



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Trabajo Final de Grado

Una aproximación al abordaje territorial de las políticas públicas de drogas en el departamento de Montevideo, en la implementación de los dispositivos de base comunitaria.

Estudiante: Julia Capelán Ayala

C.I: 2.919510/1

Tutor: Prof. Agdo. Grado V Juan Fernández Romar

Montevideo, octubre del 2015

Resumen

El presente trabajo se propone reflexionar acerca del abordaje territorial de las políticas públicas de drogas en el departamento de Montevideo y la forma en que este abordaje se concreta en los dispositivos de base comunitaria, que brindan atención a usuarios de drogas en situación de extrema vulnerabilidad social. A estos efectos se realizó una revisión bibliográfica de la temática así como de diversos documentos oficiales elaborados por la Junta Nacional de Drogas, entre ellos, los informes anuales que elaboró dicho organismo.

La criminalización y estigmatización, tanto de las drogas ilegales como de los usuarios que las consumen, han contribuido a profundizar la marginación y sufrimiento social del sector más pobre de los consumidores, dificultando su acceso a las redes socio-sanitarias.

Con miras a mejorar las condiciones de vida y el acceso a la Red Nacional de Atención en Drogas de los usuarios problemáticos de sustancias psicoactivas, a partir del 2010, la JND comienza a definir acciones de abordaje territorial en drogas, y la conformación de redes locales, definiendo en algunas zonas, una agenda de trabajo interinstitucional y comunitario.

De este modo el diseño e implementación de las políticas públicas de drogas, se ven interpelados por dimensiones y actores claves tales como: la participación ciudadana, la inclusión social, la descentralización, la territorialización de las políticas públicas, el rol del Estado y de la sociedad civil, los derechos humanos, etc.

Palabras clave: Políticas públicas, drogas, abordaje territorial, dispositivos de base comunitaria

ÍNDICE

Introducción	1
Metodología.....	3
De qué hablamos cuando hablamos de consumo de Sustancias Psicotrópicas.....	3
La perspectiva punitiva vs la perspectiva social y sanitaria.	5
Antecedentes de las políticas de drogas en Uruguay: del modelo prohibicionista al modelo de RRDD.....	5
La medicalización del consumo problemático de sustancias psicoactivas y la construcción social del estigma en los servicios de salud.	8
El modelo de Reducción de Riesgos y Daños.....	10
El modelo ECO2.....	12
El Tratamiento de Base Comunitaria (CBT).....	16
La maldita droga: la Pasta Base de Cocaína y sus consumidores.	18
Los territorios de la droga.	20
Las estrategias de inclusión social y las nuevas formas de la marginalidad.	25
El abordaje Territorial de las políticas públicas de drogas.	26
La Estrategia Nacional 2011-2015 de la JND.....	26
Los Planes Locales y las estrategias de descentralización.....	28
Las políticas públicas de salud.....	33
La Salud Mental.....	34
Las mesas de convivencia y seguridad y la(s) comunidad(es) local(es).....	36
Los dispositivos de Base Comunitaria.	36
Conclusiones.....	39
Referencias Bibliográficas.....	42

Introducción

El presente trabajo se propone reflexionar acerca del abordaje territorial de las políticas públicas de drogas en el departamento de Montevideo y la forma en que este abordaje se materializa en los dispositivos de base comunitaria que brindan atención a usuarios en situación de extrema vulnerabilidad social.

La Junta Nacional de Drogas¹ (s.f.) publica en su página WEB que un 98 % de la población usuaria de Sustancias Psicoactivas², no accede a los servicios de salud o no se encuentra dispuesta a iniciar un tratamiento. Las razones para que esto ocurra tienen que ver fundamentalmente con el paradigma prohibicionista. La criminalización y estigmatización tanto de las SPA ilegales como de los usuarios que las consumen, han contribuido a profundizar la marginación y sufrimiento social del sector más pobre de los consumidores, dificultando su acceso a las redes socio-sanitarias.

A pesar de que Uruguay ha ido reduciendo significativamente los índices de pobreza en los últimos 10 años, la distribución social y espacial de la pobreza no es homogénea en todo Montevideo, lo que responde a un fenómeno de segregación territorial. El análisis de la segregación es importante en tanto se vincula con la distribución territorial de la oferta y demanda de servicios básicos (INE, 2014).

Si bien el fenómeno de las drogas abarca todas las capas sociales, una droga como la Pasta Base de Cocaína³ logró su adherencia en los sectores más vulnerables de la población, lo que ha puesto de manifiesto el fracaso de algunas de las medidas preventivas y asistenciales llevadas a cabo (OUD, 2013).

Con miras a mejorar las condiciones de vida y el acceso a la Red Nacional de Atención en Drogas⁴ de las personas que tienen un consumo problemático de SPA y se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad social, a partir del 2010, la JND comienza a definir acciones de abordaje territorial en drogas, y la conformación de redes locales, definiendo en algunas zonas, una agenda de trabajo interinstitucional y comunitario. El equipo

¹ en adelante JND

² en adelante SPA

³ en adelante PBC

⁴ en adelante RENADRO

interinstitucional se conformó con la participación de la ASSE⁵, Ministerio de Desarrollo Social⁶, INAU⁷, Policía Comunitaria, IdeM⁸, Facultad de Psicología y OSC⁹ (JND, 2014).

Los equipos de los diferentes dispositivos se integran junto a otros actores de instituciones públicas, agentes comunitarios, usuarios y familiares, para la realización de acciones de diagnóstico, derivación y tratamiento, con un enfoque de Derechos Humanos e inclusión social. Las acciones de enganche se realizan con los propios usuarios y la movilización comunitaria, en los ejes de atención, tratamiento derivación, acompañamiento, educación y trabajo.

Pablo Anzalone contrapone el espacio de “lo local”, a las concepciones centralizadoras y excluyentes. Define a la descentralización como una estrategia que trasciende la desconcentración de servicios en el territorio, por el contrario, se constituye en apuesta a construir capacidad de decisión en los ámbitos locales, fortaleciendo el protagonismo de actores sociales e institucionales, a través de la transferencia y construcción de poder local (JND, 2015a).

De este modo el diseño e implementación de las políticas públicas de drogas se ve interpelado por dimensiones y actores claves tales como: la participación ciudadana, la inclusión social, la descentralización, la territorialización de las políticas públicas, el rol del Estado y de la sociedad civil, los derechos humanos, etc.

La JND (2011) en el documento “Estrategia Nacional para el abordaje del problema drogas. Período 2011-2015”, señala que la Universidad de la República juega un rol fundamental a la hora de impulsar la generación de evidencia científica para el diseño e implementación de Políticas Nacionales de Drogas.

La posibilidad de haber participado en carácter de estudiante durante 2014¹⁰, en una experiencia inédita en nuestro país, como es el Punto de Encuentro, aunada a mi

⁵ Administración de Servicios de Salud del Estado

⁶ en adelante MIDES

⁷ Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

⁸ Intendencia de Montevideo

⁹ Organizaciones de la Sociedad Civil

¹⁰ pasantía anual del Instituto de Psicología Social: Fundamentos para la Intervención en dispositivos socio-laborales de Usuarios Problemáticos de Drogas; en el marco de un convenio que la JND mantiene con la Facultad de Psicología. A estos efectos los estudiantes participamos de la

experiencia laboral como integrante de un equipo SOCAT-MIDES¹¹ gestionado por una ONG, me motivaron a querer investigar la manera en que una determinada política pública, en este caso de drogas, se territorializa en función de determinadas características locales, y en base a ciertas necesidades que responden a un tipo de población específica.

Metodología

Para la elaboración de la monografía se realizó, entre los meses de abril y octubre del presente año, una revisión bibliográfica y documental. El trabajo se desarrolló en cuatro etapas consistentes en: la definición de los objetivos, la búsqueda bibliográfica y documental, organización de las lecturas relevadas, para finalizar con la redacción. Las fuentes consultadas consistieron en documentos primarios: artículos originales, revistas científicas, documentos oficiales elaborados por la Junta Nacional de Drogas, Informes de organismos internacionales, y secundarios: artículos de revisión.

De qué hablamos cuando hablamos de consumo de Sustancias Psicotrópicas.

El consumo y la existencia de diversas SPA, son tan antiguos como la humanidad misma, que las ha utilizado con fines religiosos, medicinales o recreativos. Las diversas formas de sentido y significados otorgados a las SPA varían, dependiendo el momento histórico y social de que se trate, y de las culturas en las cuales se inscriben. Sin embargo, tal como señala Escohotado (1998) en la actualidad, las SPA ilegales son concebidas como una nueva forma de pecado o en todo caso como una nueva forma de delito, lo que ha contribuido a la estigmatización y criminalización de las sustancias y de los usuarios que las consumen.

Tal como se señala en un documento elaborado por el MIDES (2013) donde se analiza la postura institucional del ministerio frente a la temática, a la hora de referirnos a una Política Pública de drogas resulta más preciso, en términos científicos y políticos, utilizar el término Sustancia Psicoactiva. Diremos entonces que cuando hacemos referencia a las SPA, nos referimos a todas aquellas sustancias químicas, de origen natural o sintético, que una vez

experiencia Punto de Encuentro “Lagarto San Antonio”, un dispositivo de bajo umbral, con enfoque en el Tratamiento de Base Comunitario, situado en el barrio de Malvín Norte.

¹¹ Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial, programa del Ministerio de Desarrollo Social ejecutado por una Organización de la Sociedad Civil.

ingresadas en el organismo, generan algún tipo de modificación en el estado de ánimo de los sujetos o de su percepción, gracias a la acción directa de las SPA a nivel del Sistema Nervioso Central.

Si tomamos esta definición como válida, tenemos que admitir la presencia de varias clases de SPA en nuestra vida cotidiana: tabaco, mate, té, café, chocolate, alcohol, bebidas cola, remedios controlados, etc.

La VI Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas, aporta una serie de datos acerca del consumo de diversas SPA: el alcohol, cuyo abuso se encuentra integrado y legitimado socialmente es la sustancia de venta legal, más consumida por los uruguayos¹², seguida por el tabaco y los tranquilizantes (JND, 2015b).

Las clasificaciones de ciertas drogas, a las que se les atribuye el carácter normativo de ilegales, responden en mayor medida a intereses económicos y geopolíticos que a criterios científicos debidamente fundamentados. La criminalización de las SPA ilegales trajo como consecuencia, no sólo la marginación de los usuarios, sino el desconocimiento de los efectos y características de las sustancias, englobando bajo el término genérico de “droga” una gran variedad de SPA de diversa naturaleza.

Si el término droga ha adquirido a lo largo de la historia una significación cargada de prejuicios y estigmas, otro tanto sucede al definir a los Usuarios problemáticos de SPA como adictos, drogadictos o drogodependientes, lo que los ubica en el lugar de enfermos, incapaces de poder ejercer un control sobre las SPA o sobre el modo de gestionar los riesgos y los daños que conlleva el consumo por lo que se asume que todo consumo de SPA ilegal es problemático.

Sin embargo, existen distintos tipos de usos: experimental, ocasional, habitual o dependiente. A la hora de definir un consumo como problemático, se considera que este debe afectar una o varias de las siguientes áreas: la salud física o psicológica, las relaciones primarias, (familia, pareja, amistades), las relaciones secundarias, (trabajo, estudio), y finalmente el área de la ley.

¹² El estudio afirma que 1 de cada 5 uruguayos de entre 15 y 65 años, ha presentado un consumo problemático de alcohol en los últimos 12 meses, se estima que esto representa un total de 261.000 personas. La edad promedio de inicio en el consumo de alcohol es de 16.9 años. Las estadísticas afirman que los sujetos que se inician con el alcohol a edades más tempranas aumentan las probabilidades de desarrollar un consumo problemático (OUD, 2015).

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en su informe mundial sobre drogas, destaca que, durante el año 2014, algo más de 5 % del total de la población mundial de entre 15 y 64 años consumió una sustancia ilícita, (la cifra se mantiene estable con respecto a años anteriores), y solamente un 0,6 del total de la población mundial adulta, está constituida por consumidores problemáticos (UNODC, 2015).

A los efectos de este trabajo, cabría preguntarse a qué hacemos referencia cuando hablamos de consumo de SPA. Oromaní (2008) caracteriza a las sustancias y a su consumo de la siguiente manera:

...se trata del fenómeno de la incorporación al organismo humano de unas sustancias químicas, con unas características farmacológicas que actúan sobre todo a nivel psicotrópico, pero cuyas consecuencias, funciones, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas. (p.302).

¿Cuál sería entonces la función que cumple “la drogodependencia” en nuestras sociedades contemporáneas? Dimov, (citado por Stolkiner y Vázquez, 2009), utiliza el concepto de dispositivo, en el sentido que le da Foucault, para señalar que la función del dispositivo drogodependencia sería estratégica, ya que reviste utilidad económica y geopolítica, institucionaliza un nuevo tipo de subjetividad, es objeto de tutela y rechazo social, fundante de prácticas jurídicas, médicas y psicológicas. Desde esta perspectiva no resulta exagerado afirmar que no existirían únicamente consumos de SPA que resultan perjudiciales para la salud, sino políticas públicas en materia de drogas generadoras de daños.

La perspectiva punitiva vs la perspectiva social y sanitaria.

Antecedentes de las políticas de drogas en Uruguay: del modelo prohibicionista al modelo de RRDD.

Guillermo Garat (2013) señala que en Uruguay, a comienzos del siglo XX, diversas SPA tales como el cannabis, el opio, el clorhidrato de cocaína no sólo se utilizaban con fines médicos o recreativos sino que eran ampliamente difundidos a través de campañas publicitarias. Las primeras reglamentaciones que hacen referencia al uso de drogas datan de 1908, e intentan impedir el comercio del opio, la cocaína y sus derivados, sin demasiado éxito. Las políticas de Drogas en el país estuvieron supeditadas desde los inicios, a los

vaivenes de los acuerdos multilaterales con respecto al tema. Uruguay integró en 1933 el Comité Central del Consejo Directivo de la Comisión del Opio de la Sociedad de Naciones, con la pretensión de oficiar como nexo con los países productores.

Afirma Guillermo Garat (2013) que poder y saber médicos tuvieron su punto de inflexión en los primeros años del siglo XX, cuando la salud pasa a ser un asunto del Estado, y con la dictadura de Terra el modelo médico radicaliza su discurso: el consumo de drogas se asimila a la degradación moral y física del usuario. Será Terra, como ministro del interior, quien coordine los operativos represivos y termine de impulsar más tarde, el modelo prohibicionista durante su gobierno dictatorial. De esta manera se crean una serie de comisiones estatales para la coordinación de la represión al tráfico y uso de drogas: “La carta orgánica del Ministerio de Salud Pública (MSP) de 1934 preveía que la secretaría de estado fuera la “policía” de los “vicios sociales”. (Garat, 2013, p.5)

La historia de Uruguay, como la del resto de la región, no ha estado ajena a los vaivenes internacionales en materia de políticas de drogas, fruto del modelo prohibicionista. Sin embargo, a fines de 2013 se aprobó en el país un nuevo marco regulatorio del cannabis psicoactivo. De aquí en más, el Estado uruguayo será el encargado de controlar la producción, distribución, comercialización, tenencia y consumo de la marihuana con fines recreativos o medicinales, además de su utilización con fines industriales.

La concepción que subyace a la nueva ley, continúa la línea estratégica de la JND, en materia de políticas públicas basadas en el modelo de Reducción de Riesgos y Daños¹³, y ubica a Uruguay a nivel regional y mundial como un país precursor en la materia. A través de la nueva legislación el Estado Uruguayo asume, que el abordaje de la problemática es un tema de salud pública, y que por tanto exige un tratamiento social y sanitario, cuyo marco conceptual es la RRDD (Presidencia de la República, 2013).

En el plano internacional, este viraje coincide con un momento particular que atraviesan las políticas públicas de drogas en todo el mundo, ya que el modelo prohibicionista, que sustentó la cruzada planetaria contra las drogas, viene siendo duramente cuestionado desde diversos sectores: académicos, políticos, y de la sociedad civil.

Históricamente, las políticas prohibicionistas se tiñeron de un discurso moralizante, elaboraron planes y establecieron clasificaciones sobre las sustancias, que en la actualidad comienzan a ser cuestionadas debido a su dudoso sustento científico. La llamada “guerra

¹³ en adelante RRDD.

contra las drogas” ha demostrado su fracaso en el combate al narcotráfico, sumiendo a los Estados en operaciones militares costosas e inútiles, que no han logrado erradicar los mercados ilegales ni disminuir los consumos de drogas ilícitas. Este estado de cosas ha llevado a que prime la tendencia represiva sobre aquella que atañe a la perspectiva de la salud y de los derechos humanos (Hallam, Bewley –Taylor, Jelsma, 2014).

Para Mariano Fusero (2013) la trama de discursos que sostiene y ampara el paradigma de la “guerra contra las drogas”, estaría ligada a estrategias de persecución y control social sobre ciertos grupos vulnerables, (inmigrantes latinos, afro descendientes, poblaciones pobres, etc.). La pobreza y la vulnerabilidad social, constituyen elementos que transversalizan a la criminalización de las drogas, condiciones sobre las que se basa la selectividad penal. Sostiene además, que a pesar de la crisis que atraviesa el viejo paradigma, este continúa vigente y reaccionando de forma violenta contra los intentos de reforma.

Fusero (2013) identifica una serie de paradigmas discursivos que responden al modelo prohibicionista, a los que denomina “tóxicos”, (racista-xenófobo, misógino, ideológico, aporofóbico-delincuencial, paradigma de la salud). Dicha trama de discursos, a menudo contradictoria, ha contribuido a conformar una visión distorsionada de la problemática “drogas”. Los paradigmas “tóxicos” se ven ahora amenazados por el nuevo paradigma de los derechos humanos en el cual se basan los distintos proyectos de reforma.

A los efectos de este apartado, resulta interesante poder detenerse en el paradigma de salud al que hace referencia Fusero (2013). Las nuevas directrices en materia de políticas públicas de drogas tienden a trasladar la problemática del ámbito de la seguridad al ámbito de la salud. De esta manera se combinan en un mismo entramado, respuestas penales y sanitarias, que llegan a contemplar la internación compulsiva so pretexto de pena.

Cabe destacar que en el Uruguay continúan vigentes, leyes de corte higienista, tales como la Ley de vagancia, mendicidad y estados afines, o la Ley del psicópata, que promueven la posibilidad de la internación compulsiva como medida sanitaria, mientras que la soluciones alternativas al enfoque prohibicionista en materia de leyes, se limitan a la regulación del cannabis (Bardazano, 2014).

Aun cuando el paradigma de la salud pueda identificarse como un avance con respecto al paradigma discursivo de la seguridad, la implementación acrítica del paradigma de la salud traslada en buena parte de sus afirmaciones, las legitimaciones provenientes del “más perverso sistema de criminalización positivista” (Fusero, 2013 p. 122).

Un estudio elaborado en 2014 por el Colectivo de Estudios Drogas y Derechos (CEDD), integrado por investigadores de ocho países latinoamericanos, (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y Uruguay), analiza las respuestas de los países miembros frente al consumo de sustancias ilícitas. El estudio afirma que es a través de respuestas punitivas y represivas que los estados se acercan a los usuarios de drogas y no a través de las instituciones sanitarias. Por lo tanto existe un desvío de recursos destinados hacia las políticas de seguridad y justicia en detrimento del sistema de salud.

De esta manera se establece una suerte de tensión entre el diseño de las políticas públicas y las legislaciones por un lado, (basadas en una estrecha interpretación de los tratados internacionales sobre drogas), y los tratados internacionales sobre derechos humanos por el otro (CEDD, 2014).

La etiqueta que portan los usuarios y el lugar que ocupan las sustancias en el modelo prohibicionista, tienen su correlato en la persecución, penalización y estigmatización de los consumidores de sustancias ilegales, lo que contribuyó a profundizar su marginación alejándolos de los servicios de salud. La ilegalidad de ciertas sustancias, expone a los consumidores a graves riesgos de salud, especialmente a la franja de consumidores más pobres, que acceden a sustancias baratas y de mala calidad. Esto ha contribuido a generar un verdadero problema sanitario que los países han intentado afrontar de una u otra manera, desarrollando programas alternativos y/o complementarios al modelo prohibicionista, basados en el modelo de RRDD.

La medicalización del consumo problemático de sustancias psicoactivas y la construcción social del estigma en los servicios de salud.

Si las SPA y sus diversos consumos han acompañado a la humanidad a lo largo de la historia, cabría preguntarse acerca de los mecanismos que los volvieron “problema” como constructo.

Graciela Touzé (2001) propone a la medicalización de los fenómenos como forma de control social. Diversas situaciones que en un momento dado no eran concebidos como problemas, entran a formar parte de la jurisdicción de la medicina, en la medida que son construidas desde relaciones de poder como fenómeno de “anormalidad”. Esta suerte de medicalización de los fenómenos tiene una clara incidencia en la forma de definir los problemas, intentar explicarlos y en la manera de elaborar respuestas. Un mismo fenómeno

será controlado por distintas agencias, (Iglesia, Derecho, Medicina), en función de un momento histórico dado.

Peyraube (2013) analiza la atención en salud y la contribución de la medicina a la construcción del estigma, que se relaciona fundamentalmente con el alineamiento del mundo médico a las filas del prohibicionismo, promovido no por la medicina sino por los momentos históricos, corrientes filosóficas, circunstancias geopolíticas, etc. Poder y saber se funden para prescribir conductas y estilos de vida, fundados en la cultura dominante. Pero la cuestión de las drogas, para Peyraube (2013) excede a la conceptualización de las enfermedades infecto contagiosas, en la medida que incluye aspectos relacionados con el placer, el contexto cultural, aspectos geopolíticos y económicos, etc.

Stolkiner y Vázquez (2009) analizan los procesos de estigma y exclusión en salud, estableciendo articulaciones entre la estigmatización, los derechos ciudadanos, el uso de drogas y las drogodependencias. Para estas autoras el estudio de los procesos de estigma en salud, resulta vital para la elaboración de políticas donde prime el respeto por los derechos humanos. Proponen como primera medida una puesta en discusión de las categorías de enfermedad y delito aplicadas a los consumos de drogas. Señalan que aquellos que han sufrido el estigma por consumir drogas, cargan desde mucho antes con el estigma de ser pobres. Concluyen que los procesos de estigma producen exclusión y que una de sus variantes adopta la nominación de enfermedad.

Iban de Rementería (2013), utiliza la noción de pacto como la institucionalización de un acuerdo entre las partes, en este caso aplicado al sistema institucional, (sanitario, social, criminal, político, etc.), y los usuarios de drogas. De esta manera, dichas relaciones avanzarían en un largo camino de regularización para finalmente fundirse en un pacto, única vía en que las instituciones pueden ponerse al servicio de los usuarios independientemente de las características y modalidades de consumo, mientras estos hacen uso de los servicios en función de sus deseos, necesidades y derechos.

Oromaní (2008) afirma que los usos de drogas se hayan fuertemente conectados con la auto atención, debido a que en todo grupo social se dan con frecuencia, situaciones de padecimiento, daños o enfermedades y ante eso surge la necesidad de los sujetos y su entorno de establecer acciones para resolver estos problemas. La auto atención se constituye en el nivel primario de atención de nuestras sociedades contemporáneas, previa al primer nivel de atención institucional. Las soluciones que brinda el modelo médico son heterónomas, vienen de afuera, desde una lógica profesional, contribuyendo al control social.

Una intervención socio sanitaria que se pretende efectiva, tiene que estar de acuerdo, por lo menos hasta cierto nivel, con la visión de las personas asistidas.

Graciela Touzé (2001) sostiene que bajo la denominación Reducción del Daño, se engloban una serie de programas y estrategias diversas, que dan cuenta de los contextos culturales en los que se desarrollan. En general se apoyan en una estructura sanitarista, pero también existen perspectivas que ensayan una lectura social, que enfatiza los conceptos de marginación y estigmatización de los usuarios y promueve un cambio a nivel de las representaciones sociales, mecanismos que son entendidos como causantes de la exclusión. Desde esta perspectiva, el énfasis no está puesto únicamente en el cuidado de la salud, sino en la defensa de los derechos de las personas que consumen SPA, reivindicando su condición de ciudadanos.

El modelo de Reducción de Riesgos y Daños.

La JND (s.f) define en su página web el modelo de RRDD como:

...un marco conceptual y referencial que incluye a todas aquellas estrategias, ya sea en el área de tratamiento prevención y reinserción social, que tienen como finalidad disminuir de una manera jerárquica y variada, los efectos negativos del uso de drogas ya sea a nivel individual, en el entorno o de terceros (párr.1, sección: Reducción de Riesgos y Daños).

El modelo se constituiría en línea estratégica de la JND, trasnversalizando al conjunto de las políticas de drogas que abordan la prevención, el tratamiento, la reinserción social, (incluidos los dispositivos de base comunitaria).

La JND (s.f.) plantea también los objetivos de aplicación del modelo, tendientes a disminuir la morbimortalidad de los usuarios, así como el deterioro psicosocial, mejorando la calidad de vida de los usuarios. Se trata de establecer contacto entre el mayor número de usuarios y las instituciones sanitarias, incrementando la retención de los usuarios en el tratamiento, sobre la base del respeto a los derechos humanos y la inclusión social.

De esta manera la JND asumiría que el objetivo primordial sería la disminución de aquellos daños que ponen en riesgo la vida de los sujetos. En lugar de privilegiar la abstinencia, lo fundamental sería entonces, el hecho de preservar la vida.

La JND afirma que en Uruguay como en el resto del mundo, un porcentaje significativo de usuarios, (un 98 %), no mantiene contacto con los servicios de salud o no estaría dispuesto a iniciar un tratamiento. Más que como un modelo alternativo la JND lo identifica como un modelo complementario al modelo de salud que promueve el consumo cero.

Como vimos, las drogas han acompañado a la humanidad a lo largo de la historia, y el modelo de RRDD asume que continuaran haciéndolo, por lo que el slogan de “un mundo sin drogas”, se convierte en una quimera. Por el contrario proponen la posibilidad del consumo como una opción, que aunque sea perjudicial para la salud, no siempre es problemática. Bajo esta perspectiva, la abstinencia pasa a ser una opción entre otras. Lo que preocupa y ocupa a las estrategias basadas en el modelo de RRD, son las condiciones del consumo.

Los riesgos asociados al consumo de sustancias tanto legales como ilegales, dependen de un sinnúmero de características, entre las que podemos destacar: las características individuales de los sujetos que las consumen, las expectativas culturales, el tipo y calidad de la sustancia, el patrón de consumo, los contextos en los que se consume, etc.

La construcción del estigma en salud con respecto a los consumidores de sustancias SPA, y las respuestas que los Estados ensayan para afrontar la problemática, pueden llegar a ser ineficaces pero sobre todo aumentar los riesgos. Ante la propagación del VIH como daño asociado a los consumos de drogas intravenosas, los gobiernos se vieron enfrentados a dos preguntas fundamentales: cómo generar mayor accesibilidad a los sistemas socio sanitarios y como lograr mayor adherencia a los tratamientos.

Anne Mino (s.f) analiza la evolución de las políticas de cuidado y describe las diversas estrategias terapéuticas ensayadas para el abordaje de las dependencias en el alcohol, la cocaína y los opiáceos. Las primeras experiencias surgen a principios de los años 80 en Europa, época en la que tiene lugar la llamada “crisis de la heroína” y como un daño asociado a los efectos nocivos de su consumo, la propagación del VIH. El primero en poner reparos y cuestionar dicha política es Holanda, que ensaya una serie de medidas basadas en el modelo de RRDD: despenalización del consumo y posesión de Haschisch, programas de metadona de bajo umbral destinados a atraer a los usuarios de Heroína a la red socio sanitaria, programas de intercambio de jeringuillas, el reconocimiento del fenómeno como problema social y sanitario, etc. Comienza a percibirse que las políticas públicas no deberían concentrarse de manera exclusiva en las conductas individuales de los consumidores para abordar la propagación del VIH, sino en los mecanismos mediante los cuales se genera la marginación (Anne Mino, s.f.).

Algunas experiencias dan cuenta de la importancia de incluir la voz de los usuarios problemáticos de SPA en el diseño, implementación y evaluación de estrategias, programas y recursos destinados al abordaje de los consumos problemáticos. Trujols (2013) y Latorre (2013) destacan las aportaciones que han realizado al ámbito de las RRDD las asociaciones de usuarios, al elaborar, implementar e impulsar programas específicos de RRDD. La inclusión de los usuarios de drogas como operadores pares en los diversos programas de RRDD, dan cuenta de una serie de experiencias exitosas, lo que ha contribuido al cambio en la representaciones sociales de la comunidad así como en la subjetividad de los usuarios (Góngora, 2014, Trujols, 2013, Latorre, 2013).

El impacto de este tipo de políticas, contribuyó a deconstruir la imagen de los usuarios de drogas como personas irracionales y destructivas, y pasó a posicionarlos como sujetos capaces de gestionar los riesgos, agentes activos de prevención, del cuidado de sí y de su comunidad, y como ciudadanos a los que se les debe garantizar el derecho a la salud y la inclusión social.

El modelo ECO2

Los diversos documentos elaborados por la JND, se limitan a señalar al Tratamiento de Base Comunitario¹⁴ como un enfoque en el cual se basan los dispositivos de base comunitaria. No fue posible encontrar en los documentos oficiales relevados, referencias al modelo teórico denominado ECO2, que en los hechos da sustento a la herramienta del CBT, ni desarrollos teóricos acerca de la herramienta concreta.

Milanese (2015) identifica al CBT como una propuesta que asume el desafío de producir el encuentro entre las políticas que vienen de “arriba hacia abajo” y las iniciativas que nacen en las comunidades. Sin esa articulación, afirma, las políticas públicas no logran cumplir sus objetivos y las iniciativas comunitarias carecen de fuerza, consistencia y articulación con otros procesos comunitarios más amplios.

Desde esta perspectiva, la participación de las organizaciones sociales en la definición y diseño de las políticas públicas resulta fundamental y el éxito de tales iniciativas depende de los niveles de incidencia que logren las organizaciones sociales en materia de las políticas públicas.

¹⁴ en adelante CBT, (siglas en inglés).

La importancia de la incidencia se relaciona fundamentalmente con las crisis económicas y sociales que transitan los países, donde el rol del Estado se ha venido achicando paulatinamente desde los años 80 y la participación de las organizaciones se ha incrementado. Paralelamente, el relacionamiento de las organizaciones civiles y los gobiernos ha transitado por distintos momentos, pasando de la abierta confrontación, al diálogo, (convertido en monólogo en la mayoría de los casos), o, (en menor medida), a la cooperación co-responsable. El contexto en que se desarrollan las políticas públicas es terreno propicio para la confrontación de intereses diversos y contrarios donde se enfrentan las lógicas de cada sector (Machín, 2010a).

Resulta llamativo el caso de Uruguay, dado que es la JND, (órgano gubernamental rector en la materia), quien “importa” el modelo de intervención, a diferencia de otros países como Colombia, donde la propuesta logra permear las políticas de salud pública, una vez que nace en las comunidades y a partir de la intervención de las organizaciones sociales con el apoyo de financiadores externos.

Machín (2010b) señala que el modelo ECO2 surgió a raíz del trabajo conjunto de cuatro organizaciones de la sociedad civil en México, lo que posibilitó la articulación de acciones y la formación de sus recursos humanos a través de una serie de seminarios dictados por un grupo de expertos extranjeros, (Milanese, Merlo, Laffay), proceso que finalmente derivó en un proyecto interinstitucional de investigación en la acción, en torno a la temática de las farmacodependencias y en base a los objetivos de la prevención y cura. Los principales resultados de este periodo (1995-1998), tuvieron que ver con la elaboración de un modelo teórico denominado ECO2 y la creación del Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas, (CAFAC).

Finalmente se crea la Red Mexicana de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social, (REMOISS), más tarde la Red Centroamericana de Intervención en el Sufrimiento Social (RECOISS), así como también una red que además de incluir organizaciones sociales de Centroamérica incluye a países como Brasil, Chile, Colombia y México: la Red Americana para la Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISS).

El sistema de red de formación en recursos humanos de ECO2, posibilitó la sistematización de las prácticas de las organizaciones sociales, con un marco teórico y metodológico común, que incluyó una serie de registros estandarizados para la organización, síntesis y análisis de la información. La sistematización de las prácticas de las

Organizaciones civiles, posibilitó su traducción a marcos científicos y en términos de políticas públicas basados en evidencia (Machín, 2010b).

Juan Machín (2010b) define al modelo ECO² de la siguiente manera: “ECO² es un modelo de intervención con objetivos de prevención, reducción de daños y tratamiento de situaciones de sufrimiento social, en particular, pero no exclusivamente, aquellas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.” (párr. 1, sección: Intervención a partir de las redes sociales)

El nombre del modelo se construye a partir de una serie de elementos que le dan sustento: alude a Epistemología de la Complejidad, haciendo referencia a un meta nivel, que busca reunir el aporte de diversas disciplinas, (antropología, sociología, psicología social, psicoanálisis, etc.), y articularlas de manera transdisciplinaria. También alude a Ética y Comunitaria, al tomar como base de la intervención, el trabajo con la comunidad, el respeto por la dignidad de las personas y las comunidades, y la promoción de los derechos humanos. De esta manera, se propone contrarrestar los fenómenos de la exclusión y sufrimiento social, satisfaciendo criterios profesionales de eficacia, eficiencia y calidad, lo que implica también una reflexión rigurosa sobre la propia práctica (Machín, 2010b).

La aplicación del modelo consiste en desarrollar, un proceso de formación en la acción de un equipo de operadores sociales, para que lleven adelante una investigación en la acción, que les permita construir un modelo de intervención sobre algún tipo de fenómeno social, en base a un diagnóstico en profundidad y el diseño de una estrategia. El equipo está conformado por operadores externos, promotores de la comunidad y operadores pares, estos últimos, forman parte del grupo de beneficiarios del proyecto.

El modelo de intervención social, plantea que los riesgos y daños asociados a los consumos problemáticos de drogas, no son aspectos individuales sino relacionales, susceptibles de ser observados y cuantificados, de esta manera el objeto de la intervención se desplaza del individuo a su red social, se opera un pasaje desde una unidad operativa (individuo internado) a una comunidad operativa, (que previene y cura). Ya no se trataría de curar individuos únicamente, sino de utilizar el potencial preventivo de las redes sociales y en última instancia de tratar comunidades (Góngora, 2012).

Juan Machín (2010b) aporta la definición de red social:

Por red social, en el modelo ECO², se entiende el campo relacional que establece el espacio-tiempo-comunicación (Milanese, Merlo y Machín, 2000) en que los

sujetos/sujetas^[5] identifican-significan (las relaciones, la realidad, a otros sujetos/sujetas) y son identificados-significados (por las relaciones, la realidad, otros sujetos/sujetas) en su contexto. (párr. 1, sección: Redes Sociales).

Se afirma que las redes sociales participan en los procesos de salud-bienestar y de enfermedad-malestar de las personas a la vez que sirven como base de apoyo social, por lo que se busca aumentar la complejidad efectiva de las redes sociales de un individuo que padece sufrimiento social, así como la creación y articulación de una red de recursos operativa. Las redes sociales constituyen una perspectiva teórica metodológica para el diagnóstico, (de personas y comunidades), el diseño y desarrollo de estrategias de intervención que trascienden el fenómeno de las drogas y pasan a abarcar una variedad de contextos sociales, y fenómenos hipercomplejos que se identifican como de sufrimiento social, (vida en calle, prostitución sexual infantil, minoridad infractora, etc.) (Machín, 2010b)

La comunidad se organiza a través de las redes sociales y a su vez, por medio de estas, los operadores sociales también propician la reorganización de la comunidad, promoviendo el aumento del capital social comunitario y de las personas, al intervenir complejizando la red. El modelo ECO2 propone que el equipo realice una investigación en la acción, que permita producir la organización comunitaria que incluye: un diagnóstico de comunidad, un diagnóstico de personas, la red subjetiva comunitaria, la red operativa, la red de recursos comunitarios.

A través del diagnóstico, se dispone de una información mínima, que da cuenta de cuáles son las reglas de base como para poder plantear una intervención, tanto en lo que hace al trabajo con la comunidad (SiDiES)¹⁵, como con las personas a través de un Diagnóstico Terapéutico (SiDiTer)¹⁶.

La Red operativa la forman los agentes que constituyen el equipo de trabajo y que señala Machín (2010b) citando a Moscovici, se constituyen en minoría activa, orientados hacia el cambio en la comunidad, incidiendo a través de la transformación de las representaciones sociales de la comunidad y articulando una red de recursos. La noción de representación social, alude a la manera en que los integrantes de una comunidad construyen significados,

¹⁵ incluye a la red de líderes de opinión, sistema de mitos, ritos y símbolos, las representaciones sociales de la comunidad, así como también el análisis de los conflictos, etc.(Machín, 2010).

¹⁶ Formado por la hoja de primer contacto, anamnesis, instrumento para la evaluación periódica y de pasaje, instrumento de seguimiento de casos, Red subjetiva de la persona y Red subjetiva comunitaria activa (Machín , 2010)

que pautan y modelan las relaciones sociales, e intentan explicar los fenómenos que tienen lugar en su vida cotidiana (Moscovici, 1979). Finalmente a través de la investigación en la acción, se ponen en evidencia los conflictos de la comunidad, así como también el capital social actual o potencial de una comunidad. La articulación de una red de recursos es lo que le permite operar al equipo con eficacia.

Para Góngora (2012), el modelo provee a la política pública una herramienta metodológica que por un lado garantiza la participación ciudadana en la implementación de las políticas de gobierno y por el otro desplaza la responsabilidad estatal hacia las comunidades y los individuos. La comunidad se convierte en una red que cura y previene ante la ineptitud del Estado para cuidar de sus ciudadanos.

El Tratamiento de Base Comunitaria (CBT)

Se propone como una modalidad de tratamiento no institucionalizado, como respuesta efectiva para aquellas poblaciones que no logran adherencia a los tratamientos que les propone el modelo médico. Bajo esta perspectiva los pacientes se convierten en usuarios activos que transitan recorridos personales en el devenir de su tratamiento. Si bien se trabaja desde una matriz no institucionalizada, el CBT, responde a principios técnicos y metodológicos predefinidos.

Efrem Milanese (2007), lo define como:

...un conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso que tiene como fin el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que abusan de drogas en una situación de exclusión social grave, y el mejoramiento de las condiciones de vida en la comunidades locales en la cual ellos viven y los operadores trabajan (párr. 6, sección: Introducción).

El énfasis puesto en lo comunitario tiene que ver con un proceso de intervención que se desarrolla en la comunidad, junto a la comunidad y por medio de la comunidad, por lo que la institucionalización del paciente no es necesaria. En este contexto la comunidad no es otra cosa, que el conjunto de redes que animan un territorio.

El concepto de exclusión grave, (contexto de extrema pobreza donde prima la baja escolarización, baja o nula calificación para el empleo, formas precarias de auto sustentamiento), contribuye a identificar un contexto de alto riesgo en el que el abuso de

drogas es una de las tantas puertas de entrada a las situaciones de extremo sufrimiento social, físico, psicológico, etc.

Al decir de Efreem Milanese (2007):

El Tratamiento con Base Comunitaria (CBT) como propuesta de acción en poblaciones de alta exclusión y vulnerabilidad tiene como **finalidad** acompañar a las personas para que recuperen la capacidad de soñar como primer paso hacia el conocimiento de sí mismos, y entonces de cambio y mejoramiento de sus vidas (párr.. 1, sección: Finalidad y objetivos generales).

La recuperación de la capacidad de soñar tiene que ver con la posibilidad de proyectarse más allá de las condiciones concretas de existencia, se relaciona con la capacidad de las personas de concebirse a sí mismas, como sujetos de nuevas posibilidades de desarrollo.

Los objetivos generales del tratamiento pueden ser considerados fases de un camino no lineal, esta suerte de tránsito por fases, señala Milanese (2007) transcurre por caminos que existen, por otros que hay que construir, pero en todo caso es el usuario quién ha de darle sentido y orden a ese recorrido.

A cada fase le sigue otra, cuya finalidad es la del logro de cierta estabilidad en el tiempo, de manera tal que pueden ser identificados los siguientes objetivos o fases: detener el agravamiento de los procesos de autodestrucción, hacer más seguras las conductas de riesgo, mejorar las condiciones de vida por medio de la reducción de las conductas de riesgo y sus consecuencias, iniciar un proceso de salida de las situaciones de riesgo, vivir un proceso de rehabilitación (Milanese, 2007).

Los cuatro ejes fundamentales de un Tratamiento Comunitario, son la organización del conocimiento y de los recursos en función de las necesidades de las personas, la educación como proceso de empoderamiento de los individuos, los grupos, las instituciones y las comunidades, la terapia como proceso de cura médica y psicológica, y el trabajo como garantía de autonomía que debe incluirse en el tratamiento. Los cuatro ejes se encuentran relacionados y son complementarios, cada fase del tratamiento puede ser evaluada tomando cada eje como criterio. Al decir de Milanese (2007) no se trata de trasladar servicios “especializados”, (médicos o de otra índole), a la comunidad sino de:

...detectar, reunir, organizar, fortalecer, educar, curar y hacer trabajar juntos los recursos presentes en la comunidad. En este proceso se pueden utilizar obviamente metodologías, instrumentos y recursos procedentes de experiencias terapéuticas, educativas, organizativas y productivas institucionalizadas.

Para que este proceso organizativo, educativo, terapéutico y de autonomía económica por medio del trabajo sea posible, el instrumento más importante es la “relación” directa y personal con los actores de la vida comunitaria. Se entiende entonces que la primera labor del CBT es la de construir, mantener, fortalecer, desarrollar, etc. la relación. (párr. 3-4, sección: Tratamiento Comunitario)

Señala Machín (2007) que con frecuencia, las intervenciones en la comunidad se centran casi de manera exclusiva en los grupos meta, sin embargo, la exclusión social grave, no sólo es producida y mantenida por los sujetos que la viven, sino por la comunidad que también la vive, la produce, la mantiene y la permite. Bajo esta perspectiva, la comunidad pasa a ser parte del problema, por lo que debe ser involucrada en la búsqueda de soluciones y formas de abordaje. El trabajo en la comunidad puede ser visto como una forma de crear servicios junto a la comunidad, la labor puede iniciarse trabajando con los servicios que la comunidad ya tiene o en todo caso si se identifica la necesidad, creándolos junto a los actores comunitarios.

En el caso del CBT, se han identificado dos tipos de servicios: *los centros de escucha* y *los centros de acogida de bajo umbral*. Los centros de escucha constituyen uno de los puntos de llegada de un proceso de prevención en la comunidad, acceso para la escucha inmediata, la orientación, el acompañamiento y la derivación. Las acciones típicas de un *centro de escucha* tiene que ver con: el trabajo de calle, el fortalecimiento de las redes comunitarias, captar las demandas y necesidades y evaluarlas para la búsqueda de recursos en la comunidad, acciones de seguimiento y acompañamiento, etc. Los centros de acogida de bajo umbral, son espacios de Reducción de Daños, buscan dar respuesta a las necesidades más apremiantes.

La maldita droga: la Pasta Base de Cocaína y sus consumidores.

En Uruguay el fenómeno de la PBC, adquiere importante visibilidad durante la crisis económica del 2002. La opinión pública y los medios de comunicación no tardan en asociar el fenómeno del abuso de PBC con la delincuencia, lo que contribuye a reforzar la estigmatización de sus consumidores. Desde su aparición a la fecha, las investigaciones han

logrado significativos avances, tanto en lo que refiere al estudio de la composición, como a los efectos neurobiológicos, alteraciones físicas y psíquicas así como a la magnitud del consumo y caracterización de la población. (OUD, 2014a).

Cabe destacar, que no fue posible obtener datos concretos acerca de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en consumidores problemáticos de PBC, si bien los estudios señalan que dicha prevalencia alcanzaría el 50 % para los usuarios problemáticos de drogas en general. El fenómeno de la comorbilidad de un trastorno por abuso de sustancias y de un trastorno psiquiátrico mayor, se denomina patología dual (Brescia, M. Gutiérrez, M, Redes, L. Wascebor, M. 2013).

En la actualidad, los datos preliminares de la VI Encuesta de hogares elaborada por la JND (2015a), demuestran que los niveles de consumo de la PBC se mantienen estables tal como en años anteriores (JND, 2006; JND, 2011), dado que sólo un 0.7% del total de encuestados declara que consumió PBC alguna vez en su vida.

Sin embargo, en lo que refiere a la distribución geográfica, los datos publicados hasta el momento, dan cuenta de que el consumo de PBC, duplica su prevalencia en Montevideo, alcanzando en las zonas más pobres al 4 % de la población. La visibilidad está dada por las características que adquiere el consumo y por la concentración geográfica. Los consumidores de PBC son en gran medida poli consumidores, la mayoría inicia el consumo con otras sustancias. Ocho de cada diez son hombres y tres de cada cuatro son menores de treinta años, siendo en promedio la edad de inicio de 18,9 años (JND, 2012a).

Constituyen, en general, una población de difícil acceso dados los contextos de marginalidad y de ilegalidad en los que tienen lugar los consumos de PBC, por lo que se vuelven “ocultos” a los muestreos tradicionales. Con el cometido de obtener información relevante en ese sentido, es que se llevaron adelante dos estudios de corte cuantitativo y cualitativo denominados: “Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas.” (OUD, 2014b).

El estudio cuantitativo concluye, que el bajo costo de las sustancia, y la funcionalidad de sus efectos, hacen de la PBC una droga atractiva para la población más vulnerable, que presenta bajo nivel educativo, nula o baja calificación para el empleo, precariedad de la vivienda o ausencia de la misma ¹⁷ (Ramírez & Suarez, 2014a).

¹⁷ El 64 % no completó la primaria, por lo que se puede inferir una situación pre existente al consumo, que responde a variables relacionadas con el contexto social y cultural. Apenas el 14 % declara tener

El segundo estudio de corte etnográfico subraya que las diversas trayectorias de vida, la heterogeneidad en las prácticas de consumo, de cuidado y de subsistencia, contrastan con la imagen estereotipada que brindan los medios de comunicación e incluso algunos estudios académicos. Los contextos y condicionantes estructurales brindan elementos para la comprensión del fenómeno. En estas poblaciones el inicio del consumo a edades tempranas, está marcado por la vulnerabilidad de la familia de origen. Existe una correspondencia entre el consumo de PBC, tanto en sus efectos como en sus consecuencias sociales, con la precariedad de los consumidores, precariedad que al mismo tiempo el consumo tiende a reproducir. Lejos de señalar una relación directa entre consumo y delito, se puede subrayar que el consumo abusivo de PBC vuelve más vulnerables a sus consumidores, por lo que aumenta los riesgos de cometer un delito al encontrarse inserto en redes de tráfico ilícito (Albano, G. Castelli, L. Martínez, E. Rossal, M, 2014).

Los territorios de la droga.

Si bien se entiende que ningún territorio se encuentra totalmente aislado o segregado del resto, existen barreras físicas o simbólicas que tienden a demarcar determinadas zonas, lo que las diferencia de su entorno y contribuyen a generar una suerte de endogamia cultural (Calzada, 2013a).

El Instituto Nacional de Estadística (2014) hace referencia al fenómeno de la segregación residencial y señala que no se trata de un fenómeno aislado, sino que se asocia a otro tipo de segmentaciones, tiene efectos en el aislamiento social, e impacta en las personas más pobres. Esta agudización de la segregación residencial, puede llegar a generar una pérdida de interacción, con personas de diferente nivel económico y socioeducativo, por lo que se pierden espacios de interacción fundamentales, que podrían fortalecer la generación de herramientas para el desarrollo.

un empleo formal, el resto se dedica a empleos de tipo informal, esporádicos, de tiempo completo o parciales (26%) y de baja calificación (21%). Un 34% no presenta integración laboral alguna, siendo las principales fuentes de ingresos la mendicidad, la ayuda familiar y estatal o las actividades delictivas. En el caso de las mujeres consumidoras de PBC, su situación reviste mayor vulnerabilidad, ya que los ingresos provienen en mayor medida de la mendicidad, la asistencia pública y la prostitución. Una tercera parte vive en situación de calle, un 10% en refugios o en viviendas sumamente precarias. La vida en calle profundiza la situación desventajosa, lo que torna más difícil la recuperación e inserción social. (Ramírez & Suarez, 2014).

El fenómeno del consumo problemático de SPA, no puede separarse de la segregación residencial. Los territorios de alta vulnerabilidad social con un alto nivel de necesidades básicas insatisfechas, así como también con un déficit en el acceso a la educación y al trabajo, constituyen factores de riesgo para las conductas anómicas y delictivas, aunque tales conductas no se manifiesten y los delitos no se concreten. Estas zonas vulnerables, se vuelven propicias para que el encuentro entre demanda y oferta se produzca. Al mismo tiempo las representaciones sociales del fenómeno de las drogas y de los territorios, asocian drogas, pobreza y delincuencia, fenómenos que se visualizan como la base de la inseguridad social. (Ramírez & Suarez, 2013a).

Para Leticia Folgar (2006), el consumo problemático de PBC es un problema más, que se viene a agregar a una realidad cotidiana pautada por la exclusión. Folgar analiza los cambios que genera la irrupción de la PBC en el barrio Misiones, a través de la instalación en la zona de un vagón de ferrocarril¹⁸, que se constituye como dispositivo de referencia local y atención a la problemática de drogas.

La construcción del problema drogas en el barrio Misiones, se vincula con el lugar simbólico que ocupa en el resto de la sociedad. La PBC, es visualizada como “maldita”, de esta manera se instala una “cultura de la fisura”, que se asocia a la transgresión interna de la comunidad. El rastillaje a la interna del barrio y de las familias, empeora las condiciones de convivencia, por lo que aumenta la desconfianza y la percepción de la inseguridad, lo que agrava el proceso de encierro de los habitantes del barrio. Las estrategias delictivas, no sólo se multiplican sino que existe una suerte de precarización de las mismas. (Folgar, 2006).

Afirma Folgar (2006), que las redes sociales y familiares de contención y respaldo son indispensables para la supervivencia de los usuarios, pero las mismas se vieron afectadas al fragmentarse, mientras que las estrategias locales de regulación del consumo y de la violencia se tornaron ineficaces. Cabe destacar además, que el consumo de la PBC, no posee el valor gregario de otro tipo de sustancias como la marihuana. Los ciclos de consumo se aceleran y los diferentes “momentos” relacionados con la visualización del problema, y el pedido de ayuda, se vuelven fugaces. Para Folgar esto plantea un desafío a la hora de diseñar respuestas con enfoque en RRDD, que incluyan la implementación de espacios

¹⁸ La propuesta del “vagón”, que finalizó en 2006, es la continuación del dispositivo comunitario Barrilete, ubicado inicialmente en un ómnibus en el barrio Misiones desde el año 2001, gestionado por la O.N.G. El Abrojo y financiado por Terre des Hommes, (Suiza) (El Abrojo, 2002).

mínimos de intervención para reducir riesgos y daños, así como para apoyar procesos de achique.

Cabría preguntarse entonces, a qué nos referimos con territorios de las drogas, a través de qué clase de procesos se establecen los límites simbólicos que luego han de concretarse en límites materiales. Existen múltiples maneras de representar el espacio, tal como lo señala Luis Fernández (1999) no se trataría de una categoría unívoca, al problematizar tal categoría, es que se multiplican los sentidos:

Así, aparece un espacio físico, pero también uno social; uno personal, pero también uno transaccional; el espacio se invade, aunque también se defiende de las intromisiones (*defensible space*); hay el espacio habitado, pero también el desocupado; el denso y el vacío (*vacant space*); hay el espacio público, y también el privado (y el semipúblico y el semiprivado); el espacio vivido, pero también el imaginario; el dominante, pero también el intersticial; y hay el comunicacional, el aprehendido, el simbólico, el vital; hay el espacio que engendra poder y el que engendra desviación; aquel que normaliza y aquel que marginaliza — el espacio marginal; aquel que potencia control social informal, y el que potencia asociación diferencial de grupos desviantes. (p.49).

El espacio de la droga se circunscribe a un espacio particular, el psicosocial, que pasa de ser una categoría abstracta a “un conjunto de lugares territorializados e investidos por los individuos” (Fernández, 1999, p. 50). De esta manera, sostiene Fernández, el espacio indefinido se convierte en territorio a través de la apropiación, la demarcación física y simbólica. Tal como sucede en la especie animal, en la especie humana, la territorialidad mantiene las mismas funciones: se señala la presencia humana a través de “marcadores”, y se regula el encuentro entre intruso y propietario. El valor de lo humano, estaría dado por la identificación psicológica con los espacios y el valor simbólico de la pertenencia.

Fernández (1999) señala coincidencias, de carácter simbólico, entre drogas y barrios. Ambos actúan estableciendo un corte y señalando un determinismo. Lo psicotrópico genera un corte con el mundo de lo social normativo, en tanto en el barrio se produce una región social que establece un corte con la ciudad dominante. Si en el usuario problemático de drogas el determinismo va de lo biológico a lo psicológico y de lo psicológico a lo marginal, en el barrio el determinismo va de lo social a lo psicológico y de este a lo biológico, facilitando la auto percepción de los individuos como marginales.

Fernández y Pinto (2004), analizan el fenómeno de las drogas, circunscripto a la dimensión urbana, que interactúa con otras dimensiones tales como la social, la biológica o

la psicológica. La concentración geográfica de ciertos tipos de consumos y de cierto tipo de sustancias, se materializan en lo que ambos autores denominan como territorios psicotrópicos.

Sostienen los autores, que comienza a construirse una narrativa de la ciudad en crisis, que asocia a la droga con la criminalidad y con las zonas degradadas de la periferia urbana. Es el comienzo de la construcción de una imagen predatoria, una imagen que la ciudad construye de sí misma, a través de la creencia en la peligrosidad del espacio urbano: “Es como si el individuo regulase sus interacciones con desconocidos a través de una hipótesis predatoria: funciona como un esquema interpretativo de tales interacciones, condicionando la libertad de circulación en el hábitat urbano” (Fernández & Pinto, 2004, p.156).

A continuación, un artículo periodístico del diario El País del 30 de agosto de 2015, da cuenta de las representaciones sociales que vecinos y comerciantes tienen acerca de una zona específica de Malvín Norte, donde se ubica un dispositivo comunitario denominado Punto de Encuentro “Lagarto San Antonio”, ubicado en la calle Hipólito Irigoyen e Iguá: “El “Muro de Berlín”, como lo llaman los vecinos de Malvín Norte, divide el complejo INVE 16 y un asentamiento a 300 metros de esa esquina. Por los agujeros del muro se cuelan marginales para robar en el vecindario.” (Berreneche, 2015)

El muro establece un límite material, pero mucho antes se ha establecido una relación de exterioridad:

...el “mundo de la droga” está allí, dice el rumor colectivo. Los psicotrópicos y sus actores tienen un sitio. Topologizar una amenaza difusa y circunscribirla, definirle un **topos** y externalizar el mal: he aquí la funcionalidad de la etiqueta de “población de riesgo”. (Fernández, 1999, p. 52).

Para Calzada (2013a), el término de vulnerabilidad expresa una latencia más que una cristalización, es resultado de la ecuación entre posesión, deprivación, accesibilidad y potencial accesibilidad. Afirma que si bien es posible vincular la noción de vulnerabilidad con la existencia de carencias, debilidades y deprivaciones, es posible encontrar en los territorios elementos y situaciones que potencialmente se transformen en fortalezas.

A estos efectos es que se llevó adelante el documento de trabajo “Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona Metropolitana” (OUD, 2013). El documento se elabora con el cometido de avanzar en el conocimiento de las

realidades locales, y la trama de contextos en que se desarrolla el fenómeno de las drogas, con la pretensión de sacar de la invisibilidad los diversos tipos de consumo y consumidores.

Se fundamenta en la idea de que la heterogeneidad de los territorios influye en la manera en que las comunidades se desarrollan y se relacionan entre ellas. La heterogeneidad también se expresa en variados factores y otro tanto sucede con la demanda y oferta de drogas. Los diagnósticos locales, contribuyen a generar conocimiento para ayudar a una adecuada toma de decisiones, mejorar la calidad de las intervenciones, haciendo uso inteligente de los recursos disponibles (Suarez & Ramírez, 2013b).

Para esto se indagan y caracterizan a las comunidades en función de cómo perciben sus debilidades, aptitudes, fortalezas y potencialidades, de manera de poder dar cuenta de los territorios en términos de densidad institucional, infraestructura, conectividad con los entornos, accesibilidad tanto física como simbólica (Calzada, 2013a).

Con respecto a los ocho territorios estudiados, se identifica el fenómeno de nuevas formas de pobreza dentro de la pobreza, (los llamados núcleos duros o estructurales de la pobreza), así como asimetrías culturales, sociales y económicas a la interna de los territorios, lo que contribuye a profundizar el conflicto y la segregación que viven sus habitantes.

Estas nuevas formas de marginación tienden a concentrarse en enclaves territoriales delimitados, que entran en conflicto material y simbólico con el resto del territorio. Esto contribuye a aumentar la percepción de degradación material y social, aumentando la brecha entre sus habitantes, lo que dificulta la solidaridad o las formas de participación. La ejecución de las políticas públicas es dependiente de este estado de cosas, ya sea por dificultades de acceso, por presentar elementos que amplifican las diferencias o por fallas de la propia institucionalidad que no se encuentra preparada para la reconstrucción de ciudadanía (Suarez & Ramírez, 2013c).

El estudio concluye que toda la arquitectura institucional está destinada al fracaso si para su implementación tiene en cuenta únicamente los límites físicos, desestimando los límites simbólicos. Dado el contexto de desvinculación sistémica y de vulnerabilidad de estos territorios, se afirma que la problemática requiere de un abordaje integral que no sólo tenga en cuenta la mitigación de los efectos más perjudiciales del consumo sino que tome como objetivo la inclusión social (Suarez & Ramírez, 2013c).

Por último, señala que el fenómeno de la seguridad, el delito y el consumo de drogas en el ámbito local, debería entenderse en el marco de un proceso más amplio de desarrollo social, que debe ser incorporado por las políticas públicas:

El sentido último es el de la (re)construcción de convivencia en los territorios, intentando el compromiso o pertenencia a un proyecto común (fundamentalmente en términos de valores) por parte de las personas. Se trata de construir “vecindad” en aquellos lugares donde se visibiliza el Estado ineficaz o ausente (Suarez & Ramírez, 2013c, p. 50).

Para Calzada (2013b) el Estado tiene, en general, una fuerte presencia en los diversos territorios, tanto a nivel de recursos humanos como de infraestructura, el desafío sin embargo estaría dado, en modificar la calidad de la llegada del Estado a los territorios. Existe incluso una superposición de recursos, tanto estatales como privados, (actores locales, iglesias, ONGs), y al mismo tiempo existe una atrofia de los dispositivos universales, (policía, educación, salud). La superposición de los dispositivos se da bajo una misma lógica de abordaje, por lo que se impone un cambio a nivel de dicha lógica.

Las estrategias de inclusión social y las nuevas formas de la marginalidad.

Ana María Echeberría (2007) diferencia la exclusión de la mera pobreza, y la define como la pérdida de poder y habilitación social experimentada por personas y grupos, a las que se les niega el acceso a actividades y recursos, propios de su condición de ciudadanos, exclusión social que trasciende la cuestión de la asignación de recursos y se convierte en un asunto de las relaciones de poder, cultura e identidad social.

Por tanto la inclusión social requiere el esfuerzo de la sociedad que excluye y no depende exclusivamente del esfuerzo de las personas excluidas o de la aceptación por parte de estas, al modelo normatizado que se les impone. El diseño de políticas que ponen como único foco la sustancia como eje de sus intervenciones, invisibiliza la condición de emergente del fenómeno, al ocultar los vínculos con las condiciones en las que se originaron los consumos. Señala que resulta impostergable la integración de la temática en el diseño de políticas globales que tiendan a la inclusión social (Echeberría, 2007).

Efrem Milanese (2009), siguiendo el recorrido de varios autores con respecto a la noción de exclusión social, (Elias, Foucault, Parkin, Castel), señala que el concepto ayuda a entender los orígenes del CBT. La exclusión social forma parte de los procesos de diferenciación estructurales de cualquier organización social jerarquizada a lo largo de la

historia, el énfasis puesto en la falta o la carencia, subraya la pasividad de los excluidos e invisibiliza el proceso activo de expulsión producido por las dinámicas de exclusión que se suceden tanto a nivel de las comunidades locales como de los países o regiones.

Ante la falta de recursos materiales, podría pensarse que la respuesta apropiada es la asignación de recursos, sin embargo, señala Efre Milanese (2009), para satisfacer la carencia se corre el riesgo de generar otras, estableciendo relaciones de asimetría entre quienes dan y quienes reciben. Las relaciones de exclusión y desigualdad responden a estrategias políticas y económicas y a intereses de grupos específicos, así como también a una concepción del Estado. Las estrategias de inclusión son aquellas que reducen la desigualdad y las relaciones de dependencia, se traducen en una mejora en las condiciones de escolarización, empleo y retribución así como también en el acceso al bienestar social.

Para Suarez y Ramírez (2014b) se vuelve impostergable una revisión radical del análisis social de las desigualdades y de los consumidores de drogas así como también la reformulación de las acciones públicas que brindan respuestas en ese sentido.

Se impone la necesidad de nuevas políticas y de intervenciones focalizadas que discriminen positivamente, orientadas a territorios y poblaciones específicas. Asumir la necesidad de políticas de inserción es aceptar que un sector de la población demanda cuidados adicionales en función de un déficit sistémico que los sujetos no pueden superar. No bastará atender las consecuencias nocivas del consumo, sino las causas que llevaron a los sujetos a alejarse de una realidad que prefieren evitar, en un contexto que no les proveyó de recursos suficientes como para elaborar un proyecto de vida medianamente satisfactorio. Intervenir sobre las causas que provocaron la exclusión significa generar oportunidades reales de empleo, capacitación, educación, y habilitar los derechos a la salud y la justicia (Suarez & Ramírez, 2014b).

El abordaje Territorial de las políticas públicas de drogas.

La Estrategia Nacional 2011-2015 de la JND.

En el documento: “Estrategia nacional para el abordaje del problema de drogas. Período 2011-2015”, la JND (2011) asume la temática de las drogas, como un problema social complejo, multidimensional y multicausal, con un fuerte anclaje en factores políticos y culturales de la sociedad y la comunidad. Asimismo se destaca que la temática exige la presencia activa del Estado y la participación de la sociedad civil y el sector privado, a través

del enfoque de responsabilidad compartida, y de respeto a los derechos humanos individuales y colectivos.

Reconoce que la complejidad de la problemática en relación al consumo y al tráfico ilícito, demanda la incorporación del fenómeno a las políticas de desarrollo social, por lo que el enfoque de inclusión e integración social formarían parte de un abordaje integral, con miras a generar un “desarrollo humano sustentable, justo y equitativo” (JND, 2011, p. 4).

Se asume que la estrategia promoverá el abordaje socio sanitario, “desde una óptica en salud pública en su más amplia acepción” (JND, 2011, p.5), con un enfoque de solidaridad social y a través de una concepción bio-psico-social. Se incluye en este punto el enfoque de RRDD, así como la prevención, la promoción y el trabajo comunitario con la participación activa de diversos actores locales, (públicos, privados, organizaciones vecinales, no gubernamentales y líderes comunitarios).

En el área de tratamiento se apuesta a fortalecer la RENADRO desde un enfoque interinstitucional, que incluya las redes sanitarias y sociales, tomando en consideración los tres niveles de salud, especialmente el primer nivel de asistencia. También se propone fortalecer la implementación del modelo de RRDD “como enfoque y herramienta de amparo, prevención y tratamiento en drogas, ampliando la accesibilidad y cobertura de la atención en drogas”. (JND, 2011, p. 9). Desde esta perspectiva es que se propone instalar dispositivos intermedios de baja exigencia y espacios que brinden amparo e información a nivel comunitario, que implique la movilización de la sociedad, incluyendo asociaciones de usuarios.

En el área de la inserción, la JND tiene como objetivo la generación de estrategias y programas orientados al incremento de activos sociales en educación, cultura y empleo, así como la reducción de las vulnerabilidades asociadas al consumo problemático. Se destaca la necesidad de impulsar programas de inserción educativa y laboral, que combinen la participación del estado, la sociedad civil y el sector privado. En el área de la inserción, también se prioriza el trabajo en dispositivos de baja exigencia y espacios de amparo e información a nivel local. La JND se propone desarrollar programas integrales:

...dirigidos a personas en situación de calle (UPD) que conjuguen las estrategias de inclusión social con la prestación de un repertorio de herramientas de reducción de daños, atención y tratamiento en drogas en el marco de una atención sanitaria integral (JND, 2011, p.11).

Las políticas de RRDD, buscaran contemplar al conjunto de los UPD, con propuestas educativas, preventivas, de inserción y sanitarias de acuerdo a realidades e intereses de los UPD, transversalizando al conjunto de las intervenciones.

Las políticas a nivel local, señala el documento, buscan reducir las vulnerabilidades y los daños del sufrimiento social, a través del amparo y promoción de la reinserción laboral, recreativa, educativa y cultural. Entre sus lineamientos estratégicos se incluye el objetivo de fortalecer programas de intervención comunitaria en drogas, donde se entrecrucen un conjunto de intervenciones realizadas desde el Estado y la Sociedad civil, a través del eje preventivo educativo.

Así mismo se propone fortalecer la territorialización de las políticas a través de la descentralización para la adecuación de las políticas a las realidades de los territorios y de las comunidades, fomentando la participación ciudadana en el diseño y ejecución de los programas, proyectos y acciones que se ajusten a las diferentes realidades, así como también la construcción de redes locales.

Para la JND (2011) la descentralización resulta un elemento clave, constituye un proceso inherente al enfoque de cogestión de las políticas, en la que cumplen un rol protagónico las intendencias, alcaldías, Juntas Departamentales de Drogas y Organizaciones de la Sociedad Civil. Las acciones en el ámbito de lo local, constituyen piedras angulares de las políticas de drogas, y se asumen desde un compromiso compartido con los gobiernos y actores municipales y comunitarios.

Los Planes Locales y las estrategias de descentralización.

La Junta Departamental de Drogas, creada en Montevideo a partir de 2012, realiza una articulación interinstitucional para el diseño e implementación de políticas departamentales de drogas en el territorio, reducción de la demanda, ámbitos de prevención, atención y tratamiento. Las Juntas Departamentales se encuentran integradas por representantes de los distintos ministerios, que a su vez forman parte de la JND, así como representantes de las intendencias y otros organismos del Estado (ASSE¹⁹, INAU²⁰, ANEP²¹, y entes).

¹⁹ Administración de Servicios de Salud del Estado

²⁰ Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

²¹ Administración Nacional de Educación Pública

Pablo Anzalone, ex coordinador de la JDD, contrapone el espacio de “lo local”, a las concepciones centralizadoras y excluyentes. Define a la descentralización como una estrategia que trasciende la desconcentración de servicios en el territorio, por el contrario, se constituye en apuesta a construir capacidad de decisión en los ámbitos locales, fortaleciendo el protagonismo de actores sociales e institucionales, a través de la transferencia y construcción de poder local (JND, 2015a).

Afirma que los planes de drogas deberían tener en cuenta el diagnóstico de lo local basado en evidencia, incorporando la visión de los actores del territorio, lo que implica además generar instancias de consulta regulares en territorio. Destaca la importancia de jerarquizar la construcción y funcionamiento de Redes Territoriales en Drogas con los diversos actores, lugar donde se colectiviza la información, se recogen los problemas y propuestas. Implica también la posibilidad de colectivizar esfuerzos con otras redes temáticas existentes en la comunidad.

Para Veneziano (2008) la crisis del Estado de Bienestar ambientó la formulación y desarrollos post burocráticos relacionados fundamentalmente con la aparición de una primera generación de reformas donde el problema central es la propiedad de las empresas y servicios públicos. Los diagnósticos basados en este enfoque señalan la ingobernabilidad y saturación de las demandas del Estado, por lo que en América Latina algunos gobiernos más débiles terminan por concretar la privatización de los servicios públicos. Una segunda generación de reformas, centra su preocupación en la gestión del Estado, con la pretensión de que los servicios públicos actúen bajo la lógica de las empresas privadas.

Sin embargo, señala Veneziano (2008) comienza a gestarse una nueva tendencia superadora de la dicotomía Estado-sociedad, que entiende que los decisores de políticas públicas no sólo no deben estar aislados de los intereses sociales sino vinculados de manera estrecha. Tanto la centralización como la descentralización no son buenos o malos en sí mismos, sino que sirven a distintos fines según el proyecto social y político en el cual se inscriben. Bajo esta perspectiva, la descentralización puede llegar a convertirse en un mecanismo que asegure la legitimidad del Estado y la gobernabilidad, en tanto promueva la representatividad de diversos intereses y la participación de actores sociales, (grupos, organizaciones), en la construcción del Estado, (diseño e implementación de políticas públicas, diseño institucional, etc.):

Se trata ahora de buscar las complejas formas de articulación entre esos dos polos falsamente dicotómicos, de buscar los “y” y no los “o” entre Estado-sociedad, global-local,

público-privado, actor-estructura, eficiencia-participación, iniciativa-planificación, centralización-descentralización (Veneziano, 2006). En este marco se percibe la descentralización como un fenómeno complejo, de múltiples dimensiones, donde la política es fundamental si se amplía la visión de lo político (Veneziano, 2008, p.206).

Las políticas de descentralización serían una nueva forma de producción de políticas del Estado, (reforma del Estado), en tanto quiebran la lógica sectorial-vertical y modifican la priorización de los actores-interlocutores, (que ya no serán sólo corporativos). Al incluir las redes horizontales territoriales, la descentralización apunta a construir gobernabilidad local.

Marcelo Pérez Sánchez, citando a Gramsci, señala que en un proceso de acumulación de poder popular, la descentralización participativa requiere de dos elementos fundamentales: que la participación implique una toma de decisiones sobre determinadas áreas y una cultura de la participación. La participación en ese sentido debería ser pensada en clave de colectivos que comparten ideas, y los ámbitos de descentralización ser evaluados en función de la estrategia de dichos colectivos. En general los espacios creados terminan siendo de gestión o en el mejor de los casos ámbitos de deliberación, pero con ausencia de participación de los sujetos en la toma de decisión (Pérez Sánchez, 2011).

Los nuevos espacios de participación ciudadana se encuentran vinculados a múltiples políticas sociales gestionadas por Organizaciones No Gubernamentales, (tal es el caso de los SOCAT por ejemplo), u Oficinas Territoriales, (MIDES), espacios estos que tienen una tendencia al predominio y dominio de los técnicos. Cabe destacar que existe un predominio de individuos y no de colectivos en dichos espacios, (actores locales en contraposición a organizaciones sociales), vinculado a la debilidad del tejido asociativo y de las organizaciones sociales.

Marcelo Pérez identifica como el gran escollo de la territorialización de las políticas públicas el hecho de que los espacios de participación se convierten en un dispositivo de trabajo hacia otros y no un espacio a ser construido con los otros. Reconoce la ausencia de una política intersectorial que promueva la complementariedad, evitando la superposición de recursos o ausencia de acciones. Afirma que las articulaciones interinstitucionales tienen carácter de articulaciones estériles en tanto no van más allá de un intercambio de información y rendición de cuentas entre instituciones (Pérez Sánchez, 2001).

Señala Calzada que el desafío se encuentra en la transformación de lo micro a lo macro, en los aprendizajes y en los lineamientos específicos de las experiencias innovadoras de lo micro para la generalización de la construcción de sentido y su transformación en una

política pública: “Las ONGs tienen el desafío de realizar este esfuerzo de no ser necesariamente funcionales a los intereses del Estado y aportar desde la crítica proactiva soluciones y caminos”... (JND, 2013, p.2).

Para Javier Pereira (2007) es el Estado el que define el contexto en el cual han de operar las organizaciones sociales, un contexto que ha sufrido una serie de transformaciones a lo largo de los últimos 40 años. Durante la dictadura las organizaciones se constituyeron en espacios de resistencia política. Pereira establece una asociación entre la nominación de Organización No Gubernamental y el rol de las organizaciones, en tanto estas se definían en la identificación “por la negativa” con respecto a los gobiernos dictatoriales, un Estado que siendo omiso en materia de políticas sociales, desarrolló el terreno propicio para que existieran altos niveles de movilización en la sociedad civil.

Con el advenimiento de la democracia, no sólo el vínculo se tornó más amigable, se necesitó del conocimiento de las organizaciones para la implementación de programas y propuestas sociales, pero además existió un traspaso de personal técnico de las organizaciones sociales hacia las estructura de los gobiernos. Las organizaciones pasan a convertirse en ejecutoras de las políticas, siendo los gobiernos quienes diseñan planes, asignan recursos y definen objetivos. La tan mentada participación de las organizaciones sociales se traduce, en contratación de servicios por parte del Estado, por lo que queda limitada a un rol ejecutor, no reconociéndose la autonomía de la sociedad civil, que termina perdiendo su capacidad crítica (Pereira, 2007).

Pereira (2007) señala cuatro aportes, que la sociedad civil, está en condiciones de realizar a la construcción de políticas públicas: la innovación de las experiencias que surgen en el marco de intervención de las organizaciones y que terminan permeando a las políticas públicas, la democratización de los servicios del Estado, al facilitar el acceso de los ciudadanos a los servicios públicos, aportar al desarrollo de ciudadanía al acercar propuestas de las comunidades a los actores públicos, y aportar a la construcción de nuevos modelos de gestión de las políticas sociales.

Anzalone destaca la importancia de desarrollar líneas de acción con el objetivo de fortalecer la alianza con el sistema de protección social, como ejemplo cita la importancia de las Mesas Intersectoriales de Políticas Sociales²², como instancia central de articulación intersectorial. Anzalone concluye, que ninguno de estos pasos deberían constituirse en

²² En adelante MIPS

“definiciones de escritorio”, elaboradas sin el conocimiento y la participación de los actores locales (JND, 2015a).

El documento “Mesas Interinstitucionales de Políticas Sociales (MIPS). Período 2011-2013”, aporta información acerca del trabajo conjunto de las instituciones que integran las MIPS. El trabajo de las MIPS, se encuentra orientado a superar las desconexiones entre las diversas intervenciones estatales. La temática de las Adicciones fue abordada en las MIPS, durante el primer semestre de 2013, a través de acciones que buscaron poner en agenda la problemática, por medio de espacios de debate sobre consumo problemático de SPA e informes de la JDD. También se plantearon propuestas de infraestructura o la implementación de Centros de Escucha.

Sin embargo, en relación a las formas de desarrollo de los temas tratados, se indica que en la temática de adicciones, un porcentaje significativo (71%) estuvo destinado a la preparación de informes, mientras que apenas un 6,25%, estuvo constituido por el logro de acuerdos en relación a la problemática, y las gestiones alcanzaron un 9,38 %.

Al analizar el período 2011-2013, se afirma que el nivel de coordinación y articulación alcanzado en relación a la problemática fue de un 31 %. Señala el documento, que un diseño conjunto de políticas sería el siguiente nivel de consolidación de la interinstitucionalidad, poniendo foco en la decisión para la acción sobre la realidad local, desde una mirada territorializada común (MIDES, 2014).

Resulta llamativo el bajo nivel de acuerdo con respecto a la temática, o el bajo grado de articulación para el período 2011-2013, sobre todo si tenemos en cuenta, que respuestas locales, como los Puntos de Encuentro, o la intervención de los Equipos de Aleros, toman como base para el desarrollo de su labor la construcción de interinstitucionalidad, dada la particularidad de la problemática a la que la JND (2011) identifica como: problema social complejo, multidimensional y multicausal.

Aun cuando se destaque la necesidad de dar respuestas específicas, estas respuestas deberían darse en un marco de integralidad de las políticas públicas. La creación de ámbitos de políticas específicamente de drogas, separados de otros, opera generando una escisión, aun cuando las direcciones dispongan de una intencionalidad articuladora, muchas veces las prácticas corren por carriles separados e incluso operan generando miradas contradictorias sobre el fenómeno (Echeberría, 2007).

Miradas que a su vez pueden llegar a generar respuestas de parte de algún organismo del Estado, que terminan micro penalizando al usuario de drogas, negándoles el derecho fundamental del amparo en un refugio nocturno, el derecho a la permanencia en un establecimiento educativo o la asistencia a la salud, en oposición a la visión del organismo rector en la temática de drogas.

Otras veces, la ausencia de políticas integrales desemboca en una suerte de “acusación” cruzada, a la hora de adjudicar responsabilidades y asignar recursos desde los diversos organismos. Un ejemplo de esto, es la discusión acerca del fenómeno de los usuarios problemáticos de droga en situación de calle, fenómeno complejo que demanda la intervención y asignación de recursos de diversos organismos tales como el MIDES o la JND.

Un elemento clave en este sentido, lo constituye la necesidad de generar presupuestos que transversalicen a las diversas instituciones que trabajan con la temática, (ej.: ASSE, JND, MIDES), asignado recursos propios a cada organismo para tal fin y nucleando su intervención a través de un solo programa (JND, 2015c).

Las políticas públicas de salud.

En relación al ámbito de la salud, Anzalone señala la necesidad de desarrollar líneas de acción que fortalezcan la alianza con el sistema de salud y un trabajo que se proponga levantar barreras, que deben ser abordadas a través de la capacitación. (JND, 2015 a).

Un documento elaborado por el Ministerio de Salud Pública en colaboración con la JND, en 2007, subraya algunas dificultades que transitan los servicios de salud a la hora de dar respuestas a las demandas relacionadas con el consumo problemático de drogas:

En el momento actual, el sistema de salud no está logrando dar una respuesta adecuada a la demanda existente, en parte porque los propios equipos de salud comparten con la población general esa visión de “ajenidad” del problema, al que visualizan como propio de “otra” especialidad de “otro” nivel de atención. Por otra parte, más allá de las carencias reales de recursos humanos y materiales, existe cierto desconocimiento y una escasa coordinación entre los servicios existentes, además de la carencia de formación específica en la temática y de la ausencia de la misma en los programas de los institutos formadores de recursos, conformando una situación que es necesario modificar (MSP, 2007, p.6).

Con respecto a la demanda de tratamiento Ramírez y Suarez (2014c) señalan que al menos un 43 % de los consumidores de PBC demandó ayuda en algún momento, y que la mitad del 57% restante, pensó en hacerlo alguna vez. Esto contrasta con la idea generalizada, que sostiene que el consumidor de PBC no demanda tratamiento. No sólo la pide, sino que la pide en mayor proporción que el resto de los consumidores problemáticos de otras SPA, y lo hace antes. Es decir, transcurre un tiempo menor entre el inicio del consumo y la demanda de tratamiento.

Lo llamativo, sin embargo, es que la demanda a los centros especializados es baja, y se relaciona con el requisito de la abstinencia como condición excluyente a la hora de comenzar un tratamiento, la demanda en general se direcciona hacia los centros de tratamiento no especializado que brindan las comunidades religiosas. Otro dato significativo lo constituye el hecho de que existe una alta rotación por diferentes instituciones, los usuarios recorren al menos tres instituciones a la hora de pedir ayuda, lo que da cuenta de la poca efectividad de los centros de asistencia. En relación a los elementos que hacen que se valoren como ineficaces las ofertas de asistencia se encuentran: el acceso restrictivo al no existir disponibilidad permanente, la lejanía territorial y las exigencias que imponen las instituciones para acceder a un tratamiento (Suarez & Ramírez, 2014c).

Estos datos sin dudas nos hablan de la ineficacia del sistema asistencial a la hora de dar respuestas integrales a los usuarios de drogas, especialmente a los de PBC, pero también dan cuenta del recorrido personal que establecen los usuarios en el devenir de su tratamiento del que hablaba Milanese (2007) lo que demanda la existencia de una red local integrada por una variedad de actores y servicios tanto públicos como privados y la necesidad de programas anclados en territorio.

La Salud Mental.

En lo que refiere a la atención en Salud Mental²³, la OMS señala que 4 de cada 5 personas que sufren trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, no reciben ningún tipo de atención. En general existe la creencia que este tipo de trastornos demanda una atención altamente especializada que por una razón de costos, los países en desarrollo no están en condiciones de afrontar. La OMS recomienda sin embargo, la implementación de la atención no especializada en el primer nivel de salud, para abordar esta problemática (OMS, 2012). Al mismo tiempo fija una serie de objetivos para abordar la

²³ en adelante SM

SM, (implementar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de SM completos, integrados, y con capacidad de respuesta; impulsar estrategias de promoción y prevención en el campo de la SM, etc.) (OMS, 2013).

En el documento “Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay” (2014), se afirma que en general no se dispone de datos epidemiológicos en relación a la problemática de la SM. Las iniciativas para la implementación de una transformación en Salud Mental que irían a favor de los lineamientos de las OMS (2013), entre otros, y del Programa Nacional de SM y de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa de SM del Ministerio de Salud Pública del año 2005, no implicaron cambios estructurales.

Se reconocen como debilidades entre otras, un insuficiente desarrollo de la SM en el primer nivel de atención, así como la inexistencia de niveles intermedios de acogida, insuficiente desarrollo de programas específicos y de coordinación interinstitucional que atiendan los trastornos por consumo problemático de sustancias, marginación de la SM en el contexto de la medicina o de las políticas sociales. En cuanto al vínculo de la SM con el abuso de SPA, (fenómeno que se identifica como de origen psicosocial), se reconoce la necesidad de diseñar programas intersectoriales para problemas específicos así como también se reconoce que el nivel local constituye un ámbito esencial para la intervención en SM por lo que resultan claves los roles de las intendencias y municipios y organizaciones sociales locales, como socios estratégicos para la ejecución de todas las acciones (Acuña & Sánchez, 2014).

En lo que refiere a la atención específica de pacientes con patología dual, el centro Chanaes, residencial de mediana y larga estadía, ubicado en San José desde 2013, es el único centro específico destinado a tal fin, orientado a adolescentes varones de 16 a 27 años. Ofrece la posibilidad de la internación y consecuentemente incluye el requisito de la abstinencia. En general no existen centros de tratamiento específicos para el abordaje de la patología dual. Los tratamientos destinados al abordaje del consumo problemáticos presentan obstáculos para la admisión de pacientes con patologías psiquiátricas, y a la inversa, los pacientes con patología psiquiátrica que presentan trastorno por consumo de SPA, encuentran barreras para acceder a los programas destinados al abordaje del consumo problemático. Se destaca que el tratamiento realizado en forma secuencial o simultánea resulta menos eficaz (Brescia, M. Gutiérrez, M, Redes, L. Waschebor, M. 2013).

Las mesas de convivencia y seguridad y la(s) comunidad(es) local(es).

Anzalone reconoce como un elemento clave la generación de espacios integradores, en un intento de evitar la disputa por el espacio, la fractura social, la estigmatización. Destaca el rol de las mesas de convivencia y seguridad como un instrumento que en muchos casos ha logrado trascender el reclamo represivo, para pasar a incluir intervenciones más amplias con la participación de vecinos (JND, 2015a).

Para Fraiman y Rossal (2009), el sujeto convocado a ese tipo de espacios que Anzalone identifica como “espacios integradores”, en el sentido que evitan la fractura social, es la figura del “vecino”, (integrante de los barrios), categoría que se utiliza con frecuencia para hacer referencia a la comunidad local. El problema fundamental reside en que cuando se apela a la categoría de “vecino”, se excluye otro tipo de categorías: como la del joven o la del habitante de los asentamientos irregulares. Por lo que en la integración de las mesas de seguridad y convivencia se elude la voz de otros actores que también tienen problemas en relación a la inseguridad y a la violencia:

Sus ideas acerca de la inseguridad se enfocan hacia la incertidumbre sobre el futuro, tanto educativa como laboralmente. Las violencias a las que aluden están relacionadas a la faceta represiva del Estado y a los estigmas con los que muchas veces son amedrentados por los adultos (que sí son vecinos). Pero tampoco asisten los más pobres, que no son considerados vecinos. Pues no pagan sus “cargas”, “ni impuestos, ni luz, ni nada”. Y con su exclusión también se retira de la mesa la violencia estructural, aquella que los priva de recursos y oportunidades; y se excluye la voz que podría aclarar muchos de los malentendidos con los que se vive a diario en el barrio. (p.155-156).

Es importante señalar esta distinción, porque este tipo de políticas sin proponérselo generan exclusión y marginación, y se constituyen en ámbitos representativos e institucionalizados de la “comunidad”, objetivo de intervención primordial de la que nos hablaba Milanese (s.f.), en tanto generadora ella misma de marginación y exclusión.

Los dispositivos de Base Comunitaria.

Existen diferentes modalidades, que tienen que ver fundamentalmente con la instalación en el territorio, de dispositivos inspirados en el enfoque del CBT: el **Centro de Escucha** en Carrasco Norte, **El Achique de Casavalle**, **Equipos de Proximidad Aleros** en cinco Municipios de Montevideo, **Al Oeste Sumaré** en la Teja y los **Puntos de Encuentro** en

Malvín Norte y Punta de Rieles. La JND afirma que todos apuntan a: “la construcción de un sostén social que combata la vulnerabilidad de los usuarios con consumo problemático de drogas” (JND, 2014, p.1). La estrategia de cercanía forma parte de una metodología que engloba a los diferentes dispositivos, en tanto se proponen facilitar el acceso al sistema de salud para ayudar a la inserción de los usuarios en la comunidad, desde el reconocimiento de sus derechos como ciudadanos.

La construcción de un enfoque local favorece las respuestas de las ofertas socio-sanitarias así como el compromiso de técnicos y vecinos en el abordaje de la problemática. Es a partir del 2010, que la JND comienza a definir acciones de abordaje territorial en drogas, y la conformación de redes locales, definiendo en algunas zonas, una agenda de trabajo interinstitucional y comunitario. El equipo interinstitucional se conformó con la participación de la ASSE, MIDES, INAU, Policía Comunitaria, IdeM²⁴, Facultad de Psicología y Organizaciones de la Sociedad Civil (JND, 2014).

Los equipos de los diferentes dispositivos se integran junto a otros actores de instituciones públicas, agentes comunitarios, usuarios y familiares, para la realización de acciones de diagnóstico, derivación y tratamiento, bajo la perspectiva de Derechos Humanos e inclusión social. Las acciones de enganche se realizan con los propios usuarios y la movilización comunitaria, en los ejes de atención, tratamiento derivación, acompañamiento, educación y trabajo.

Los equipos de proximidad **Aleros**, son duplas de técnicos que trabajan en territorio de los municipios, (A, D, E, F y G). El programa es implementado por diferentes organizaciones sociales, liderado por la JND, la Secretaría Nacional de Drogas y gestionado por la División Salud de la Intendencia de Montevideo. La propuesta está dirigida a la atención de Usuarios de Drogas a nivel comunitario, un componente fundamental del programa, incluye la captación en calle, así como la posibilidad de facilitar el acceso a la salud, la educación y el empleo, y la promoción y fortalecimiento de redes locales. Por intermedio del programa se logró contactar a más de 300 usuarios consumidores de drogas en condición de extrema vulnerabilidad, 50 por ciento de los cuales iniciaron algún tipo de tratamiento.

El trabajo de los equipos partió de una estrategia de articulación y coordinación, con los municipios y los diferentes actores e instituciones locales, (ámbito educativo, de salud, cultural, de vecinos, etc.), que venían trabajando en la temática, o que tenían un alcance operativo y gran conocimiento de las dinámicas del barrio. La primera etapa consistió en la

²⁴ Intendencia de Montevideo

realización de un paneo de toda la red, potenciando los diferentes nodos, para que continuaran trabajando articulados, una vez que Aleros se retirara del territorio (Musso, s.f.).

El objetivo de la segunda fase tuvo que ver con la posibilidad de generar actividades provenientes de la comunidad, lo que remarca el carácter articulador del programa, al actuar como facilitador en la construcción de respuestas locales. Ejemplo de estas iniciativas, son los Puntos de Encuentro, en Punta de Rieles y Malvín Norte, dispositivos que nacen a instancias del trabajo de Aleros y las redes locales, lo que implicó un fuerte trabajo interinstitucional (Musso, s.f.).

Los dispositivos denominados “**Punto de Encuentro**” surgen como respuesta local a la problemática, a partir de la intervención de Aleros en los Municipios. Forman parte de la búsqueda para la construcción de respuestas locales y colectivas, que involucran la participación de actores sociales, (SOCAT, Gurises Unidos, Facultad de Psicología, Facultad de Antropología, etc.). Se constituyen en servicios de exigencia mínima, con oferta de escucha inmediata, orientación, acompañamiento y derivación. Las propuestas integran talleres variados, la posibilidad de una merienda compartida, o propuestas recreativas, diseñadas en función de los intereses de los usuarios y de los recursos disponibles en la comunidad.

El “**Achique**”, ubicado en el Cerrito de la Victoria, se constituye en centro de escucha y acogida, (ambulatorio y diurno), y equipo de proximidad. Atiende alrededor de 100 usuarios anualmente, consumidores problemáticos de PBC, en su mayoría varones de entre 18 y 35 años. Ofrece abordajes terapéuticos, talleres formativos, (cocina saludable, arte y educación corporal, boxeo, talleres de prevención de recaídas, derechos ciudadano y cooperativismo, espacio de apoyo a la educación formal, etc.). En la primera entrevista se establece un mapa de ruta, para determinar por dónde comenzar el tratamiento, además se evalúan otras prioridades que pueden estar relacionadas con la alimentación, la higiene, la vivienda, la documentación, etc. (JND, 2014).

El **Centro de Escucha**, ubicado en Carrasco Norte, es un dispositivo de orientación, asesoramiento, diagnóstico ambulatorio, y derivación, con un anclaje territorial y comunitario. El objetivo principal tiene que ver con ampliar y fortalecer la atención en lo relacionado a la prevención, tratamiento e inserción social. El equipo es de carácter interinstitucional (JND, División Salud de la Intendencia de Montevideo, Programa Drogas-IdeM, RAP-ASSE²⁵,

²⁵ Red de Atención Primaria - Administración de Servicios de Salud del Estado.

SOCAT, INFAMILIA²⁶, Organización No Gubernamental Hermanas del Verbo Encarnado, Municipios E y F, vecinos de la comunidad.), e interdisciplinario, (Médica, Psicóloga, Operadora Par, Agente de Salud Comunitaria, etc.). Se recepciona, orienta y deriva en caso de que sea necesario a los usuarios problemáticos de drogas, así como a sus familias y referentes socio afectivos.

Al Oeste Sumaré, la propuesta se estructura sobre tres ejes: prevención, tratamiento e inclusión social. Nace a raíz de la intervención de la Policlínica La Teja Barrial, y busca promover el involucramiento de toda la comunidad. Es un dispositivo de orientación, asesoramiento, diagnóstico y derivación. También ofrece tratamiento ambulatorio diurno y equipo de proximidad (Municipio A, s.f.)

Conclusiones

El presente trabajo tuvo como objetivo reflexionar acerca de la manera en que una determinada política pública, en este caso de drogas, se territorializa en función de determinadas características locales, y en base a ciertas necesidades que responden a un tipo de población específica.

Uruguay ha iniciado una serie de transformaciones en materia de políticas públicas de drogas. En la actualidad el Estado asume que la temática requiere un abordaje socio sanitario, y que el enfoque de RRDD debería transversalizar a los programas de prevención y tratamiento en drogas.

De todas maneras, en el seno de las políticas públicas, todavía conviven elementos que responden al enfoque prohibicionista. La institucionalización de un pacto, entre los sujetos y las instituciones (Rementría, 2013), sólo es posible en la medida que se promuevan acciones que garanticen los derechos como ciudadanos de los consumidores. Cabe destacar que la falta de regulación de los mercados de SPA ilegales, continúa exponiendo a los usuarios más pobres a consumir sustancias de mala calidad, en condiciones de violencia y precariedad. Las iniciativas de RRDD desarrolladas, se limitan a enfatizar los aspectos sociales de las condiciones del consumo, sin duda esenciales. De todas maneras, no fue posible relevar información, acerca de la implementación de medidas específicas de tipo sanitario, como por ejemplo, la entrega de equipos seguros elaborados con materiales no

²⁶ Instituto de la Familia del Ministerio de Desarrollo Social

tóxicos, para la utilización adecuada de la sustancia. Con la regulación del cannabis, sin embargo, se abre un nuevo panorama para el suministro de dicha sustancia en el tratamiento para la adicción a la PBC.

Tampoco fue posible relevar a través de documentos oficiales u otros, la sistematización de las experiencias desarrolladas en los dispositivos de base comunitaria en el departamento de Montevideo, (aspecto fundamental del modelo ECO2). La información que brinda la JND acerca de su implementación, es insuficiente y genérica. Esto abre una interrogante en torno al nivel de incidencia de dichas experiencias en el entramado de las políticas públicas, lo que sin dudas puede llegar a tener efectos sobre las perspectivas a futuro de las diversas propuestas.

Resulta llamativo el caso de Uruguay, dado que es la JND, (órgano gubernamental rector en la materia), quien “importa” el modelo de intervención del CBT, a diferencia de otros países como Colombia, donde la propuesta logra permear las políticas de salud pública, una vez que nace en las comunidades y a partir de la intervención de las organizaciones sociales con el apoyo de financiadores externos.

Todo parece indicar que el papel que cumplen las organizaciones en este caso, se relaciona más con un rol ejecutor, que con el de un actor que participa activamente en la definición de las políticas públicas. Un gran ausente en los discursos oficiales acerca de la participación, es el usuario de sustancias ilegales. Las experiencias realizadas de otros países dan cuenta de la participación de los usuarios auto organizados en el diseño e implementación de experiencias de RRDD. No se desprende de la bibliografía relevada, que este sea el caso de Uruguay.

Cómo vimos la descentralización no es buena o mala en sí misma sino que depende del proyecto político al cual sirve. Sin dudas, la manera en que se instrumenta la participación de los usuarios y las organizaciones civiles en materia de políticas públicas de drogas, reviste la mayor importancia. Ante la ausencia de una participación efectiva, la descentralización se reduce a una lógica privatizadora de servicios públicos. La construcción de interinstitucionalidad resulta otro componente fundamental, dado que las debilidades y carencias en este aspecto repercuten negativamente en la implementación de las iniciativas locales, afectando la posibilidad de brindar respuestas integrales.

La superposición de recursos en determinados territorios, (que con frecuencia se asume erróneamente que son escasos), podría estar dando cuenta de una falla en las lógicas de

abordaje, pero también de la ausencia de criterios a la hora de “aterrizar” los recursos y servicios en los territorios.

Finalmente, cabe destacar que el consumo problemático de drogas se constituye en una de las tantas puertas de entrada a las situaciones de exclusión y marginación social, tal como lo señala el CBT, por lo que se vuelve imperativo atacar las causas económicas y sociales que hicieron posible la marginación en primer término, y que se relacionan con acciones concretas que deberían implementarse en el área de la inserción social.

Referencias Bibliográficas

- Acuña, R. Sánchez, D. (octubre, 2014). Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay (PISMU) *Revista de Psiquiatría del Uruguay* (78), 196-218.
- Albano, G. Castelli, L. Martínez, E. Rossal, M. (2014). Caminando solos. En Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) *Fisuras. Dos estudios sobre Pasta Base de Cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas* (61-145). Recuperado de: <http://infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/fisuras.pdf>
- Bardazano, G. (2014). Respuestas estatales a los usuarios de sustancias psicoactivas en Uruguay: entre la alternativa y la profundización de la guerra contra las drogas. En Colectivos de Estudios Drogas y Derechos (CEDD) *En busca de los Derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina*. México: Becker & Marcus.
- Berreneche, E. (2015, agosto, 30). *Vivir en el barrio más peligroso*. Diario El País. Recuperado de: <http://www.elpais.com.uy/informacion/vivir-calle-mas-peligrosa-ciudad.html>
- Brescia, M. Gutiérrez, M, Redes, L. Waschebor, M. (2013) *Acerca de un caso clínico de patología dual de psicosis y consumo de sustancias*. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/jul2013/08_Combreve_01.pdf
- Calzada, J. (2013a) A modo de prólogo. En *Observatorio Uruguayo de drogas. Documento de trabajo: Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana* (pp. 3-5) Recuperado de: <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/8diagnosticos.pdf>
- Calzada, J. (2013b) A modo de epílogo. En *Observatorio Uruguayo de drogas. Documento de trabajo: Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana*. (pp. 53-55) Recuperado de: <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/8diagnosticos.pdf>

- CEED. (2014) *En busca de los Derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina*. México: Becker & Marcus.
- Echeberría, A. (2007). *Algunos ejes para pensar la inclusión del tema drogas en el concierto de las políticas públicas inclusivas*. Recuperado de:
http://www.encare.org.uy/Ana_Maria.pdf
- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Editorial Alianza.
- El Abrojo. (2002). *Barrilete comunidad. Un proyecto de intervención comunitaria para la reducción de riesgos y daños del uso de drogas*. Recuperado de:
http://www.infodrogas.gub.uy/html/informes-documentos/docs/proyecto_barrilete-comunidad.doc.
- Fernández, L. (1999). Los “territorios urbanos” de las drogas: un concepto operativo. En FAD & Ajuntament de Barcelona (Eds.) *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 49-55). Madrid: FAD, Barcelona : Ajuntament de Barcelona.
- Fernández, L. Pintos, M. (2004): *El espacio urbano como dispositivo de control social: Territorios psicotrópicos y políticas de la ciudad*. Monografías Humanitas, Barcelona, v. 1, n. 5, p. 147-162. Recuperado de:
<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono5/Articulos/articulo10.pdf>
- Folgar, L. (2006). De latas y lateros: usuarios de PBC y sus mundos de sentido. Recuperado de:
http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/anuario2006/art06_20.pdf
- Fraiman, R. Rossal, M. (2009). Conclusiones. En *Si tocás pito te dan cumbia. Esbozo de antropológico de la violencia en Montevideo* (153-160) Uruguay: Cebra Comunicación
- Fusero, M. (Noviembre, 2013). Un cambio de paradigma posible. En S. Sánchez Bustos (Ed.), *Primera conferencia internacional de Políticas de drogas*. (pp. 107-126). Chile: Colegio Médico de Chile.
- Garat, G. (2013). *Un siglo de políticas de drogas en Uruguay*. Montevideo: Friedrich-Ebert-Stiftung

- Góngora, A. (2012). Redes, riesgos y drogas: hacia una antropología de las nuevas formas de gobierno. En A. Góngora. C. Hernández. N. Menéndez. (Comp.), *Nuevas Antropologías Colombianas. Experiencias metodológicas* (152-183). Colombia: Zenú
- Hallam, C. Bewley-Taylor, D. Jelsma, M. (2014). La clasificación en el sistema internacional de control de drogas. *Serie reformas legislativas en materia de drogas*, (25), 1-28.
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Principales resultados encuestas de hogares 2014*. Recuperado de:
<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/ech/ech2014/Principales%20Resultados%20ECH%202014.pdf>
- Junta Nacional de Drogas. (2015a). Aportes a la planificación en drogas. Recuperado de:
http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=2671:aportes-a-la-planificacion-en-drogas&catid=14:noticias&Itemid=59
- Junta Nacional de Drogas. (2015b). *Presentación: VI Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas. Datos preliminares*. Recuperado de:
http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/vi_encuesta_hogares_2015.pdf
- Junta Nacional de Drogas. (2015c). Punto de Encuentro Malvín Norte. Dispositivo de proximidad: un alto contenido solidario. Recuperado de:
http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=2613&catid=14&Itemid=59
- Junta Nacional de Drogas. (2014). Dispositivos de Base Comunitaria actúan como sostén Social. Recuperado de:
http://infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=2155&catid=14&Itemid=59
- Junta Nacional de Drogas. (2013). Calzada reafirmó la importancia de la interacción del Estado con las organizaciones civiles. Recuperado de:
http://infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=1419&catid=14&Itemid=59
- Junta Nacional de Drogas. (2012a). V Encuesta Nacional en hogares sobre consumo de drogas. Recuperado de:
http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf

- Junta Nacional de Drogas. (2012b) Uruguay. Avances en el abordaje territorial de las políticas públicas de drogas. Recuperado de: www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/eventos/taller2012/presentaciones/presentacion%20territorializacion%20Uruguay.pdf
- Junta Nacional de Drogas. (2011). *Estrategia nacional para el abordaje del problema drogas. Período 2011/2015*. Recuperado de: http://www.infodrogas.gub.uy/html/estrategia/20110623_Estrategia_Naciona_%20Problema_Drogas_2011_2015.pdf
- Junta Nacional de Drogas. (2010). Derecho a la salud y usuarios problemáticos de drogas. Ampliación de la asistencia desde el territorio y la comunidad con enfoque de integración social. Recuperado de: http://www.infodrogas.gub.uy/html/informes-documentos/docs/20100427_XII_ALCUE_%202010_m_romani.pdf
- Junta Nacional de Drogas. (2006). IV Encuesta Nacional en hogares sobre consumo de drogas. Recuperado de: http://www.infodrogas.gub.uy/html/informes-documentos/docs/Presentacion_4a_Encuesta_Hogares_Drogas.pdf
- Junta Nacional de Drogas (s.f.). Reducción de Riesgos y Daños. Montevideo: Junta Nacional de Drogas. Recuperado de: http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=28&Itemid=53
- Latorre, A. (2013) Desarrollo y provisión de intervenciones/servicios de reducción de daños basados en pares. En A. Suárez. T. Borrás. (Coord.), Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de riesgos relacionados con el uso de drogas. (122-147). Barcelona: Grup Igja
- Machín, J. (2010a). Introducción. En Machín, J., Silva, E., Velasco, M. Moreno, A. ECO2 *¿Un modelo de incidencia en políticas públicas?* (3-6). Recuperado de: https://www.academia.edu/8031745/ECO2_un_modelo_para_la_incidencia_en_pol%C3%ADticas_p%C3%ABlicas
- Machín, J. (2010, junio, 12b). Modelo Eco2. Redes sociales, complejidad y sufrimiento social. REDES. Recuperado de: http://revista-redes.rediris.es/html-vol18/vol18_12.htm

- Machín, R. J. (2010). Estados alterados de conciencia y salud. En F. Peña San Martín. León Parra. B. (coord.) *La medicina social en México V. Género, sexualidad, violencia y cultura*. (pp. 129-139) México: Eón
- Milanese, E. [Fundación Convivir] (2015, enero, 12). [Archivo de video] *Entrevista a Efre Milanese*. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=fXOY85tEKB8>
- Milanese, E. (2009). Exclusión social. En E. Milanese (Coord.) *Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave. Manual de trabajo para el operador* (pp. 36-38). México: Plaza y Valdés.
- Milanese, E. (2007). *Tratamiento de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave*. EFAD Recuperado de:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dDM4Jgb61dEJ:www.pastoraldedrogadiccion.cl/docs2007/Tratamiento_Comunitario_NIVEL_2.doc+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=uy
- Ministerio de Desarrollo Social. (2013). *Postura Institucional del Ministerio de Desarrollo Social sobre el tema "Usos de Sustancias Psicoactivas"*. Recuperado de:
http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/27355/1/postura_institucional_mides_sobre_el_tema_sustancias_psicoactiva_2013.doc
- Ministerio de Desarrollo Social. (2014). *Mesas Interinstitucionales de Políticas Sociales. Reporte del Sistema de Información. Período 2011/2015*. Recuperado de:
http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/28989/1/informe_de_sistematizacion_sobre_el_funcionamiento_de_las_mesas_interinstitucionales_de_politicas_sociales.pdf
- Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Drogas. (2007): *Programa Nacional de Atención a usuarios problemáticos de drogas*. Recuperado de:
<http://infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/Protocolo.pdf>
- Mino, A. (s.f.). *Las Estrategias terapéuticas en el abuso y dependencia de drogas*. Recuperado de: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/mino_sersoc.pdf
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Ed. Huemul
- Municipio A (s.f). *Al Oeste Sumaré*. Recuperado de:
<http://municipioa.montevideo.gub.uy/node/1062>

- Intendencia de Montevideo. (2013). Municipio E. *Centro de Escucha e Inclusión Social*. Recuperado de: <http://municipioe.montevideo.gub.uy/comunicacion/noticias/centro-de-escucha-e-inclusion-social-0>
- Musso, D (s.f.) *Falta de Amor*. Recuperado de: <http://municipioa.montevideo.gub.uy/falta-de-amor>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). *Informe Mundial sobre las Drogas. Resumen ejecutivo 2015*. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- Oromaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención participación y prevención del daño. *Salud Colectiva*, 4(3), 301-318.
- OUD. (2013). *Documento de trabajo: Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana* Recuperado de: http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=1648: ocho-diagnosticos-locales-sobre-la-problematica-del-consumo-de-drogas-en-montevideo-y-zona-metropolitana-2013&catid=10:publicaciones&Itemid=20
- OUD. (2014a) Pasta Base de Cocaína en Uruguay. Compilación. Recuperado de: http://www.academia.edu/9951331/Pasta_base_de_coca%C3%ADna_en_Uruguay_compilaci%C3%B3n
- OUD. (2014b) *Fisuras. Dos estudios sobre Pasta Base de Cocaína en Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*. Recuperado de: <http://infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/fisuras.pdf>
- OMS (2012). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por usos de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf
- OMS (2013). *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- Pérez Sánchez, M. (diciembre, 2011). Descentralización, territorialización de las políticas públicas y participación popular: reflexiones desde la extensión universitaria. En *Revista Estudios Cooperativos*. (16) 88-103.

- Pereira, J. (2007). *El aporte de la sociedad civil a la construcción de políticas sociales inclusivas. Algunas reflexiones para las organizaciones que trabajan con la drogodependencia*. Recuperado de: http://www.encare.org.uy/Javier_Pereira.pdf
- Peyrabue, R. (Noviembre, 2013). El estigma de las PQUD y la atención de la salud. En S. Sánchez Bustos (Ed.), *Primera conferencia internacional de Políticas de drogas*. (pp. 98-105). Chile: Colegio Médico de Chile.
- Presidencia de la República. (2013). *Ley n° 19.172*. Recuperado de: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/leyes/2013/12/cons_min_803.pdf
- Ramírez, J. Suarez, H. (2014a). Los desposeídos. En Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) Fisuras. *Dos estudios sobre Pasta Base de Cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas* (23-50). Recuperado de: <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/fisuras.pdf>
- Ramírez, J. Suarez, H. (2014b). Reflexiones finales. En Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) Fisuras. *Dos estudios sobre Pasta Base de Cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas* (50-60). Recuperado de: <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/fisuras.pdf>
- Ramírez, J. Suarez, H. (2014c). La demanda de tratamiento. En Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) Fisuras. *Dos estudios sobre Pasta Base de Cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas* (35-41). Recuperado de: <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/fisuras.pdf>
- Ramírez, J. Suarez, H. (2013a). Inseguridad, drogas, delito: territorios y vulnerabilidad social. En OUD, *Documento de trabajo: Ocho diagnóstico locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana* (12-14). Recuperado de: <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/8diagnosticos.pdf>
- Ramírez, J. Suarez, H. (2013b). ¿Qué son los diagnósticos locales? En OUD, *Documento de trabajo: Ocho diagnóstico locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana* (15-16). Recuperado de: <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/8diagnosticos.pdf>
- Ramírez, J. Suarez, H. (2013c). Comentarios finales. En OUD, *Documento de trabajo: Ocho diagnóstico locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y*

zona metropolitana (47-50). Recuperado de:

<http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/8diagnosticos.pdf>

- Stolkiner, A. Vázquez, A. (2009): Procesos de estigma en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogodependencia. Facultad de Psicología-UBA. Anuario de investigaciones. (16), 295-303.
- Troujols, J. (2013). Hacia una participación significativa de las personas usuarias de drogas por vía parental en el desarrollo de las políticas e intervenciones del uso de drogas: apuntes para una historia mal conocida. En A. Suárez. T. Borrás. (Coord.), *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de riesgos relacionados con el uso de drogas*. (122-147). Barcelona: Grup Igia
- Touzé, G. (2001). Uso de drogas y VIH/SIDA. De la medicalización a la ciudadanía. *Revista Encrucijadas* (8), 1-10.
- Veneziano, A. (2008, octubre, 31). La participación ciudadana en la descentralización de Montevideo: aprendizajes y reflexiones desde los noventa. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*. (17), 203-227.