



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República- Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado
Ensayo Académico

Título:

**El desafío de las políticas públicas para la prevención y
el tratamiento del consumo de drogas durante el embarazo**

Autor: Lencioni Ma. Victoria

Tutor: Dr. Daniel Camparo

Co-tutor: Dr. Paul Ruiz

Revisor/a: Dra. Carolina Farías

Montevideo, Julio 2025

Índice

Introducción	3
Desarrollo	5
Antecedentes del Consumo en Uruguay	5
Estudios Realizados en Montevideo (2013, 2016, 2020 y 2023).....	5
Estudios en Maldonado (2014-2015)	7
Prevalencia del Consumo de Drogas Durante el Embarazo en Uruguay y Otros Países (últimos datos disponibles).....	9
Factores de riesgo.....	10
Variables Sociodemográficas-Descripción de la Muestra.....	10
Análisis Factores de Riesgo.....	11
Consecuencias del Consumo en el Embarazo	18
Efectos en la Madre	18
Efectos en el Feto y el Niño	18
Políticas Públicas para la Prevención y Tratamiento del Consumo durante el Embarazo	20
Políticas Generales en Uruguay.....	20
Políticas “Específicas” para Mujeres Embarazadas en Uruguay	22
Políticas Públicas Internacionales	30
Consideraciones Finales.....	37
Propuestas para el Fortalecimiento de Políticas Públicas en Uruguay:.....	37
Referencias Bibliográficas.....	43

Introducción

El presente ensayo tiene como objetivo exponer y analizar las políticas públicas orientadas a la prevención y tratamiento del consumo de drogas durante el embarazo en Uruguay, contrastándolas con experiencias internacionales.

En los últimos años, las políticas de salud materno-infantil en Uruguay han mostrado ciertos avances. Sin embargo, persiste la percepción de que el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo -especialmente en relación con el cannabis y otras drogas lícitas- no implican riesgos significativos, lo que puede llevar a una subestimación del problema.

Durante el embarazo, las mujeres atraviesan un estado de especial vulnerabilidad. Al enfrentarse al estigma asociado al consumo de sustancias y a diversas barreras de acceso a los sistemas de salud, muchas de ellas pueden quedar excluidas de acciones preventivas y de promoción de la salud. Comprender cómo las políticas públicas responden -o no- a sus necesidades, resulta esencial para garantizar un abordaje integral que proteja tanto a la madre como al feto.

En este contexto, el ensayo busca responder los siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las principales barreras que enfrentan las mujeres embarazadas consumidoras al buscar atención?

¿Existen políticas públicas efectivas en Uruguay para la prevención del consumo de drogas durante el embarazo?

¿Las mismas, se implementan de forma uniforme en todos los centros de salud, tanto públicos como privados?

¿Estas políticas son suficientes?

¿Hay prácticas que podemos incorporar de otros países?

Como plantean Gama, et al. (2023), “no hay un consumo que pueda ser considerado seguro dado el riesgo existente para la salud del binomio materno-fetal y las repercusiones que esto podría tener a futuro” (p. 4).

En Uruguay, los estudios sobre la prevalencia del consumo durante el embarazo son escasos. La mayoría proviene de investigaciones realizadas en un único hospital público, usualmente por estudiantes de medicina, lo que puede generar sesgos y limitar la representatividad de los resultados a nivel nacional. Además, aunque los porcentajes de mujeres embarazadas consumidoras son bajos, según estos estudios, el problema tiende a ser invisibilizado, cuando en realidad trasciende las cifras y requiere un abordaje integral.

Por ello, el objetivo principal es analizar y revisar estas políticas en Uruguay y otros países, con el fin de evaluar su impacto, comprender los desafíos que enfrentan y proponer mejoras que fortalezcan la salud materno-infantil. De esto se desprende el poder analizar los antecedentes del consumo en Uruguay, así como los principales factores de riesgo y consecuencias que trae para la madre y su hijo, vectores que nos aportarán la posibilidad de identificar patrones claves y necesidades específicas para el diseño de estrategias integrales.

A su vez se propone abordar esta revisión desde una perspectiva de género, entendiendo que solo así es posible lograr una incidencia real sobre las mujeres en esta etapa.

Tal como señala la Junta Nacional de Drogas (JND, 2023) en su estrategia para la prevención en entornos familiares: “la perspectiva de género, y en consecuencia la promoción constante de la igualdad de género, forman parte de los principios rectores de la Estrategia Nacional de Drogas de Uruguay”. Esto implica que todas las acciones de prevención deben diseñarse considerando cómo los roles de género influyen en el consumo y en el acceso a los servicios de salud.

Desarrollo

Antecedentes del Consumo en Uruguay

Para el desarrollo de este ensayo se realizó una revisión exhaustiva de diversas fuentes documentales con el fin de construir el cuerpo teórico y la fundamentación.

En primer lugar, se pretende dar cuenta del consumo de drogas durante el embarazo en Uruguay. Dentro de las fuentes revisadas, se identificaron trabajos académicos preliminares (como proyectos o pre-monografías) que abordan el consumo de sustancias lícitas e ilícitas durante el embarazo, elaborados en su mayoría en el Hospital Pereira Rossell, en Montevideo.

Es importante señalar que se encontró escasa información actualizada sobre la realidad del consumo en la actualidad en Uruguay. Además, muchos de los artículos y revisiones a los que se hará referencia fueron realizados por estudiantes de la Facultad de Medicina o médicos ya egresados, lo que implica una mirada predominantemente biomédica sobre la problemática.

Estudios Realizados en Montevideo (2013, 2016, 2020 y 2023)

Dentro de los datos estadísticos, el artículo de Moraes Castro et al. (2020), sobre la autodeclaración del consumo de marihuana, tabaco, alcohol y derivados de cocaína en embarazadas en Montevideo, ofrece una comparativa del porcentaje de consumo de sustancias lícitas e ilícitas en dos momentos: 2013 y 2016.

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta protocolizada aplicada a mujeres que tuvieron su parto en el Hospital Pereira Rossell. Se entrevistaron a 319 mujeres en 2013 y 258 en 2016.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

- Alcohol: en 2013, 76 mujeres (23,82%) declararon consumo durante el embarazo; en 2016, fueron 91 mujeres (35,3%) ($p=0,003$).
- Tabaco: 59 mujeres (43%) dejaron de fumar al enterarse del embarazo en 2013, y 69 (60%) en 2016 ($p=0,008$).
- Marihuana: en 2013, 41 mujeres (12,85%) declararon haber fumado hasta saber del embarazo; en 2016 fueron 79 (30%) ($p<0,001$). Durante la gestación, en 2013 fumaron 5 mujeres (1,57%) y en 2016, 28 mujeres (10,85%) ($p<0,001$).
- Cocaína y pasta base: no se observaron cambios significativos en su consumo entre ambos años.

Por otro lado, un proyecto realizado en 2020 por estudiantes de Medicina y docentes del Centro de Neonatología del Pereira Rossell recopiló datos más recientes sobre la prevalencia del consumo de drogas durante el embarazo (Barbié et al., 2020).

En este estudio se entrevistó a 305 mujeres que habían tenido su parto en el mismo hospital. Los resultados fueron los siguientes: un total de 32 mujeres (10,49%) declararon consumo de alcohol, 62 (20,33%) de tabaco y 16 (5,25%) de marihuana. No se registraron declaraciones de consumo de cocaína o pasta base.

En 2023, otro grupo de estudiantes de Medicina (Gama et al., 2023) replicó este estudio, entrevistando a 292 mujeres que dieron a luz en el Hospital Pereira Rossell entre julio y octubre. También se utilizó la autodeclaración como método de recolección de datos. Los resultados fueron: un total de 134 mujeres (45,89%) declararon consumo de alcohol, 58 (19,86%) de tabaco, 30 (10,27%) de marihuana, 8 (2,74%) de cocaína y 4 (1,37%) de pasta base.

Tabla 1

Comparativa de la prevalencia del consumo durante el embarazo en Uruguay

Sustancia-Año	2013 (n=319)	2016 (n=258)	2020 (n=305)	2023 (n=292)
Alcohol	76 (23,82%)	91 (35,3%)	32 (10,49%)	134 (45,89%)
Tabaco	43% dejaron de fumar	60% dejaron de fumar	62 (20,33%)	58 (19,86%)
Marihuana (antes de saber embarazo)	41 (12,85%)	79 (30%)	-	-
Marihuana (durante gestación)	5 (1,57%)	28 (10,85%)	16 (5,25%)	30 (10,27%)
Cocaína	No significativo	No significativo	0	8 (2,74%)
Pasta Base	No significativo	No significativo	0	4 (1,37%)

Nota. Datos extraídos de estudios previos realizados por Castro et al. (2019), Barbié et al. (2020) y Gama et al. (2023).

En toda la bibliografía revisada, las sustancias más consumidas -o al menos las más abordadas en los estudios- son las legales, como el alcohol y el tabaco. En este sentido, se observa que casi el 50% de las mujeres declararon consumir alcohol durante el embarazo en 2023, una cifra significativa. Además, el consumo de alcohol y tabaco suele estar vinculado al policonsumo con otras sustancias (Gama et al., 2023).

En cuanto al consumo de marihuana, si bien se evidenció una baja en 2020, en 2023 los valores volvieron a ubicarse cerca de los registrados en 2016. Estos vaivenes pueden atribuirse a diversos factores, como cambios en la percepción social del consumo, subregistro en la declaración o el impacto de la regulación del cannabis en Uruguay. En Gama et al. (2023) se advierte que:

En un estudio sobre el impacto de la legalización de la marihuana uno de los efectos observados fue el aumento de la intención de consumo en la población y del consumo dentro de los consumidores habituales debido a su mayor disponibilidad, comercialización y facilidad a su acceso. (p. 15)

Este punto se asocia a los datos reflejados en las Encuestas Nacionales sobre Consumo de Drogas en la Población General realizadas en los años 2011, 2014, 2018 y 2024 (Junta Nacional de Drogas, 2011, 2016b, 2019, 2024). En relación con la prevalencia de consumo de marihuana en mujeres (sin considerar si están embarazadas o no), se observa un aumento significativo entre 2011 y 2014, tanto en el consumo esporádico como en el registrado en los últimos 30 días.

Por último, el consumo de cocaína y pasta base es menor en comparación con otras sustancias, aunque se registró un leve aumento en 2023. Al igual que en el caso de la marihuana, se requiere mayor evidencia para evaluar su prevalencia y evolución en el tiempo.

Estudios en Maldonado (2014-2015)

También se encontró un estudio realizado en Maldonado en 2015, que se centró en el consumo de marihuana, cocaína y pasta base durante el embarazo (Cabrera et al., 2015). En este caso, se utilizaron tanto autodeclaraciones como pruebas en muestras de orina para aquellas mujeres que presentaban indicadores de consumo, aunque lo negaran.

Durante el período analizado, se evaluaron 684 mujeres que habían tenido su parto en el Hospital de Maldonado. En 26 de ellas se detectó consumo de sustancias: 13 mujeres consumieron cocaína o pasta base, 7 marihuana y 6 ambas drogas.

Comparando con los datos obtenidos en Montevideo, se observa que el consumo de marihuana fue algo menor en Maldonado, mientras que el de cocaína y pasta base mostró un leve incremento en valores absolutos, aunque sigue siendo bajo en términos generales.

Tabla 2*Consumo de sustancias en embarazadas – Maldonado (2015)*

Sustancia	Total casos detectados (n=684)	Porcentaje sobre total
Marihuana	7	1,02%
Cocaína / PBC	13	1,90%
Marihuana + Cocaína/PBC	6	0,88%
Total con consumo	26	3,80%

Nota. Adaptado de Cabrera et al. (2015).

Estos datos obtenidos, tanto de Montevideo como de Maldonado, parecen no mostrar con precisión la realidad del consumo durante el embarazo en Uruguay debido a las limitaciones metodológicas, algunas de ellas señaladas también en los artículos analizados:

- La mayoría son tesis o trabajos de cursos de facultad de Medicina.
- Salvo el informe de Maldonado, toda la información recabada es del Hospital Pereira Rossell. Moraes Castro et al. (2020) explicitan:

La población participante del trabajo de investigación proviene de los sectores más vulnerables de la sociedad uruguaya, con un elevado nivel de indigencia, pobreza y embarazo no planificado. Por ello, estos resultados no pueden ser extrapolados a la población general o a otros contextos socioculturales. (p. 178)

- Salvo el informe de Maldonado, la información obtenida es por autodeclaración del consumo. Esto implica que: “La negación o subdeclaración de aquellas sustancias que son percibidas como potencialmente nocivas o sin aceptación social determina una cifra menor de reporte” (Moraes Castro et al.,2020, p.178).
- No hay información sobre policonsumo. Según Gama et al. (2023), el policonsumo durante el embarazo se asocia principalmente al consumo de alcohol y otras sustancias, aunque no existen datos cuantificables claros. Esto es importante porque si bien son

puntos que se exponen, el no contar con datos precisos puede implicar una carencia significativa para el análisis.

- No se incluyen en los estudios a mujeres que tuvieron su parto con menos de 35 semanas de gestación, restringiendo la representatividad de los datos.

Prevalencia del Consumo de Drogas Durante el Embarazo en Uruguay y Otros Países (últimos datos disponibles)

Además de los datos obtenidos de Uruguay, se realizó una búsqueda de la prevalencia del consumo en mujeres embarazadas en otros países, tratando de que sean datos lo más actuales posibles, para poder comparar con los últimos datos obtenidos en Uruguay del año 2023.

A continuación, se muestran los datos encontrados:

Tabla 3

Comparación internacional de la prevalencia del consumo (años recientes)

País	Año	Alcohol %	Tabaco %	Marihuana %
Uruguay	2023 (n=292)	46%	20%	10%
Argentina	2024 (n=51)	49%	26%	24%
EEUU	2022	14%	-	2 a 5%
Canadá	2012-2022 (n=975 242)	2%	9%	2%
Australia	2022-2023	15%	11%	-
Bélgica	2022-2024 (n=1441)	12,9%	4,1%	0,6%

Nota. a = Universidad de la República (2023); b = Vieiros et al. (2024); c = Policy Center for Maternal Mental Health (2025); d = Pratt Tremblay et al. (2025); e = Australian Institute of Health and Welfare (s.f.); f = Lenie et al. (2025).

En comparación con otros países, Uruguay presenta una prevalencia considerablemente más alta en lo que refiere al consumo de alcohol (46%) y cannabis (10%) durante el embarazo. Mientras que países como Canadá (2% alcohol y 2% cannabis) y Bélgica (13% alcohol y 0,6% sustancias ilícitas) reportan cifras mucho menores, Uruguay se asemeja más a Argentina, donde el consumo de alcohol (49%) y cannabis (24%) es incluso más elevado, aunque sobre una muestra significativamente menor de mujeres entrevistadas. En Estados Unidos y Australia, las

tasas de alcohol durante el embarazo son también más bajas (14% y 15% respectivamente). Estos datos reflejan un patrón similar que reflejan lo preocupante de estos datos en Uruguay y la región, especialmente en lo que respecta al consumo de alcohol y cannabis, evidenciando nuevamente la necesidad de fortalecer las políticas públicas de prevención con enfoque específico en salud materno-infantil.

En Uruguay y Argentina, si bien las cifras de consumo durante el embarazo son considerablemente más altas que en otros contextos internacionales, esta problemática parece continuar estando invisibilizada. Esto se debe, en parte, a la escasa disponibilidad de información y, por otro lado, a que los pocos datos disponibles no suelen ser percibidos como “alarmantes”. Sin embargo, esta valoración depende en gran medida de la perspectiva desde la cual se analicen los datos.

No obstante, como se expresó anteriormente, se vuelve necesario poder contar con evidencia actualizada y datos sistematizados que muestren la realidad y evolución del consumo durante el embarazo en Uruguay.

Factores de riesgo

Para poder avanzar en este ensayo, es fundamental comprender los principales factores de riesgo que inciden en el consumo de sustancias durante el embarazo, ya que los mismos son parte de las condiciones de vida que atraviesan estas mujeres. Comprenderlos permitirá reconocer que esto no ocurre de manera aislada, sino que se manifiestan en un entramado de factores económicos, sociales y culturales que condicionan la vida y decisiones que toman las mujeres.

Variables Sociodemográficas-Descripción de la Muestra

En primer lugar, se esbozan algunas variables sociodemográficas que aparecen recurrentemente en los estudios revisados, las cuales permiten visualizar la realidad de las mujeres en Uruguay para contextualizar el análisis a realizar.

En Cabrera et al. (2015), se observa que la mayoría de las mujeres participantes eran mayores de 19 años, no habían finalizado la educación secundaria, estaban desocupadas, presentaban embarazos previos y reportaban consumo de marihuana, cocaína, alcohol y tabaco.

Estos datos se confirman también en Barbié et al. (2020), con registros correspondientes a 2013 y 2016, donde se indica que la mayoría de las mujeres tenía entre 19 y 34 años, vivía con su pareja (aunque también se registraron muchos casos de mujeres solteras), presentaba un nivel

educativo primario o secundario incompleto, se encontraba en situación de indigencia o pobreza, y, en su mayoría, no había planificado el embarazo.

El informe más reciente (Gama et al., 2023) confirma que estos indicadores se mantienen relativamente estables: la mayoría de las mujeres entrevistadas tenía entre 19 y 34 años, predominaba el concubinato como estado civil, el nivel educativo más frecuente era secundaria incompleta y, si bien, no se relevaron ingresos específicos, se constató una situación económica similar a la registrada en estudios anteriores.

Investigaciones realizadas en Brasil (Marangoni et al., 2022) y Argentina (Diez et al., 2020) presentan variables similares a las encontradas en Uruguay, en cuanto al nivel educativo, edad, situación conyugal e ingresos.

Análisis Factores de Riesgo

Inicio del Consumo y Género. La bibliografía consultada en torno a este tema muestra numerosos puntos en común. En primer lugar, según Pascale (2015): “el consumo de drogas en la mujer predomina en su edad reproductiva, en la cual existe por lo tanto la posibilidad de embarazo” (p. 6). Esto evidencia que, en muchos casos, el embarazo puede ser resultado o consecuencia directa del consumo.

La mayoría de las puérperas que declararon el consumo de drogas en los diferentes estudios analizados, eran mayores a 19 años, en general se encontraban en un rango entre 19 y 34 años. Esta coincidencia puede implicar que el consumo ocurre en un período en que la probabilidad de gestación es alta.

Reforzando esto, de los informes de la Encuesta Nacional de Drogas (Junta Nacional de Drogas, 2006, 2011, 2016, 2019, 2024) se puede obtener la edad promedio de inicio de consumo por género para algunas sustancias. En el caso del cannabis y para la mujer, la edad promedio de inicio en 2006 era de 18 años, y en la última encuesta del 2024 quedó en 20,1 años, manteniéndose similar a la encuesta del 2018, donde la edad promedio de inicio era 20,9 años. El caso del inicio del consumo de cocaína en la mujer es bastante similar al del cannabis, siendo la edad promedio de inicio del último informe del 2024 de 21 años.

Teniendo en cuenta lo planteado, resulta valioso destacar que el consumo y uso problemático de sustancias psicoactivas ha tenido un aumento significativo en las mujeres en los últimos años, y que sus características son muy diferentes a la de los hombres, tanto biológicas como psicológicas (Pascale, 2015). En consonancia con ello, se encuentran las expectativas fijadas en el rol de la mujer, destinado muchas veces a tareas domésticas y cuidado de otras personas, lo

que puede implicar postergar su propio cuidado (Centro de Información y Referencia Nacional Portal Amarillo, s.f.).

En virtud de lo expuesto, se torna clave el análisis específico para este grupo, no solo de los factores de riesgo que llevan al consumo, sino de sus necesidades particulares.

Factores Socioeconómicos. En relación con el contexto social, y de acuerdo con los estudios de prevalencia de consumo analizados y citados oportunamente en este ensayo, se identifica que la mayoría de las mujeres que consumen en Uruguay pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, provienen de un contexto donde sus derechos son muy vulnerados. Asociado a las consecuencias de dicha situación, se muestra en las variables sociodemográficas que un gran porcentaje de estas mujeres no ha terminado el secundario, no trabajan, tienen empleos no formales, o ejercen la prostitución como forma de sustento de vida.

Al contrastar esta información con otros estudios de países en condiciones similares a Uruguay, se observa que esta problemática tiene una tendencia semejante. Por ejemplo, en Argentina, en el informe *Entre la invisibilidad y el estigma: Consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina* (Diez et al., 2020) se entrevistaron 62 mujeres: 36 (58.06%) estaban desocupadas o inactivas; 18 (29.03%) tenían empleo informal; 3 (4.83%) empleo formal; y otras 3 (4.83%) estaban en situación de prostitución. La mayoría carecía de acceso a licencia por maternidad y solo el 65% recibía algún subsidio estatal.

Es preciso mencionar esto, ya que las condiciones socioeconómicas desfavorables propician a su vez la falta de acceso a la información y a los sistemas de salud, y siguen perpetuando las desigualdades. Esta situación también afecta el posterior cuidado de sus hijos, al no tener las condiciones mínimas para garantizar el bienestar de ambos.

Es necesario aclarar que no se cuestiona que el nivel socioeconómico debe ser considerado como un factor de riesgo por lo expuesto anteriormente. Sin embargo, la información relevada en Uruguay proviene únicamente de 2 hospitales públicos, lo que limita la representatividad al centrarse exclusivamente en madres que provienen de contextos socioeconómicos desfavorecidos. Por lo tanto, aunque el nivel socioeconómico constituye un factor de riesgo, su relevancia debe valorarse junto con la de otros factores presentes.

Factores Relacionales. Aquí se hace referencia a situaciones de violencia de género, consumo problemático de la pareja, u otros abusos familiares.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE, 2016) señala en su informe:

Se estima que una de cada tres mujeres en todo el mundo ha sido víctima de violencia física o sexual. Las tasas de violencia física y sexual de que son víctimas las mujeres que se encuentran en tratamiento por drogodependencia son muy elevadas, de entre el 40% y el 70%. (p. 5)

Dicha definición sostiene cómo la violencia de género y el consumo problemático están estrechamente relacionados. Puntualmente en todos los informes se destaca que la presencia de violencia de género-muchas veces vinculada con la situación de consumo de la pareja-constituye un factor crítico, ya que incrementa la vulnerabilidad de la mujer y, a su vez, puede dificultar el acceso a redes de apoyo y servicios de salud. Otro factor crítico para el inicio y la continuidad del consumo es que la pareja de la mujer también consume. En este sentido, el estudio *Entre la invisibilidad y el estigma: Consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina* de Diez et al. (2020), afirma:

Otro aspecto notorio es la existencia de un fuerte vínculo entre el consumo de sustancias por parte de las mujeres y de quienes conviven con ellas, mostrando con ello que cuando las mujeres mantenían algún tipo de vínculo sexo-afectivo con un varón, sus propios consumos se adaptaban a los de sus compañeros. (p. 14)

Esto evidencia la dificultad para romper con ese círculo de consumo y se asocia a la continuidad y aumento del consumo (Diez et al., 2020).

Cabe destacar que, según las variables presentadas, la mayoría de las mujeres entrevistadas se encontraba en pareja o concubinato. Esta situación, combinada con contextos de pobreza o calle, puede aumentar las posibilidades de consumo de sustancias. Según Pascale (2015), estas determinantes también pueden perjudicar en la falta de adherencia a los tratamientos o provocar recaídas, así como la influencia del “amor romántico”, ya que algunas mujeres pueden sentir la amenaza de ser abandonadas si decidieran iniciar un tratamiento.

Estigmatización. Otro factor de riesgo significativo es la estigmatización que sufren las mujeres que consumen sustancias, especialmente aquellas que están cursando un embarazo. En Diez et al., (2020) se señala que: “el rechazo hacia las mujeres que usan drogas durante el embarazo, parto y puerperio podría pensarse como un analizador a través del cual se expresa la idealización y las exigencias acerca de la maternidad que recaen sobre las mujeres” (p. 16). Aquí se pone de manifiesto como este rechazo está asociado a ese rol esperado de la mujer, de su deber ser, construido por la sociedad y cultura en la cual se encuentra inserta. Si bien se ha trabajado sobre dicha construcción, se sigue perpetuando la idea de ese ser sacrificado que todo lo puede.

Siguiendo a Marangoni et al. (2022), esta estigmatización amplifica la violencia que enfrentan las mujeres en diversos ámbitos, situación que, a su vez, se intensifica durante la gestación. En las entrevistas realizadas en los informes de autodeclaración del consumo, se relatan experiencias de maltrato de todo tipo, no solo por estar embarazadas y consumir, sino también por factores asociados a la pobreza, la raza, la minoría de edad o el hecho de tener otros hijos. Esto limita su acceso a la información y a posibles mejoras en su situación. Incluso, en algunos países, las mujeres pueden perder la custodia de sus hijos, lo que constituye una causa más para no acudir a controles o declarar su consumo.

Reflejando esta misma tendencia, el informe *Entre la invisibilidad y el estigma: Consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina* (Diez et al., 2020) analiza la percepción de las mujeres respecto a la opinión social sobre el consumo durante el embarazo. Los resultados coinciden con lo ya mencionado sobre la estigmatización. La mayoría de las mujeres entrevistadas reconocieron que ocultan su consumo por temor al juicio social, la culpa y la vergüenza. También señalaron que el consumo femenino es peor visto que el masculino y que se las percibe como “malas madres” si consumen. En muchos casos, también admitieron ocultar el consumo por miedo a perder la custodia de sus hijos.

Dicho estudio agrega un aspecto relevante sobre la deficiencia del rol que cumple el sistema de salud, no solo en términos de estrategias preventivas, sino también en lo referido al acceso a la atención básica. Se mencionan dificultades como la falta de turnos, demoras excesivas, horarios poco accesibles, atención médica muy breve o distante, y la imposibilidad de acudir a centros lejanos por falta de recursos económicos.

A su vez, en Brasil, Teixeira et al. (2023) realizaron un estudio sobre la respuesta del personal médico en los controles de embarazo cuando se detecta que una mujer consume alguna droga. De acuerdo con la investigación realizada en 2021, las actitudes encontradas entre los

profesionales reportaron un 44.5% de actitudes positivas, 33.3 % de actitudes negativas y un 22.2% de actitud ambivalente (consideraban que era necesaria la intervención, la contención, pero no la implementaban durante la consulta). Con relación a las actitudes negativas y ambivalentes, algunos estudios informaron barreras percibidas por los profesionales, como falta de tiempo, escaso apoyo institucional, sobrecarga de trabajo, miedo a la judicialización de los casos, o barreras de comunicación y lenguaje. Estamos hablando que más de un 50% de estos profesionales no tienen actitudes favorables frente a estas situaciones, más allá de la justificación que pudiera tener cada caso.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se refuerza la idea de que el contexto es fundamental, y que los profesionales de salud pueden desempeñar un rol clave al incentivar a dejar el consumo o reducirlo, brindando un entorno seguro, generando confianza y siendo empáticos, sin juzgar la situación particular y proporcionando información correspondiente según cada caso.

Percepción de Riesgo. La literatura señala que, en muchos casos, el consumo de ciertas sustancias se relaciona con una baja percepción del riesgo.

La OEA-CICAD (2019, como se cita en Junta Nacional de Drogas, 2023) señala:

La percepción del riesgo ya sea para la salud de una persona o en general, se considera un factor importante en la decisión de consumir drogas. Los datos han demostrado que a medida que disminuye la percepción del riesgo, el uso de drogas tiende a aumentar. (p. 10)

Sobre el cannabis, Piñuñuri et al. (2015), en su informe *Exposición prenatal a drogas de abuso y crecimiento de lactantes de CONIN Valparaíso, Chile*, exponen que en los últimos años hay una percepción menor del riesgo, sobre todo en jóvenes y adolescentes. Sumado a esto, Teixeira et al. (2023) señalan que uno de los factores que ha contribuido a la disminución en la percepción del riesgo es la creciente aceptación legal y social que ha tenido el cannabis en los últimos años en varios países.

En Pascale (2015), por ejemplo, se menciona que en muchas ocasiones es escasa la información sobre los riesgos que conlleva el consumo de sustancias- tanto lícitas como ilícitas- especialmente durante el embarazo.

Esta situación-falta de información-puede atribuirse a no asistir a los controles obstétricos, a la limitada indagación del personal de salud durante las consultas, así como a la ausencia o

deficiencia de información brindada por los medios de comunicación y/o por canales oficiales del Estado.

Por lo tanto, se evidencia la importancia de poder contar con información clara y accesible sobre las consecuencias del consumo, tanto a nivel general, como específicamente durante el embarazo. Esta necesidad se vincula directamente con el estigma y las actitudes del personal de la salud mencionados previamente.

Salud Mental y Consumo. La interacción entre los trastornos de salud mental y el consumo de sustancias muchas veces es bidireccional. Uno actúa como factor de riesgo del otro y viceversa.

La OMS desarrolla en *Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por consumo de drogas* que, generalmente, siempre existe un trastorno de salud mental anterior al consumo de drogas y que, por otro lado, estos trastornos de salud mental se pueden desarrollar de forma secundaria por el consumo de sustancias, ya que existen alteraciones que se dan en el cerebro debido al consumo (Organización Mundial de la Salud [OMS] & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2023).

Este circuito adquiere mayor importancia durante el embarazo, ya que el bienestar psicológico de la mamá influye directamente en cómo transita su embarazo, en sus relaciones y sobre todo en el desarrollo del feto. Es un estado muy vulnerable y vulnerado. En consonancia con esta perspectiva, Coe Calcagni et al. (2021) mencionan que: “La transición a la maternidad conlleva grandes cambios a nivel emocional, social y fisiológico, por lo que constituye un período de mayor riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en la mujer” (p. 725).

Otro dato relevante que aportan es que la prevalencia de la depresión durante el embarazo varía entre un 7% y un 25% según el nivel de ingresos del país, y que en el periodo posparto alcanza hasta un 20% en países de ingresos medios-bajos. A esto se suma la escasez de estudios sobre ansiedad en el período perinatal. No obstante, el autor recoge la siguiente cita “Fawcett et al. describen una prevalencia estimada de 20.7% de uno o más trastornos ansiosos en este período” (p. 725).

En esta línea la JFE (2016) señala que: “Algunas mujeres afirman que consumen sustancias para mitigar el estrés o las emociones negativas o sobrellevar un divorcio, la pérdida de la custodia de los hijos o la muerte de un familiar” (p. 5).

También hace referencia a cómo los factores de riesgo mencionados previamente- como la pobreza, la violencia física y sexual y el bajo nivel educativo-pueden llevar a desarrollar ciertos trastornos como depresión, ansiedad o trastornos de estrés post traumático (TEPT). A su vez,

para combatir estos malestares, se recurre a las drogas, lo que genera un ciclo de retroalimentación.

Estos análisis refuerzan lo expuesto por la *National Institute on Drug Abuse* [NIDA] (s.f.), que aborda la coexistencia entre los trastornos de salud mental y el consumo de drogas, destacando que resulta fundamental que, si esta situación se da, se traten de forma simultánea.

Para poder hacer frente a estas demandas de salud mental y consumo, es necesario contar con políticas públicas orientadas a la prevención del consumo de sustancias durante el embarazo, que incorporen mecanismos de atención desde un enfoque integral. Si bien en los documentos oficiales se promueve un abordaje basado en dichos principios- se escucha y lee constantemente sobre integralidad, intersectorialidad e interdisciplinariedad-, en la práctica su implementación parece presentar desafíos. Esto se puede deber no solo a la falta de recursos, sino también a que los trastornos de salud mental en el período perinatal -como la depresión y la ansiedad, especialmente en el posparto- continúan siendo fenómenos poco comprendidos, invisibilizados y frecuentemente estigmatizados, al igual que el consumo problemático de sustancias.

Se entiende pertinente destacar que los factores de riesgo identificados en la literatura- condiciones económicas adversas, bajo nivel escolar, estigma social e institucional, violencia de género y consumo de pareja, la baja percepción del riesgo del consumo y las barreras estructurales en los sistemas de salud- responden directamente la pregunta inicial planteada sobre las principales barreras que enfrentan las mujeres embarazadas y que consumen al querer buscar atención.

Estos factores generalmente interactúan entre ellos, lo que dificulta la detección temprana del consumo, el acceso a tratamientos y la permanencia en los mismos. A su vez, promueven patrones de exclusión y de riesgo que afectan tanto a la madre como al bebé. Estas limitaciones y barreras deben ser tenidas en cuenta como eje principal para el desarrollo e implementación de políticas públicas efectivas para la prevención e intervención del consumo durante el embarazo.

Consecuencias del Consumo en el Embarazo

Comprender los riesgos asociados al consumo de sustancias durante el embarazo es clave para revisar las estrategias de prevención y tratamiento. Las consecuencias afectan tanto a la madre como al niño, aunque muchas veces el foco se centra en el feto y esto refuerza el estigma y la culpabilización de la mujer, invisibilizando su situación personal (emocional, física y social).

Las consecuencias varían según el tipo de droga, la cantidad, la vía de administración y el momento del embarazo. A continuación, se exponen los principales efectos:

Efectos en la Madre

El consumo puede generar complicaciones como partos prematuros, hemorragias posparto e infecciones como VIH o hepatitis (JFE, 2016). Además, sustancias como el cannabis aumentan el riesgo de anemia materna y elevan la probabilidad de ingreso del recién nacido a cuidados intensivos (Moraes Castro et al., 2020). La cocaína, por su parte, puede provocar hipertensión y vasoconstricción, así como causar sobredosis, síndrome de abstinencia, cuadros psiquiátricos agudos y enfermedades infecciosas (Pascale, 2015).

Estas complicaciones también afectan a mujeres no embarazadas, por lo que se destaca la necesidad de abordar el consumo desde la salud integral de la mujer en edad fértil (Marangoni et al., 2022).

Efectos en el Feto y el Niño

El consumo durante el embarazo representa un factor de riesgo para la salud fetal y el desarrollo infantil (Gama et al., 2023), influido además por factores como la nutrición materna o el estrés (Pascale, 2015). Se presentan a continuación las principales consecuencias del consumo en el feto:

Crecimiento Intrauterino. Una consecuencia frecuente es la restricción del crecimiento intrauterino. El alcohol puede provocar restricción en el crecimiento intrauterino, así como microcefalia, retardo mental y anomalías cardíacas (Pascale, 2015; Gama et al., 2023). El tabaco también se asocia a esta restricción, pudiendo provocar bajo peso al nacer y muerte fetal (Benítez Florido, 2022). La cocaína, pasta base y opiáceos provocan daños mayores en el tercer trimestre (Gama et al., 2023), mientras que el cannabis muestra efectos menos concluyentes (Cabrera et al., 2015).

Desarrollo Neurológico. El consumo puede generar daño estructural y funcional en el sistema nervioso del feto (Pascale, 2015). El alcohol afecta el desarrollo neurológico y puede causar hipoxia (Pascale, 2015), mientras que el cannabis se relaciona con problemas atencionales (JFE, 2016). En niños expuestos a cocaína se evidencian déficits cognitivos y del lenguaje (Pascale, 2015), y los opiáceos están vinculados a trastornos del neurodesarrollo (Benítez Florido, 2022).

Desarrollo Cognitivo y Conductual. A mediano y largo plazo pueden surgir dificultades cognitivas, de aprendizaje, lenguaje, atención e hiperactividad. El alcohol está asociado a alteraciones cognitivas y conductuales conocidas como parte de los trastornos del espectro alcohólico fetal (Pascale, 2015). El cannabis afecta funciones ejecutivas como la memoria y atención y el procesamiento verbal (Castro et al., 2019; JFE, 2016), e incluso se vincula a trastornos del ánimo, depresión y otros trastornos mentales (Brik et al., 2024). La cocaína se asocia a bajo coeficiente intelectual y TDAH (Barbié et al., 2020; Marangoni et al., 2022).

Síndrome de Abstinencia Neonatal. Puede presentarse en recién nacidos expuestos a cocaína, opiáceos o pasta base, generando síntomas como llanto excesivo, vómitos, dificultad para alimentarse, diarreas o convulsiones (Marangoni et al., 2022). Aunque es una consecuencia poco frecuente, es considerada una de las más graves.

Como advierte Pascale (2015), “no existe una dosis segura a la cual la exposición no ocasione daño” (p. 15). Por lo tanto, toda exposición a sustancias durante el embarazo implica un riesgo muy grande para ambos, y puede tener consecuencias que perduren toda la vida. Esto refuerza la necesidad de prevenir el consumo desde un enfoque integral que contemple tanto la salud del niño como la de la madre, y seguir revisando las estrategias para entender su alcance y limitaciones.

Políticas Públicas para la Prevención y Tratamiento del Consumo durante el Embarazo

Para el ensayo se realizó una búsqueda extensiva de políticas públicas diseñadas específicamente para la prevención y tratamiento del consumo durante el embarazo en Uruguay y otros países.

Se encontraron algunos documentos muy generales, donde se define lo que debería abordar una política dirigida a quienes consumen algún tipo de droga, así como algunos lineamientos desde una perspectiva de género. También se encontraron algunos documentos puntuales que abordan específicamente el consumo de sustancias durante el embarazo o que brindan estrategias a implementarse en el caso de detección de consumo.

En Uruguay, la coordinación de estas políticas se realiza a través de la Junta Nacional de Drogas, la cual se articula con el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y otros actores del sistema (JND, 2023).

Políticas Generales en Uruguay

Algunas políticas preventivas identificadas se enmarcan en el Plan Integral de Prevención del Consumo Problemático de Drogas 2021–2025 (Sistema Nacional Integral de Prevención, 2023). Este plan promueve, por un lado, el fortalecimiento de prácticas de cuidado a nivel individual, familiar y comunitario, y, por otro lado, propone el desarrollo de ciertas habilidades en las personas que puedan influir en la toma de decisiones frente al uso de sustancias. Además, busca generar entornos de protección desde una perspectiva intersectorial, con la incorporación de la gente en acciones comunitarias y el trabajo en red (entre instituciones del Estado y la sociedad). Podemos decir que este plan hace bastante énfasis en la importancia de la participación comunitaria y del Estado, así como de que estos procesos puedan ser sostenidos en el tiempo. El Plan Integral de Prevención contempla diversas estrategias, entre las que se destacan:

- Acciones de educación y comunicación (folletos, campañas informativas, intervenciones breves, etiquetado y publicidad).
- Capacitación a profesionales de la salud.
- Normativas de control y regulación (como las leyes de tabaco y alcohol).
- Modificaciones ambientales para reducir la exposición al consumo y su aceptación social.

Como parte de las estrategias vinculadas a intervenciones breves, según la Junta Nacional de Drogas (2024), se realizaron jornadas para el personal médico para motivar cambios en el consumo de alcohol y otras drogas.

A su vez, en 2023, el gobierno de Lacalle Pou lanza un Plan Nacional para el abordaje de la salud mental y las adicciones (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2023). En este plan no se detallan medidas específicas para la prevención durante el embarazo, pero sí incluye algunas medidas generales en relación con el consumo de drogas y, sobre todo, a la prevención en muchas situaciones de trastornos mentales.

Dentro del eje de Prevención y Promoción, el *Plan Integral de Prevención del Consumo Problemático de Drogas 2023* plantea, a través del programa Ni silencio ni Tabú (implementado por el Ministerio de Desarrollo Social [MIDES]), la creación de centros de inclusión y promoción social para personas de 14 a 24 años, donde se ofrecerá atención en salud mental.

La estrategia también contempla la creación de la figura del referente psicoemocional en centros educativos y deportivos, así como el fortalecimiento del programa Familias Fuertes. Se prevén, además, acciones formativas en salud mental, incluyendo capacitaciones a cuidadores de residenciales y formación de “guardianes” como parte de las estrategias de prevención del suicidio.

Por último, se mencionan acciones de sensibilización en medios de comunicación, fortalecimiento de las líneas de atención telefónica gestionadas por ASSE y la potenciación de los Grupos Departamentales de Prevención del Suicidio, a través de diagnósticos territoriales, redes interinstitucionales y formación local.

Luego, se encuentran propuestas relacionadas a la intervención y tratamiento de las adicciones. Aquí se expone la apertura de nuevos centros en Ciudadela, Canelones, Durazno y Tacuarembó, la ampliación de centros que ya están en funcionamiento como Casa abierta, Chanes y Jagüel y una nueva ala psiquiátrica en el Hospital Pasteur. Así mismo este plan promete más camas en ASSE, en el *Portal Amarillo*, para el proceso de desintoxicación, con el objetivo de llegar a más usuarios.

En lo que concierne al MIDES, la propuesta es que desde allí puedan gestionar vales para el tratamiento de adicciones. Específicamente para mujeres con hijos a cargo, en un centro donde acudir sin separarse de sus hijos. Se explica que son pocos cupos y de poca duración el tratamiento.

Es importante poder evaluar si realmente todas estas propuestas se llevaron o llevarán a la práctica y si realmente tuvieron un impacto, más allá del acto político en sí. Por ejemplo, aunque

ASSE proyectaba alcanzar 500 plazas, solo se halló una nota de prensa sobre la inauguración de 18 camas en la unidad de desintoxicación del Centro Nacional de Información y Referencia de la Red de Drogas (Portal Amarillo), cuando, para 2024, se habían prometido 106 camas. Dicha nota también menciona un fortalecimiento de los equipos técnicos en territorio, aunque no se encontró más evidencia al respecto (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2024). Cabe destacar que, si bien se realizó la apertura de siete nuevos centros de tratamiento, solo hay información sobre dos o tres desde la promulgación de la ley en 2023, como los de Tacuarembó y Minas (2024) y Florida (2023).

Al hablar de tratamiento, es relevante señalar que, si bien existen diversos centros terapéuticos públicos y privados (no específicos para mujeres embarazadas), estos continúan siendo insuficientes en relación con la demanda, teniendo como resultado extensas listas de espera. Según el artículo *La odisea para liberarse de una adicción a las drogas: ¿Cuál es el costo de rehabilitarse?* publicado por La Mañana (2022), el costo de los tratamientos en instituciones privadas suele ser muy elevado, lo que los vuelve muchas veces inaccesibles. En algunos casos, puede haber cobertura parcial a través de mutualistas o ASSE; sin embargo, esto no siempre garantiza la continuidad del proceso terapéutico. A su vez, en el mismo artículo, se destaca la falta de personal capacitado en adicciones y la escasa integralidad en algunos de los dispositivos de tratamiento.

Esta problemática es importante, ya que contar con un tratamiento integral y sostenido en el tiempo constituye una forma de prevención en sí misma. Además, mejora las posibilidades de rehabilitación y futuras recaídas, sobre todo en contextos o situaciones vulnerables, como los son el embarazo y la maternidad.

A su vez se vuelve a poner de manifiesto la falta de estrategias específicas para la mujer en edad fértil y la mujer embarazada, ya que la mayoría de los planes presentados tienen foco en adolescentes y jóvenes. Sin duda que estas acciones igualmente son importantes, pero se necesita fortalecer e identificar líneas claras de acción dirigidas a esta población.

Políticas “Específicas” para Mujeres Embarazadas en Uruguay

En cuanto a políticas públicas específicas para esta población (mujeres embarazadas con consumo problemático), la mayoría de los artículos señala que modelos integrales tienen mayor eficacia que intervenciones aisladas. De acuerdo con Pascale (2015), los dispositivos

interdisciplinarios que integran atención obstétrica, pediátrica, apoyo psicoterapéutico o psiquiátrico y realizan seguimiento pre- y posnatal tienen mejores resultados.

También hace referencia a que la tasa de recaída disminuye cuando se tienen en cuenta las necesidades de estas mujeres, como ser el cuidado de sus hijos u ofrecerles transporte para poder concurrir a los espacios de seguimiento.

ASSE - Administración de los Servicios de Salud del Estado de Uruguay. En Uruguay, ASSE articula la Red Drogas con el Portal Amarillo (centro de referencia) y diversas unidades especializadas, aunque aún carece de un protocolo específico para gestantes (Pascale, 2015).

En la página web del Portal Amarillo se detallan principalmente objetivos orientados a la intervención, mencionándose solo un apartado sobre estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva, salud bucal, nutrición y enfermedades cardiovasculares (Portal Amarillo, s.f.).

Igualmente, ASSE está formado por una red de atención integral, cuenta con varios centros de tratamiento para las adicciones, como los dispositivos Ciudadela y otros de atención ambulatoria diurna, residencial o de media estadía. No hay información, al momento, de centros específicos para el cuidado de la mujer que consume en edad fértil o de mujeres embarazadas que consumen o de madres que consumen (Portal Amarillo, s.f.).

Siguiendo a Pascale (2015), hay otras organizaciones institucionales que participan de la definición e implementación de políticas en Uruguay y se articulan con ASSE, como el Hospital de la Mujer del Pereira Rossell, el Banco de Previsión Social (BPS), InMujeres e INAU, así como participan algunos organismos internacionales como UNICEF, el Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), estos apoyan el diseño de protección y atención de madres consumidoras y sus hijos.

Lineamientos (UNODC y OMS). Siguiendo el marco de políticas públicas específicas, nos encontramos con lineamientos a nivel internacional elaborados por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Organización Mundial de la Salud (UNODC & OMS, 2023) donde se destacan algunos puntos que hacen referencia a las mamás gestantes. Allí se desarrollan las necesidades de estas madres y contemplan algunas consideraciones a tener en cuenta, como la importancia de la intervención de la familia y la capacitación en habilidades parentales para mejorar los resultados posteriores.

Dentro de esta norma del 2023, se sigue haciendo referencia a que hay pocos servicios que incluyan la perspectiva de género, y que el estigma que viven estas mujeres dificulta mucho la ayuda que se les pueda brindar, tanto a nivel de prevención como de intervención.

Estas normas describen los tipos de tratamientos, protocolo a seguir y recomendaciones que realiza la OMS para cada caso. Dentro de los protocolos para la mujer embarazada, donde se detecta el consumo de sustancias psicoactivas, se recomienda una evaluación clínica integral de la persona, llevada a cabo por un equipo interdisciplinario, así como tratamientos exclusivos, que incluyen el cuidado de otros niños, la educación parental, apoyo social, asistencia jurídica de requerirse, y educación reproductiva. También incluyen protocolos para asistir a la mujer durante el parto, sobre todo cuando no se les puede administrar nada para el dolor.

Además de estos aspectos, se presenta como clave la formación y sensibilización del personal de salud y de equipos que intervienen de otras áreas, para evitar la estigmatización.

De manera similar, encontramos en la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2018), algunos lineamientos generales sobre medidas preventivas para el consumo, así como apartados puntuales que hacen mención a la prevención e intervención en mujeres embarazadas. El informe menciona que los sistemas nacionales y locales deben integrarse a un sistema más amplio que incluya acciones de control de oferta (con la participación de la policía u otras fuerzas), que facilite tratamientos e intervenciones para quienes consumen y que se definan algunas medidas preventivas.

En este caso, al hablar de mujeres gestantes, como principal eje de estas normas internacionales, se aborda la importancia de la información. El informe dice: “Todas las mujeres embarazadas deben ser advertidas de los riesgos potenciales para su salud y la de sus bebés” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018, p. 17).

Luego explicita algunas recomendaciones de la OMS, que están más relacionadas a la intervención en el caso de realizarse controles prenatales, como consultar sobre el consumo, realizar intervenciones breves, una evaluación integral, y derivación cuando corresponda.

Como aspecto clave de estas normas, es pertinente mencionar que hablan de la iniciativa a nivel de comunidad y que ello involucra a distintos actores como escuelas, familias, medios de comunicación y fuerzas del orden. Para ello mantiene que debe haber un apoyo económico y técnico que organice estos actores y brinde el conocimiento necesario para actuar, siendo esto algo ya realizado y evaluado en países con alto grado de desarrollo económico.

A nivel de prevención, se hace mayor énfasis en las campañas que realizan los medios de comunicación ya que según afirma la oficina: “son muy visibles y tienen el potencial de llegar a

un gran número de personas con relativa facilidad” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018, p. 37).

Hospital de la Mujer Pereira Rossell- Grupo T (Informe Junta Nacional de Drogas).

En lo que respecta a políticas públicas de prevención del consumo en el embarazo, en el año 2016, la Junta Nacional de Drogas publicó el informe Mujeres, maternidad, consumo problemático: Construyendo en clave grupal donde se habla de la necesidad de poner en la mesa estas situaciones y buscar estrategias que realmente puedan tener buenos resultados, tanto para la madre como para el feto/niño. Aquí el documento se centra en las mujeres que se atienden específicamente en el Hospital Pereira Rossell de Montevideo. Algo a destacar es que, según este informe, la mayoría de las mujeres NO habían tenido previamente alguna consulta o conexión con el centro de adicciones El portal Amarillo de ASSE (Junta Nacional de Drogas, 2016).

Se crea a partir de esto en el Hospital de la Mujer una policlínica de Salud Mental, atendida por una psiquiatra y una psicóloga, con prioridad para usuarias con UPS (uso problemático de sustancias). Además, desde diciembre de 2011 funciona semanalmente el ‘Grupo T’, dirigido a gestantes y puérperas derivadas de distintas áreas del Centro hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y de policlínicas periféricas sin equipo de salud mental (Junta Nacional de Drogas, 2016). Este grupo tiene como objetivo brindar espacios de escucha y reflexión ofreciendo apoyo y contención. Se busca desarrollar estrategias y herramientas que permitan modificar conductas de riesgo, fomentando la rehabilitación, el autocuidado y el crecimiento personal. Además, se promueve la continuidad de la asistencia a través de redes locales, con un enfoque especial en el acompañamiento del binomio madre-hijo en la comunidad. El grupo también apoya la reinserción laboral y buscar acompañar a las personas en la construcción de nuevas oportunidades, reforzando la motivación y los factores que protegen la salud.

De acuerdo a lo relevado, no se detectan estrategias de prevención que aborden un grupo más amplio de la población.

De igual forma, el foco principal de este programa se basa en poder volver a establecer las redes familiares, en caso de ser posible. “Estas mujeres madres necesitan de un otro” (Junta Nacional de Drogas, 2016, p. 19), porque ellas son el otro para ese niño, y si nadie las sostiene, que difícil es que puedan sostenerse ellas y a sus hijos con sus propias necesidades.

IRCCA. Se encontraron varios registros de prevención de consumo de Marihuana generales y algunos específicos para mujeres embarazadas, dentro del Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA). En su página web, en el apartado de “Riesgos y prevención”, el IRCCA (s.f) señala los riesgos asociados al consumo de cannabis, aclarando que no se recomienda su uso en niños, mujeres embarazadas ni en periodo de lactancia, debido a las contraindicaciones. Asimismo, se puede acceder a algunos enlaces con videos informativos sobre riesgos y prevención.

También se encuentra el documento de *Pautas de reducción de riesgos del uso de cannabis* (IRCCA, 2018), donde se plantean ciertas recomendaciones para su consumo e indica ciertas poblaciones de riesgo especial, como las embarazadas o personas con problemas de salud mental.

Plan de Acompañamiento Familiar (PAF). Resulta pertinente destacar, en el marco del desarrollo de políticas públicas, el Plan de Acompañamiento Familiar (PAF) (MIDES, 2022), que trabaja en coordinación también con el CHPR. Si bien no trata específicamente la situación de mujeres que consumen drogas, el programa está destinado a familias con mujeres embarazadas, niñas y niños menores de 4 años que puedan presentar problemas de salud o que sus derechos sean vulnerados socialmente. Se referencia el trabajo en red con instituciones que abordan el acompañamiento a estas familias. De acuerdo con el PAF, el objetivo es poder brindar herramientas que permitan favorecer el desarrollo infantil y las prácticas de crianza. Se entiende que, aunque no constituya una política de prevención e intervención en sí misma, este acompañamiento permite detectar situaciones de consumo de sustancias y trabajar, junto con los diferentes actores de esta red, en la búsqueda de la mejor solución tanto para la madre como el niño. La duración del programa es de 9 a 12 meses. Es importante señalar que el foco de este programa parece estar puesto en el niño y no en la madre.

Estrategia para el Abordaje de la Prevención del Consumo Problemático de Drogas en los Entornos Familiares. En línea con el PAF, se encuentra también, en los datos oficiales del gobierno, la *Estrategia de Prevención del Consumo en Entornos Familiares* (Junta Nacional de Drogas [JND], s.f.). Esta estrategia busca fortalecer el rol de las familias, que sean un entorno protector para las personas con consumo problemático, generando espacios de escucha para estas familias.

Con base en esto, se busca desarrollar estrategias que incluyan la difusión de información sobre riesgos y el rol familiar, el fortalecimiento de referentes para promover estilos de vida saludables, la modificación del entorno del consumidor y el control de la oferta.

Este tipo de estrategias pone de manifiesto nuevamente la cantidad de lineamientos y la falta de acciones concretas.

No hace referencia tampoco específicamente a mujeres embarazadas con consumo problemático. Mismo dentro de este documento se siguen reconociendo las barreras de estas mujeres al acceso a servicios de salud, muchas veces asociado a su rol de cuidado. Siguiendo a la Junta Nacional de Drogas (2023), se menciona que:

Según datos del OUD, las mujeres llegan a los dispositivos de tratamiento más en el rol de referentes socio afectivas de las personas con usos problemáticos de drogas (es muchas veces quien hace la primera consulta y oficia de contención durante el proceso terapéutico) que, como protagonistas de sus propios tratamientos, es decir, suelen pedir más ayuda para otros/as que para sí mismas.

Cabe recalcar que, como medida de prevención en este plan, se hace referencia a la creación de marcos regulativos para el consumo de bebidas alcohólicas en ámbitos educativos.

Ley de Etiquetado. Se entiende oportuno mencionar, en relación con las normativas de regulación y control, que en la reglamentación de la Ley 19855 -que crea el marco regulatorio para el consumo de bebidas alcohólicas- dispone de forma explícita que, a nivel de publicidad, se debe incluir el siguiente mensaje: “El consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo, incluso en pequeñas cantidades, puede dañar seriamente la salud” (Uruguay, 2020). A su vez en relación con las etiquetas de envases de bebidas alcohólicas menciona: “Asimismo, incluirán el siguiente pictograma que advierte sobre el riesgo de consumo durante el embarazo: ”.

Aquí resulta necesario exponer que, si bien existen algunos marcos regulatorios sobre el consumo de drogas, sobre todo en sustancias legales como el alcohol y el tabaco, no siempre se cumplen estas normativas. Son pocas las bebidas alcohólicas que tienen el pictograma de riesgo para el embarazo, sumado a que es un símbolo que no es fácil de reconocer si no tiene leyenda. También, a través de relatos de mujeres que han estado embarazadas en el mismo contexto, salió de manifiesto que, muchas veces, en las consultas prenatales o en los cursos parto se les indicaba que podían consumir pequeñas cantidades de alcohol. Esto puede generar confusión respecto a las recomendaciones basadas en evidencia.

Informe de Evaluación de Políticas de la OEA (Organización de Estados Americanos). Para concluir este segmento, es relevante destacar que hay un organismo internacional que cuenta con la responsabilidad de evaluar estas políticas públicas en América: la Organización de Estados Americanos (OEA).

Dentro de sus actividades se incluye el establecimiento de objetivos que luego serán evaluados en cada país, en función de la implementación de políticas públicas sobre el consumo de drogas. El último informe de evaluación de estas políticas a Uruguay fue en diciembre del 2023 (OEA, 2023) y en el mismo se destacan algunas fortalezas y debilidades.

Fortalezas:

- Uruguay utiliza evidencia para formular y actualizar las políticas y estrategias sobre drogas, así como pruebas piloto y difusión de mejores prácticas.
- Estructura descentralizada con coordinadores, oficinas y delegaciones en territorios locales.
- Enfoque de DDHH, género e inclusión social.
- Recursos financieros para la implementación de políticas.
- Programas multisectoriales.
- Políticas integrales y transversales.
- Evalúa y supervisa programas/servicios de: Atención, tratamiento, rehabilitación y recuperación e integración social.
- Indicadores estandarizados para recolectar información sobre oferta de drogas.
- Cooperación con otros países.

Debilidades:

- No involucrar a entidades del sector privado en el desarrollo de nuevos enfoques o intercambio de información.
- Pocos estudios sobre prevalencia de consumo y disminución de la demanda.
- No cuenta con: tamizaje, intervenciones breves y derivación a tratamiento, con tratamiento de asistencia con medicamento y con manejo de la recuperación.
- Uruguay no ha realizado evaluaciones de impacto de sus programas de prevención o tratamiento. La última evaluación en prevención fue del 2018/2019.

Este informe tiene un gran valor para poder comprender, en primer lugar, si se están implementando políticas de prevención y tratamiento del consumo, y, por otro lado, si se mide el impacto de las mismas.

A partir del relevamiento realizado, se podría decir que Uruguay aborda de manera poco específica y sistemática las políticas públicas orientadas a la prevención e intervención del consumo de drogas durante el embarazo. Existen muchos lineamientos sobre cómo se deberían desarrollar estas políticas y todo lo que deberían abordar, como los propuestos y citados en este ensayo por la Junta Nacional de Drogas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y la Organización Mundial de la Salud. En estas normas se especifican abordajes concretos centrados en la prevención del consumo de drogas en mujeres embarazadas que Uruguay podría adoptar para fortalecer sus políticas internas. Estas normas, a simple vista, parecen tener un enfoque centrado principalmente en la intervención y el tratamiento, y no tanto en la prevención o en la detección temprana.

La intervención se aborda, sobre todo, en el CHPR, específicamente en el Hospital de la Mujer, que prioriza su atención a usuarias con consumo problemático, así como con la creación del Grupo T, para apoyar de manera más integral la situación de estas mujeres. Este grupo, a cargo del equipo de salud mental, tiene como objetivo ser un espacio de sostén, de promoción del desarrollo e inclusión para mujeres con uso problemático de drogas (JND, 2016).

Se destaca también la poca integración con los sistemas de salud privados. Aunque estas políticas pueden incluir componentes específicos para la población más vulnerable, se debe buscar la equidad e integralidad en la atención para ambos sectores. Se visualiza que no existe un protocolo claro u obligatorio para la prevención, atención y seguimiento en estos casos. En la mayoría de los casos de consumo problemático general, la derivación se realiza a ASSE. Se realizó una revisión manual de las páginas web de todas las mutualistas, encontrándose que solo COSEM y Médica Uruguaya ofrecen servicios de atención de adicciones de forma generalizada. Desde mi experiencia personal (al haber estado embarazada), así como por relatos de allegadas que han vivido la misma situación y recibieron atención en mutualistas privadas, puedo señalar que, durante los controles prenatales, nunca se abordó el tema de consumo de drogas ni de salud mental. Estos controles son muy breves, tienen un enfoque biomédico, dejando otras dimensiones fuera de la mesa y reforzando esta estructura del poder médico. Aquí se pone de manifiesto nuevamente como se mantiene como factor predominante la discriminación, ya que

se percibe que, de las personas atendidas en mutualistas, no se espera detectar un consumo de drogas u otros problemas.

Por otro lado, un tema fundamental en estas políticas es la perspectiva de género. En Uruguay da la impresión de que todas las políticas tuvieran como eje clave la perspectiva de género, pero al respecto, hay reconocimientos oficiales sobre las limitaciones que surgen en la práctica. Muchas veces, dicho enfoque se limita a aspectos formales o logísticos (como, por ejemplo, habitaciones separadas para hombres y mujeres en los centros de tratamientos), sin abordar las necesidades reales de las mujeres que consumen y están embarazadas. El 26 de mayo de 2025 se realizó en Uruguay un *Seminario Internacional sobre Consumo de Sustancias desde la Perspectiva de Género y Diversidades*. Allí se reafirmó por parte de quienes expusieron: “que existen problemas en lo que es la oferta de tratamiento en el tema, porque está armada básicamente e históricamente para varones y no para mujeres y diversidades”. También se hace alusión al estigma, la discriminación y la atención tardía que se da por esta razón. Algo importante que se plantea es que hay un debe histórico en Uruguay en la creación de centros específicos para mujeres, y mujeres con hijos (Junta Nacional de Drogas [JND], 2025).

Entonces, al querer responder si las políticas públicas de prevención son efectivas, se puede decir que es algo muy difícil de responder; en primer lugar, porque las mismas son muy abstractas, y, en segundo lugar, porque no hay mecanismos sólidos de evaluación, tal como lo señala la OEA en su último informe del 2023. Dicha situación muestra la realidad que nos convoca y la necesidad de profundizar en políticas públicas que prioricen la prevención e intervención desde una perspectiva de género y derechos humanos, teniendo en cuenta el entramado complejo en el que se desarrollan, y las necesidades particulares de esta población.

Políticas Públicas Internacionales

España-Portugal-Polonia-Países Bajos-Croacia-Egipto-India-Macedonia-Botsuana.

Además de la búsqueda de políticas públicas en Uruguay, se realizó una exploración para ver si en otros países había políticas públicas específicas sobre prevención y tratamiento del consumo de drogas durante el embarazo.

Aquí se encontró un artículo del año 2023, publicado en *Addiction Science & Clinical Practice*, que analizó en detalle 20 políticas públicas sobre este tema en nueve países (Botsuana, Croacia, Egipto, India, Macedonia del Norte, Países Bajos, Polonia, Portugal y España), y evaluó su grado de adhesión a las normativas internacionales (Ghosh et al., 2023).

Es importante mencionar que esta investigación fue realizada por un equipo multidisciplinario - integrado por psiquiatras, psicólogos, antropólogos, expertos en políticas públicas, médicos-provenientes de varios países, lo que permite analizar diferentes perspectivas.

Dentro de los resultados de esta investigación, se muestra que la mayoría de los países mencionan a las mujeres, el embarazo y la maternidad en documentos generales de políticas de drogas; solo Países Bajos cuenta con un documento específico dirigido a esta población, elaborado por la Asociación Holandesa de Obstetricia y Ginecología.

Los puntos que más desarrollan estas políticas son aquellos de prevención y tratamiento, haciendo hincapié en la importancia de la reducción de la demanda para estas mujeres y su entorno.

Los factores de riesgo, como problemas de salud mental, antecedentes de maltrato y otras vulnerabilidades, son abordados en pocos países según este estudio, manifestando como sugerencia la urgencia de evaluar las necesidades específicas de estas madres y el desarrollo de servicios integrales basados en dichas necesidades (Ghosh et al., 2023).

Se destaca en las políticas públicas la importancia de tener personal capacitado que pueda ofrecer intervenciones efectivas.

A su vez, esta revisión aporta algunas recomendaciones para el desarrollo de políticas públicas, basadas en lo relevado. En primer lugar, se explica que no se debe sancionar a la madre quitándole la custodia de sus hijos, ya que esto puede repercutir negativamente en el niño y, a largo plazo, en la sociedad. Aquí lo que se busca es poder contar con la posibilidad de apoyo a estas madres, asegurando que el cuidado no caiga solo en ellas (Ghosh et al., 2023). También se recomienda cambiar el lenguaje de documentos políticos que son estigmatizantes, promoviendo que sean neutrales y, sobre todo, claros para la población a la que se dirige.

Al comparar las políticas nacionales con los lineamientos internacionales, se identifican ciertas brechas significativas. Una de ellas es que solo una minoría de estas políticas destina recursos financieros específicos para atender a mujeres, el embarazo y la maternidad. Por esta razón, se recomienda una mayor asignación presupuestal dirigida a esta población, dado que los indicadores, actividades y resultados aún no están adecuadamente adaptados para contemplar las distintas necesidades y prioridades de las mujeres. Además, se evidencia una falta de articulación con otras políticas (Ghosh et al., 2023).

Por último, se destacan algunas lagunas que se consideran generales, aplicables también a otros países, como la percepción del consumo desde una perspectiva de género, la escasez de información sobre el consumo, y la brecha entre las políticas públicas y su real ejecución por falta de recursos.

Argentina. En Argentina, el consumo de drogas lícitas e ilícitas durante el embarazo, y en general, ha aumentado en los últimos años. En 2022, el gobierno elaboró un documento público con recomendaciones para la prevención del consumo perinatal de sustancias psicoactivas, así como para la contención y cuidado de las personas afectadas (SEDRONAR, 2022).

Aquí, por un lado, se detallan acciones a ejecutar en la etapa “preconcepcional”, que incluyen brindar información a toda persona que asiste a un centro y que sea una “posible gestante”, así como realizar intervenciones breves orientadas a la educación sexual, informar sobre los riesgos de consumo y detectar redes de cuidado y contexto.

En la atención prenatal se aconseja un control periódico, completo y de amplia cobertura (en interacción con otros sectores); conocer la red de acompañamiento de la persona; brindar consejos sobre educación sexual y sobre la continuación o interrupción del embarazo; contar con personal capacitado en escucha activa y pesquisa de consumo; así como realizar la búsqueda activa en el caso de que la persona no asista más a los controles. También se debe tener en cuenta la asistencia al momento del parto y el seguimiento durante el puerperio.

Cuando se habla de escucha activa, el documento señala su importancia en los distintos niveles de salud, subrayando la necesidad de que el personal esté capacitado y que puedan generar un vínculo, siendo empáticos y conectando con cada situación particular. Esta escucha permite poder definir la mejor estrategia para cada persona gestante (SEDRONAR, 2022).

El contacto al comienzo del embarazo aumenta las probabilidades de desarrollar una alianza terapéutica, además de proporcionar la oportunidad de motivar a las personas gestantes a cambiar en favor de ellas mismas y no sólo para tener un/una recién nacido/a sano/a. (SEDRONAR, 2022, p. 40)

El estudio identifica diversas barreras en la implementación de estrategias de prevención e intervención, como, por ejemplo, la discriminación y estigma que enfrentan estas mujeres (que se reproducen en todos los niveles sociales), que se les quite la custodia de sus hijos, lo que disminuye la adherencia a tratamientos, o que no se incluya a los hijos cuando hablamos de tratamientos para dejar el consumo.

Para hacer frente a estas barreras, se recomiendan ciertas acciones, como el establecimiento de protocolos de cuidados, facilitar el acceso a la salud y, como se mencionó previamente, la identificación de redes que puedan ayudar (SEDRONAR, 2022).

Estas acciones se proponen realizar desde un abordaje psicosocial, donde la atención sea integral y esté articulada entre sectores. Se busca priorizar el trato respetuoso y la colaboración, e incluir en esta atención aspectos como el seguimiento a las citas, la ayuda en transporte o cuidado de otros niños, así como un énfasis en el seguimiento posparto, donde se puedan brindar herramientas para esta nueva etapa.

Canadá. En Canadá se localizó una revisión exploratoria que aborda las prácticas y programas en relación con el consumo y la mujer embarazada (Mathias et al., 2024).

Dicha revisión arrojó resultados sobre programas implementados con acciones positivas para estas madres, como no separar a la madre de sus hijos, ofrecer una atención sin juicios y utilizar herramientas para la reducción de daños (consumo supervisado, intervenciones en salud sexual reproductiva). Estas prácticas incluían servicios prenatales, y algunos se extendían hasta después del parto. Las mismas estaban centradas en la atención médica (física y mental), el acceso al tratamiento, apoyo económico y legal y el apoyo de pares.

Así mismo, se incluyen algunos facilitadores que son utilizados al ejercer estas medidas, como una práctica libre de juicios, la incorporación de personas con experiencia en el uso de sustancias y la flexibilidad de que la persona realice el proceso a su propio ritmo.

Dentro de la revisión se mencionan dos aspectos que, según el estudio, deberían ser mejorados. Por un lado, el abordaje enfocado desde que se detecta el consumo, existiendo poco material sobre prevención y una notoria falta de programas de salud sexual y reproductiva. Por otro lado, se destaca la necesidad de que estos programas puedan llegar a todas las regiones, sobre todo a áreas rurales e indígenas.

Por último y no menor, esta revisión aconseja que la definición de políticas, así como de futuras investigaciones, deberán tener en cuenta las vivencias y necesidades de las usuarias de estos programas, así como la evaluación del impacto de la falta de acceso a los mismos en determinadas comunidades (Mathias et al., 2024).

Chile. Chile publicó el año pasado la actualización del Plan de acción 2024-2030 de la estrategia nacional de drogas del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, 2024). Si bien es un documento genérico, cuenta con algunos objetivos concretos para esta población específica, las mujeres gestantes.

Es importante mencionarlo, porque establece varios puntos relacionados a la prevención del consumo de sustancias, incluyendo a las mujeres embarazadas como parte de la población vulnerable.

A nivel de prevención, propone fortalecer la educación de niños y adolescentes sobre el consumo de sustancias, así como llegar a instituciones que no habían llegado antes. Del mismo modo, se plantea llegar al ámbito laboral y a poblaciones especialmente marginadas.

También se establece la necesidad de desarrollar contenidos orientados a evitar o minimizar los efectos negativos del consumo, y sugiere que estos deben ser realistas a los diferentes grupos etarios.

Dentro del desarrollo de políticas asociadas al acceso a tratamientos, se propone poder ampliar la cobertura de los programas a los sectores más desprotegidos, haciendo énfasis en gestantes y puérperas. Aquí se destaca la importancia de los vínculos, la familia y la comunidad como parte de apoyo y sostén.

Así mismo, se aborda la violencia institucional contra mujeres adultas, adolescentes y gestantes (incluyendo la etapa del puerperio). Sugiere como principal punto la formación y evaluación del personal sanitario involucrado en estos programas.

Es fundamental señalar que estas políticas se desarrollaron bajo un enfoque de DDHH, Género, Territorio, Equidad, Cuidados y Participación Social y Comunitaria, así como prevalece en la definición de los objetivos el foco en la prevención y gestión de información (SENDA, 2024).

EE. UU. En Estados Unidos, existen diversos organismos públicos, como la DEA y SAMHSA, entre otros, donde se puede encontrar información sobre políticas de drogas.

Si bien la mayoría de la información encontrada es genérica, hay un documento del 2019 de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2019), titulado *Preventing the Use of Marijuana: Focus on Women and Pregnancy*. Este documento sirve como guía para las políticas de prevención e implementación de estrategias para el consumo de marihuana y otras drogas en el embarazo y puerperio. Dentro de los programas que se mencionan aquí, se hace énfasis en que los mismos se basan en evidencia, es decir, que ha sido demostrada su efectividad en la reducción del consumo de sustancias (no solo marihuana).

De acuerdo con la guía elaborada por la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2019), algunas de las prácticas efectivas evaluadas en programas de prevención y tratamiento del consumo de sustancias durante el embarazo incluyen:

- Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento (SBIRT): cuestionarios que se aplican para detectar el consumo. Allí al detectar se ofrece una intervención breve (5-10 min-Entrevista motivacional).

En el caso que requiera tratamiento, se realiza la derivación correspondiente.

- Clínicas integradas para mujeres embarazadas y madres: atención prenatal, atención médica primaria general, asesoramiento por uso de sustancias y salud mental, servicios dirigidos a crianza y desarrollo infantil, así como otros aspectos (vivienda, transporte, ayuda legal).
- Campañas de comunicación en salud para cambiar comportamientos: en campañas de prevención de consumo de alcohol durante el embarazo, se analizó que las campañas con contenido negativo y agresivo, traía peores resultados en el embarazo. Se aconseja que dichas campañas deben ser precisas y coherentes, apuntar hacia las razones del consumo, explicar riesgos y consecuencias del consumo, y promover medidas seguras.
- Manejo de contingencias para reducir el consumo: ofrecer recompensas en función de cambios conductuales.
- Visitas domiciliarias posparto por profesionales de la salud: aquí se incluye el apoyo en la salud preventiva, el asesoramiento en lactancia y cuidado del niño, así como el establecimiento de metas asociadas a su educación, trabajo y cuidado.
- Políticas para prevenir y reducir el consumo de marihuana: se indica que la mayoría de las mujeres que consumen durante el embarazo probablemente comenzó en la adolescencia. Por ello es fundamental centrarse en políticas para la reducción del consumo durante esta etapa.

Este material también identifica una serie de desafíos comunes, entre ellos el estigma y la discriminación, la falta de tiempo y formación clínica, los marcos legales en constante evolución, la escasa evidencia sobre modelos efectivos y el desigual acceso a los servicios. Frente a ello, se recomienda trabajar bajo principios de equidad, brindar asistencia económica y legal, y el fortalecer las capacidades del sistema sanitario (SAMHSA, 2019).

Siguiendo esta línea, se encuentra el programa *Parent-Child Assistance Program*, cuyo objetivo es ayudar a las madres que consumen alcohol y drogas a que puedan recuperarse. Este programa incluye otorgar herramientas para una vida familiar saludable y prevenir futuros embarazos expuestos a esta dinámica. De acuerdo con el National Home Visiting Resource Center (*n.d.*), el enfoque que tiene el programa es poder generar relaciones de confianza, conectar a estas madres con sus familias y/o comunidad y, ayudarlas a establecer metas a futuro que sean alcanzables. Lo interesante de este tipo de intervenciones es que incluye 2 visitas mensuales y que tiene una duración máxima de seguimiento de 3 años. Este plan se implementó en EE. UU., Canadá y Australia en el 2023. Igualmente, no queda claro si se sigue

implementando en la actualidad, ya que no hay actualizaciones en la evaluación de programas y guía del SAMHSA.

De acuerdo con el análisis realizado de las experiencias internacionales, es posible identificar ciertos puntos en común con las políticas implementadas en Uruguay. Entre estos, se destaca la inclusión de una perspectiva de género y de derechos humanos como ejes rectores en el diseño de las políticas, independientemente de las limitaciones que puedan surgir en su implementación concreta. Asimismo, en todos los casos analizados se reconoce la necesidad de brindar una atención integral a esta población, desde la etapa prenatal hasta el posparto.

Dicha atención integral se compone de equipos interdisciplinarios, y se apoya en el fortalecimiento de redes de apoyo comunitario y familiar para acompañar a estas madres.

Un aspecto transversal que surge en todos los informes revisados es el reconocimiento del estigma que enfrentan las mujeres en relación con el consumo de sustancias, el mismo actúa como una barrera para el acceso a los servicios de salud y para recibir un tratamiento adecuado. Tal como se menciona en el estudio de Ghosh et al. (2023), no contemplar las necesidades específicas de las mujeres, así como los cambios físicos y mentales propios del embarazo y el puerperio, constituye uno de los principales obstáculos para el desarrollo de políticas efectivas de prevención e intervención.

Otra dimensión relevante es la disponibilidad de recursos financieros para sostener y ampliar estos planes. Por ejemplo, en el informe de las políticas analizadas en nueve países se menciona que una de las barreras más importantes es la escasez de fondos dirigidos específicamente a programas vinculados a mujeres, embarazo y maternidad (Ghosh et al., 2023). En el caso de Uruguay, si bien tanto el Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones como el Informe de Evaluación de la OEA (2023) destacan la existencia de recursos económicos disponibles, surge el interrogante si esos fondos realmente van a acciones específicas para esta población.

En base a estos elementos, se vuelve posible evaluar de manera crítica las políticas implementadas, así como identificar oportunidades de mejora, y descartar aquellas estrategias que no han demostrado ser efectivas.

Consideraciones Finales

Este trabajo tuvo como propósito analizar las políticas públicas existentes para la prevención y el tratamiento del consumo de drogas durante el embarazo en Uruguay, así como revisar los antecedentes, las principales causas y consecuencias del consumo en la población de estudio (binomio madre-feto). Estos datos permitieron conocer la realidad del país en este contexto y las posibilidades que existen para mejorar la salud y el bienestar de las madres e hijos a través de estas políticas.

A su vez se realizó una revisión de antecedentes y políticas de otros países para entender cómo estamos y conocer las mejores prácticas que podrían aplicarse a Uruguay.

Propuestas para el Fortalecimiento de Políticas Públicas en Uruguay:

De acuerdo con la información recopilada sobre políticas o lineamientos implementados en otros países, las directrices de la OMS y otros organismos internacionales, así como a partir de las reflexiones personales surgidas del análisis realizado, se identifican ciertos aspectos que se podrían considerar para el abordaje de esta temática en Uruguay, los cuales se presentan a continuación:

Acceso a la Información sobre el Consumo de Drogas y Educación Sexual

Este punto lo aborda específicamente el informe de SEDRONAR (2022), el cual especifica que, en la etapa preconcepcional, toda persona que asista a un centro de salud y sea una posible gestante debe recibir información sobre los riesgos asociados al consumo de drogas, así como educación sexual y reproductiva.

Es fundamental que se determinen acciones claras, concretas y alineadas entre todos los sistemas de salud en relación con este tipo de intervenciones. La información es poder; por ello, resulta clave que sea clara y expresada en un lenguaje accesible para toda la población, de modo que facilite su comprensión.

Cabe destacar que este año, en Uruguay, se establecieron los ejes de trabajo en materia de salud sexual y reproductiva 2025-2030 (Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2025), los cuales plantean el acceso a la salud reproductiva, la prevención de los embarazos no planificados y el poder hacer frente a las desigualdades entre los sectores más desfavorecidos. Sin embargo, se señala que, desde el 2019, no se ha reunido el comité que regula los derechos en salud

reproductiva, y tampoco se contemplan acciones concretas al momento, incluyendo aquellas relacionadas con información sobre consumo de drogas y riesgos asociados.

Campañas de Comunicación para Cambiar Comportamientos de Consumo

En el estudio de Estados Unidos *Preventing the Use of Marijuana: Focus on Women and Pregnancy* (SAMHSA, 2019) se señala este punto como práctica efectiva en algunos programas. Se hace referencia a campañas sobre el consumo de alcohol como ejemplo, haciendo énfasis en que el contenido no debe ser punitivo, sino claro y preciso, explicando las razones del consumo, los riesgos, así como promoviendo medidas seguras. Alineado con esto, la UNODC (2018) aporta que las campañas en medios de comunicación tienen la posibilidad de llegar a mayor cantidad de gente.

En Uruguay, existe poca información sobre campañas publicitarias específicas a esta población. En las estrategias del *Plan Integral de Prevención del Consumo Problemático de Drogas 2021–2025*, uno de los puntos mencionados aborda “Acciones de educación y comunicación (folletos, campañas informativas, intervenciones breves, etiquetado y publicidad)” (Sistema Nacional Integral de Prevención, 2023). Sin embargo, nuevamente carece de acciones concretas en este ámbito.

Lo mismo ocurre con algunas campañas publicitarias que están reguladas, como las del alcohol; más allá de que hay una ley explícita, esta pocas veces se cumple.

Tener acceso a información clara, precisa y actualizada sobre los riesgos y consecuencias del consumo es fundamental para la toma de decisiones. Además, esta contribuye a revertir la baja percepción que hoy existe asociada al consumo de algunas drogas.

Acceso a Información sobre Salud Mental Perinatal

Como se hace referencia en el desarrollo de los factores de riesgo del consumo de drogas, hay una relación bidireccional con los trastornos de salud mental. Según el informe *Salud mental en madres en el período perinatal*: “La transición a la maternidad conlleva grandes cambios a nivel emocional, social y fisiológico, por lo que constituye un período de mayor riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en la mujer” (Coo Calcagni et al., 2021). Según el mismo informe, tanto durante la gestación como el postparto se generan alteraciones en el cerebro materno que pueden hacer que la mujer se encuentre más vulnerable y que presente cuadros como ansiedad o depresión.

Desde una perspectiva personal, considero que la salud mental debe ser abordada desde el inicio del embarazo, incluyendo, por ejemplo, dentro de las consultas prenatales, alguna instancia con profesionales de la psicología que puedan informar, orientar y acompañar a los padres en los desafíos propios de esta etapa. Asimismo, sería prudente incorporar esta temática en los cursos preparto.

Igualmente es importante reconocer que el abordaje de salud mental perinatal no impacta de la misma forma en todos los grupos sociales. En este contexto, surge la pregunta sobre qué pasa con esas mujeres que carecen de redes de apoyo y que se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad.

Por esta razón, es fundamental el diseño de estrategias que contemplen la diversidad de situaciones, que permitan el acceso a los servicios de salud y el acompañamiento que estas mujeres necesitan.

Formación de los Profesionales Involucrados

Como se mencionó en el desarrollo de los factores de riesgo, una de las principales razones por las que las mujeres no declaran el consumo es la discriminación que reciben por parte del personal médico. Esta situación pone de manifiesto una vez más las estructuras de poder, la idealización de la maternidad y del rol de la mujer.

Por esta razón resulta prioritario la formación del personal médico, así como de enfermeras -y cualquier personal que sea parte de estos procesos- en comunicación empática y escucha activa, así como en la utilización de un lenguaje no estigmatizante.

En cuanto a prácticas realizadas en Uruguay, se encontró una publicación de noviembre 2024 sobre capacitación a profesionales en intervenciones breves (Junta Nacional de Drogas, 2024). Pero no hay más información, es decir, no se puede afirmar si hoy se está haciendo o no, o, si más allá de estas instancias, hay acciones concretas en torno a esta problemática.

En este sentido, se considera relevante continuar formando a los profesionales en estas intervenciones breves. De acuerdo con el informe *Preventing the Use of Marijuana: Focus on Women and Pregnancy* (SAMHSA, 2019), estas intervenciones consisten en aplicar cuestionarios para detectar el consumo de sustancias. En caso de detectarse el consumo, se implementa una intervención breve denominada Entrevista Motivacional, la cual permite evaluar si la mujer está dispuesta a cambiar hábitos y brindar algunas herramientas de apoyo.

Programas de Seguimiento Posparto

Para aquellas mujeres en las que se detecta el consumo de drogas, es importante poder hacer un seguimiento exhaustivo luego del parto. En Uruguay, si bien existe el *Plan de Acompañamiento Familiar (PAF)*, no es concretamente para mujeres en situación de consumo, y tampoco se establece como se realiza dicho acompañamiento.

Un ejemplo interesante es el programa *Parent Child Assist Program*, desarrollado en Estados Unidos, que es un programa específico para madres que consumen alcohol y drogas, con el objetivo de recuperarse (National Home Visiting Resource Center, n.d.). Como se mencionó previamente, lo interesante del programa es que tiene una duración de 3 años y cuenta con visitas mensuales. El objetivo es poder dar herramientas a estas madres relacionadas a la lactancia, crianza, y además en buscar objetivos alcanzables a nivel laboral, de cuidados, etc.

Resulta clave aquí señalar que el foco está puesto en la madre, atendiendo sus necesidades físicas, emocionales y psicológicas durante el puerperio y más allá.

Son recursos, sí, es dinero, sí, pero también es necesario pensar a largo plazo. Las consecuencias del consumo pueden generar múltiples dificultades, muchas de las cuales no solo persisten, sino que continúan manifestándose con el tiempo, afectando la calidad de vida de la madre y el niño. Por ello, se considera fundamental invertir en prevención, antes que afrontar los impactos futuros que puedan desencadenarse.

Clínicas Específicas para Mujeres Embarazadas y Madres (con perspectiva de género)

Si bien desde hace años las políticas públicas afirman tener un enfoque de género, esto no condice con la realidad de Uruguay. Tal como señala la publicación de la Junta Nacional de Drogas (2025), *La perspectiva de género es clave en el diseño de la red de atención en drogas*, es un gran deber que tiene el estado poder avanzar hacia centros específicos para estas madres y sus hijos.

Esto resulta especialmente necesario porque, como se ha expuesto a lo largo del ensayo, las mujeres que consumen drogas enfrentan múltiples estigmas vinculados a los mandatos sociales impuestos, lo que limita significativamente su acceso a los servicios de salud. En este sentido, se entiende que los centros específicos deberían permitir incorporar profesionales capacitados que trabajen desde una lógica de derechos, entendiendo la complejidad y la variedad de matices del consumo. Estos centros también deben trabajar desde un abordaje integral, y se deberá poner un especial foco en aquellos casos más vulnerables y que requieran otro tipo de asistencias, así como un acompañamiento respetuoso en el pre y posparto.

Dentro de la bibliografía, en Argentina y Estados Unidos, se hace referencia en sus políticas o programas a centros especializados para mujeres e hijos.

Integración de los Sistemas de Salud Público y Privado

Como se menciona en el informe de la OEA es necesario involucrar al sector privado en el intercambio de información, así como en el desarrollo de nuevas estrategias (OEA, 2019). Lo ideal sería que ambos sectores trabajaran de manera articulada y bajo los mismos lineamientos y procedimientos, tanto en lo referente a orientación sobre el consumo de drogas en consultas de mujeres en edad fértil, como en la implementación de intervenciones breves ante la detección de consumo durante el embarazo y su correspondiente derivación.

Datos e Indicadores: Herramientas Claves para la Eficacia en el Diseño e Implementación de Políticas

Por último, y de manera transversal a todas las propuestas expuestas previamente, se evidencia la importancia en la construcción de sistemas de información que permitan generar datos confiables y actualizados sobre el consumo de drogas durante el embarazo en Uruguay. La ausencia de estos datos constituye hoy una limitación significativa para el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas efectivas dirigidas a esta población.

A su vez, esta ausencia impide evaluar si estas políticas tienen un impacto real. Por esta razón, uno de los aspectos centrales de este ensayo es aportar herramientas que permitan desarrollar indicadores que posibiliten no solo monitorear su implementación, sino también analizar su efectividad en términos de acceso, continuidad de cuidados, reducción de daños y mejoras en la salud del binomio madre-hijo.

Contar con indicadores claves posibilitará avanzar hacia planificaciones más precisas, así como corregir desvíos en los programas ya existentes. Algunos indicadores que, basados en la revisión de la literatura, podrían implementarse tanto en el ámbito público como privado son:

- Porcentaje de mujeres derivadas a centros de salud mental o adicciones.
- Porcentaje de mujeres embarazadas tamizadas en controles prenatales.
- Tasa de detección de consumo, separado por sustancia.
- Porcentaje de mujeres que reciben tratamiento, una vez detectado el consumo.
- Porcentaje de mujeres que abandonan el tratamiento.

- Cantidad de mujeres y/o familias que acceden a servicios de acompañamiento psicológico durante y después del embarazo.
- Cantidad de profesionales capacitados en intervenciones breves y escucha activa.
- Cantidad de mujeres que recibieron apoyo posparto. (Aquí se puede medir tiempo, tipo de ayuda y resultados obtenidos)
- Frecuencia y cobertura según población objetivo de campañas de prevención del consumo. (Dirigidas a mujeres en edad fértil, sobre todo)

El consumo de drogas durante el embarazo no puede seguir siendo tratado como una cuestión meramente individual, ni bajo una óptica exclusivamente biomédica. Se trata de una problemática profundamente atravesada por desigualdades estructurales, estigmas, violencias y silencios institucionales que afectan de forma particular a todas las mujeres. Este ensayo puso en evidencia no solo la magnitud de las consecuencias que el consumo puede generar en la madre y el niño, sino también las limitaciones de las políticas públicas actuales para prevenir, detectar y acompañar estas situaciones de manera integral. Las evidencias recopiladas demuestran que, si bien existen lineamientos y normativas, su implementación es fragmentada, insuficiente y muchas veces desconectada de la realidad de quienes más lo necesitan. Uruguay necesita avanzar hacia estrategias sostenidas que integren el enfoque de género, derechos humanos y salud mental, priorizando la prevención desde edades tempranas y con énfasis en mujeres en edad reproductiva. Como futuros psicólogos, tenemos la responsabilidad de visibilizar estas problemáticas, promover prácticas respetuosas y trabajar por políticas públicas más humanas, sensibles y eficaces. Porque detrás de cada estadística hay una historia, una mujer, una vida que merece ser cuidada, escuchada y acompañada.

Concluyo este ensayo trayendo la siguiente reflexión del Sistema Nacional Integral de Prevención (2023): “Prevenir es tejer una trama, construir otras formas de ser y estar, caminar hacia un horizonte posible... porque ASÍ NOS CUIDAMOS” (p. 24).

Referencias Bibliográficas

- Australian Institute of Health and Welfare. (n.d.). *Pregnant and breastfeeding women's use of alcohol and other drugs*. <https://www.aihw.gov.au/reports/alcohol/pregnant-breastfeeding-women-alcohol-drugs>
- Barbié, F., Camacho, A., Bardecio, J., & Álvarez, L. (2020). *Autodeclaración del consumo de marihuana, tabaco, alcohol y derivados de cocaína en embarazadas en 2016 y 2020, Montevideo, Uruguay* [Trabajo académico, Universidad de la República, Facultad de Medicina]. Colibrí Repositorio Institucional. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/33735/1/MCII_2020_G3.pdf
- Benítez Florido, A. (2022). Síndrome de abstinencia neonatal. *NPunto*, 5(48), 79–84.
- Brik, M., Sandonis, M., Hernández-Fleury, A., Gil, J., Mota, M., Barranco, F. J., Garcia, I., Maiz, N., & Carreras, E. (2024). Cannabis exposure during pregnancy and perinatal outcomes: A cohort study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 103(6), 672–679. <https://doi.org/10.1111/aogs.14818>
- Cabrera, M. C., Pérez, M. J., Zunino, C., Cabana, Y., García, L., & Giachetto, G. (2015). *Frecuencia y características de las embarazadas y los recién nacidos expuestos a marihuana y cocaína en la Maternidad del Hospital de Maldonado*. Repositorio digital de la Universidad de la República. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/30673/1/Frecuencia%20y%20caracter%20de%20las%20embarazadas%20y%20los%20reci%C3%A9n%20nacidos%20expuestos%20a%20marihuana%20y%20coca%C3%ADna%20en%20la%20Maternidad%20del%20Hospital%20de%20Maldonado.pdf>
- Centro de Información y Referencia Nacional de la Red – Drogas “Portal Amarillo”. (s.f.). *Criterios de admisión*. Junta Nacional de Drogas.
- Diez, M., Pawlowicz, M. P., Vissicchio, F., Amendolaro, R., Barla, J. C., Muñiz, A., & Arrúa, L. (2020). Entre la invisibilidad y el estigma: Consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. *Salud Colectiva*, 16(2), 203–214. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2509>
- Gama, E., Leguisamo, G., López, S., Olivera, E., Rangel, M., & Sousa, P. (2023). *Consumo de sustancias psicoactivas en embarazadas que se atienden en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay* [Trabajo académico, Universidad de la República, Facultad de Medicina]. Colibrí Repositorio. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/46529/1/G29-2023.pdf>

- Ghosh, A., Jerković, D., Ignjatova, L. A., Bruguera, C., Ibrahim, D. I., Okulicz-Kozaryn, K., & Gordon, R. (2023). Drug policies' sensitivity towards women, pregnancy, and motherhood: A content analysis of national policy and programs from nine countries and their adherence to international guidelines. *Addiction Science & Clinical Practice*, 18, 53. <https://doi.org/10.1186/s13722-023-00410-0>
- Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA). (2018). *Pautas de reducción de riesgos en el uso de cannabis*. <https://ircca.gub.uy/wp-content/uploads/2022/09/PautasReduccionRiesgos-v8-1.pdf>
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2016). *Informe 2016. Capítulo 1: Las mujeres y las drogas*. Naciones Unidas.
- Junta Nacional de Drogas. (2006). *IV encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas 2006*. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/2018-01/OU4 4ta encuesta drogas Uruguay hogares 2006.pdf>
- Junta Nacional de Drogas. (2011). *V Encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas 2011*. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/2018-01/v enc hogares 2011.pdf>
- Junta Nacional de Drogas. (2016a). *Mujeres, maternidad, consumo problemático: Construyendo en clave grupal*. Psicolibros Waslala.
- Junta Nacional de Drogas. (2016b). *VI Encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas 2016*. https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/201609_VI encuesta hogares OUD ultima rev .pdf
- Junta Nacional de Drogas. (2018, 25 de septiembre). *Pautas de reducción de riesgos en el uso de cannabis*. Presidencia de la República del Uruguay. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/pautas-reduccion-riesgos-uso-cannabis>
- Junta Nacional de Drogas. (2019). *VII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población general 2018*. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII ENCUESTA NACIONAL DROGAS POBLACION GENERAL 2019.pdf>
- Junta Nacional de Drogas. (2024). *VIII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población general – Uruguay*. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/datos-y-estadisticas/datos/viii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-poblacion-general-uruguay>

- Junta Nacional de Drogas. (2024, 15 de noviembre). *Jornadas “Intervenciones breves para motivar cambios en el consumo de alcohol y otras drogas”*. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/noticias/jornadas-intervenciones-breves-para-motivar-cambios-consumo-alcohol-otras>
- Junta Nacional de Drogas. (2025, 27 de mayo). *Perspectiva de género es clave en el diseño de la red de atención en drogas*. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/noticias/perspectiva-genero-es-clave-diseno-red-atencion-drogas>
- Junta Nacional de Drogas. (s.f.). *Estrategia para el abordaje de la prevención del consumo problemático de drogas en los entornos familiares*. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/estrategia-para-abordaje-prevencion-del-consumo-problematico-drogas-0>
- La Mañana. (2022). La odisea para liberarse de una adicción a las drogas: ¿Cuál es el costo de rehabilitarse? *La Mañana*. <https://www.lamañana.uy/actualidad/la-odisea-para-liberarse-de-una-adiccion-a-las-drogas-cual-es-el-costo-de-rehabilitarse/>
- Lenie, S., Sillis, L., Allegaert, K., Bogaerts, A., Smits, A., Van Calsteren, K., Verbakel, J. Y., Foulon, V., & Ceulemans, M. (2025). Alcohol, tobacco and illicit drug use during pregnancy in the longitudinal BELpREG cohort in Belgium between 2022 and 2024. *Journal of Clinical Medicine*, 14(2), 613. <https://doi.org/10.3390/jcm14020613>
- Marangoni, S. R., Gavioli, A., Dias, L. E., & Oliveira, M. L. F. de. (2022). Consumo de drogas de abuso durante el embarazo analizado mediante el método de detección oportunista. *Cogitare Enfermagem*, 27, e79282. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.79282>
- Coo Calcagni, S., Mira Olivos, A., García Valdés, M. I., & Zamudio Berrocal, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediátrica*, 92(5), 724–732. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519>
- Mathias, H., Foster, L. A., & Rushton, A. (2024). Programs and practices that support pregnant people who use drugs’ access to sexual and reproductive health care in Canada: A scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(72). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06225-w>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2022). *Programa de Acompañamiento Familiar (PAF)*. Dirección Nacional de Desarrollo Social (DINADES). https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/DINADES_Infancia_2022_PAF.pdf

- Ministerio de Salud Pública (Uruguay). (2025, 19 de marzo). *Ejes de trabajo en salud sexual y reproductiva 2025–2030*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/ejes-trabajo-salud-sexual-reproductiva-2025-2030>
- Moraes Castro, M., Pinto, F., Pereiras, C., Fischer, A., Vogel, C., Duarte, V., Barceló, J., Sosa, C., & González, G. (2020). Autodeclaración del consumo de marihuana, tabaco, alcohol y derivados de cocaína en embarazadas en 2013 y 2016, Montevideo, Uruguay. *Adicciones*, 32(3), 173–180. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1107>
- National Home Visiting Resource Center. (n.d.). ParentChild Assistance Program. https://nhvrc.org/model_profile/parent-child-assistance-program/
- National Institute on Drug Abuse. (s.f.). *La adicción y la salud*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud>
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2023). *Evaluación de políticas de drogas: Uruguay*. <https://www.oas.org/ext/DesktopModules/MVC/OASDnnModules/Views/Item/Download.aspx?type=1&id=833&lang=2>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2023). *Normas internacionales para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas* (Ed. revisada). Naciones Unidas.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Normas internacionales para la prevención del uso de drogas* (2.ª ed. actualizada). https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/int_standards_document_ESPAGNOL.pdf
- Pascale, A. (2015). *Consumo de drogas durante el embarazo: Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención* [Revisión]. Junta Nacional de Drogas. <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>
- Piñuñuri, R., Mardones, C., Valenzuela, C., Estay, P., & Llanos, M. (2015). Exposición prenatal a drogas de abuso y crecimiento de lactantes de CONIN Valparaíso, Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2070–2078. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000500021
- Policy Center for Maternal Mental Health. (2025, marzo). *2025 Maternal Mental Health SUD Fact Sheet*. <https://policycentermmh.org/app/uploads/2025/03/2025-MMH-SUD-Fact-Sheet.pdf>

- Pratt Tremblay, G., Dimanlig-Cruz, S., Dion, A., & Corsi, D. J. (2025). Trends in prenatal substance use across Ontario, Canada. *JAMA Network Open*, 8(1), e2455310. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.55310>
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay. (2023). *Plan nacional para el abordaje de la salud mental y adicciones*. https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2023/noticias/AK_998/plan_salud_mental_adicciones.pdf
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay. (2024, 18 de noviembre). *Portal Amarillo incorpora 18 camas para tratar afectados por consumo problemático de sustancias*. <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/portal-amarillo-incorpora-18-camas-para-tratar-afectados-consumo-problematico>
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). (2022, noviembre). *Recomendaciones para la prevención del consumo perinatal de sustancias psicoactivas y para la contención y cuidado de las personas afectadas*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-11/Recomend.consumos%20problematicos_perinatales.pdf
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2024). *Plan de acción 2024–2030*. <https://senda.gob.cl/wp-content/uploads/2024/05/Plan-de-Accion-2024-2030.pdf>
- Sistema Nacional Integral de Prevención. (2023). *Plan integral de prevención*. Presidencia de la República Oriental del Uruguay.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019, diciembre). *Preventing the Use of Marijuana: Focus on Women and Pregnancy* (SAMHSA Publication No. PEP19-PL-Guide-2). National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep19-pl-guide-2.pdf>
- Teixeira, J. M. da S., Boden, J. de S., Valverde Fonseca, I., Ronzani, T. M., & Grincenkov, F. R. dos S. (2023). Actitudes de profesionales sobre el consumo de drogas en mujeres embarazadas: Revisión sistemática. *Psicologia: Teoria e Prática*, 25(1), 1–19. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872023000200300
- Uruguay. (2020, 17 de febrero). *Decreto N.º 63/020, por el cual se reglamenta la Ley N.º 19.855, que crea un marco regulatorio para el consumo problemático de bebidas alcohólicas* (Diario Oficial, n.º 30.390, 3 de marzo de 2020). IMPO.

Vieiros, M., Mirahi, A., Villarreal, M., Ramos-Triguero, A., Fernández-Rubal, I., Andreu-Fernández, V., Pichini, S., García-Algar, Ó., & Marchei, E. (2024). Prevalence of psychoactive substance use during pregnancy in Argentine women: A pilot study testing maternal hair. *Therapeutic Drug Monitoring*, 46(4), 530–536. <https://doi.org/10.1097/FTD.0000000000001218>