proyecto, solamente tres proporcionaron información sobre los egresos en el año anterior al estudio, las demás refirieron no poseer la información.

2.5 URUGUAY

Disponer de un panorama completo, actualizado y sistematizado sobre la oferta de tratamiento para usuarios problemáticos 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 y tratamiento de los usuarios de drogas.

La Junta Nacional de Drogas a través de su Observatorio Uruguayo de Drogas está participando del Proyecto sobre Cocaínas Fumables auspiciado por CICAD-OEA en el que participan Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Uno de los objetivos de este proyecto es conocer las características de los servicios, centros de tratamiento y dispositivos de apoyo-contención orientados a la atención de los usuarios de cocaínas fumables. Las dimensiones y características de Uruguay permiten contar, en primer lugar, con una mirada global sobre la situación de la oferta de tratamiento para los usuarios problemáticos de drogas en general, para en segundo término, contextualizar en ésta y focalizar en los usuarios de cocaínas fumables en particular.

De esta forma se pretende partir de una visión global¹⁶ sobre todo el sistema de salud del país para alcanzar a la diversidad de servicios y dispositivos que se orientan a la atención y tratamiento de los usuarios problemáticos de drogas, teniendo especial cuidado en que este esfuerzo no quede agotado únicamente en el registro de los dispositivos más formalizados o enlazados en los sistemas de salud formal; sino que la búsqueda también se orienta al conjunto de dispositivos que brindan apoyo psicosocial a usuarios de drogas que se encuentran en espacios con alta vulnerabilidad social.

Las particularidades del consumo de cocaínas fumables, predominantemente concentrado en la población de extrema vulnerabilidad social, imprimen un foco de atención del presente trabajo en los dispositivos de proximidad física y diferentes modalidades de contención-ayuda de accesibilidad para estos usuarios.

¹⁶ Uruguay realizó con los fondos del Proyecto un relevamiento a nivel nacional y en el análisis presenta una visión global de todo el sistema de salud. Para este informe multicéntrico se incorpora solamente lo concerniente a los sectores vulnerables seleccionados por el país y son algunas zonas de Montevideo. Puede consultarse en Informe general: *“La oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay: Alcance, Características y Guía de Recursos”* producido por el Observatorio Uruguayo de Drogas. JND. 2015. [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Oferta tratamiento Uruguay OUD 2015.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Oferta%20tratamiento%20Uruguay%20OUD%202015.pdf)

Sistematizar, caracterizar y dar cuenta del entramado que constituye la oferta de atención y tratamiento en Uruguay con el fin de sostener un oportuno diseño de las políticas públicas dirigidas a este sector, fue el propósito que guió la investigación, cuyo principal producto es el presente documento.

Asimismo se busca contar a partir de esta primera aproximación con una Guía de Recursos que sea de utilidad 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.

Aspectos metodológicos

La primera actividad realizada fue una revisión exhaustiva del marco legal del Sistema de Salud de Uruguay, lo que permitió identificar a los diferentes actores y su conexión. Asimismo se mantuvieron entrevistas con informantes clave del sistema: Director de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de los Servicios de Salud del Estado (ASSE); Comité Ejecutivo de la Federación Médica del Interior (FEMI); Director de Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo; Coordinador del Departamento del Área de Atención y Tratamiento de la JND; Coordinadora Ejecutiva de la RENADRO.

En segundo término, lo que constituyó un hito importante para el trabajo de campo, se buscó contar con un listado exhaustivo de las instituciones que brindan servicios en el área de tratamiento para usuarios problemático de drogas en todo el país. Lo que fue posible a partir de los registros existentes 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.

La unidad de análisis quedó constituida entonces, por los servicios, centros de tratamiento y los dispositivos de apoyo-contención del país. La estrategia metodológica se basó en una entrevista estructurada 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 extendió entre el 28/5/2015 y el 20/8/2015.

El propio trabajo de campo fue 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 que no podían brindar, 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.

Se entiende que, la conjunción de ésta realidad compleja y del método seleccionado -que en ciertos aspectos no fue el más adecuado para dar cuenta del fenómeno- introdujo algunas limitaciones al estudio, básicamente porque no se logró contar con la totalidad de los datos requeridos de forma de alcanzar la exhaustividad deseada. No obstante, vale señalar que esta primera aproximación lograda en esta área donde no se contaba con antecedentes, es de extremada utilidad y, más allá de que algunas características del fenómeno solo puedan ser abordadas desde sus aspectos formales, establece un punto de partida para definir las futuras investigaciones necesarias para seguir generando conocimiento sobre la situación de la oferta de tratamiento a usuarios problemáticos de drogas en Uruguay.

Territorios vulnerables y usuarios de cocaínas fumables (PBC)

Territorios con alta vulnerabilidad social

La evolución de la incidencia de la pobreza¹⁷ en Uruguay muestra desde el año 2004 (cuando comienzan lentamente a mejorarse los efectos de la profunda crisis

¹⁷ La estimación de la pobreza se realiza a través del método de Línea de pobreza. Este método de medición de pobreza se considerado una forma indirecta de identificar la pobreza. Se considera que definir la pobreza por la falta de los recursos necesarios para alcanzar un nivel mínimo de vida o de subsistencia, es una forma indirecta de abordarla. El método de Línea de Pobreza se basa en el ingreso como fuente de bienestar y define que son pobres a aquellas personas u hogares que tienen un ingreso por debajo de un cierto nivel mínimo. El indicador utilizado es el construido por el INE, según su metodología 2006 que se basa en la información obtenida en la última Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos en Hogares 2005-2006 (ENGIH). En dicha metodología (INE, 2013) la construcción de las líneas de pobreza se basa exclusivamente en los hábitos de consumo de la población del estrato de referencia definido en la Encuesta de Gastos e Ingresos sin introducir componentes normativos. Los índices de precios tanto de bienes alimentarios como no alimentarios son utilizados para actualizar la Canasta Básica Total (CBT), en tanto se introducen economías de escala en los gastos no alimentarios para los estratos de referencia seleccionados en las diferentes regiones geográficas, tomando en cuenta el tamaño del hogar, para finalmente alcanzar la definición de la línea de pobreza.

Puede consultarse la construcción detallada de las líneas de pobreza en:

socioeconómica sufrida en 2002) un decrecimiento sostenido hasta alcanzar en el año 2014 su nivel más abatido de la última década. Los hogares pobres del país urbano pasan de 29,9% a 6,7% en el período 2004-2014¹⁸, en tanto para Montevideo los guarismos son 28,9% y 8,5% respectivamente. Respecto a la estimación puntual de personas por debajo de la línea de pobreza se registra un descenso de casi 30 puntos porcentuales en el país urbano pasando de 39,9% a 10,1%; en tanto para Montevideo la estimación es de 38,4% en 2004 y 13,1% en 2014 (INE, 2015).¹⁹

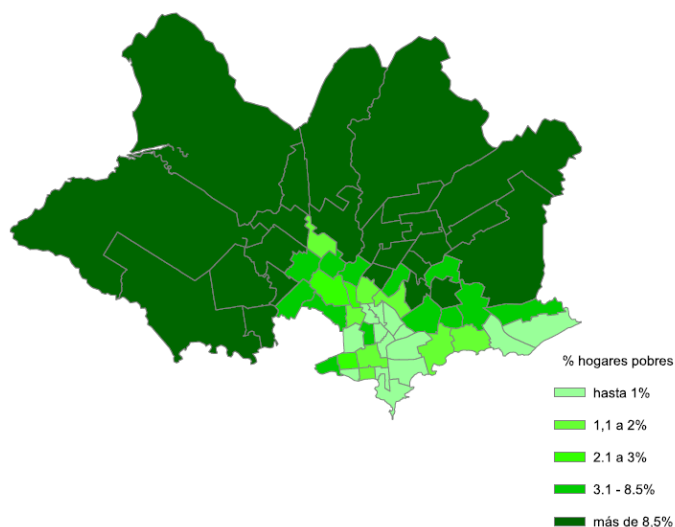
No obstante esta incuestionable mejora en los indicadores a nivel global, se encuentra que la pobreza no se distribuye de forma homogénea en el territorio, sino que particularmente en Montevideo evidencia una problemática de segregación territorial importante, llevando a la conformación de territorios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

<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/pobreza/INFORME%20LINEA%20DE%20POBREZA%202006%20FINAL.pdf>

¹⁸ El país urbano refiere a la población residente en localidades de más de 5000 habitantes, no incluyendo las localidades más pequeñas y el área rural. A partir del año 2006 las estimaciones de pobreza incluyen a la totalidad del país (urbano y rural), y también en este universo el descenso de los niveles de pobreza es notable, pasando de 24,2% de hogares bajo la línea de pobreza en 2006 a 6,4% en 2014.

¹⁹ INE (2015), “Estimación de la pobreza por el método del ingreso. Año 2014” Disponible en <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/pobreza/Pobreza%202014/Informe%20Pobreza%202014.pdf>

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

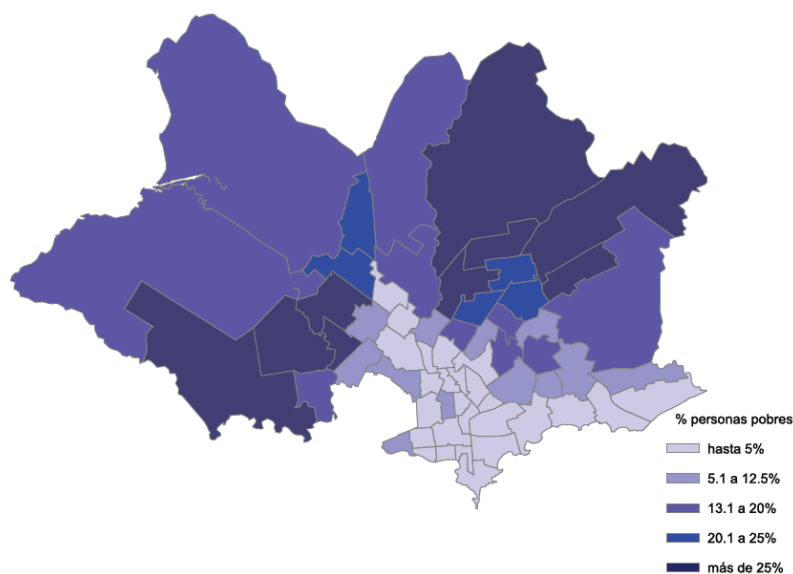


Fuente: elaboración propia en base a ECH 2014- INE.

La pobreza, como se observa en las figuras 8 y 9, se concentra en dos grandes regiones: oeste y noreste del departamento²⁰, las que registran más hogares pobres que el promedio para Montevideo, y más del 20% de las personas bajo la línea de pobreza, siendo en este caso la estimación para el departamento de 13,1% cómo ya fue expuesto.

²⁰ Esto corresponde a los conglomerados territoriales más pobres, conformado por los barrios: Bañados de Carrasco-Punta Rieles-Bella Italia, Jardines del Hipódromo-Las Acacias, Casavalle, Piedras Blancas-Manga, Cerro-Casabó-Pajas Blancas, La Paloma-Tomkinson-Tres Ombúes- Pueblo Victoria, Nuevo París-Paso de la Arena y Villa García-Manga Rural, Villa Española-Ituzaingó-Marochas, Conciliación-Colon-Lezica-Peñarol-Lavalleja.

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



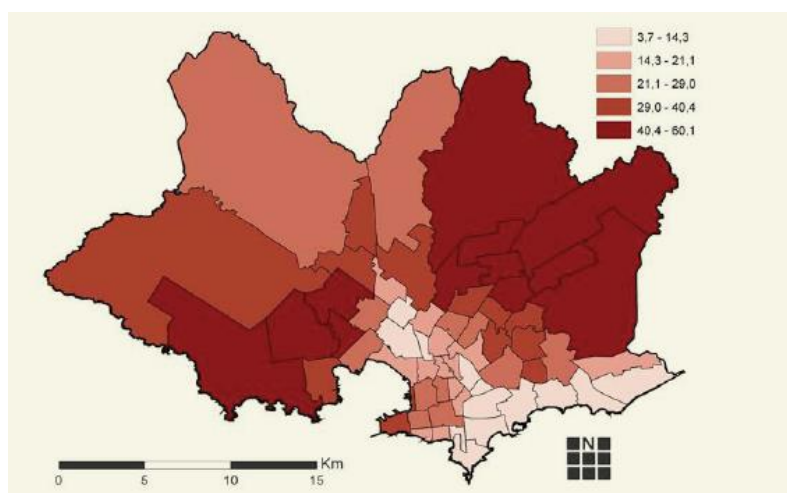
Fuente: elaboración propia en base a ECH 2014- INE.

Así mismo, la clasificación de los barrios por el método de Necesidades Básicas -aborda el análisis de las condiciones de vida de las personas a partir del acceso que tienen a un conjunto de bienes y servicios que en un momento histórico son considerados necesidades básicas²¹- muestra que, en general, estos mismos territorios son los que presentan las peores condiciones de vida, esto es, los que tienen mayor proporción de hogares y personas con carencias críticas. Para el total del país se encuentran el 30,7% de los hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y al 33,8% de la población; en el caso de Montevideo la proporción de personas con al menos una NBI es 26,8% (Calvo et al, 2013)²². En tanto, en los territorios señalados la población con NBI es mayor al 29% en la mayoría de los territorios (figura 7).

²¹ Este método directo de medición de la pobreza tiene un fuerte componente normativo. Es central en el método la determinación de un conjunto de necesidades humanas deseables de ser alcanzadas por las personas. Las necesidades, que deberán ser distinguidas de las aspiraciones o preferencias personales, se basan en algún tipo de acuerdo que conlleva una fuerza normativa que establece el 'deber ser' que reconoce el estado normal y saludable de las personas y, por tanto, en un conocimiento previo compartido sobre las razones por las que el no cumplimiento de estos objetivos causaría algún perjuicio a las personas o la incapacidad de actuar de la forma que se espera. El daño ocasionado por la no satisfacción de las necesidades, implicaría la falta de ejercicio de los derechos sociales, por lo que las necesidades básicas serán condición para el pleno ejercicio de éstos.

²² 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, Proyecto sobre Cocaínas Fumables en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. CICAD-OEA 112
Página 112

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



Fuente: Calvo et al, 2013.

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

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

Instituto de Economía-FCEA-Pudelar, Mides, Fondo de Población-Naciones Unidas, Comisión Sectorial de Población-OPP, Ediciones Trilce, Montevideo. Disponible en:

http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Atlas_Sociodemografico/Atlas_fasciculo_1_NBI_versionrevisada.pdf

Tabla 48. Nivel educativo. Montevideo y territorios con alto nivel de pobreza del departamento.

	Territorios con más de 20% de personas pobres	Total Montevideo
Sin educación	1,0	0,7
Menores de 3 y preescolar	10,6	7,8
Primaria	38,1	25,8
Ciclo Básico	25,5	18,8
Bachillerato	12,1	17,0
Enseñanza Técnica/UTU	4,8	5,7
Terciario	4,1	21,5
sin dato	3,7	2,7
Total	100%	100%

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

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

Tabla 49. Menores de 12 años y jóvenes fuera del sistema educativo y del mercado de trabajo. Montevideo y territorios con alto nivel de pobreza del departamento.

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

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

Asimismo el análisis de los indicadores del mercado de trabajo²³, muestra comportamientos diferentes entre Montevideo y los territorios más pobres. En Montevideo en su conjunto se evidencia una mayor vitalidad económica, la mayor tasa de actividad da cuenta de la oferta laboral o de la participación en el mercado de trabajo, esto es, es mayor la proporción de personas en edad de trabajar que está ocupada

²³ La tasa de actividad mide la proporción de población de 14 años y más que participa en el mercado de trabajo, se define de la siguiente manera: Población activa (ocupados +desocupados)/población en edad de trabajar (pet)* 100. La tasa de ocupación mide la proporción de ocupados dentro de la población en edad de trabajar (Ocupados/pet*100). La tasa de desempleo mide la proporción de desocupados en la población que participa del mercado de trabajo: desocupados/población activa*100.

efectivamente o que está buscando empleo. En los territorios con más pobreza, puede plantearse que en términos relativos son menos personas que estando en edad de trabajar tienen un empleo o lo buscan activamente; lo que también queda reflejado en la menor tasa de ocupación respecto a la del departamento: es menor la proporción de personas con empleo dentro de las que están disponibles para trabajar. Este último fenómeno a la vez puede leerse en términos de la selectividad que opera en la demanda en el mercado laboral, manifiestamente vinculado al déficit educativo en estos territorios ya comentado.

Tabla 50. Tasa de actividad, de ocupación y desempleo. Montevideo y territorios con alto nivel de pobreza del departamento.

	Territorios con más de 20% de personas pobres	Total Montevideo
Tasa de Actividad	54,1	60,0
Tasa de Ocupación	49,4	56,0
Tasa de Desempleo	8,7	6,7

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

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

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

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

Diagnósticos realizados en varios de éstos territorios muestran que particularmente en determinados enclaves de los barrios, donde la segregación y fragmentación con la ciudad consolidada pautan procesos de profunda exclusión social, son los escenarios donde el consumo problemático de drogas emerge, particularmente el de pasta base de cocaína. En el documento se señala que: “En algunos casos, la desvinculación relacional con prácticamente todos los lazos sociales externos construye procesos de socialización en la exclusión que, al margen de la sociedad, perpetúa la vulnerabilidad de los sujetos, reproduciendo, entre otras, prácticas que vuelven, por ejemplo, el consumo de pasta base de cocaína parte de la rutina diaria. De forma que la segregación urbana, la fragmentación objetiva y simbólica, la cultura de los expulsados es el contexto en el que el consumo problemático de drogas se presenta, siendo sólo una más de las fuentes de sufrimiento diario para estos segmentos de la población” (OUD/JND, 2013)²⁴

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

²⁴ 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>

Sistematización de la oferta de tratamiento en los territorios vulnerables de Montevideo

Desde esta mirada territorial pueden identificarse en las zonas más vulnerables de Montevideo la cantidad de 64 puntos de acceso para solicitar atención y tratamiento o recursos de contención o grupos de autoayuda²⁵. En el caso de la de la Unidad Móvil de Atención se contabilizan como un punto de acceso en territorio, siendo que estrictamente no sería así ya que se trata de un dispositivo móvil que recorre tres ejes en la ciudad de Montevideo, incluyendo dentro de su recorrido territorios vulnerables a la vez que se moviliza hacia donde las poblaciones vulnerables se movilizan para trabajar.

Operativamente estas zonas quedan definidas como aquellas que tienen un nivel de pobreza más alto que la media del departamento²⁶; asimismo según Suárez et al (2014)²⁷ en estas zonas es donde se concentra la mayor proporción de usuarios de pasta base de cocaína.

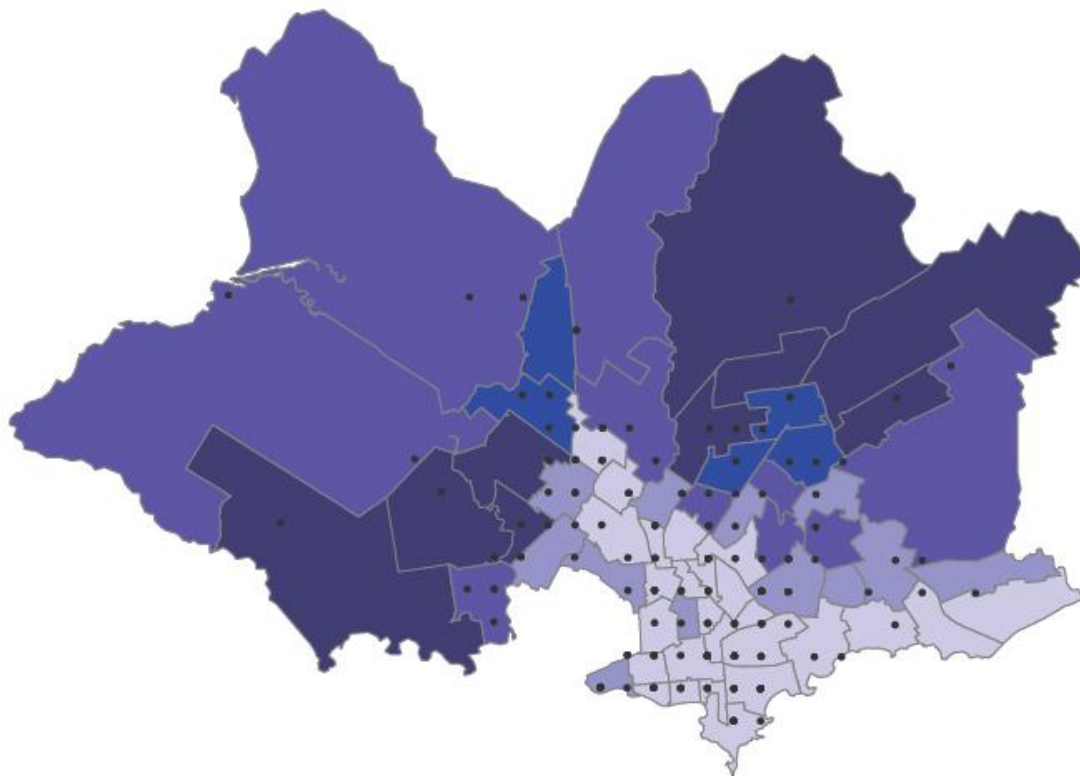
Ahora bien, de éstos 64 puntos de acceso en el territorio, se encuentra que la mayoría (38) corresponden a grupos de autoayuda de las organizaciones Alcohólicos y Narcóticos Anónimos, a su vez hay 12 Servicios especializados en el tratamiento del consumo problemático de drogas de ASSE en estos territorios, 11 dispositivos de base comunitaria, 1 lugar donde se puede solicitar los recursos de contención correspondientes a la organización Beraca, 1 dispositivo de la RENDADRO y 1 sede central de IAMC.

²⁵ Debe aclararse que esta mirada es estrictamente territorial y no está considerando los derechos de atención de salud de los usuarios, con esto se quiere señalar la situación por ejemplo con las IAMC, las que en su mayoría se concentran en una zona céntrica de la ciudad de Montevideo, y no por ellos se traduce en que sus afiliados queden determinados por su residencia dentro de las zonas de influencia de éstas. Asimismo, otras lecturas deberán considerar otros aspectos que hacen a los obstáculos a la movilización y accesibilidad real de determinados segmentos de la población, donde las barreras pueden ser materiales pero también simbólicas.

²⁶ “Siendo los barrios que tienen más del 20% de las personas por debajo de la línea de pobreza en el año 2014 los siguientes: Casabo, Pajas Blancas, Manga, Toledo Chico, Villa García, Manga Rural, Manga, Punta Rieles, Bella Italia, Casavalle, Piedras Blancas, Jardines del Hipódromo, Las Acacias, La Paloma, Tomkinson, Tres Ombúes, Victoria 'Colon Centro y Noroeste, Conciliación y Nuevo París.”

²⁷ 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.

Figura 11. Puntos de acceso Atención y Tratamiento por uso problemático de drogas según niveles de pobreza. Departamento de Montevideo.



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

La totalidad de puntos de acceso en el territorio responden a 13 instituciones; de las cuales 8 son públicas y 5 privadas sin fines de lucro. Todas mantienen tratamientos ambulatorios en el territorio, con excepción del Portal Amarillo de ASSE que también brinda tratamientos residenciales, así como los recursos en los hogares Beraca que incluyen la residencia como parte de su contención.

Tabla 51. Instituciones/Centros y puntos de acceso por tipo de institución. Territorios vulnerables de Montevideo

Tipo de Centro	Puntos de acceso en territorio vulnerables		
	N	N	%
IAMC	1	1	1,6
Dispositivo de base comunitaria	6	11	17,2
RENADRO	1	1	1,6
Comunidad religiosa	1	1	1,6
ASSE	2	12	18,8
Alcohólicos Anónimos	1	28	43,8
Narcóticos Anónimos	1	10	15,6
Total	13	64	100

Tabla 52. Instituciones/Centros y puntos de acceso según nivel de atención. Territorios vulnerables de Montevideo

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

No siempre el acceso es voluntario, tres de cada cuatro centros manifiestan que esta es la situación en todos los casos, pero en otros 3 también se encuentra usuarios que no llegan

voluntariamente a solicitar atención. Todos los centros que brindaron información al respecto reciben pacientes que consultan espontáneamente, pero en 6 de éstos centros (lo que corresponde a 16 puntos de acceso) también reciben pacientes derivados desde otros dispositivos de salud o derivados desde el ámbito judicial, en otros 6 reciben derivaciones desde otros ámbitos como el comunitario o educativos (16 puntos de acceso) y por último, también mantienen estrategias de captación de usuarios en calle en 7 centros que representan 22 puntos de acceso en territorio.

Tabla 53. Instituciones/Centros y puntos de acceso según acceso voluntario en la totalidad de los casos. Territorios vulnerables de Montevideo

	Centro/ Institución	Puntos de acceso en territorio vulnerables	
	N	N	%
SI	8	48	75,0
No	3	13	20,3
sin dato	2	3	4,7
	13	64	100

Tabla 54. Instituciones/Centros y puntos de acceso según principales formas de acceso al tratamiento. Territorios vulnerables de Montevideo

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

En lo que refiere al tiempo promedio de espera para recibir atención se encuentra que la mayoría de los centros no tienen espera sino que la atención se da de forma inmediata, en tanto otros 3 centros mencionan que puede existir una espera de hasta 1 semana, y el último que brinda información manifiesta que la espera supera la semana.

Tabla 55. Instituciones/Centros y puntos de acceso según tiempo de espera para ingresar al tratamiento o recibir atención. Territorios vulnerables de Montevideo

	Centro/ Institución	Puntos de acceso en territorio vulnerables	
	N	N	%
no hay espera	8	49	76,6
hasta 1 semana	3	13	20,3
más de 1 semana y menos de 4	1	1	1,6
sin dato	1	1	1,6
	13	64	100,0

En la mayoría (79,7%) de los puntos de acceso en estos territorios vulnerables, correspondientes a 5 instituciones o centros, se cuenta con un protocolo de actuación. En tanto sólo un 21,9% de los puntos de acceso mantiene un registro individual de la historia del usuario y en un 18,8% de los puntos se realiza un plan de tratamiento individual.

Tabla 56. Instituciones/Centros según existencia de protocolo, registro y plan de tratamiento individual. Territorios vulnerables Montevideo

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

8.2.1. Usuarios atendidos, cartera de servicios y prestaciones

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

acercaron a los puntos de acceso obtuvieron atención; así como en ningún caso existe lista de espera.

Tabla 57. Usuarios atendidos en el último mes. Territorios vulnerables Montevideo

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

Respecto a las prestaciones brindadas, se cuenta con información de 9 de los centros; las más frecuentes son las actividades educativas no formales (81,8% de los centros), visitas domiciliarias (72,7%), consultas psicológicas (63,6%), intervenciones psicosociales grupales (63,6%) y actividades con grupos de la comunidad (63,6%); seguidas de consultas médicas (54,5%) y actividades de inclusión social (54,5%). En la tabla siguiente también pueden visualizarse los puntos de acceso a que corresponden éstos centros.

Tabla 58. Instituciones/Centros según prestaciones. Territorios vulnerables Montevideo

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

Actividades inclusión social	6	5,9	54,5	11
Actividades gestión del programa	7	6,9	63,6	22

La pregunta realizada admitía una respuesta múltiple, por este motivo el porcentaje de casos supera el 100%. Asimismo se completan estas prestaciones con otros servicios como es el caso de apoyo en el ingreso a la red de atención de seguridad social y de salud en general, talleres recreativos, talleres de capacitación en oficios, actividades con grupos de la comunidad.

Tabla 59. Instituciones/Centros según cartera de servicios. Territorios vulnerables Montevideo

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

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

8.2.2. Recursos Humanos

De los 13 centros o instituciones que se identifican en los territorios vulnerables hay 9 profesionalizados, en tanto las restantes 4 basan su atención o los recursos de contención social desplegados para la población con uso problemático de drogas en el trabajo de personas voluntarias o referentes barriales.

Se cuenta con información sobre la cantidad de profesionales y técnicos involucrados en 7 de éstos 9 centros, lo que corresponde a 22 puntos de acceso, de los 24 puntos de acceso profesionalizados identificados en los territorios vulnerables. La cantidad de profesionales que despliegan su trabajo en estos puntos de acceso son 135, en su mayoría psicólogos, psiquiatras y enfermeros (tabla 60.)

Tabla 60. Cantidad de profesionales y técnicos en los Instituciones/Centros, según especialización. Territorios vulnerables de Uruguay.

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

* Médico de familia, Psiquiatra infantil, Psicólogo social.

9. A modo de cierre

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 públicos y privados de contar con poyo 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. De forma que en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNID) todos los prestadores integrales de salud públicos y privados deben garantizar éste conjunto mínimo de prestaciones a los usuarios problemáticos de drogas.

El presente estudio evidenció que 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 drogas²⁸. En las zonas más vulnerables de Montevideo, donde se ha constatado la mayor concentración de usuarios de pasta base de cocaína, se identificaron 64 puntos de acceso o recursos en el territorio donde solicitar atención o contención por el consumo problemático de drogas. Una situación similar a la del país se encuentra en estos territorios en lo que refiere al tipo de recurso existente: la mayoría (38) corresponden a grupos de autoayuda de las organizaciones Alcohólicos y Narcóticos Anónimos, en tanto hay 12 servicios especializados en el tratamiento de consumo problemático de drogas de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), 11 dispositivos de base comunitaria, 1 lugar de organizaciones religiosas, 1 dispositivo de la RENDADRO y 1 prestador integral de salud privado.

Ahora bien, la mirada territorial mantenida para dar cuenta de la atención en los territorios vulnerables de Montevideo, debe también permitir visualizar que en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud los derechos de atención pueden estar generados en una institución que no mantenga un punto de acceso en los territorios vulnerables. Situación que eventualmente podría dar lugar a identificar una cantidad mayor de usuarios atendidos.

²⁸ Se cuentan en todo el país 394 puntos de acceso, 170 de éstos en el departamento de Montevideo y 224 distribuidos en los restantes 18 departamentos. No obstante la mayor presencia se constata en Montevideo y el limítrofe departamento de Canelones, producto fundamentalmente de la concentración de población en esta zona del país, donde residen más de la mitad de sus habitantes.

Capítulo 3: Una lectura multicéntrica

A partir de la implementación de este proyecto es posible reflexionar acerca de la calidad y cantidad de la oferta de tratamiento y/o de apoyo-contención existente para usuarios de cocaínas fumables en áreas de vulnerabilidad social. Como así también en relación a la articulación que estos centros y dispositivos tienen con una política municipal, regional o nacional.

3.1 Acerca de la calidad y cantidad de la oferta existente

Es suficiente la cantidad y calidad de la oferta de tratamiento y/o contención existente para los usuarios de cocaínas fumables en los territorios en los cuales se llevó adelante este estudio?

En términos generales, el equipo de **Argentina** sostiene que los dispositivos que tienen como estrategia la búsqueda activa de usuarios, son los que logran una mayor adhesión y participación de las personas con consumo. Estos dispositivos se encuentran en la zona de la Villa 21-24 (ciudad de Buenos Aires) y no así en la ciudad de Rosario (Provincia de Santa Fe) en la cual se registraron centros de tratamiento formales, que no tienen esta estrategia de captación de pacientes. El equipo de investigación evalúa que no es suficiente la cantidad de dispositivos existentes, pero que la estrategia es buena y debe ser ampliada.

El equipo de **Brasil** considera que en el área de estudio elegida, hay un programa específico de la municipalidad que direcciona diversas acciones para ampliar el acceso de la población usuaria. De acuerdo con la política nacional de salud mental habría que ampliar la implementación de Centros de Atención Psicosocial de funcionamiento de 24 horas. Estos dispositivos están articulados en red. Por otra parte, teniendo en cuenta la lista de espera se evidencia el éxito de este programa que considera la prevención y una morada provisoria y corrobora la necesidad de su ampliación.

La evaluación que realiza el equipo de **Chile** es que en principio la cantidad parece adecuada y la calidad buena pero con aspectos que pueden mejorar, sin embargo el trabajo realizado para levantar la información del estudio no fue suficiente para tener una opinión completa para responder bien esta pregunta.

A partir de la experiencia en **Paraguay**, el equipo considera que la cantidad y la calidad de la oferta existente en las zonas relevadas son insuficientes. Estos centros de tratamiento y dispositivos de apoyo-contención han manifestado no contar con los medios económicos suficientes, los talentos humanos capacitados y especializados aún son escasos, la

infraestructura es primaria; todo esto, teniendo en cuenta las diversas necesidades a satisfacer ante la gran demanda de personas con problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas que, requieren de atención especializada.

Desde **Uruguay** la evaluación es positiva. Consideran que en tanto oferta formal, (gubernamental) es posible considerar que con los últimos dispositivos de baja exigencia creados se está cubriendo satisfactoriamente el territorio vulnerable del departamento de Montevideo. Respecto a la calidad de la oferta falta una evaluación específica.

3.2 Atención y políticas públicas

Los centros de tratamiento que fueron entrevistados están articulados a una política estatal (nacional, provincial o municipal)? Forman parte de un plan o programa? De qué manera?

En **Argentina** los dispositivos formales o centros de tratamiento relevados en ambos territorios (uno en la Villa 21 – 24 y seis en la ciudad de Rosario), formaban parte de un sistema de atención de mayor envergadura. En la Villa se identificó como centro de tratamiento formal a una de las modalidades de atención de la casa amigable de Zavaleta, dependiente del Hospital Nacional en Red (ex CENARESO). La misma forma parte del plan de acción de dicho hospital y trabaja coordinadamente con el área de atención primaria de la salud. En la ciudad de Rosario, todos los centros de tratamiento que se relevaron eran formales, constituidos como organizaciones no gubernamentales, bajo la modalidad de asociaciones civiles o fundaciones. No se registraron centros de tratamiento formales dependientes del estado. La gran mayoría depende de convenios estatales (con nación a través de SEDRONAR o con la provincia mediante de la dirección de Salud Mental) o privados (con Obras Sociales) para su funcionamiento. En este sentido están enmarcados en una política estatal.

Los centros relevados en **Brasil** están articulados a partir del Programa Municipal de Brazos Abiertos, bajo los principios de Reducción de Daños, que se dividen en tres niveles: un Comité Gestor, conformado por todos los Secretarios municipales que componen el núcleo duro del programa (Salud, Seguridad, Derechos Humanos, Trabajo y Desarrollo Social) y la Secretaría de Gobierno y el propio Alcalde. En segundo lugar, la Coordinación de campo (técnicos ligados a las secretarías) y en el territorio, una tienda o local en donde ocurre la articulación con los equipos de salud y se desarrolla la intervención. En el territorio también hay una “casinha” que es un local físico en donde la coordinación de campo se reúne por lo menos una vez a la semana.

En **Chile** los centros están articulados a nivel comunal, regional y nacional. Se elaboran planes y lineamientos programáticos a nivel nacional que luego son implementados a través de convenios técnicos y financieros, a nivel comunal con asesoría y apoyo desde el nivel regional.

En **Paraguay**, si bien el documento del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social menciona que: *“Los planes, programas, proyectos y acciones concretas deben derivarse y estar en concordancia con la declaración de esta Política Nacional de Salud Mental”*, de los cinco centros de tratamientos entrevistados, solamente uno indicó estar vinculado a una red formal de coordinación, los cuatro restantes han manifestado que no. Según los centros encuestados, todos cuentan con un programa de tratamiento escrito y con objetivos terapéuticos definidos, junto al equipo técnico y profesional multidisciplinario especializado. Pero falta una mayor sinergia entre los centros de tratamiento públicos y privados de forma a complementar los recursos físicos y los talentos humanos, optimizando de esta forma los recursos direccionados para tal fin.

En **Uruguay**, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la Red Nacional de Drogas (RANADRO) se articulan los diferentes centros, servicios y dispositivos.

Los dispositivos de apoyo contención que fueron entrevistados están articulados a una Política Estatal (Nacional, provincial o municipal)? Forman parte de un plan o programa? De qué manera?

En **Argentina**, los dispositivos relevados en la Villa 21-24 forman parte de políticas públicas (CEDECOR/SEDRONAR, CESAC 35 y sus programas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Hospital Nacional en Red) como también de la iniciativa de la Iglesia Católica a través del programa Hogar de Cristo.

Por último, los desayunaderos Hogar Niños de Belén y el Centro Barrial Hurtado forman parte de la red de atención del programa Hogar de Cristo. Trabajan de modo coordinado con otros dispositivos que funcionan en la villa, como también con centros situados en el conurbano bonaerense. El programa Hogar de Cristo recibe subsidios de diferentes sectores del estado, tanto municipal como nacional.

En **Brasil** se reitera la articulación descrita para centros, a partir del Programa de Brazos Abiertos y sus tres niveles de articulación.

El equipo de **Chile** informa que al parecer los dispositivos no están articulados a una política estatal nacional o municipal.

En **Paraguay** los dispositivos de apoyo-contención no cuentan con programas de tratamiento ni con el equipo técnico y profesional multidisciplinario especializado. Pero están más articulados en red, de tal forma que solicitan servicios a otros centros según los casos requieran.

En **Uruguay**, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la Red Nacional de Drogas (RANADRO) se articulan los diferentes centros, servicios y dispositivos.

3.3 Principales conclusiones y recomendaciones

El trabajo de campo generó sorpresas? Derribó algunos mitos o prejuicios? Cuáles?

Argentina

El equipo de Argentina informa que el desarrollo del trabajo de campo en Rosario contrapuso el escenario de consumo actual de la ciudad con las ideas que previamente se manejaban sobre el mismo antes de la salida a terreno, específicamente, entre el 2008 y el 2013 se habían registrado numerosos informes periodísticos sobre el consumo de pasta base/paco en Rosario. Algunas de las fuentes que hicieron mención a este tema fueron organizaciones sociales como las Madres del dolor, quienes advertían sobre la preocupación que generaba el consumo de esta sustancia. Por otra parte se recibieron casos de intoxicaciones en Hospitales a partir del 2008 en la provincia, pero éstos no formaron parte de los registros oficiales y por lo tanto, no se constituyeron en datos concretos. Por otro lado, funcionarios del municipio se refirieron a esta situación incluyendo a la pasta base/paco como sustancia de preferencia entre los usuarios más jóvenes.

De acuerdo a los relevamientos realizados para el presente estudio, tanto en entrevistas formales como en encuentros informales, no se encontraron casos de consumidores de pasta base/paco que en tratamiento, como tampoco en situación de consumo en la vía pública. Desde la dirección de salud mental informaron que no recibieron en los últimos años pedidos de atención específica por consumo de pasta base/paco. Destacan que la problemática del consumo de sustancias psicoactivas se encuentra atravesada por el consumo de múltiples sustancias en simultáneo. Pero sobre todo, las demandas que se nuclean en los Centros de Salud y luego son derivadas, comprometen fundamentalmente el consumo de alcohol.

En el marco de este proyecto se realizó un relevamiento entre trabajadoras sociales y médicas de barrios vulnerables sobre casos de consumo de paco, crack o pasta base en los

Centros de Salud donde desarrollan su tarea. Profesionales del Centro de Salud Municipal Las Flores (Distrito Sur) - CS Maiztegui (Distrito Sudoeste) - CS Ceferino Namuncurá (Distrito Noroeste) coincidieron en que no existe registro de consumo de “cocaína fumable” (“paco” o “pasta base”) al menos no en forma evidente.

Las fuentes indican que, sin embargo, existe un registro de consumo de “alita de mosca”, también un residuo de pasta base, mezclado con kerosene, restos de goma o solventes. En este caso, esta sustancia no es fumable sino que se aspira. La “alita de mosca” al igual que el paco se fracciona en pequeñas dosis que se comercializan a bajos costos. Debido a ser considerada una sustancia de baja calidad es consumida sobre todo entre la población de menor edad (entre los 12 y los 16 años), ya que los adultos privilegian otros tipos de consumo.

Por último, el quipo de investigación informa que los centros no reciben demandas de atención por consumo específico de *alita de mosca*, sino que siempre se dan en el marco del multiconsumo.

Brasil

El equipo de Brasil indica que ha sido de gran relevancia la apertura de diferentes servicios para el tratamiento de personas con uso de drogas ya que históricamente han estado impedidos de recibir atención.

Por otro lado, concluye que los servicios que no son de atención exclusiva a esta población pueden desempeñar importantes acciones para que la Red se pueda consolidar y que la casa de acogida para mujeres transexuales fue una grata sorpresa por su propio crecimiento y calificación en el Programa de Brazos Abiertos.

Chile

Los investigadores de Chile indican sobre la escasa presencia de organizaciones y actividades sobre droga y alcohol a nivel informal y pareciera que toda la oferta se concentra en dispositivos institucionales de los servicios de salud y SENDA.

Paraguay

El trabajo de campo evidenció fehacientemente que es un mito pensar que todos los centros de tratamiento y dispositivos de apoyo-contención cuentan con habilitación, ya que mayoritariamente no están habilitados ni categorizados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Por otra parte, también derribó el mito que sostenía que la labor desempeñada en los centros de tratamiento y dispositivos de apoyo - contención no tienen fines lucrativos.

Uruguay

El trabajo en Uruguay evidenció la complejidad existente para dar cuenta de forma acabada del fenómeno de atención y tratamiento a usuarios problemáticos de sustancias, debido básicamente al propio diseño del sistema en el país. Se constató una elevada proporción de instituciones que no llevan registros sistematizados y la ausencia de los mismos introdujo algunas limitaciones al estudio, básicamente porque no se logró contar con la totalidad de los datos requeridos de forma de alcanzar la exhaustividad deseada.

La implementación de esta línea de trabajo, aporta información útil y relevante para el diseño de políticas?

Las reflexiones brindadas por los diferentes equipos de investigación son positivas en relación a la importancia de esta línea de trabajo, en tanto brindan información de utilidad y relevancia para el diseño de políticas:

“La información es útil ya que permite establecer un mapa con los recursos que se utilizan en territorio, a la vez que comprender cuáles son aquellas ofertas que los usuarios solicitan o buscan, para a partir de allí desarrollar propuestas de atención desde el ámbito público” **(Argentina)**.

“Esta línea de trabajo ofrece información útil y relevante para la evaluación y avanzar en diferentes políticas públicas” **(Brasil)**.

“La comparación entre diferentes países y al interior del mismo país podrá ayudar a estimular compromisos de los gestores e identificar los vacíos o faltas de asistencia” **(Brasil)**.

“Es útil y relevante para levantar información que no se tiene y que permite caracterizar la oferta de tratamiento a nivel comunal. Además permite ver los vacíos en cuanto a articulación de una red informal” **(Chile)**.

“Con el análisis, sistematización adecuada y, con la participación de profesionales idóneos en materia de Drogas ésta línea de trabajo aportará información útil y relevante para el diseño de políticas, basadas en evidencias científicas” **(Paraguay)**.

“Vale señalar que esta primera aproximación lograda en esta área donde no se contaba con antecedentes, es de extremada utilidad y, más allá de que algunas características del fenómeno solo puedan ser abordadas desde sus aspectos formales, establece un punto de partida para definir las futuras investigaciones necesarias para seguir generando

conocimiento sobre la situación de la oferta de tratamiento a usuarios problemáticos de drogas en Uruguay” (**Uruguay**).

Se considera pertinente extender la cobertura de este relevamiento a otras zonas, regiones o a todo el país?

Todos los países acuerdan en que sería necesario extender esta experiencia en todo el territorio nacional, para describir y conocer las diferencias según regiones.

En el caso de Uruguay se incluyó la totalidad del país en el relevamiento.

Comentarios generales sobre la implementación del sub proyecto

Se transcriben a continuación los comentarios y reflexiones que realizaron de manera directa cada uno de los equipos de trabajo en los países:

Argentina

El proyecto de caracterización de centros de tratamiento permitió obtener información valiosa, que sumada a investigaciones previas posibilita el desarrollo de un mapeo de diagnóstico local.

Las zonas seleccionadas manifestaron sus particularidades; en el caso de la villa 21-24, el campo de trabajo se presentó permeable a la investigación evidenciando un trabajo comunitario e institucional sostenido en el tiempo. Por ser un territorio acotado, fue posible un recorrido exhaustivo y se pudieron profundizar en las relaciones con los equipos de trabajo.

Es posible afirmar que las experiencias de atención más novedosas en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias se vienen dando en este lugar. Numerosos factores contribuyen en este punto: la existencia de un actor legitimado por el barrio como articulador de acciones conjuntas, el desarrollo de diferentes actividades que involucran problemáticas de la comunidad, y la presencia del estado a través de diferentes caras e instituciones.

En el caso de Rosario, los centros que se incluyeron en el estudio pueden definirse en su totalidad como centros tradicionales de atención. No pudieron relevarse otro tipo de dispositivos de abordaje en la ciudad. El cuestionario demostró ser útil y dinámico para los centros tradicionales, sin embargo también presentó dificultades en su implementación con los centros de apoyo y contención. Sobre este punto, destacamos el trabajo de articulación regional que antecedió a su puesta en práctica y esperamos que a partir de las

experiencias de los países vecinos sea posible una reformulación del mismo para su posterior uso en estudios venideros.

Por último, enfatizamos la necesidad de combinar diferentes estrategias metodológicas para poder ahondar en la complejidad y en los entramados sociales sobre los cuales se instala y produce el consumo de sustancias.

Brasil

Cabe destacar las dificultades iniciales para efectivizar la contratación de la consultoría que impactó en el tiempo disponible para realizar el trabajo de campo. El tiempo de tramitación de las aprobaciones en comités de ética deben ser considerados y como desarrollar una estrategia de acceso a los dispositivos no gubernamentales.

Se considera que esta línea de trabajo puede brindar información relevante para la formulación de políticas en lo que se refiere a mejorar la información disponible, cuestiones estructurales, perfil de la población atendida y propuestas de cuidados en curso.

Chile

En general el proyecto es bastante potente, sin embargo necesita de tiempos más ampliados, ya que, al menos en el caso de Chile, la entrega de información por parte de los centros toma plazos más extensos de los considerados por el proyecto. Los plazos que se toman los centros responden a lógicas institucionales propias, que son ajenas a los controles de SENDA. En tal sentido las coordinaciones con los centros de tratamiento y servicios de salud a nivel comunal son complejas. Lo que se observó es que una vez completados los cuestionarios por las personas responsables, estos eran revisados por los directores de salud y/o jefes superiores. Lo anterior hizo demorar la entrega en más de un 90% de las encuestas.

Paraguay

El trabajo de campo referente al subproyecto, permitió evidenciar debilidades y fortalezas. Las debilidades identificadas son: carencia de identificación plena de los centros de tratamiento y dispositivos de ayuda-contención, carencia de registro de asistencia de usuarios, falta de adecuado control en materia de infraestructura, insuficientes talentos humanos calificados, ausencia de asignación en el Presupuesto de Gastos Generales de la Nación, lo cual se visualiza en la carencia del financiamiento necesario, para el sostenimiento adecuado de los centros de tratamiento y dispositivos de

ayuda-contención, ya sean estos de gestión pública o privada, pues finalmente el servicio es público.

Las fortalezas encontradas refieren a la existencia de talentos humanos capacitados y especializados en algunos centros de tratamiento, la existencia de centros de tratamiento y dispositivos de apoyo-contención y la existencia de normativas y resoluciones promulgadas por MSP y BS29 (Resolución S.G. N° 766) y la funcionalidad de un órgano rector del Estado en materia de drogas (SENAD).

Uruguay

Es necesario profundizar, a partir de estudios específicos, en el conocimiento respecto a la calidad de los servicios brindados por los distintos tipos de instituciones, lo que no queda reflejado en el relevamiento de los aspectos formales. Asimismo es muy interesante abordar los aspectos de accesibilidad desde la perspectiva de los usuarios de drogas.

²⁹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

ANEXO

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE OFERTA DE TRATAMIENTO DE DROGAS

Fecha de aplicación _____ Nombre del entrevistador _____

Firma del entrevistador _____

MODULO I: Identificación del centro/dispositivo

1. Nombre del centro: _____
2. Fecha: ____/____/____
3. Nombre de quien responde: _____
4. Cargo/s en el centro: _____
5. Antigüedad en el cargo: _____
6. Dirección Establecimiento: _____
7. Comuna: _____
8. Fono: _____
9. Email: _____
10. Página web: _____

MODULO II: Funcionamiento del centro y capacidad de atención

11. Dependencia del centro (es independiente del financiamiento, puede ser público y recibir fondos privados)
(01) Público
(02) Privado sin fines de lucro
(03) Privado con fines de lucro
12. Financiamiento: (marcar todas las que corresponde)
(01) Público
(02) Aporte de privados
(03) Donaciones
(04) Pago de paciente/usuarios
13. Nivel de atención:
(01) Ambulatorio
(02) Residencial
(03) Mixto
14. Tipo de dispositivo:
(01) Consultorio de atención primaria
(02) Hospital de día
(03) Servicio clínico de psiquiatría en Hospital general
(04) Hospital o Clínica Psiquiátrica
(05) Unidad de urgencia psiquiátrica
(06) Comunidad terapéutica
(07) Grupo de autoayuda
(08) Centro de apoyo comunitarios o de contención
(09) Residencias de inclusión social (centros de medio camino)
(10) Hospedería, albergue
(11) Otro, especifique _____

15. ¿Cuál de las siguientes alternativas refleja de mejor manera el Objetivo Principal de la atención que su centro otorga? (respuesta multiple)
- (01) Eliminación del consumo
 - (02) Reducción del consumo
 - (03) Modificación de las causas del consumo
 - (04) Reducción de las consecuencias del consumo
16. ¿El dispositivo ofrece “tratamiento formal” de rehabilitación en alcohol y otras drogas (cocaínas fumables)?
- (01) Si
 - (02) No, **salte a la pregunta 24**
17. ¿Las personas que acceden a tratamiento lo hacen siempre en forma voluntaria?
- (01) Si
 - (02) No
18. ¿Cuáles son las principales formas en que las personas llegan a tratamiento?
- (01) Consulta espontanea
 - (02) Derivación desde otro dispositivo de salud
 - (03) Derivación por orden judicial
 - (04) Derivación desde dispositivo que no pertenece a la red de salud, ¿Cuál? _____
19. ¿El centro dispone de protocolos o guías clínicas basadas en evidencia para el tratamiento de sus pacientes/usuarios?
- (01) Si
 - (02) No
20. ¿Existe ficha o registro individual de la historia clínica?
- (01) Si
 - (02) No (**salte a la pregunta 22**)
21. ¿Se confecciona un plan de tratamiento individual que queda en el registro de la historia clínica?
- (01) Si
 - (02) No
22. ¿Se incorpora a la familia al proceso terapéutico?
- (01) Si, ¿Cómo? _____
 - (02) No
23. Tipo y número de egresos totales en el año anterior
- (01) Egresos Totales: _____
 - (02) Egresos por alta terapéutica _____
 - (03) Egresos por abandono _____
 - (04) Egresos por expulsión _____
 - (05) Egresos por traslado o derivación _____
 - (06) Egreso por muerte
 - (07) Sin información _____
24. ¿Cuántos usuarios asistieron a este dispositivo durante el ultimo mes?
- _____
25. Capacidad de atención para centros residenciales (solo contestan centros residenciales)
- (01) N° de camas disponibles del centro _____
 - (02) Duración promedio del tratamiento residencial _____
26. Capacidad de atención para centros ambulatorios (solo contestan centros ambulatorios)
- (01) N° de personas promedio que se atienden en un mes: _____
 - (02) N° de veces en promedio que asisten al centro en una semana: _____

- (03) Tiempo promedio de estadía en cada día que asisten al centro: _____
(04) Duración promedio del tratamiento ambulatorio: _____

27. Si es ambulatorio, ¿cuenta con alguna estrategia para que aquellos usuarios con niños puedan asistir a sus tratamientos? (solo contestan centros ambulatorios)

- (01) Si
(02) No
(03) ¿Cuál? _____

MODULO III: Población objetivo

28. La población que su centro atiende es de

- (01) Solo hombres
(02) Hombres y mujeres
(03) Solo mujeres

29. La población que su centro atiende según edad es: (marcar todas las que corresponde)

- (01) Niños menores de 10 años
(02) Adolescentes entre 10/15
(03) Adolescentes entre 16/20
(04) Jóvenes entre 21/29
(05) Adultos de 30 y más

30. Según previsión social (marcar todas las que corresponde)

- (01) Seguro público de salud
(02) Seguro privado de salud
(03) Sin seguro o indigente

31. Según diagnóstico clínico (marcar todas las que corresponde)

- (01) Abuso de sustancias
(02) Dependencia
(03) Dependencia y otra patología psiquiátrica asociada

32. Según poblaciones específicas (marcar todas las que corresponde)

- (01) Mujeres embarazadas o con hijos
(02) Personas en situación de calle
(03) Personas cumpliendo condena en medio libre
(04) Minorías sexuales (LGBT)
(05) Otras ¿Cuáles? _____

MODULO IV: Cartera de servicios

33. ¿Qué tipo de servicio ofrece el dispositivo?

- (01) Alimentación
(02) Aseo personal
(03) Ropa limpia
(04) Talleres recreativos
(05) Talleres de capacitación en oficio
(06) Orientación laboral
(07) Apoyo en ingreso a red de atención salud general
(08) Apoyo en incorporación a la red de seguridad social
(09) Actividades de autoayuda
(10) Actividades con grupos y organizaciones de la comunidad. Participación Comunitaria.
(11) Otros, ¿Cuáles? _____

34. ¿Qué prestaciones se realizan en el centro? Marque las que corresponda

Tipo de actividad	Si	Tipo de profesional o técnico que la realiza habitualmente
(01) Diagnóstico		
(02) Consulta de salud mental		
(03) Consulta psiquiátrica		
(04) Consulta psicológica		
(05) Psicoterapia individual		
(06) Psicoterapia grupal		
(07) Psicoterapia familiar		
(08) Consulta médica		
(09) Intervención psicosocial de grupo		
(010) Consejería individual		
(011) Consejería familiar		
(012) Visita domiciliaria		
(013) Actividades de autoayuda		
(014) actividades educativas formales		
(015) Actividades educativas (talleres, artísticas, recreativas)		
(016) Atención telefónica		
(017) Seguimiento post alta		
(018) Actividades con grupos y organizaciones de la comunidad. Participación Comunitaria.		
(019) Actividades dirigidas a la inclusión social		
(020) Actividades de gestión del programa (incluye reuniones de equipo)		
(021) Otra		
(022) Otra		
(023) Otra		

35. ¿El centro dispone de exámenes de laboratorio para sus pacientes?

- (01) Si, porque tiene laboratorios propios en el mismo centro
- (02) Si, se realizan a través de la red de atención salud pública
- (03) Si, cuenta con convenios con laboratorios específicos
- (04) Los solicita, pero los usuarios deben realizarlos en laboratorios particulares
- (05) Nunca solicita

MODULO V: Recursos humanos

36. ¿Con que recursos humanos cuenta el centro?

Tipo de actividad		Horas de contrato semanal totales (considera la suma de todas las horas)	Capacitación en drogo-dependencia Si o No	Tipo de vínculo contractual
Profesionales	(1) Médico general			
	(2) Médico psiquiatra			
	(3) Médico toxicólogo			
	(4) Médico infectólogo			
	(5) Psicólogo			
	(6) Asistente social			
	(7) Enfermera			

	(8) T. ocupacional			
	(9) Nutricionista			
	(10) Orientador familiar			
	(11) psicopedagogo			
	(12) Profesor			
	(13) Otro			
Técnicos	(14) Técnico/Operador terapéutico con estudios formales			
	(15) Técnico/Operador terapéutico sin estudios formales			
	(16) Auxiliar de enfermería			
	(17) Monitores			
	(18) Educador			
	(19) Otro			
Religiosos	(20)			
Personal administrativo y de apoyo	(21) Secretaria			
	(22) Administrativos			
	(23) Seguridad			
	(24) Aseo			
	(25) Alimentación			
	(26) Otros			

MODULO VI: Funcionamiento de la red

37. Sus pacientes llegan al centro / dispositivo a través de (marcar todas las que corresponde)
- (01) Consulta espontanea
 - (02) Derivados por centros de atención de salud
 - (03) Derivados desde sistema judicial
 - (04) Otra forma de derivación, ¿Cuál? _____
38. Las principales necesidades de derivación de pacientes/usuarios son
- (01) Derivación a centros de mayor complejidad para que se hagan cargo del tratamiento
 - (02) Derivación a centros con atención pertinente según el tipo de población o patología
 - (03) Evaluación médica general
 - (04) Manejo farmacológico
 - (05) Otras, ¿Cuáles? _____
39. ¿Se pueden cubrir estas necesidades de derivación?
- (01) Sí
 - (02) No, ¿Cuáles? _____ ¿porque? _____
40. ¿Cómo evalúa el funcionamiento del mecanismo de derivación?
- (01) Existe, pero no siempre es efectivo
 - (02) Efectivo (los pacientes derivados son recibidos por el otro centro en forma oportuna)
 - (03) No existe formalmente y solo funciona por contactos personales entre técnicos o profesionales de los centros/dispositivos
 - (04) No se realiza ningún tipo de derivación
41. Existe registro de Listas de Espera de pacientes/usuarios para entrar a su centro/dispositivo
- (01) Sí, cuantas personas se encuentran en la lista en este momento _____
 - (02) No
42. ¿Usted participa en de alguna red formal de coordinación con otros centros de tratamiento/dispositivo?
- (01) Sí, formal
 - (02) Si, informal
 - (03) No, (salte a pregunta 46)
43. Si usted participa en alguna red de coordinación, ¿Qué tipo de centros participan en estas instancias?
- (01) Consultorio de atención primaria
 - (02) Hospital de día
 - (03) Servicio clínico de psiquiatría en Hospital general
 - (04) Clínica Psiquiátrica
 - (05) Unidad de urgencia
 - (06) Comunidad terapéutica
 - (07) Grupo de autoayuda
 - (08) Centro comunitarios o de contención
 - (09) Residencia de medio camino
 - (010) Hospedería -albergue
 - (011) Otro, especifique _____
44. ¿Quién es el encargado o coordinador de esta red ? _____
45. ¿Cuáles son los principales objetivos de esta red? _____

MODULO VII: Recursos Físicos

46. Cuenta con autorización sanitaria vigente

(01) Si

(02) No

47. Infraestructura

	Número
Boxes/consultorios para atención individual	
Salas de atención grupal	
Sala de espera	
Sala Multiuso	
Salas de reunión	
Sala para recibir visitas	
Comedor	
Salas de taller	
Baños	
Dormitorios	
Cantidad de camas por dormitorio	
Áreas verdes	
Otras	

MODULO VIII: tecnología y sistemas de Información

48. ¿El establecimiento cuenta con alguno de estos servicios? Marque la o las alternativas que mejor se ajusten a su realidad:

(01) Telefonía tradicional

(02) Telefonía celular

(03) Internet

(04) Página web

(05) Correo electrónico institucional

49. Existen computadores en el establecimiento para

(01) Uso administrativo

(02) Uso de profesionales y técnicos

(03) Usuarios

50. ¿De qué manera se registra la información clínica de los pacientes/usuarios? Marque la o las alternativas que mejor se ajusten a su realidad:

(01) Ficha en papel

(02) Registro electrónico

(03) No hay registro

(04) Otro (Especifique) _____

51. ¿Existe algún sistema o página web destinada a entregar información al paciente/usuario y su familia?

(01) Si

(02) No

INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE OFERTA DE TRATAMIENTO DE DROGAS

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Este instrumento está destinado a caracterizar a los distintos dispositivos que están realizando intervenciones en personas que presentan consumo problemático de sustancias.

Debe ser aplicado por un entrevistador, previamente entrenado, al director del centro y al encargado técnico del programa (cuando son personas diferentes).

Todas las preguntas deben ser respondidas, solo deben quedar en blanco aquellas que están consideradas en los saltos debidamente señalados.

INICIO DE LA ENTREVISTA

La entrevista debe ser previamente concertada para contar con el tiempo necesario para su completitud. Está calculado que este no exceda 1 hora de aplicación, pero debe reconsiderarse a la luz de la realidad nacional en un pequeño estudio piloto.

Al iniciar la entrevista, el encuestador debidamente identificado, debe explicar el objetivo del estudio y hacer énfasis en que la información es confidencial, la confianza es fundamental para la entrega de información verídica.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Estimar la magnitud y características de los **centros de tratamiento y dispositivos de apoyo-contención**, según la metodología o método de abordaje terapéutico o de apoyo psicosocial, características estructurales y funcionales, recursos humanos y profesionales, cantidad de pacientes/usuarios atendidos, en territorios vulnerables.

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE OFERTA DE TRATAMIENTO DE DROGAS

Fecha de aplicación _____

Nombre del entrevistador _____

Firma del entrevistador _____

Para cumplir con su propósito está compuesto por ocho módulos. En el primer módulo se registra la información necesaria para identificar y contactar al centro. Está compuesto por 11 preguntas.

MODULO I: Identificación del centro/dispositivo

52. Nombre del centro: _____

53. Fecha: ____/____/____

54. Nombre de quien responde: _____

55. Cargo/s en el centro: _____

56. Antigüedad en el cargo: _____

57. Dirección Establecimiento: _____

58. Comuna: _____

59. Fono: _____

60. Email: _____

61. Página web: _____

El segundo módulo recoge información sobre el funcionamiento del centro y está compuesto por 16 preguntas

MODULO II: Funcionamiento del centro y capacidad de atención

La pregunta n°11 hace referencia a la dependencia del centro y no a sus fuentes de financiamiento.

62. Dependencia del centro (es independiente del financiamiento, puede ser público y recibir fondos privados)

(04) Público

(05) Privado sin fines de lucro

(06) Privado con fines de lucro

La pregunta n°12 hace referencia al tipo de financiamiento. Es importante considerar que en algunas ocasiones un mismo centro tiene distintas fuentes de financiamiento y por lo tanto, se deben considerar todas las fuentes de financiamiento que correspondan.

63. Financiamiento: (marcar todas las que corresponde)

(05) Público

(06) Aporte de privados

(07) Donaciones

(08) Pago de paciente/usuarios

La pregunta n° 13 se refiere a si la atención que entrega el centro se realiza en forma ambulatoria (las personas asisten al centro pero no duermen en él, independiente de las horas que asista) o el centro posee camas y la atención considera como parte de su proceso el que las personas duerman en el centro. En algunas ocasiones los centros pueden entregar atención ambulatoria a algunas personas y residencial a otras, o pueden ser distintas etapas del proceso de una misma persona. En estos casos se considera mixto.

64. Nivel de atención:

(04) Ambulatorio

(05) Residencial

(06) Mixto

La pregunta n°14 se refiere al tipo de dispositivo, se presentan las principales alternativas de centros de atención de la red socio-sanitaria y comunitaria. Si es necesario los países pueden utilizar los nombres que sean los mas pertinentes a su realidad.

65. Tipo de dispositivo:
- (12) Consultorio de atención primaria
 - (13) Hospital de día
 - (14) Servicio clínico de psiquiatría en Hospital general
 - (15) Hospital o Clínica Psiquiátrica
 - (16) Unidad de urgencia psiquiátrica
 - (17) Comunidad terapéutica
 - (18) Grupo de autoayuda
 - (19) Centro de apoyo comunitarios o de contención
 - (20) Residencias de inclusión social (centros de medio camino)
 - (21) Hospedería, albergue
 - (22) Otro, especifique _____

La pregunta n°15 intenta tener una idea de los objetivos que el tratamiento en los distintos centros persigue con su intervención. Estos pueden ser distintos según cada usuario, pero se debe elegir el que mas lo identifica con su misión como centro.

66. ¿Cuál de las siguientes alternativas refleja de mejor manera el Objetivo Principal de la atención que su centro otorga?
- (05) Eliminación del consumo
 - (06) Reducción del consumo
 - (07) Modificación de las causas del consumo
 - (08) Reducción de las consecuencias del consumo

La pregunta n°16 tiene por objetivo identificar a los dispositivos que realizan tratamiento propiamente. Para ayudar a su diferenciación utilizaremos la siguiente definición de centros de tratamiento: “Unidades operativas especializadas, para el tratamiento de personas con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas” y la definición de tratamiento como: “Proceso de intervención terapéutico dirigido a personas que tienen consumo problemático de alcohol y otras drogas, cuyo objetivo es la superación de los problemas de abuso y/o dependencia a las drogas. Incluye el desarrollo de un conjunto de acciones de carácter sanitario, psicológico, social, ocupacional y educativo, tanto a nivel individual como grupal y familiar. Los procesos de tratamiento se realizan a través de una variada gama de opciones terapéuticas y de recursos asistenciales ofrecidos por profesionales y técnicos acreditados en esta labor”.

Aquellos dispositivos que no cumplan con estas características no deben contestar las preguntas 17 a la 23.

67. ¿El dispositivo ofrece “**tratamiento formal**” de rehabilitación en alcohol y otras drogas (cocaínas fumables)?
- (03) Si
 - (04) No, **salte a la pregunta 24**

68. ¿Las personas que acceden a tratamiento lo hacen siempre en forma voluntaria?
- (03) Si
 - (04) No

La pregunta n° 18 se refiere a las formas en que las personas acceden al tratamiento que otorga el centro. La mayoría de las veces no existirá registro escrito por lo que se registrará en base a la información que entregue el encargado del programa. A través de esta pregunta se exploran las redes en las que participan estos centros.

69. ¿Cuáles son las principales formas es que las personas llegan a tratamiento?
- (05) Consulta espontanea
 - (06) Derivación desde otro dispositivo de salud

(07) Derivación por orden judicial

(08) Derivación desde dispositivo que no pertenece a la red de salud, ¿Cuál? _____

La pregunta n°19 se refiere a la presencia de protocolos y/o guías clínicas de tratamiento escritos y conocidos por los miembros del equipo terapéutico. Estos protocolos pueden haber sido diseñados por ellos o pueden ser nacionales, lo importante es que sean utilizados en el tratamiento de las personas que atienden.

70. ¿El centro dispone de protocolos o guías clínicas basadas en evidencia para el tratamiento de sus pacientes/usuarios?

(03) Si

(04) No

La pregunta n°20 se refiere a la existencia de una ficha individual donde se registren todas las actividades terapéuticas que se realizan con cada una de las personas en tratamiento. Si este documento no existe o no se utiliza para registrar las actividades conteste No y salte a la pregunta 22.

71. ¿Existe ficha o registro individual de la historia clínica?

(03) Si

(04) No **(salte a la pregunta 22)**

La pregunta n°21 debe ser contestada que en forma afirmativa, cuando en la ficha individual se registran los objetivos terapéuticos del tratamiento y se define la forma en que se pretende alcanzar esos objetivos.

72. ¿Se confecciona un plan de tratamiento individual que queda en el registro de la historia clínica?

(03) Si

(04) No

La pregunta n°22 se refiere a la participación de la familia en el proceso terapéutico. La evidencia muestra la importancia de su incorporación principalmente cuando se trabaja con población infanto-adolescente. Aquellos centros que refieran que incorporan a la familia deben describir brevemente en que consiste su incorporación.

73. ¿Se incorpora a la familia al proceso terapéutico?

(03) Si, ¿Cómo? _____

(04) No

La pregunta n°23 se refiere a las causas principales de egresos de las personas en tratamiento. Es importante tener en cuenta las definiciones de alta terapéutica, abandono, expulsión y traslado o derivación. Si los centros no tienen registros de esta información, marque sin información.

Alta terapéutica: cumplimiento de los objetivos terapéuticos establecidos

Abandono: abandono del tratamiento de manera voluntaria por parte del usuario o usuaria

Derivación: el usuario es derivado a otro centro por tener un perfil mas acorde con otro tipo de centro.

Alta administrativa o expulsión: esta se produce principalmente por parte del equipo de tratamiento debido al no cumplimiento de las normas del centro.

74. Tipo y número de egresos totales en el año anterior

(08) Egresos Totales: _____

(09) Egresos por alta terapéutica _____

(10) Egresos por abandono _____

(11) Egresos por expulsión _____

(12) Egresos por traslado o derivación _____

(13) Egreso por muerte

(14) Sin información _____

Las preguntas de la n°24 a la n°26 se refieren a la capacidad de atención de los centros. La pregunta n°25 debe informar del número de usuarios que están asistiendo al centro en el mes de realización del estudio.

Mientras las preguntas n°25 y 26 preguntan por la capacidad de atención de los centros ambulatorios y residenciales respectivamente. Si un centro es mixto debe contestar ambas preguntas.

75. ¿Cuántos usuarios están asistiendo a este dispositivo en este mes?

76. Capacidad de atención para centros residenciales (solo contestan centros residenciales)

(03) N° de camas disponibles del centro _____

(04) Duración promedio del tratamiento residencial _____

77. Capacidad de atención para centros ambulatorios (solo contestan centros ambulatorios)

(05) N° de personas promedio que se atienden en un mes: _____

(06) N° de veces en promedio que asisten al centro en una semana: _____

(07) Tiempo promedio de estadía en cada día que asisten al centro: _____

(08) Duración promedio del tratamiento ambulatorio: _____

La pregunta n°27 explora las estrategias que han diseñado los centros para abordar el problema de los usuarios que tienen a su cargo hijos que los limitan a participar en las actividades terapéuticas. Ejemplos de algunas estrategias son convenios con guarderías infantiles cercanas al centro, talleres o actividades para los niños en paralelo a las actividades de los usuarios en el centro.

78. Si es ambulatorio, ¿cuenta con alguna estrategia para que aquellos usuarios con niños puedan asistir a sus tratamientos? (solo contestan centros ambulatorios)

(04) Si

(05) No

(06) ¿Cuál? _____

El tercer módulo recoge información sobre la población objetivo del centro, esto es, las características de la población hacia la cual el centro orienta sus servicios. Este módulo consta de 5 preguntas.

MODULO III: Población objetivo

La pregunta n°28 se refiere al sexo de las personas, no considera identidad de género.

79. La población que su centro atiende es de

(04) Solo hombres

(05) Hombres y mujeres

(06) Solo mujeres

La pregunta n°29 se refiere a los grupos de edad que el centro puede atender, se deben marcar todas las alternativas que correspondan.

80. La población que su centro atiende según edad es: (marcar todas las que corresponde)

(06) Niños menores de 10 años

(07) Adolescentes entre 10/15

(08) Adolescentes entre 15/20

(09) Jóvenes entre 21/29

(010) Adultos de 30 y más

La pregunta n°30 se refiere a la previsión social de las personas que el centro atiende. Cada país debe adecuar el lenguaje a las categorías pertinentes para su legislación/normativa.

81. Según previsión social (marcar todas las que corresponde)

(04) Seguro público de salud

(05) Seguro privado de salud

(06) Sin seguro o indigente

La pregunta n°31 se refiere diagnóstico del tipo de trastorno de consumo que el centro puede atender. La alternativa 3 hace alusión a la patología dual o comorbilidad psiquiátrica. Se deben marcar todas las alternativas que correspondan.

82. Según diagnóstico clínico (marcar todas las que corresponde)
- (04) Abuso de sustancias
 - (05) Dependencia
 - (06) Dependencia y otra patología psiquiátrica asociada

La pregunta n°32 se refiere a la posibilidad del centro a atender poblaciones con necesidades particulares. Se deben marcar todas las alternativas que correspondan.

83. Según poblaciones específicas (marcar todas las que corresponde)
- (06) Mujeres embarazadas o con hijos
 - (07) Personas en situación de calle
 - (08) Personas cumpliendo condena en medio libre
 - (09) Minorías sexuales (LGBT)
 - (010) Otras ¿Cuáles?-

El cuarto módulo recoge información sobre la cartera de servicios de los centros. Esto es todas las prestaciones y servicios que estos ofrecen. Este módulo consta de 3 preguntas.

MODULO IV: Cartera de servicios

La pregunta n° 33 está dirigida principalmente a los dispositivos que no cumplen con la definición de centro de tratamiento. Pero pueden contestar todos.

84. ¿Qué tipo de servicio ofrece el dispositivo?
- (12) Alimentación
 - (13) Aseo personal
 - (14) Ropa limpia
 - (15) Talleres recreativos
 - (16) Talleres de capacitación en oficio
 - (17) Orientación laboral
 - (18) Apoyo en ingreso a red de atención salud general
 - (19) Apoyo en incorporación a la red de seguridad social
 - (20) Actividades de autoayuda
 - (21) Actividades con grupos y organizaciones de la comunidad. Participación Comunitaria.
 - (22) Otros, ¿Cuáles? _____

La pregunta n° 34 está dirigida principalmente a los centros de tratamiento. En esta tabla se deben marcar todas aquellas prestaciones que el centro realice así como el profesional que mas frecuentemente está a cargo de ellas. (Muchas veces son diversos los profesionales que entregan una misma prestación, pero se trata de identificar al que mas frecuentemente la realiza y no al que idealmente debiera hacerlo.

85. ¿Qué prestaciones se realizan en el centro? Marque las que corresponda

Tipo de actividad	Si	Tipo de profesional o técnico que la realiza habitualmente
(024) Diagnóstico		
(025) Consulta de salud mental		
(026) Consulta psiquiátrica		

(027)Consulta psicológica		
(028)Psicoterapia individual		
(029)Psicoterapia grupal		
(030)Psicoterapia familiar		
(031)Consulta médica		
(032)Intervención psicosocial de grupo		
(033)Consejería individual		
(034)Consejería familiar		
(035)Visita domiciliaria		
(036)Actividades de autoayuda		
(037)actividades educativas formales		
(038)Actividades educativas (talleres, artísticas, recreativas etc.)		
(039)Atención telefónica		
(040)Seguimiento post alta		
(041)Actividades con grupos y organizaciones de la comunidad. Participación Comunitaria.		
(042)Actividades dirigidas a la inclusión social		
(043)Actividades de gestión del programa (incluye reuniones de equipo)		
(044)Otras		

86. ¿El centro dispone de exámenes de laboratorio para sus pacientes?

- (06) Si, porque tiene laboratorios propios en el mismo centro
- (07) Si, se realizan a través de la red de atención salud pública
- (08) Si, cuenta con convenios con laboratorios específicos
- (09) Los solicita, pero los usuarios deben realizarlos en laboratorios particulares
- (010) Nunca solicita

El módulo V explora los Recursos humanos con los que cuenta el centro. Consta de solo una pregunta en forma de tabla en la que se consignaran el número de cada uno de estos profesionales así como las horas totales disponibles. Además se explora por el tipo de vinculación contractual (contrato formal, honorarios, voluntariado) y la capacitación en materia de drogodependencia. Es recomendable solicitar registros de los contratos. Marque los que correspondan y abra una nueva fila por cada profesional dentro de cada categoría. Ver tabla ejemplo:

Tipo de actividad		Horas de contrato semanal totales (considera la suma de todas las horas)	Capacitación en drogodependencia Si/No	Tipo de vínculo contractual Contrato formal/Honorarios/Voluntarios
Profesionales	(1) Médico general	11	si	Voluntario
		22	no	Contrato formal

MODULO V: Recursos humanos

87. ¿Con que recursos humanos cuenta el centro?

Tipo de actividad		Horas de contrato semanal totales (considera la suma de todas las horas)	Capacitación en drogo-dependencia Si o No	Tipo de vínculo contractual
Profesionales	(27) Médico general			
	(28) Médico psiquiatra			
	(29) Médico toxicólogo			
	(30) Médico infectólogo			
	(31) Psicólogo			
	(32) Asistente social			
	(33) Enfermera			
	(34) T. ocupacional			
	(35) Nutricionista			
	(36) Orientador familiar			
Técnicos	(37) psicopedagogo			
	(38) Profesor			
	(39) Otro			
	(40) Técnico/Operador terapéutico con estudios formales			
	(41) Técnico/Operador terapéutico sin estudios formales			
	(42) Auxiliar de enfermería			
	(43) Monitores			
	(44) Educador			
	(45) Otro			
Religiosos	(46)			
Personal administrativo y de apoyo	(47) Secretaria			
	(48) Administrativos			
	(49) Seguridad			
	(50) Aseo			
	(51) Alimentación			
	(52) Otros			

El sexto módulo tiene por objetivo descubrir si existe trabajo en red y quienes componen esta red. Consta de 11 preguntas

MODULO VI: Funcionamiento de la red

La pregunta n° 37 se refiere a la forma en que los usuarios acceden a tratamiento. Muchas veces los centros reciben usuarios por mas de una vía por lo que se deben marcar todas aquellas que correspondan.

88. Sus pacientes llegan al centro / dispositivo a través de (marcar todas las que corresponde)

- (05) Consulta espontanea
- (06) Derivados por centros de atención de salud
- (07) Derivados desde sistema judicial
- (08) Otra forma de derivación, ¿Cuál? _____

La pregunta n°38 tiene por objeto explorar las necesidades de vinculación con otros centros que entregan prestaciones complementarias. Se deben marcar todas aquellas alternativas que distingan una necesidad. Si es que hay alguna que no está en el listado se marca otras y se describe la necesidad.

89. Las principales necesidades de derivación de pacientes/usuarios son

- (06) Derivación a centros de mayor complejidad para que se hagan cargo del tratamiento
- (07) Derivación a centros con atención pertinente según el tipo de población o patología
- (08) Evaluación médica general
- (09) Manejo farmacológico
- (010) Otras, ¿Cuáles? _____

En la pregunta n°39 se deben consignar aquellas necesidades de derivación (preg. 38) que no pueden ser cubiertas y la razón principal por la que ello sucede.

90. ¿Se pueden cubrir estas necesidades de derivación?

(03) Sí

(04) No,

¿Cuáles? _____

¿Porque? _____

La pregunta n°40 evalúa la existencia y funcionamiento del mecanismo de derivación de los centros. Se considera que existe cuando hay un acuerdo formal entre distintos dispositivos de la red para realizar derivaciones según diagnósticos, complejidad y necesidades sociales. La efectividad del mecanismo de derivación está dada por la oportunidad en que personas derivadas son recibidas y atendidas en el dispositivo al que se derivó.

91. ¿Cómo evalúa el funcionamiento del mecanismo de derivación?

- (05) Existe, pero no siempre es efectivo
- (06) Efectivo (los pacientes derivados son recibidos por el otro centro en forma oportuna)
- (07) No existe formalmente y solo funciona por contactos personales entre técnicos o profesionales de los centros/dispositivos
- (08) No se realiza ningún tipo de derivación

La pregunta n°41 explora la existencia de registro escrito de lista de espera de atención. Solamente se responde de modo afirmativo si se constata su existencia.

92. Existe registro de Listas de Espera de pacientes/usuarios para entrar a su centro/dispositivo

(03) Sí, cuantas personas se encuentran en la lista en este momento _____

(04) No

Las preguntas desde la n°42 a la 45 intentan establecer la existencia de redes de coordinación formales o informales, así como sus objetivos y componentes. En la pregunta 42 solo se debe consignar si el encargado

de centro se percibe como participando en una red de coordinación y el tipo de esta. Si la respuesta es no, salte a la pregunta 46. En la pregunta 43, se exploran los actores de la red, por lo que se deben considerar todos aquellos que sean mencionados. La pregunta 44 intenta que se reconozca al encargado de la coordinación de la red y finalmente la pregunta 45, los principales objetivos de ella.

93. ¿Usted participa en de alguna red formal de coordinación con otros centros de tratamiento/dispositivo?

(04) Sí, formal

(05) Si, informal

(06) No, **(salte a pregunta 46)**

94. Si usted participa en alguna red de coordinación, ¿Qué tipo de centros participan en estas instancias?

(012) Consultorio de atención primaria

(013) Hospital de día

(014) Servicio clínico de psiquiatría en Hospital general

(015) Clínica Psiquiátrica

(016) Unidad de urgencia

(017) Comunidad terapéutica

(018) Grupo de autoayuda

(019) Centro comunitarios o de contención

(020) Residencia de medio camino

(021) Hospedería -albergue

(022) Otro, especifique _____

95. ¿Quién es el encargado o coordinador de esta red ? _____

96. ¿Cuáles son los principales objetivos de esta red? _____

El séptimo módulo explora las condiciones de infraestructura y equipamiento de los centros, consta de dos preguntas

MODULO VII: Recursos Físicos

La pregunta n°46 explora la existencia de una autorización sanitaria para el funcionamiento del centro, estos es, la autorización de la autoridad de salud para la realización de actividades de tratamiento. Su nombre puede cambiar entre los distintos países.

97. Cuenta con autorización sanitaria vigente

(03) Si

(04) No

La pregunta n° 47 evalúa las condiciones de infraestructura, equipamiento y sanitarias, en las que se realizan las actividades en el centro. Para cada tipo de espacio, se debe consignar la cantidad disponible

98. Infraestructura

	Número
Boxes/consultorios para atención individual	
Salas de atención grupal	
Sala de espera	
Sala Multiuso	
Salas de reunión	

Sala para recibir visitas	
Comedor	
Salas de taller	
Baños	
Dormitorios	
Áreas verdes	
Otras	

El octavo módulo y final de este instrumento, hace referencia a los recursos tecnológicos y sistemas de información disponibles en los centros para su funcionamiento. Se incorpora este módulo dada la relevancia que estos sistemas han tomado tanto para la gestión administrativa como clínica de los centros.

MODULO VIII: tecnología y sistemas de Información

99. ¿El establecimiento cuenta con alguno de estos servicios? Marque la o las alternativas que mejor se ajusten a su realidad:

- (06) Telefonía tradicional
- (07) Telefonía celular
- (08) Internet
- (09) Página web
- (10) Correo electrónico institucional

100. Existen computadores en el establecimiento para

- (04) Uso administrativo
- (05) Uso de profesionales y técnicos
- (06) Usuarios

101. ¿De qué manera se registra la información clínica de los pacientes/usuarios? Marque la o las alternativas que mejor se ajusten a su realidad:

- (05) Ficha en papel
- (06) Registro electrónico
- (07) No hay registro
- (08) Otro (Especifique) _____

102. ¿Existe algún sistema o página web destinada a entregar información al paciente/usuario y su familia?

- (03) Si
- (04) No