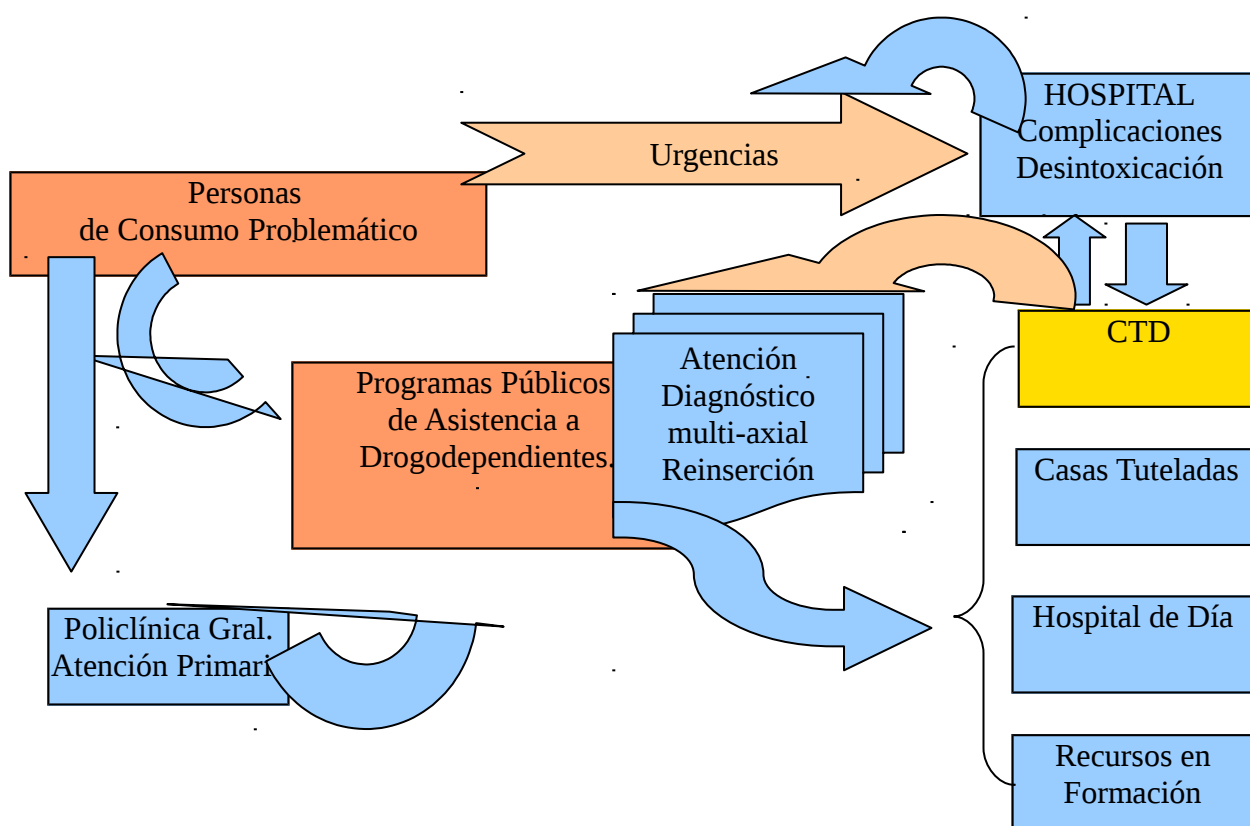


BORRADOR DE PROYECTO PARA LA ASISTENCIA DE PERSONAS USUARIAS PROBLEMÁTICAS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (CTD - SEGUNDA PARTE) .

Autor: Juan Pedro Montero de la Bandera. MD por la Udelar (Uruguay) Grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía por la UAB (Barcelona-España) Máster en Psiquiatría Legal y Forense por la URV (Tarragona – España) Vicepresidente y responsable legal de la Fundación Font Picant. (Catalunya).

(B) MODELO PÚBLICO CENTRADO EN LA PERSONA



Este diagrama centra las intervenciones en los programas públicos desde donde se establece el diagnóstico socio-psico-médico con la participación y consentimiento de la persona consumidora (en el supuesto de no haber perdido derechos) desde donde el equipo multidisciplinar en acuerdo con el paciente, establece fundamentando, los itinerarios posibles dentro de la red.

Entre los dispositivos de la red y dentro de los tiempos terapéuticos de cada recurso, la relación entre los mismos podrá quedar establecida bien por la difusión de la existencia de nuevos recursos al sistema o bien por la coordinación de acuerdos asistenciales entre ellos. Le corresponde a la dirección de los programas públicos de asistencia, difundir entre la red los recursos a disposición con sus criterios de derivación general.



INTRODUCCIÓN A LA SEGUNDA PARTE:

Esta parte se basa en algunos de los ítems señalizados al final del primer escrito, en parte, consecuencia de lo vivido por el autor durante sus estancias cortas en el Uruguay, de la lectura de la bibliografía extraída de los materiales “Balance de dos años” de la Intendencia y trabajos publicados en Internet, que resulta ser expresiva por la gravedad del tema. Estoy seguro que muchas de las impresiones no coincidirán en el cien por cien con la experiencia, mucho mas amplia y profunda de otras y otros compañeros, quienes trabajan el tema todos los días con los jóvenes, sus familias y en los asentamientos, sean del signo que sean. Pero se cree que a modo de reflexión, sirven para aproximar en cabeza del autor, la imagen de un escenario futuro, en el supuesto se ponga en marcha un Centro de Tratamiento Residencial liderado por la Intendencia de Montevideo.

El proceso de intervención sobre una realidad de aparente naturaleza “social” nos obliga a su análisis áspero, sin que le coloquen “san benitos” a las “cosas”. En la “introducción” se observó cómo, los pre-conceptos, hacen perder el norte de lo general porque arrancan desde realidades tan respetables pero concretas y limitadas, apartándose – al centrar los problemas en la relación sujeto-droga – del problema mas importante; o sea, los de la naturaleza antropológico-social-epidemiológica que significan para la realidad uruguaya de hoy y en barrios específicos, el tema de la “droga” representado por la “pasta base” desde ahora PBC.

Por eso es que de alguna manera – muy sintética y cuestionable – se propone este escrito un “irse contestando a alguna de las preguntas y cuestiones que se apuntaron al final del escrito anterior porque muchas – se cree - se encuentran rigurosamente contestadas en varios trabajos uruguayos recientes que se han leído, entendido y son excelentes.

Y es por eso también que el autor vuelve a pedir disculpas. Lo que sigue es un fluir de pensamiento algo experto y nada mas que eso; sólo un fluir con algunos soportes, importantes para situar lo mejor a la persona lectora, deseando que de alguna manera colabore para alumbrar una formulación dialéctica aceptable, respetuosa del derecho de las minorías...que cada vez aumentan mas y también se reprimen más.

A - ¿Quien tiene el problema? o ¿para quien es problemática la PBC?.

1 - Situación de la juventud de Montevideo en el siglo XXI.

Por lo leído, casi confirmado la PBC (sulfato de ecgonina húmedo con otros alcaloides y principios activos variables) es transportada desde los centros de producción (Bolivia a Argentina o Brasil) hasta las “bocas de venta” (casas) en Montevideo. Sus consumidores “problemáticos” resultan ser adolescentes y jóvenes entre los 14/16 a 25 años, procedentes de los sectores menos favorecidos de la sociedad.

Para este extremo sólo se apunta al estudio coordinado por Eduardo De León (IDES-2001) sobre “Juventud, activos sociales y riesgos en la reorganización espacial de Montevideo” en el cual, entre otras cuestiones ya había alertado la situación de los jóvenes, cuando comparó los dos extremos de sociedades “normalizada” y “precaria”.

Aquel estudio mostró que cuando el promedio del departamento crecía el 2.5%, la periferia de Montevideo lo hacía en el 18%, mientras el total del Uruguay registraba el 6%. Esto quería decir según De León, que el dinamismo de la reproducción de la sociedad uruguaya se centraba desde los finales del siglo XX básicamente en los sectores que habitaban la periferia de Montevideo por los grupos sociales más vulnerables, más desprovistos de cobertura en



servicios de toda índole. En esa periferia – comentaba De León - con el 53% del total de la población de la Capital y el 64% de todos sus niños y jóvenes, ya observó un promedio de 18% de adultos jóvenes que no estudiaban, no trabajaban, no buscaban trabajo, en contra de un 4% observado para la costa “normalizada”.

Si desde la perspectiva “globalizadora” se plantean universalidades para los problemas de las adicciones, aunque sin duda ya resultaba distinto en el 2001 pertenecer al 18% de los desempleados de la periferia, que no estudiar, no trabajar y no buscar trabajo en el 4% de la costa Este.

Para el estudio del IDES los datos dieron evidencia de la fractura social montevideana y su repercusión en las mujeres más jóvenes, decía Eduardo De León: *“En la Costa Este son más las chicas que acceden antes al empleo que los hombres jóvenes. En cambio, en la periferia, las chicas, básicamente, están teniendo hijos muy jóvenes en un marco de estructuras familiares que no les permite un respaldo para la inserción laboral.”* De esa suerte, el 50% de los niños uruguayos nacían en hogares por debajo de la línea de pobreza y sus madres desde casi adolescentes se debían hacer cargo de su crianza y culturización sin recursos, mientras en la “ciudad normalizada” la postergación de la natalidad se atrasaba hasta casi los 40 años como en los países desarrollados del “primer mundo”.

1.1.- Los problemas en el asentamiento.

En principio, la PBC no representó con su aparición, ni representa ser hoy *“ el problema de los jóvenes ni el de la sociedad-cultura del asentamiento”*. Es un “buen producto, mejor a los anteriores” que se comercializa, se compra y consume sin que se sepa mucho de él: sólo que es barato, resulta ser un excelente estimulante y sus posibilidades de adulteración resultan ser mas bajas al de otras sustancias ilegales.

Los problemas de la juventud se deberían situar antes del consumo de PBC – estando relacionados desde la infancia con el desencanto precoz por una vida larga y serena en la seguridad de una sociedad justa. Las emociones del adolescente con relación al consumo “sintonizan” con un modelo de vida corto, una película de “aventura y riesgo” para el que hace falta estimularse y vivir al mango.

Luego los otros “problemas”; esos que se relatan en las crónicas negras de los diarios, se inician cuando, por las acciones (aventureras, compulsivas o enajenadas) realizadas para la obtención de nuevos recursos o bajo la influencia del estímulo y la rabia, se enfrentan al resto de la sociedad “normal” y atentan contra sus bienes y su vida, generando el estado de “alarma social”. Los estudios de campo indican que el “consumo problemático” lo tiene “un grupo concreto” perteneciente a la periferia y no todos los que la consumen.

Desde la lectura y escasa experiencia del autor en lo actual, le ha dado la impresión que el problema de la PBC sigue los paralelismos con los sectores del modelo de ciudad y ciudadanos que se han registrado y se registran en la sociedad uruguaya, especialmente montevideana y planta urbana periférica. Se cree – por lo leído - que la PBC se debe de vender para todo Montevideo y para parte del Interior, siendo consumida por muchísima juventud. Pero como ya anunciaba De León en el 2001, ese 18% de jóvenes desempleados y desencantados entonces silentes e inencontrables, se “despertaron” con el estimulante directo, mucho más asequible y negociable que las sustancias hasta entonces al abasto como la María o la Nieve de Coca.



También corroboran estos extremos los trabajos de Garibotto en las entrevistas realizadas a ex-presos. La PBC generó en esa juventud y en esas clases marginadas “nuevas expectativas”; o sea, ningún problema... como se suele decir en Catalunya, “Cap problema: collonut”.

Ese “despertar” del Cantegril al influjo de la PBC ya era una realidad alternativa desde hacía tiempo. La “empresa ocupación-precaria” es de por sí, una alteración al orden público y una ruptura de la Norma por la invasión programada y consensuada de un terreno de titularidad pública o privada. Así lo considera Norma García en el trabajo: “La Formación de Asentamientos informales...” (2006 - Venezuela) de la que se transcribe: *“Al invadirse un terreno, el ritmo de instalación del asentamiento es acelerado. De la astucia y apresuramiento con que se actúe dependerá, en parte, el éxito de la acción emprendida. En el menor tiempo posible, en escasas horas, se debe consumir el hecho: tomar una tierra propiedad de otro. El modo de proceder, aunado al abultado cuadro de pobreza, que asiste en los invasores, signa al incipiente desarrollo. Pues además de estar cargado de improvisación, al transgredirse el derecho a la propiedad, el asentamiento surge infringiendo patrones convencionales, fuera de patrones establecidos. Así, el incipiente asentamiento desde sus inicios adquiere carácter ilegal, irregular, clandestino o no controlado”.* (Subrayado mío)

La nueva “conciencia de clase” para los grupos de familias que se asientan, coloca una línea de ruptura con su historial anterior y dentro del nuevo espacio se establecen las nuevas reglas de convivencia. El consumo de sustancias estimulantes o sedantes resulta de la necesidad combinada de ocupación, goce y emprendimiento, con la creación de un mercado precario del que se pueda subsistir. La “compra-venta” fuera de la legalidad es un componente inmanente a la ocupación precaria. Luego el tráfico, como modelo alternativo a la cadena comercial legal, surge como alternativa válida y moralmente “casi” irreprochable.

Antes de la aparición de la PBC, De León en el 2001 observaba cómo las generaciones jóvenes resultaban ser las más vulnerables a la precariedad: *“Son más vulnerables los niños y los jóvenes que las personas de la tercera edad; tienen menos defensa para salir a competir al mundo, al mercado, al mundo de un mercado exigente, desafiante, cargado de incertidumbres. Esta población joven creo, que está planteándonos a todos -a la sociedad, a los ciudadanos, a las agencias del sector, a las élites políticas- el desafío de generar una batería de políticas de corto, medio y largo plazo - efectivas, además, que permitan incidir para modificar esta realidad”.*

1.2 - El problema en las familias normalizadas.

Las familias mejor estructuradas, situadas en la periferia o próximas a ella, suelen ser el primer espacio de “intervención para la búsqueda de problemas o recursos” de bastantes jóvenes “embriagados”, “estimulados” o “atrapados - enganchados”. Pero en este complejo espacio, no siempre se denuncia con inmediatez el delito familiar o la “movida irregular” de uno de sus integrantes. Por dinámicas familiares y sociales, (protección, entre otras) el fenómeno se tiende a tolerar y a ocultar durante algún tiempo. Cuando la protección y la tolerancia fracasan o no se tienen recursos para la asistencia, es ahí cuando las madres – especialmente las madres – sienten la necesidad de reclamar la intervención de los poderes públicos para “suprimir las bocas de venta” y “salvar a sus hijos”.

Esas madres son conscientes o representan, con los maestros, el primer eslabón para el diagnóstico individual desde la normalización, ya que al ser víctimas domésticas



(administradoras de los recursos familiares) expresan su “pérdida de control” sobre el adolescente; temen por las consecuencias (tremendas e irreversibles de las conductas antinormativas) y se organizan, reclamando recursos públicos de dignidad para sus hijos, a quienes entienden “víctimas afectadas”, pero quienes en realidad son también para el resto de la sociedad “sujetos estigmatizados, peligrosos, marginales y delincuentes” al servicio de traficantes nacionales e internacionales. (*) De esta lectura en el 2008, se agregaría un elemento mas no mencionado en el original: La singular “alianza” entre jóvenes consumidores y vendedores.

Representan la cara mas visible de la “demanda social en estructuras de asistencia y contención” sin que puedan ver del monte, mucho mas allá de las hojas. De todas maneras, al incidir en los medios de comunicación y entrar en los televisores de la población normalizada, si no se les contempla en sus reclamos, son desestabilizadoras. O se “cierran las bocas de venta” o por lo menos, que se les trata sus hijos en programas públicos accesibles a todos.

1.3 - La posición del pequeño negocio:

Los comerciantes y pequeñas empresas afincadas en zonas conflictivas o bien se alinean encubriendo el tráfico ilícito, o se suman a las madres reclamando “seguridad” para sus vidas y negocios de estrechos beneficios. Es normal que eso se exprese así porque los “muchachos enganchados” van a por ellos y por cualquier otra “cosa” que tenga “valor de intercambio” para la obtención de la sustancia.

1.4. – El negocio en el asentamiento.

Pero en el Montevideo “de los asentamientos” la opinión de un pequeño traficante o “ boca de venta” resulta ser el de un vecino integrado con su entorno social y sus clientes sin que importe poco o nada el problema de la adicción y la justicia, tal cual lo interpretan en el sector normalizado de la ciudad.

En esos espacios los vendedores portan armas de necesidad: *“Vos tenés que controlar, tenés que decir “mirá, no toqués ahí porque todo irá mal”. [...] Lamentablemente para esto tenés que estar armado, [...], no en términos de la Policía, en términos de clientes que te vienen de vivos a patearte la puerta, a robarte, porque en eso no hay denuncia que valga, entonces tenés que estar armado [...] ...pero tengo buenos vecinos, y yo me llevo bien con los vecinos y no dejo que roben a los vecinos, entonces los vecinos van a estar contigo. Tampoco te van a felicitar por lo que estás haciendo, porque estás vendiendo, pero tampoco te van a llamar a la policía. De repente uno los puede proteger mejor que la policía... Porque si un vecino me dice, mirá que voy a salir, te animás a vicharme la casa, yo directamente se que no tengo que vicharle la casa, porque ahí ya saben cómo es conmigo: yo no dejo robar a nadie. Los vecinos lo valoran, entonces me dicen: bueno, ta, mientras a mí no me falte nada está todo bien, el día que me falte algo... y si no vamos a tener problemas con la policía, y eso yo lo tengo claro, y eso es lo que tienen claro los clientes que me vienen a comprar a mi.”* (literal de “Mercado de PBC”; Garibotto y Cols)

Yo me pregunto si este tipo de razonamiento no es el que se ha hecho siempre el propietario de un almacén, un boliche, una pulpería, un quilombo, o un puesto ambulante legal o yuto en el Uruguay. Sólo ha variado el producto, porque en relación a la clientela y sus vecinos, lo que siempre importó e importa, han sido: los beneficios, el buen servicio y la no intervención policial. Esa característica es general del buen pueblo llano uruguayo, gaucho, buen vecino, solidario, negociador y conciliador, pero reacio a todo lo que huele a “milico”, (Se expresa ese sentir en la película “El baño del Papa”) también se extendió desde años ha, en los arrabales miserables del nuevo Montevideo. Muchos mas para atrás, en el entonces tranquilo Paso



Carrasco un alcohólico sentado en la puerta de un boliche construido de costaneras de pino lanzaba estos versos a la policía:

*“Adiós milico botón,
de la Patria servidor,
ladrón del trabajador,
¿Quién te ve tan orgulloso?,
Sacate el traje roñoso
la puta que te parió.”*

En suma, el problema de la PBC es un grave problema para la sociedad normalizada y para las familias que tienen integrantes (hijos) enganchados al consumo, sin recursos para solucionarlo.. Luego – cuando es grave y repercute en la seguridad del asentamiento – también afecta a las familias de la precariedad conmoviendo una parte de su base de sustento.

B – Mas sobre la “alarma social” desde la perspectiva culta o sociedad normalizada.

En “las reglas del método sociológico” Durkheim definió como “ hecho social normal” o “natural” para una sociedad determinada, cuando se establecía el marco en relación a una sociedad concreta, en una fase también concreta de su desarrollo, sin que se pudiese extrapolar al resto de las sociedades de la misma especie. Un caso claro “social” de distorsión a las reglas durkenianas lo expresa en el siglo XXI la percepción social de Occidente y de “alarma mundial” con necesaria intervención sanitaria en la África actual por la extensión del SIDA.

Sin embargo, Nelson Mandela y otros líderes políticos y religiosos del Tercer Mundo, han puesto los puntos sobre las íes con relación a la epidemia en el continente africano. ¿Que puede ser menos importante en muchos sitios de África, donde se muere de sed con una esperanza de vida que no alcanza los 35 años de vida el problema del tratamiento a la infección por VIH con unos medicamentos que cuestan – de aplicarlos en modo universal – el doble o el triple de todo el presupuesto alimentario de los estados afectados? Ese problema podrá ser grave para sociedades desarrolladas que aspiran a ser jóvenes y vivir hasta los 80 con relaciones amorosas, pero carece de tales magnitudes cuando la sed y la hambruna matan a millones de seres por año y las guerras tribales violan a punta de bayoneta a las desgraciadas mujeres desplazadas en los campos de refugiados.

Así se considera que un “norma social” poco tiene que ver o puede tener que ver, con la versión ilustrada y occidentalista del Estado. Todo dependerá en que lado de la orilla se haya crecido.

1 – La empresa marginal o alternativa de “trabajo” en el asentamiento.

En Uruguay (2002 - Liberación) Jorge Di Paula, director de la Unidad de Vivienda de la Facultad de Arquitectura, afirmó que los asentamientos (200.000 personas) fueron la principal forma de crecimiento urbano en Montevideo.

Escribía: «*Obviamente es la forma en la que más creció la ciudad, ningún programa habitacional ha crecido a ese ritmo en los últimos 10 años*». Por otra parte la socióloga Julia Elizalde, del gubernamental Programa de Normalización de Asentamientos Irregulares (PIAI), aseguró que el fenómeno crece a un ritmo de 10% anual, y definió a los habitantes de los



asentamientos como pertenecientes al sector más pobre de la población: *“Quienes habitan en asentamientos están socialmente excluidos, tienen dificultades para acceder a servicios, alta desocupación y nula capacidad de obtener créditos o alquileres, y su situación empeoró en este último año”, ... “Son pobres que están construyendo ciudad y definen urbanísticamente a la ciudad”*. Para estas personas obtener comida *“se transformó en una prioridad;...eso hace dos años no tenía el peso que tiene ahora. La preocupación de algunas madres es que el niño sale el viernes de la escuela (donde es alimentado) y hasta el lunes tiene el problema de qué le va a dar de comer”*, explicó en el reportaje.

Como en el “Relato de una muerte anunciada” los expertos aportaron sus datos “asépticos” en la construcción de una *“nueva ciudad de pobreza, sin servicios y sin recursos para la subsistencia”*. Y está dando la impresión que el texto cae en lo reiterado; pero se debe repetir. En ese lento discurrir del tiempo fueron creciendo y culturizándose niños dentro de una leyes de la inmediatez que nada tuvieron que ver con la cultura y las normas generales de la convivencia con el resto de la ciudad y sus habitantes: que se hicieron pronto adolescentes en poco mas de una década y en el 2007 ya son adultos jóvenes, que dentro de sus otras pocas o muchas actividades, trafican, venden y consumen PBC como si se tratara de una actividad más. Y ni para ellos ni para el Estado la PBC es lo fundamental en el asunto “drogas”. Para unos resulta ser una salida económica y de ocio, mientras que para otros, escándalo público e inseguridad ciudadana.

2 – Trascendencia continental.

El consumo de la PBC no representa ser el problema sanitario mas serio de las drogas aunque sí representa ser el indicador mas ruidoso de la injusticia de la miseria galopante en el Uruguay” Mas o menos así, lo expresó al autor una autoridad sanitaria uruguaya durante su última estancia y lo ha venido leyendo en las publicaciones uruguayas de Internet. La PBC por encima de la catadura moral de quienes la trafican, expresa la identificación de los excluidos y miserables de América del Sur. En esta línea, el trabajo de Garibotto y Cols. se plantea la duda del origen para la mercadería que llega hasta nuestras costas lo mismo que se pregunta por la relación de los operadores uruguayos con argentinos y brasileños.

Bolivia ha presentado recursos en la ONU desde la etapa anterior a Evo Morales, a quien se le descalifica hoy por ex-coquero en sus reclamos de legalización. Y no es un problema “boliviano ni de “mafias bolivianas”; es sencillamente la articulación de una política continental en materia de sustancias psicoactivas de origen natural para que se normalice el problema y se pueda tratar como cualquier otro mercado legal. Se anota el asunto porque el “Mercosur marginal” funciona mejor aceitado que el de los Estados.

3 – La PBC enmascara otros problemas de Salud relacionados con el consumo de sustancias.

Como sustancia, sustancia; la “droga” (en términos vulgares y peyorativos) que se encuentra mas relacionada con los problemas sociales y de salud en Uruguay sigue siendo y desde hace decenios el alcohol etílico. Sin embargo, la tolerancia social a las bebidas alcohólicas, en Uruguay como en todo el resto de Occidente, es de permeabilidad total, muy a pesar de situarse – como se ha mencionado en páginas anteriores – a modo de telón de fondo en muchas de las “adicciones a sustancias ilegales” que se observan en la actualidad.

Las bebidas alcohólicas son consumidas por los adolescentes y jóvenes a edades cada vez mas tempranas y en su entorno familiar o de barrio, son las sustancias legales mas ofertadas... incluyendo en ello a sus padres. Su oferta también se integra - con el “pláacet” del Estado - a la



programación de las televisiones en las horas de máxima audiencia sin problemas y sin advertencias, exceptuando a las hermanas Moderación y Responsabilidad. Pero el alcohol no resulta ser “alarma social”. En el 2007 “*Hay dos temas que le preocupan a la sociedad: las adicciones a la pasta base y la seguridad*”, dijo a LA REPUBLICA la directora del Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU), Cristina Álvarez.

Si este discurso se conjuga con el anterior de jerarca a jerarca, queda el convencimiento de que lo importante en el Uruguay de hoy tiene que ver con el corto plazo de la Seguridad, con el parche y la atención a lo mediático, muy a pesar de saber que en este país se vienen derrumbando desde hace tiempo los cimientos de la sociedad civil, tal cual nosotros, los mayores de cincuenta años la hemos conocido y por la que también hemos luchado... y se deberá seguir luchando.

4 – Empresa marginal (tráfico por menudeo) y Seguridad.

Los referentes socio-culturales directos para el consumo de la PBC: Lo aportó la venta y el consumo de otras sustancias sedantes y estimulantes en el entorno social y familiar de los actuales consumidores problemáticos de PBC como lo destacaran los expertos en comienzos del siglo XXI y lo reflejara el trabajo mas reciente de Garibotto y Cols que se cita. Por cuanto, poco se puede hacer para detener el fenómeno, si no se crean otras fuentes de ingreso, se despenalizan las sustancias, se extiende la formación y el trabajo como alternativas al tráfico y se promulgan leyes que permitan el acceso de los traficantes a otros modos de vivir.

Pero por supuesto, no está en “las drogas” el asunto de la Seguridad. En la UE entera eso quedó demostrado hace años. Los drogodependientes medianamente considerados y tratados, dejan de molestar a los comercios, transeúntes y a las familias. Antes de eso, España se desarrolló económicamente bajo el influjo de las anfetaminas aún en vida del Caudillo, y hoy (2007) se le supone el país mas consumidor de clorhidrato de cocaína y alcohol sin que exista por eso “alarma social” alguna, excepto por los accidentes de tránsito en fines de semana donde la juventud combina la velocidad, la nocturnidad, con los sedantes y estimulantes (léase alcohol-anfetaminas-coca-benzodiacepinas). Se podría abundar con el resto de experiencias europeas pero es de suponer que con lo expuesto ha quedado medianamente claro.

5 – El consumo; la colonización cultural y la descalificación de lo tradicional.

5.1 – El Consumo global:

El “consumo” como referente abstracto: No se cree que tenga que ser aplicado para el Uruguay ni para Montevideo el término de “sociedad adicta” tal cual lo expresan varios trabajos norteamericanos, si bien es cierto que en las zonas pobres de los países pobres, el fenómeno “consumo de sustancias” también se ha disparado, en contra de la tendencia en los países ricos y zonas de ricos en los países pobres.

Las “bebidas estimulantes” son uno de los pocos placeres que les quedan a los que no pueden acceder a otros estados de alegría por otras vías de consumo. Así, las bebidas con cafeína se han multiplicado y en la actualidad no sólo se ofertan las “colas” clásicas; las hay mas potentes, aparte del café, el mate o el té, que llenan las estanterías de los grandes supermercados uruguayos. Se les considera “hechos sociales normales” y hasta signos identificadores de la “culturización global” como los “Mac-Donall” o la promoción de marcas en las camisetas deportivas. Es posible que gran parte de la juventud uruguaya se sienta deprimida, quizá mucho mas de lo que se cree, y es posible que ese 4% de jóvenes desempleados al que aludía De León en las áreas desarrolladas de Montevideo, también



pueda contribuir al consumo de PBC.

5.2 – La persecución y guerra cultural.

La yerba mate como las hojas de coca resultan ser inmanentes a culturas sudamericanas de siglos y siglos; por eso no deberían ser consideradas “hechos sociales de signo negativo” ni “responsables” de unos problemas sociales mucho mas actuales. Sin embargo, desde los centros de la “cultura global” las plantas también resultan ser “perseguidas” y “atacadas” por los ejércitos al mejor estilo que fueron tratados los insectos con plaguicidas en el siglo XX o mas duro aún, los “comunistas de Vietnam” por el napalm del ejército de los EEUU.

En España se redujeron los cultivos de vid, pero desde la temperancia, hasta se llegó a culpar a las familias españolas por beber vino en las comidas. Para no llegar a estos extremos, se debería detener el envío de adolescentes a las cárceles por consumir sustancias y no se debería de continuar penalizado conductas por el tráfico de menudeo. Se debería; al modo de ver del autor – en acuerdo a lo escrito también por el Senador Huidobro hace unas semanas en el diario La República – legalizar de manera controlada y culturizada la utilización de todas la sustancias psicoactivas mientras se implementan modelos de reagrupamiento urbano o de redistribución.

C - Los problemas individuales y de grupo por el consumo de sustancias psicoactivas.

Mucho se habla y discute sobre “Grupo” o “individuo” cuando se abordan los asuntos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas de “potencial adictivo”. Se recuerda, que para la época en que irrumpió la heroína en Barcelona, expertos, familias y madres relacionaron el problema de sus hijos con la “fuerza negativa del grupo” o “presión de grupo” o “Grupo de Consumo”.

Mas tarde se terminó considerando al “desempleo juvenil” y la “ignorancia” como las causas precipitantes de mas peso en el fenómeno epidémico; mientras los grupos pasaron a ser considerados espacios comunes de intercambio y reconocimiento al semejante, que sirvieron además de justificante a los programas participativos y las mismas Comunidades Terapéuticas.

En el Uruguay de hoy, de acuerdo al proyecto de estudio de Mercado para la PBC de Garibotto y colaboradores, en el grupo implicado para la compra, distribución y venta al menudeo, no sólo intervienen “traficantes” sino que la red de complicidades abarca familias y barrios enteros, que desde hace un tiempo no sólo intercambian sustancia por dinero sino que también truecan y reducen otros objetos procedentes de hurtos y rapiñas. Esta realidad social representa, un contra-poder desde la miseria a modo de un nuevo “orden” a modo de “nueva clase”, o como lo describen algunos, “nuevo proletariado”.

Pero sería una temeridad generalizar desde los datos estadísticos y las impresiones de las investigaciones establecidas desde la “realidad normalizada” cada uno de los problemas individuales que se le pudieran generar a un consumidor con su carga histórica, aparte de los también genéricos efectos, que fueran expuestos en el documento anterior sobre los síntomas provocados por las preparaciones de la sustancia en la especie humana. Cada historia personal resulta ser original e irrepetible con lo cual, cada intervención profesional habrá de saber respetar escrupulosamente esa peculiaridad.

1 – Percepción de daño para la Salud de la PBC.



Pero con relación a la Salud esos autores concluyeron: “Los riesgos percibidos con relación al consumo de PBC son fundamentalmente de carácter social y legal. El contacto con la policía o el sistema judicial es frecuente entre nuestros entrevistados. Los riesgos sanitarios más destacados son el decaimiento físico general, los problemas respiratorios y dolores musculares. (Garibotto G., Calicchio L., Latorre L., Scarlatta L.) Todo lo cual indica que en relación a años anteriores, (consumo extendido de clorhidrato de cocaína por vía intravenosa como lo señalara M. Luz Osimani) la morbi-mortalidad juvenil disminuyó con la PBC, con lo cual sus efectos adversos sobre la Salud, no llegan a ser tan extremos como la de otras sales de la ecgonina. Luego y de manera contundente, expresa también la poca importancia que concede ese sector de juventud uruguayo al discurso oficial sobre la Salud.

Con relación a las ITS-SIDA, Hep B y C, no hay percepción de riesgos sexuales de transmisión conexos a la práctica del consumo de PBC; si hay registro de riesgo de contraer VIH-Sida por transmisión sanguínea a través de lesiones en los labios y boca por compartir pipas. Como bien lo pudieron decir por compartir la bombillas del mate, en el país que mas comparte por vía oral.

2 - Repercusión en el consumo individual de acuerdo a legalidad e ilegalidad:

Si la sustancia en cuestión es legal y vendida por la industria farmacéutica, no pasa nada y sus consecuencias son ocultadas al conocimiento del gran público, tampoco. De hecho, es de sobra conocido por cualquier persona medianamente informada, que los tranquilizantes menores son las sustancias - después del alcohol - mas consumidas por la población de la “Sociedad Occidental” y de las clases mejor situadas en el Uruguay, que para esos sectores de población no es una excepción a la regla.

En mis dos últimas visitas al país este autor debió de asistir a 3 personas intoxicadas por la indicación simultánea de varias benzodicepinas. Ello supone un consumo “no problemático” en términos sociales, dado esas personas se situaban muy lejos de lo anti-normativo. Sin embargo sus vidas como las de sus familiares, se encontraban severamente perturbadas y a ningún miembro de la familia o de su entorno se le ocurrió pensar en la relación causa-efecto con los tratamientos instaurados. Seguramente, la variedad de sustancias psicoactivas de indicación profesional extendidas en los botiquines de muchos hogares, pasa inadvertida para la inmensa mayoría de los observadores no especializados. Sin embargo esos preparados se encuentran en realidad “al acceso, disponibilidad y “control” de los niños y adolescentes. Desde lo individual, entonces, el reclamo de ayuda y asistencia dependerá de la problemática que genera el cambio de conducta en la dinámica familiar inmediata, tal cual lo expresan los usuarios.

Sin embargo; cuando la sustancia es considerada dentro del medio inmediato como “ilegal” , el sólo hecho de su consumo expone al usuario o usuaria a ser tratado de “enfermo”, “desviado”, anti-normativo, psicópata, con un largo etcétera; mucho antes de que acontezcan alteraciones en su comportamiento. Al sólo paso de romper una barrera (la norma) se impone la sanción ejemplificante del grupo normativo.

Se debería concluir este breve repaso por el apartado, remarcando la casi ausencia de conciencia de riesgo individual y grupal en el consumo de PBC, lo que plantea la necesidad de abordar los problemas de grupo y los problemas individuales con equipos profesionales esencialmente diferentes. Unos habrían de ser educadores, buenos expositores y moderadores, que se enfrentarían a dos realidades sociales de culturas diferenciadas: (grupo normalizado – grupo precario), en tanto que los otros especialistas, para el tratamiento individualizado, habrían de ser esencialmente, buenos y motivados clínicos.



D – Sensibilidades y percepción: Consumo Social, de Riesgo, Problemático, Suicida.

1. El Consumo problemático.

Cuando se define el consumo problemático, esta definición implica o es consecuencia de una percepción y experiencia socio-cultural mas general. Se podría decir sin temor a equívocos, que el consumo problemático es el resultante de un “conflicto” como consecuencia del consumo y representa ser una cuota siempre pequeña dentro del consumo general y de riesgo. Sin duda alguna, para ciertos preparados y sustancias, como por la vía de administración y sus condicionantes externos, el margen entre consumo controlado, el compulsivo y el problemático resulta ser muy estrecho y complicado de establecer desde la perspectiva técnica. Como se observara antes, la percepción del “conflicto” es tan variable como la “percepción familiar” de la conducta de alguno de sus integrantes, de acuerdo donde se encuentre situada esa familia, esa persona y esa sustancia dentro del tablero.

Hoy no tanto; pero durante la epidemia de consumo centrada en la heroína, entre 1980-1990 en España, cuando los habituados al consumo endovenoso de heroína incluyeron al clorhidrato de cocaína en sus jeringas, la mortalidad se disparó y los efectos indeseables de la ecgonina se expresaron en su máxima crueldad, dejando en condiciones miserables a los usuarios después de algunas semanas de consumo; éstos consumidos caquéticos como enfermos terminales de cáncer.

Extremos semejantes no se suelen observar hoy ni se observaron entonces en los consumidores de clorhidrato de los estratos sociales acomodados, quienes la utilizaban por vía nasal (raya) y hoy consumen también – preparada desde el clorhidrato - la bencilecgonina en “chinos” o “crack”. Como se apuntó en el escrito anterior, si bien la extensión del uso de una sustancia peligrosa puede llegar afectar a todos los estratos sociales, quienes suelen llevar la peor parte son aquellos mas bajos en la escala social, mas vulnerables, con menor culturización y menos protegidos, o sencillamente desprotegidos. (Durkheim)

Porque el universo culto no conoce ni le interesa saber lo que siente y piensa el adolescente o el adulto joven – varón o mujer – de los asentamientos irregulares. Su discurso paternalista se dirige a “sus jóvenes” para crear miedo, resultando ser hueco e inconsistente, cargado de retórica científica y sin contenidos que demuestren su presunta terrible nocividad. Y es así; el sulfato de ecgonina PBC, no es desde el punto de vista médico mas peligroso que el clorhidrato inyectado ni el crack aspirado a glotis cerrada. Tampoco es mas peligroso que ciertos grupos de anfetaminas (meta-anfetaminas o éxtasis) en lo relacionado a la modificación de la conducta por la ideación paranoide y el aumento de la agresividad.

Pero si nos detenemos otra vez en el universo del asentamiento o de su barrio inmediato para observar a sus adolescentes sin escuela como a sus jóvenes en desempleo y sin estudios ni horizontes, fácil es entender que los efectos de cualquier sustancia estimulante central, producirá un efecto en ellos sensiblemente distinto al que produciría en un adulto joven también ocioso, en una casa de Carrasco o apartamento de Pocitos. Y no sólo no se reacciona igual por el sitio; la diferencia resulta ser abismal en multiplicidad de factores. En definitiva uno de ellos se sitúa en la podredumbre del tercer mundo y el otro en la mansedumbre de los sitios mas selectos y seguros del primero.

Con motivo de celebrar el pasado setiembre, el 25 aniversario de la aparición de la epidemia de SIDA, en nuestro país, la socióloga María Luz Osimani comentó que las investigaciones



realizadas por la Universidad de la República junto al MSP, constataron que para 6.500 personas encuestadas, (carezco datos del modelo de encuesta) un 22,8% manifestó que los niños con VIH no deberían estar en una misma clase con otros niños; un 34,6% dijo que las personas que tienen el virus deberían abstenerse sexualmente; y el 67,6% expresó que no deberían tener hijos. Todo un buen reflejo de la discriminación y exclusión social que desprecia al diferente sin tomar en cuenta el derecho a la educación y la salud de todos los ciudadanos. (extraído de Brecha; M.L. Osimani)

En Font Picant se tienen algunas experiencias de convivencia con grupos “diferentes” Se trata de Fernando y quien escribe, quienes han convivido además y desde la infancia en la periferia de Montevideo (Paso Carrasco – Norte) y en donde además tienen familiares y sitios previstos para vivir.

Ambos compañeros de fundación y amigos, pensaban – colocándose en situación de exclusión por pérdida de recursos para pagar sus respectivas obligaciones tributarias y de mantenimiento - en la hipótesis de tener que pedir un sitio en el asentamiento de los vecinos:

¿Que podríamos llevarnos allí?, ¿Cual será la zona del asentamiento mas segura?, ¿Que hábitos habríamos de imitar, rechazar o aceptar?, ¿Qué normas?, etc, etc. Puestos en la “necesidad de integración”, observaron que la demanda debía de ir acompañada además de unos acuerdos, de unos beneficios para sus ocupantes. Esta técnica introspectiva para el observador-investigador, alejada del etnocentrismo en “la sociedad normalizada” posibilitaba integrar los códigos en que se inscriben las demandas de la sociedad excluida. ¿ Se tienen en cuenta desde la Administración Pública?.

E - Tratar o No tratar. ¿A quienes de debe tratar y cómo?

1. Toca hablar de política.

En el excelente trabajo de Garibotto, que por supuesto no entra en “tratamientos” reclama con urgencia medidas asistenciales gratuitas, eficaces (para todos) y accesibles (o sea entendibles, aceptables y factibles de realizar por las personas a ser tratadas) , también relata entrevistas realizadas a “personal” que a su vez cuentan sus experiencias en relación a la vida carcelaria. De las entrevistas se puede extraer una pequeña conclusión: Si se desea fomentar el consumo de sustancias ilícitas, organizar a la red de tráfico y corromper a los funcionarios de prisiones, se debe de continuar y profundizar en la política de gravar la penalización y reducción de edad para las penas.

La Intendencia de Montevideo (y es de suponer que la de Canelones) tiene la necesidad de dar respuesta a las “dos sociedades” que administra por la sanción de sus mayorías, expresadas en el voto popular. Cuenta con los estudios, equipamientos, técnicos y recursos procedentes de muchos organismos que en teoría coordina la Secretaría General del Plan Nacional contra las Drogas del Gobierno Central, desde donde se intenta optimizar el máximo de recursos, sin que se perciba la necesidad de cambios sustanciales; para una intervención contundente y “distinta” con miras de resolver una realidad social apabullante que en definitiva determina el comportamiento de sus miembros. Es que la Junta de Drogas ha salido por copia de lo que se hacía afuera y no se ha creado para resolver semejante conflicto por el que existió una guerrilla.



Sería fácil de plantear – tal y cómo se viene haciendo – tratar a los consumidores problemáticos y a los dependientes de PBC de acuerdo a los reclamos de familias normalizadas o por sentencias judiciales a los consumidores problemáticos pobres o de familias desestructuradas. Unos, procedentes de grupos medianamente acomodados enviados por la coacción familiar y otros “estructurados de acuerdo a un orden distinto” sancionados por el juicio moral de la sociedad normalizada, para tratar una conducta o ser internado como alternativa a una pena de prisión. Es una opción, pero equivocada.

2. ¿Se desea cambiar o repetir algo mas de lo mismo?

El tema entonces está en determinar – de acuerdo a lo que se ha venido analizando – si se corresponde observar esos criterios – han sido los mismos que se vienen copiando desde hace 40 años - o cambiarlos de manera radical, siguiendo el camino de la innovación y la participación como modelos de aplicación para la integración social. La experiencia del autor, como la de sus compañeros, dice que sí; que se debe de trabajar en ese sentido, porque en definitiva es el único que permite conjugarlo con políticas de atención a familiares y con las mas generales de integración.

2.1 – Centralidad en la persona.

Se deberá pensar en un modelo de respeto al “otro” capaz de generar y/o trabajar con los Ideales Humanos y sus Derechos desde una perspectiva general y estimulante, más que desde una imposición de unos ideales como se ha venido realizando hasta ahora. Se debería resaltar la importancia de ser un tratamiento "experimentado" donde en lo posible el paciente desde el inicio no sea tomado como un sujeto pasivo sin más, sino realizador en su rol de protagonista; extremo que diferenciará al nuevo dispositivo de las intervenciones dadas por el asistencialismo de los Servicios Sociales o médicos al abasto. (Caldera; Font Picant 2007)

2.2 – Escrupulosa voluntariedad.

Si se desea intervenir y conjugar dos realidades sociales distintas, sólo se puede unificar al grupo (micro-sociedad pactada) en los elementos que identifican a sus miembros y en los ideales comunes que deberá desarrollar el entorno asistencial y formativo. Todo aspirante a ser incorporado, deberá de demostrar en sus demandas y acciones previas que está dispuesto a cumplir con el proceso o en su defecto a salirse de él cuando lo estime de necesidad.

Por otra parte, si se desea crear alternativas para adolescentes a las cárceles de los adultos, ya están los del INAU trabajando con dispositivos especialmente diseñados para los infractores delincuentes; lo que se presume son nuevas fórmulas de integración delictiva, diseñadas para la comodidad de los operadores especialistas y para asustar al vecindario con turnos de policía. Quizá lo que llega al exterior y a los ciudadanos, sea una manera de explicar el problema y no la de trabajar, pero ese discurso basado en la Seguridad que se extiende a lo largo y ancho del país, no debería ser el dominante ni el que se adhiera de manera constante al subsidiario discurso de solidaridad con quien sufre las consecuencias de una adicción.

3. ¿Se tendrán problemas para la puesta en marcha de un centro residencial de esa naturaleza?

3.1 - Se necesita una voluntad clara del Intendente que lo deberá liderar:

Si el Intendente se propone innovar, su equipo tendrá el camino abierto para hacerlo con



responsabilidad. No es un trabajo con inauguraciones de centros ni fotografías; es un camino a iniciar, primero en la Intendencia y después con los afectados por el consumo de sustancias (hoy domina la PBC) y en alianza con los sectores que no estarán siempre de acuerdo con él y sus técnicos o jefes como los llaman en Uruguay. No podrá plantear un recurso municipal innovador-integrador si no acepta esa regla fundamental.

La creación de una “micro-sociedad por un pacto de no-consumo” resulta ser de acuerdo con la experiencia de quien escribe, un tiempo trascendente para quienes han participado en ella. En la medida que se inicia antes, o sea con menos años de evolución, sus efectos en las personas resultan ser mas beneficiosos. Ello tiene que ver con la historia personal; la estancia de 1 año en un chico de 20, representa, matematizada el 1/20 de su vida, que de acuerdo a la intensidad y a su grado de participación, aprendizaje y goce en nuevas habilidades, determina una inflexión histórica y positiva para su futuro. Porque centrados en los valores de esos jóvenes consumidores de sustancias ilegales, no se deberá centrar el hacer terapéutico en sus tiempos de consumo o de adicción; se deberá hablar y trabajar con personas y sus historias humanas.

3.2 – ¿Que se le puede garantizar a quien lo deba liderar:

Observar el control del todo el proceso de atención-diagnóstico-tratamiento-educación-formación hasta la reintegración social de los asistidos, en el convencimiento de que ellos (y ellas) serán quien realicen la experiencia y mas tarde, un referente para la sociedad de donde proceden (el asentamiento o la sociedad normalizada) en la que deberán de interactuar a su salida. Pero lo anterior será imposible si no existen registros y protocolos de actuación que garanticen, no ya unos resultados a corto o mediano plazo, sino el cumplimiento de unas reglas metodológicas respetuosas de los derechos y deberes de un Ciudadano.

Nosotros siempre hemos creído que no deben de existir otras leyes en la CTD que las generales en de la Sociedad Civil. La naturaleza peculiar de las CTD profesionales, y la de la que estamos imaginando para la intervención pública por la Intendencia, no requieren de mas coacciones, sanciones ni amenazas, mas poderosas de las que ya ofreció la Sociedad a estos chicos y chicas.

El espacio de la CTD habrá de ser sólo “libre de sustancias no indicadas por el médico” y se auto-excluirá todo aquel o aquella que transgreda este pacto. De ahí que desde el inicio, se deberá prever un registro de ingresos y altas con un período de estancia fijado por la temporalidad que estimen las experiencias anteriores o por los cursos que se puedan impartir (un mínimo de seis meses y un máximo de 1 año) No podemos predecir el tiempo terapéutico individual fuera de estos límites ni de sus resultados inmediatos. Sólo que al finalizar el tiempo de estancia en CTD se deberá derivar a un dispositivo de recepción exterior, el cual también debería ser considerado clave, dado no le corresponderá a la CTD la “integración social”.

3.3 – La formación de los profesionales.

Antes de abrir un centro de estas características deberemos saber con quienes se cuenta y cómo nos debemos organizar para detectar, motivar y derivar personas al recurso. El autor desconoce la realidad profesional con que cuenta la Intendencia e ignora la simpatía con que son vistos los recursos existentes por la población afectada y por los responsables de área en la Intendencia. Teniendo en cuenta que lo mas importante en la fase de selección estriba en la captación y la motivación para iniciar una experiencia nueva, se deberá de ser muy considerado con los equipos de diagnóstico y derivación, debiéndoseles proporcionar toda la colaboración necesaria para su formación y adiestramiento, dado en la fase, se habrá de ser



positivo, huyendo de pre-conceptos, de las entrevistas semi-estructuradas o estructuradas de diagnóstico, para intentar escuchar en profundidad una demanda y saberla asistir como derivar a donde corresponda.

Los profesionales que deriven serán aquellos que asistan el primero o segundo nivel que establezca la organización pública existente. Es posible se cuente en zonas con equipos multidisciplinarios y hasta polivalentes que faciliten el trabajo de selección e ingreso, en tanto que para otras zonas, la cuestión puede llegar a ser compleja. Se expresa así por la experiencia de lo que ha venido sucediendo en Catalunya con frecuencia desde 1986. Los buenos profesionales no siempre conocen los recursos y en las fases iniciales de una experiencia como la propuesta, se sucederán equívocos y se derivarán personas que no encajarán con el programa, dado observarán criterios acordes con el modelo de atención mas conocido y difundido en los medios.

De acuerdo a la web de la Intendencia, existen 19 Policlínicas Municipales distribuidas en los 18 Centros Comunales Zonales, se atienden consultas en medicina general, pediatría, ginecología, psicología e inmunizaciones. Las mismas atienden de lunes a viernes, entre las 8 y las 17 horas .

CCZ 1: Barrio Sur - Gonzalo Ramírez 1238 – Tel: 908-5036.

CCZ 2: Luisa Tiraparé - Uruguay 1956 y Arenal Grande – Tel: 400-6436.

CCZ 3: Prof. Dr. Juan José Crottogini - Marsella 2738 – Tel: 200-5214 / 201-0496.

CCZ 4: Mercado Modelo - Trento y Cádiz – Tel: 508-5962.

CCZ 5: Buceo - Santiago Rivas 1500 – Tel: 622-4084.

CCZ 6: INVE 16 - Hipólito Yrigoyen 2069 – Tel: 525-1542 / 525-1621.

CCZ 6: Yucatán - Yucatán 3785 – Tel: 508-4277.

CCZ 9: Punta de Rieles - Cno. Maldonado 6870 – Tel: 514-5759 / 514-9013.

CCZ 10: Giraldez - Cno. Faro 6294 – Tel: 222-6201 / 227-5378.

CCZ 11: Casavalle – Gustavo Volpe y Martirené – Tel: 215-4525 / 215-3616.

CCZ 12: Colón - Av. Eugenio Garzón 2101 – Tel: 320-2003.

CCZ 13: Lavalleja - Soria 1243 esq. Olivera - Tel: 357.9527

CCZ 14: La Teja - Carlos María Ramírez 881 – Tel: 305-2801.

CCZ 14: Parque Bellán - Av. Agraciada 4241 – Tel: 308-6580.

CCZ 14: Aquiles Lanza - Iquique 820 – Tel: 307-9321.

CCZ 16: Entre Vecinos - San Juan entre Jujuy y Tapes - Tel: 203-1624.

CCZ 17: Casabó - Charcas esq. Liberia – Tel: 311-0778

CCZ 17: La Paloma - Cno. de las Tropas 4556 – Tel: 311-2301.

CCZ 18: Paso de la Arena –Tomkinson y Luis Batlle Berres – Tel: 312-3814.

Pero también resulta interesante considerar las camas hospitalarias para el diagnóstico y la desintoxicación.(Obsérvese que no se excluye al asistencialismo) Existen unidades en el Maciel, Clínicas y en el borrador, también 20 camas públicas para menores con trastornos de conducta en un ala del hospital Español, con estancias de 20 días y apoyo del INAU. La fase de desintoxicación será siempre una etapa traumática en el tratamiento y se la habrá de considerar como un criterio de inclusión mas de refuerzo en supuestos de necesidad.

3.4 – Reuniones, jornada y ferias de trabajo; la web de la Intendencia.

En España se ha logrado avanzar en la integración social de drogodependientes en zonas especialmente conflictivas (por rechazo social a consumidores) con la realización de jornadas de trabajo conjuntas entre políticos y profesionales de los centros, de la educación, los servicios sociales, la salud, empresarios y el tercer sector, convocados unas veces por



Iniciativas de la Comisión Europea, pero siempre lideradas por Comunidades Autónomas y Municipios o Federación de Municipios. Se aconseja leer la experiencia de Andalucía y Castilla la Mancha que se ofrecen sistematizadas en la red.

Estos espacios (por supuesto variables, pues deberían de llegar hasta para las comisarías) resultaron ser de gran utilidad; y aunque no tengan en apariencia que ver con el guión principal, se les apunta porque con ellos se logra motivar y cohesionar a los equipos de intervención, especialmente cuando el problema es importante y la Intendencia de Montevideo tiene el tamaño y la complejidad que tiene. En los encuentros se confrontan e intercambian experiencias y se ponen en marcha procesos innovadores, se revisan inercias, experiencias, se establecen líneas de actuación y colaboración y se indican desde el liderazgo, los objetivos para una etapa en un asunto concreto.

En la web de la Intendencia no se han encontrado “links” para conectar con los diferentes departamentos y no existe un departamento de prensa al que dirigirse. Este autor es de la opinión de dar permeabilidad y respuesta a las opiniones, inquietudes y reclamos de los ciudadanos con acceso a Internet.

En esa página de la Intendencia, se pudo entrar bien en el listado de atención primaria, en la “línea Sida” donde se observó la existencia de dos centros de 24 horas para el tema; y resultó interesante; gustó la sección (una portada) de la “Movida Joven”. Cuando se deseó abrir desde una lejana montaña el archivo Acrobat de la “División Salud, Guía de Servicios” el autor encontró que sus 12,6 MB no los podía bajar en menos de 6 horas. Y se preguntó entonces: ¿Qué tipo de internauta puede informarse por esta vía de la Salud en Montevideo desde su casa?.

F – Para concluir la Segunda Parte.

En pocas palabras, en materia de sustancias y consumo, las personas y grupos socio-culturales mas desfavorecidos reciben – con el modelo de tratamiento de CTD al abasto - las directrices ilustradas ajenas a su cultura y a sus posibilidades económicas, con lo cual su pronóstico en líneas generales no cambiará ni cambiarán las reglas de juego entre las culturas que cohabitan Montevideo.

De ahí que esta propuesta de centro CTD se caracterice por su situación en el flujograma inicial (público, profesional, concertado y accesible) y por su modo de operar en un dispositivo cerrado pero permeable, profesional y transversal , poco jerarquizado y participativo, por unos ideales que reúnan a todos sus participantes en un pacto común durante la estancia de tratamiento. Como dispositivo, no deja de ser una herramienta mas en el complicado proceso de integración de las sociedades precarias periféricas al resto de la sociedad montevideana aún normalizada y polea de transmisión para activar otros programas de desarrollo humano imprescindibles.

No se deberá cerrar el centro a chicos y chicas que deseen participar en esta modalidad de convivencia en la deshabitación la rehabilitación y el trabajo formativo-profesional, porque procedan de la “otra margen de Montevideo”. Se cree que se debe trabajar de puertas abiertas, pero ajustando los costes a las economías familiares. Abrir de puerta en puerta la “gratuidad”; extremo muy considerado en el Uruguay, no se considera de justicia. Las personas procedentes de sectores mejor posicionados en lo económico y cultural deberán de realizar un esfuerzo para acceder al recurso, que en la sociedad capitalista se expresa en el valor del



dinero.

En la tercera parte se esbozarán las características, que se consideraron, serán imprescindibles en el recurso, desde su posicionamiento , recursos y organización.
