



**CONVENIO MARCO DE COOPERACIÓN
SEDRONAR – ORGANIZACIÓN DE ESTADOS
IBEROAMERICANOS**

**“Perfiles sociales y de consumo asociados a
los resultados de los tratamientos”**

Área de Investigaciones

Julio 2010

SEDRONAR

Secretario de Estado: Dr. José R. Granero

DIRECCIÓN NACIONAL DEL OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS

Coordinador: Diego Álvarez Rivero

AREA DE INVESTIGACIONES

Coordinadora: Graciela Ahumada

CONSULTORAS:

Violeta A. Ruiz

Josette Brawerman

Vanesa D'Alessandre

I. Introducción

El estudio "Evaluación de programas de tratamiento" (Ruiz, Brawerman, D'Alessandre, 2009) permitió caracterizar los tratamientos realizados por una cohorte de pacientes subsidiados por la SEDRONAR durante un período de 16 meses desde el otorgamiento del subsidio, e identificar algunos aspectos específicos que incidieron en la modulación efectiva de las trayectorias. A través de aquel estudio se logró cuantificar la amplia brecha entre la situación esperable y la situación real de los pacientes en relación con la condición de egreso y la proporción del subsidio utilizado. En efecto, uno de los hallazgos relevantes fue que solo tres de cada diez beneficiarios de los subsidios para asistencia de la SEDRONAR agotan la prestación en ese período. Asimismo, el análisis realizado no sólo dio cuenta de los tratamientos desde la condición de egreso de los pacientes, sino también logró aproximarse a la heterogeneidad de los modos de transitarlos. El reflejo de la permanencia diferencial cobra importancia al considerar que existe un consenso generalizado acerca de que el consumo abusivo de sustancias psicoactivas es un trastorno crónico y recurrente.

En este contexto, el tiempo efectivo bajo tratamiento -aún en aquellos que fueron interrumpidos- constituye una medida complementaria a la condición de egreso para dar cuenta de la eficacia de los tratamientos. En este sentido, la duración refleja el tiempo de una relación entre un sujeto que solicita ayuda y la institución encargada de proveerle una serie de recursos orientados a construir o reconstruir un entorno dañado por el consumo abusivo de sustancias. El tiempo de permanencia es ante todo el tiempo que el paciente estuvo expuesto a estímulos que se consideran provechosos para su recuperación y en consecuencia permite identificar oportunidades diferenciales de incorporarlos. Una de las conclusiones centrales del estudio fue que si bien todas las personas ingresan a las instituciones de asistencia con las mismas oportunidades de transitar y finalizar el tratamiento, en la práctica existen tasas de culminación, prorrogas e interrupción más elevadas en algunos grupos específicos de pacientes.

Asimismo, se recogió la voz de los profesionales de las instituciones tratantes y de los pacientes en el tramo final de su tratamiento. A partir de esta estrategia metodológica, se logró sumar evidencia al abordaje que concibe al consumo abusivo de sustancias psicoactivas como una problemática crónica con posibilidad de rehabilitación, con una tasa anual de éxito considerablemente baja. En efecto, la mayoría de los tratamientos que se culminan se inscriben como un logro luego de una serie de intentos fallidos. En este contexto queda claro que los aspectos vinculados con la probabilidad de culminar los tratamientos son múltiples y variados, pero se destaca que "la familia" y el apoyo del entorno afectivo para acceder, transitar y finalizar el tratamiento es uno de los mencionados con mayor frecuencia, tanto por los profesionales de las instituciones, como por los pacientes. De este modo, se recoge una tensión que atraviesa la problemática en estudio. Por un lado, la importancia atribuida al entorno familiar y social como garante de un tratamiento exitoso y por el otro, concebir al adicto como un emergente de la conflictividad de ese entorno. Esto es, el ambiente familiar y social, aparece en el relato simultáneamente como origen de la problemática por la cual se demanda atención, a la vez que requisito para superarla.

En este contexto, la "Evaluación de programas de tratamiento" constituye una primera y valiosa aproximación a la relación de los pacientes con las instituciones de tratamiento, y una invitación a profundizar en las hipótesis que deja planteadas. Este es el propósito central de este segundo documento.

Aquí se recuperan las principales conclusiones de aquel estudio y se proponen tres estrategias para avanzar en la comprensión de los atributos –personales, de

consumo y atención- asociados a las trayectorias efectivas. En primer lugar, el estudio permitió esbozar probabilidades diferenciales de culminación y permanencia vinculadas con perfiles sociodemográficos y de consumo. En esta oportunidad se intentará cuantificar y dimensionar la intensidad de esta asociación y la probabilidad de ocurrencia.

Asimismo, del estudio anterior se desprende que el género y el consumo frecuente de pasta base son los dos aspectos que se vinculan con más fuerza a la permanencia bajo tratamiento. Por este motivo, en este documento se presenta un análisis minucioso de la proporción de tratamientos prolongados y aquellos interrumpidos tempranamente independientemente de su condición de egreso, segmentados en grandes grupos y a la luz de los diversos atributos considerados a lo largo del estudio.

Por último, se realiza una primera aproximación para el análisis integral del perfil sociodemográfico y de consumo de los pacientes y los indicadores centrales de efectividad de tratamiento, desde la perspectiva combinada de la terminalidad y permanencia.

II. Aspectos metodológicos

Para llevar adelante este análisis se trabajó con la información disponible utilizada en el Estudio de Evaluación de programas de tratamiento. Así, fueron utilizadas:

- La base de datos de registro de movimientos de los pacientes en tratamiento se construyó a partir de la importación en SPSS de los listados digitalizados de movimientos independientes ocurridos entre enero de 2007 y abril de 2009 por todos los pacientes subsidiados por la SEDRONAR en Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano, suministrados por el área subsidios de la SEDRONAR,
- La base de datos "Línea de Base" construida por el equipo de evaluación de tratamientos en agosto de 2008 a partir de la información proveniente de legajos administrados por el área subsidios de la SEDRONAR y
- Las encuestas a pacientes con al menos siete meses de tratamiento aplicadas durante la segunda etapa de la evaluación de tratamientos. Tanto la línea de base como las encuestas a pacientes, corresponden a Ciudad de Buenos Aires y conurbano.

Con el fin de calcular la cantidad de días que un paciente estuvo efectivamente en tratamiento, se reagruparon las categorías de movimiento en entradas, salidas y cambios de modalidad. De esta forma fue posible contabilizar el tiempo de permanencia total como la sumatoria de los tramos parciales de tratamiento, independientemente de los motivos y cantidad de interrupciones, desde el ingreso a una de las instituciones bajo convenio (que suele coincidir con la fecha de otorgamiento del subsidio), hasta el último movimiento registrado transcurrido un año y medio de iniciado el tratamiento.

Cabe destacar que en la depuración de los listados se logró reconstruir las trayectorias del 94% de los pacientes del período considerado.

El procesamiento de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS. Las ODD RATIO se calcularon a partir de la dicotomización de las variables "tiempo de permanencia" y "situación de egreso 16 meses luego de iniciado el tratamiento", y de los coeficientes de incertidumbre para variables nominales. Se tomó como valor crítico del chi cuadrado a 0,1.

Sólo se consideraron los casos con información válida para cada una de las variables consideradas. Este es el motivo por el cual los subuniversos no coinciden necesariamente con el total de pacientes registrados.

Para las variables de consumo, se consideró el consumo registrado de sustancias durante el último año. Asimismo, consumo frecuente es aquella situación en la que el consumo específico de cada sustancia en particular, fue mayor o igual a dos veces por semana.

Para la construcción de la tipología de consumo se jerarquizaron las sustancias del siguiente modo: el primer grupo está conformado por aquellos pacientes que consumieron pasta base en forma frecuente durante el último año, independientemente de las otras sustancias que hayan consumido. En la segunda categoría se incluyen a todos aquellos pacientes que consumieron con frecuencia cocaína durante el último año, combinada o no con otra sustancia a excepción de pasta base. Por último, se consideraron a los pacientes que consumieron con frecuencia alcohol durante el último año, pero sin combinarlo con pasta base o cocaína.

Para la elaboración de las configuraciones sociodemográficas y de consumo, se utilizó la técnica de cluster en dos fases o "TwoStep Cluster Analysis". Este es un procedimiento exploratorio que permite revelar el modo natural en el que se agrupan los datos según los atributos seleccionados. El algoritmo utilizado por el cluster en dos fases respecto a otras técnicas de cluster, tiene la ventaja de (a) crear agrupamientos basados en variables categóricas (b) permitir la selección automática de clusters (c) analizar bases de datos extensas. Para la elaboración de los clusters se utilizaron los casos con información válida para todas las variables involucradas. Es por este motivo que la cantidad de casos varía de una a otra configuración.

III. Análisis de probabilidades (odd-ratio)

El propósito central de este apartado es dar cuenta de la intensidad de la relación entre los atributos sociodemográficos, de consumo y de atención con la permanencia y terminalidad de los tratamientos subsidiados por la SEDRONAR, a la vez que cuantificar la probabilidad de que esto ocurra. El procedimiento aplicado para cuantificar la importancia de las asociaciones, una vez identificada su existencia a través del χ^2 , es el cálculo de las probabilidades diferenciales (odds ratio) de cada una de las categorías particulares de las variables asociadas. Se suele definir el odds ratio como la razón de dos posibilidades (odds) mediante el cociente entre el número de veces que ocurre un suceso frente a cuantas veces no ocurre. Es decir es posible conocer por un lado cuanto más probable es permanecer más de 241 días en tratamiento que no permanecer ese tiempo en cada una de las categorías consideradas respecto de las otras. O bien de modo equivalente la probabilidad de terminar el tratamiento.

Tabla 1: Probabilidades diferenciales de permanecer bajo tratamiento 241 días o más y terminarlo, según variables seleccionadas (ODD RATIO)¹

	Probabilidad de = o > de 241 días de permanencia (ODD RATIO)	Probabilidad de terminar el tratamiento (ODD RATIO)
ESTADO CONYUGAL		
Soltero	*	0.74
Casado/en pareja	*	0.67
Separado/viudo	1.93	*
GRUPOS DE EDAD ACTUAL		
18 a 24 años	*	0.71
NIVEL EDUCATIVO		
Sec. completa y más	1.52	*
SEXO		
Varón	*	1.68
Mujer	*	0.59
TIPO DE VIVIENDA		
No precaria	1.28	1.49
TRATAMIENTOS PREVIOS		
Es el primero	0.71	*
EDAD DE INICIO		
Hasta 13 años	0.74	0.65
DROGA DE INICIO		
Alcohol	1.781	2.12
Cocaína	0.502	0.54
CONSUMO DE MARIHUANA		
No consumo	1.62	0.63
CONSUMO DE PASTA BASE		
Consumo frecuente	0.68	0.66
No consumo	1.36	1.69
TIPOLOGÍA DE CONSUMO (**)		
Consumo frecuente de pasta base	0,64	0.61
Consumo frecuente de alcohol	1,74	2.11

(*) El valor del chi cuadrado es mayor a 0.1

(**) Se considera consumidor frecuente de pasta base a aquella persona que consume al menos dos veces por semana pasta base combinadas o no con otras sustancias. El consumidor frecuente de alcohol es aquella persona que consume alcohol al menos dos veces por semana pero no consume pasta base ni cocaína.

Con respecto a la probabilidad de finalizar el tratamiento, las diferencias más pronunciadas se observan en relación con el consumo de alcohol –al considerarlo como droga de inicio o como sustancia de consumo frecuente-; y en segundo lugar al consumo de pasta base y género. En efecto, el grupo de pacientes que se inició en el consumo de sustancias a través del alcohol y el grupo de pacientes que durante el año previo consumió con frecuencia alcohol (y simultáneamente no consumió con frecuencia pasta base o cocaína) tienen el doble de probabilidades de culminar su tratamiento que aquellos pacientes que no cumplen estas condiciones (Ver tabla 1).

¹Sólo se presenta información para aquellos casos en que el valor del chi cuadrado indica asociación entre variables (valor crítico de X2 menor o igual a 0,1)

Asimismo, los varones, o el grupo de pacientes que no consumió frecuentemente pasta base durante el año previo al inicio del tratamiento o el grupo de pacientes que antes de comenzar su tratamiento vivía en viviendas no precarias, tienen una probabilidad mucho mayor de finalizar su tratamiento que las mujeres, los consumidores frecuentes de pasta base o los pacientes en condiciones habitacionales deficitarias (Ver tabla 1).

A la vez, hay registro de probabilidades diferenciadas, aunque menos pronunciadas que en los casos mencionados anteriormente, al clasificar a los pacientes según su estado conyugal, edad, consumo frecuente de marihuana y edad de inicio en el consumo de sustancias.

En relación con la permanencia prolongada se refuerzan las tendencias observadas, a la vez que profundiza la probabilidad de ocurrencia según el estado conyugal y edad de inicio en el consumo abusivo de sustancias. En contraste, se reduce la probabilidad de permanecer ocho meses o más respecto a la probabilidad de culminar el tratamiento, entre quienes se iniciaron en el consumo a través del alcohol o eran consumidores frecuentes de esta sustancia, o consumían frecuentemente pasta base. Asimismo, emergen asociaciones que no estaban presentes en el análisis de los tratamientos finalizados y desaparecen algunas que sí lo estaban. Esto es, se observa que los pacientes que están realizando su primer tratamiento tienen una probabilidad menor de realizar trayectorias prolongadas (ODD RATIO = 0.71) y los pacientes con mayor nivel de instrucción tienen una probabilidad mayor de realizar trayectorias prolongadas (ODD RATIO = 1.52). Estas diferencias no aparecían en el análisis de la probabilidad de terminar los tratamientos. En contraste, no se registran probabilidades diferenciales de realizar trayectorias prolongadas por género (tan fuertes para el caso de terminalidad de los tratamientos) o según edad del paciente (Ver tabla 1).

En síntesis, el análisis de las probabilidades diferenciales (odd ratios) permite reforzar los hallazgos del estudio anterior a la vez que avanzar en la comprensión de la fuerza de estas relaciones. En efecto, hay evidencia para afirmar que el consumo de alcohol y el género de los pacientes constituyen los indicadores más precisos de los que se dispone en este estudio, a la vez que reflejan en forma similar la probabilidad diferencial de terminalidad de los tratamientos. Al considerar el perfil de consumo –en este caso, alcohol- es importante señalar el aspecto relacional de esta asociación. Esto es, el consumidor frecuente de alcohol es, en este caso, simultáneamente alguien que no consume pasta base ni cocaína con frecuencia.

III. La duración de los tratamientos según atributos seleccionados

El propósito de este apartado es profundizar en el análisis de las trayectorias de tratamiento, al considerar la condición de género y el consumo frecuente de pasta base durante el año previo al inicio del tratamiento. Evidentemente estos atributos se relacionan con fuerza con la duración y terminalidad de los tratamientos, pero ¿en que medida varía su capacidad para diferenciar trayectorias al articularse con otros atributos relevantes?

Como se mencionó anteriormente, la brecha entre la proporción de varones y mujeres que realizan tratamientos prolongados supera los ocho puntos porcentuales en perjuicio de las mujeres (Ver tabla 2). Entre los varones separados, de mayor instrucción, que tienen más de 24 años, que realizan algún tratamiento con anterioridad, que se iniciaron en el consumo de sustancias a través del alcohol y que no son consumidores frecuentes de marihuana o pasta base se registran tasas de tratamientos prolongados aún superiores. Estos atributos

combinados se encuentran indudablemente vinculados entre sí. Es decir, la probabilidad de estar divorciado o separado así como el nivel de instrucción y la cantidad de tratamientos aumenta conforme la edad. Asimismo, tanto del abordaje cuantitativo del estudio, como de la percepción de los profesionales de las instituciones de asistencia, emerge el perfil de un nuevo tipo de consumidor. Más joven, socialmente más vulnerable, y fundamentalmente atravesado por la crudeza del consumo abusivo y frecuente de pasta base (Ver tabla 2).

El panorama entre las mujeres sugiere un escenario que se diferencia cualitativamente del masculino. Si bien comparten con los varones las tendencias respecto a la permanencia vinculadas al nivel de instrucción, al estado civil, al inicio a través del alcohol y a la edad de inicio, se observa la tendencia opuesta a los varones en relación con la edad, el consumo frecuente de alcohol y la modalidad de atención al inicio del tratamiento. En contraste con los varones, las trayectorias de las mujeres muy jóvenes suelen ser más extensas a la vez que las consumidoras frecuentes de alcohol presentan los tratamientos más breves (Ver tabla 2).

Asimismo, al considerar la modalidad de atención al inicio del tratamiento no se observan diferencias considerables en la proporción de pacientes que alcanzan o superan los ocho meses de tratamiento, pero entre las mujeres, la internación pareciera vincularse positivamente con la permanencia prolongada bajo tratamiento (Ver tabla 2).

Esta diversidad permite avanzar un paso más respecto al estudio anterior en tanto da cuenta de modos específicos de relacionarse con las sustancias conforme la condición de género. Esto es, las mujeres por ser mujeres y a igualdad de otros aspectos, presentan una vinculación con el tratamiento y con las sustancias que se diferencia de la de sus pares varones.

Tabla 2: Porcentaje de pacientes que permanecieron bajo tratamiento 241 días o más, según variables seleccionadas y sexo

	% con permanencia de 241 días y más				TOTAL DE CASOS	
	%	Casos	%	Casos	Varones	Mujeres
	Varones	Varones	Mujeres	Mujeres		
TOTAL	42,5	279	34,0	35	657	103
ESTADO CONYUGAL						
Soltero	40.9	172	37.1	26	421	70
Casado/en pareja	39.0	41	14.3	2	105	14
Separado/viudo	56.8	50	46.7	7	88	15
TIPO DE FAMILIA DE ORIGEN						
Nuclear	42.7	82	37.1	13	192	35
Unipersonal	39.0	87	29.0	9	223	31
GRUPOS DE EDAD ACTUAL						
18 a 24 años	36.5	72	40.7	11	197	27
25 a 34 años	42.4	106	29.8	14	250	47
35 a 56 años	44.4	76	32.0	8	171	25
NIVEL EDUCATIVO						
Hasta primaria incompleta	39.2	73	31.8	7	186	22
Secundaria incompleta	41.9	142	32.6	14	339	43
Secundaria completa y más	53.3	49	40.6	13	92	32
TIPO DE VIVIENDA						
No precaria	44.4	144	44.0	22	324	50
Precaria	40.3	31	45.5	5	77	11
TIPO DE INSTITUCIÓN DE TRATAMIENTO						
C	41.5	189	33.3	20	455	60
D	39.7	50	26.3	5	126	19
MODALIDAD DE TRATAMIENTO						
Residencial	42.1	210	38.2	26	499	68
Ambulatorio	41.3	52	25.0	5	126	20
TRATAMIENTOS PREVIOS						
Es el primero	37.1	86	28.1	9	232	32
1 tratamiento	40.9	81	23.3	7	198	30
2 o más	49.1	105	46.3	19	214	41
EDAD DE INICIO						
Hasta 13 años	36.7	69	31.8	7	188	22
De 14 a 17	43.9	116	39.5	15	264	38
Más de 17	43.3	81	33.3	13	175	39
DROGA DE INICIO						
Alcohol	53.1	76	48.0	12	143	25
Cocaína	28.9	24	18.2	2	83	11
Marihuana	41.5	149	35.2	19	359	54
CONSUMO DE ALCOHOL						
Consumo frecuente	45.0	72	29.0	9	160	31
CONSUMO DE MARIHUANA						
Consumo frecuente	35.8	48	39.1	9	134	23
CONSUMO DE COCAÍNA						
Consumo frecuente	45.4	59	33.3	9	130	27
CONSUMO DE PASTA BASE						
Consumo frecuente	34.7	52	29.4	5	150	17

La diferenciación de trayectorias al considerar las sustancias y frecuencia de consumo es más imprecisa aunque igualmente relevante. Debido a que la inmensa mayoría de los pacientes son policonsumidores y con el fin de facilitar el análisis, se realizará un análisis en espejo. Esto es, una presentación comparada de los consumidores frecuentes de pasta base (independientemente de que consuman alguna otra sustancia) y los consumidores frecuentes de alcohol (pero no consumen ni pasta base ni cocaína). En principio se observan algunas diferencias cualitativas que sugieren vinculaciones diferentes con los tratamientos según el tipo de sustancia y frecuencia de consumo.

Los consumidores frecuentes de alcohol presentan trayectorias más extensas si son solteros, si forman parte de una familia nuclear, si son más jóvenes, viven en viviendas precarias, fueron atendidos inicialmente bajo la modalidad de internación y si son varones. No obstante, para este grupo la relación entre la permanencia bajo tratamiento y el género es menos evidente que la condición habitacional, el tipo de familia, el estado conyugal o la modalidad de atención al inicio del tratamiento (Ver tabla 3).

Asimismo, los consumidores frecuentes de pasta base presentan un comportamiento que los distancia de los consumidores frecuentes de alcohol. En efecto, al considerar el estado civil, la proporción de tratamientos prolongados entre los consumidores de pasta base es menor entre los solteros que entre los casados o separados; mientras que en el grupo de pacientes solteros consumidores frecuentes de alcohol es donde se encuentra la proporción más importante de trayectorias prolongadas. Lo mismo ocurre al considerar el nivel de instrucción. La proporción más grande de tratamientos prolongados entre los consumidores frecuentes de pasta base se encuentra entre los de mayor nivel de instrucción, mientras que entre los consumidores frecuentes de alcohol la relación entre nivel de instrucción y permanencia prolongada es la inversa que para el caso anterior (Ver tabla 3).

La capacidad de diferenciar trayectorias a través de atributos específicos entre los consumidores frecuentes de alcohol y la evidencia de una menor capacidad de diferenciación de estos mismos atributos entre los consumidores frecuentes de pasta base, habilitan varias lecturas. Una hipótesis posible, en estrecha sintonía con la percepción de pacientes y profesionales, es que el consumo frecuente de pasta base –y el cuadro crítico que define- se impone sobre otros aspectos que, en el caso de los consumidores frecuentes de alcohol, operan como recursos facilitadores del tratamiento.

Esta lectura es particularmente interesante al centrar la atención en la modalidad de atención al inicio del tratamiento. Entre los consumidores frecuentes de pasta base, que realizan tratamientos ambulatorios o residenciales, prácticamente no existen diferencias en la proporción que permanece ocho o más meses bajo tratamiento, mientras que entre los consumidores frecuentes de alcohol, la diferencia en la proporción de pacientes en tratamiento ambulatorio y residencial que lograron trayectorias prolongadas alcanza los 50 puntos porcentuales (Ver tabla 3).

Tabla 3: Porcentaje de pacientes que permanecieron bajo tratamiento 241 días o más, según variables seleccionadas y sustancia de consumo frecuente durante el año previo de tratamiento

	Pacientes que permanecieron 241 días o más en tratamiento				TOTAL DE CASOS	
	%	Casos	%	Casos	Pasta Base	Alcohol
	Pasta Base	Pasta Base	Alcohol	Alcohol		
TOTAL	34.1	57	53.7	29	167	54
ESTADO CONYUGAL						
Soltero	33.3	43	70.4	19	129	27
Casado/en pareja	36.4	8	20.0	2	22	10
Separado/viudo	42.9	6	53.3	8	14	15
TIPO DE FAMILIA DE ORIGEN						
Nuclear	30.8	16	71.4	10	52	14
Monoparental	38.0	19	33.3	4	50	12
GRUPOS DE EDAD ACTUAL						
18 a 24 años	36.2	21	70.0	7	58	10
25 a 34 años	30.5	25	63.6	7	82	11
35 a 56 años	36.0	9	42.3	11	25	26
NIVEL EDUCATIVO						
Hasta primaria incompleta	26.4	14	50.0	10	53	20
Secundaria incompleta	36.1	35	66.7	10	97	15
Secundaria completa y más	50.0	6	43.8	7	12	16
SEXO						
Varón	34.7	52	61.9	26	150	42
Mujer	29.4	5	25.0	3	17	12
TIPO DE VIVIENDA						
No precaria	33.0	29	45.5	10	88	22
Precaria	36.8	7	80.0	8	19	10
TIPO DE INSTITUCIÓN DE TRATAMIENTO						
C	34.8	46	62.5	20	132	32
D	33.3	8	21.4	3	24	14
MODALIDAD DE TRATAMIENTO						
Internación	34.1	45	65.7	23	132	35
Ambulatorio	34.6	9	16.7	2	26	12
TRATAMIENTOS PREVIOS						
Es el primero	28.8	15	61.1	11	52	18
1 tratamiento	23.5	12	38.1	8	51	21
2 o más	46.9	30	66.7	10	64	15
EDAD DE INICIO						
Hasta 13 años	33.3	20	62.5	5	60	8
De 14 a 17	40.0	28	65.0	13	70	20
Más de 17	28.1	9	40.0	10	32	25
DROGA DE INICIO						
Alcohol	50.0	10	56.8	21	20	37
Cocaína	26.7	4	*	1	15	1
Marihuana	32.5	39	50.0	6	120	12

En síntesis, el análisis en profundidad de las trayectorias de los pacientes agrupados según género, sustancia y frecuencia de consumo permitió avanzar en la identificación de la heterogeneidad a la que se enfrentan los programas de asistencia. Esto es, si bien es evidente que la proporción de tratamientos prolongados es mayor entre varones que entre mujeres, y entre consumidores frecuentes de alcohol que entre consumidores frecuentes de pasta base; la articulación de estas características con otros de los atributos considerados en el estudio, perfilan al interior de estos grandes grupos escenarios diferenciados y en algunas situaciones, opuestos.

IV. La relación entre el perfil de los pacientes y las trayectorias de tratamiento: una aproximación cuantitativa

Los apartados anteriores se concentraron en profundizar la relación entre un conjunto de atributos con la permanencia y terminalidad de los tratamientos. Llegado este punto, la atención estará puesta en articular los principales hallazgos del estudio anterior, desde la perspectiva del perfil sociodemográfico y de consumo de los pacientes subsidiados por la SEDRONAR, para una vez realizado este análisis vincularlo en forma combinada con los indicadores de terminalidad y permanencia. En este sentido, el propósito central de este apartado es presentar una serie de configuraciones recurrentes que se desprenden de la clasificación de los pacientes de acuerdo a estas variables. Para este ejercicio se utilizó la técnica de clasificación en conglomerados en dos fases que permite delimitar grupos homogéneos entre sí y distantes entre ellos de acuerdo a la recurrencia en la combinación de los atributos seleccionados. A partir de este procedimiento se logró un primer agrupamiento de los pacientes en virtud de rasgos sociodemográficos y un segundo agrupamiento en función del tipo de sustancias y frecuencia de consumo durante el último año. En un segundo momento del análisis se buscó relacionar los perfiles obtenidos, aislados y combinados, para identificar posibles comportamientos diferenciados en el modo de transitar los tratamientos subsidiados por la SEDRONAR.

IV.1. Configuraciones a partir de aspectos sociodemográficos

Del análisis de los pacientes en función de su nivel de instrucción, sexo, edad y estado civil, se obtuvieron tres perfiles recurrentes que se presentan a continuación (Ver tabla 4).

GRUPO 1 (en adelante, “varones solteros”): Este grupo de pacientes representa al 51% del total. Su rasgo distintivo es que se trata de un grupo conformado exclusivamente por varones solteros que no han finalizado sus estudios secundarios, lo cual comparativamente implica una sobrerrepresentación de bajo nivel educativo de este grupo respecto al resto. Asimismo, se caracteriza por concentrar a la población más joven.

GRUPO 2 (en adelante “varones adultos”) : Este segundo grupo concentra al 35% de los pacientes y está conformado nuevamente por varones, quienes en este caso, son comparativamente más grandes, tienen mayor nivel de instrucción y declaran estar casados o separados con mayor frecuencia que los pacientes del grupo anterior.

GRUPO 3 (en adelante “mujeres”) : Este grupo representa al 13,7% del total de pacientes y su característica distintiva es que esta conformado exclusivamente por mujeres. Un tercio de las pacientes completó al menos el secundario. En este sentido, su nivel educativo lo vincula con el grupo anterior y lo distancia claramente

del conjunto. En contraste el estado civil las acerca al primer grupo en tanto siete de cada diez declaran estar solteras.

Tabla 4: Configuraciones sociodemográficas según variables consideradas para su elaboración

CONFIGURACIONES SOCIODEMOGRAFICAS				
	GRUPO 1 Varones solteros	GRUPO 2 Varones adultos	GRUPO 3 Mujeres	TOTAL
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	100,0	22,1	71,3	68,8
CASADO / PAREJA		42,1	13,8	16,6
SEPARADO / VIUDO		35,8	14,9	14,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0
NIVEL EDUCATIVO				
HASTA PRIMARIA INCOMPLETA	33,0	25,8	22,3	29,1
SECUNDARIA INCOMPLETA	67,0	38,3	44,7	53,9
SECUNDARIA COMPLETA Y MAS		35,8	33,0	17,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0
GRUPO DE EDAD				
18 a 24	44,2	10,2	27,8	30,7
25 a 34	41,9	41,2	44,4	42,0
35 a 56	14,0	48,6	27,8	27,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0
SEXO				
VARON	100,0	100,0		86,3
MUJER			100,0	13,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0
	n= 351	n= 240	n= 94	n= 685

IV.2. Configuraciones a partir de aspectos relacionados con el consumo de sustancias

Del análisis de los pacientes en función de la edad de inicio en el consumo, tipo y frecuencia de sustancia consumida (alcohol, cocaína, marihuana y pasta base) durante el último año se observan los siguientes perfiles (Ver tabla 5).

GRUPO 1 (en adelante "pasta base/marihuana")²: Este grupo representa al 37% de los pacientes. Está conformado exclusivamente por quienes consumieron pasta base al menos dos veces por semana durante el último año. Asimismo, en este grupo se encuentra sobrerrepresentado el consumo frecuente de marihuana. En relación con el momento de inicio, se observa que comparativamente comenzaron a consumir siendo más jóvenes y en mayor medida lo hicieron con marihuana.

GRUPO 2 (en adelante "alcohol"): Este grupo representa al 41% de los pacientes. Los distingue el hecho de no consumir ni pasta base ni marihuana con frecuencia. En contraste, son mayormente consumidores frecuentes de alcohol y en gran medida se iniciaron en el consumo a través de esta sustancia. Presentan un consumo de cocaína similar al grupo anterior y comparativamente, se iniciaron en el consumo a edades más avanzadas.

GRUPO 3 (en adelante "marihuana/cocaína"): Este grupo concentra el 21,7% de los pacientes. Está conformado exclusivamente por consumidores frecuentes de

²La denominación de los grupos se realiza con el fin de facilitar la lectura. Implica que están compuestos mayoritariamente pero no exclusivamente por los consumos señalados.

marihuana, y un consumo frecuente sobrerrepresentado de cocaína. La marihuana es, al igual que para el primer grupo, la sustancia a partir de cual se iniciaron en el consumo. Este inicio se produjo durante la adolescencia, antes que el grupo 2 y más tardíamente que el grupo 1.

Tabla 5: Configuraciones de consumo según variables consideradas para su elaboración

CONFIGURACIONES DE CONSUMO				
	GRUPO 1 Pasta base marihuana	GRUPO 2 Alcohol	GRUPO 3 Marihuana cocaína	TOTAL
CONSUMO MARIHUANA				
Consumo frecuente	62,1		100,0	44,7
Otro	37,9	100,0		55,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
CONSUMO DE ALCOHOL				
Consumo frecuente	42,5	67,0	58,8	56,2
Otro	57,5	33,0	41,2	43,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
CONSUMO DE COCAINA				
Consumo frecuente	36,8	38,1	54,9	41,3
Otro	63,2	61,9	45,1	58,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
CONSUMO DE PASTA BASE				
Consumo frecuente	100,0			37,0
Otro		100,0	100,0	63,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
DROGA DE INICIO				
Alcohol	16,5	45,3	13,7	27,7
Cocaína	10,6	17,9	15,7	14,7
Marihuana	67,1	30,5	64,7	51,5
Otras drogas	5,9	6,3	5,9	6,1
Total	100	100	100	100
EDAD DE INICIO				
Hasta 13 años	40,2	13,4	25,5	26,0
14 a 16 años	42,5	33,0	51,0	40,4
17 y más	17,2	53,6	23,5	33,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	N=87	n=97	n=51	n=235

IV. 3. Modalidad de atención según configuración sociodemográfica y de consumo

Los programas de asistencia o tratamientos subsidiados por la SEDRONAR, constituyen un abordaje del abuso de sustancias psicoactivas que en la práctica involucran un complejo entramado de estrategias, desplegadas en etapas sucesivas, para no solo lograr la abstinencia sino alcanzar la reinserción social de quienes solicitan atención. Desde la perspectiva de las trayectorias de tratamiento, la etapa inicial constituye un momento crítico en tanto es aquel en donde comenzará idealmente a hacerse efectivo el compromiso de trabajo imprescindible entre el paciente y la institución de asistencia.

En este contexto, la modalidad de atención a través de la cual se estructure inicialmente el tratamiento es relevante en un doble sentido. En primer lugar porque da cuenta en alguna medida del diagnóstico inicial del paciente realizado por la SEDRONAR antes de su derivación a la institución en donde se llevará a cabo

el tratamiento, mientras que por otro lado es la única información disponible sobre la relación entre los tres actores involucrados. Esto es, el paciente, la SEDRONAR y la institución de asistencia.

El análisis de la información sugiere que el consumo es considerado en mayor medida que los atributos sociodemográficos para la determinación de la modalidad de atención inicial. Efectivamente, las diferencias en el abordaje inicial del tratamiento son mucho más pronunciadas al observar las sustancias que el paciente declara haber consumido durante el año previo que su perfil sociodemográfico, especialmente entre los pacientes del grupo “pasta base / marihuana” y el resto (Ver tabla 6).

Tabla 6: Modalidad de atención según configuraciones sociodemográficas y de consumo

CONFIGURACIONES SOCIODEMOGRAFICAS								
	GRUPO 1 Varones solteros		GRUPO 2 Varones adultos		GRUPO 3 Mujeres		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Ambulatorio	59	17,8	59	25,8	19	23,8	137	21,4
Internación	273	82,2	170	74,2	61	76,3	504	78,6
Total	332	100,0	229	100,0	80	100,0	641	100,0
CONFIGURACIONES DE CONSUMO								
	GRUPO 1 Pasta base/marihuana		GRUPO 2 Alcohol		GRUPO 3 Marihuana/ cocaína		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ambulatorio	13	15,9	26	30,2	13	27,1	52	24,1
Internación	69	84,1	60	69,8	35	72,9	164	75,9
Total	82	100,0	86	100,0	48	100,0	216	100,0

IV.4. La permanencia y condición de egreso de los tratamientos

Ahora bien ¿existe alguna vinculación entre las configuraciones recurrentes, tanto sociodemográficas como de consumo; y el egreso y tiempo efectivo bajo tratamiento? ¿Y en relación con la modalidad inicial de tratamiento?

Respecto a las configuraciones sociodemográficas la proporción de pacientes que logra culminar el tramo de tratamiento subsidiado por la SEDRONAR³ las distancias mayores se observan entre el grupo 2 y el grupo 3. Es decir, aquel conformado exclusivamente por varones mayormente adultos y nivel educativo comparativamente más alto; y el grupo conformado exclusivamente por mujeres. Efectivamente, este último presenta simultáneamente la tasa de permanencia prolongada y la tasa por fin de beca o tratamientos finalizados más bajas en una distancia de 12 puntos porcentuales respecto al grupo de “varones adultos”. No obstante, al considerar el abandono temprano queda en evidencia una particularidad del grupo de mujeres que se instaura como rasgo distintivo. Esto es, los pacientes de este grupo suelen abandonar más tardíamente sus tratamientos aunque esto no logra contrarrestar su tendencia a la interrupción antes del agotamiento del subsidio o egreso por alta. Entre los dos grupos de pacientes varones, se observa que aquel conformado mayormente por jóvenes solteros de bajo nivel de instrucción tiende a presentar peores indicadores de permanencia bajo tratamiento. La distancia entre ambos asciende a más de ocho puntos porcentuales en la proporción de pacientes que superan los ocho meses bajo

³ Egreso por fin de beca o tratamiento finalizado

atención y algo menos en la proporción que logra culminar su tratamiento (Ver tabla 7).

Al considerar las configuraciones de consumo, se observa que el grupo 2 –aquel conformado mayormente por consumidores de alcohol al menos dos veces por semana que no consumieron con frecuencia pasta base ni marihuana durante el último año- emerge con claridad como aquel que mejor logra transitar los tratamientos subsidiados por la SEDRONAR. La brecha entre este grupo y el de consumidores de “pasta base/marihuana en la proporción de tratamientos exitosos asciende a 20 puntos porcentuales. En este sentido, se destaca que la tasa de éxito en el grupo de consumidores de “alcohol” duplica a la de los otros dos, a la vez que por cada paciente que abandona antes de completar los tres meses bajo tratamiento, hay dos que superan los ocho meses de atención. En contraste, sólo el 17% de pacientes del grupo “pasta base/marihuana” logra culminar su tratamiento y el 45% lo abandona antes de completar los tres meses (Ver tabla 7).

En síntesis, las brechas más pronunciadas en los indicadores de resultado, se observan entre las configuraciones de consumo. En el indicador “permanencia prolongada” se registra una distancia de 23 puntos porcentuales entre el grupo 2 y 3, y en el indicador “tratamientos exitosos” se observa una distancia de 20 puntos porcentuales entre el grupo 2 y 1; en ambos casos a favor del grupo con prevalencia de consumo de alcohol y no consumo de pasta base y marihuana. Las brechas en los indicadores de permanencia para las distintas configuraciones sociodemográficas registran un máximo de 12 puntos porcentuales entre el grupo 2 de “varones adultos” y grupo 3 de “mujeres”, en perjuicio de la configuración conformada exclusivamente por mujeres (Ver tabla 7).

Tabla 7: Indicadores seleccionados de resultado, según configuración sociodemográfica y de consumo

CONFIGURACIONES SOCIODEMOGRAFICAS							
INDICADORES DE RESULTADO (en %)	GRUPO 1 Varones solteros	GRUPO 2 Varones adultos	GRUPO 3 Mujeres	TOTAL	Grupo 1-2	Grupo 1-3	Grupo 2-3
					Brechas en puntos porcentuales		
Tratamientos exitosos	25,6	31,3	19,1	26,7	-5,6	6,5	12,1
Abandono temprano ⁴	39,3	35,0	36,2	37,4	4,3	3,1	-1,2
Permanencia prolongada	39,9	48,3	36,2	42,3	-8,4	3,7	12,2
CONFIGURACIONES DE CONSUMO							
INDICADORES DE RESULTADO (en %)	GRUPO 1 Pasta base/marihuana	GRUPO 2 Alcohol	GRUPO 3 Marihuana/cocaína	TOTAL	Grupo 1-2	Grupo 1-3	Grupo 2-3
					Brechas en puntos porcentuales		
Tratamientos exitosos	17,2	37,1	19,6	26,0	-19,9	-2,4	17,5
Abandono temprano	44,8	24,7	39,2	35,3	20,1	5,6	-14,5
Permanencia prolongada	32,2	50,5	27,5	38,7	-18,3	4,7	23,1

Desde el punto de vista de la modalidad inicial de atención, se observan algunas diferencias que merecen ser destacadas. Lamentablemente, para el caso de las configuraciones de consumo, la cantidad de casos con datos válidos es muy baja lo cual limita la posibilidad de analizarlos. No obstante, se presenta la información para ser considerada como una hipótesis que merece el mayor de los recaudos y eventual testeo posterior.

En relación con las configuraciones sociodemográficas, se observa que para los grupos 1 y 2, la terminalidad del tratamiento no parece guardar relación con la modalidad de atención. Sin embargo, en el grupo 3 –aquel conformado

⁴ Abandono en los primeros tres meses de tratamiento

exclusivamente por mujeres- la internación aparece como un abordaje más apropiado en relación con la probabilidad de culminar el tratamiento (Ver tabla 8).

Asimismo, es posible observar que independientemente de la condición de egreso del tratamiento, los pacientes del grupo 1 presentan un comportamiento cualitativamente diferente al resto. Es así, que en el grupo de pacientes varones, jóvenes, solteros, de más baja instrucción la modalidad de atención pareciera relacionarse fuertemente con la posibilidad de que estos interrumpieran su vínculo con la institución antes de los tres meses, en perjuicio de los que inician su tratamiento bajo la modalidad de internación. Por el contrario, en los dos grupos restantes, los pacientes bajo la modalidad de internación realizan trayectorias que superan los ocho meses de tratamiento con mayor frecuencia que aquellos que realizan tratamientos ambulatorios (Ver tabla 8).

Las diferencias en la proporción de tratamientos culminados al considerar el perfil de consumo y la modalidad de atención revelan brechas muy pronunciadas, especialmente en el grupo de pacientes en donde prevalece el consumo frecuente de alcohol. En este grupo, la proporción de pacientes internados que culminan sus tratamientos respecto a quienes realizan tratamientos ambulatorios, asciende a 15 puntos porcentuales. Esta distancia es menos amplia en los otros dos grupos, pero igualmente importante (ver tabla 8).

Asimismo, en el grupo 1 el abandono temprano es más frecuente bajo la modalidad de internación; pero también es mayor el porcentaje de tratamientos prolongados (Ver tabla 8). Esta situación aparentemente paradójica puede estar dando cuenta del impacto diferencial de la modalidad de atención al inicio del tratamiento. Esto es, la internación implica una ruptura radical con el entorno y un proceso de adaptación acelerado a una cotidianeidad, que separa las aguas. Es posible imaginar que frente a esta situación hay pacientes que no resisten el cambio e interrumpen rápidamente; mientras que el grupo que logra atravesar este momento crítico desarrolla una mayor habilidad para permanecer más tiempo e incluso agotar el subsidio. En contraste, los tratamientos ambulatorios habilitan en conjunto trayectorias con picos de interrupción menos pronunciados; pero aún así, alcanzan tasas de egreso similares e incluso inferiores a los tratamientos que se iniciaron bajo modalidad de internación. En estos casos, la reflexión obligada que excede las posibilidades de esta breve aproximación cuantitativa, es acerca de las implicancias que tiene la permanencia prolongada en contextos de encierro – aunque sea parcial- para la etapa inmediatamente posterior de reinserción social.

Tabla 8: Indicadores seleccionados de resultado, según modalidad de atención al ingreso, configuración sociodemográfica y de consumo

CONFIGURACIONES SOCIODEMOGRAFICA		GRUPO 1 Varones solteros	GRUPO 2 Varones adultos	GRUPO 3 Mujeres	TOTAL
AMBULATORIO	Tratamientos exitosos	22,0	30,5	10,5	24,1
	Abandono temprano	27,1	37,3	36,8	32,8
	Permanencia prolongada	42,4	40,7	26,3	39,4
INTERNACION	Tratamientos exitosos	24,5	32,4	23,0	27,0
	Abandono temprano	42,9	35,3	36,1	39,5
	Permanencia prolongada	38,5	51,2	41,0	43,1
TOTAL	Tratamientos exitosos	24,1	31,9	20,0	26,4
	Abandono temprano	40,1	35,8	36,3	38,1
	Permanencia prolongada	39,2	48,5	37,5	42,3
CONFIGURACIONES DE CONSUMO		GRUPO 1 Pasta base/marihuana	GRUPO 2 Alcohol	GRUPO 3 Marihuana/ cocaína	TOTAL
AMBULATORIO	Tratamientos exitosos	7,7	26,9	15,4	22,1
	Abandono temprano	38,5	30,8	23,1	31,0
	Permanencia prolongada	23,1	38,5	23,1	36,7
INTERNACION	Tratamientos exitosos	18,8	41,7	20,0	27,4
	Abandono temprano	47,8	26,7	45,7	39,6
	Permanencia prolongada	33,3	56,7	28,6	40,9
TOTAL	Tratamientos exitosos	17,1	37,2	18,8	25,5
	Abandono temprano	46,3	27,9	39,6	37,5
	Permanencia prolongada	31,7	51,2	27,1	38,4

IV. 5. La relación entre el perfil sociodemográfico y el perfil de consumo

Llegado este punto, el análisis se va a centrar en comprender si la vinculación entre los perfiles sociodemográficos y de consumo son útiles para delimitar aún más las configuraciones diferenciadas de permanencia.

Tabla 9: Distribución de pacientes según configuración de consumo y configuración sociodemográfica

CONFIGURACION DE CONSUMO	CONFIGURACION SOCIODEMOGRAFICA							
	GRUPO 1 Varones solteros		GRUPO 2 Varones adultos		GRUPO 3 Mujeres		TOTAL	
	%	n	%	n	%	n	%	n
GRUPO 1 Pasta base/marihuana	51,4	54	25,0	20	27,8	10	38,0	84
GRUPO 2 Alcohol	26,7	28	52,5	42	52,8	19	40,3	89
GRUPO 3 Marihuana/cocaína	21,9	23	22,5	18	19,4	7	21,7	48
TOTAL	100,0	105	100,0	80	100,0	36	100,0	221

En principio, la combinación de ambos perfiles refleja una clara relación entre la dimensión sociodemográfica y de consumo, aunque no conclusiva. Esto es, la mitad de los pacientes de la primera configuración sociodemográfica se concentran en la primera configuración de consumo; a la vez que la misma proporción de pacientes del perfil sociodemográfico 2 y 3 se concentran en el segundo perfil de consumo (Ver tabla 9). No obstante, esta proporción asciende simplemente a la mitad, lo

cual expresa la limitación de esta probabilidad, en tanto está indicando que una proporción igual se distribuye entre las dos categorías restantes.

Sumado a lo anterior, el análisis de los indicadores de resultado a la luz de la desagregación combinada de perfiles sociodemográficos y de consumo permite ampliar las brechas de éxito y permanencia entre grupos. En efecto, se logra aislar a un conjunto de pacientes con una tasa de éxito del 50%. En este grupo prevalecen aquellos pacientes varones, de más edad e instrucción, que comenzaron su historia de consumo finalizada la adolescencia a través del alcohol y que durante el último año antes de comenzar el tratamiento consumieron alcohol en forma abusiva al menos dos veces por semana, no consumieron pasta base y marihuana con frecuencia. En contraste, las tasas de éxito más bajas se encuentran por un lado entre el grupo en donde prevalecen los varones, jóvenes, que se iniciaron en el consumo más tempranamente y tienen menos instrucción; a la vez que durante el año previo al inicio del tratamiento consumieron pasta base y marihuana todos los días o dos veces por semana, y por el otro entre el grupo de pacientes que surge de combinar la segunda configuración sociodemográfica y el tercer grupo de consumo (varones adultos de mayor nivel de instrucción consumidores de marihuana y cocaína). (Ver tabla 10)

En relación con el tiempo de permanencia se observa que, independientemente de la tasa de egreso, la proporción de pacientes que logra permanecer más de ocho meses en tratamiento es considerablemente mayor entre los pacientes consumidores de "alcohol", a la vez que no se registra una influencia de peso del perfil sociodemográfico. En contraste, se registra una amplia variabilidad en este indicador entre los pacientes de los otros dos grupos de consumidores. (Ver tabla 10)

De este modo, la coexistencia de la tasa más alta y más baja de permanencia en la misma configuración sociodemográfica refuerza la hipótesis de que existe una estrecha relación entre perfiles de consumo y permanencia; aún más intensa que la que se observa con la configuración sociodemográfica.

Tabla 10: Indicadores seleccionados de resultado según configuración sociodemográfica y de consumo

	CONFIGURACIONES SOCIODEMOGRAFICAS			
	GRUPO 1 Varones solteros	GRUPO 2 Varones adultos	GRUPO 3 Mujeres	TOTAL
CONFIGURACION DE CONSUMO - GRUPO 1. Pasta base/marihuana				
Tratamientos exitosos	16,7	25,0	(*)	17,9
Abandono temprano	48,1	50,0	(*)	46,4
Permanencia prolongada	27,8	40,0	(*)	32,1
CONFIGURACION DE CONSUMO - GRUPO 2. Alcohol				
Tratamientos exitosos	39,3	50,0	(*)	38,2
Abandono temprano	25,0	23,8	(*)	22,5
Permanencia prolongada	64,3	59,5	(*)	52,8
CONFIGURACION DE CONSUMO - GRUPO 3. Cocaína/marihuana				
Tratamientos exitosos	26,1	16,7	(*)	20,8
Abandono temprano	26,1	55,6	(*)	39,6
Permanencia prolongada	39,1	22,2	(*)	29,2
TOTAL				
Tratamientos exitosos	24,8	36,3	17,8	26,7
Abandono temprano	37,1	37,5	35,2	35,3
Permanencia prolongada	40,0	46,3	34,8	39,8
<i>(*) No hay casos suficientes</i>				

V. A modo de cierre

Este informe fue elaborado a partir de la sistematización de un conjunto de datos extraídos de los legajos de una cohorte de pacientes subsidiados por la SEDRONAR. En este sentido, dado el carácter inespecífico e incompleto de la fuente primaria, las hipótesis que se desprenden del análisis de esta información, requieren una indagación exhaustiva a través de metodologías diseñadas concretamente para su testeo.

No obstante, esta nueva aproximación a los datos posibilitó avanzar en la caracterización de la heterogeneidad de la cohorte de beneficiarios de los subsidios de asistencia de la SEDRONAR. En efecto, permitió a través de técnicas estadísticas específicas sostener las relaciones entre ciertos aspectos del perfil sociodemográfico y de consumo y dimensionar la probabilidad diferencial de terminar el tratamiento o realizar trayectorias extensas. Es así que se logró demostrar que pacientes varones y los consumidores frecuentes de alcohol, que no consumen pasta base ni cocaína presentan una probabilidad similar -el doble- de culminar sus tratamientos y/o realizar trayectorias prolongadas en comparación con las mujeres y los consumidores frecuentes de otra sustancia combinada o no con el alcohol.

Asimismo, se logró aportar elementos para sugerir que el género y el tipo y frecuencia de sustancia consumida no sólo se vinculan fuertemente con la probabilidad de terminar el tratamiento o realizar trayectorias prolongadas sino que también, al articularse con otros aspectos relevantes, configuran nuevas modalidades – en algunos casos opuestas - de transitar los tratamientos. Efectivamente, entre los varones el consumo frecuente de alcohol se vincula con trayectorias más extensas, en tanto, la misma sustancia entre las mujeres se asocia a tratamientos más breves. La proporción de pacientes que logran alcanzar los ocho meses de tratamiento es menor entre los varones más jóvenes que entre los de más edad, en tanto entre las mujeres se observa que las trayectorias prolongadas son más frecuentes en el grupo de edad de 18 a 24 años. Asimismo, entre los varones no se halló una vinculación fuerte entre la modalidad de atención –ambulatoria y residencial – con la probabilidad de permanencia bajo tratamiento, mientras que entre las mujeres la brecha se extiende a más de diez puntos porcentuales, en perjuicio de los tratamientos ambulatorios.

Por último, la articulación de los datos que se presentó en este informe sugiere la existencia de una relación fuerte entre el perfil sociodemográfico y el perfil de consumo de los pacientes que demandan asistencia, a la vez que una vinculación de ambos perfiles, considerados por separado y en simultáneo, y los resultados de los tratamientos, medidos a través de indicadores de permanencia y condición de egreso.

Es decir, si bien no hay correspondencia absoluta, es posible vincular el perfil sociodemográfico de los pacientes con los perfiles de consumo. Asimismo, estas configuraciones revelaron cierta relación con el tiempo de permanencia y terminalidad de los tratamientos. También hay indicios para sospechar que el tipo y frecuencia de sustancias consumidas constituyen el emergente de una historia de vida compleja e inabordable a través de la información disponible, dado que permiten aún con mayor precisión que los atributos sociodemográficos –con excepción del género- estimar a grandes rasgos la permanencia bajo tratamiento.

Estas afirmaciones permiten múltiples lecturas, entre las cuales, quizás una de las más oportunas sea la que ofrece la posibilidad de reflexionar acerca del grado de ajuste entre la demanda de tratamientos y la oferta efectiva de la SEDRONAR.

Es así que la información aquí analizada refleja una relación, pero una relación por definición, desigual, entre pacientes y tratamientos. La capacidad potencial de intervenir –y transformar- el vínculo destructivo de los sujetos con la sustancia está puesto, en principio, sobre la institución de tratamiento, y por extensión sobre la SEDRONAR. Desde el momento en que el sujeto solicita atención al Estado para afrontar su relación compulsiva con las drogas- es éste el que se ofrece para dar respuesta a través de los dispositivos diseñados para tal fin. En este sentido, el éxito y fracaso de los tratamientos puede ser leído como la capacidad de aprovechar o no la oportunidad de intervenir sobre una problemática social, en el marco de la capacidad del Estado para ajustar su oferta de servicios a la demanda efectiva.

El debate actual acerca de la posibilidad real de recuperación de pacientes drogadependientes es profuso y complejo; a la vez que las limitaciones de este estudio impiden sumar aportes sustantivos. Sin embargo, a las hipótesis surgidas a partir de esta aproximación cuantitativa subyace la convicción de que es posible mejorar los programas de asistencia y de este modo, dar una respuesta más precisa a quienes solicitan y necesitan la ayuda del Estado.

Como se mencionó anteriormente, del análisis de la información disponible se desprende que los tratamientos que ofrecen las instituciones de asistencia subsidiadas por la SEDRONAR responden en forma diferencial al perfil de los pacientes que demandan atención. Desde esta perspectiva, es oportuno preguntarse en qué medida la permanencia diferencial bajo tratamiento, refleja la dificultad de los programas actuales de asistencia para afrontar la complejidad de ciertos perfiles de pacientes, tanto en el modo de consumir –específicamente, pasta base en contraste con el alcohol entre los varones- como en su condición de género, esto es las mujeres y en contraste con los varones, especialmente las mujeres que consumen frecuentemente alcohol.