

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

Licenciatura en Trabajo Social

**Consideraciones sobre el Consumo
Problemático de Sustancias Psicoactivas en
Adolescentes**

LUCÍA CORUJO LORENZO

Tutor: Christian Adel Mirza

2014

INDICE

Capítulo I:

Introducción	1
Fundamentación	4
1.1- Anotaciones desde una perspectiva histórica.....	7
1.2-Tipos de drogas y sus características.....	12
1.3-Diversos usos de las sustancias.....	14
1.4-Pasta base de Cocaína en Uruguay.....	17
1.5-Múltiples consecuencias del consumo.....	18

Capítulo II:

2.1-La adolescencia: ¿etapa clave para el consumo de sustancias?.....	19
2.2-Adolescencia y vida cotidiana.....	22
2.3-Transformaciones en la estructura familiar.....	24
2.4-Pobreza y exclusión social.....	27

Capítulo III:

3.1-Políticas Sociales de Protección.....	30
3.2- Policlínicas de rehabilitación para el adicto, los casos del Hospital Militar y Hospital Maciel.....	36
3.3- Análisis de las entrevistas.....	41
3.4-¿Logran las policlínicas de rehabilitación alcanzar el objetivo propuesto?.....	44
3.5-¿Qué rol desempeña el Trabajador Social en el abordaje de esta problemática?.....	47
Reflexiones Finales.....	54
Bibliografía.....	58
Fuentes Documentales.....	61
Anexos.....	62

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, constituye la tesis final que da cierre al proceso de aprendizaje curricular, correspondiente a la Licenciatura de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Dicho documento, pretende desarrollar y analizar una temática de interés académico y profesional para el Trabajador Social.

Se debe tener presente que el consumo de Pasta Base no es un fenómeno aislado, sino que es multicausal, y está estrechamente asociado a diversos factores como; el cambio en el mundo del trabajo, la transformación en la organización familiar, la pobreza, la exclusión social y la sociedad “de consumo” entre otras.

El interés de realizar una investigación sobre esta temática, surge debido al alto consumo de Pasta Base en adolescentes que se viene registrando a lo largo de los años, e implicando en la problemática a todos los ciudadanos, como dice el slogan de la JND: *“problema de drogas: compromiso de todos”*

Aquí lo que se plantea, es que la temática del consumo de drogas no es una problemática individual, sino que debe ser abordado como un tema de alta complejidad, el cual responde a varias causas, en donde todos nos vemos involucrados, y la población debe tomar conciencia y reflexionar sobre esta situación como ciudadanos con derechos y obligaciones.

El documento se propone plantear un análisis reflexivo de la situación de los adolescentes y el consumo de sustancias psicoactivas, particularmente de Pasta Base, teniendo en cuenta que en la adolescencia es la sustancia más consumida. Por lo tanto, el consumo de pasta base y los abordajes de la problemática se constituye en el objeto de análisis.

En el primer capítulo, se realizará una reseña histórica de como el consumo de sustancias comienza a ser tratado como una problemática a la cual hay que abordarla desde las diferentes disciplinas. En tal sentido, se hará referencia a los distintos usos que se les daba a las drogas a lo largo de la historia, realizando un contraste con la actualidad.

También se desarrollará el concepto y los tipos de drogas, enfocándolo en el consumo de la pasta base, mencionando sus características y las consecuencias físicas y psicológicas de dicho consumo.

En el segundo capítulo, se abordará la temática de la adolescencia, como etapa clave en la vida del ser humano, en donde comienza a reafirmarse la identidad del individuo, y se forja el vínculo con los pares. Etapa donde el futuro comienza a tener otra dimensión, comienza a forjarse un “proyecto de vida”.

En tanto, se desarrollará brevemente la categoría adolescencia como etapa clave para el consumo de sustancias y vinculándolo con lo que es la vida cotidiana del individuo, en donde éste está más expuesto y vulnerable, etapa en la cual comienza la apertura hacia otros modelos y cambios en el individuo.

Posteriormente a ello, se analizarán los diversos cambios en la estructura social, y en el mundo del trabajo, (pluriempleo- inserción de la mujer en el mercado laboral), en relación a esto, la modificación en la organización familiar, teniendo en cuenta los roles históricamente asignados desde una perspectiva de género etc. La institución Familia, adquiere nuevas formas de organización, como son: familias mono parentales, familias con jefatura masculina, o jefatura femenina, lo cual lleva a la desestructuración o desmembramiento de los lazos familiares.

Otro de los aspectos a interrogar, es la relación – según datos estadísticos- que existe entre el consumo de Pasta Base y determinados sectores socioeconómicos. El consumo de la pasta base se da en sectores de bajos recursos y si bien, se desprende la idea de que esto esté vinculado a un tema de posibilidad económica, es decir de acceso a esta sustancia, la realidad es más compleja, mostrando que hay otras variables que pueden incidir en el consumo de esta sustancia.

En este sentido, nos enfrentaremos a otro nivel de complejidad que tiene que ver con la discriminación, en estos sectores socioeconómicos la pobreza ya es un factor de discriminación, que muchas veces se asocia al consumo, adoptando aquí el consumo un carácter peyorativo, discriminatorio, sin poder visualizarse como un tema sanitario. Tal es así, que el eslogan citado anteriormente, de la JND, convoca a la sociedad a reflexionar sobre este tema como un tema de responsabilidad social.

Finalmente, se expondrán las políticas sociales de prevención rehabilitación- protección al adicto, las cuales son de gran importancia para la contención del mismo y de su familia. También se mencionarán las policlínicas de rehabilitación para el adicto: los casos del Hospital Militar y Hospital Maciel y los testimonios de los adolescentes entrevistados, que se encuentran realizando tratamiento de rehabilitación. Posteriormente a ello, se analizará el rol del Trabajador Social en la problemática del consumo y las diversas estrategias de intervención, integrando al análisis las diferentes instituciones que funcionan como redes contribuyendo a la recuperación del adicto. Finalmente, se expondrán las reflexiones finales, bibliografía general y anexos.

FUNDAMENTACIÓN

En nuestro país, los últimos datos mostrados por la JND arrojan que: *“en 2011 las drogas más consumidas por los adolescentes han sido el alcohol, el tabaco, la marihuana y los tranquilizantes. Un 82,3% declara haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 34,7 % tabaco, 16,4% marihuana y la misma proporción tranquilizantes o sedantes. El consumo de estimulantes es declarado por el 3,7% de los estudiantes mientras que los que declararon consumir cocaína alguna vez en la vida son el 2,6%, al igual que los inhalantes.”*(JND, Quinta encuesta Nacional sobre consumo de Drogas en estudiantes de enseñanza media; 2011: 15)

Estos datos muestran una situación de alarma social, replanteando la problemática del consumo como una temática que necesariamente debe ser abordada desde diversas disciplinas. Si bien las drogas fueron utilizadas a lo largo de la historia de la humanidad, lo que varió fue el uso y abuso que el hombre hace de las mismas.

En la antigua medicina era común el uso del opio y sus derivados, se lo utilizaba como preparación para calmar varias dolencias, como somnífero y calmante de la tos. Aún hoy en día, algunas de estas sustancias son utilizadas en el ámbito de la salud como paliativos etc. **Es necesario precisar, que en este documento se tratará el tema del consumo problemático de pasta base en los adolescentes**, partiendo de la premisa de que: “el problema” no es la sustancia, sino el uso que se hace de ella.

Lo antes dicho, responde a una nueva conceptualización sobre esta temática, donde se reubica el “problema”: donde el objeto no es la “droga”, si no el uso de la misma. Es desde esta perspectiva que el tema del Consumo de sustancias psicoactivas es definido hoy por las autoridades como una problemática de carácter social.

Las personas diagnosticadas con consumo problemático de sustancias son más vulnerables en varios aspectos: incapacidad para cumplir con sus obligaciones, problemas interpersonales, dificultades con la ley, dificultades con la salud, etc.

Dicha temática, surge como motivación de la estudiante, dado que es un tema de la actualidad y con gran repercusión a nivel social e institucional, necesitando de un abordaje multidisciplinario que contribuya a la rehabilitación de la población objetivo, siendo esta etapa un compromiso de todos, principalmente de las Instituciones implicadas en esta problemática. Será necesario el aporte de éstas, desde el punto de vista de los recursos humanos, y el trabajo en red con otros Organismos del Estado.

Para seguir ahondando en esta problemática y acercarse al objetivo general de estudio planteado, se requiere hacer referencia al concepto de adolescencia la cual comienza en momentos distintos para las niñas y los niños:” *en las niñas se inicia, como promedio, entre los doce y los dieciocho meses antes que en los niños, en estos está asociado con el periodo de los trece años de edad.*”(Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF; 2011:8). Esta etapa de la vida del ser humano está asociada a múltiples cambios, con relación a lo corporal, el relacionamiento con sus pares, planteo de un proyecto de vida, en la personalidad. También cabe destacar que en este período evolutivo el individuo comienza a reconocerse a sí mismo, y a definir aspectos estables de su personalidad.

El presente documento se enfocará en el estudio de pasta base de cocaína, en la etapa de la adolescencia. A su vez se expondrán los múltiples factores que hacen que el adolescente entre en dicho consumo de sustancias.

Se plantea como **objetivo general**: Estudiar algunas correlaciones entre el consumo de pasta base, las situaciones de exclusión social en los jóvenes adolescentes y el abordaje de la rehabilitación. Se plantean como **objetivos específicos**: en primer lugar: identificar los factores que inciden en el consumo de pasta base en jóvenes en situación de vulnerabilidad social, y en segundo lugar: se analizará si las policlínicas de rehabilitación logran contribuir en la recuperación de jóvenes drogodependientes.

En lo que refiere a la estrategia **teórico-metodológica**, se realizará en un primer momento, una profunda revisión bibliográfica sobre el tema para profundizar y problematizar algunas cuestiones. Luego, se efectuarán diversas entrevistas: en una primera instancia a jóvenes en rehabilitación por consumo de pasta base, posteriormente a técnicos de la salud que se especialicen en dicha temática. Esta herramienta se utilizará con el objetivo de sumar aportes, que puedan contribuir a la problematización. Es de destacar, que este trabajo trata de una investigación cualitativa de carácter exploratorio, en base al estudio de casos.

Capítulo I

1.1 Anotaciones desde una perspectiva histórica

Una primera definición de drogas psicoactivas realizadas por la (OMS), permitirá tener una idea clara de lo que llamamos droga: *“Droga es toda sustancia ya sea de origen natural o sintética que una vez que es introducida al organismo es capaz de alterar una o más de sus funciones.”* (OMS, En: JND; 2011:6).

Por otra parte, según otra de las definiciones, droga: *“será cualquiera de las múltiples sustancias que el hombre ha usado, usa o invertirá a lo largo de los siglos, con capacidad para modificar las funciones del organismo vivo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo.”*(Funes, Arteaga, Jaime; En: JND; 2011: 7). Tomando en cuenta estas definiciones, no sería correcto hablar de una única droga, ya que existen diversas sustancias y a la vez diferentes tipos de consumos y consumidores.

El tema del consumo de sustancias no es un tema reciente, las drogas se han utilizado a lo largo de la historia, como por ejemplo para usos medicinales, terapéuticos, o para la realización de rituales y ceremonias.

Desde una perspectiva histórica, podemos afirmar entonces que las drogas han existido siempre, con usos diversos, y lo que cambia es la conceptualización sobre ellas, el paradigma desde el que se reflexiona y se problematiza el consumo. De hecho las drogas se han utilizado por la mayor parte de las civilizaciones como herramientas básicas por ejemplo para complementar sus ritos. Tal es así que: *“en la cultura Indígena era utilizado el fruto del guaraná, el hongo amanita por los chamanes siberianos, el peyote por los indios huicholes o el hachís por los hindúes.”*(Escohotado.A; 2004:1).

Sin embargo, este tipo de sustancias también han sido utilizadas desde épocas remotas como herramientas de placer o evasión. En lo que refiere a la evolución histórica del fenómeno de las drogodependencias, en un primer lugar se encuentran los **opiáceos**, el opio es una sustancia extraída de la amapola es una de las drogas más antiguas empleadas por el individuo en donde su uso se remonta a unos 4000 años (a.c), tal es así que: *“el empleo terapéutico del opio estaba destinado como herramienta analgésica, antitusígena, hipnótica, sedante y tranquilizante entre otras ha sido una constante en la medicina.”*(López, A; F, Muñoz; 2006:13). Un ejemplo a citar es el consumo de opio en China, con fines medicinales y psicológicos, durante el siglo XIX.

A nivel internacional, otras de las drogas utilizadas con fines medicinales, a lo largo de la historia fue la **morfina**, utilizada por primera vez en Alemania en 1827 con fines medicinales, para la curar heridas, lesiones etc. Dado el alto número de adictos a la morfina, se necesitaba una droga con una potencia mayor. Es por ello, que luego surge la **heroína** esta droga tenía una alta capacidad adictiva y posteriormente a la heroína surge la **cocaína**.

Hasta mediados del siglo XIX, se considera que la elaboración y el consumo de drogas estaban restringidos al ámbito del hogar, es a partir de este momento histórico donde las drogas comienzan a visualizarse no solo en el espacio íntimo sino que trascienden al ámbito público. Con lo expuesto, se puede pensar que las drogas pasan a considerarse como una mercancía para el individuo y para la sociedad en su conjunto.

Aquí entra en juego la relevancia y la masividad de los medios de comunicación que de alguna manera exponen patrones de conductas y diversos valores a seguir por algunos sectores de la sociedad. En tal sentido, el autor Becoña señala que: *“se ha ido incrementando el problema del consumo de drogas en las sociedades desarrolladas, especialmente en los años 60 y 70, el incremento de intercambios entre países y de personas y productos y un claro cambio en los valores sociales, la prevención del consumo de drogas se ve como una de las mejores alternativas para que este problema, no se haga incontrolable y se le pueda hacer frente.”*(Becoña, 2002:19).

El autor refiere, que la problemática de las drogas se ha instalado en varios sectores de la sociedad, ello no solo repercute a nivel personal, familiar mundial y a nivel de la salud, donde el Estado y las instituciones van a tener un rol importante en la elaboración de políticas sociales para hacer frente a esta problemática generando diversos mecanismos de acción para atender los casos de Consumos Problemáticos de Sustancias.

De cuanto viene de decirse, se advierte que las drogas siempre existieron a lo largo de la historia y en las diversas civilizaciones. Algunas de ellas con fines medicinales y terapéuticos, otras con fines psicológicos y como motor de evasión del propio individuo. Lo importante aquí, es visualizar que se ha acudido a un **cambio de paradigma** en lo que refiere a esta temática, ya que lo que ha variado es el uso que el ser humano hace de esas sustancias.

Es aquí donde se plantea la “problemática del consumo”, ya que al individuo que abusa de las diversas sustancias psicoactivas le puede traer aparejado una serie de consecuencias tanto a nivel personal, familiar o laboral, constituyéndose esto en una problemática que trasciende al núcleo familiar.

En los primeros tiempos, el adicto era excluido del sistema social, se lo señalaba como el “drogadicto”, esta concepción ha cambiado a lo largo de los años, otorgándole al individuo un lugar e incluyéndolo a través de los programas generados por las diversas políticas sociales.

Cabe destacar, que el tema del consumo problemático y del tráfico ilegal se asientan en un enfoque político-cultural, este es un fenómeno social complejo, en donde surge una extrema necesidad de investigar todas las facetas del problema para avanzar en sus soluciones. El consumo problemático de sustancias, en particular (PBC) se instala como una de las facetas más preocupantes de la emergencia social en nuestro país.

Milton Romani, (JND) menciona la crisis del año 2002 en Uruguay como punto de inflexión para el comienzo del consumo de pasta base, en donde menciona que: *“en la crisis del 2002 no solo se rompe el sistema financiero, se rompe el marco de confianza pública, el horizonte de perspectivas creíbles en un futuro colectivo y la profundización de la pobreza y la indigencia.”*(Romani, Milton; 2007:13).

Como menciona el autor antes referido, el consumo de pasta base, se instala en el país ante la falta de perspectivas de cambio a futuro en un ámbito en el que se profundiza la pobreza. En este contexto de crisis, comienzan a aparecer signos de exclusión social, en algunos sectores socioeconómicos el impacto es más alto y se observan mayores dificultades para la inserción en el mercado laboral.

En este contexto, podríamos pensar como se multiplican los factores de exclusión: ser joven, pobre, sin acceso a formación o capacitación, y las dificultades que esto genera para insertarse en un mercado laboral. A partir de esto, podríamos preguntar, el lugar que puede pasar a tomar el consumo de sustancias para un joven en dicho contexto, donde las posibilidades de generar una “vida con proyectos” son muy acotadas o limitadas.

Datos más recientes extraídos de la quinta encuesta nacional de consumo de drogas señala que: *“el consumo entre los hombres es mayor (2,0%) que entre las mujeres (0,4%), y entre los menores de 30 años (2,5%) que entre los que tienen 30 años o más (0,4%).”*(OUD-JND; 2011).

Estos datos arrojan cifras importantes para pensar sobre la prevalencia del consumo de Pasta Base en varones, y la prevalencia por edad. Claramente esta sustancia es de consumo fundamentalmente en jóvenes. En relación a la prevalencia por género, es interesante reflexionar sobre el porqué de un mayor consumo en varones que en mujeres.

Si relacionamos este tema del consumo con la situación de pobreza, exclusión y falta de oportunidades, podríamos pensar, el impacto que tiene para un “varón”, a quien históricamente se le adjudicó el rol de “proveedor económico”, no poder acceder a dicho rol. A diferencia de esto, la mujer, quien ha tenido históricamente un rol asignado a la maternidad, éste podría seguir siendo, en algunos sectores, un “lugar” a construir como proyecto de vida.

Es pertinente hacer referencia que el ser humano puede hacerse dependiente de una variedad de objetos, lo que eventualmente puede traer aparejadas adicciones que lo pueden convertir en un comprador compulsivo e incluso en algunos casos, en un jugador compulsivo en la búsqueda de aquellos objetos. Con esto se puede pensar, que el tema de las adicciones en algunos momentos trasciende el tema del consumo de sustancias, en donde tanto los factores personales, familiares y ambientales van a incidir en la problemática. Es por ello que cuando se realiza en estos casos una intervención Profesional, es imprescindible que se lo haga con un **enfoque multidisciplinario y totalizador de la problemática en cuestión.**

1.2 Tipos de drogas y sus características

En la actualidad existen múltiples sustancias, no es adecuado hablar de “la droga” como un fenómeno único y uniforme, ya que no todas las sustancias son iguales y producen diversos efectos físicos y psíquicos.

La junta nacional de drogas las divide en tres grupos:

Drogas depresoras del sistema nervioso central: estas son sustancias que tienen en común la capacidad para entorpecer el funcionamiento habitual del sistema nervioso central, estas drogas provocan diversas reacciones como por ejemplo: provocar el coma en un proceso de adormecimiento cerebral. Pueden provocar descontrol motor y del lenguaje, descoordinación motriz y enlentecimiento del habla, induciendo muchas veces el sueño.

Dentro de ellas se encuentran: alcohol, los tranquilizantes, (pastillas para calmar la ansiedad), hipnóticos para dormir, solventes (inhalables), pegamentos, nafta y pinturas.

Drogas estimulantes del sistema nervioso central: grupos de sustancias que aceleran el funcionamiento habitual del sistema nervioso central, provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para conciliar el sueño hasta un estado de extrema hiperactividad, como puede causar el consumo de cocaína o anfetaminas. Desde el punto de vista físico pueden generar, aumento de la presión sanguínea, la temperatura corporal y el ritmo cardiaco. Desde el punto de vista psíquico, causan euforia, sensación de bienestar, sentimiento exagerado de felicidad, ansiedad, disminución del apetito, estados de pánico, miedo, comportamiento violento etc. Dentro de estas drogas se destacan; la cocaína, anfetaminas, nicotina, cafeína, teobromina y pasta base de cocaína.

Drogas perturbadoras del sistema nervioso central: sustancias que trastocan el funcionamiento del sistema nervioso central dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, ilusiones. Estas sustancias pueden trastornar la percepción, de tal modo que se perciben objetos o sensaciones que no existen en la realidad.

Dentro de este grupo se encuentran el LCD, los hongos, psilocibes, datura arbórea (floripón), derivados del cannabis (marihuana, hachís), drogas de síntesis (éxtasis, eva).

Las drogas pueden diferenciarse por el modo – vía de consumo - en que el individuo la consume. Estas pueden ser vía intra nasal (cocaína, pegamento). También están las fumables, como ocurren con el tabaco, marihuana y pasta base, a su vez, están las drogas que se consumen vía oral (ingeridas, alcohol, droga de síntesis, etc. Por último, se encuentran las drogas intravenosa, inyectada, cocaína y heroína etc. Cabe mencionar que cualquiera de las vías mencionadas que se utilizan para el consumo el destino será el sistema nervioso central.

1.3 Diversos usos de las sustancias

En el punto 1.1, se hace referencia a las drogas como un fenómeno que ha existido a lo largo de la historia, siendo el paradigma y las nuevas conceptualizaciones las que cambian en relación a esta temática.

En los últimos años, comienzan a surgir nuevos enfoques para abordar el consumo de sustancias, donde el problema se sitúa en el “uso” y no en la sustancia propiamente dicha.

El vínculo con la sustancia

A continuación se realizará una breve caracterización de los posibles tipos de usos de drogas, basados en el texto; (“El Equilibrista” de la ONG El Abrojo; 2007:2)

A-Usos experimentales: Este tipo de uso se caracteriza por ser las primeras experiencias o intentos que las personas hacen con cualquier droga/sustancia.

Teniendo en cuenta el carácter de experimentación que tiene la adolescencia, es en esta etapa cuando se desarrollan los primeros aprendizajes con las drogas, tanto legales como ilegales.

B-Usos ocasionales. Entre las personas que consumen drogas, algunas seguirán usándolas de forma ocasional por diferentes motivos (personales, familiares, influencia del grupo de pares y/o del contexto, etc.).

Los usuarios ocasionales son aquellos que tienen un consumo pautado, limitándose *exclusivamente* a determinadas circunstancias de tiempo, espacio y/o compañía.

C- Usos habituales. Otro tipo de uso es el que desarrollan el grupo de personas, como el consumo habitual, que implica un consumo *regular y diario* de esa sustancia.

D- Usos dependientes. Por último, estaría el grupo más reducido, de aquellos que pasan de un uso habitual a un uso dependiente de la droga. En estos casos la persona tiene gran parte de su identidad “comprometida” con el mundo que rodea a la sustancia.

El Consumo Problemático de Drogas, implica un nuevo enfoque desde el cual se aborda esta problemática. Decimos que un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente –en forma ocasional o crónica– a una o más áreas vitales de la persona. A saber, Según Antonio Pascale, se define el uso problemático de drogas como: *“aquella modalidad de consumo que ocasiona repercusión en 1 o más de las siguientes áreas: - salud psíquica y física, ambiente familiar, relación con amigos y la actividad laboral o académica.”* 2005: 3)

Según Antonio Pascale, es importante mencionar que existen tres tipos de consumo: **uso, abuso y dependencia.**

El uso es la modalidad de consumo en donde no se evidencian consecuencias negativas en el consumidor (psíquicas, físicas), ni en su entorno (social).

El abuso está relacionado con un tipo de consumo que genera consecuencias negativas en el individuo, tanto a nivel físico, psíquico y social. En tanto, en un largo período de consumo deberían manifestarse algunos de estos síntomas: complicaciones psíquicas y/o físicas que trae aparejado el consumo de sustancias, uso reiterado de la sustancia que da lugar al incumplimiento de las obligaciones, uso de la sustancia en situaciones de riesgo, problemas legales vinculados al uso de la sustancia y problemas sociales recurrentes.

La dependencia según la O.M.S es una pauta de comportamiento en donde el uso de una sustancia psicoactiva adquiere mayor importancia que otras conductas, en donde el consumo pasa a ser parte de la vida del sujeto. La dependencia está compuesta por: la tolerancia y la dependencia psíquica / física.

La tolerancia es, *“la adaptación del organismo al consumo repetido y continuado de una sustancia.”*(JND; 2010:11). Se caracteriza por una baja respuesta al consumo de sustancia, esto hace que el individuo comience a consumir con mayor frecuencia y en grandes cantidades para conseguir los efectos que lograba en los primeros consumos., aquí es donde el individuo comienza a tomar una mayor dependencia y contacto con la sustancia, llevándolo a la dependencia física y psíquica.

Se entiende por **dependencia Física**: *“el mecanismo de neuro-adaptación del organismo a la presencia de una sustancia, es decir, que el organismo se ha habituado a la presencia constante de la misma, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel de sustancia en la sangre para funcionar con normalidad.”*(JND; 2010:11).

Debe subrayarse, que la dependencia física conlleva a la dependencia psíquica y viceversa, en tanto la dependencia física se puede superar durante el período de desintoxicación. En lo que refiere a la dependencia psíquica: *“se pone de manifiesto por la compulsión por consumir periódicamente la droga, para experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, euforia, sociabilidad), o para liberarse de un estado afectivo desagradable (aburrimiento, timidez, estrés).”*(JND; 2010:12). La dependencia psíquica es un estado más complejo, ya que requiere de cambios en la conducta del consumidor, sin la necesidad de tener que consumir.

1.4- Pasta base de Cocaína en Uruguay

La pasta base de cocaína surge a partir de varios procesos químicos en los cuales las hojas de coca son machacadas, sufriendo el agregado de diversos solventes como por ejemplo; solventes, como: keroseno, ácido sulfúrico, permanganato de potasio y amoníaco.

La pasta base es una forma de: *“cocaína alcalina o básica que posee un punto de volatilización bajo, por lo cual tiene la propiedad de ser fumada y tiene la apariencia de un polvo blanco, amarillento o amarronado, dependiendo de las sustancias con las cuales haya sido mezclada.”*(JND; 2010: 38).

Esta sustancia puede ser fumada de diversas formas como por ejemplo las pipas, manufacturadas por los propios consumidores, estas pipas pueden ser elaboradas con varios materiales; latas, bombitas de luz, etc. A estos artefactos se les coloca tabaco quemado en el fondo, de esta manera el calor se concentra y perdura más. En algunas ocasiones la pasta base la fuman mezclada con marihuana, asignándole el nombre de “Basoco”.

Los efectos de la pasta base son al instante, provocando en el sujeto un resultado psicoestimulante, llegando de forma muy rápida al SNC. Es de destacar, que al consumir esta sustancia, el consumidor obtiene un efecto instantáneo pero también muy breve, llevándolo a que tenga que consumir nuevamente, y en más cantidad para poder mantener el estado de “placer” que la sustancia proporcionó en un principio. Los efectos del consumo de pasta base de cocaína dependen de varios factores: del tipo de preparación, dosis, frecuencia, motivación del consumidor, etc.

“Los consumidores de pasta base presentan el llamado: “síndrome disfórico del pre consumo”, que se genera ante ciertos desencadenantes como ser pensar en un consumo anterior, imaginar la pasta base o tener dinero en su mano.”(JND; 2010: 39). Esto significa que el nivel de adicción es altísimo, es una droga que hace dependiente al consumidor desde el punto de vista psíquico, ya que con solo pensar en la sustancia y tener el dinero necesario alcanza para que el individuo consuma.

1.5-Múltiples consecuencias del consumo

Según la JND, el consumo de pasta base de cocaína puede sintetizarse en cuatro etapas; **a) – Euforia** (placer, excitación, hipersexualidad, etc.), **b)- Disforia**(al ser tan corto su efecto comienzan a surgir síntomas como: fatiga, sueño, frecuencia cardíaca alta, etc.).**C-Consumo ininterrumpido** (este es un patrón de consumo para evitar la etapa de disforia).**d)-Psicosis y alucinaciones** (tras varios días de consumir pueden aparecer trastornos psicológicos, ideas paranoides, agitación etc.).

El consumo de esta sustancia puede traer aparejado diversos efectos: tanto a nivel físico como psíquico, el exceso del consumo puede traer grandes trastornos psíquicos como ideas paranoides, la agitación psíquica, agresividad y alucinaciones, tendencia de fuga etc., desencadenándose la “psicosis de la pasta base”: esta se manifiesta a través de varios síntomas como son: intentos suicidas, ataques homicidas, hipertensión etc.

En lo que respecta al plano físico, el consumo de esta sustancia puede provocar los mismos efectos que el consumo de clorhidrato de cocaína provocando una dependencia psíquica cada vez mayor. Cuando el consumo de la sustancia decrece o se suprime, le genera al consumidor el llamado síndrome de abstinencia, provocándole, irritabilidad, ideas suicidas entre otras.

Existen otros efectos vinculados al consumo de la pasta base de cocaína como son: enfermedades infecto contagiosas VIH- SIDA, quemaduras graves en cara o boca, enfermedades respiratorias. Otro de los efectos que sufre el consumidor de esta sustancia son; pérdida de peso, palidez e insomnio. Cabe resaltar que el consumo en exceso de esta sustancia, puede traer alteraciones neuro-psíquicas, disminución de la memoria, disminución atencional, comportamiento anti social entre otras.

Capítulo II

2.1 La Adolescencia: ¿etapa clave para el consumo de sustancias?

Para comenzar a conceptualizar a la adolescencia resulta pertinente hacer referencia a las siguientes nociones: **a) Pre adolescencia, b) Pubertad y c) Adolescencia:**

Pre adolescencia: es el período que precede a la pubertad, en donde el individuo comienza a experimentar ciertos cambios corporales.

Pubertad: en esta etapa, los cambios suscitados en la pre adolescencia comienzan a acentuarse, como por ejemplo; en las niñas la menarca, y en el varón la aparición de espermatozoides vivos.

Adolescencia: *“Consiste en la etapa del desarrollo del ser humano que sigue a la pubertad y en la que se producen una serie de cambios físicos y psicológicos. A diferencia de las dos anteriores, no se trata de un fenómeno enteramente biológico, por lo que no es universal, ni tiene las mismas características en todos los individuos. Algunos autores señalan el final de la adolescencia alrededor de los 17-18 años, la Organización Mundial de la Salud, considera que la adolescencia culmina a los 19 años de edad, sin embargo, estos rangos de edades son variables ya que dependen estrechamente de factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos que no siempre se dan de la misma manera.”(OMS-Organización Mundial de la Salud; 2008:19)*

Haciendo referencia a la definición de adolescencia se puede decir que esta depende de varios factores como son; económicos, sociales culturales etc., quizá no de la misma manera en un joven de bajos recursos socio económicos, que tenga que comenzar a trabajar ya que se independizó y tiene un hijo, que en un joven que aún vive con sus padres, no trabaja y no ha formado una familia. Es necesario cuando se habla de la adolescencia hacer referencia a las características;

- pérdida del cuerpo infantil para dar paso al cuerpo adulto.
- pérdida de la relación que tenía en la infancia con sus padres, para comenzar a relacionarse con plena autonomía.
- pérdida de la condición infantil.
- Elaboración de valores y códigos que le son propios.

Resulta necesario luego de haber desarrollado estos conceptos, hacer referencia al binomio **drogas-adolescencia**. Según el autor Alfredo Carballeda, el escenario de la drogadicción está pautado por múltiples causas, algunas de ellas serían; una sociedad atravesada por relaciones violentas, y las relaciones de fuerza, una sociedad marcada por “*el desencanto*”. (Carballeda,J,M; 2008:60). Haciendo referencia a lo citado por el autor se podría pensar que no solo el hecho de que un joven consuma sustancias dependerá de su entorno familiar o por una sociedad que este atravesando por un proceso violento, sino que el consumo de sustancias está marcado, por varios factores que contribuyen a que el individuo adopte esa conducta.

Es de apreciar que el concepto de la adolescencia se ha ido transformando a lo largo de las diferentes épocas, habiendo un giro importante en base a esta concepción desde una visión socio-cultural. En donde el concepto está vinculado con procesos históricos, y construcciones sociales. A modo de hacer alusión a estos cambios suscitados en el concepto de adolescente, no es lo mismo la conceptualización que se puede tener de un adolescente del siglo XIX que la concepción de un adolescente del siglo XXI. En referencia a lo antes mencionado se podría pensar que el uso de drogas no deja de ser una construcción social, perteneciente a un momento histórico en particular.

Como se ha mencionado anteriormente, el tema del consumo de sustancias, así como la categoría adolescencia están estrechamente condicionadas por las estructuras sociales y mandatos culturales, es por ello que se hará referencia al concepto de imaginario social.

Según el autor Castoriadis, los imaginarios sociales son:” *aspectos vinculados y vinculantes de procesos y mecanismos que dan forma a los*

diferentes sistemas de relaciones sociales.”(Castoriadis, C; 1988: 55). Según esta definición, el autor refiere a que el imaginario social se va creando a través de las diversas relaciones sociales entre los sujetos que van surgiendo de los diversos procesos de socialización a lo largo de la vida del ser humano.

2.2 Adolescencia y vida cotidiana

Para comenzar a desarrollar este punto, será necesario explicitar el término de vida cotidiana ya que la categoría adolescencia fue expuesta anteriormente.

Según la autora Agnes Heller, la vida cotidiana es:” *La vida de todo hombre entero o sea: el hombre participa en la vida cotidiana con todos los aspectos de su individualidad, de su personalidad”... En ella se ponen en obra todos sus sentidos, todas sus capacidades intelectuales, sus habilidades manipulativas, sus sentimientos, pasiones ideas e ideologías.*”(Heller, A. 1985:39).

Tomando en cuenta esta definición, se puede decir que la categoría adolescencia está estrechamente vinculada con la vida cotidiana, ya que, Heller plantea; “*que el hombre participa en la vida cotidiana con todos los aspectos de su individualidad... poniéndose en obra todos sus sentidos.*”

El adolescente, también comienza a experimentar esa vida cotidiana, desde su individualidad, y con el contacto con el otro, en donde se van generando diversos lazos sociales, que de alguna manera lo hacen sentirse perteneciente a un determinado grupo.

El escenario de la drogadicción está vinculado a fragmentaciones, rupturas, en donde: “*la drogadicción puede ser una forma de expresión del desencanto en ese contexto, escenario, de un malestar que aleja, separa al sujeto de los otros, de su cultura, de los elementos constitutivos de la identidad.*”(Carballeda, Alfredo; 2008: 57).

La autora vincula el tema del consumo a múltiples causas, sin ir más lejos a una forma de expresión de un grupo en la sociedad, en donde el sujeto pierde algunas de las pautas marcadas por la sociedad y hasta los de su identidad, y de rupturas.

El consumo de sustancia también está estrechamente relacionado, con la fragmentación social, la trasgresión y la falta de límites; *“en una sociedad donde los lazos sociales deteriorados generan la angustia expresada en ese dolor que como un fantasma se transforma en inexplicable e irreconocible tanto para unos como otros... El dolor de la identidad construida en forma frágil inestable, fugaz. El padecimiento de la falta de espacios de socialización y de construcción de sentidos que conecten al sujeto con el todo. Ambos constituyen la puesta en escena en un teatro donde los guiones cambian en forma abrupta y dejan a mucho de los actores sin palabras y sin voz.”*(Carballeda, Alfredo; 2008:56).

Según este autor, el tema del consumo en la adolescencia está pautado por lazos sociales deteriorados, una identidad construida de forma frágil, por un estado de consumo abrupto; *“en donde las drogas se transforman en nuevos elementos de control y disciplinamiento... se refuerza de esta manera la estigmatización naturalizándola, generando nuevas formas de fragmentación.”*(Carballeda, Alfredo; 2008:58).

La temática del consumo de sustancias, pasa a presentarse actualmente como una expresión del “desencanto”. El consumo comienza a construirse lentamente como una problemática social, en donde; *“la reafirmación de la “capacidad destructiva” de la sustancia se centra en el temor a las poblaciones que podrían estar usándola. La drogadicción en tanto, construcción social, logra poner en marcha un deseo, transformando en mito que se vuelve insaciable, que todo lo malgasta, construyendo un mundo donde la satisfacción nunca es definitiva.”*(Carballeda, A; 2008:60).

A través de esta frase, Carballeda quiere transmitir varios conceptos, uno de ellos es que parecería que el consumo logra apoderarse del individuo, a tal punto que “la satisfacción nunca es definitiva”. Por otro lado, deja entrever que los individuos están inmersos en un mundo de consumo, en donde la sociedad está obligada a ello para poder sobrellevar de alguna manera el presente.

2.3- Transformaciones en la estructura familiar

En los siglos XVIII y comienzos de los siglos XIX, el modelo de familia patriarcal era el principio jerárquico de la organización interna de la familia. El concepto patriarcal hace alusión a la idea que la autoridad era ejercida por el padre de familia, mientras que los hijos y la mujer estaban subordinados a este.

Posteriormente esta concepción fue cambiando lentamente debido a las transformaciones que fue atravesando la sociedad. A lo largo de la historia no tanto hombres como mujeres fueron sistemáticamente desposeídos de derechos y poderes políticos, luego de transcurridos varios años esta concepción fue cambiando situando a la mujer y al hombre en el mismo plano en cuanto a derechos inherentes.

Un claro ejemplo de lo mencionado en el párrafo anterior sería; la lucha a lo largo de la historia por el sufragio de la mujer, en donde el hombre la podía representar en el ámbito público, esto mostraba que era el hombre era quién tenía participación a nivel social, mientras que la mujer quedaba relegada a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos. Esta desigualdad de derechos aportó a la construcción cultural una especie de patrón de medida de lo que el hombre debía ser y hacer, lo que llevó a una notoria delimitación de roles a ejercer por el hombre y la mujer.

La primera concepción de familia en la cultura o civilización occidental y judeocristiana, fue la monogamia que no se basaba en condiciones naturales sino económicas, concretamente al triunfo de la propiedad privada, sobre la propiedad común primitiva originada espontáneamente. Esta es la forma que tenía la familia en sus orígenes, pero a pesar de que en el transcurso del tiempo se fueron dando modificaciones, aún en la actualidad existen determinados aspectos de aquel concepto de familia que permanecen invariables.

Tal como señala la autora Mito, al referirse a las familias afirma:” *A familia e uma instituicao social historicamente condicionada e dialécticamente articulada com a sociedade na qual esta inserida (...).La dinámica relacional establecida em cada familia nao e dada, mas e construida a partir de sua historia e de negociones cotidianas que ocorran internamente entre seus membros e externamente com o meio social amplo*”. (Mito, Regina; 1997.118).

Esta autora, considera a la familia como una construcción social y una institución, que se encuentra históricamente condicionada por la estructura social donde está inmersa. Existiendo en ella, diversas contradicciones internas como externas, las internas aluden a la forma de cómo se relacionan sus miembros, y las externas refieren a la relación directa con la estructura social en la cual se encuentran inmersos.

Cada familia es productora, pero a su vez es producto de un determinado sistema de relaciones sociales que hacen su dinámica interna que van delineando y determinando determinar su vida cotidiana y una forma particular de pensar, sentir, actuar que los caracteriza. Resulta importante hacer referencia que dentro del ámbito familiar es donde los individuos realizan sus primeros aprendizajes y se comienza a forjar una identidad

Dado que se han suscitado varios cambios a lo largo de la historia en las familias, esto ha traído aparejado diversos arreglos familiares, pérdida de roles dentro del hogar y destrucción de algunos vínculos. Otro cambio relevante es la inserción de la mujer en el mercado laboral, en donde muchas veces esta pasa a ser jefa de familia y el sostén del hogar.

Como señala la autora Ana María Fernández: “*Han cambiado las prioridades de la vida y las formas de enlace tanto contractuales como subjetivos entre los integrantes de la familia...*” (Ana María Fernández; 1989:161). Con lo expuesto la autora hace referencia a los múltiples cambios que se han gestado en el núcleo familiar y los diversos arreglos familiares, en donde las prioridades de los integrantes de la familia cambian y de acuerdo al paradigma en el cual estamos inmersos. A su vez, cabe destacar la incorporación de las mujeres al mercado laboral, una tendencia tardía a contraer matrimonio, un aumento de uniones consensuales etc., estos múltiples

cambios marca una pauta de revolución a nivel socio- cultural en donde no existen patrones sociales constantes.

2.4-Pobreza y exclusión social

Generalmente cuando se habla de pobreza, se la relaciona con estar excluido del sistema social. Estas dos palabras están estrechamente vinculadas. La autora Irene Vasilachis hace referencia al concepto de pobreza: *"las personas pobres son aquellas que se ven sometidas a un entramado de relaciones de privación de múltiples bienes materiales, simbólicos, espirituales y de trascendencia imprescindible para el desarrollo autónomo de su identidad esencial y existencial."*(Vasilachis, Irene.2003:24).Con lo expuesto, se hace alusión, a que estar en condiciones de pobreza priva a los individuos de derechos que son imprescindibles, negándoles su derecho al trato como iguales.

Estas acciones de privación de derechos, son acciones violentas hacia los individuos, poniéndolos en una situación de inferioridad de condiciones que los excluye de acceder a diversos recursos, como por ejemplo; acceso a la salud, trabajo, educación; etc. La presión impuesta por la sociedad es un factor de gran incidencia en la realidad de los adolescentes y las drogas y en tanto en la búsqueda de nuevas figuras de identificación y lucha por su propia independencia.

Según la autora, Ana Castro, en la etapa de la adolescencia el individuo: *"pasa a depender en mayor grado de su grupo social y se torna más influenciable en sus opiniones, costumbres y hábitos, en donde muchas veces presentan al consumo de drogas como privilegio exclusivo y placentero."*(Castro,Ana;2010:6).Los adolescentes comienzan a consumir sustancias por diversos motivos, tomando como ejemplo algunas de las entrevistas realizadas se puede observar que uno de ellos comenzó a consumir por problemáticas familiares o por la ausencia en el hogar de uno de sus padres o por curiosidad de saber que se sentía cuando consumía.

A continuación se hará referencia a una de las entrevistas realizadas a algunos de los adolescentes de la policlínica de Consumo de Sustancias del Hospital Militar.

Uno de los adolescentes entrevistados manifestó que comenzó a consumir porque: *“mi padre se fue de misión por la marina a Haití, después también porque me sentía solo y por probar, tenía curiosidad y quería saber que se sentía y ahí empecé.”* Otro de los adolescentes entrevistado también aludió comenzar a consumir porque: *“quería probar que era, tenía la curiosidad, la gente que yo me daba en el barrio consumía y yo también quería hacerlo, consumí y después no podía parar, todo el tiempo estaba pensando en el consumo.”*

En ambos casos habría que considerar la influencia de la imagen de los padres de los adolescentes y a su vez, la actitud de sentirse perteneciente a un grupo creyendo que a través del consumo podría afrontar situaciones de angustia. La contención familiar en los casos de consumo de sustancias es un factor fundamental, en donde se requiere de apoyo y puesta de límites al adicto.

En tanto, estos fenómenos de consumo generan en el adolescente un sentimiento de exclusión, en primera instancia por sentirse diferentes en lo que refiere a la carga social de “ser adolescentes” sumado al consumo de sustancias. Es por ello que resulta de gran importancia la integración de la temática drogas en el diseño de políticas sociales que tiendan a la inclusión social en donde los jóvenes con adicciones puedan acceder a diversos centros ya sean estos de carácter público o privado, ambulatorio o con internación, en donde les brinden un tratamiento y apoyo adecuado según cada situación.

En relación a la temática de la exclusión- inclusión social, el autor Víctor Giorgi hace alusión a que: *“los rasgos que pueden reconocerse como característica de la subjetividad de las personas en situación de exclusión, son parte de esa exclusión y constituyen aspectos a trabajar en toda intervención que pretenda revertir esa situación.”*(Giorgi, Víctor; 2003:6). En tal sentido, este autor, estaría poniendo de manifiesto que cuando existe una situación de exclusión resultaría necesario para revertirla analizar y trabajar sobre las características de los sujetos que han quedado alcanzados por el tipo de exclusión constituyendo el medio para revertir dicha situación.

Lo planteado por el autor, podría aplicarse a modo de ejemplo al caso de un adolescente en situación de calle, agravado por un consumo de sustancias Psicoactivas que ha sido excluido del sistema social, por lo que para revertir esta situación sería necesario analizar las características subjetivas, que lo colocaron en dicha situación, esto es, aspectos referidos a su personalidad, así como también del entorno familiar y contexto social en que se ha desarrollado.

Capítulo III

3.1-Políticas Sociales de Protección- Marco legal

De acuerdo al artículo 45 de la ley 18.211, del 5 de Diciembre del 2007, se establece que las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, deberán suministrar a su población usuaria, los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Es por ello, que el literal B) del artículo 51 de la citada ley, determina que todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho a percibir dichas prestaciones en igualdad de condiciones. A su vez, el artículo 46 del referido cuerpo legal, deriva a la reglamentación la definición de las prestaciones incluidas en los Programas Integrales de Salud.

Se considera, que es objetivo del Sistema Nacional Integrado de Salud, implementar un modelo de atención Integral, que incluya acciones de promoción protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación, incluyendo cuidados paliativos, en donde los usuarios pasen a ser el centro del sistema.

Por otra parte, se resalta la importancia del trabajo con programas y desde equipos de salud estables y responsables de la continuidad de los servicios a lo largo del tiempo, superando la atención fragmentada y concebida como una sumatoria de prestaciones. También se establece en el artículo 3 de la ley que: el Ministerio de Salud Pública **actualizará periódicamente** los programas integrales y el catálogo de prestaciones de salud.

La inclusión de nuevas prestaciones tomará en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema, de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores y de la sustentabilidad del sector salud, de acuerdo a la realidad del país.

De conformidad con lo dispuesto por el literal E) del artículo 5 y el artículo 45 de la norma en análisis, se establece por Anexo I que el Ministerio de Salud Pública ha aprobado los siguientes **Programas de Prestaciones**:

- 1) *Programa Nacional de Salud a la Niñez*
- 2) *Programa Nacional de Salud a la Mujer y Género*
- 3) *Programa Nacional de Salud del Adolescente*
- 4) *Programa Nacional de Salud del Adulto mayor*
- 5) *Programa Nacional de Salud Bucal*
- 6) *Programa Nacional de Salud Mental*
- 7) *Programa Nacional de Salud de Discapacidad*
- 8) *Programa Prioritario de ITS (sida)*
- 9) *Programa de Nutrición*
- 10) *Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas*
- 11) *Programa Nacional para el Control de Tabaco*

Los Programas referidos anteriormente, incluyen actividades de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de las personas, incluyendo el acceso a la tecnología y medicamentos. En tanto, las entidades públicas y privadas que ingresen al sistema Nacional Integrado de Salud, deberán brindar atención integral tomando como marco de referencia los contenidos específicos de los programas antes referidos

A través del cumplimiento de las actividades de atención correspondientes a cada Programa, se hará especial énfasis en las actividades vinculadas a la promoción de la Salud del individuo como sujeto de derechos.

La Constitución de la República Oriental del Uruguay en su artículo 44 establece que: *“El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud así como asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.”*(Constitución de la República Oriental del Uruguay: 1967:26).

En este artículo se advierte, la obligación del Estado de legislar en materia de salud con carácter general, procurando el bienestar de toda la población. Asimismo el artículo prevé, para los indigentes o personas carentes de medios suficientes para atender sus necesidades de salud, que puedan contar con la asistencia del Estado para satisfacer sus necesidades. Pero al mismo tiempo y como contrapartida de esa asistencia Estatal impone a los ciudadanos el deber de cuidar de su salud.

Ahora, se centrará el análisis en el Programa de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Dicho programa es una propuesta de reestructuración de la atención a consumidores problemáticos de drogas, para ser incorporada al Sistema Integrado de Salud.

Es de tener en cuenta, que tiene por finalidad mejorar la calidad de la atención a consumidores de drogas incorporando la evaluación sistemática del paciente como factor fundamental, brindándole al paciente una mayor contención e información. Lo antes dicho se lo puede relacionar con el testimonio brindado por una de los pacientes entrevistados en donde se hace alusión a la contención que ha sentido por el equipo de profesionales manifestando: *" me siento re contenida, es un gran apoyo para mí, a parte yo vengo a la terapia individual con la psicóloga y le cuanto todo, me hizo re bien el venir hablar con ellos, y que me aconsejaran."*

En tal sentido, si bien la familia en este caso en particular ha oficiado como un agente contenedor, es de gran importancia que desde la institución de salud en la que se encuentre implicado el paciente en ese momento se le pueda brindar diversos apoyos tanto en las instancias grupales como en las individuales, ya que el tema del consumo es de carácter complejo y se necesitan múltiples contenciones. Este programa surge debido a las altas tasas de consumo que se venían registrando en los últimos años: las encuestas sobre percepción social de las drogas realizadas por la JND en el año 2001 y 2006 permiten identificar algunos ejes que sustentan y delimitan los contenidos del imaginario social en relación al tema.

Según la junta Nacional de Drogas: *“existe un concepto casi monolítico por el cual se considera “la droga” como una amenaza externa de carácter altamente destructivo, considerando que el tabaco y el alcohol no son visualizadas tan dramáticamente.”*(JND, Programa Nacional de Consumo de sustancias, 2007:6).

En referencia a la cita de la junta nacional de drogas, si bien se hace alusión a que la droga representa una amenaza para el individuo, también se mencionan otras drogas como el tabaco y el alcohol con una carga de menor peligrosidad. Dado que el alcohol y el tabaco son drogas socialmente aceptadas por la sociedad, es por ello que cuando el individuo acude al sistema sanitario de salud lo hace en etapas de avanzado consumo, en general son individuos que:” *presentan un desmembramiento familiar, los vacíos familiares la disfuncionalidad, la falta de afectos mayoritariamente es eso. Lo que tratan es de sacarse el problema de arriba, o de no hacerse cargo del joven que tiene el problema. Muchas veces el adicto es el síntoma que aflora de la problemática familiar, son familias muy problemáticas en su mayoría.*(Entrevista realizada a la Trabajadora Social Gabriela Morales del Hospital Maciel).

En estos casos la familia es un pilar fundamental para el acompañamiento del adicto, como hace referencia la Trabajadora Social Gabriela Morales: *“la adicción es un síntoma que aflora en el núcleo familiar”*. *“en donde la demanda del tratamiento por consumo no representa más que la punta de un iceberg”* (JND, Programa Nacional de Consumo de Sustancias; 2007: 6).

Con esto, se hace referencia a que la problemática del consumo de sustancia muchas veces puede estar relacionada a múltiples causas en que el trabajo del profesional consistirá en indagar y ahondar sobre las vivencias de esos jóvenes y no quedarnos con la simple imagen de “la punta de un iceberg”.

Como menciona una de las adolescentes entrevistadas: *“Lo primero que me llevó a consumir fue la curiosidad, el entorno en el que te movés pesa mucho, yo creo que el entorno es un factor clave en el tema del consumo, y lo otro que pesó mucho fue el ver el efecto en los demás, yo pensaba como quedaré yo si fumo, quería saber que se sentía, en principio, fue por curiosidad, después esa curiosidad se fue convirtiendo en un vicio, en cotidianeidad. Yo tenía una gran amiga, que después me pelie, por esto del consumo, ella en parte fue mala influencia para mí.”*

Con lo expresado por la entrevistada podríamos hacer referencia a la concepción del adolescente de sentirse “perteneciente a un grupo”, en donde el entorno en que se encuentra influye de forma evidente, en sus acciones, y pensamientos. Es de destacar que las relaciones afectivas y sociales así como sus transformaciones experimentadas por los adolescentes van ligada al cambio del pensamiento y conductas, relacionadas al momento histórico en viven.

Es importante mencionar que este programa, está dirigido a la prevención del consumo problemático, al tratamiento de las adicciones y a la represión del tráfico de drogas, lavado de dinero y delitos conexos. En este marco se considera, necesaria la implementación de un programa Interinstitucional de abordaje al usuario de drogas con consumo problemático que contemple los aspectos de promoción, prevención y asistencia.

Dicho programa se inscribe en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, el cual comenzó a regir en enero del 2008. El objetivo general del mismo apunta al acceso universal de la atención en salud a toda la población, brindando al usuario una asistencia integral. A su vez, contribuye a la formación de equipos multidisciplinarios en el área de la salud, así como la participación ciudadana, haciendo referencia a la consigna de la JND: *“Drogas: compromiso de todos”*

Los objetivos específicos del programa apuntan a desarrollar intervenciones preventivas, en relación al consumo de drogas legales e ilegales, detectar precozmente el consumo de sustancias en todos los usuarios de los servicios de salud en el caso de niños, adolescentes y embarazadas. A su vez, se hará hincapié en sensibilizar y capacitar desde un enfoque interdisciplinario.

A tal efecto, será imprescindible que los equipos multidisciplinarios estén conformados por diversos técnicos de la salud, entre ellos, psiquiatras, psicólogos, médico toxicólogo, enfermera, trabajadora social, entre otros, esto será de gran aporte en el abordaje de la situación de cada individuo como un todo y siendo el fin en sí mismo.

3.2- Policlínicas de rehabilitación para el adicto, los casos del Hospital Militar y Hospital Maciel

Es necesario comenzar reflexionando acerca del concepto de las Políticas Sociales haciendo referencia: *“a aquellas modernas funciones del Estado capitalista de producir, instituir y distribuir bienes y servicios sociales catalogados como derechos de ciudadanía.”*(Pereira Potyara; 1999: 149).

A través de esta definición, se visualiza al Estado como proveedor de bienes y servicios sociales hacia la ciudadanía. Así el Estado debe ser un garante del cumplimiento de aquellas actividades o tareas que el mercado o la actividad privada no las resolverá jamás, tales como las políticas sociales en materia de vivienda, educación, salud etc.

Las policlínicas de rehabilitación surgen de las diversas políticas sociales impulsadas por el Estado, con el fin de dar una solución al tema del consumo de sustancias. Las policlínicas de Rehabilitación constituyen un espacio en donde se le otorga la posibilidad (al usuario del centro de salud al cual corresponda) de tener una instancia: terapéutica con un equipo multidisciplinario de profesionales del área de la salud, brindando al paciente una atención psicológica, psiquiátrica, social, etc., enfocándose en la problemática particular de cada usuario.

Estas políticas, conforman la rama de las políticas focalizadas, las mismas se centran en la problemática específica del usuario, haciendo hincapié y trabajando la problemática emergente de cada paciente en las consultas. Cabe destacar que el equipo de profesionales que conforma la policlínica tiene un papel fundamental en este proceso, ya que como menciona la Trabajadora Social del Hospital Maciel: *“En la policlínica se trabaja en la problemática de adicciones, definiendo el tipo de tratamiento para cada usuario. Se trabaja a nivel ambulatorio a nivel grupal y también con los familiares. A su vez tenemos internación para la desintoxicación de los pacientes. También se trabaja, coordinando con centros de rehabilitación, si el paciente lo requiere, contamos con un comité de ingreso a sala que ahí al paciente lo ve todo el equipo*

multidisciplinario, también se realizan ateneos de los diferentes casos de adicciones y talleres con los familiares de los pacientes una vez por semana y con los pacientes de forma individual.”

Se advierte el rol de cada uno de los profesionales y el trabajo en conjunto que ellos realizan desde las diversas miradas y profesiones. En el caso del equipo multidisciplinario del Hospital Maciel, se realizan ateneos de los diferentes casos, exponiendo la problemática y tratando de llegar a una posible solución de forma conjunta. Esta instancia, no está presente en el equipo multidisciplinario del Hospital Militar, ya que los casos de cada paciente, son trabajados únicamente a nivel grupal y familiar. Es así como se presentan dos metodologías de trabajo diferentes.

En la entrevista realizada al Psiquiatra del Hospital Militar, Dr. Fabricio Choca menciona algunas de las características de la policlínica de consumo: *”Es un programa destinado al personal del Hospital militar y a sus familiares, es un programa de tipo ambulatorio, cuyo objetivo es el abandono del consumo problemático de sustancias no se trabaja con un programa de reducción de daños, ni en comunidades de rehabilitación. Se le ofrece al paciente internaciones en situaciones que presenten un consumo agudo o intoxicación en la sala de psiquiatría o en sala médica, ya que no cuenta con una sala de internación para estos casos.”*

En la policlínica del Hospital Militar no se ofrece un programa de reducción de daños, lo que se le solicita al paciente es consumo “cero”. Dicha institución no cuenta con un espacio de internación específica, por lo cual estas internaciones se realizan en la sala de Psiquiatría o en salas Médicas.

Sin embargo, en el Hospital Maciel cuentan con una sala exclusiva con cinco camas para realizar la desintoxicación de los pacientes durante un período de cinco días. Una vez que el paciente es dado de alta, la Asistente Social es la encargada de coordinar junto con otros profesionales el destino de ese paciente. En algunos casos los pacientes son derivados con las familias, dependiendo del soporte y apoyo familiar.

En otros casos, en donde el paciente a parte del consumo tiene asociada una **patología dual**, entendiéndose por ello (cuando el paciente, aparte de tener una problemática de consumo de sustancias, tiene asociada una patología psiquiátrica, ej.; esquizofrenia, depresión etc) el lugar al que lo deriven, tendrá que ser acorde al perfil del paciente.

En lo que respecta a los centros de rehabilitación, pueden ser con internación o ambulatorios. Esto dependerá del perfil de cada paciente, del tipo de consumo, y sustancias consumidas.

Dentro de los Centros de rehabilitación tenemos la rama de los públicos y los privados. Un ejemplo de **Centros Públicos con internación** puede ser: **El Servicio de Toxicología y uso Indevido de Drogas del Hospital Policial**, aquí funciona un equipo multidisciplinario que brinda atención a usuarios de drogas de la familia policial, a su vez, brinda una atención al usuario que tiene un consumo problemático de sustancias y a su familia, ofreciendo diversos espacios terapéuticos de orientación y escucha. Otro de los centros públicos con internación es el **Portal Amarillo**, cuenta con un equipo multidisciplinario, espacios terapéuticos para el paciente y su familia.

Otro de los **Centros que brinda atención a usuarios con problemática de consumo, son las Redes Locales de Prevención de Drogodependencias**, estos centros se han generado en algunas zonas de Montevideo, otros de los centros están en proceso de conformación, su forma de trabajo está basada en la coordinación y articulación con otras instituciones que abordan la temática del consumo de sustancias, desde las diferentes instituciones se realizan actividades de d orientación, prevención y talleres informativos acerca de dicha temática.

En lo que respecta a los **Centros Públicos Ambulatorios** dentro de estos encontramos el **Portal Amarillo**, que cuenta con tratamiento ambulatorio y espacios de terapéuticos para los pacientes y sus familiares.

Por otra parte, existen otros **Centros Privados Ambulatorios** que apuntan a el tratamiento del consumo de sustancias entre ellos se encuentran: **La Asociación Española Primera de Socorros Mutuos**, este programa está dirigido a la atención de socios- usuarios de drogas, este centro cuenta con un equipo multidisciplinario, integrado por varios profesionales, es de carácter ambulatorio, en donde la voluntad y el compromiso del paciente es fundamental para lograr salir de la situación en la que se encuentra, ya que aquí no existen medidas de contención como en algunos centros de rehabilitación con internación.

También podemos citar al **CASMU**, que cuenta con un programa interdisciplinario de atención a usuarios y familiares, en donde se brinda al paciente y su familia información, orientación, prevención, asistencia y rehabilitación. Dicho programa está integrado por el departamento de psiquiatría, de, niños, adolescentes y adultos, medicina preventiva, psicología médica, Trabajadora Social y enfermería.

Además, están los **Centros Privados con Internación**, entre ellos se encuentra **DIANOVA Uruguay** en donde brindan tratamiento residencial de usuarios de drogas en todas las etapas del consumo. El centro brinda las dos modalidades, ambulatorio/internación. A su vez, cuenta con un equipo multidisciplinario, encargado de proporcionarle al paciente y a su familia orientación e información.

Otro de los centros que trabaja con el tema de las adicciones, es la **Fundación Manantiales**, brinda atención ambulatoria e internación, funciona con un equipo multidisciplinario. A su vez, funciona con modalidad de comunidad terapéutica.

También para abordar esta problemática se cuenta con **grupos de autoayuda**, como son los casos de **Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Amor Exigente** entre otros, ambos brindan atención al usuario de sustancia y a su familia, se trabaja a nivel individual con el paciente y en conjunto con el paciente y su familia, se realizan diversos abordajes de la problemática en cuestión, tratando de reforzar el vínculo del adicto y la familia.

Si bien estos centros contribuyen en mayor o menor medida a la recuperación del adicto, es necesario traer a colación el tema de la formación desde el punto de vista educativo que no es menor cuando se habla del consumo de sustancias. En los testimonios recogidos a partir de las entrevistas realizada se ve reflejado el peso que tiene el factor del consumo en el tema educativo, a modo de ejemplo se tomará como referencia el testimonio de uno de los pacientes:” *Cuando empecé a consumir estaba en quinto año de liceo, ese mismo año, creo que fue a mitad de año, dejé quinto, dejé por este mismo problema, porque había comenzado a consumir marihuana.*”

Es de tener especialmente en cuenta, que según la JND, Cuarta Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media: “*el 16,2% del total de los estudiantes han experimentado con marihuana al terminar el ciclo. El 28% de ellos ya ha consumido alguna vez en su vida. El 42% de los estudiantes que probaron marihuana, lo hicieron antes de los 15 años.*”(JND; 2010:33)

A partir de los datos obtenidos en las entrevistas surge que la mayoría de los adolescentes entrevistados dejaron sus estudios a causa del consumo de sustancias principalmente la marihuana.

Es importante destacar que en este documento se plantea como **Objetivo General**: Estudiar algunas correlaciones entre el consumo de pasta base, las situaciones de exclusión social en los jóvenes adolescentes y el abordaje de la rehabilitación. A su vez, se plantean como **Objetivos Específicos**: en primer lugar; identificar los factores que inciden en el consumo de pasta base en jóvenes en situación de vulnerabilidad social, en segundo lugar; se analizará si las policlínicas de rehabilitación logran contribuir en la recuperación de jóvenes drogodependientes.

3.3- Análisis de las entrevistas

De las entrevistas realizadas a los adolescentes con problemática de consumo de sustancias psicoactivas, se puede destacar en forma preliminar (ya que no se trata de una muestra representativa), algunos datos relevantes que aportan a dicha investigación.

De acuerdo a las entrevistas se observa que la mayoría de los adolescentes comienzan el consumo de sustancias en un rango comprendido entre los trece y dieciséis años de edad, en esta etapa es donde el adolescente comienza a establecer diversos vínculos con sus pares y con el entorno en sí.

Otro aspecto a subrayar, es que la mayoría de los entrevistados experimentó su primer consumo con marihuana, sirviendo esta como vía para el consumo de sustancias más adictivas como pasta base, cocaína, ácidos etc. A modo de ejemplo se tomará el testimonio de uno de los adolescentes entrevistados: *“Empecé a los trece años consumiendo marihuana y después probé ácidos, después consumí cocaína y lo último que consumía antes de entrar a la policlínica era pasta base, y cocaína, consumía bastante por día....”*

A su vez, el tema del consumo de sustancias provoca en muchas ocasiones el abandono de los estudios secundarios, según los datos recabados en las entrevistas, todos los entrevistados abandonaron los estudios, argumentando que: *“todo el día estaba pensando en el consumo, y eso no me dejaba ir al liceo a estudiar”*. Algunos de ellos han retomado los estudios transitando el proceso de rehabilitación, ya que se sienten apoyados y acompañados por el equipo de profesionales y en algunos casos por su familia.

El tema del abandono de los estudios es recurrente en la temática de las adicciones ya que el individuo centra su atención en el consumo, dejando de lado en muchas ocasiones los estudios o el trabajo.

En lo que refiere a la conformación de las familias de los entrevistados, algunas son de características mono parentales, o familias nucleares. De acuerdo a los adolescentes entrevistados pareciera que el tema de la familia no pesara en la toma de decisión del consumo, ya que varios de los adolescentes exponen otros motivos por los cuales comenzaron a consumir. En contraposición a ello la Asistente Social del Hospital Maciel y el Dr. Psiquiatra Fabricio Choca del Hospital Militar, argumentan en las entrevistas que uno de los factores claves en el comienzo del consumo de sustancias en los adolescentes es la falta de contención familiar.

En el curso de las entrevistas, los adolescentes expusieron diversos motivos que los llevaron al consumo de sustancias tales como: el deseo de experimentar sensaciones nuevas, la curiosidad respecto del uso de sustancias, “sentir el pegue”, sentirse perteneciente a un grupo, entre otras.

Por otra parte, se puede decir que las sustancias más consumidas por los adolescentes son la marihuana, pasta base y cocaína, de los adolescentes entrevistados la mayoría de ellos consumió, o consumían pasta base. La edad del comienzo del consumo de pasta base oscila entre los quince y diecisiete años de edad.

En lo que refiere a la forma de consumir las sustancias, algunos de los adolescentes consumían solos y otros preferían hacerlo en compañía, ya que: *“nunca me gustó consumir solo, me daba miedo estar drogado y estar solo, tenía miedo que me pasara algo, por eso siempre me reunía con los chiquilines del barrio para fumar.”*

Otro de los factores a tener en cuenta para el análisis de esta temática, es que fue lo que motivó a los entrevistados a realizar un tratamiento para tratar de dejar las drogas, la totalidad de ellos comenzaron el tratamiento no por voluntad propia, sino porque sus padres los incitaron a realizar el tratamiento, o por que estuvieron internados y por medio de análisis los médicos constataron que tenían un consumo de sustancias.

A lo largo de las entrevistas, también se les preguntó si habían tenido algún episodio de recaída durante el tratamiento, la mayoría de ellos contestaron afirmativamente y en algunos casos los episodios habían sido reiterados.

En lo que respecta al apoyo de los técnicos de la policlínica hacia los adolescentes las respuestas fueron de carácter positivo, ya que en los espacios que comparten con los técnicos se sienten contenidos, apoyados y orientados para así, poder sobrellevar la problemática del consumo de sustancias, cabe destacar el testimonio de uno de los jóvenes: *“Sí, me han ayudado mucho, me siento contenido, veo que la gente que me rodea me cuida, siempre me aconsejan, yo me siento bien.”*

3.4- ¿Logran las policlínicas de rehabilitación alcanzar el objetivo propuesto?

Para darnos una respuesta a esta pregunta, debemos tomar como punto de partida diversas dificultades que existe al abordar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, dado que esta responde a múltiples causas. Para ello, resulta necesario hacer referencia a los obstáculos que comienzan a surgir desde el equipo multidisciplinario cuando se realiza un seguimiento exhaustivo del paciente.

En tal sentido el Psiquiatra Fabricio Choca, del Hospital Militar, refiere en base a esta temática que;” *Una de las principales causas del abandono del tratamiento, es la no aceptación de las pautas que se le indican al paciente, otra de las causas es el no cumplimiento de las pautas y principalmente otra causa del abandono es la falta de continencia y apoyo familiar. Hay otras causas que llevan al paciente al abandono del tratamiento, pero estas creo que son las principales.*”

Tal como lo menciona el profesional del equipo multidisciplinario, una de las problemáticas que se visualizan en el seguimiento de pacientes con consumo de sustancias es el tema de los vínculos familiares o el escaso apoyo familiar, este es un tema fundamental ya que la familia en estos casos debe de ser un agente contenedor del adicto, con respecto a este tema se trabaja en profundidad, ya que es una gran carencia que se denota en este tipo de tratamientos.

A su vez, otra de las ausencias que surgen en el seguimiento del paciente, es cuando por su perfil se requiere la coordinación con otras instituciones para que sea derivado, ya que la mayoría de las veces se pierde contacto con el mismo y con su familia.

Según la Trabajadora Social del Hospital Maciel existe una gran dificultad en esa materia ya que en la entrevista realizada lo puso de manifiesto: *“generalmente este tipo de tratamientos duran mucho tiempo, y el paciente pasa mucho tiempo concurriendo a controles periódicos con el equipo multidisciplinarios o en otras oportunidades se pierde el contacto con el paciente, una vez que es derivado a otra institución.”* Con referencia a lo antes mencionado, podemos pensar que el tema de no poder realizar el seguimiento a un paciente se puede visualizar de dos maneras, como un obstáculo para los profesionales y como una carencia del equipo de la salud para la realización de esa tarea.

Esta situación se ve reflejada en la escasez de datos estadísticos con respecto a la cantidad de los pacientes que se rehabilitan. En tal sentido La Trabajadora Social del Hospital Maciel con respecto a esta temática refiere: *“Yo no tengo un porcentaje, por ejemplo nosotros mandamos a varios jóvenes a hacer los cursos de reinserción laboral, yo te puedo decir cifras en una rehabilitación completa, pero hay muchos que dejan de venir, otros recaen, no te puedo hablar de porcentaje. Muchas veces vienen en un buen proceso de hace años y recaen.”*

En contrapartida de lo que refiere la Trabajadora Social del Hospital Maciel, el Dr. Fabricio Choca del Hospital Militar con respecto a esta temática alude que: *“El porcentaje de jóvenes es variable, es relativo, de los pacientes que consultan un porcentaje mantiene el tratamiento, de ese porcentaje, algunos logran reducción de daños, otros pacientes son derivados a comunidades terapéuticas. De los pacientes que continúan el tratamiento en la policlínica alrededor de un 25% logra permanecer en el programa con éxito.”*

Con referencia a lo expuesto parecería existir una carencia de un sistema efectivo en el seguimiento de los pacientes independientemente de las derivaciones interinstitucionales a que su perfil hubiere dado lugar. De esto surge la necesidad de contar con un sistema que permitiera de algún modo minimizar las ausencias de seguimiento en las distintas instancias de

tratamiento del paciente. Permitiendo detectar oportunamente los diversos factores que en cada caso pudieran provocar la ausencia de seguimiento antes referida.

Por otra parte, otro de los puntos a tener en cuenta es el tema de la recaída del paciente entendiéndose por recaída:” *a todo el **proceso** que lleva desde un estado de **abstinencia sostenida**, hasta el consumo o **adicción activa**. Este proceso ocurre **a lo largo del tiempo** y se manifiesta como una serie de síntomas o cambios, que son en realidad regresiones a los antiguos patrones de conducta y pensamiento que ya se habían superado.*”(JND.2011:3)

Según el testimonio de uno de los pacientes, al preguntarle si había cursado algún episodio de recaída manifestó:” *dos solo dos fueron con pasta base, ya no me aguantaba estar adentro de mi casa y consumí pasta base, y al otro día mis padres fueron a hablar con los médicos de la policlínica para ver si me podían internar, yo les dije que no me iba a internar, yo no quería estar internado.*” Este punto también aporta al tema que venimos analizando ya que las recaídas muchas veces se perciben como un obstáculo para continuar el seguimiento del paciente, dado que muchas veces, luego de estas recaídas el paciente discontinúa el tratamiento, y si el equipo de profesionales sugiere una internación, quizá no se cuente con la voluntad de este para llevarla a cabo.

Todos los factores desarrollados en este punto, llevan a pensar en la necesidad de contar con los recursos humanos y materiales que demanden la puesta en práctica de un sistema de seguimiento coordinado a nivel Nacional y en base a las relaciones Interinstitucionales. Por tal razón en principio, habría de conocerse exhaustivamente los recursos con que ya se cuenta a nivel de las Instituciones de Salud tanto públicas como privadas para su debida racionalización tendiente al establecimiento de un sistema integrado e inclusivo con la finalidad de alcanzar mejores resultados en la rehabilitación del paciente.

3.5- Qué rol desempeña el Trabajador Social en el abordaje de esta problemática y su incidencia en el equipo multidisciplinario

Resulta necesario hacer alusión a la definición de Trabajo Social como: *“una disciplina cuyo objeto es la intervención dirigida al abordaje de problemas sociales que constituyen en su objeto, desde la práctica fundamentada (en la teoría social), y con los sujetos involucrados en ella, apuntando al mejoramiento de su calidad de vida y al desarrollo de sus potencialidades no resueltas.”*(Plan de Estudios, 1992: DTS-FCS).

Esta disciplina, tiene sus orígenes en los ideales humanitarios centrándose su práctica fundamentalmente en la satisfacción de las necesidades humanas. De esta forma, se entiende al Trabajo Social como una práctica de intervención social, la cual posee una intencionalidad transformadora, en la que interactúan un conjunto de actores siendo el Trabajo Social un actor más dentro de la intervención.

A su vez, el Trabajo Social interviene directamente sobre los problemas y necesidades sociales de grupos o comunidades. Es por ello, que como profesionales: *“debemos promover la autogestión y el desarrollo de las capacidades propias en la idea que el ejercicio de los derechos conlleva a responsabilidades correlativas.”*(Solari, Mariela; 2010:80)

El promover la autogestión es necesario, ya que a quién se le brindan los recursos aprenda a valerse por sí mismo y a poner en práctica el ejercicio de sus derechos como ser humano, esto generará que las responsabilidades sean correlativas tanto para el profesional, como para quién se le brindan los recursos.

Como profesionales es significativo, cuando se realiza la intervención analizar más allá de la demanda explícita, tal es así que el autor, Karel Kosik plantea: *“Las cosas no se presentan al hombre directamente como son y el hombre no posee la facultad de penetrar en ellas de un modo directo e inmediato en la esencia de ellas, (..) Tiene que dar un rodeo para conocer las cosas y la estructura de ellas”*.(Kosik;K.1969:39).El autor a través, de la cita deja entrever que al momento de intervenir como profesionales, debemos trascender la demanda planteada e ir más allá, no se debe quedar con el discurso primario de la otra parte, sino, comenzar a indagar “dando un rodeo” para conocer la problemática en sí y la estructura de ellas.

Cuando, realizamos intervenciones relacionadas al área de consumo problemático de sustancias es fundamental no quedarse con la demanda explícita del individuo, ya que la temática adicciones tiene una connotación importante, en donde el profesional debe trascender la realidad y realizar varios rodeos para llegar al origen de dicha problemática, de esta forma el profesional podrá realizar una intervención con mayor profundidad logrando desentrañar la demanda planteada.

El profesional cuando se enfrenta a estos casos de consumo de sustancias, parte de la intervención debe estar orientada a la escucha del paciente y de su familia. En estos casos es fundamental el rol que cumple el equipo multidisciplinario y puntualmente la función de la Trabajadora Social.

Tal es así que, la Trabajadora Social Gabriela Morales del Hospital Maciel en su testimonio menciona que: *“yo coordino con las diversas instituciones, también coordino con los psicólogos del equipo. A su vez busco Ongs donde podamos derivar a los pacientes para hacer un tratamiento o una comunidad terapéutica, esto también lo hacemos a nivel multidisciplinario, lo conversamos con el equipo. Siempre antes de derivar a algún chico vemos en conjunto con los psiquiatras si tiene alguna patología dual, para ver un poco el perfil del centro con el cual vamos a coordinar. El trabajo en sala también se basa en realizar un seguimiento de todos los pacientes que ingresan y de sus familiares y una vez por semana nos reunimos con los pacientes que están internados y con sus familias. La sala de internación es en conjunto con salud*

mental, tenemos cinco camas. Lo que hacemos en los casos de internación es coordinar el egreso del paciente y para ello se trabaja mucho apoyando a la familia del paciente.” La idea es que a través del Trabajo multidisciplinario se pueda contribuir a un diagnóstico de situación para poder intervenir en pos de revertir las situaciones de consumo.

Tal es así, que somos uno de los profesionales que intervenimos en el campo de las políticas sociales, en donde nuestra tarea debe apuntar a fortalecer los derechos de los individuos. Por otra parte, el equipo de profesionales debe realizar una atención a la familia de los pacientes que están atravesando por los procesos de rehabilitación. Del trabajo con las familias, surge que en general estas son mono parentales, disfuncionales. Según el testimonio del Psiquiatra Dr. Fabricio Choca de la Policlínica de Consumo del Hospital Militar hay que tener presente que” *cuando el paciente llega a la policlínica los recursos familiares ya están debilitados, estas patologías ya nos habla de estructuras familiares con carencias, son pacientes conflictivos, son familias disgregadas.”* En parte el tratamiento apunta a mejorar la disfunción familiar, así como también a re educar al paciente y a su familia. A su vez, procura fortalecer el ambiente en que el adolescente vive, para que este oficie como un ambiente más contenedor.

El ámbito y acompañamiento familiar, es parte primordial en el tratamiento de adicciones. Es necesario que el paciente pueda contar con un soporte familiar adecuado y continente durante el período de tratamiento, sea este ambulatorio o de internación. Haciendo alusión a las palabras de la Trabajadora Social: *“muchas veces el adicto es el síntoma que aflora de la problemática familiar.”*

En lo que respecta al funcionamiento de la policlínica de Consumo de Sustancias del Hospital Militar, cuando el paciente concurre a la policlínica, es recibido por la totalidad del equipo multidisciplinario, en donde se genera un espacio para que el paciente narre su problemática. La mayor parte de las veces, son pacientes que llegan a la policlínica por orden judicial, ya que en algún momento estuvieron vinculados a algún conflicto con la ley.

Otros pacientes refieren haber llegado a la policlínica porque sus familiares les exigían realizar un tratamiento. Uno de los pacientes entrevistados, con alusión a esto refiere: *“Lo primero que me llevó a hacer el tratamiento fueron mis padres, yo ya conocía la psiquiatra Sicca, por otros problemas que había tenido anteriormente de depresión, yo me había intentado matar, creo que si no tuviera familia nunca hubiera salido de esto.”* Con esto se vuelve la importancia de la contención familiar en estos casos de consumo agudo de sustancias.

Posteriormente a esta instancia, se fijan las pautas del tratamiento, las mismas son a nivel general, no dependen del perfil de cada usuario, como es el caso de la policlínica del Hospital Maciel. Luego de fijadas las pautas del tratamiento se agenda una nueva consulta con el paciente, solicitándole que concurra acompañado de un eferente familiar.

En las sucesivas consultas, se le realizan controles al paciente, como por ejemplo, test de orina, a modo que los profesionales puedan corroborar que el paciente no está consumiendo. Luego que el paciente logra un mes de abstinencia es derivado a consulta con una de las psicólogas del equipo quien le realizará la terapia individual.

En esta instancia se le sugiere al paciente realizar algún curso o taller para así poder ocupar el tiempo en otras tareas, esto funciona como forma de evadir el pensamiento de consumo de esos adolescentes durante el tratamiento. Según uno de los pacientes entrevistados alude que: *“ahora estoy más tranquilo, me siento mejor, ya no voy a la plaza a consumir, no me junto con la gente que me llevó a consumir, yo creo que estoy mejor en todo sentido, ahora tengo ganas de empezar a hacer algo, carpintería o algo así.”* Esta instancia en la que el adolescente accede a realizar alguna actividad por fuera de la policlínica es un gran aporte, para el paciente ya que este contará con una herramienta que pueda permitirle acceder a un trabajo y gradualmente incluirse en el mercado laboral.

Es de destacar que de las entrevistas realizadas a los pacientes que concurren a la Policlínica de Consumo de Sustancias: *"solo uno de ellos llegó hasta quinto año de secundaria, el resto curso hasta primero o segundo de liceo incompleto."* Dato que no es menor en esta temática, ya que en encuestas expuestas a lo largo del documento y entrevistas realizadas por la estudiante, muestran que una gran parte de los adolescentes desertan del sistema educativo a causa del consumo de sustancias, entre otras.

Es importante hacer referencia que el equipo multidisciplinario del Hospital Militar, cuenta con un médico toxicólogo, quién es el encargado de realizar al paciente una paraclínica completa para ver cuál es el estado actual del mismo; teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes que concurren a la policlínica consumen pasta base, sustancia esta que genera diversos trastornos a nivel orgánico.

Por otra parte, el paciente que se encuentra realizando la terapia individual con psicólogo puede acceder a las terapias grupales, estas son instancias en las cual participan todos los pacientes con consumo en donde se presentan narran la problemática de forma individual. A su vez, la policlínica cuenta con espacios en los cuales concurre la familia de los pacientes, allí se realizan diversas actividades, las cuales promueven la inclusión familiar.

El rol de la estudiante de Trabajo Social en la policlínica de Consumo de Sustancias del Hospital Militar:

En principio, se realiza ficha social a todos los pacientes que concurren a la policlínica, a modo de conocer su medio socio –económico-familiar y sus demandas. A su vez, si la situación lo amerita se realiza entrevista al resto de la familia del mismo. La entrevista apuesta a tener una apertura de escucha tanto con del paciente, dado que la mayoría de las veces son individuos que necesitan desahogarse y transmitir al otro su problemática. En tanto, son espacios de escucha y en donde se orienta al paciente y a su familia.

En caso que el paciente presente un consumo de sustancias agudo, se coordinará con algún centro de rehabilitación, Ongs, según su perfil. También el psiquiatra le realizará una evaluación al paciente a fin de ver si aparte del consumo de sustancias tiene alguna otra patología dual, dependerá de ello la institución a la cual será derivado.

De acuerdo a la situación particular del paciente, se realizará el seguimiento a él y su familia. Es de tener presente, que muchas veces se trata de familias con bajos recursos económicos, por lo que se los apoya para acceder a los medicamentos psiquiátricos, con el fin de que no discontinúen el tratamiento. En otras situaciones, cuando son pacientes provenientes del interior y que tienen bajos recursos se le gestionan los pasajes, dado que son pacientes con una alta frecuencia en las consultas.

Luego que el paciente está en abstinencia por un período de tiempo determinado, se coordina con Instituciones educativas, con el fin de que este inicie algún curso o actividad, ya que en la mayoría de los casos son adolescentes con secundaria incompleta o se encuentran fuera del sistema educativo.

Cuando se trabaja en el área del consumo de sustancias es primordial la escucha del paciente, y el acompañamiento del profesional y de su familia. En un estudio realizado por la Junta Nacional de Drogas, en el año 2011, el autor Elisandro Becoña menciona que: *“las drogas se clasifican generalmente en grupos asociados a las características personales, educativas, contexto comunitario y al entorno familiar.”*(Becoña; 2002:95). Haciendo referencia al entorno familiar mencionado por Becoña, la autora, Gabriela Olivera, señala que: *“los principales elementos de protección familiar que inciden en las actividades y comportamiento de los adolescentes respecto a las drogas son el modelo de conducta y actitudes de los padres respecto al uso de drogas, el grado de involucramiento y la conflictiva familiar.”*(Olivera, Gabriela; 2008:95).

La autora con lo expresado, deja entrever que el control y el apoyo de la familia son presentados como un factor relevante en la protección del consumo problemático de drogas. Asimismo, señala que la socialización primaria y el aprendizaje del individuo se constituyen en el ámbito familiar donde en algunos casos se construyen los primeros aprendizajes, informativos y formativos hacia el sujeto.

REFLEXIONES FINALES

Este documento tiene el propósito de realizar una aproximación a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, reflexionando acerca de los temas de la exclusión social y el abordaje de la rehabilitación de los mismos.

A tal efecto, se han planteado y analizado en menor profundidad, los factores que inciden en el consumo y en particular el consumo de pasta base en adolescentes, así como también el rol que cumplen las policlínicas en la rehabilitación del adicto en los casos particulares del Hospital Militar y el Hospital Maciel.

De las sucesivas entrevistas realizadas, se obtuvieron diversos datos con relación a las diversas modalidades de consumo de sustancias por parte de los adolescentes, entre ellas la edad en que comenzaron a consumir, por que comenzaron el consumo de sustancias?, Si consumían solos o acompañados? ¿Qué papel juega la familia de los adolescentes en la rehabilitación de los mismos? entre otras.

Las drogas han existido a lo largo de la historia, sin embargo lo que ha cambiado es el uso que el ser humano hace de las mismas. De ahí, que la temática referida al consumo de sustancias pasa de estar restringido al ámbito del hogar a ser una mercancía, esto trae aparejado un riesgo para el individuo, su familia y la sociedad en su conjunto.

Por lo expuesto en el marco teórico y de cuanto surge de las entrevistas analizadas, podemos preguntarnos si nuestro Estado ha trabajado en materia de políticas sociales (Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas), si existen carencias por parte de los equipos multidisciplinarios de las policlínicas en lo que refiere al seguimiento de los pacientes, teniendo siempre en cuenta la influencia que el perfil del paciente y la estructura familiar pueden tener con relación a los episodios de recaídas.

Es por ello que en el trabajo se plantea la necesidad de contar con los recursos humanos y materiales que demanden la puesta en práctica de un seguimiento coordinado entre las instituciones implicadas en dicha problemática, y que según la Junta Nacional de Drogas: *"drogas: compromiso de todos"*

También, a través de las entrevistas realizadas y en particular en lo que respecta a la actividad desempeñada por los profesionales de diversas disciplinas, se ha podido visualizar su aporte y en consecuencia advertir la importancia de su rol en cada uno de los casos analizados, procurando la recuperación del adicto.

En lo que refiere a las expectativas de trabajo y de estudio de los adolescentes, la mayoría de ellos plantean seguir estudiando y otros tienen el deseo de insertarse en el mercado laboral. A su vez, rescatan como positivo, el espacio que les brinda la policlínica de consumo de sustancias, ya que ellos coinciden en que es un espacio en el cual le brindan apoyo, los escuchan y orientan, con el fin de que puedan revertir su situación, abandonar el consumo de sustancias.

Se destaca que la concepción de adolescencia es una construcción social que tiene relación con procesos históricos, y en que la aceptación del adolescente por la comunidad juega un rol muy importante.

También se advierte que entre los agentes socializadores se encuentra la familia, oficiando como agente contenedor en el proceso de crecimiento y formación del adolescente, así como también a la hora de rehabilitar al adicto. En tal sentido, reviste importancia lo expresado por la Trabajadora Social del Hospital Maciel: "el adicto muchas veces es el síntoma de la problemática familiar".

Subrayamos que, la adolescencia es también considerada una etapa de tránsito, en que se comienza a gestar la identidad de la persona y los diversos vínculos con su entorno, entre ellos sus pares.

En el curso de las entrevistas realizadas, los adolescentes expusieron diversos motivos que los llevaron al consumo de sustancias: el deseo de experimentar sensaciones nuevas, la curiosidad respecto del uso de sustancias, sentir el “pegue”, sentirse aceptados por su grupo de pares, entre otras.

Esto nos lleva a pensar que los adolescentes se encuentran transitando en un mundo de consumo, hecho real e instalado en la sociedad, por lo que dichos adolescentes luchan, algunos sin lograrlo, para llegar a ese imaginario colectivo impuesto por los mandatos sociales.

He aquí la importancia del trabajo que realizan los profesionales psicólogos, psiquiatras, médico toxicólogo, trabajadora social etc. en las policlínicas de rehabilitación, en lo que refiere al apoyo y orientación hacia el paciente y su familia. A su vez se trabaja tratando de fortalecer los vínculos que se han ido desgastando entre el adicto y sus familiares a causa de la problemática del consumo.

A modo de reflexión se puede concluir que los aspectos relevados y analizados en el presente trabajo, no se agotan en sí mismos, sino que nos permite seguir pensando sobre la situación de los adolescentes y el consumo de sustancias psicoactivas, tratando de fortalecer las intervenciones y el trabajo a nivel multidisciplinario, a fin de recomponer el tejido social afectado por consumo problemático.

En tal sentido podemos preguntarnos:

¿Qué necesidades deben satisfacerse con relación a las nuevas políticas sociales, enfocadas al trabajo con las familias de personas adictas a fin de fortalecer el vínculo entre ellos?

¿Cómo podría mejorarse el seguimiento de los pacientes que se encuentran en tratamiento por adicciones?, atendiendo a que en muchos casos cambian constantemente su entorno de relaciones, a efectos de no perder los avances que se hubieren alcanzado con la intervención.

Es primordial que la temática objeto de estudio se haya podido visualizar en toda su dimensión y que a partir de allí puedan mejorar las estrategias de intervención. Habrá que dotar a los equipos multidisciplinarios de mayores herramientas de coordinación a nivel inter-institucional, para así guiar a los adolescentes en el proceso de búsqueda e inserción laboral.

De esta forma se podrá dejar atrás el viejo paradigma del “drogadicto”, por el que el individuo que consumía era discriminado por la sociedad, excluido y con pocas posibilidades de realizar una correcta rehabilitación y una futura reinserción en la sociedad.

Por tal motivo es que necesitamos intervenciones totalizadoras de la problemática, dejando de lado los prejuicios, abandonando los compartimientos estancos y posibilitando que cada uno de los profesionales aporte su conocimiento y experiencia, constituyendo un verdadero sistema integrado para el abordaje de la problemática.

Finalmente, debe considerarse lo que expresa el autor Víctor Giorgi (2003) que: *“Solamente si podemos implicarnos para transformar nuestra propia subjetividad, podremos construir intervenciones inclusivas y liberadoras.”* Si relacionamos la frase expresada por el autor con el escenario de las

adicciones y los profesionales de los equipos multidisciplinarios, se puede decir que si los profesionales son capaces de implicarse, entonces existirán mayores posibilidades de poder cambiar la realidad de los consumidores de sustancias psicoactivas.

BIBLIOGRAFÍA

- **Arzate Salgado, Jorge; Alicia B, Gutiérrez y otros. (2011).** Reproducción de la Pobreza en América Latina. "Relaciones sociales, poder y estructuras económicas. Colección CLACSO- CROP. Bs.As.
- **Becoña, Elisandro.(2002).**"Bases Científicas de la Prevención de las drogodependencias. Madrid. Plan Nacional de Drogas. En: "Sobre ruidos y nueces": consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia julio (2011) Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la República. Observatorio Uruguayo de Drogas. Montevideo, Uruguay
- **Becoña, Elisandro. (2002).**Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias. Madrid. Ed. Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Secretaría General Técnica.
- **Carballeda, Juan, Manuel. (2008).**Drogadicción y Sociedad. Colección; cuadernos de margen. Editorial, Espacio.
- **Castro, Ana.(2010).** Adolescencia y drogas. Junta Nacional de Drogas. Montevideo, Uruguay.
- **Castoriadis, C. (1988).**Los Dominios del Hombre: las encrucijadas del laberinto. Gedisa. Barcelona.
- **Di Virgilio, María Mercedes; María Paula Otero, ed.at. (2011).**Pobreza y Desigualdad en América Latina y el Caribe. CLACSO. Bs.As.
- **Durham, Eunice.(2010).** Familia e Reproducao Humana. Associacao Nacional de Pos- Graduacao e Pesquisa em Ciencias Sociais, realizado am Friburgo.
- **El Abrojo.(2007).**El Equilibrista. Guía educativa para el trabajo con adolescentes en prevención del uso problemático de drogas. Tomo 1. Ed. Fronteras.
- **Echeverría, Ana María.(2003).** "Drogas, entre la exclusión y la inclusión". En: Seminario Drogas y Exclusión Social. (2006).Ed. Atlanta. Montevideo, Uruguay.

- **Encuesta Sobre Percepción Social de las Drogas.**(2001-2006).Montevideo ,Uruguay.
- **Escohotado.A. (2004).**Historia General de las Drogas. Ed. Alianza. Madrid. En: López; E, González. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica. Parte I. Sevilla.
- **Fernández, Ana María. (1989).**”La Mujer y la Violencia Invisible”, Bs.As. Ed. sudamericana
- **Funes, Arteaga, Jaime. (2011).**En: Junta Nacional de Drogas. Montevideo, Uruguay
- **Giorgi Víctor. (2003).**”Construcción de la subjetividad en la exclusión.”: En: seminario de drogas y exclusión social. (2006).Ed. Atlántica. Montevideo-Uruguay.
- **Heller, A.(1985).** Historia y Vida Cotidiana. Colección: Enlace; Grijalbo. México.
- **JND. (2010).** Drogas: Más información menos riesgos. Presidencia de la República. 9° edición.
- **Jelin, Elizabeth. (1998).** Pan y Afectos. “La transformación de las Familias”. Fondo de Cultura Económica. Bs.As.
- **Jelin, Elizabeth. (1984).**Familia y Unidad Doméstica. Mundo público y vida privada. CEDES. Buenos Aires.
- **JND. (2011).** Quinta encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media: Entre el placer y Displacer: Los adolescentes en su laberinto comportamiento y usos de drogas en adolescentes escolarizados. Observatorio Uruguayo de Drogas. Presidencia de la República del Uruguay.
- **JND. (2010).**Cuarta Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Observatorio Uruguayo de Drogas Presidencia de la República del Uruguay.
- **Kosik, Karel. (1969).**”Dialéctica de lo Concreto”. Ed. Grijalbo. México, Barcelona, Buenos Aires.
- **Mioto, Regina. (1997).**”Familia y Servicio Social: contrubucoes para o debate”. En: Servicio Social & Sociedade. Ano XVIII, N° 55 novembro 97.Edotora, Cortez. Sao Pablo.

- **Ministerio de Salud Pública - Junta Nacional de Drogas. (2007).** Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas, Montevideo.
- **Organización Mundial de la Salud.(2008- 2011)**
- **Olivera, Gabriela. (2008).** “El papel de la familia como factor de protección.” SND. En: “Sobre ruidos y nueces”: consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia julio (2011) Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la República. Observatorio Uruguayo de Drogas. Montevideo, Uruguay
- **Pascale, Antonio. (2005).** Uso problemático de Drogas. Aspectos médicos-toxicológicos. Conceptos generales.” Abordaje multidisciplinario Sobre la problemática del consumo de drogas”. En: Secretaría Nacional de Drogas, JND, Presidencia de la República Oriental del Uruguay.
- **Pereira, Potyara. (1999).**”La política Social en el contexto de la seguridad social y del Welfare State: La particularidad de la asistencia social. En; “La política Social hoy”. Borgiani y Montaña (Orgs) Cortez Ed. San Pablo Brasil.
- **Romani, Milton. (2007).**En Junta Nacional de Drogas. Montevideo, Uruguay
- **UNICEF. (2011).**Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia.
- **Vasilachis Irene. (2003).**Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales. Ed. Gedisa. Barcelona.

FUENTES DOCUMENTALES

- **Constitución de la República Oriental del Uruguay.** Normativa n°1.Ed: Eduardo Esteba.(1967).Con la incorporación de las reformas plebiscitarias en 1989, 1994 y 1996. CEDECU. Serie Gallicchio.
- **Ley N° 18.211 del 5 de Diciembre de 2007.** Ministerio de Salud Pública. Prestaciones de Salud.
- **López, A; F, Muñoz. (2006).**Historia de los Fármacos Analgésicos; agentes opioides. Revista de Sociología Española. En: F. López, E González. (2011). Una visión Histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva de la criminología. Parte I .Sevilla.
- **Plan de Estudios.(1992).**Departamento de Trabajo Social.(FCS).
- **Revista de Trabajo Social. (2002).** Acción Ciudadana. "Escenarios locales y regionales." (ADASU). N°25.Ed: Eppal.
- **Revista de Trabajo Social. (2003).** Jóvenes y Sociedad.(ADASU). N°29.Ed: Eppal.
- **Solari, Mariela. (2010).**"Rutas de abordaje a las situaciones de violencia intrafamiliar". art, En: Revista (RECSO) de Ciencias Sociales de la Universidad Católica., n° 1.Montevideo-Uruguay.

ANEXOS

ANEXO I

(Pautas de entrevistas realizadas los Profesionales integrantes del Equipo de la Policlínica de Consumo Problemático de Sustancias del Hospital Militar y Hospital Maciel y a adolescentes en proceso de rehabilitación)

**Pauta de entrevista dirigida al Dr. Psiquiatra de (niños y adolescentes)
Fabricio Choca, integrante de la policlínica de Consumo Problemático de
Sustancias del Hospital Militar.**

- 1) ¿Cuánto hace que funciona la policlínica en el Hospital Militar?
- 2) ¿En qué consiste el programa?, ¿Quiénes lo conforman?
- 3) ¿Qué pautas se establecen para realizar el tratamiento?
- 4) ¿De qué edades son los adolescentes que concurren?
- 5) ¿Cuál es el nivel educativo alcanzado por estos jóvenes?
- 6) ¿Cuáles son las sustancias más consumidas por los jóvenes que concurren al programa?
- 7) ¿Hay un acompañamiento y continencia por parte de la familia del joven que se encuentra en tratamiento?
- 8) ¿Qué porcentaje de jóvenes se rehabilitan?
- 9) ¿Cuáles son las principales causas del abandono del tratamiento?

Pauta de entrevista dirigida a la Trabajadora Social Gabriela Morales integrante de la Policlínica de Consumo de Sustancias del Hospital Maciel.

- 1) ¿Cuánto hace que funciona la policlínica en el Hospital Militar?
- 2) ¿En que consiste el programa?, ¿Quiénes lo conforman?
- 3) ¿Qué pautas se establecen para realizar el tratamiento?
- 4) ¿De que edades son los adolescentes que concurren?
- 5) ¿Cuál es el nivel educativo alcanzado por estos jóvenes?
- 6) ¿Cuáles son las sustancias más consumidas por los jóvenes que concurren al programa?
- 7) ¿Hay un acompañamiento y continencia por parte de la familia del joven que se encuentra en tratamiento?
- 8) ¿Qué porcentaje de jóvenes se rehabilitan?
- 9) ¿Cuáles son las principales causas del abandono del tratamiento?
- 10) ¿Cuál es el rol de la Trabajadora Social en la policlínica?
- 11) ¿Cuáles son las problemáticas más frecuentes que presentan las familias de los pacientes que concurren a la policlínica de consumo?

Pauta de entrevista dirigida a un paciente de 16 años de edad quien se encuentra en rehabilitación en la policlínica de Consumo Problemático de Sustancias del Hospital Militar

- 1) ¿Cómo está conformado tu núcleo familiar?
- 2) ¿A qué edad comenzaste a consumir?
- 3) ¿Qué sustancias consumías?
- 4) ¿Qué fue lo que te llevó a consumir?
- 5) ¿Consumís solo o acompañado?
- 6) ¿Dejaste los estudios?, en caso afirmativo; ¿Por qué razón?
- 7) ¿Qué fue lo que te llevó a comenzar un tratamiento de rehabilitación?
- 8) ¿Desde qué comenzaste el tratamiento, has tenido algún episodio de recaída?
- 9) Te has sentido contenido por el equipo de profesionales de la policlínica?
- 10) ¿Tu familia te ha acompañado en este proceso de rehabilitación?
- 11) ¿Crees que el tratamiento ha contribuido a mejorar tu situación personal?, en caso afirmativo; ¿En qué sentido?

ANEXO II

***Ley 18.211 SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD
(NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y
FINANCIACIÓN)***

Ley Nº 18.211

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2º.- Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la [Ley Nº 17.930](#), de 19 de diciembre de 2005.

Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

Artículo 3º.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.

- G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- I) La participación social de trabajadores y usuarios.
- J) La solidaridad en el financiamiento general.
- K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Artículo 4º.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

- A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- B) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
- C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Artículo 5º.- A efectos de lo dispuesto en el [artículo 2º](#) de la presente ley, compete al Ministerio de Salud Pública:

- A) Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.
- B) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.
- C) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.
- D) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

- E) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.
- F) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.
- G) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.
- H) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.
- I) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.
- J) Las demás atribuciones que le otorga la presente ley, la [Ley N° 9.202](#) "Orgánica de Salud Pública", de 12 de enero de 1934, y otras disposiciones aplicables.

Artículo 6°.- El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud.

La reglamentación determinará los contenidos de la información que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.

Artículo 7°.- La política nacional de medicamentos tendrá por objetivo promover su uso racional y sustentable. El Ministerio de Salud Pública aprobará un formulario terapéutico único de medicamentos que contemple los niveles de atención médica y establecerá la obligatoriedad de su prescripción por denominación común internacional según sus principios activos; racionalizará y optimizará los procesos de registro de medicamentos y fortalecerá las actividades de inspección y fiscalización de empresas farmacéuticas y la fármaco vigilancia.

Artículo 8°.- El control de la calidad integral de la atención en salud a cargo del Ministerio de Salud Pública tomará en cuenta el respeto a principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios.

Dicha modalidad será aplicable a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.

Artículo 9°.- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con otros organismos competentes, promoverá y evaluará que el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud responda a los principios rectores del mismo.

Artículo 10.- El Ministerio de Salud Pública promoverá la armonización de los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del área de salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Parte del MERCOSUR, en el marco del proceso de integración regional.

CAPÍTULO II

INTEGRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 11.- Podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, estatales y no estatales.
- B) Las entidades a que refiere el artículo 265 de la [Ley N° 17.930](#), de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 12.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y

usuarios. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate.

Artículo 13.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud que se crea en el [artículo 23](#) de la presente ley y el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 14.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el [artículo 11](#) de la presente ley, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en el literal B) del [artículo 5º](#) y en los [artículos 12 y 13](#) de la presente ley, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico-financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

Artículo 15.- La Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos contratos.

Artículo 16.- Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor.

Artículo 17.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oír a en todos los casos a la Junta Nacional de Salud, para:

- A) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica.
- B) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica.
- C) Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.

Artículo 18.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a la presente ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al cobro de cuotas salud.

Artículo 19.- Las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos máximos.

El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población.

Artículo 20.- Los profesionales y entidades que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública.

Cuando dichos profesionales o entidades se propongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable.

Las personas o entidades que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre 30 UR (treinta unidades reajustables) y 500 UR (quinientas unidades reajustables) que aplicará el citado

Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán iguales sanciones económicas.

Artículo 21.- Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas a tal efecto por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Artículo 22.- Los seguros integrales a que refiere el artículo 265 de la [Ley Nº 17.930](#), de 19 de diciembre de 2005, podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitados por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud que contraten con dichas entidades deberán comunicar su decisión a la Administración del Fondo Nacional de Salud.

Estos usuarios aportarán al Fondo Nacional de Salud creado por la [Ley Nº 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, de acuerdo a lo dispuesto en el [Capítulo VII](#) de la presente ley y gozarán de los mismos derechos asistenciales que quienes se inscriban en los padrones de las demás entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales las cuotas salud que correspondan a dichos usuarios siempre que se cumplan acumulativamente los siguientes requisitos:

- 1) Que otorguen a los mismos las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio del régimen previsto en el inciso primero de este artículo, y
- 2) aporten al Ministerio de Salud Pública y a la Junta Nacional de Salud la información asistencial y económico-financiera que les sea requerida a efectos del contralor de sus obligaciones respecto a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. En caso de incumplimiento de las mismas, será aplicable el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del [artículo 28](#) de la presente ley.

En ningún caso la Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte obrero-patronal del contribuyente. La reglamentación de la presente ley determinará la distribución del mismo considerando las cuotas salud y los aportes que deba transferir al Fondo Nacional de Recursos según la estructura del núcleo familiar del usuario.

Los seguros integrales verterán al Fondo Nacional de Salud el 6% (seis por ciento) de los ingresos recibidos del propio Fondo por concepto de costos de administración el que se destinará al financiamiento del Seguro Nacional de Salud.

CAPÍTULO III

JUNTA NACIONAL DE SALUD

Artículo 23.- Créase la Junta Nacional de Salud como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 24.- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

- A) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea la presente ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.
- B) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 25.- La Junta Nacional de Salud tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

- A) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá.
- B) Un miembro representante del Ministerio de Economía y Finanzas.
- C) Un miembro representante del Banco de Previsión Social.
- D) Un miembro representante de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- E) Un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- F) Un miembro representante de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En todos los casos, por cada titular se designará un alterno.

Todos los integrantes de la Junta Nacional de Salud deberán formular una declaración jurada de bienes e ingresos a cualquier título, a la Junta Asesora en Materia Económico Financiera del Estado, de acuerdo con lo dispuesto por el Capítulo V de la [Ley N° 17.060](#), de 23 de diciembre de 1998, en lo que resulte pertinente.

Artículo 26.- La reglamentación de la presente ley determinará la forma de integración de los representantes sociales a que refieren los literales D), E) y F) del [artículo 25](#) de la presente ley, garantizando mecanismos de selección democrática de los mismos. Su mandato tendrá una duración máxima de dos años.

Los representantes de prestadores y trabajadores que se integren a la primera Junta serán propuestos por sus organizaciones representativas.

Artículo 27.- La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios.

Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

Artículo 28.- Compete a la Junta Nacional de Salud:

- A) Suscribir con los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el [artículo 15](#) de la presente ley.
- B) Aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de la presente ley.
- C) Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.
- D) Controlar las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros.
- E) Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme.

- F) Elaborar el proyecto de su reglamento interno de funcionamiento que elevará al Poder Ejecutivo para su aprobación, dentro de los ciento ochenta días de su constitución.
- G) Las demás que le asigne la presente ley.

Artículo 29.- Compete al Presidente de la Junta Nacional de Salud:

- A) Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutos que otorgue en previsión de sus ausencias.
- B) Ejecutar las resoluciones de la Junta.
- C) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas a la misma en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos cinco de los miembros de la Junta. Mientras no se integren a él los representantes sociales, a estos efectos se requerirá el voto de tres de sus miembros.
- D) Representar al organismo y suscribir todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el mismo.
- E) Las demás tareas que le sean encargadas por la Junta.

Artículo 30.- Para sesionar, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de cuatro de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del cuerpo.

En caso de empate el voto del Presidente del Directorio se computará doble.

Artículo 31.- Créase dentro del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" el Programa "Administración del Seguro Nacional de Salud" dentro del cual se constituye la Junta Nacional de Salud como su unidad ejecutora.

Artículo 32.- Facúltase al Poder Ejecutivo, a propuesta del Ministerio de Salud Pública, a adecuar sus programas y redistribuir los créditos presupuestales a los efectos de atender los costos de funcionamiento de la Junta Nacional de Salud.

Artículo 33.- La Junta Nacional de Salud deberá elevar anualmente al Poder Ejecutivo una rendición de cuentas de la administración del Seguro Nacional de Salud, dentro de los primeros ciento veinte días de vencido cada ejercicio.

Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud publicarán anualmente los estados de situación y balance de resultados de su gestión. Estas entidades deberán poseer sistemas de información contable ajustados a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes y proporcionar a la Junta Nacional de Salud toda la documentación que ésta le solicite.

CAPÍTULO IV

RED DE ATENCIÓN EN SALUD

Artículo 34.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

Artículo 35.- La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención.

Artículo 36.- El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resoluntividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.

Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

Artículo 37.- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Artículo 38.- El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

Artículo 39.- La Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos.

Artículo 40.- Las redes territoriales de atención en salud podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial.

Artículo 41.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Dichos contratos deberán ser sometidos a la autorización de la Junta Nacional de Salud, la que controlará todo lo referente a la habilitación de los prestadores y su infraestructura, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, plazos de los contratos y la estabilidad de las condiciones de relacionamiento.

La Junta Nacional de Salud verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Si la Junta Nacional de Salud no formula observaciones ni deniega la autorización dentro de los treinta días de presentada la solicitud, el respectivo contrato se considerará autorizado.

En situaciones de caso fortuito, fuerza mayor y otras razones de urgencia, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Ésta concederá un plazo prudencial para la presentación de la documentación contractual y acreditante de las circunstancias excepcionales que motivaron la contratación. En caso de incumplimiento, se aplicará el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del [artículo 28](#) de la presente ley.

Artículo 42.- Las farmacias registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública podrán dispensar medicamentos a los usuarios de los prestadores de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, en los términos de los contratos que celebren con los mismos.

A dichos contratos les será aplicable, en lo que corresponda, lo dispuesto en el [artículo 41](#) de la presente ley.

Artículo 43.- Los precios de referencia para las contrataciones a que refieren los artículos 41 y 42 de la presente ley, podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

Artículo 44.- Es incompatible el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que demanden servicios a terceros con la provisión de los mismos, salvo cuando se formalicen alianzas estratégicas entre prestadores o cuando uno de ellos asuma el gerenciamiento del otro. En ambos casos se requerirá autorización de la Junta Nacional de Salud.

La incompatibilidad incluye a las personas que ejerzan la función, sus socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad.

Los contratos que se formalicen violando esta disposición serán nulos a partir del momento en que se verifique dicha incompatibilidad.

CAPÍTULO V

COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

Artículo 45.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

- A) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.
- B) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.
- C) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.
- D) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación de la presente ley definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descritas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuota salud a los prestadores.

Artículo 46.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán ofrecer a su población usuaria prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública. La reglamentación definirá las modalidades y fecha de aplicación de esta disposición.

La afiliación a las entidades prestadoras de los referidos servicios de emergencia se realizará, por parte de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, entre aquéllas que se encuentren habilitadas por el Ministerio de Salud Pública para la prestación establecida en el inciso precedente y acepten las condiciones correspondientes.

El Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Economía y Finanzas, oyendo a la Junta Nacional de Salud, fijará el importe que las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud abonarán a los prestadores de los servicios de referencia, así como los plazos en que el mismo deberá ser vertido.

Artículo 47.- Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de observancia obligatoria, que ofrezcan a sus usuarios las instituciones que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, serán convenidas entre prestadores y usuarios, en régimen de libre contratación. Cuando se trate de prestaciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública las controlará en sus aspectos técnicos.

Artículo 48.- Las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los organismos públicos y las entidades privadas competentes, de conformidad con las disposiciones en vigor. Los

prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud realizarán, para sus respectivos usuarios, las pericias técnicas que correspondan.

Los servicios complementarios de asistencia médica a que refiere el literal A) del artículo 7º del Decreto Nº 7/976, de 8 de enero de 1976, que abona el Banco de Previsión Social, alcanzan exclusivamente a las personas comprendidas en el artículo 8º del [Decreto-Ley Nº 14.407](#), de 22 de julio de 1975, modificado por el artículo 1º de la [Ley Nº 15.953](#), de 6 de junio de 1988, incluidas en el literal A) del artículo 2º de la [Ley Nº 18.131](#), de 18 de mayo de 2007.

CAPÍTULO VI

USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 49.- Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional y se registren en forma espontánea o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las entidades prestadoras de servicios de salud que lo integren. La reglamentación de la presente ley establecerá los términos y condiciones de dicho registro.

Artículo 50.- La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación.

No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondiera.

Artículo 51.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo:

- A) A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.
- B) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones incluidas en los programas integrales a que refiere el [artículo 45](#) de la presente ley.
- C) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- D) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las entidades que presten servicio de salud, sin perjuicio del requerimiento fundado de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo, siempre conservándose la condición de confidencialidad respecto a terceras personas.
- E) A conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la entidad.
- F) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- G) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

Artículo 52.- Son obligaciones de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.
- B) Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud.

- C) Respetar los estatutos de las entidades prestadoras de servicios.
- D) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.
- E) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.
- F) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

El incumplimiento de las obligaciones antes referidas acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

Artículo 53.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho a participar en los órganos a que refiere el [artículo 12](#) de la presente ley, en los términos que determine su reglamentación.

Artículo 54.- La Junta Nacional de Salud podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre éstos y los prestadores, sin perjuicio de los recursos administrativos y judiciales correspondientes.

CAPÍTULO VII

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 55.- Las prestaciones que, conforme a la presente ley y su reglamentación, deben brindar obligatoriamente a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho a éstos al cobro de cuota salud según el número de personas inscritas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas de atención a la salud.

El ajuste del monto de la cuota salud, la incorporación de nuevas prestaciones y la reducción de las tasas moderadoras, se efectuará teniendo en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores.

Artículo 56.- La Administración de los Servicios de Salud del Estado adecuará las prestaciones de salud a las exigidas a las restantes entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, en forma progresiva, no pudiendo exceder este período de adecuación el 31 de diciembre de 2009.

Artículo 57.- Créase el Seguro Nacional de Salud, el que será financiado por el Fondo Nacional de Salud creado por el artículo 1º de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1º de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007. Ello sin perjuicio de las competencias de la Junta Nacional de Salud como administradora del Seguro Nacional de Salud y consiguientemente titular y destinataria del Fondo que constituye su patrimonio.

El Banco de Previsión Social recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes de la presente ley y efectivizará el pago de cuota salud a los prestadores, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

En el ejercicio de los cometidos de administración tributaria a que refiere el inciso segundo, el Banco de Previsión Social actuará como sujeto activo de las contribuciones especiales de seguridad social que constituyen los recursos del Fondo conforme lo dispuesto por el [artículo 60](#) de la presente ley.

En dicha calidad estará plenamente facultado para el cumplimiento integral de los procesos y procedimientos sustanciales implicados en la gestión tributaria de tales aportes incluyendo recaudación, fiscalización, determinación tributaria, agotamiento de la vía administrativa, defensa contenciosa anulatoria y gestión coactiva.

Artículo 58.- Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 59.- Los créditos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, creada por [Ley N° 18.161](#), de 29 de julio de 2007, con financiación 1.2 "Recursos con Afectación Especial", se ajustarán mensualmente de acuerdo al monto de la recaudación correspondiente a dicho organismo por concepto de cuota salud, a cuyos efectos el administrador del Fondo Nacional de Salud remitirá la información necesaria al Ministerio de Economía y Finanzas.

Simultáneamente se reducirán los créditos correspondientes a la financiación 1.1 "Rentas Generales", en el importe anualizado resultante a la variación mensual en el número de usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud inscriptos en el padrón de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, multiplicado por el costo promedio por usuario de dicho organismo. Dicho costo promedio será determinado por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Economía y Finanzas comunicará a la Contaduría General de la Nación el monto de las modificaciones presupuestales dispuestas en los incisos precedentes, así como el resultante del artículo 8° de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado comunicará a la Contaduría General de la Nación y a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto la distribución a nivel de unidad ejecutora, grupo y objeto de gasto y proyecto de inversión, de las modificaciones presupuestales dispuestas en la presente norma, sin la cual no podrá ejecutar los créditos a que refiere el presente artículo.

Artículo 60.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud el ciento por ciento de los provenientes de:

- A) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.
- B) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- C) Aportes del Estado y de las personas públicas no estatales sobre la masa salarial que abonen a sus dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- D) Aportes obligatorios de pasivos.
- E) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los literales anteriores.
- F) El porcentaje previsto en el artículo 22 de la presente ley.
- G) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.
- H) Las rentas generadas por sus activos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Autorízase al Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas a atender las insuficiencias financieras del Fondo Nacional de Salud debidamente justificadas.

Artículo 61.- El Estado, las personas públicas no estatales y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 337 y siguientes de la [Ley N° 16.320](#), de 1° de noviembre de 1992, y sus modificativas, manteniéndose -a los efectos de este artículo- las exoneraciones previstas en los literales A) y B) del artículo 90 de la [Ley N° 18.083](#), de 27 de diciembre de 2006.

Los aportes patronales básicos y complementarios a que refiere el inciso anterior se aplicarán respecto de todos los colectivos incorporados al Seguro Nacional de Salud por la presente ley y por la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, en los plazos que las mismas establecen.

Las empresas rurales comprendidas en la [Ley N° 15.852](#), de 24 de diciembre de 1986, seguirán aportando en base a la superficie explotada en un todo de acuerdo a dicha norma.

Los patronos y empresas unipersonales rurales mantendrán el régimen de aportaciones previsto en las [Leyes N° 16.320](#), de 1° de noviembre de 1992, y [N° 16.883](#), de 10 de noviembre de 1997.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los unipersonales rurales optantes por la cobertura de salud bonificada de conformidad con la [Ley N° 16.883](#), de 10 de noviembre de 1997, aportarán el 45% (cuarenta y cinco por ciento) de la cuota mutual y aquellos que se encuentren en la situación a que refiere el [artículo 64](#) de la presente ley, aportarán el 60% (sesenta por ciento) del valor de la cuota mutual determinada de acuerdo a lo previsto por el artículo 337 de la [Ley N° 16.320](#), de 1° de noviembre de 1992.

Los empresarios unipersonales rurales y los empresarios unipersonales monotributistas mantendrán el carácter opcional de su afiliación al Seguro de Salud, conforme con las disposiciones legales vigentes ([Ley N° 16.883](#), de 10 de noviembre de 1997, y [Ley N° 18.083](#), de 27 de diciembre de 2006).

Los trabajadores públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones dentro de las que se computarán los aportes ya previstos en el [Decreto-Ley N° 14.407](#), de 22 de julio de 1975, y en la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, de acuerdo al siguiente detalle:

- A) 6% (seis por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
- B) 4,5% (cuatro con cinco por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
- C) 3% (tres por ciento) si las retribuciones no superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, con independencia de que tengan o no a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

Para el caso de los trabajadores públicos y otros dependientes del Estado, incorporados al Seguro Nacional de Salud por aplicación del artículo 2° de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, regirá lo dispuesto por el [artículo 4°](#) de la misma ley, debiendo aportar un porcentaje adicional de sus retribuciones cuando sus ingresos superen 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, de acuerdo al siguiente detalle:

- A) 3% (tres por ciento) si tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.
- B) 1,5% (uno con cinco por ciento) si no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

No se considerará hijo a cargo, a los efectos de esta ley, cuando el menor de 18 años o mayor de esa edad con discapacidad genere por sí mismo el derecho a integrarse como trabajador al Seguro Nacional de Salud.

Artículo 62.- Los trabajadores dependientes y no dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud que se acojan al beneficio de la jubilación, continuarán amparados por el mismo y realizando los aportes sobre el total de haberes jubilatorios por los cuales se jubila, determinados en los [artículos 61 y 66](#) de la presente ley, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar.

El usufructo del derecho previsto en el inciso anterior será optativo para quienes justifiquen el acceso, por otros medios, a cobertura de salud de un nivel similar a la que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud, no quedando exonerados de realizar los aportes correspondientes.

Se consideran usuarios del Seguro Nacional de Salud creado por la presente ley, los trabajadores que cumplen un mínimo de trece jornadas de trabajo en el mes o perciben el equivalente a 1,25 veces de la Base de Prestaciones y Contribuciones. No obstante lo dispuesto precedentemente, los patronos que asuman la financiación patronal complementaria a que refiere el [artículo 61](#) de la presente ley, podrán atribuir la respectiva condición de usuario del seguro al trabajador, cualquiera fuera el tiempo de trabajo o su nivel de ingreso.

Artículo 63.- Los jubilados que se desempeñaron como no dependientes en actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, cuyo haber jubilatorio total no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y que además integren hogares donde el promedio de ingresos por todo concepto, por integrante no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales podrán optar por ingresar en el Seguro Nacional de Salud aportando un 3% (tres por ciento) de su pasividad a partir del 1º de enero de 2008.

Artículo 64.- Los aportes a que hacen referencia los [artículos 61, 62, 70 y 71](#) de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino a cargo de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los asegurados mencionados en el inciso primero podrán optar por incluir a sus hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años de edad, amparándolos por el Seguro Nacional de Salud, aportando al Fondo Nacional de Salud el valor de la cuota salud y la correspondiente al Fondo Nacional de Recursos. La reglamentación establecerá las condiciones de pago de esta opción.

Los padres elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el [artículo 50](#) de la presente ley e independientemente de aquél al que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien, teniendo la condición de trabajador o pasivo amparado por el Seguro Nacional de Salud, tenga la guarda. Para los que estén sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores que tengan la condición de trabajadores o pasivos amparados por el Seguro Nacional de Salud elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

El concepto de hijo a cargo y los derechos que la presente ley otorga a los concubinos y a sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad se aplicarán en los términos de la reglamentación que dicte el Poder Ejecutivo.

Artículo 65.- Todas las personas que dejen de cumplir las condiciones para ampararse en el Seguro Nacional de Salud podrán optar por continuar inscriptos en los padrones de los mismos prestadores, pagando directamente por los servicios de atención integral de salud que reciban, no pudiendo ser rechazados por ellos.

Artículo 66.- Los trabajadores públicos y privados y las personas amparadas por el Seguro Nacional de Salud a que refieren los [artículos 62, 70 y 71](#) de la presente ley que tengan cónyuge o concubino a cargo, aportarán un 2% (dos por ciento) adicional de sus retribuciones para incorporar a los mismos a dicho seguro, lo que les dará derecho a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La incorporación de cónyuges y concubinos y el inicio del aporte previsto en el inciso precedente se realizarán teniendo en cuenta el número de hijos menores a cargo, de acuerdo al siguiente cronograma:

Antes del 31 de diciembre de 2010: cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2011: cónyuge o concubino del aportante con 2 hijos menores de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2012: cónyuge o concubino del aportante con 1 hijo menor de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2013: cónyuge o concubino del aportante sin hijos menores de 18 años a cargo.

Artículo 67.- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el [artículo 61](#) de la presente ley, las personas a que se refiere el [artículo 18](#) de la presente ley, en tanto permanezcan en la misma entidad. Si tuvieren a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino, aportarán el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones. De tener cónyuge o concubino a cargo, aportarán 2% (dos por ciento) de sus retribuciones, de acuerdo al cronograma previsto en el [artículo 66](#) de la presente ley.

Artículo 68.- Quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de enero de 2008 - además de los comprendidos en lo dispuesto en el artículo 2º de la [Ley Nº 18.131](#), de 18 de mayo de 2007- los funcionarios del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", del Inciso 16 "Poder Judicial", del Inciso 25 "Administración Nacional de Educación Pública", del Inciso 26 "Universidad de la República", del Inciso "Administración de los Servicios de Salud del Estado", del Poder Legislativo, incluyendo a los legisladores, y los funcionarios de los organismos públicos nacionales, con excepción del Inciso 03 "Ministerio de Defensa Nacional" e Inciso 04 "Ministerio del Interior". Asimismo, quedarán incorporados a partir de dicha fecha, los beneficiarios del subsidio transitorio por incapacidad parcial establecido en el artículo 22 de la [Ley Nº 16.713](#), de 3 de setiembre de 1995.

Los créditos presupuestales habilitados a la Administración Central y a los organismos del [artículo 220 de la Constitución de la República](#), para financiar regímenes propios de cobertura médica a quienes resulten beneficiarios del Seguro Nacional de Salud por aplicación del inciso precedente, financiarán los aportes establecidos en la presente ley, de acuerdo a lo que determine la reglamentación.

Los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado que tengan regímenes propios de cobertura médica aprobados por ley o aun por normas que no sean leyes, los mantendrán hasta que los mismos sean modificados por las autoridades competentes.

Lo dispuesto en el inciso anterior no exonera a los mismos de aportar al Fondo Nacional de Salud, según corresponda por aplicación de las disposiciones de la presente ley.

Artículo 69.- Los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que funcionen al amparo del artículo 41 del [Decreto-Ley Nº 14.407](#), de 22 de julio de 1975, así como los afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social a que refieren los literales B), C), D) y E) del artículo 43 de la [Ley Nº 17.437](#), de 20 de diciembre de 2001, y los amparados en lo dispuesto por los artículos 337 a 342 de la [Ley Nº 13.318](#), de 28 de diciembre de 1964, y sus modificativas (CHASSFOSE), que aseguren a sus beneficiarios cobertura integral de salud en un nivel no inferior al establecido por la presente ley, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del 1º de enero de 2011. Hasta el momento de su incorporación al Seguro Nacional de Salud, dichas entidades continuarán recibiendo los aportes y rigiéndose por las disposiciones legales y reglamentarias que les son aplicables.

Facúltase al Poder Ejecutivo a dar el mismo tratamiento a los trabajadores que cuenten con regímenes acordados con los empleadores privados mediante convenios colectivos o acuerdos similares que hayan estado vigentes al menos desde un año antes de la promulgación de la presente ley.

Artículo 70.- Quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud aplicando la tasa que corresponda a la diferencia entre el total de los ingresos originados en dichos servicios y el porcentaje a que refiere el artículo 34 del Título 7 del [Texto Ordenado 1996](#).

En caso de que los ingresos a que refiere el inciso anterior hayan quedado incluidos en el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas, las referidas alícuotas se calcularán sobre la base imponible de dicho tributo.

Lo dispuesto precedentemente se aplicará de acuerdo a lo establecido en los [artículos 61 y 66](#) de la presente ley; a los aportes resultantes se le adicionarán los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la [Ley Nº 16.320](#), de 1º de noviembre de 1992.

La obligación de aportar, así como la incorporación de los respectivos usuarios al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, regirá a partir del 1º de enero de 2011 y se realizará en la forma que determine la reglamentación.

Artículo 71.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, a partir de la vigencia de la presente ley los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el [Decreto-Ley Nº 14.407](#), de 22 de julio de 1975, que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los [artículos 61 y 66](#) de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones).

Para el caso de los propietarios de empresas unipersonales referidos en el inciso anterior, que presten solamente servicios personales fuera de la relación de dependencia, el régimen establecido en el presente artículo regirá hasta el 31 de diciembre de 2010. A partir del 1º de enero de 2011 pasarán a regirse por lo dispuesto en el artículo anterior.

Artículo 72.- Facúltase al Poder Ejecutivo a postergar las fechas de ingreso establecidas en la presente ley, siempre que fuera necesario para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas. El Poder Ejecutivo deberá informar de ello al Poder Legislativo con una antelación mínima de ciento veinte días previos al 1º de enero de cada uno de dichos años.

Artículo 73.- El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la [Ley Nº 16.343](#), de 24 de diciembre de 1992, y demás disposiciones aplicables. Los aportes a que refieren los literales A), B) y C) del artículo 3º de la [Ley Nº 16.343](#), de 24 de diciembre de 1992, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Seguro Nacional de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará.

Artículo 74.- Facúltase al Poder Ejecutivo a incluir en el régimen de la presente ley a los funcionarios de los Gobiernos Departamentales, quienes realizarán los aportes previstos en los [artículos 61 y 66](#) de la presente ley.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 75.- Los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de la presente ley seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.

Artículo 76.- Hasta la instalación de la Junta Nacional de Salud, las funciones que se le atribuyen a la misma serán ejercidas por el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social, según corresponda.

Facúltase al Poder Ejecutivo a dictar las normas reglamentarias necesarias que viabilicen la transición hacia el sistema que regirá a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 77.- La presente ley regirá a partir del 1º de enero de 2008.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 21 de noviembre de 2007.

ALBERTO COURIEL,
Presidente.
Hugo Rodríguez Filippini,
Secretarios.

**MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS
MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA
MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE
MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO AMBIENTE
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL**

Montevideo, 5 de diciembre de 2007.

Cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos.

**TABARÉ VÁZQUEZ.
DAISY TOURNÉ.
REINALDO GARGANO.
DANILO ASTORI.
AZUCENA BERRUTTI.
FELIPE MICHELINI.
VICTOR ROSSI.
MARTÍN PONCE DE LEÓN.
EDUARDO BONOMI.
MARÍA JULIA MUÑOZ.
JOSÉ MUJICA.
HÉCTOR LESCANO.
MARIANO ARANA.
MARINA ARISMENDI.**

ANEXO II

