

**Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y
las respuestas asistenciales implementadas a partir Aislamiento Social
Preventivo y Obligatorio por Covid-19**

Informes Eje 1

Observatorio Argentino de Drogas

Octubre, 2020

Nota preliminar

El **Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por Covid-19** se propone conocer los cambios en los consumos, los cuidados y las estrategias de asistencia y atención que se manifiestan en el contexto del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), decretado en todo el territorio nacional a propósito de la pandemia por Covid-19.

Dicho estudio se basa en un relevamiento nacional, realizado entre los días 20 de marzo y 07 de julio de 2020, que fue el resultado de la implementación de una estrategia federal de investigación en consumos, impulsada desde la Sedronar por el Observatorio Argentino de Drogas, en articulación con los referentes de la Mesa Federal y una amplia red federal de investigadoras e investigadores pertenecientes a los observatorios provinciales de drogas.

Su objetivo prioritario fue describir los cambios en las políticas, las demandas de atención y las respuestas asistenciales a partir de la implementación del ASPO.

El eje 1 del presente estudio contiene tres informes. El primero busca describir las modificaciones realizadas en las políticas públicas provinciales desde el punto de vista de los y las referentes de las agencias provinciales de drogas. El segundo, describir los cambios a partir de las consultas obtenidas de los registros estadísticos y la opinión de los operadores de las líneas telefónicas de organismos públicos de atención y asesoramiento y, el tercero, detectar dichos cambios a partir de la información brindada por los referentes de los dispositivos integrantes de la red de atención y acompañamiento de la Sedronar y las áreas de drogas provinciales.

Para llevar a cabo este estudio, el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), junto a la Dirección Nacional de Planificación Estratégica y Control de Gestión (DNPEyCG), el Consejo Federal de Drogas y los observatorios provinciales, diseñó una estrategia metodológica adecuada para cada uno de sus componentes. Conforme lo novedoso del contexto (y la moderada cantidad de antecedentes sobre las problemáticas asociadas al consumo de drogas durante un aislamiento generalizado) se realizó un relevamiento de tipo exploratorio-descriptivo. De esta forma, y con el objetivo general como guía, se propusieron diferentes fases, componentes y estrategias metodológicas que permitan, de forma combinada, obtener una imagen integral de la dinámica problemas-consultas-atención en todo el país, con el propósito de aportar oportunamente a la toma de decisiones en políticas de drogas y cuidados.

Quisiéramos resaltar que el escenario global e inédito que produjo la pandemia inició un proceso dinámico de transformaciones en las políticas, las demandas de atención y las respuestas asistenciales que no se detuvo hasta la publicación de estos informes. Muchas de las situaciones críticas que aparecen en este informe fueron atendidas, mediante acciones estatales y comunitarias, a medida que eran relevadas, mientras que otras siguen pendientes de atención.

Este estudio, además de buscar brindar información a las personas que toman decisiones sobre las políticas de drogas y a las que implementan las estrategias de cuidado en los territorios, pretende dar cuenta de la vocación federal para construir conocimientos.

Consideramos que estos informes representan la pretensión y la capacidad técnica del Estado para producir conocimientos sobre sus acciones, las demandas de atención y las respuestas asistenciales que contribuyan a atenuar las dificultades de la crisis generada por la Covid-19.

Organización y colaboraciones

Planificación, relevamiento de información, escritura de informes y organización del estudio desde el OAD-Sedronar

Lic. Vanina Agostinho

Lic. Liliana Barberis

Lic. Laura Bottazzi

Lic. Nora Cadenas

Lic. Clara Kimsa

Planificación, escritura de informes y organización del estudio desde la DNPEyCG-Sedronar

Lic. Francisco Camino

Lic. Pedro Marcon

Planificación, relevamiento de información y revisión de informes desde las Agencias y los Observatorios Provinciales

Agustín Albornoz; Romina Florencia Ayunta; Carolina Caillou; Gladis Hortensia Calabrano; Verónica Fabiana Carillo; Diego José Collantes; Agustina María Edna D'agostino; Naidú Paola Mercedes Espejo; María Verónica Forner Soto; Andrea González; Natalia Grotz; Marcela Beatriz Guaymas; Juan Carlos Lucero; Florencia Maiocco; Cristina Guadalupe Martínez; Fermín Martínez Ramírez; Natalia Raquel Ocampo; Patricia Liliana Pedrazzini; Emiliano José Quintana; Ernestina Rosendo; Daniela Rocío Silva; Néstor Guillermo Sotelo; María Laura Suden; Alejandro Javier Yep.

Tabla de contenidos

Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por Covid-19	1
Informes Eje 1	1
Nota preliminar	2
Organización y colaboraciones.....	2
Componente 1: Políticas públicas ante las situaciones de consumos problemático durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio	7
1. Introducción y ficha metodológica.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
Diseño y método	7
Población y muestra.....	7
Trabajo de campo.....	8
2. Estrategias de políticas públicas en el contexto del ASPO	8
a) Principales estrategias de las Agencias provinciales de drogas	8
b) Cambios en los dispositivos.....	16
3. Cambios en las consultas	27
a) Magnitud de la demanda	27
b) Problemáticas y demandas de atención-asistencia	29
c) Prácticas de consumo.....	30
4. Dificultades y desventajas.....	32
5. Ventajas y oportunidades	37
6. Desafíos y proyectos a futuro	39
7. Síntesis de resultados.....	41
Principales estrategias desplegadas.....	41
Cambios en los dispositivos.....	42
Cambios en las consultas	43
Ventajas y desventajas.....	44
Desafíos y proyectos a futuro	46
Componente 2: Relevamiento en líneas telefónicas de organismos públicos de atención y asesoramiento ante problemáticas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas	47

1.	Introducción y ficha metodológica.....	47
	Objetivo general.....	47
	Objetivos específicos.....	47
	Diseño y método	47
2.	Estrategias de abordajes telefónicos en el contexto del ASPO. Creación y fortalecimiento de líneas telefónicas provinciales	49
	a) Creación y fortalecimiento de abordajes telefónicos en el contexto del ASPO.....	49
	b) Características del servicio de la Línea telefónica “141” y cambios en el abordaje de las respuestas brindadas	49
3.	Cambios en las consultas asociadas al consumo durante el ASPO	51
	a) Consultas registradas en la línea 141.....	51
	b) Registros estadísticos generados por líneas telefónicas provinciales	67
4.	Cambios en las consultas de problemáticas no asociadas al consumo de sustancias durante el ASPO en la línea 141.....	70
	a) Consultas a la línea 141 sobre información general	70
5.	Cambios en las estrategias y los cuidados durante el ASPO	72
	a) Cuidados hacia sí y hacia otros.....	72
	b) Problemática económica.....	72
6.	Síntesis de resultados.....	73
	Componente 3: Dispositivos de acompañamiento y asistencia de la red de atención y acompañamiento de Sedronar y las áreas de drogas provinciales.....	77
1.	Introducción y ficha metodológica.....	77
	Objetivo general.....	77
	Objetivos específicos.....	77
	Diseño y método	77
	Población y muestra.....	77
	Trabajo de campo.....	78
2.	Estrategias de políticas públicas en el contexto del ASPO	78
	2.1. Características generales.....	78
	2.2. Cambios en los dispositivos.....	81
	2.3. Cambios en las consultas durante el ASPO	91
	2.4 Lecciones aprendidas	99
3.	Síntesis de resultados.....	101

Eje 1: Modificaciones en las políticas y los dispositivos de acompañamiento y asistencia

Componente 1: Políticas públicas ante las situaciones de consumos problemático durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio

INFORME DE RESULTADOS. Septiembre 2020

Laura Bottazzi y Clara Kimsa

1. Introducción y ficha metodológica

Los resultados que se presentan a continuación remiten al Componente 1: Políticas públicas ante las situaciones de consumos problemático durante el ASPO, a través de un relevamiento a referentes de las agencias provinciales de drogas.

Objetivo general

Describir los cambios que se produjeron en las estrategias de atención y asistencia de los consumos problemáticos de drogas –a nivel de las políticas públicas provinciales, en las demandas y consultas de las personas y en las problemáticas vinculadas al consumo de sustancias a partir de la implementación del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio en todo el territorio nacional, entre el 20 de marzo y el 7 de julio de 2020.

Objetivos específicos

- Identificar los cambios en las estrategias de políticas públicas, implementadas a nivel provincial, sobre consumos y cuidados durante el ASPO
- Conocer los cambios y las estrategias implementadas por los dispositivos provinciales y nacionales de asistencia en el marco de la red de atención y asistencia.
- Describir los cambios en las problemáticas vinculadas al consumo de sustancias durante el ASPO.
- Identificar los cambios en las demandas y consultas –vinculadas o no al consumo de sustancias– realizadas a los servicios de atención y asistencia durante el ASPO.
- Describir las ventajas y desventajas de los cambios adoptados durante el ASPO.
- Identificar proyectos y desafíos futuros a partir de lo aprendido durante el ASPO.

Diseño y método

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y de integración metodológica cuanti-cualitativa, para el que se realizó una encuesta a través de un cuestionario autoadministrado vía plataforma en línea, con preguntas abiertas y cerradas; y entrevistas semi-estructuradas.

Población y muestra

Referentes de las 24 Agencias provinciales de drogas del país. Se obtuvo una muestra final de 23 casos efectivos.

Trabajo de campo

La encuesta se relevó entre el 8 de junio y el 7 de julio de 2020, a través de una plataforma en línea. Las entrevistas se tomaron entre el 3 de junio y el 6 de julio de 2020, a través de videoconferencias llevadas a cabo por el equipo técnico del OAD.

El informe de resultados del Componente 1 se estructura en 5 bloques temáticos, dedicados respectivamente a analizar las estrategias de políticas públicas en el contexto de ASPO, los cambios en las consultas, las dificultades y desventajas, las ventajas y oportunidades y, finalmente, los desafíos y proyectos a futuro.

2. Estrategias de políticas públicas en el contexto del ASPO

Este primer bloque indaga sobre las estrategias de política pública en materia de atención-asistencia de problemas asociados a los consumos de drogas, que se implementaron y/o adaptaron en el período de ASPO por Covid-19.

Así, en la primera parte se recogen las principales estrategias llevadas a cabo por las **agencias** provinciales de drogas. Se destacan aquí tanto las estrategias de articulación con otros actores (gubernamentales o de la sociedad civil) en pos de un mayor alcance y eficacia de las políticas, así como de un seguimiento conjunto y multinivelado de las situaciones propias de este contexto nuevo, las estrategias de protocolización de cuidados sanitarios y distanciamiento físico en los dispositivos como las estrategias de difusión de información y de las vías de acceso a tratamiento en este contexto y las estrategias de atención remota para garantizar la accesibilidad, la continuidad de tratamientos y su seguimiento.

En la segunda parte, se presentan los principales cambios implementados a nivel de los dispositivos de atención-asistencia. Se incluyen aquí modificaciones en la disponibilidad y prestación de los tratamientos en los cinco tipos de dispositivos relevados (ambulatorios consultorios, comunitarios, residenciales, de día o noche de media jornada, y de día o noche de jornada completa), cambios en la entrega y seguimiento de medicamentos, la inclusión de grupos poblacionales anteriormente no contemplados por los dispositivos vigentes y la incorporación de otro tipo de prestaciones (tales como las telefónicas, de asesoramiento o de alimentación). Finalmente, se incluye en este capítulo una consideración de los y las referentes sobre la oferta de atención y tratamiento por consumo de sustancias brindada por los dispositivos asistenciales en la provincia durante el contexto del ASPO.

a) Principales estrategias de las agencias provinciales de drogas

Articulaciones o acuerdos

Se consultó a los y las referentes de las agencias provinciales de drogas (cuyos testimonios se citan en éste informe) si, ante la situación de emergencia provocada por la pandemia, se habían realizado acuerdos con otros organismos o instituciones para la atención de personas con problemas de consumo de drogas. En este sentido, 16 de las 23 personas encuestadas respondieron afirmativamente (Gráfico 1), y la mayoría de ellas indicó que se realizaron acuerdos o articulaciones con otros organismos gubernamentales (14). Además, alrededor de la mitad de las provincias que realizaron acuerdos lo hicieron con instituciones privadas (9) y/o con organismos comunitarios (8) (Gráfico 2).

Gráfico 1. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según si realizaron acuerdos con otros organismos/instituciones para la atención de personas con problemas de consumo. Argentina, 2020. N=23.

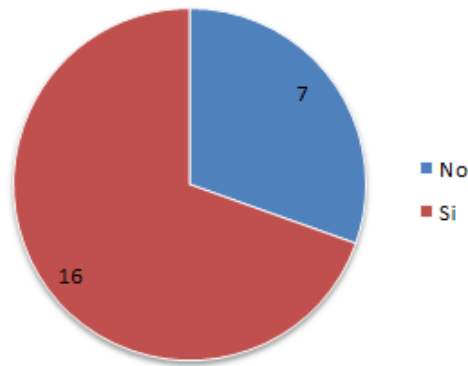


Gráfico 2. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según los tipos de organismos/instituciones con las que realizaron acuerdos para la atención de personas con problemas de consumo. Argentina, 2020. N=16.



Respecto de estas articulaciones, se les consultó a las y los referentes provinciales acerca de los principales motivos y/o necesidades que incentivaron las mismas (Gráfico 3). El principal motivo de estos acuerdos estuvo vinculado con la consulta y/o derivación a otros dispositivos asistenciales (14). También se seleccionaron necesidades vinculadas con el personal de salud, la infraestructura, recursos financieros, equipamiento y la articulación y consenso de estrategias comunes.

Gráfico 3. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según los principales motivos y/o necesidades de los acuerdos efectuados con otros organismos/instituciones para la atención de personas con problemas de consumo. Argentina, 2020. N=16.



A partir de las entrevistas realizadas a estos/as mismos/as referentes provinciales se pudo observar que la articulación con otros entes gubernamentales se ubicó en este contexto como una disposición estratégica y operativa para hacer frente a los nuevos desafíos propios de la pandemia y de las medidas sanitarias que se tomaron en consecuencia.

El trabajo conjunto con otros entes gubernamentales fue un recurso utilizado para la consecución de acciones puntuales: la facilitación de derivaciones de consultas, la promoción del trabajo conjunto de los y las trabajadoras de dispositivos de bajo umbral -relacionados o no con el consumo de drogas- cuya carga de trabajo se vio fuertemente acrecentada, el armado de sinergias para la oportuna entrega de alimentos y kits de higiene, la conformación de mesas de evaluación y seguimiento de casos, la atención y seguimiento de personas en cuarentena preventiva, entre otras.

...esto de poder estar a disponibilidad de todos los ministerios, las ONG, los municipios. El Ministerio de Desarrollo Social tiene un 0800 en el cual las personas mayores de sesenta años pudieran consultar cualquier dificultad. La gente de [*la ciudad capital*] que eran 8 personas de la Agencia que no estaba haciendo asistencia por todo el aislamiento, participaron de este call center. La verdad que fue una experiencia enriquecedora porque dimos una mano a otro Ministerio, y esta posibilidad de ayudar a personas que tenían un montón de dificultades en cuanto a cómo cobrar la pensión, cómo ir al banco, cómo pagar la boleta de la luz, cómo aprender este tipo de tecnologías. (...) Ahora lo que queremos hacer es que en estas llamadas, a estas personas, se les pueda preguntar primero si conoce la Agencia y segundo si tiene algún familiar con problemas de adicciones y si sabe dónde llamar.

Se conformó la mesa de evaluación y seguimiento de estos casos. Todos los miércoles a la mañana hacemos esto que se venía haciendo, pero no de esta manera. Salud hacía seguimiento por su lado, Desarrollo por el suyo. La pandemia nos permitió protocolizar y mejorar la asistencia.

Por otro lado, en algunos casos la articulación devino como una forma posible de llegar a sitios y problemáticas cuya distancia y/o aislamiento dificultan el accionar de las agencias centrales de cada provincia. Allí, la articulación con niveles gubernamentales locales fue un recurso estratégico.

Uno de los aspectos que más se nos complicó es la asistencia a personas del interior provincial (...) En una circunstancia normal, organizábamos un equipo itinerante que iba a esa localidad, (...) le brindábamos a las personas pasajes para que puedan concurrir a los centros aquí en capital o en el centro de atención más cercano que tuviéramos, cosa que tampoco podemos hacer en el momento porque están interrumpidos los servicios de transporte público interurbanos. (...) En este momento

estamos apoyándonos mucho más en los equipos locales, ya sea los equipos de los municipios y en los equipos de salud de la localidad. (...). Antes también lo hacíamos, pero como teníamos esta facilidad de pasaje venían o se acercaban... no teníamos tanta complicación. Ahora sí, y eso nos exigió mayor comunicación y articulación con equipos locales.

Otras veces, la articulación interministerial motivada y acelerada por este contexto, se tornó una oportunidad para diseñar acciones mancomunadas con carteras gubernamentales que, según lo manifestado por algunos/as referentes entrevistados/as, muchas veces trabajaban de forma paralela. Tal es el caso de las agencias de drogas, los ministerios de salud y de desarrollo social.

Algo que me parece fundamental que se pudo coordinar en el marco del COVID, que fue en función de la necesidad que se impuso y que por eso rápidamente se coordinó, tiene que ver con la articulación interna de los servicios propios, y con la articulación intersectorial con Salud. Por el recorrido en la temática de consumo de sustancias, siempre hubo, inclusive con el sector salud, una fuerte desarticulación entre ambas áreas. Salud, en el marco de la Salud Mental, también tiene la temática de consumo de sustancias, y la verdad es que fue algo positivo a nivel política pública que se fue imponiendo en el marco de la pandemia, la articulación entre todos los servicios que tenemos propios y los servicios que tiene Salud, en la parte específicamente de adicciones.

Estos espacios de organización [*los comités de crisis*] nos acercaron con actores con los que no solemos pensar dispositivos ni estrategias de atención. En general los dispositivos y las estrategias de atención los pensamos hacia adentro y para con la comunidad, no tanto en conjunto con el resto del Sistema de Salud. Nos acercaron para pensar juntos algunos dispositivos que no tenían ningún fin terapéutico pero que sí fueron pensados desde el punto de vista de salud mental. Incluso en lo comunicacional.

Por otro lado, como se mencionó, a propósito de los datos arrojados por la encuesta, las agencias de drogas también emprendieron, fortalecieron o adaptaron articulaciones con organizaciones de la sociedad civil. Si bien cabe aclarar que sería relevante indagar acerca de estas articulaciones en un relevamiento específico, debido a que no ocupó un lugar privilegiado en las entrevistas realizadas, en el relato de las estrategias y acciones implementadas, varios/as referentes señalaron la relevancia del actor comunitario, del ámbito privado o del “tercer sector”.

Algunas de estas articulaciones tuvieron que ver con la contención y cobertura de problemáticas por consumo de drogas, en un contexto donde las vías institucionales tradicionales debieron adaptarse y/o reducirse.

En general se pudo contener la demanda de situaciones nuevas, que se acompañaron de manera remota a través de referentes de dispositivos o de organizaciones comunitarias o de familiares... En virtud que se van habilitando nuevos espacios y nuevos tratamientos a partir de la aprobación de los protocolos, esas situaciones empiezan a tener un curso institucional regular digamos.

En los barrios se está trabajando en articulación con los actores sociales que intervienen en los territorios, y eso se viene haciendo en diálogo. En realidad me parece que ahí hay que ser respetuoso... en territorio, lugares en donde el Estado ha tenido una ausencia histórica, entonces uno es un actor más entregado a otros.

Otras, a propósito de estrategias de comunicación y difusión sobre prácticas de cuidado y protocolos en el marco de la pandemia, pero también a modo de contención de estos actores en territorio o para facilitar la entrega de alimentos y kits de higiene.

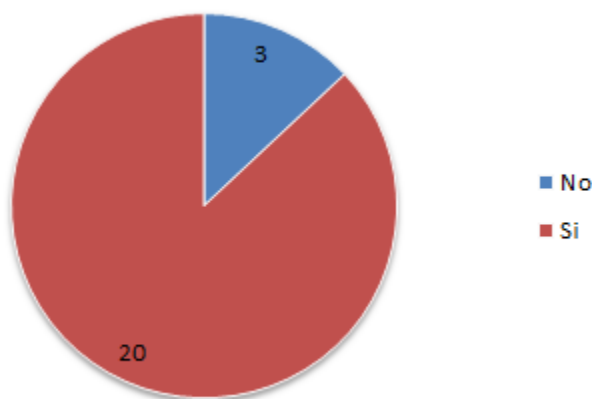
Se crea una red que tiene que ver, desde el eje comunicacional, con tener una vez por semana encuentros virtuales con referentes locales, barriales, donde se suman por ejemplo párrocos, curas, ahora organizaciones sociales, referentes de cada lugar que van escuchando información oficial... Porque hubo mucho problema para que no se superpongan acciones, para que no se enrollen en

cosas que no son, etcétera. (...) Se fue brindando un combo y cada uno puede ir tomando lo que va necesitando de acuerdo con lo que observa en su lugar de residencia. (...) La red local ya estaba como eje de gestión provincial inicial, y se refuncionalizó desde este lugar de lo virtual, desde este lugar de mayor comunicación por la cantidad de información que había que pasar, específica del ASPO. Tomó como ese lugar, pero ya se venía haciendo, ya venía conformada.

Protocolos de bioseguridad

Un alto porcentaje de los/as referentes encuestados/as (20 de 23) indicó que, en los servicios de atención-asistencia a personas con consumos problemáticos, se estaban aplicando nuevos protocolos o guías con pautas específicas de atención en el marco de la pandemia por Covid-19 (Gráfico 4). En general, el diseño de estos protocolos tiene en cuenta las recomendaciones emitidas por el Ministerio de Salud de la Nación y la Sedronar, los ministerios de salud provinciales, los gobiernos locales y las particularidades de cada prestador.

Gráfico 4. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según si se aplican protocolos de atención en el marco de la pandemia por Covid-19. Argentina, 2020. N=23.



Si bien los datos obtenidos en este estudio no permiten hacer una descripción detallada de las medidas que contienen estos protocolos, que sea al mismo tiempo exhaustiva y atenta a la amplia variación de situaciones comprendidas bajo la noción de protocolo, lo manifestado en las entrevistas permitió identificar, a grandes rasgos, tópicos clave en los protocolos implementados. En ese sentido, las agencias provinciales de drogas, siguiendo las recomendaciones de los ministerios de salud provinciales y nacional (con adaptaciones en los niveles provinciales y organizacionales), pusieron en marcha lineamientos dirigidos a la higiene y asepsia en los espacios donde se llevaban a cabo prácticas de atención-asistencia de forma presencial: limpieza y desinfección, uso de tapaboca o barbijo, guantes y máscaras, revisión de cantidad de personas internadas, uso de alcohol en gel, creación de una zona específica para cambiarse la ropa (llamada habitualmente zona sucia), desinfección de productos que ingresan al dispositivo, distancia en las mesas del comedor, rotulado con nombre -de utensilios personales, trapos con lavandina en el ingreso, higiene de picaportes y llaves de luz.

A su vez, se definieron y realizaron protocolos relativos al distanciamiento físico recomendado durante el período de ASPO. El espaciado de turnos, recomendaciones sobre la cantidad de personas atendidas por hora y reorganización de la circulación de los dispositivos, fueron medidas mencionadas por los/as entrevistados/as en ese sentido, junto con una serie de pautas diseñadas específicamente en lo relativo al ingreso y permanencia en dispositivos de tipo residencial.

Ya sea con medidas de higiene de los espacios o de distanciamiento entre personas, las agencias de drogas enfatizaron el propósito de promover espacios seguros, que las personas “sigan protegidas ahí” y tratar de “contener estos espacios, que no sean espacios de riesgo, que puedan estar con las medidas de seguridad para la población”.

Por otro lado, respecto de los protocolos y pautas referidas al ingreso, permanencia y dinámicas de convivencia y cuidados en los dispositivos de tipo residencial, cabe señalar que las situaciones a lo largo del país fueron variadas y heterogéneas. En base a las características de la pandemia en cada jurisdicción, algunas provincias mantuvieron la posibilidad de ingreso aunque atravesada por una serie de medidas de higiene y aislamiento, otras fueron variando en sus estrategias conforme evolucionaba el fenómeno en el tiempo, y otras, finalmente, restringieron los ingresos a este tipo de dispositivos. Sobre este punto específico, que remite tanto a las medidas implementadas para los ingresos y permanencia como a los cambios en las dinámicas de asistencia-atención en este tipo de dispositivos, trabajaremos ampliamente en el apartado referido a cambios en los dispositivos. Sin embargo, cabe anticipar que, en aquellas provincias cuyas estrategias involucraron la continuidad de los ingresos, la implementación de un protocolo y de pautas de cuidado, conllevó instancias de aislamiento en hoteles, hospitales o espacios diferenciados dentro de los mismos dispositivos, realización de triages e hisopados y todo un trabajo de comunicación y sensibilización de la población afectada (usuarios/as y trabajadores/as de los dispositivos).

La principal preocupación, y a lo que más destinamos esfuerzos, fue transmitir cierta tranquilidad de que las medidas de prevención y cuidados que se tomaban en comunidades terapéuticas eran suficientes y eran pertinentes. Quiero decir, nos ayudó bastante el protocolo que hizo Sedronar para que no solamente tengan que confiar en lo que le decíamos nosotros, sino que también que había alguien más que decía “que las reuniones con familiares hay que sostenerlas, y ver el cómo”, “que los ingresos a las comunidades, si se tienen las precauciones y estando en una zona sin circulación viral, está bien hacerlos”, “las medidas que tiene que tomar el personal...”. Todos esos elementos. Me parece que fue un impacto bien directo en relación con las instituciones cerradas a la circulación de terceros, como son las comunidades terapéuticas.

Finalmente, es preciso señalar que, como todas las estrategias o acciones en esta coyuntura particular, en la mayoría de las provincias la adecuación y aplicación de los protocolos tuvo un desempeño más dinámico que estático. Los protocolos y las medidas tomadas fueron mutando conforme iba cambiando el contexto y las recomendaciones, así como la atención a casos particulares que requirieron una estrategia específica. Incluso, en algunos casos, tuvieron que rever y adecuar protocolos, previos al contexto de pandemia, que estaban vigentes.

Hubo que reconvertir. Lo que hicimos fue un fuerte trabajo con los centros de tratamiento residenciales principalmente, en los cuales, de acuerdo con las recomendaciones que iban saliendo, ellos ajustaban sus protocolos de atención y de ingreso y nos fuimos actualizando semanalmente en los centros con las modificaciones o a medida que iban surgiendo, digamos, nuevas recomendaciones sobre cómo los centros estaban ajustando sus protocolos de ingreso.

Nos costó, aún nos está costando, el tema del aislamiento en los primeros meses. (...) Los 2 primeros meses no hubo ingresos por el tema del aislamiento. Y después hemos empezado a hacer [ingresos]. Ahora para poder ingresar, como parte del protocolo (...) que hagan el aislamiento en hotel y nosotros lo que hacemos es estar en contacto constante para poder contenerlos; y siempre abierto y sujeto a que, si el chico se quiere ir, se puede retirar en cualquier momento y obviamente no puede ingresar en la comunidad.

Cuando hay una urgencia en adicciones, intoxicación o abstinencia son los más comunes, el protocolo en el hospital general es primero van por la guardia central del hospital, ahí se hace una evaluación clínica y recién ingresan al servicio de Salud Mental. Con la pandemia se ha evitado ese

paso y directamente pasaban al servicio de Salud Mental en el cual se agregaron clínico para que hagan la evaluación clínica ahí, evitando que pasen por el hospital general donde hay riesgo de contagio, ese es otro de los protocolos que habíamos implementado.

Comunicación y difusión

Otra estrategia que algunas agencias provinciales llevaron a cabo refiere a la comunicación y difusión, y fue señalada en las entrevistas enfáticamente, dado el gran alcance y la oportunidad de promoción, prevención y articulación que dio lugar. Cabe señalar, que si bien no fue un tópico estructurado de las entrevistas, por lo que no fue un aspecto manifestado por todas o la mayoría de las agencias, su lugar en aquellos relatos en los que estuvo presente fue destacado.

A través de diversos medios, tales como diarios locales, redes sociales, medios de noticias digitales, radios AM de amplio alcance (incluso en zonas de alta ruralidad), *Facebook* y *Telegram* (plataforma de mensajería instantánea con la posibilidad de comunicación en masa), según el caso, algunas agencias vieron la oportunidad de difundir información precisa y oficial en pos de ordenar las demandas, canalizar las dudas o promover la diseminación de información sanitaria justa y (en palabras de los informantes) “sin exageración, así no se refuerzan otras circunstancias que de pronto incrementan la ansiedad”.

No se olviden que había mucho desorden al principio. La gente ni siquiera pensaba que podía ir a la guardia de un servicio de salud mental, si estaba mal. ¿No? Pensaban que no tenía que ir al hospital. Entonces hubo una política comunicacional clara, respecto de brindar canales de consulta, específicos para lo que es... para lo es la temática de los consumos problemáticos.

En las entrevistas, otras agencias subrayaron la utilidad de esta estrategia mediatizada en lo referido a la facilitación de la accesibilidad. A través de estos medios de comunicación, algunas provincias difundieron los canales disponibles para la búsqueda de asistencia o atención, los horarios, y las formas de acceso.

Nosotros salimos con spot y videitos para que la gente sepa que podía llamar ahí [*la línea telefónica*], ante consulta por acompañamiento, por una primera escucha, un espacio de contención. Fue muy demandada. Y eso lo publicitamos por espacios, algunos medios digitales, papel escrito... Ustedes no se olviden que la gente mira los medios de Capital. No mira lo que el Ministerio de Salud de la Provincia quiere hacerles llegar. Entonces la forma de llegar a la población son los diarios locales, las redes y los medios de noticias digitales.

Nosotros pudimos articular muy bien con [*nombre de la radio*], que llega muy bien a lo que es la ruralidad. Utilizamos bastante ese medio para proporcionar información sanitaria, disponibilidad, horarios, dónde consultar, cómo consultar (...) Es una radio. Son todas las AM, que tiene alcance en todo el territorio. Es un actor clave en la articulación del trabajo para poder llegar con algún mensaje hasta alentador a toda la provincia.

Atención remota

En el marco de las disposiciones que se implementaron a partir de la declaración del ASPO (restricción de la circulación de la población, medidas de distanciamiento social, entre otras), la atención remota fue una herramienta privilegiada para la atención de las personas con problemas de consumo de sustancias, mencionada como una de las estrategias principales por prácticamente todos/as los/as referentes de las agencias provinciales de drogas.

Se entiende a la atención remota como la atención a través de la modalidad a distancia -no presencial- vía telefónica y/o virtual (chat on-line o videollamadas) para dar continuidad a los procesos de atención-

asistencia. De esta manera, en la palabra de un/a encuestado/a, “se continuó el tratamiento de forma remota, respetando los turnos asignados previos al ASPO o bien asignando nuevos turnos para cualquiera de los componentes terapéuticos (entrevista de primer contacto, terapia individual, terapia familiar, terapia grupal, abordaje psicofarmacológico)”.

La atención remota se constituyó, como se verá más adelante, en un elemento clave en los cambios de los dispositivos durante el ASPO ya que, además de posibilitar la continuidad de los tratamientos que estaban en marcha previos al mismo, permitió garantizar el acceso a tratamiento a nuevas personas durante el aislamiento. Al mismo tiempo, fue una estrategia de utilidad para el seguimiento de personas internadas que fueron dadas de alta o externadas en este contexto; como así también para resolver y facilitar las nuevas dinámicas de acceso a la medicación, que se vieron modificadas durante este periodo.

Al igual que la mayoría de las estrategias que se debieron implementar durante el ASPO, la implementación de la atención remota, como pudieron dar cuenta los/as referentes entrevistados/as, implicó un proceso de aprendizajes y adaptaciones tanto por parte de los equipos terapéuticos como por parte de las personas consultantes. Y, desde luego, en cada provincia dicho proceso adquirió ribetes particulares.

Por otro lado, lo que hicimos en el centro asistencial mayoritario (...) es habilitar 16 líneas telefónicas, una por cada profesional, para que se comuniquen los pacientes y hagan la atención a cada número particular, y sugerimos lo mismo a los otros espacios que brindan atención, a Cáritas Diocesana, municipios... Y, bueno, ellos en todo momento nos consultaban y nos pedían que habilitemos la atención presencial, pero nosotros atendíamos al protocolo.

Las personas que ya estaban en tratamiento, ya sea las que están internadas o en un ambulatorio que ya venían con un recorrido ambulatorio, bueno, ya tenían un referente. Y los psicólogos, los terapeutas, tuvieron que aprender nuevas técnicas como seguirlos telefónicamente o seguirlos a nivel virtual o sea con Zoom, los grupos autoayuda también.

Si bien se desarrollará en los apartados específicos, es de destacar que la estrategia de atención remota ha sido mencionada por los y las referentes provinciales tanto como una ventaja para el proceso de atención-asistencia, así como una desventaja.

Por un lado, la atención remota fue considerada por muchos/as de los/as referentes como una oportunidad para incorporar nuevos recursos y habilidades en la práctica de atención. Además de la continuidad en los tratamientos, se destacó como ventaja que esta modalidad de atención permitió el acceso a tratamiento de personas que normalmente no pueden llegar a los dispositivos, un mayor acercamiento con las familias de las personas atendidas, y un mejor seguimiento de los casos que revisten mayor complejidad.

No obstante, como contracara, los/as referentes han hecho hincapié en las dificultades que se presentaron en la práctica debido a la falta de recursos tecnológicos y/o de conectividad de una parte de la población, que son generalmente aquellos que asisten a los centros de atención, así como a la falta de un espacio de privacidad en sus hogares. Otras de las limitaciones que presentó la atención remota tuvo que ver con lo irremplazable de lo presencial (en palabras de los informantes) en el abordaje terapéutico, y para ciertos dispositivos particulares (como los grupales o los comunitarios).

Es importante señalar que en varias provincias donde se presentaron las dificultades de conectividad mencionadas, se han implementado distintas estrategias para brindar atención de manera presencial, con el correspondiente protocolo, en los casos que así lo ameriten; incluso, siendo algunas veces el equipo terapéutico el que se hacía presente en dichas situaciones.

...también trabajamos con centros barriales (...) que están en los barrios más vulnerables de la ciudad (...), donde ellos nunca perdieron la presencialidad, o sea la presencialidad siempre se sostuvo... nosotros reforzamos con lo virtual y apenas hubo flexibilización, que fue muy cerca del primer tiempo de la cuarentena, se empezó a recuperar la presencialidad. O sea que quienes no

podían acceder por una barrera tecnológica por el tema de lo virtual se siguió abordando de manera presencial con los protocolos que te mencionaba antes.

En las comunidades aborígenes de las zonas más rurales, más alejadas de los centros urbanos, contábamos con menos disponibilidad de recursos de comunicación, ya sea de celular, de internet, es más restringido. Entonces allí al principio hubo mayor dificultad cuando había una restricción más fuerte en cuanto al distanciamiento físico, pero eso, bueno, gradualmente también se fue subsanando. Nuestro equipo tuvo que buscar la manera de mantener el contacto con los usuarios yendo a cada una de las comunidades y establecer un contacto presencial y directo con ellos, porque los medios remotos en esas comunidades son más dificultosos por una cuestión cultural y por una cuestión de recursos. La disponibilidad de red en una zona... te estoy hablando de zonas rurales muy remotas, digamos muy alejadas de los centros urbanos y sin cobertura de red celular o de wifi...

Resulta importante aclarar que las principales estrategias adoptadas por las agencias provinciales de drogas que fueron desarrolladas hasta aquí (articulaciones o acuerdos, protocolos de bioseguridad, comunicación y difusión, atención remota), se vieron plasmadas en acciones y situaciones concretas, por lo que serán retomadas a lo largo de todo el informe. Puntualmente, en el apartado siguiente Cambios en los dispositivos, podrán verse articuladas con otras estrategias que fueron necesarias para garantizar la atención y asistencia de personas con problemáticas de consumo durante el ASPO, así como para responder a problemáticas profundizadas por el contexto de aislamiento.

b) Cambios en los dispositivos

Cambios en la disponibilidad¹

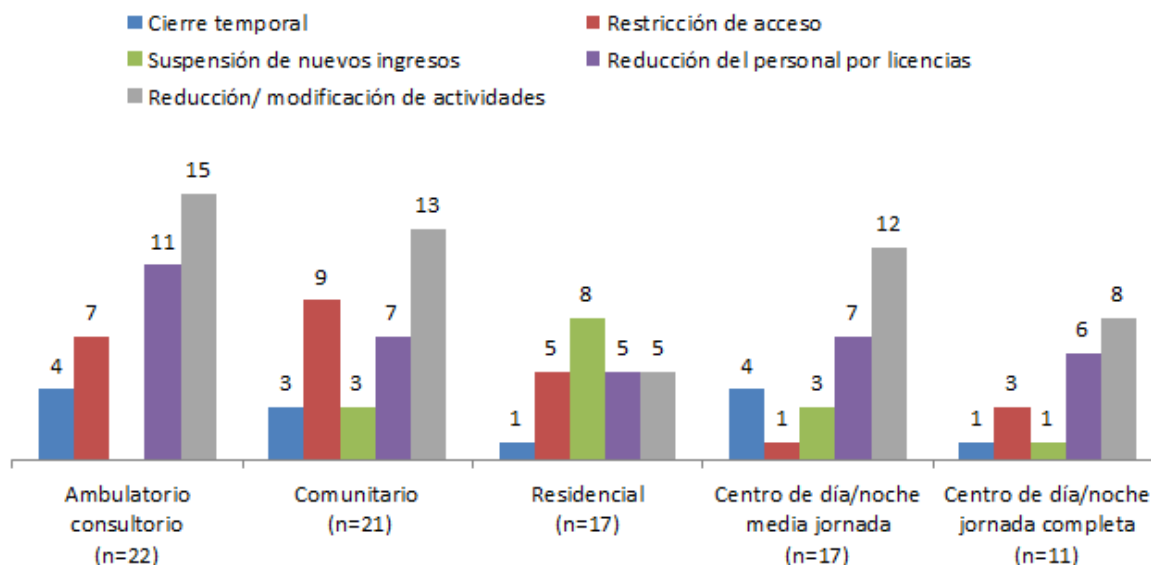
Se consultó a los/as referentes provinciales sobre los cambios en la disponibilidad y prestación de servicios de tratamiento de drogas en su provincia desde que se implementaron las medidas de contención por la pandemia (específicamente, entre el 20/03 y el 10/05). Puntualmente, se les preguntó si se había producido alguna de las siguientes situaciones:

- cierre temporal de los dispositivos,
- restricción de acceso,
- suspensión de nuevos ingresos,
- reducción del personal por licencias y
- reducción y/o modificación de las actividades.

Si bien la situación más frecuentemente seleccionada, para la mayoría de los dispositivos (a excepción del residencial), fue la reducción o modificación de actividades, pueden observarse determinadas particularidades al desglosar el análisis por tipo de dispositivo (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según situaciones ocurridas en los servicios de tratamiento de drogas durante el ASPO, por tipo de dispositivo de atención. Argentina, 20 de marzo al 10 de mayo de 2020.

¹ Los cambios en los dispositivos de asistencia-atención serán desarrollados con mayor detalle en el Componente 3 del presente estudio: “Dispositivos de acompañamiento y asistencia de la red de atención y acompañamiento de SEDRONAR y las áreas de drogas provinciales”.



Del total de provincias que indicaron alguna de estas situaciones para los dispositivos ambulatorios consultorio (n=22), además de la reducción y/o modificación de actividades (15), en la mitad de las provincias (11) se produjo la reducción del número del personal debido a licencias, en 7 provincias hubo restricciones de acceso y en 4 se produjo el cierre temporal de estos dispositivos. Cabe señalar que en ninguna provincia se suspendieron los ingresos de nuevos pacientes en este tipo de dispositivo (Gráfico 5).

Las mencionadas reducciones, restricciones o modificaciones de los dispositivos ambulatorios, no obstante, fueron, en muchos casos, acompañadas por estrategias y pautas de trabajo tendientes a, en palabras de un/a entrevistado/a, “garantizar la continuidad de los cuidados”. Por ello, es posible pensar que, en algunos casos, la contracara a las medidas más restrictivas fue la modificación o adaptación de los dispositivos y las actividades que tienen lugar allí. En ese sentido, algunas provincias que, por la situación epidemiológica, tuvieron que restringir de alguna manera la atención ambulatoria presencial y privilegiaron la remota, mencionaron en las entrevistas una estrategia caso a caso, en la que las disposiciones debían ser flexibles a diversas situaciones derivadas del aislamiento. Así, las modificaciones en los dispositivos y la aplicación de protocolos son dos aspectos que en la práctica se conjugan de forma mancomunada.

Hay que privilegiar la atención remota, pero se caracterizó bien cuáles son los cuadros que pueden justificar atenciones presenciales. (...) Casos en donde no se pueda establecer bien la comunicación, donde esa persona no tiene privacidad en su casa, donde no tiene los medios ni los recursos para establecer comunicaciones remotas, donde se trata de un cuadro agudo con intento de autolesión, donde hay una situación de descompensación, donde hay una situación de violencia de género o situaciones que pueden ser graves en lo episódico o que son graves porque el cuadro en su forma crónica ya es grave. (...) Hicimos un documento que explica todo esto y da pautas claras sobre cuándo tengo que garantizar una atención presencial, con qué medidas de cuidado dispone el espacio, la asignación de los turnos, las preguntas del triage que tengo que hacer, antes de citar a la persona, etc.

En ningún momento se interrumpió ni la atención ambulatoria ni las guardias. Siguió la guardia 24 horas de lunes a lunes, inclusive se habilitó una línea telefónica. Sí se suspendieron los dispositivos grupales. Todo lo otro continuó bajo protocolo. Depende el caso a caso y los medios, porque al ser la mayoría de los usuarios de muy bajos recursos económicos... al que podía recibir alguna asistencia remota se le hacía y si no se reprogramaron turnos distanciados, con todo el

resguardo y protecciones tanto para el personal como para los usuarios, para la atención ambulatoria por consultorio externo.

Por otra parte, las adecuaciones y modificaciones de los dispositivos ambulatorios -así como las de los otros dispositivos- fue dinámica, acorde a las diferentes fases y medidas frente a la pandemia.

Los primeros 15 días fueron bien marcados, la primera fase de cuarentena fue muy marcada. Nosotros creímos que íbamos a lidiar con muchas situaciones de abstinencia pero no hubo casos complejos, porque fue algo a nivel general el parate. Después, ya en las siguientes fases, sí habilitamos los dispositivos de atención telefónica, virtual, y lo que hicimos es que sugerimos a los demás dispositivos de atención, municipales, a que puedan realizar atención similar, telefónica. Entonces se habilitaron los números exclusivos, dos casos para profesionales y otros casos de líneas generales de atención de la demanda. En la fase siguiente lo que hicimos es que fuimos a buscar a los pacientes que estaban siguiendo un tratamiento, les llamaban los profesionales y hacían los profesionales la consulta telefónica.

En relación con las provincias en las que se produjo alguna de estas situaciones en los dispositivos comunitarios (n=21), en más de la mitad (13) hubo una reducción o modificación de las actividades, en 9 provincias se produjo la restricción de acceso y en 7 la reducción del personal de estos dispositivos por licencias. Mientras que en 3 provincias se registró el cierre temporal de los dispositivos comunitarios, en otras 3 se produjo la suspensión de nuevos ingresos durante el ASPO (Gráfico 5).

Una de las dificultades mencionadas en las entrevistas, especialmente en los casos en los que estos dispositivos se vieron fuertemente restringidos, estuvo relacionada con el carácter, difícilmente sustituible, de los dispositivos comunitarios o territoriales y de las actividades comunitarias y grupales en general, como se verá en el apartado destinado a ese aspecto (Dificultades y desventajas). Entre otras aristas de esta dificultad, se encuentra la del acceso a una asistencia-atención de bajo umbral, sin la mediación de un turno programado que poder virtualizar o adecuar a un contexto de aislamiento. En ese sentido, algunos/as referentes señalaron estrategias para paliar dicha dificultad, tales como la refuncionalización de los equipos de los dispositivos comunitarios hacia el trabajo conjunto con otros organismos en nodos con guardias mínimas en los que, además del rastrillaje infectológico, estos equipos pudieran hacer atención de demanda espontánea por consumo de drogas o la incorporación en dispositivos de bajo umbral pensados para alojar a personas en situación de calle.

Para las provincias que indicaron que se produjo alguna de las situaciones consultadas en los dispositivos residenciales (n=17), la situación más frecuente, presente en la mitad de ellas (8), fue la suspensión de nuevos ingresos. Además, en el mismo número de provincias (5) hubo restricción de acceso, reducción del personal por licencias y reducción y/o modificación de las actividades en los dispositivos residenciales. Mientras que en 1 provincia se produjo el cierre temporal de este tipo de dispositivo (Gráfico 5).

Si bien la suspensión de nuevos ingresos fue el mecanismo señalado por la mayoría de las provincias en la encuesta respecto de estos dispositivos, las entrevistas pudieron evidenciar algún detalle de las situaciones y estrategias adoptadas por las provincias cuyos dispositivos sí continuaron con el ingreso de personas. Así, los ingresos tomaron, según lo manifestado por los y las referentes, las características que los protocolos y las medidas sanitarias exigían: aislamiento previo en hoteles, hospitales o en espacios diferenciados dentro de los mismos dispositivos, según el caso. Este aislamiento previo, condición impuesta por las regulaciones del ASPO, fue relatado por algunos/as entrevistados/as asociado a una preocupación por el tránsito de dicha experiencia en el marco de posibles cuadros de abstinencia.

Para nosotros fue súper difícil, porque tener a un chico que está haciendo un proceso de abstinencia en un hotel, con un esquema de medicación, que bueno... en los hoteles acá había otras personas que también estaban con esquemas de medicación y el hotel les iba administrando la medicación. (...) Pero también tiene que ver con los protocolos que activó la provincia.

Respecto de las reducciones y/o modificaciones de las actividades en los dispositivos residenciales, las entrevistas permiten observar que la adecuación a los protocolos de bioseguridad imprimió una lógica nueva a las salidas de los/as usuarios/as y las visitas de sus vínculos, la mayoría de las veces de tipo restrictiva. Tanto la nueva dinámica que tomaron los ingresos como las modificaciones respecto a visitas y salidas, hacen posible conjeturar que la implementación de los protocolos de bioseguridad trajo consecuencias variadas a la experiencia de usuarios/as y trabajador/es que comparten estos dispositivos residenciales, desde nuevas pautas de higiene y disposiciones físicas hasta nuevas dinámicas cotidianas. En algunas entrevistas pueden observarse ciertas estrategias que se fueron incorporando en el contexto de la pandemia para subsanar de algún modo dichos cambios en la dinámica cotidiana dentro de los dispositivos residenciales.

Desde que los chicos están ahí no han podido salir más. Sólo salió un chico que tuvo problema con una muela, el resto no salió ninguno desde que se declaró la cuarentena. (...) Y bueno, el tema de la restricción de las visitas. No se permitió más el ingreso de las visitas, se hizo todo por videollamada. O por ahí los psicólogos una de las estrategias que utilizaron fue el tema de la escritura, como para vincularlo con la familia, porque por ahí a veces las mismas videollamadas a veces se cortan...

Entonces cuando eso se daba lo que pensábamos hacia adentro fue "bueno, a ver, ya que las salidas están por un tiempo acortadas y las visitas también ¿cómo podemos empezar a generar otra vía de accesos que en algún punto también nos permite reponer en algunos dispositivos cosas que antes se pensaban dentro de la estricta decisión del equipo tratante y que para nosotros es una garantía de acceso a derecho que es, por ejemplo, la libertad de poder llamar a su red en cualquier momento?" Entonces dijimos "bueno, a ver, las personas que están internadas tienen que poder tener la posibilidad de llamar por teléfono a no necesariamente su familia sino a toda su red afectiva, lo mismo que generar alguna videollamada si fuera necesario". No contribuir a lo que sería la ruptura de un lazo que en realidad entendemos que lo único que logra es ramificar los cuadros, complejizarlos o agravarlos. Entonces esas fueron estrategias que necesariamente tuvimos que hacer para la población internada, para la población que tenemos en los dispositivos ambulatorios de distinto orden, siempre priorizando garantizar el aislamiento, entendiendo como una medida de cuidado.

Finalmente, en relación con estos dispositivos residenciales se dieron, con sus variantes, algunas situaciones de altas y externaciones. Lo relatado respecto a este punto muestra una importante presencia de matices. Por un lado, algunos/as referentes mencionaron casos en las que fueron originadas ante la posibilidad de que las instalaciones sean utilizadas como un lugar de aislamiento por Covid-19. Otros/as, señalaron la motivación de estas externaciones con el propósito de generar el distanciamiento físico entre las personas internadas siguiendo el protocolo. Estos procesos de salida de la internación son tratados en las entrevistas en términos de dificultad, acrecentada por la imposibilidad de las familias de ir a buscar a el/la usuario/a, y hasta incluso como algo traumático para la gestión en el marco de la pandemia.

Respecto de estas salidas de la internación, no obstante, no faltó el énfasis sobre la evaluación de las diversas situaciones de los/as usuarios/as. En algunos casos, fue marcado el bajo número de externaciones en pos de no, en palabras de los entrevistados, aumentar las vulneraciones o según debieran regresar a zonas de altos contagios. En otros casos, se enfatizó la consideración de externar sólo a los "casos que fueran más convenientes" y de personas que estaban en ese dispositivo hace "mucho más de 90 días, algunos estaban hace casi un año", por lo que, en palabras del/la entrevistado/a, no se trató de un alta "precipitada". Un/a entrevistado/a señaló la resistencia de los propios/as usuarios/as a externarse porque había "mucho miedo, en un determinado momento, del afuera" y por no aceptar la continuidad del tratamiento con modalidad ambulatoria.

Por otro lado, varias entrevistas remitieron a las altas efectuadas en este período. Así, una parte de los relatos se orientó hacia las dificultades en torno de estas altas, tales como los obstáculos para lo paulatino del trabajo que implica dejar de convivir en un dispositivo residencial, así como también hacia la oportunidad que significó la posibilidad de utilizar las herramientas de atención remota para hacer un buen seguimiento. Un/a

entrevistado/a, por su parte, se refirió a un cese de las altas en el momento de mayor rigidez del aislamiento en su provincia, en términos de que no estaban las condiciones dadas a nivel social y familiar como para una buena integración o reinserción de la persona.

Respecto tanto de las externaciones como de las altas, en las entrevistas se puntualizaron estrategias de continuidad a través de tratamiento ambulatorio fundamentalmente telefónico, aunque también presencial en aquellas jurisdicciones en las que la pandemia y las medidas sanitarias lo permitían. En el caso de las primeras, el énfasis en la continuidad fue mayor, incluso mencionando contactos diarios con operadores/as y profesionales de la salud por vía remota.

Por último, algunos/as referentes hicieron mención de estrategias de internación domiciliaria.

También por resolución ministerial se creó un equipo de internación domiciliaria multidisciplinario. Hay trabajador social, psicólogo y la mayoría de ellos están terminando la residencia de Comunitaria. Entonces si en hospital general nuestro reciben una persona que requiere internación (...) se la recibe, se la evalúa, quizás está internada 24 horas y, en función de lo que escribe el equipo evaluador que recibió a la persona y su familia, el equipo de Internación Domiciliaria continúa ese trabajo en el hogar dando indicaciones, haciendo un seguimiento.

En algunos casos se implementó una estrategia alternativa que era la de poder generar internaciones domiciliarias. Cuando podemos ubicar que la persona tiene posibilidades de poder continuar en su domicilio, y que se le puede acercar el trabajo a su domicilio, nosotros tenemos una serie de equipos móviles en algunas regiones en donde tratamos de dar una continuidad de cuidado. Eso nos pasó en muchos casos (...) en donde se externó una buena cantidad de los usuarios y se continuó el proceso manteniendo de modo virtual, y ante cualquier situación de urgencia obviamente garantizar la presencialidad que podía ser a través de un equipo móvil.

Con respecto a los centros de día o de noche de media jornada, de las 17 provincias que indicaron la presencia de alguna de las situaciones indagadas, la más frecuente fue la reducción y/o modificación de las actividades (12). Por otra parte en 7 provincias se produjo la reducción del personal en estos dispositivos, en 4 provincias el cierre temporal, en 3 la suspensión de nuevos ingresos y en 1 la restricción de acceso (Gráfico 5).

Por último, sólo 11 referentes provinciales dieron cuenta de la ocurrencia de alguna de estas situaciones en los centros de día o de noche de jornada completa², y las situaciones más frecuentes en estos tipos de dispositivos durante el ASPO fueron la reducción y/o modificación de actividades (8) y la reducción del personal por pedidos de licencia (6). Además, en 3 provincias se produjo la restricción de acceso en estos dispositivos, en 1 el cierre temporal y en otra la suspensión de nuevos ingresos (Gráfico 5).

Nuevas dinámicas de acceso a los medicamentos

La descripción de los cambios en los dispositivos de atención-asistencia incluyó en la mayoría de las entrevistas algunos comentarios sobre la organización de la entrega y seguimiento de los medicamentos, en aquellos casos en los que forma parte de la atención. A este respecto, las situaciones abarcaron desde la implementación de estrategias de receta electrónica, la entrega presencial a domicilio, la entrega en dispositivos residenciales -dada la restricción de las salidas-, o, incluso, el acceso al medicamento en los hoteles de cuarentena preventiva.

² Se desconoce si quienes no respondieron esta pregunta no lo hicieron por no tener la provincia ese tipo de dispositivo, o por no haberse producido ninguna de estas situaciones en los dispositivos, o bien por no contar con la información al respecto.

La estrategia de receta electrónica fue mencionada en términos muy optimistas, dado que permitió evitar aglomeraciones de personas en farmacias u hospitales, fortalecer las estrategias de atención remota, y, en palabras de un/a entrevistado/a “suspender una serie de conflictos” dado el control más estricto en el expendio del fármaco. Junto con bases de datos y la posibilidad de georreferenciar aquellos centros, farmacias u hospitales más cercanos a las personas, las recetas electrónicas fueron mencionadas como una herramienta potente en este contexto de circulación restringida.

Nosotros tenemos un programa provincial de dispensa de psicofármacos que es centralizado. Lo manejamos nosotros y se maneja de acuerdo con un padrón. Lo que pasó en este momento es que obviamente al restringirse la circulación... Lo que hicimos fue coordinar de manera telefónica y a través de estos nodos la entrega de medicación. Después, en este momento que estamos reabriendo, estamos teniendo un sistema de recetas electrónicas y (...) sacamos un sistema junto al colegio de farmacéuticos y la obra social provincial, un sistema que se llama "Receta Web". El sistema electrónico funciona para la obra social, el Ministerio de Salud y para pacientes sin obra social. Con georreferencia va el efector más cercano. Estamos trabajando ahora en la disponibilidad de los psicofármacos o el medicamento que necesiten. Funcionó bastante bien, hubo dificultades en las primeras dos semanas, pero se garantiza el acceso.

Es una de las demandas más urgentes que nosotros tenemos el tema de acceso a alimentos, y por otro lado también de acceso a algunos fármacos que muchas veces son de disponibilidad pequeña en salud pública y duplicaron o triplicaron su valor de base y son muy inaccesibles a la población, así que eso también se hacía dificultoso para poder conseguir. En algunas farmacias de barrio no se conseguían y debían trasladarse al centro de [*la ciudad capital*] para poder conseguirlo. Lo mismo: la farmacia nuestra está concentrada en el Hospital (...), entonces eso implicaba que toda la gente tenía que venir a buscar la medicación... lo que se hizo es habilitar la receta digital, que se preparen las medicaciones, que se trasladen a sus lugares y se pueda extender la medicación lo más cercanamente posible.

Otros/as referentes indicaron haber implementado estrategias de entrega a domicilio de los medicamentos. Ya sea por amplias distancias, por características de la población o por el “caso a caso”, en algunas ocasiones esta estrategia representó cierta dificultad de logística, de implicación del equipo de trabajo, o incluso de lidiar con cierto componente social de estigmas.

Una dificultad bien concreta... nosotros tenemos en el servicio de salud mental una reunión mensual de pacientes crónicos, en donde se hacen los controles de medicación, algunas actividades grupales. Bueno, eso no se puede hacer. Entonces teníamos que distribuir la medicación en todos los centros de salud, dependiendo de la zona a la que pertenece esa persona... hay que llevar la medicación al barrio X, a esa persona que en vez de cruzarse toda la ciudad para ir a servicio de salud mental lo haga en el barrio X. Todo un trastorno logístico. Desde lo administrativo, desde que el director del centro de salud acepte que tiene que entregar 10 veces los psicofármacos que suele entregar, con el estigma que tiene recibir la medicación psicofarmacológica ¿no? (...) En general eso fue un obstáculo. El resto del sistema de salud en general es bastante refractario a contener y alojar las situaciones de consumos problemáticos o de salud mental.

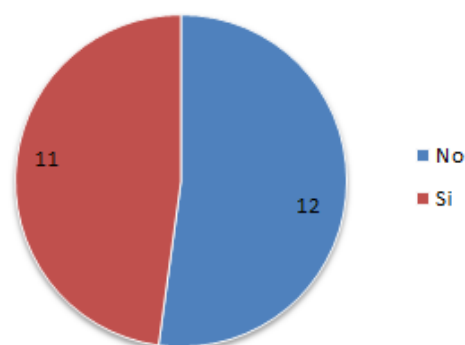
Con respecto a la entrega de medicación, pudimos poner en marcha un dispositivo muy interesante y que fue muy bien recibido porque también, no son la mayoría, pero tenemos pacientes que son adultos mayores, población de riesgo, a los cuales le entregamos la medicación, se la llevábamos a domicilio. Nosotros, nuestro equipo, contamos con 2 trabajadoras sociales, tenemos agente sanitario, acompañante terapéutico, entonces ellos fueron los que se pusieron al frente de esta tarea de hacer la entrega de la medicación en los domicilios de los pacientes que lo necesitaban.

Más allá de estas dos grandes estrategias (remota o domiciliaria), los modos de continuar los tratamientos con componente farmacológico fueron variables y con muchos matices. Así, en los relatos surgieron distinciones entre el acceso al medicamento por parte de usuarios/as de diferentes dispositivos: de dispositivos ambulatorios (que, según contó el/la referente, debían ir al hospital pero “sólo se les proporcionaba la medicación” para evitar grandes grupos de personas); de dispositivos residenciales (que, en este caso, recibían atención psiquiátrica y el medicamento allí mismo); quienes estaban en hoteles de cuarentena preventiva (“la gente de hotel... ellos le proporcionaban y le daban, junto con la comida, la medicación correspondiente” mientras el equipo de la agencia hacía el contacto telefónico); así como personas que llamaban por primera vez a la línea telefónica de la agencia porque en contexto de ASPO, dijeron, “no tenían garantizadas las prestaciones o las recetas” de sus obras sociales o prepagas. En relación con este punto, finalmente, cabe mencionar que muchas de las estrategias mencionadas implicaron articulaciones interministeriales, así como variabilidad local, en palabras de los entrevistados “cada ciudad tuvo su lógica distinta de retiro, de algunos centros de salud y áreas específicas para que sean expendio de medicación, lugares que estaban más accesibles. Cada localidad modificó su estrategia”.

Acceso de nuevas poblaciones

También se consultó si, en el contexto del aislamiento social, los dispositivos asistenciales ampliaron la oferta de atención y tratamiento a grupos poblaciones que anteriormente no contemplaban. Cerca de la mitad de los/as referentes encuestados/as (11) indicó una ampliación en la oferta en este sentido (Gráfico 6), con una gran variabilidad de las nuevas poblaciones que incorporaron a la atención. Entre estas se señaló en mayor medida a las personas en situación de calle (4); también a los jóvenes (2), a las personas del interior de la provincia (2) y a la población con padecimientos subjetivos en general (2) (Cuadro 1).

Gráfico 6. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según si los dispositivos asistenciales ampliaron la oferta de atención y tratamiento a nuevos grupos poblaciones. Argentina, 2020. N=23.



Cuadro 1. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según los grupos poblacionales para los que ampliaron la oferta de atención y tratamiento. Argentina, 2020. N=11.

Poblaciones específicas	Frecuencia
Personas en situación de calle	4
Jóvenes	2
Personas del interior de la provincia	2

Población con padecimientos subjetivos en general	2
Personas realizando ASPO en hoteles	1
Mujeres	1
Población trans	1
Personas que anteriormente asistían a servicios de atención privada	1

El acceso de nuevas poblaciones fue mencionado en las entrevistas a propósito de diferentes situaciones, y de las oportunidades y las dificultades que implicó. Así, los/as referentes señalaron que en el contexto ASPO, y dada la articulación de estrategias, hubo cierta accesibilidad de personas en situación de calle, de personas alojadas en hoteles o centros institucionales por cuarentena preventiva, de personas que consultaban a las líneas telefónicas nuevas y, en algunos pocos casos, de adultos mayores.

El [nuevo número telefónico] fue como una puerta de entrada al sistema de un montón de gente que usualmente no hubiera consultado ¿Por qué? Porque uno podría decir que están los usuarios que ya son naturales del sistema y después están los usuarios que en realidad los absorben otros subsistemas pero que por el marco de la pandemia o bien las obras sociales o prepagas dejaron de atender, o, por ejemplo, no garantizaban el pago de las prestaciones virtuales.

Específicamente en el caso de las personas en situación de calle, sin embargo, aclararon que no se trató en general de una incorporación estructural a los dispositivos de asistencia-atención vigentes, sino más bien de una estrategia situada y flexible, orientada a facilitar la accesibilidad y la visibilización, las intervenciones puntuales en paradores y hoteles, protocolos conjuntos con otros entes gubernamentales, o recepción de consultas por parte de otros efectores. En torno de estas estrategias puntuales, asimismo, varios señalaron que muchas veces se fueron creando en la práctica una suerte de dispositivos residenciales de bajo umbral.

En los dispositivos de personas en situación de calle, el 50% de las personas tiene un problema de consumo. Entonces lo que nosotros hicimos en un primer momento con estos dispositivos de situación de calle, como los DIATs habían cerrado y dedicaban su tiempo a la atención remota, a la alimentación y cuestiones asistenciales, empezaron a trabajar en estos dispositivos de situación de calle. Como si fuera una especie de comunidad o de dispositivo residencial de bajo umbral, de apoyo y también acompañando las distintas normativas con excelentes resultados.

Estamos haciendo intervenciones puntuales con dispositivos que hemos armado, tomando profesionales de los centros de adicciones para hacer atención de las personas que están en situación de calle que, al ser aisladas muchas con problemas de consumo de sustancia, desarrollaron síndromes de abstinencia, situaciones vinculadas al malestar de la convivencia por de repente estar viviendo con personas que no conocen o que conocen y se llevan mal. Entonces esto exigió un dispositivo de salud mental un poco más integral que tuviera en cuenta todas estas situaciones para trabajar de algún modo la convivencia y bueno también las cuestiones más químicas de lo que puede tener que ver con un síndrome de abstinencia en cada caso. Así que armamos equipos interdisciplinarios que van a los refugios semanalmente. (...) Ha sido un esfuerzo porque, yo digo así como caseramente, ha sido como improvisar una comunidad terapéutica.

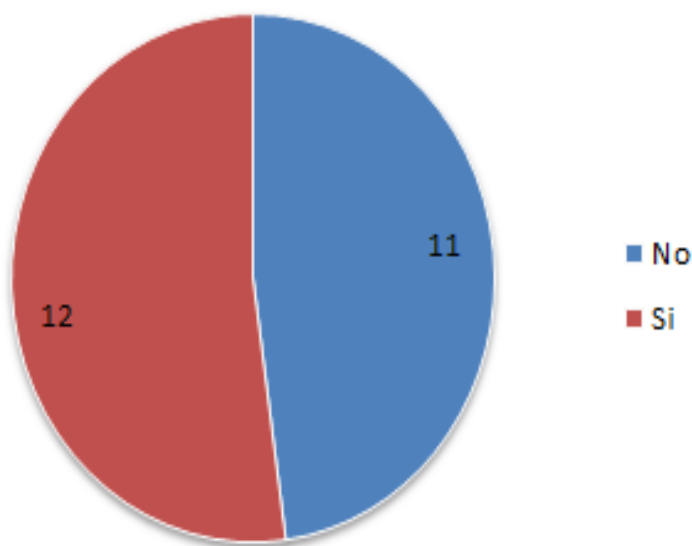
Esta configuración de estrategias y articulaciones en relación con el acceso a la asistencia-atención por parte de personas en situación de calle, fue relatada en las entrevistas como una trama de dificultades pero también de oportunidades. Así, fueron mencionadas las dificultades históricas asociadas a la cuestión social y la vulnerabilidad habitacional -y su relación con los dispositivos de salud mental- y su invisibilización, así como el límite impuesto a las estrategias de atención remota o acceso a partir de líneas telefónicas o *apps* habida

cuenta la brecha digital que deviene en una mala conectividad. Sin embargo, no faltaron los/as referentes que señalaron el aspecto positivo de una incipiente ampliación de las estrategias abocada a esta población, tanto en términos de intervenciones de salud mental como de “acceso a lo social, acceso al DNI y revinculación con familiares; en ese combo es donde vemos el éxito”.

Otras prestaciones

Teniendo en cuenta el contexto de pandemia por Covid-19, se preguntó a las personas encuestadas si los dispositivos asistenciales ofrecieron otro tipo de prestaciones (además de las sanitarias) y la mitad de los referentes provinciales respondió afirmativamente (12) (Gráfico 7). Las principales prestaciones señaladas fueron la atención telefónica ante la necesidad de escucha y contención³ (10), el asesoramiento por trámites de seguridad social, legales, del sistema de salud u otros (9) y la entrega de alimentos (8). Además, la mitad o menos de los que respondieron que los dispositivos brindaron otro tipo de prestaciones, indicaron las prestaciones de entrega de kits de limpieza e higiene personal, el acompañamiento (individual o grupal) ante la situación de crisis y el comedor comunitario (Cuadro 2).

Gráfico 7. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según si los dispositivos asistenciales ofrecieron otras prestaciones (además de las sanitarias) durante el ASPO. Argentina, 2020. N=23.



Cuadro 2. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según las prestaciones (además de las sanitarias) que ofrecen los dispositivos asistenciales. Argentina, 2020. N=12.

³ Las estrategias relacionadas con las líneas telefónicas de contención y orientación en salud mental y/o consumos problemáticos serán desarrolladas con mayor detalle en el Componente 2 del presente estudio: “Relevamiento en líneas telefónicas de organismos públicos de atención y asesoramiento ante problemáticas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas”.

Prestaciones	Frecuencia
Atención telefónica ante necesidad de escucha y contención	10
Asesoramiento por trámites	9
Entrega de alimentos	8
Entrega de kits de limpieza e higiene personal	6
Grupos de acompañamiento individual / grupal ante situación de crisis	5
Comedor comunitario	4

Estas otras prestaciones no estuvieron exentas de complejidad y dinamismo a propósito del contexto de pandemia y de aislamiento. De hecho, a través de las entrevistas algunos/as referentes manifestaron que la entrega de alimentos, que en un contexto previo formaba parte de la cotidianeidad y presencialidad de los dispositivos, no pudo sino adaptarse en este marco de disminución de las actividades económicas de las personas, muchas de ellas propias de las economías populares. En ese sentido, los relatos apuntan a estrategias atentas a la situación económica de la población usuaria de los dispositivos, y a complejos desarrollos de logística y articulación para alcanzar la cobertura de víveres.

También instrumentamos algunos dispositivos del seguimiento de los casos más complejos, de garantizar viandas y alimentos para las personas que además tenían alguna actividad muy de la economía popular, en donde, por ejemplo, el lavacoches no puede salir para lavar coches... El impacto que tiene en la población más vulnerable que además tiene consumo problemáticos... Tratar de articular con Desarrollo Social la entrega de bolsones de víveres secos, además de las viandas... Porque hubo muchos fines de semana largos al principio, entonces era los viernes hacer lo imposible para que llegaran esos bolsones con víveres secos. Porque lo más “pusheante” y la angustia pasaba por: “¿Qué íbamos a hacer con la comida? ¿Y de dónde saco si no puedo salir a la calle a trabajar?”

Lo que nosotros implementamos cuando los chicos retomaron la actividad de empezar a venir a terapia individual después de este primer mes de aislamiento fue entregar módulos de mercadería, que eran como bolsones o kits. Y se los entregábamos a las familias que por ahí manifestaban que por esta situación de pandemia no habían podido trabajar o realizar su actividad que normalmente realizaban y que estaban con algunas dificultades más económicas. Les entregábamos un bolsón de mercadería, o a algunos chicos que sabemos que son papás o que tienen chicos, bebés, también salimos a entregarles pañales, como para ayudarles o colaborar en este sentido.

Por otra parte, las vías de entrega de estos bolsones o kits fueron variando en cada caso, en función de las restricciones o aperturas de los dispositivos.

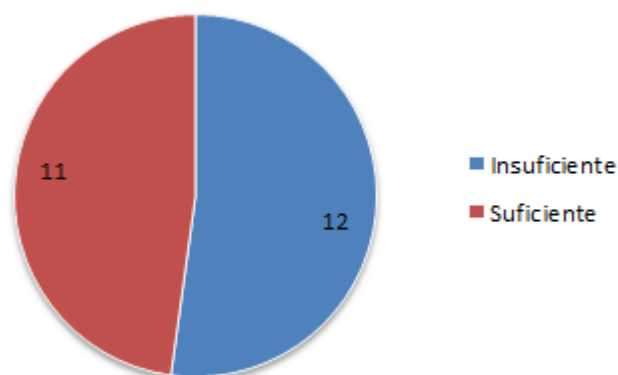
En [nombre de *ciudad*] se hizo la entrega todos los días de los módulos alimentarios a las familias más vulnerables, en [nombre de *ciudad*] y en [nombre de *ciudad*] hicimos la entrega de módulos alimentarios, de bolsas de mercadería, dos veces por semana, los martes y los viernes. A partir del lunes pasado, también previo protocolo aprobado por el Ministerio de Salud, los tres espacios habilitamos que las familias puedan venir a buscar la comida al lugar, es el almuerzo con la merienda, también, con protocolo y todo, la distancia, el control al ingreso, a la salida, los materiales descartables... eso es en materia de asistencia alimentaria.

Algunos/as entrevistados/as, por su parte, manifestaron que las agencias también efectuaron asistencia educativa.

Evaluación de la oferta

Se les preguntó a los/as referentes provinciales cómo evalúan la oferta de atención y tratamiento por consumo de sustancias brindada por los dispositivos asistenciales en la provincia durante el contexto del ASPO, y cerca de la mitad (11) consideró que la atención brindada era suficiente.

Gráfico 8. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según la evaluación de la oferta de atención y tratamiento por consumo de sustancias brindada durante el ASPO. Argentina, 2020. N=23.



A los encuestados que calificaron a la oferta como insuficiente (12), se les consultó acerca de qué consideraban que hacía falta para cubrir toda la demanda y las respuestas que dieron fueron variadas (Cuadro 3). Las mismas estuvieron principalmente relacionadas con la necesidad de una mayor disponibilidad de dispositivos asistenciales específicos (como ser: para pacientes duales, dispositivos comunitarios, de jornada completa, centros de desintoxicación, y servicios de escucha y recepción de la demanda), una mejora en la articulación y compromiso intra e intersectorial, y un mayor trabajo en territorio de los equipos locales. También fueron mencionadas la necesidad de ampliar la red de atención, de tener una mayor cantidad de recursos humanos disponibles y una mayor accesibilidad a recursos (entre ellos, recursos informáticos)⁴.

Cuadro 3. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según las posibles soluciones para cubrir la demanda de atención. Argentina, 2020. N=12.

Soluciones	Frecuencia
Mayor disponibilidad de dispositivos asistenciales varios	4
Mejorar articulación y compromiso intra e intersectorial	4
Mayor trabajo territorial / comunitario / equipos locales	4
Ampliar la red de atención	3

⁴ Resulta interesante destacar que todos estos puntos fueron retomados por los/as referentes cuando se les preguntó por los proyectos o iniciativas que evalúan implementar a partir de los aprendizajes generados por la situación de la pandemia (véase el apartado “Desafíos y proyectos a futuro”).

Mayor cantidad de recursos humanos	2
Mayor accesibilidad a recursos/ recursos informáticos	2

3. Cambios en las consultas

La encuesta y las entrevistas llevadas a cabo con los y las referentes de las agencias provinciales de drogas, permitieron dar cuenta de distintos aspectos relativos a los cambios en las consultas de las personas a los servicios de atención y asistencia por consumo de sustancias psicoactivas durante el ASPO. En primer lugar, se indagó acerca de posibles cambios en la magnitud de la demanda de atención y/o tratamiento, de acuerdo con los distintos tipos de dispositivos asistenciales. Luego se consultó por las principales demandas y problemáticas manifestadas por las personas consultantes a los servicios de atención-asistencia durante el ASPO. Por último, se presentan datos relativos a los cambios en las prácticas de los consumos de las personas consultantes durante el ASPO, como así también algunas consideraciones sobre las prácticas de consumo en la población en general.

Antes de la presentación de los mismos, es importante aclarar que, de acuerdo a lo manifestado por varios/as entrevistados/as, las respuestas brindadas sobre estas cuestiones se basan principalmente en visiones no estructuradas a partir de intercambios con las personas que estaban trabajando en los servicios de atención-asistencia durante dicho periodo. Por lo tanto, se recomienda que la información aquí presentada sea complementada con la lectura de los demás componentes del Eje 1 de la investigación, así como con los resultados del Eje 2.

a) Magnitud de la demanda

Se consultó a los/as referentes encuestados/as por los cambios en la magnitud de la demanda de atención y/o tratamiento a los servicios de tratamiento por consumo de drogas en las provincias desde que se implementaron las medidas de contención por Covid-19 (específicamente, entre el 20/03 y el 10/05). Las respuestas aportadas por los referentes de las Agencias provinciales indican que (Cuadro 4):

- En la mayoría de las provincias aumentó la demanda de atención y/o tratamiento en *dispositivos de tipo telefónico* (en 17 provincias), *ambulatorio consultorio* (en 13 provincias) y *comunitario* (en 10 provincias).
- Respecto de los centros de día/noche y los dispositivos residenciales, en la mayoría de las provincias que contestaron la pregunta, no se observaron cambios en la magnitud de las demandas de atención y/o tratamiento:
 - 8 provincias indicaron no haber percibido cambios en la demanda de atención en *dispositivos residenciales*, aunque 7 registraron algún tipo de aumento y otras 3 una reducción.
 - 7 provincias indicaron no haber percibido cambios en la demanda de atención en *centros de día/noche de media jornada*, en tanto que 5 registraron algún tipo de aumento y otras 4 algún tipo de reducción en la demanda.
 - 5 provincias indicaron no haber percibido cambios en la demanda de atención en *centros de día/noche de jornada completa*, en tanto que 4 registraron disminución en la demanda y otras 3 algún tipo de aumento.

Cuadro 4. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según la magnitud de los cambios en la demanda de atención y/o tratamiento, por tipo de dispositivo. Argentina, 20 de marzo al 10 de mayo de 2020.

Tipo de dispositivo	Aumento de la demanda	Sin cambios	Reducción de la demanda	Total(*)
Comunitario	10	5	7	22
Ambulatorio consultorio	13	4	5	22
Centro de día/noche media jornada	5	7	4	16
Centro de día/noche jornada completa	3	5	4	12
Residencial	7	8	3	18
Línea telefónica	17	0	0	17

* El total de respuestas difiere según tipo de dispositivo por dos motivos: a) no todas las provincias cuentan con todos los tipos de dispositivos asistenciales; b) hubo provincias que no respondieron estas preguntas (se desconoce si fue por no contar con ese tipo de dispositivos, o por no contar con esta información específica acerca de la demanda).

Las entrevistas realizadas permiten complementar estos datos referidos a los cambios en la magnitud de la demanda, a propósito de algunas observaciones de los/as referentes.

En primer lugar, muchos/as de ellos/as remarcaron la variabilidad de este aspecto a lo largo del tiempo durante el ASPO. En este sentido, las dinámicas de la demanda de asistencia-atención y las estrategias adoptadas -como las de comunicación y difusión de los canales de atención- fueron presentadas en fuerte relación con la dimensión temporal y sensible a los cambios.

En cuanto a la atención y las demandas, bueno, en las primeras fases del aislamiento hubo una recaída importante de la demanda. Nadie llamaba, nadie consultaba. Siempre nuestros teléfonos estaban disponibles y abiertos, nunca dejamos de atender o de asistir. Incluso siempre teníamos guardias mínimas en las oficinas, como que nunca dijimos “cerramos Adicciones”. Y así y todo en las primeras semanas de aislamiento, no había demanda. Luego se empezó como a activar más y empezamos de vuelta a tener demanda. Nosotros hicimos bastante difusión en las redes porque nos preocupaba esta situación, nos parecía extraño que no hubiera demanda. Y bueno, empezamos a difundir que nosotros igual seguíamos trabajando, que con todos los obstáculos que se habían ido presentando nosotros igual seguíamos trabajando.

Por otro lado, algunos/as referentes hicieron la aclaración acerca de las dificultades que hay detrás de la comparación con períodos previos para concluir en un aumento o una disminución de la demanda, habida cuenta de dinámicas estacionales (la pandemia y el ASPO se iniciaron en marzo, período en el que, según mencionaron algunos/as, suele aumentar la demanda), o del posible impacto en estos indicadores que pudo haber tenido la renovada estrategia de comunicación y difusión. Así, algunos/as referentes dieron cuenta de posibles conjeturas respecto del aumento de la demanda en relación con la difusión y la posibilidad de imponer agenda que visibiliza la problemática y genera ese despertar.

Es difícil comparar porque tampoco eran unas líneas que tuvieran tanta difusión, hacía mucho que no se difundían y se promovían las líneas. Con lo cual, si uno lo comparara con el año pasado, con dos meses del año pasado, y... la diferencia es de casi de veinte veces. No, más... como cuarenta

veces más se multiplicó la demanda. Pero es injusto compararlo, no sólo porque estamos en época de pandemia, sino porque se dio muchísima más difusión de la que tenían las líneas.

El Ministerio de Salud estableció puntos de contacto en los hospitales del interior, [*lo que*] implicó también que la demanda de tratamiento aumentara. El diagnóstico que hicimos aquí de manera interna era que de pronto el problema en el interior estaba y a veces no necesariamente podían acceder a una posible respuesta (...). La problemática de estar en esta situación de cuarentena hacía que se visibilice una problemática que ya estaba y que de pronto algunos casos al no haber una contención o no haber un tratamiento obviamente que no sólo se invisibilizaba sino que se agudizaba. Y esto creció bastante, la nueva demanda de tratamiento. O sea, no sólo se continuó con lo que se tenía, sino que la demanda de tratamiento aumentó. No podemos decir que necesariamente se haya iniciado en este período porque la mayoría tienen una historia de consumo bastante larga, lo que sí sirvió para que se viera y para que de pronto no se lo pudiera sostener más y que la gente buscara ayuda.

b) Problemáticas y demandas de atención-asistencia

Al momento del relevamiento, 15 referentes encuestados/as manifestaron contar con información acerca de las principales demandas y problemáticas expresadas por las personas consultantes de los dispositivos de atención y asistencia durante el ASPO.

De acuerdo con lo expresado por los/as referentes, las principales problemáticas manifestadas por los consultantes durante el ASPO estuvieron relacionadas a problemáticas de consumo, o bien, a ciertos padecimiento o emociones ligadas a la situación particular de aislamiento.

En relación con las *problemáticas de consumo*, fueron referidas situaciones identificadas como de necesidad o recaídas del consumo, agravamiento de algunos cuadros preexistentes y/o situaciones de intoxicación. Puntualmente, se mencionaron situaciones de consumo problemático de alcohol, psicofármacos, inhalantes, marihuana, y de policonsumo.

A lo indicado en la encuesta, lo relevado en las entrevistas permite agregar algunas menciones sobre lo variable de las problemáticas que puede conllevar el consumo en un contexto de aislamiento y con medidas de distanciamiento.

Lo que sí se observó era que las personas al estar encerradas, su nivel de consumo por el contexto comenzó a ser obstaculizado y esto generaba que aparezcan, en algunos casos, el síndrome de abstinencia, descargados a veces en el núcleo familiar, generando algunas problemáticas que eran canalizadas por vía telefónica hasta que se avanzara un poco más. En otros casos, al contrario, el encierro potenció el consumo en casos donde estaba mucho más naturalizado.

Es preciso subrayar a este respecto que varios/as entrevistados/as relataron no observar la magnitud de crisis de abstinencia que en un primer momento pensaban encontrarse, y esto en parte asociado -como veremos en el apartado siguiente, dedicado a Prácticas de consumo- a virajes en los consumos, cambios en las prácticas.

En cuanto a los *padecimientos ligados a la situación de aislamiento*, se reportaron situaciones de angustia, ansiedad y soledad. También situaciones de conflictividad en las relaciones familiares debido a la convivencia familiar, que en algunos casos derivaron en violencia familiar y de género. Además, se manifestaron problemáticas económicas relacionadas con la dificultad para sostener el trabajo, y la incertidumbre sobre el futuro.

En las entrevistas, se hicieron menciones sobre la trama que constituye el consumo de drogas, los padecimientos de salud mental y el contexto de pandemia y de restricciones a algunas actividades económicas. En algunos casos, se hicieron referencia -no siempre de modo patologizante- a procesos de

afrontamiento del estrés y ocio ansioso por el encierro y la desestructuración de los ordenamientos horarios, semanales y de actividades.

No han ocurrido, con una frecuencia alta, desbordes de los consumos problemáticos que ya atendíamos en los centros de adicciones. Las consultas han sido más o menos del mismo tono que vienen siendo, digamos, que venían siendo antes. Pero lo que sí por ejemplo [*en un centro de atención-asistencia*] nos referían es que lo que había como desestabilizado algunas situaciones tenía que ver con lo económico, con la cuestión de la angustia de no tener para comer o de no saber cómo se va a hacer con esto después de un tiempo largo de no poder trabajar. Esa inestabilidad social había sido más importante que la situación de consumos problemáticos misma.

Por otro lado, según las respuestas de los referentes, las principales demandas de las personas consultantes pueden englobarse fundamentalmente en torno a tres ejes:

- *Demanda de tratamiento*: solicitud de acceso a dispositivos de primera escucha y acompañamiento, lugares donde acudir debido a urgencias o para reiniciar tratamientos, y demandas de internaciones. En varios casos, se tratan de demandas o pedidos de ayuda por parte de los familiares debido a situaciones de conflictos domésticos o situaciones de mayor complejidad. Es interesante, además, el señalamiento de algunos/as entrevistados/as en lo referido a este punto en torno de las dinámicas de los grupos convivientes en el contexto ASPO. Refieren a una mayor visibilización de algunos consumos, y a demandas de atención vinculadas -en quienes consultan- con internación: “una sobre preocupación que puede ser contraproducente también, porque piden que lo internen al hijo o la hija cuando en realidad habría que hacer otras cosas antes”.
- *Demanda de medicación*: consultas motivadas por las dificultades en el acceso a psicofármacos.
- *Necesidad de alimentos*: consultas relacionadas con la necesidad de alimentos debido a la complejización de las problemáticas económicas en esta población.

c) Prácticas de consumo⁵

A los/as 15 referentes encuestados/as que refirieron tener información sobre las principales demandas y problemáticas de las personas que consultaron durante el ASPO a los dispositivos asistenciales, se les consultó además acerca de las modificaciones que consideran que se produjeron en las prácticas de consumo de los consultantes. De esta manera, se indagó -a través de preguntas abiertas- sobre los cambios en el tipo de sustancias consumidas, la cantidad y frecuencia de consumo, los motivos de consumo, los contextos o situaciones de consumo, y las consecuencias y/o problemáticas asociadas al consumo.

En primer lugar, en relación con las sustancias consumidas por los consultantes durante el ASPO, 6 referentes indicaron que en sus provincias hubo un aumento en el consumo de alcohol, y otros 4 indicaron el aumento en el consumo de psicofármacos. También fueron mencionados el aumento del consumo de cocaína (2), de marihuana (2) y el policonsumo (1). Por otro lado, en 3 provincias no se registraron cambios en las sustancias consumidas, y 3 referentes no contaban con la información o no especificaron los cambios ocurridos.

⁵ La información aquí presentada puede ser complementada por la lectura del Componente 3 del presente estudio (“Dispositivos de acompañamiento y asistencia de la red de atención y acompañamiento de SEDRONAR y las áreas de drogas provinciales”), donde se presentan las modificaciones en los consumos percibidas por los/as representantes de dispositivos territoriales y efectores de salud. Asimismo, cabe destacar que los cambios en las experiencias en torno del consumo de drogas durante el ASPO serán desarrollados con mayor detalle en el Eje 2 del presente estudio: “Modificaciones en las prácticas de consumo en población general”.

Cuadro 5. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según cambios en el tipo de sustancias consumidas por las personas consultantes durante el ASPO. Argentina, 2020. N=15.

Cambios en el tipo de sustancias consumidas	Frecuencia
Aumento del consumo de alcohol	6
Aumento del consumo de psicofármacos	4
Sin cambios en las sustancias consumidas	3
Aumento del consumo de cocaína	2
Aumento del consumo de marihuana	2
Sin información	2
Policonsumo	1
Sin especificar	1

En cuanto a la cantidad y frecuencia de consumo, un tercio de los/as que respondieron estas preguntas (5) refirió el aumento tanto en la cantidad como en la frecuencia de consumo de las personas consultantes durante el ASPO. Por el contrario, 2 indicaron que en sus provincias hubo disminución en la cantidad y frecuencia del consumo debido a la falta de oferta, y 1 indicó que no se produjeron cambios al respecto.

En las entrevistas se pusieron de manifiesto algunos cambios en los consumos vinculados con los cambios en la disponibilidad de las drogas, dado el contexto de restricción de la circulación y las actividades.

Así, fue mencionada la falta de abastecimiento de tabaco al inicio del ASPO, ocasionada por una interrupción en el funcionamiento de la industria tabacalera. Esta situación ocasionó, según lo observado por los/as entrevistados/as desde las agencias, escasez, encarecimiento, dificultad en el acceso y cambios en los modos de consumo de esta sustancia (“buscaron fumar armados, se fueron a otros tipos de productos, derivados del tabaco”). Este acceso coartado a las drogas consumidas -no sólo fue mencionado el tabaco sino también la marihuana y la cocaína- conllevó cambios en las prácticas de consumo, así como acarreo, según lo manifestado por un/a entrevistado/a, el agregado de una serie de riesgos de contagio y de seguridad de las personas. En los relatos se observa un viraje de las drogas elegidas hacia las drogas disponibles, sumado a un aumento de las ventas de bebidas con alcohol y de psicofármacos.

Una de las principales preocupaciones que teníamos era cómo se iba a dar la abstinencia, porque no solamente esta situación ponía a los jóvenes forzosamente en sus domicilios, sino también todas las restricciones de circulación (...), entonces eso entendíamos que iba a generar una restricción en el acceso a las sustancias que se usan habitualmente, que aquí predomina la marihuana. Pero bueno, lo que notamos es que se volcaron principalmente a las sustancias de mayor acceso, como es el alcohol. Entonces se incrementó el consumo de alcohol, pero no tuvimos crisis de abstinencia, que era lo que nos preocupaba inicialmente.

Lo que nos relataban todos los usuarios, y mucha gente que consultaba por primera vez, porque consultaban por episodios de abstinencia, era que no estaban consiguiendo sustancia en la calle, están cerradas las fronteras aquí muy rigurosamente y disminuyó la oferta. Eso produjo que, y lo hemos notado, haya un viraje de las sustancias, como por ejemplo marihuana y cocaína que es lo que lo que lo que se utiliza, lo que más se consume acá, y alcohol, un viraje hacia los psicofármacos.

En relación con los cambios en los motivos de consumo, la mitad (7) identificó motivos relacionados con el contexto del ASPO, como ser: sensaciones de ansiedad, pánico, depresión, temor, incertidumbre y otras motivadas por la pandemia; mayor disponibilidad de tiempo y mayor estrés por el aislamiento; contextos de convivencias forzadas, hacinamiento, etc. En tanto que 2 referentes dijeron que no hubo cambios en los motivos de consumo entre las personas consultantes durante el ASPO.

En lo referido a los cambios en los contextos o situaciones de consumo de las personas consultantes durante el ASPO, al momento de la encuesta sólo alguno/as referentes provinciales pudieron brindar información al respecto. Entre ellos/as, en 3 casos vincularon los cambios con la imposibilidad de transitar libremente y de compartir actividades sociales, dando como resultado un mayor consumo en los hogares. Mientras que en 2 provincias no se registraron cambios en las situaciones de consumo, y 1 indicó que durante el ASPO se produjo un aumento del control social.

Respecto de estas situaciones de consumo en el marco del ASPO, en las entrevistas se hicieron observaciones sobre una modalidad de consumo identificado como puertas adentro, que se da en pequeños grupos o en solitario, así como algunos otros cambios en los patrones de consumo.

En primer lugar, algunos/as entrevistados/as mencionaron un cambio en el consumo de drogas en diferentes grupos de edad, con un corrimiento -desde lo esperado- hacia grupos más adultos. En sus discursos, esto está asociado a diferentes experiencias del aislamiento: en el caso de los/as jóvenes implicó muchas veces una restricción de espacios de encuentro fuera del hogar; en el caso de los/as adultos/as implicó toda una modificación de la rutina y el mundo del trabajo.

Llegó una demanda de una población más adulta. Eso fue una de las cosas que detectamos, no sólo adolescentes sino adultos, con consumos de drogas pero sobre todo con consumo de alcohol, con alcoholismo que no habían llegado antes.

En [*torno de*] los adolescentes probablemente haya sido menor la oferta y las reuniones sociales por lo cual puede en los adolescentes haber bajado el consumo de sustancias... Pero en los adultos el estrés, la incertidumbre, la angustia de poder llevar adelante esta situación, la falta de trabajo, el confinamiento en la misma vivienda, están trayendo muchas consecuencias... entre ellas el aumento del consumo.

Finalmente, en relación con los cambios en las consecuencias y/o problemáticas asociadas al consumo, sólo 7 dieron precisiones al respecto en la encuesta. De ellos, la mayoría (5) hizo referencia a un aumento en las situaciones de violencia y/o violencia intrafamiliar de personas que consultaron durante el ASPO; mientras que en 2 provincias no se registraron cambios en este ítem.

Tanto la indagación sobre los cambios observados en las prácticas de consumo, como la de sus posibles consecuencias problemáticas, presentan en este relevamiento un tono marcadamente exploratorio. Lo cercano en el tiempo de los registros, la falta de antecedentes, dada la radical novedad de un contexto de pandemia y aislamiento social en el país, así como la necesidad -marcada enfáticamente por los/as entrevistados/as- de estudios específicos para contar con datos rigurosos, hacen necesarias las múltiples conjeturas elaboradas a propósito de los cambios. De todos modos, cabe subrayar que dichas observaciones deben ser leídas como discursos situados en sus contextos particulares, habida cuenta la gran heterogeneidad entre jurisdicciones, y lo dinámico de este fenómeno social complejo y multinivelado en el devenir del ASPO.

4. Dificultades y desventajas

En el relevamiento se les preguntó a los y las referentes de las agencias provinciales de drogas si se habían presentado dificultades al momento de adaptar las estrategias de atención al nuevo contexto de aislamiento. Del total de encuestados/as, 18 afirmaron que en sus provincias se presentaron dificultades, refiriendo

fundamentalmente a aquellas ligadas a los recursos necesarios para poder realizar la atención remota (Cuadro 6), como ser la falta de acceso a un teléfono o a internet por parte de las personas consultantes (12), y la falta de recursos informáticos y/o de conectividad por parte de los dispositivos (12).

Además, la mitad de los/as que afirmaron que en sus provincias se presentaron dificultades en la adaptación de las nuevas estrategias, manifestó dificultades relacionadas con la accesibilidad al tratamiento, ya sea por la discontinuidad de la atención debido a la dificultad de las personas consultantes para acercarse a los centros de atención (9) y/o por los problemas económicos de los mismos (9). Asimismo, también hubo referencias a dificultades relacionadas con el trabajo de los equipos, puesto que la mitad de estos/as referentes (9) manifestó dificultades en adaptar las modalidades de atención, asistencia y acompañamiento en el nuevo contexto; 6 destacaron la falta de personal para dar respuesta y 5 la dificultad de realizar las principales prestaciones brindadas por los dispositivos de sus provincias.

Cuadro 6. Distribución (frecuencias absolutas) de provincias según las dificultades presentadas en la adaptación de las estrategias de atención durante el ASPO. Argentina, 2020. N=18.

Dificultades	Frecuencia
Aumento de la discontinuidad de la atención y asistencia por dificultad de acceso a internet/teléfono por parte de las personas.	12
Falta de recursos informáticos/ telefónicos o de conectividad para realizar atención remota/ recepción de la demanda a distancia.	12
Aumento de la discontinuidad de la atención y asistencia por la dificultad de las personas para acercarse al centro.	9
Aumento de la discontinuidad de la atención y asistencia por problemas económicos de las personas que asisten/consultan.	9
Dificultad en adaptar las modalidades de atención, asistencia y acompañamiento en el nuevo contexto.	9
Falta de personal para dar respuesta.	6
Dificultad en realizar las principales prestaciones brindadas por los dispositivos.	5
Aumento de la discontinuidad de la atención y asistencia por desacuerdos en los modos actuales de atención que brindan los dispositivos actualmente.	2
Falta de elementos de protección para el personal de salud.	1
Falta de recursos para higiene y seguridad de los dispositivos.	1
Otro: Resistencia del personal para adaptarse a las nuevas modalidades de atención	1

En relación con la atención remota, un punto esencial que surgió en las entrevistas (y en otras preguntas abiertas de la encuesta) tiene que ver con la brecha social y digital que puede manifestarse ante esta modalidad de atención, debido a la *falta de recursos tecnológicos y de conectividad* de un grupo de la población, que es generalmente aquel que consulta a los dispositivos de asistencia y atención. Otras de las situaciones que denotan esta distancia social, está representada por la *falta de un espacio de privacidad* desde el cual poder recibir la atención remota.

Entonces por ahí, cuando se ha hablado mucho de la atención remota y se ha hecho así como una defensa y como un éxito de la atención remota, hay que reconocer que la atención remota está buenísima para la clase media; pero para las personas que nosotros tenemos en algunos centros de adicciones, donde mínimamente a veces pueden llegar con la tarjeta del micro al lugar de atención, es muy difícil sostener un tratamiento por la vía telefónica o por la vía remota. Así que eso, bueno, ha sido un desafío y en esos casos muchas veces se ha recurrido a la atención presencial.

Que si bien es cierto que el Centro estaba cerrado, con las puertas cerradas para evitar el acceso sólo en los casos que fuera necesario, los chicos podían acercarse a la vereda y allí tener la conectividad de comunicación. Y en otros casos cuando se dieron algunas situaciones, apelar de vuelta a lo que decía recién, a la red. De pronto quizás ellos no tenían un buen teléfono, porque también estaba eso, o sea, a veces le podíamos cargar los datos pero de pronto el teléfono no estaba en condiciones y apelábamos a ver si dentro de la manzana donde ellos vivían o donde ellos viven hay alguien que les pueda facilitar el teléfono.

Porque no todos los casos, no todos los usuarios, tienen los medios tecnológicos o materiales para poder tener acceso a esta posibilidad, así como también en no todos los casos se puede preservar la intimidad. Digo, tenemos usuarios que en realidad conviven en un mismo lugar con cuatro o cinco personas en una habitación de 3x3, entonces hay que poder tener presente algo de eso.

Asimismo, otras dificultades relacionadas con la atención remota que mencionaron, tanto en la encuesta como en las entrevistas, refieren a ciertas limitaciones que se manifestaron en el *abordaje terapéutico* (tanto individual como grupal) como consecuencia de la reducción del contacto presencial con las personas en tratamiento y de ciertas condiciones que tienen que estar dadas, aun cuando se tienen los recursos tecnológicos (como contar con un momento de privacidad y con una adecuada conexión a Internet).

Otras de las situaciones tiene que ver con que algunos cuadros tienen una complejidad que amerita la presencialidad, que no es sustituible ¿sí? Y que, aparte, toda una tradición en materia de consumos problemáticos que demanda tratamiento se traduce muchas veces en demanda de internación... digo eso es otro capítulo que en realidad va más allá de lo que sucedió o lo que se modificó en términos del aislamiento social, pero que es una constante, es algo que tiene que ver generalmente con que es lo que se demanda cuando se demanda un proceso de atención por salud mental y consumo problemáticos.

Entonces muchos a lo mejor podían ser convocados y todavía no manejaba bien la herramienta y en el caso en que la manejaban bien, dependían de la calidad de Internet. (...) Pero también es verdad el análisis de otros colegas que no están tan de acuerdo y quieren más lo presencial, porque es una herramienta que depende de múltiples factores, que nosotros no podemos controlarlo, como por ejemplo la calidad de Internet, que esté tranquilo el paciente en un ambiente tranquilo, que no se corte la comunicación justo cuando está hablando sobre algo.

Por otro lado, respecto de las desventajas o dificultades relacionadas con la accesibilidad al tratamiento, las entrevistas permitieron ahondar en el impacto que presentó la disposición de restringir la circulación de la población durante el ASPO para la *continuidad de los tratamientos*, así como para los nuevos ingresos o re-ingresos. A la necesidad de gestionar permisos para circular, tanto para los usuarios/as de dispositivos como para los profesionales, en algunas provincias se sumaron situaciones más complejas debido a la prohibición de tránsito entre jurisdicciones. Es de señalar que, como la mayoría de los cambios adoptados, la restricción de la circulación no fue algo estático sino que con el correr de las fases del ASPO la misma se fue flexibilizando, repercutiendo en el cambio de las estrategias para el acceso a los tratamientos presenciales.

[¿Ha notado una disminución en la accesibilidad?] Absolutamente, claro. Justamente porque no pueden ir a las comunidades terapéuticas, hay que hacerles permiso. Hay que hacerles permiso a las familias, tienen que ir por ahí en transportes... son más engorrosos, no es tan sencillo como el

transporte público, o remises que son onerosos, o una ambulancia que están obviamente para otras cosas.

Una de las mayores dificultades es, por ejemplo, estos pacientes que habían sido dados de alta, nos encontramos en la fase 4 que volvieron a reincidir en el consumo y demandaban atención, pero con una limitante que, al ser de otros municipios y no estar permitido el tránsito intraprovincial, entonces se dificultaba la atención... hasta que llegamos a la etapa 4 y 5, que volvimos a retomar con estos pacientes.

Los y las referentes también señalaron otro tipo de dificultades que repercutieron en el desarrollo de los tratamientos durante el ASPO. Entre ellas, destaca la *suspensión de actividades grupales y comunitarias*, que algunos/as de los/as entrevistados/as denominan como “dispositivos insustituibles”, así como la *suspensión de las visitas o de las salidas* permitidas que forman parte del tratamiento terapéutico residencial en tanto proceso de restablecimiento del lazo social.

La principal dificultad es la crisis en sí. Las condiciones en las que tenés que prestar los servicios y lo que no podés hacer. Por ejemplo, los dispositivos de taller, los grupales, hospitales de día, son de inclusión. ¿No? Uno no lo puede hacer y entonces piensa algo sustitutivo, alternativo, que lo reemplace. Es muy difícil, muy difícil, reemplazar una actividad grupal que tiene todo un contexto, un marco terapéutico, por algo que tenga todas esas características y que no sea en la institución, que no sea grupal, y que lo supla 100%. Con lo cual estamos hablando de un escenario en donde la situación es un obstáculo... Por eso todas las acciones son tendientes a garantizar la continuidad de los cuidados.

...los dispositivos territoriales, que nosotras trabajamos muy articuladamente con las trabajadoras de salud en terreno que están en todo lo que es el primer nivel de atención, se reorganizó en el marco de emergencia sanitaria. Esa pata territorial se vio afectada y no tuvimos un acercamiento a los domicilios, a los lugares. Porque además todas esas actividades comunitarias y grupales se cerraron.

También nos pasó en los lugares de internación, sobre todo en los lugares donde hay mayor circulación comunitaria del virus, que una cantidad enorme de ecuaciones que para nosotros serían imprescindibles poder trabajar, que tienen que ver con el fortalecimiento y la restitución del lazo social, se ven impedidos porque tenés que cortar las visitas y cortar las salidas también.

En relación con las desventajas o dificultades de los cambios adoptados que se vieron reflejadas en el trabajo de los equipos, el contexto de la pandemia en algunas provincias propició una situación particular en la cual a un *aumento de la demanda* en el ámbito de la salud mental en general, y de las adicciones en particular, se le sumó una reducción del recurso humano debido a licencias del personal (por tener niños/as a cargo, por ser población de riesgo, etc.). Este panorama no pudo menos que repercutir en una *sobrecarga de los equipos terapéuticos* que continuaron trabajando, quienes además tuvieron que incorporar rápidamente las nuevas formas y dinámicas de trabajo, los cambios de funciones en algunos casos, e incorporar todas las recomendaciones de higiene y distanciamiento para evitar contagios. Por estos motivos, varios/as referentes hicieron mención de distintas estrategias que se implementaron en las provincias para acompañar y cuidar a los recursos humanos en este proceso (“cuidar a los que cuidan”), haciendo un fuerte hincapié en la comunicación para transmitirles tranquilidad frente al miedo al contagio.

Bueno, otro de los inconvenientes que se ha generado en esta reorganización del aislamiento es que hay muchos profesionales del equipo (...) que están dentro de las excepciones, ya sea porque son mujeres embarazadas o porque son personas mayores de 60 años con patologías prevalentes. Entonces los equipos han quedado más chicos para atender a más población. Entonces, bueno, eso ha sido un desafío importante; poder, como con el mismo recurso humano, reorganizar para llegar a todo lo que es necesario cubrir.

Estuvimos muy atentos a las capacitaciones en cuanto a nuestros equipos (...). También conteniendo a nuestros equipos de trabajo. Inmediatamente generamos una propuesta de despliegue de trabajo de cada uno de los equipos de gestión, de las instituciones, de procurar el cuidado de la salud mental de los propios trabajadores porque inmediatamente surgieron momentos de tensión por las miserias humanas básicas que todos tenemos... todo lo que fue licencia Covid-19 de nuestros trabajadores de salud recargó a todos aquellos trabajadores que sostuvieron la instancia laboral y, bueno, eso fue generando situaciones de distancia por supuesto, de tensión interna, más la incertidumbre y el temor, de que muchos en un principio no sabíamos cómo encarar esta situación de emergencia sanitaria.

La mayor dificultad es el miedo de los operadores de contagiarse ¿no? el miedo, o sea, en la disponibilidad del recurso humano para atender personas. (...) al principio hay que hacer todo un trabajo sobre el recurso humano ¿no? donde poder sacar los miedos, donde poder informar, hacer toda una psicoeducación respecto a decir "bueno, acá nos tenemos que cuidar" y de qué manera nos podemos cuidar, y poder seguir sosteniendo nuestro trabajo de atención al otro cuidándonos y cuidando al otro ¿no? (...) O sea, lo fundamental o lo más difícil es poder proteger a la gente, cuidar al que cuida ¿no? Creo que esa es la mayor dificultad.

En relación con el trabajo en equipo, los y las referentes provinciales también señalaron dificultades ligadas a la organización de los equipos y de los sistemas de derivación, y a la articulación y coordinación entre distintos sectores. Asimismo, los cambios que se tuvieron que hacer en la organización del trabajo en algunos casos llevaron a que se presentaran ciertas resistencias en el personal para adaptarse a las nuevas modalidades y dinámicas del trabajo.

La mayor de las resistencias es modificar las pautas de laburo, la cultura institucional, de los dispositivos o de las instituciones, es muy fuerte. Entonces el cambio de los parámetros... el Covid-19 irrumpe en la cotidianeidad pero también irrumpe en las prácticas que uno lleva adelante en sus servicios y en la forma de atender, y ahora estamos tratando de cambiar esas prácticas, obviamente, hay resistencias como en todos lados, que son las menos, en general, pero que tienen que ver con un laburo más comunitario, más cuerpo a cuerpo, y también con un temor, eso no lo voy a esconder.

Se generaba exceso de demanda en algunos casos que no era necesario y falta en casos necesarios. Había una mala organización de la derivación. (...) Nos llegó a pasar de intervenir cinco veces en el mismo día a la misma persona desde lugares distintos, y a otras personas nadie... O llevarles medicamentos a una misma persona desde dos lugares distintos. Pasaron muchas dificultades. Hoy al organizar mejor la información, (...) se pudo organizar mucho más, ser más efectivos y respetuosos de la organización.

Lo que sí estuvimos observando, las cuestiones regresivas que hay, en relación a la pandemia y más allá de la pandemia, es, digamos, el camino que habíamos andado en los hospitales de Salud Mental ¿no? Un poco otra vez con esto del aislamiento hemos retrocedido un poquito, porque, bueno, los miedos, de los propios equipos de salud, a veces hacen manejar no correctamente la referencia y la contrarreferencia. Por eso asumimos una fuerte capacitación virtual en estos aspectos.

Por último, los y las referentes provinciales también señalaron las desventajas relacionadas con las consecuencias del contexto de aislamiento, tanto para la población como para los centros de atención y asistencia a las adicciones. Por un lado, así como anteriormente se mencionó el *miedo al contagio* que pudiera representar la atención presencial para el equipo terapéutico, este condicionante también se vio presente en la población que asiste a estos dispositivos.

Lo cierto es que los usuarios volvieron al dispositivo cuando todo esto se empezó a flexibilizar. Las primeras semanas hubo un gran ausentismo, hasta para retirar la medicación. El miedo que se jugó, a pesar de que en la provincia no había ningún caso, el miedo a acercarse al sistema de salud, fue muy fuerte para la ciudadanía. Eso sí se sintió muchísimo.

Otra dificultad que fue mencionada tiene que ver con situaciones de abstinencia que se vieron puntualmente desencadenadas en algunas personas que debieron cumplir con procesos de *aislamiento obligatorio* en centros u hoteles de cuarentena.

(...) no hubo situaciones de crisis de abstinencia y crisis de ansiedad más allá de lo habitual que recibimos, no fue algo que se exacerbó. Sí lo tuvimos en los centros de cuarentena obligatoria, ahí sí tuvimos ese tipo de fenómenos porque ahí sí no tenían ninguna posibilidad de consumir ninguna sustancia. Así que bueno, ahí en algunos, en dos casos se intervino con internaciones de salud mental porque eran crisis muy agudas y bastante serias asociadas al síndrome de abstinencia pero aparte de esos dos casos en esas condiciones particulares, no.

(...) nosotros tenemos un sistema de aislamiento obligatorio para todas las personas que regresan a la Provincia en hoteles. Eso desencadenó un sinnúmero de problemas, porque los hábitos de las personas y la expectativa que tiene cada cual cuando vuelve a la Provincia es de ir a su casa y cumplir el aislamiento en su casa. No en un hotel. (...) El hotel no permite que se fume. A mí me parece bárbaro que el hotel no permita que se fume. Siempre y cuando vos elegís estar o no estar dentro del hotel para fumar. Salís y fumas, y listo. Si no podés salir del hotel y el hotel no permite que se fume (...). Estás obligando a una persona a meterse en un período de abstinencia. ¿No?

Asimismo, varios/as manifestaron como una de las principales dificultades a la *crisis económica* que se profundizó en el contexto del ASPO, afectando, como ya se dijo, las actividades económicas de las personas usuarias de los dispositivos, muchas de ellas propias de las economías populares.

A veces cuando la situación económica apremia, las angustias y preocupaciones pasan por ahí, como también la posibilidad de que ceda la angustia y la preocupación, también pasa por las necesidades económicas (...) nos requirió mucho más tiempo y esfuerzos, garantizar ese tipo de cosas que los tratamientos en términos terapéuticos, y nos parece que fue acertado, que esa era la respuesta. Y que ahí había que poner la urgencia. O los esfuerzos.

Es para señalar que también se mencionaron ciertas consecuencias derivadas del ASPO para los dispositivos de atención y asistencia, por ejemplo las posibles repercusiones económicas que el contexto de aislamiento podría tener en los centros de asistencia a las adicciones, así como también el hecho de tener que ceder la infraestructura de ciertos dispositivos para la atención de la contingencia de la pandemia.

5. Ventajas y oportunidades

Del mismo modo en que se les consultó a las y los referentes provinciales por las desventajas de los cambios adoptados en las provincias para el tratamiento de las problemáticas de consumo durante el ASPO, también se les preguntó cuáles consideran que han sido las principales ventajas brindadas por estos cambios. Si bien las principales desventajas mencionadas estaban relacionadas con la atención remota, la mayoría de los/as encuestados/as (14) también destacó la implementación de la atención remota como una ventaja de los cambios realizados durante el ASPO, por varios motivos. No sólo porque fue una herramienta que permitió la *continuidad de los tratamientos* que se estaban llevando a cabo con anterioridad a la implementación del ASPO, sino que en algunas provincias también posibilitó un *mayor acceso al tratamiento* de aquellas personas que normalmente no pueden llegar a los centros de tratamientos (por ejemplo, quienes viven en el interior de la provincia). Asimismo, los referentes destacaron que el uso de esta tecnología también ha

permitido un *mayor acercamiento con las familias* de los/as usuarios/as de dispositivos. En palabras de un/a entrevistado/a:

Digamos la atención del paciente en un lugar y en un momento, y después no poder tener más contacto con el profesional, esto no sucedía en esta contingencia. Pero también, como algo positivo, es que esos encuentros emitían un contacto con familiares, con otros miembros que no estaban en contacto, ver otras realidades al estar dentro de la casa de los pacientes donde tenían una cercanía, una posibilidad de tener más elementos en donde intervenir o para conocer o para realizar ese vínculo. Los pacientes y los familiares al principio estaban extraordinariamente sorprendidos que los llamen por teléfono, primero les manden un Whatsapp para avisarles que a tal hora los van a llamar, que efectivamente los llamen, que después le agenden un nuevo turno, que le manden las indicaciones por Whatsapp... como que no estaban acostumbrados a eso, creo que ha sido un beneficio eso.

Además, la atención remota fue referida en una de las entrevistas, a propósito de un acompañamiento bien cercano de las personas que demandaron atención-asistencia, permitiendo un *mejor control de los ingresos* en tanto “a las situaciones de riesgo las identificamos, las seguimos, tratamos de evitar internaciones... lo que siempre se debió haber hecho, se hizo más, para evitar internaciones” (en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental⁶). En suma, las estrategias de atención remota implementadas por las agencias presentaron dificultades propias, así como una importante oportunidad.

En menor medida, otras de las principales ventajas referidas están relacionadas con el trabajo en territorio y la articulación intersectorial, ya que la situación de contingencia puso en comunicación necesaria a actores de distintas expresiones políticas y con distintos niveles de representación en los territorios, lo que brindó la posibilidad de organización en niveles de complejidad creciente y la optimización de la utilización de los recursos, fortaleciendo y ampliando las redes de atención en los barrios con mayores vulneraciones. En las entrevistas, las articulaciones tuvieron un lugar privilegiado al conversar sobre las oportunidades en este contexto.

Pero también fue una oportunidad, si uno lo quiere ver desde el punto de vista más optimista. (...) Las situaciones de excepción como lo es la situación del ASPO también te brinda la oportunidad de cambiar los criterios de trabajo, aunque cambiar los criterios de trabajo vaya en contra del prejuicio y los preconceptos que se tienen (...) respecto de la salud mental y los consumos problemáticos. Con lo cual en ese punto te diría que se volvió una muy buena oportunidad para mostrar que la atención descentralizada hay que poder garantizarla, de que hay otra en que uno puede probar con otro dispositivo de atención. Tiendo a ver que en general hemos ganado más de lo que hemos perdido, en términos de concretar acciones.

La pandemia trae un montón de problemas pero también nos trae un montón de oportunidades que es, por ejemplo, que empiecen a atender salud mental y consumo problemático todo junto, que no se piensen como que solamente nosotros trabajamos con adictos. Nos impone la lógica de poder animarnos a pensar la salud mental, o los consumos problemáticos como una cuestión de salud mental. Me parece que es sumamente interesante ese movimiento que se dio. Sin lugar a duda cuando hay algún tipo de padecimiento subjetivo tiene que haber ahí un intento de respuesta que pueda alojar.

⁶ Es de señalar que varios/as referentes mencionaron en su discurso la importancia de ceñirse a la Ley de Salud Mental (Ley Nacional N° 26.657). Por ejemplo, en la voz de un/a entrevistado/a: “En principio, en lo referente a Ley de Salud Mental nuestra idea no es la internación, es el acompañamiento de la atención ambulatoria y eso sigue estando.”

Estas articulaciones permitieron además, según lo expresado por algunos/as entrevistados/as, visibilizar y acompañar a poblaciones específicas como personas en situación de calle (en línea con lo expuesto a propósito la sección sobre los cambios en los dispositivos). Así como fortalecer las redes con los múltiples actores que conforman el campo de los consumos problemáticos.

Este tiempo sirvió mucho para poder interactuar de esta manera con muchos profesionales, estas reuniones a nivel nacional con un referente provincial (...). Eso está siendo uno de los grandes factores positivos de la pandemia, ¿no? Que nos da la posibilidad de conectarnos... por ejemplo, este sábado vamos a tener una charla con un profesional de [país] (...) que nos va hablar sobre la salud mental, qué está pasando, cómo afrontaron en [país], y después el 26 de junio vamos a contar con la presencia de la doctora (...). Así que vamos enriqueciéndonos a través de las redes, teniendo mayores posibilidades ya sea de aprendizaje o de brindar servicios... todavía nos falta mucho ¿no? Como decíamos hace un rato, hay una franja de la población que no tiene los medios para poder conectarse, no tienen los medios de saber dónde están atendiendo y, bueno, hay mucho por poder avanzar. Estamos ansiosos de poder tener una reunión entre la gente de los CAACs y también con la gente de los DIAT junto con Sedronar, cosa que podamos interactuar, porque la gente de los CAACs son los que están en lo comunitario y en el corazón de cada localidad de mayor vulnerabilidad.

También, algunos referentes mencionaron ventajas relacionadas con la organización del trabajo, puesto que los cambios implementados permitieron un acercamiento importante para conocer los problemas estructurales en relación con la asistencia en sus distintos aspectos, así como también posibilitó la *revisión de los dispositivos de atención*. En palabras de un/a entrevistado/a, “optimizar recursos o buscar alternativas que a lo mejor dentro de la cotidianidad y de la rutina no teníamos en cuenta”. Por último, se mencionaron las *capacitaciones* brindadas a los equipos de trabajo. Un/a entrevistado/a se refería al trabajo en red posibilitado/necesitado en este contexto, en los siguientes términos:

Algo que yo rescaté mucho, que te decía al principio, esta actitud resiliente a todas las dificultades que se plantearon y que se transformaron en fortaleza pero que fue casi una directiva que le dimos a los equipos [*sobre las dificultades*] que la circunstancia nos presentaba porque era totalmente distinto de un día para el otro, o sea todo cambiaba y había que cambiar en consecuencia. El compromiso de los equipos, un compromiso extraordinario de los equipos. El compromiso de la red, esto no lo hubiéramos podido hacer sin una red tan comprometida como tenemos, eso fundamentalmente. Y el trabajo de las familias en el caso de los pacientes que fue extraordinario, o sea la familia realmente a veces a quienes trabajamos en esto, es difícil trabajar con las familias, no siempre uno lo puede hacer. Pero en este caso particular realmente se comprometieron y formaron, como corresponde, parte del tratamiento.

6. Desafíos y proyectos a futuro

Como cierre de la encuesta, se les preguntó a las y los referentes de las agencias provinciales de drogas acerca de los proyectos o iniciativas que se estuvieran evaluando implementar en las provincias de acuerdo con los nuevos aprendizajes generados por la situación de pandemia por Covid-19. Fundamentalmente, mencionaron iniciativas relacionadas con mejoras en el trabajo y el abordaje de la problemática (15 provincias), e iniciativas específicamente relacionadas con la nueva virtualidad (10 provincias).

Con respecto a los proyectos relacionados con mejoras en el trabajo y el abordaje de la problemática de drogas, fueron señaladas distintas iniciativas ligadas a los dispositivos de asistencia, al trabajo en red, al trabajo territorial y a la formación de los equipos de trabajo:

- *Dispositivos de atención y asistencia:* fortalecimiento de los dispositivos de abordaje para generar una mayor accesibilidad a la población, como así también generación y/o refuerzo de dispositivos específicos (como ser, dispositivos de primera escucha en los barrios populares, espacios terapéuticos grupales, abordaje de familia, dispositivos para adultos mayores, dispositivos de protección de la niñez).
- *Trabajo en red:* fortalecimiento de la atención coordinada y del trabajo en red, así como de la comunicación y/o derivación entre los distintos efectores de salud.
- *Trabajo territorial:* conformación de equipos locales de prevención y asistencia, acompañamiento de los diversos dispositivos territoriales, generación de oportunidades relacionadas con la re-inserción laboral, aumento de la cantidad de equipos de internación domiciliaria.
- *Formación de los equipos de trabajo:* implementación o continuidad de las capacitaciones y talleres de formación a los equipos en los diferentes espacios y niveles de intervención.

En cuanto a los proyectos relacionados con la virtualidad, estos están vinculados tanto con el *fortalecimiento de las estrategias de asistencia y contención remota*, así como con el *mejoramiento de los recursos de conectividad* de los centros asistenciales. Asimismo, los referentes mencionaron iniciativas tendientes a reforzar y generar nuevos *espacios de encuentro, intercambio y capacitación* a través de las plataformas digitales tanto para regiones o servicios que solían estar poco conectados (como aquellos del interior de las provincias), como con otros actores de la provincia que trabajan con problemáticas de consumo.

Por último, otros proyectos mencionados por algunos de los/as referentes provinciales están relacionados con la implementación de sistemas de información que permitan reflejar de mejor manera lo que acontece en los diferentes servicios para una correcta planificación de políticas públicas, y con mejoras en la difusión de las actividades y del material preventivo.

Finalmente, en las entrevistas algunos/as hicieron mención a los desafíos que imaginaban pueden verse en el futuro, en relación con las dinámicas surgidas en el contexto del ASPO y con las dificultades observadas. En ese sentido, aquellos/as entrevistados/as que integraron esta dimensión en sus discursos, lo hicieron en torno a dos ejes que configuran un entramado complejo a propósito del contexto de aislamiento: los cambios en las problemáticas asociadas al consumo de drogas y en los padecimientos de salud mental en general, y el impacto económico y social en la población.

Hay un porcentaje de personas que no tomaban antes y empezaron a tomar ahora, o que hacían un uso de alcohol pero ahora desde que está la pandemia "estoy encerrado y estoy aburrido y el vasito de vino o de otra bebida alcohólica que tomaba dos veces a la semana o una vez ahora ya lo hago todas las noches para poder dormir porque estoy aburrido porque me relaja". Entonces, yo creo que estas consecuencias las vamos a ver dentro un año o dos ¿no? Donde la persona el año que viene diga "che yo sigo con el vasito de whisky todas las noches y en realidad ahora me está afectando el trabajo, no me puedo despertar como antes, me cuesta un montón levantarme temprano y ya no hay más pandemia, no hay más medidas de este tipo y hay que iniciar la actividad que tenía antes"... ahí recién vamos a poder ir viendo cuáles son las secuelas del ASPO.

Yo creo que lo vamos a ver después. Lo que estamos viendo ahora es para mí nada, lo vamos a ver después el tema, cuando llegue el verdadero impacto económico social... el aislamiento para mí es lo menos peor. Lo que va a venir después es... bueno, las consecuencias económicas y también en la desatención de muchos problemas de salud, no solo este sino muchos otros problemas de salud van a hacer que las personas estén mucho más debilitadas ¿no? Entonces ahí es donde creo que va a haber un cambio en la presentación de estos problemas. (...) Aun cuando hayamos continuado los tratamientos ambulatorios hay muchas personas que no están siendo atendidas y eso se va a ver después ¿no cierto? Las consecuencias... hay que estar preparado para lo que se viene más que lo actual.

Se pensó también en el EHS, en Inglaterra, por ejemplo, cuando decían "el colapso del sistema" hablaban de una pandemia de salud mental entonces, y que en realidad del todo no se podía ver en la actualidad si no que los restos se iban a ver una vez pasado esto. Yo coincido con eso que vamos a tener una cuestión compleja por todo el descalabro que hay, o lo mismo digo esta que debaten entre economía y salud. Genera efectos en la subjetividad en la gente, genera irritabilidad... Planteo esto porque también empiezan aparecer estas cuestiones, que son modificaciones en la subjetividad de la gente.

7. Síntesis de resultados

Este informe presenta los resultados del Componente 1: Políticas públicas ante las situaciones de consumos problemático durante el ASPO, en el marco del *Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) por Covid-19*. Este componente tuvo como objetivo describir las principales estrategias implementadas o adaptadas por las agencias provinciales de drogas en el contexto del ASPO por Covid-19 en la Argentina, así como explorar sobre cambios en los dispositivos de atención-asistencia en materia de drogas y en las prácticas de consumo de la población, desde la perspectiva de los y las referentes de dichas agencias.

A través de una encuesta autoadministrada y de entrevistas semi-estructuradas, durante los meses de junio y julio de 2020 el Observatorio Argentino de Drogas de la Sedronar llevó a cabo el relevamiento de los datos, con una alta participación por parte de los y las referentes convocados/as.

A continuación se presentan los resultados más salientes de este primer componente, cuya lectura se verá complementada y enriquecida por la de los otros informes del estudio nacional, orientados a conocer los cambios registrados en los servicios telefónicos de primera escucha (Componente 2), las modificaciones en la dinámica de los dispositivos de atención-asistencia (Componente 3), y los cambios en las experiencias de consumo por parte de la población de 18 a 59 años (Eje 2). Es preciso mencionar que la heterogeneidad jurisdiccional, poblacional, geográfica y epidemiológica, entre otras, del panorama nacional hacen que esta descripción sea también matizada y atenta a las diferencias que efectivamente existen. Esta aclaración aplica para los siguientes ejes a presentar: las principales estrategias desplegadas, los cambios en los dispositivos, los cambios en las consultas, las ventajas y desventajas, y los desafíos y proyectos a futuro.

Principales estrategias desplegadas

- En primer lugar, pudo observarse que una de las estrategias en contexto de ASPO se vinculó con una mayor articulación intersectorial, interactoral y con niveles locales de gobierno. Así, más de la mitad (16) de las agencias provinciales de drogas realizaron acuerdos con otros involucrados -generalmente organismos gubernamentales- para la atención de personas con problemas de consumos de drogas. Estas articulaciones estuvieron mayormente vinculadas con consultas y/o derivaciones de las personas atendidas, aunque también por necesidad de recursos (financieros, de infraestructura o equipamiento) y de personal de salud. Las articulaciones en este contexto permitieron, en algunas provincias, garantizar el trabajo de las agencias en localidades alejadas del centro provincial, así como fortalecer los vínculos con los ministerios de desarrollo social y de salud (o sus homólogos jurisdiccionales).
- Por otro lado, se incorporó a la política de cuidado de las personas el seguimiento de protocolos de bioseguridad de la Sedronar y de los ministerios de salud para la promoción de espacios seguros. La mayoría (20) de los y las referentes indicó que se aplicaron nuevos **protocolos** o guías con pautas específicas de atención en los servicios de atención-asistencia, basados en las recomendaciones emitidas por el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales y por la Sedronar. Esta implementación -y adaptación- local de los protocolos fue un proceso dinámico según el contexto y las recomendaciones, así como en función de casos particulares que requirieron una estrategia específica. En

general, los protocolos aplicados remitieron a pautas de higiene para los espacios de atención-asistencia presencial (uso de elementos de protección, diferenciación de zonas sucias, desinfección, rotulado de utensilios personales, etc.), recomendaciones sobre distanciamiento físico (a través de la regulación de la cantidad de personas atendidas por hora y/o la reorganización de la circulación de los dispositivos), y, en algunos casos, lineamientos sobre cuidados en el ingreso de personas a dispositivos de tipo residencial (como aislamiento previo y/o la realización de triages e hisopados).

- Asimismo, algunas agencias provinciales incorporaron estrategias de comunicación, sumando distintos soportes, con información oficial y atendiendo a las particularidades locales. Apelando a diarios locales, redes sociales, medios de noticias digitales y/o radios AM, esta estrategia buscó una difusión de gran alcance poblacional y geográfico (incluso en zonas de alta ruralidad) de las estrategias de promoción y prevención de problemáticas asociadas a los consumos de drogas. La difusión de información precisa, oficial y oportuna permitió, en palabras de los y las referentes, “ordenar” demandas, canalizar dudas, promover un manejo de información “sin exageración”, y comunicar los canales disponibles para la búsqueda de atención-asistencia, horarios y formas de acceso.
- Finalmente, los y las referentes dieron un lugar central a la atención remota (modalidad no presencial, vía telefónica, chat o videollamadas), dado que fue clave en la continuidad de los tratamientos y la atención de las personas (terapias individuales, familiares, grupales, de abordaje farmacológico, o entrevistas de primer contacto), e implicó rediseños operativos y la adaptación del trabajo de los y las profesionales. Fue una herramienta privilegiada dadas las restricciones de circulación de la población y el distanciamiento social, y permitió garantizar la accesibilidad al tratamiento en el contexto de aislamiento social o, incluso, dar seguimiento a personas que fueron dadas de alta o externadas. A su vez, la atención remota imprimió un mayor control en los ingresos de personas a tratamientos, evitando, en algunos casos, internaciones no necesarias.

Cambios en los dispositivos

- Respecto de la disponibilidad y prestación de tratamiento (consultada para el período del 20 de marzo al 10 de mayo de 2020), lo más frecuente para todos los tipos de dispositivos -a excepción de los residenciales- fue la reducción o modificación de actividades, más que su cierre, suspensión o restricción.
- En el caso de los dispositivos ambulatorios consultorios, además de la reducción y/o modificación de actividades (15 provincias) fue frecuente la reducción del número de personal debido a licencias (11 provincias), y, en menor medida, la restricción de acceso y el cierre temporal (en 7 y 4 provincias respectivamente). Algunas provincias, que por la situación epidemiológica tuvieron que restringir de alguna manera la atención ambulatoria presencial y privilegiaron la remota, mencionaron una estrategia que denominaron caso a caso, flexible a diversas situaciones derivadas del aislamiento. En ninguna provincia se suspendieron los ingresos de nuevas personas en este tipo de dispositivo.
- Los dispositivos comunitarios se vieron modificados o reducidos en sus actividades en 13 provincias, y restringidos en su acceso o reducidos en su personal en 9 y 7 provincias respectivamente. Una de las dificultades mencionadas, especialmente en los casos de fuerte restricción, tuvo que ver con el carácter difícilmente sustituible de los dispositivos comunitarios y de las actividades comunitarias y grupales en general. Entre otras aristas de esta dificultad, se encuentra la del acceso a una asistencia-atención de bajo umbral sin la mediación de un turno programado, frente a lo cual algunos/as referentes señalaron apelar a la refuncionalización de los equipos hacia el trabajo conjunto con otros organismos en “nodos” con guardias mínimas, o su incorporación en dispositivos pensados para alojar a personas en situación de calle. En 3 provincias se registró el cierre temporal de los dispositivos comunitarios y en otras 3 la suspensión de nuevos ingresos durante el ASPO.
- En 8 provincias se suspendieron los ingresos a los dispositivos residenciales, y 5 referentes mencionaron restricciones en el acceso, reducción de personal por licencias y/o reducción/modificación de las

actividades. En general, pudo observarse que el contexto de ASPO y los protocolos y medidas sanitarias adoptadas para la prevención de la Covid-19 imprimieron importantes modificaciones en las dinámicas de estos dispositivos, tanto para los ingresos, las actividades internas y las externaciones o altas. En las jurisdicciones en las que se continuó con el ingreso de personas, estos tomaron características nuevas, como el aislamiento previo al ingreso. Por su parte, los protocolos de bioseguridad conllevaron una nueva dinámica en las actividades dentro de los dispositivos, como en el caso de visitas y salidas (muchas veces suspendidas o adaptadas a formatos virtuales). Además, algunos/as referentes mencionaron la diversidad de criterio y la complejidad de las decisiones de salidas de la internación en este contexto, a veces motivadas por la habilitación de espacios para aislamiento por Covid-19, o para garantizar mayor distanciamiento en los dispositivos; así como nuevos escenarios relativos a los procesos de alta, con obstáculos para un alta paulatina o para una buena recepción a nivel social y familiar, así como ventajas como la utilización de herramientas de atención remota para un seguimiento cercano. En algunos casos, una estrategia implementada tuvo que ver con la puesta en marcha de internaciones domiciliarias. Finalmente, en 1 provincia se cerraron temporalmente estos dispositivos.

- Por último, para los centros de día/de noche de media jornada y los de jornada completa la situación más frecuente en este contexto fue la reducción y/o modificación de las actividades (en 12 y 8 provincias respectivamente). Respecto de los de media jornada, en 7 provincias se produjo la reducción del personal en estos dispositivos, en 4 provincias el cierre temporal, en 3 la suspensión de nuevos ingresos y en 1 la restricción de acceso. Y, respecto de los de jornada completa, en 6 provincias hubo reducción de personal por pedidos de licencia, en 3 restricción de acceso, en 1 el cierre temporal y en otra la suspensión de nuevos ingresos.
- La entrega y seguimiento de tratamientos farmacológicos se reorganizó a través de estrategias de receta electrónica, entrega presencial a domicilio, entrega en dispositivos residenciales -dada la restricción de las salidas-, o, incluso, el acceso al medicamento en los hoteles de cuarentena preventiva. Junto con la utilización de bases de datos y la posibilidad de georreferenciar aquellos centros, farmacias u hospitales más cercanos a las personas, las recetas electrónicas fueron mencionadas como una herramienta potente en este contexto de circulación restringida.
- Cerca de la mitad de los y las referentes consultados indicaron una ampliación de la oferta de atención-asistencia a grupos poblacionales anteriormente no contemplados, señalando, en esos casos, a personas en situación de calle, jóvenes, personas del interior de las provincias, población con padecimientos subjetivos en general y adultos mayores. La incorporación de personas en situación de calle a dispositivos de atención-asistencia consistió en un conjunto flexible de acciones, con dificultades y oportunidades, orientadas a facilitar la accesibilidad y la visibilización, intervenciones puntuales en paradores y hoteles, protocolos conjuntos con otros entes gubernamentales, o recepción de consultas por parte de otros efectores. Esta incipiente ampliación de las estrategias abocadas a personas en situación de calle o extrema vulnerabilidad implicó un aspecto positivo no sólo en lo relativo a intervenciones de salud mental y/o consumos problemáticos de drogas, sino también en relación con el acceso al DNI y la revinculación con redes vinculares.
- No faltó, en el marco de ASPO, la mirada social de los dispositivos, atenta al contexto y la integración. En ese sentido, en 12 provincias se amplió la oferta de los dispositivos hacia otro tipo de prestaciones, especialmente la atención telefónica, el asesoramiento por trámites de seguridad social, legales, del sistema de salud u otros, la entrega de alimentos y kits de limpieza e higiene personal, y, en menor medida, acompañamiento ante situaciones de crisis y comedor comunitario.

Cambios en las consultas

- Respecto de los cambios en la magnitud de la demanda de atención y/o tratamiento a servicios de asistencia por consumo de drogas (consultada para el período del 20 de marzo al 10 de mayo de 2020),

aumentó particularmente la demanda en dispositivos de tipo telefónico (en 17 provincias), ambulatorio consultorio (en 13 provincias) y comunitario (en 10 provincias). Mientras que en los centros de día/noche y en dispositivos residenciales, en general, no se observaron cambios relevantes en la magnitud de las demandas de atención. No obstante, muchos/as de los/as referentes entrevistados/as señalaron la variabilidad de este aspecto a lo largo del tiempo durante el ASPO, en sincronía con las estrategias adoptadas -como las de comunicación y difusión de los canales de atención-, lo que no les permitiría concluir con certeza acerca de estos cambios en la demanda. Asimismo, algunos/as referentes dieron cuenta de posibles conjeturas respecto del aumento de la demanda, relacionadas con una mayor visibilización de la problemática motorizada por la situación de aislamiento.

- En cuanto a las principales problemáticas manifestadas por las personas consultantes durante el ASPO, según lo expresado por los/as referentes que contaban con dicha información, estuvieron relacionadas con problemáticas de consumo (situaciones de “necesidad” o “recaídas” del consumo, agravamiento de algunos cuadros preexistentes y/o situaciones de intoxicación), o bien con ciertas situaciones o padecimientos ligados a la situación particular de aislamiento (como situaciones de angustia, ansiedad y soledad; problemas económicos). También se observó cierto grado de conflictividad en las relaciones familiares debido a la convivencia, que en algunos casos derivó en violencia familiar y de género.
- Según las respuestas de los/as referentes, las principales demandas de las personas consultantes se centraron fundamentalmente en torno a tres ejes: demanda de tratamiento (en varios casos son demandas de familiares motorizadas por una mayor visibilización de algunos consumos y demandas vinculadas con internación), demanda de medicación (debido a las dificultades en el acceso a psicofármacos durante el ASPO) y necesidad de alimentos (vinculada a la complejización de las problemáticas económicas en esta población).
- Si bien la indagación sobre los cambios observados en las prácticas de consumo presenta en este relevamiento un tono marcadamente exploratorio, y los cambios y dinámicas de los consumos fueron variables en relación con el devenir del ASPO en el tiempo así como en relación con particularidades geográficas y sociales, pueden presentarse ciertos puntos destacados por los/as referentes. En primer lugar, se observó un aumento del consumo “puertas adentro” y se presume un mayor aumento del consumo en la población adulta (en algunos casos motivado por sensaciones de ansiedad, estrés, incertidumbre por el futuro y el trabajo), respecto del consumo en jóvenes o adolescentes (quienes “perdieron” los encuentros o reuniones sociales por fuera del hogar). Por otro lado, en muchas provincias al inicio del ASPO hubo un fuerte descenso en el abastecimiento de ciertas sustancias (principalmente tabaco y algunas drogas ilegales), hecho que propició, de acuerdo con los/as referentes entrevistados/as, un viraje a las sustancias “disponibles”, aumentando de este modo el consumo de bebidas alcohólicas y de psicofármacos. Para algunos/as referentes, este fue el motivo por el que no se presentaron las situaciones de crisis de abstinencia que -a priori- hubieran esperado en dicha situación.

Ventajas y desventajas

Al abordar las dificultades o desventajas que se presentaron en el proceso de adaptación de las nuevas estrategias de atención en el contexto de aislamiento, tanto en las entrevistas como en la encuesta pudo vislumbrarse que algunos de los factores que se presentaron como desventajas, también fueron destacados representando ciertas ventajas u oportunidades.

- Se destaca principalmente la estrategia de atención remota cuyas dificultades en la práctica fueron referidas por la mayoría de los/as referentes provinciales, señalando la falta de recursos tecnológicos y/o de conectividad de una parte de la población (generalmente aquellos que asisten a los centros de atención), así como la falta de un espacio de privacidad en sus hogares. Otra limitación que presentó la atención remota se relaciona con lo “irreemplazable de lo presencial” en el abordaje terapéutico, especialmente para ciertos dispositivos particulares (como los grupales o los comunitarios). No obstante, la atención remota

fue considerada por muchos/as de los/as referentes también como una importante oportunidad para incorporar nuevos recursos y habilidades en la práctica de atención. La principal ventaja fue la posibilidad de continuar con gran parte de los tratamientos en el contexto del ASPO; además se destacó que esta modalidad de atención permitió el acceso a tratamiento de personas que normalmente no pueden llegar a los dispositivos, un mayor acercamiento con las familias de las personas atendidas, y un mejor seguimiento de los casos que revisten mayor complejidad.

- En cuanto a los tratamientos presenciales, varios/as referentes también manifestaron dificultades relacionadas con la accesibilidad al tratamiento, ya sea por la discontinuidad en la atención como consecuencia de la restricción de circulación de la población durante el ASPO, como por los problemas económicos de los consultantes. Se destaca que a la necesidad de gestionar permisos para circular, tanto para los usuarios/as de dispositivos como para los/as profesionales, en algunas provincias se sumaron situaciones más complejas debido a la prohibición de tránsito entre jurisdicciones. De todos modos, como la mayoría de los cambios abordados, la restricción de la circulación no fue algo estático sino que, con el transcurso de las fases del ASPO, se fue flexibilizando, repercutiendo en las estrategias para el acceso a los tratamientos presenciales.
- Los y las referentes también señalaron otro tipo de dificultades que repercutieron en el desarrollo de los tratamientos presenciales durante el ASPO. Entre ellas, destaca la suspensión de actividades grupales y comunitarias, que algunos/as de los/as entrevistados/as denominan como “dispositivos insustituibles”, así como la suspensión de las visitas o de las salidas permitidas que, según indican los/as mismos/as referentes, forman parte del tratamiento terapéutico residencial en tanto proceso de restablecimiento del lazo social.
- Otras dificultades mencionadas fueron las relacionadas con el trabajo de los equipos, ligadas principalmente a la compleja adaptación a las nuevas modalidades y dinámicas de atención, asistencia y acompañamiento en el nuevo contexto, la dificultad de realizar las principales prestaciones brindadas por los dispositivos, y la reducción y sobrecarga del personal. Esta sobrecarga generada por la reducción de los recursos humanos y la adaptación del trabajo conocido significó una “doble tensión”, en la medida en que simultáneamente aumentó la demanda de atención y asistencia en el ámbito de la salud mental en general, y de las adicciones en particular. También se señalaron dificultades vinculadas con la organización de los equipos y la articulación y coordinación entre distintos sectores. Sin embargo, algunos/as referentes también destacaron que la situación de contingencia motorizó algunas oportunidades para el trabajo de los equipos y la articulación intersectorial, al manifestarse como necesaria la comunicación entre actores de distintas expresiones políticas y con distintos niveles de representación en los territorios, posibilitando la organización en niveles de complejidad creciente y la optimización de la utilización de los recursos, fortaleciendo y ampliando las redes de atención. Estas articulaciones permitieron, entre otros aspectos, visibilizar y acompañar a poblaciones específicas -como personas en situación de calle-, así como fortalecer las redes con los múltiples actores que conforman el campo de los consumos problemáticos. Otras de las ventajas señaladas tienen que ver con la oportunidad que tuvieron muchas provincias de organizar capacitaciones para los equipos de trabajo, así como también se posibilitó la revisión de los dispositivos de atención y de prácticas que estaban naturalizadas.
- Por último, los y las referentes provinciales también señalaron ciertas desventajas relacionadas con las consecuencias del contexto de aislamiento, tanto para la población como para los centros de atención y asistencia a los consumos problemáticos. Entre ellas, se destacan el miedo al contagio, tanto del equipo terapéutico como de la población que asiste a estos dispositivos; situaciones de abstinencia que se vieron puntualmente desencadenadas en algunas personas que debieron cumplir con procesos de aislamiento obligatorio en hoteles u otros espacios; y la crisis económica que se profundizó en el contexto del ASPO. También se mencionaron ciertas consecuencias derivadas del ASPO para los dispositivos de atención y asistencia, como ser las posibles repercusiones económicas que el contexto de aislamiento podría tener en

los centros de asistencia, así como el tener que ceder la infraestructura de ciertos dispositivos para la atención de la pandemia.

Desafíos y proyectos a futuro

- Pese a que el relevamiento fue llevado a cabo en pleno transcurso de la pandemia por Covid-19 en nuestro país, los y las referentes pudieron identificar ciertos proyectos o mejoras futuras a partir de los aprendizajes que les brindó la situación particular de contingencia. Principalmente, mencionaron iniciativas relacionadas con mejoras en el trabajo y el abordaje de la problemática, como ser la necesidad de mejoramiento y fortalecimiento de los dispositivos de atención-asistencia, del trabajo en red, del trabajo territorial y de la formación de los equipos de trabajo. También se hizo hincapié en mejoras relacionadas con la llamada nueva virtualidad, implicando con esto tanto el fortalecimiento de las estrategias de asistencia y contención remota, así como el mejoramiento de los recursos de conectividad de los centros asistenciales. Es de destacar que ambas mejoras coinciden con las señaladas como necesarias a incorporar o fortalecer por aquellos/as referentes provinciales que consideraron que la oferta de atención y tratamiento por consumo de sustancias durante el ASPO no llegó a ser suficiente.
- La implementación de sistemas de información y las mejoras en la difusión de actividades y material preventivo son otras de las iniciativas a futuro mencionadas por algunos/as referentes.
- Para finalizar, considerando el complejo entramado surgido a partir de la situación de aislamiento y sus variadas y dinámicas vertientes, algunos/as entrevistados/as hicieron foco en los principales desafíos que, según ellos/as, deberán hacerse frente una vez finalizado el ASPO, relacionados principalmente con los cambios en los padecimientos de salud mental en general y en las problemáticas asociadas al consumo de drogas en particular, así como con el impacto económico y social en la población.

Eje 1: Modificaciones en las políticas y los dispositivos de acompañamiento y asistencia

Componente 2: Relevamiento en líneas telefónicas de organismos públicos de atención y asesoramiento ante problemáticas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas

INFORME DE RESULTADOS. Septiembre 2020

Liliana Barberis y Nora Cadenas

1. Introducción y ficha metodológica

Los resultados que se presentan a continuación remiten al Componente 2: Políticas públicas ante las situaciones de consumos problemático durante el ASPO, a través de un análisis estadístico de la línea telefónica nacional y las líneas telefónicas provinciales, y un relevamiento de los comentarios y percepciones de los/as operadores/as que atienden las llamadas de la línea 141 de la Sedronar.

Objetivo general

Describir los cambios que se produjeron en las consultas recibidas por el servicio de las líneas telefónicas – nacional y provinciales- y en las respuestas brindadas, a partir de la implementación del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio en todo el territorio nacional, entre el 19 de marzo y el 15 de mayo de 2020.

Objetivos específicos

- Conocer los cambios que se produjeron en las dinámicas de trabajo de las personas que trabajan en el servicio de atención y acompañamiento durante el aislamiento.
- Describir los cambios en las problemáticas vinculadas al consumo de sustancias que se observan en las consultas de la población al servicio de atención y acompañamiento durante el aislamiento.
- Identificar los cambios en las demandas y consultas –vinculadas o no al consumo de sustancias- realizadas a los servicios de atención y acompañamiento.
- Caracterizar las estrategias de cuidado individuales y colectivas implementadas por la población consultante en el contexto de aislamiento.
- Caracterizar las estrategias de asistencia implementadas por los efectores de salud en el marco del aislamiento.
- Conocer las diferentes estrategias y respuestas brindadas desde el servicio de atención y acompañamiento a partir de la declaración del aislamiento preventivo.

Diseño y método

Se diseñó un estudio exploratorio, descriptivo a partir de una metodología cuanti-cualitativa que da cuenta de los cambios percibidos en las problemáticas derivadas por el consumo de sustancias durante el APSO, a partir de las consultas recibidas por los servicios telefónicos y las respuestas brindadas.

Se presenta una única unidad de análisis -las consultas a las líneas telefónicas-, subdividida en dos unidades de observación:

- Registros estadísticos arrojados por las líneas telefónicas provinciales y nacional

- Entrevista grupal bajo la modalidad de focus group a los trabajadores de la línea telefónica nacional 141.

Se realiza un único informe integrando los dos bloques mencionados:

- a. Análisis estadístico de la base de datos generada por las líneas telefónicas de atención y acompañamiento a problemáticas de consumo durante el ASPO.

La población de estudio de este componente está conformada por las consultas listadas en los registros estadísticos generados por las líneas telefónicas (provinciales y nacional) de atención y asesoramiento a problemáticas de consumo durante el APSO (20 de marzo al 10 de mayo). Por cuestiones metodológicas el período bajo indagación se extendió entre el 19 de marzo y el 15 de mayo para poder evaluar las consultas a la línea 141 durante 8 semanas completas.

Para ello, se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables de interés de dichos registros administrativos.

Las dimensiones centrales que se indagan son:

- Tipos y cantidad de consultas recibidas.
- Motivo de la consulta.
- Perfil de consultantes:
 - Género del consultante/persona que consume
 - Edad del consultante
 - Tiempo de consumo de la persona que consume
 - Tratamiento recibido por el consumidor
 - Tiempo de tratamiento de la persona que consume
 - Lugar de residencia del consultante
 - Vínculo del consultante con la persona que consume

- b. Entrevista grupal a trabajadores de la línea telefónica 141 (Sedronar).

Se llevó a cabo una entrevista grupal a 8 de los 23 operadores de la línea telefónica “141” a partir de la metodología de Grupo Focal Virtual y se complementa con la lectura de los informes diarios elaborados por los trabajadores. El período bajo indagación es el comprendido entre el 20 de marzo y el 10 de mayo de 2020.

Las dimensiones centrales que se indagan son:

- Cambios en las jornadas y contexto del trabajo, de los operadores durante el APSO
- Cambios percibidos en las problemáticas vinculadas al consumo de las consultas recibidas. Percepción de cambios pre-durante ASPO.
- Cambios percibidos en otras problemáticas -vinculadas o no al consumo- de las consultas recibidas. Percepción de cambios pre-durante ASPO.
- Estrategias de cuidado individuales y colectivas de los consultantes. Percepción de cambios pre-durante ASPO.
- Estrategias de atención del servicio de atención y acompañamiento. Percepción de cambios pre-durante ASPO.
- Demandas de internación y/o tratamiento recibidas, a partir del APSO.

2. Estrategias de abordajes telefónicos en el contexto del ASPO. Creación y fortalecimiento de líneas telefónicas provinciales

a) Creación y fortalecimiento de abordajes telefónicos en el contexto del ASPO

El contexto de novedades y complejidades que surgieron en el marco de la pandemia, si enfocamos nuestra mirada en el sistema sanitario, estuvo marcado por un fuerte proceso de fortalecimiento (centrado en el hospital y las unidades de terapias intensivas) y de readecuación de las modalidades de atención y cuidado en el marco de las problemáticas de salud no asociadas directamente al covid19. En ese marco de fortalecimientos y readecuaciones, los abordajes telefónicos fueron una de las estrategias privilegiadas.

De acuerdo a la información recolectada sobre líneas de atención y contención de consumos problemáticos, al comienzo del ASPO, fue posible realizar una caracterización no exhaustiva de tres grandes agrupamientos respecto a las líneas provinciales: líneas de atención y contención que funcionaban desde antes de la pandemia; líneas telefónicas que funcionaban para la gestión y administración de turnos y se refuncionalizaron a partir del ASPO y líneas que fueron creadas para la atención y contención en éste mismo contexto.

Dentro de las líneas históricas de atención y contención sobre consumos problemáticos fue ubicada la línea nacional perteneciente a la Sedronar (Línea 141) y tres líneas provinciales: Buenos Aires (con la línea gratuita 0 800), CABA (con la Línea 108) y La Pampa (con la línea 132).

También existían otro tipo de líneas, en algunas provincias, que no eran una estrategia de atención y contención para las personas en situación de consumo pero que, a partir del ASPO, se refuncionalizaron para cumplir alguno de esos objetivos. En este grupo pudimos encontrar líneas de los centros asistenciales provinciales (Entre Ríos y Misiones), líneas de gestión de turnos desde las agencias provinciales (Santa Fe y Santiago del Estero) o líneas provinciales no exclusivas de consumos (como el 0 800 de salud que utilizaba Jujuy para brindar turnos).

Mientras que en otras provincias, como Catamarca, Chubut, Córdoba, Mendoza, Neuquén, Rio Negro y Salta, fue durante el primer período de ASPO que comenzaron a brindar por brindar líneas telefónicas para la atención y contención de personas en situación de consumo.

En consonancia con las diversas lógicas que fundamentaron el nacimiento de las líneas y la inédita situación provocada por el contexto de la pandemia, nos encontramos frente a distintas modalidades de registros y diferencias en las dimensiones abordadas en cada línea. Fueron esas diferencias las que brindaron el marco de posibilidades de análisis que se realizó en el presente informe.

b) Características del servicio de la Línea telefónica 141 y cambios en el abordaje de las respuestas brindadas

Características del equipo y cambios en la modalidad de trabajo

La línea telefónica está conformada actualmente por 23 operadores que se distribuyen en diferentes turnos durante las 24 horas. De lunes a viernes trabajan seis operadores durante el día y tres durante la noche. Los fines de semana y feriados, dos operadores realizan turnos diurnos y otros dos, turnos nocturnos.

Los operadores que participaron de la entrevista grupal trabajan en el servicio desde hace varios años; cuentan con gran experiencia y conocimiento de trabajo.

Mencionan que las guardias son fijas y tienen asignados días establecidos para cada operador; principalmente la rotación se produce los fines de semana y los feriados. Valoran el modo en que están organizadas las guardias, porque dan previsibilidad que les sirve para organizarse, más allá del trabajo diario. El sistema de guardias posibilita que el servicio pueda funcionar las 24 horas de manera ágil y sin complicaciones. Según antecedentes de la trayectoria de su trabajo, tuvieron otros horarios, pero fue necesario realizar una revisión porque la carga horaria recaía más en unos que en otros y, de esta manera, se logró que todos los operadores trabajen la misma cantidad de tiempo.

En sus inicios, en el servicio trabajaban una o dos personas por turno; en la actualidad, los integrantes han aumentado y esto facilita y enriquece el trabajo al permitir compartir opiniones e información para dar respuesta adecuada, según el requerimiento del llamado, a la vez que proporciona un soporte y nutre el trabajo en su complejidad.

Los operadores de la línea 141 trabajan de manera coordinada con la Dirección de Atención Inmediata y, según las necesidades circunstanciales, se vincula con otras áreas y organizaciones, internas y externas a la Secretaría (Observatorio Argentino de Drogas, Registro de Instituciones, Auditorías, Grupos de familia, Traslados, Jurídicos, Prevención y/o Capacitación, etc.).

Los integrantes de la línea mencionan que es un servicio profesionalizado donde Informan, orientan y contienen desde el conocimiento y experiencia de cada profesional. Asimismo, mencionan que fortalecen su trabajo con reuniones de equipo periódicas y organizan reuniones de capacitación e intercambio con operadores de otras líneas telefónicas.

Cambios en el abordaje del trabajo y en las respuestas brindadas

La actual situación surgida por el ASPO produjo cambios en el trabajo desarrollado por los operadores en el servicio. Actualmente realizan tareas que antes no hacían de forma habitual. Previo al aislamiento, los trabajadores del servicio derivaban a la Dirección de Atención Inmediata los llamados de las personas solicitando internación / tratamiento y ellos se ocupaban del turno y de la gestión. Antes eran la puerta de entrada a esas demandas donde la consulta era totalmente anónima. En este período, los operadores tienen un rol diferente al encargarse de tomar los datos de los consultantes debido a que los trabajadores de la Dirección de Atención Inmediata también están trabajando desde sus domicilios particulares. Por lo tanto, en la línea 141 se toman todos los datos de la persona que requiere atención (nombre, teléfono, DNI) y se los envían al Centro para que ellos se contacten.

En relación a la provisión de medicamentos solicitados por las personas atendidas por consumo de sustancias, los operadores manifiestan que previo al ASPO, la medicación recetada era gestionada directamente en el área correspondiente. Luego de la implementación de la cuarentena y al encargarse el servicio telefónico de tomar los datos de las personas que llaman, facilitan el proceso del retiro de la medicación por parte de los consultantes.

Asimismo, recibieron gran cantidad de llamados de pacientes, familiares y organizaciones sociales solicitando la medicación previamente indicada.

Dificultades iniciales: técnicas y/o contextuales

Según la opinión de los operadores, las primeras semanas luego de decretarse el ASPO fueron definidas como caóticas. Hubo llamados de personas que decían haber llegado al lugar donde recibían tratamiento y haberlo

encontrado cerrado, hubo llamados de personas que no tenían claridad sobre cuándo o cómo debían continuar su tratamiento. El servicio telefónico también tuvo que readecuarse ante esta nueva situación. Los operadores consideran que esta situación se debió a que tanto las instituciones, como ellos mismos, tuvieron que adaptar nuevos protocolos y reorganizar la atención en general.

Nuevas estrategias de atención

Sobre las nuevas estrategias de atención y resolución de los pedidos que están utilizando en el servicio, mencionaron que la atención telefónica, a partir del uso de celulares, profundizaron algunos problemas que se arrastraban desde antes del ASPO. Las personas que requieren del servicio hoy, necesitan tener un celular para que el profesional pueda llamarlos y hacer la evaluación; de lo contrario, quedan aisladas al no poder ser contactados.

Las dificultades se agudizaban cuando las personas están en situación de calle al ser muy difícil que tengan un teléfono celular con acceso a internet para que un profesional pueda comunicarse con ellas y realizar una entrevista virtual para una evaluación.

Por otro lado, el llamado al 141 es pago al realizarse desde el celular, por ello consideran necesario rever este estatus y encontrar una solución adecuada. Las comunicaciones se suelen cortar antes de finalizar el pedido y cuando vuelven a llamar informan que tuvieron que hacer recarga de crédito para su equipo. Los consultantes pueden contactarse de forma gratuita desde un teléfono de línea a los que cada vez es más complejo de acceder porque se ha discontinuado el uso de este tipo de comunicación, tanto en el ámbito privado como en la vía pública.

Otras situaciones percibidas por los operadores se refieren a que empezaron a notar que es insuficiente el recurso de atención remoto o virtual o telefónico para algunos casos en particular; se fue incrementando la demanda de atención de las personas con consumo problemático para ser efectuada de manera presencial, en los dispositivos territoriales. Esta demanda fue realizada tanto por parte de las familias como de miembros de los servicios públicos de salud.

3. Cambios en las consultas asociadas al consumo durante el ASPO

a) Consultas registradas en la línea 141

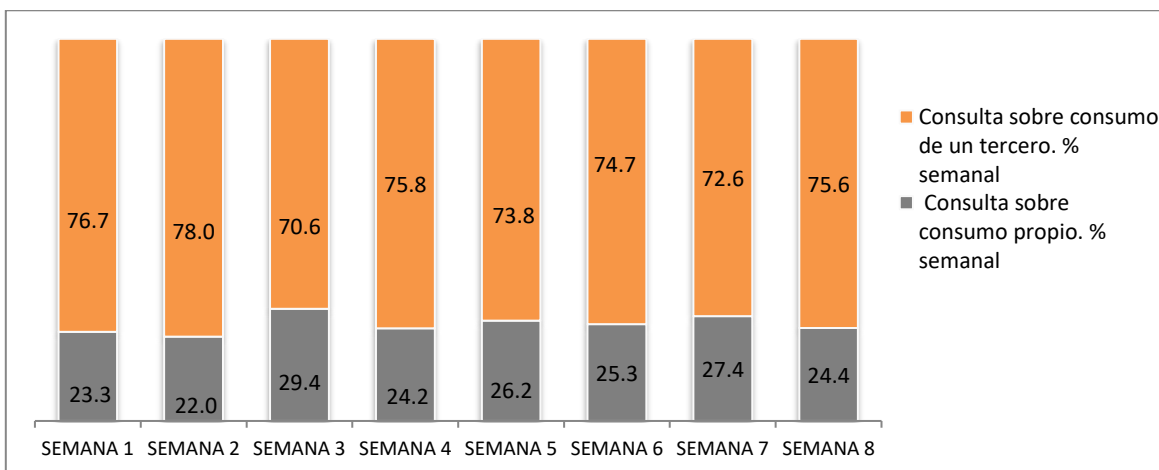
Entre el 19 de marzo y el 15 de mayo se registraron 1462 consultas efectivas vinculadas a la problemática del consumo, de las cuales 1092 (74,7%) correspondieron a llamados referidos a terceros, mientras que 370 consultas (25,3%) fueron realizadas directamente por el consumidor (cuadro 1).

Cuadro 1: Distribución de las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Período 19-3 al 15-5. N=1462.

Tipo de consulta	Consultas	%
Sobre Consumo propio	370	25,3
Sobre consumo de un tercero	1092	74,7
Total	1462	100,0

Al final del período analizado, las consultas específicas sobre consumo (353) aumentaron en más del 165% con respecto a la primera semana (133). La cantidad de consultas, tanto para sí como para otras personas, aumentaron tomando en consideración la franja temporal que va de la semana 1 (entre el 19 y el 25 de marzo) a la semana 8 (entre el 7 y el 15 de mayo). Sin embargo, observando al interior de cada una de ellas, se mantiene la superioridad de llamados sobre consumo de terceros. En todo el período dichos llamados representaron el 75% del total de consultas específicas por consumo de sustancias (gráfico 1).

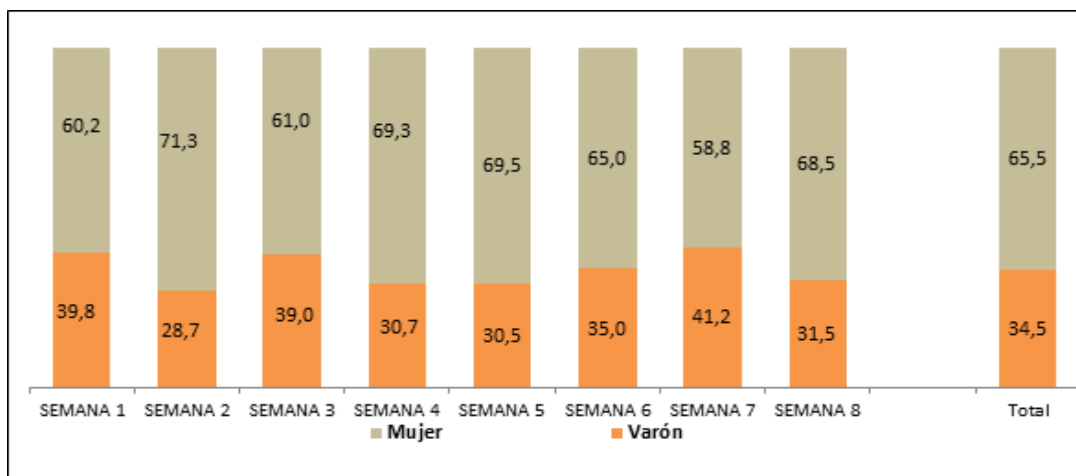
Gráfico 1: Distribución de las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Evolución semanal. 19-3 al 15-5. N=1462.



Consultas según género del consultante

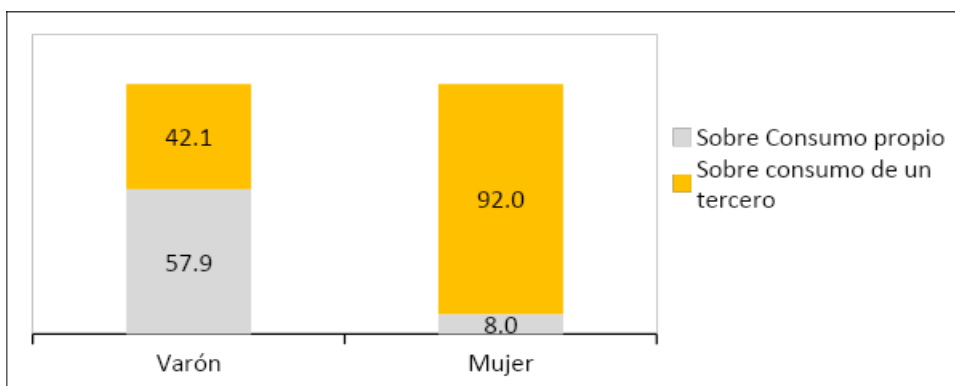
Durante el período bajo estudio, la mayoría de las consultas fueron realizadas por mujeres (65,5%). En el gráfico 2 puede observarse dicha predominancia en los llamados de cada semana.

Gráfico 2: Distribución del género del consultante (%) en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Evolución semanal. 19-3 al 15-5. N=1462.



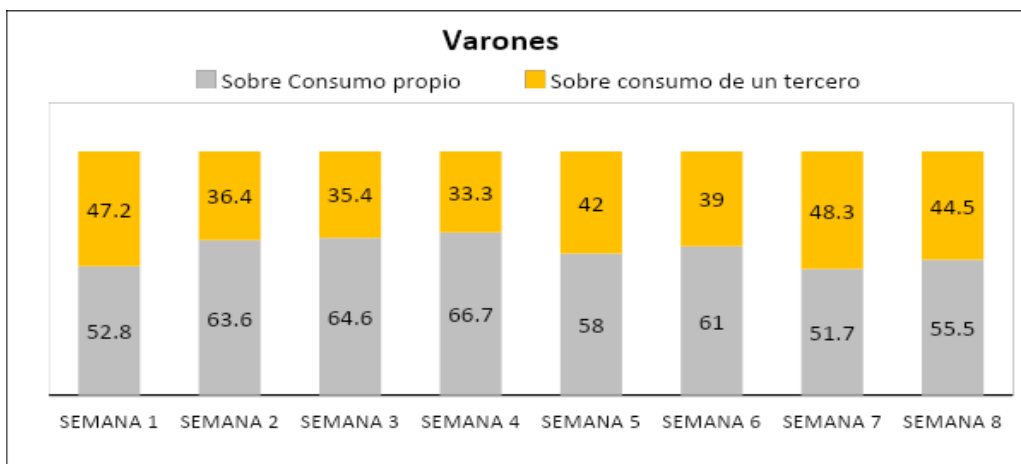
Sin embargo, observando la distribución por género según el tipo de consulta realizada, se observa que, en el total del período, sólo el 8,0% de las mujeres que consultaron lo hicieron refiriendo a sí mismas, mientras el 92% restante lo hizo por el problema de consumo de un tercero. Los varones llamaron, en general, con mayor frecuencia sobre problemas de consumo propio (57,9%), las llamadas relacionadas con problemas de una tercera persona, realizadas por varones, alcanzan el 42,1% (gráfico 3).

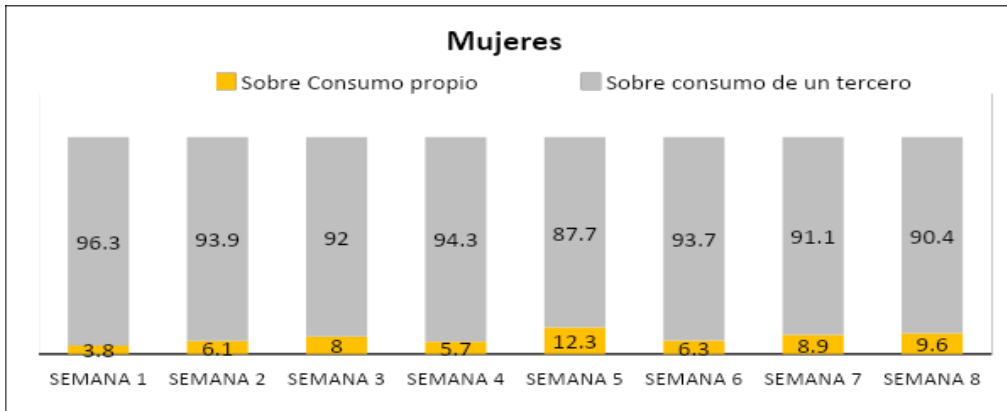
Gráfico 3: Distribución de las consultas vinculadas al consumo de sustancias (%) según el género del consultante. Argentina, 2020. Período 19-3 al 15-5. N=1462.



Esta distribución se repite cada semana como puede observarse en el gráfico 4.

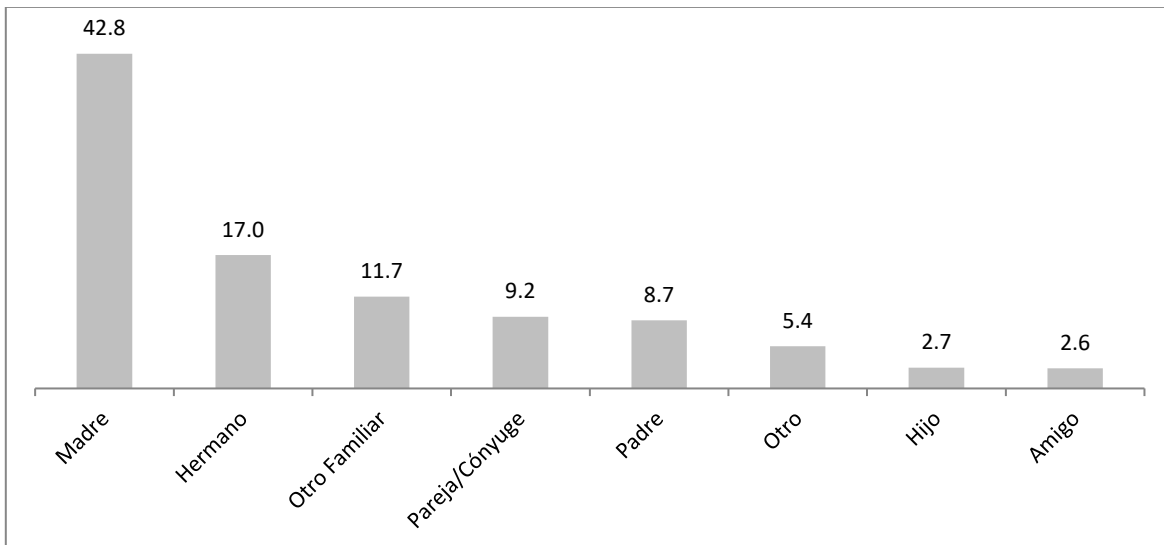
Gráfico 4: Distribución del género del consultante según el tipo de consulta vinculada al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Evolución semanal. 19-3 al 15-5. N=1462.





Analizando las consultas sobre consumo de terceros, según el vínculo con el consumidor al que se refiere en los llamados, nuevamente se observó una notable presencia femenina: mientras que casi el 43% de los llamados corresponden a madres, sólo el 8,7% corresponde a padres. Por otra parte, el 92% de las consultas fue hecho por el entorno familiar de la persona que consume. El resto se distribuyó entre profesionales, amigos u otro vínculo no especificado (gráfico 5).

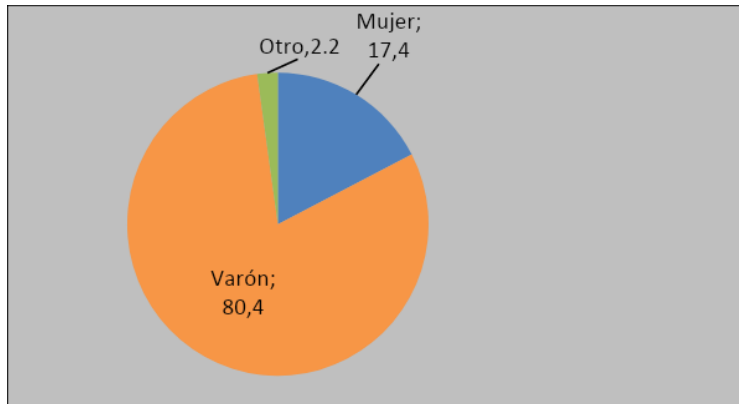
Gráfico 5: Distribución (%) del vínculo de las personas que consultan sobre un tercero en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Evolución semanal. 19-3 al 15-5. N=1462.



Consultas según género de la persona que consume

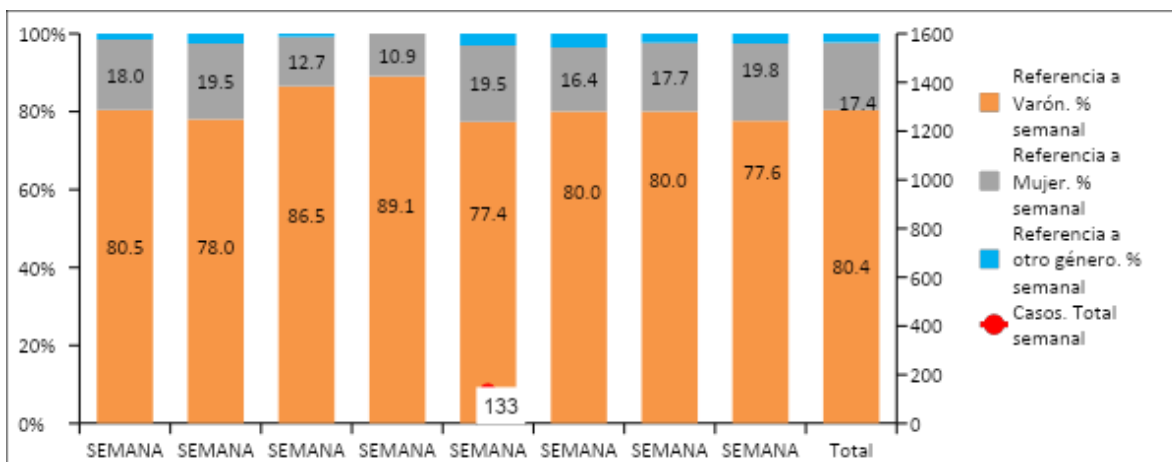
En referencia al género y edad de la persona que consume, del total de consultas (1462) vinculadas al consumo de sustancias, el 80,4% refirió, directa o indirectamente, a consumidores varones (gráfico 6).

Gráfico 6: Distribución del género (%) de la persona que consume referido en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Período 19-3 al 15-5. N=1462.



El siguiente gráfico da cuenta del género de la persona que consume, informado por el propio consultante o por un consultante indirecto, en el transcurso de las ocho semanas. Como se observa, a lo largo del período el peso de llamados referidos a consumidores varones es mucho mayor en relación a los referidos a mujeres.

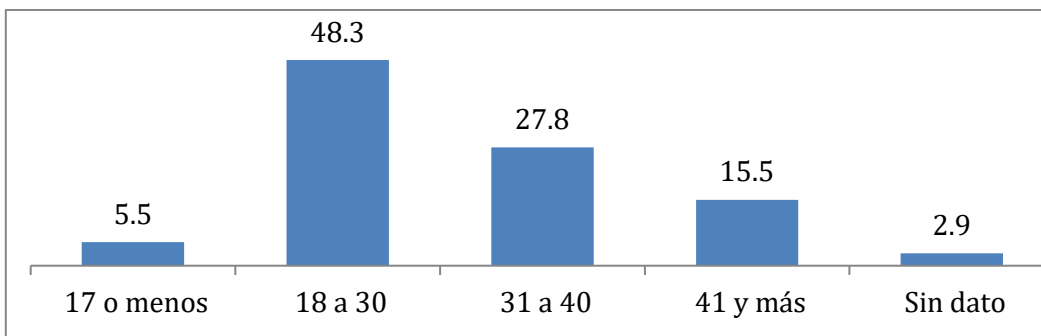
Gráfico 7: Distribución del género de la persona que consume referido en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Evolución semanal. 19-3 al 15-5. N=1462.



Consultas según edad de la persona que consume

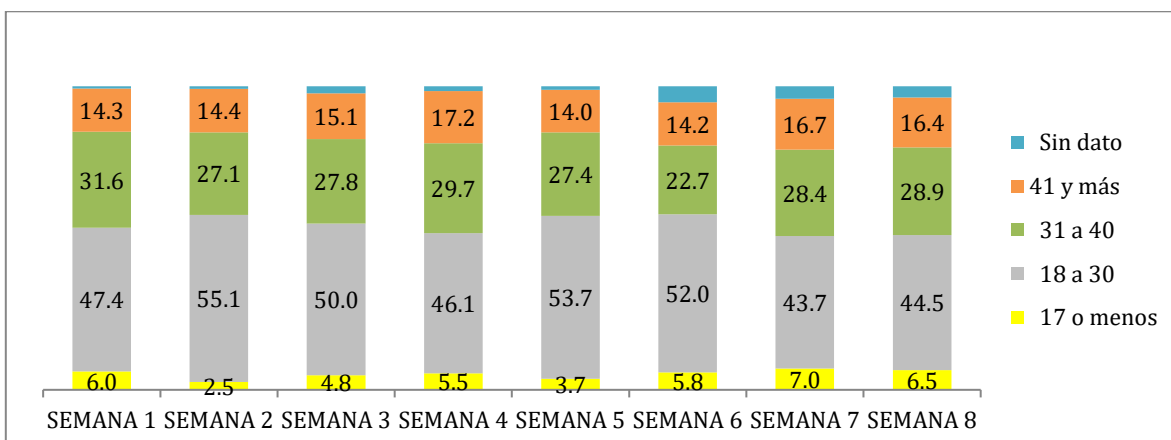
Tomando la edad de la persona acerca de las que se consultó durante las ocho semanas, se agrupó en cuatro estratos para mayor claridad de análisis, pudiendo observar que cerca de la mitad de los llamados (48,3%) da cuenta de edades de los consumidores que van entre 18 y 30 años (gráfico 8).

Gráfico 8: Distribución (%) de la edad de la persona que consume referida en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Período 19-3 al 15-5. N=1462.



El grupo de edad menos mencionado durante el período evaluado, fue el de hasta 17 años (81 consultas en total). Contrariamente, el grupo de edad de 18 a 30 años (706 consultas en total) es el mayormente mencionado en los llamados de cada semana. En tanto, 406 consultantes refirieron, como edad de la persona que consume, a la franja que va de los 31 a los 40 años y 226 mencionaron como edad de la persona que consume a aquellos de 41 años o -más. El gráfico 9 describe, para cada semana, la distribución porcentual de la edad de la persona que consume mencionada en los llamados.

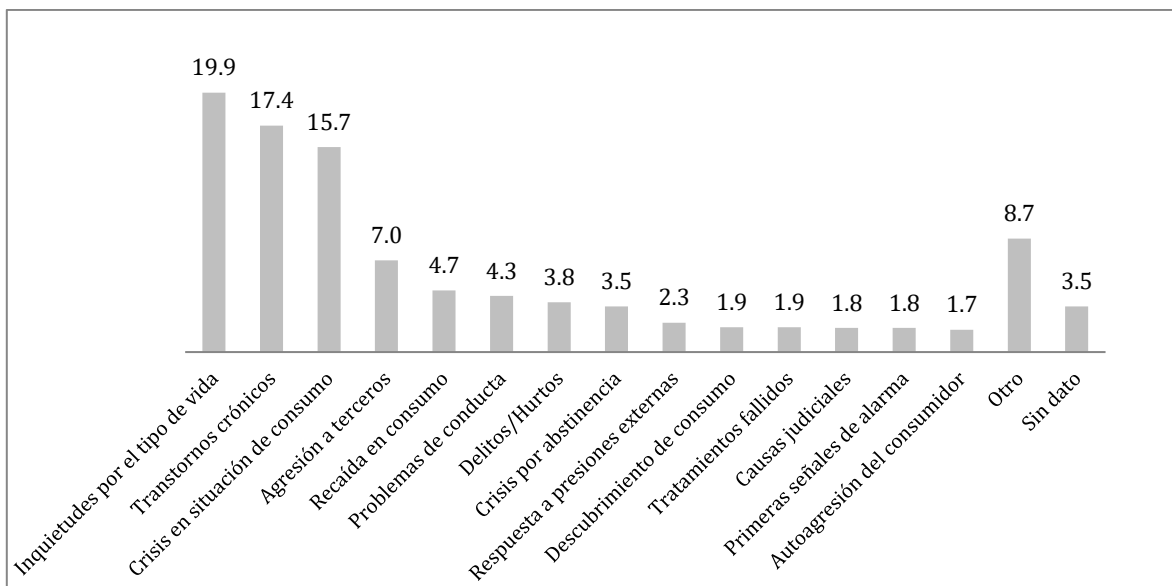
Gráfico 9: Distribución (%) de la edad de la persona que consume referida en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Evolución semanal. 19-3 al 15-5. N=1462.



Motivo de consulta

En el gráfico 10 se detallan los motivos de consulta declarados sobre sí mismo (en consultas directas) o sobre terceros (en consultas indirectas). Las categorías que integran los motivos de consulta son las que utiliza la herramienta de registro con la que cuenta el área para asentar los distintos tipos de llamados.

Gráfico 10: Distribución (%) del motivo de consultas en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Período 19-3 al 15-5. N=1462.



Motivos de consulta. Evolución semanal.

En cuanto a la evolución de los motivos declarados, las consultas ligadas a inquietudes por el tipo de vida de la persona que consume (total del período: 291) se mantuvieron sin grandes cambios; mientras que, entre la séptima (30/4 al 6/5) y la octava semana (7/5 al 15/5), las mismas aumentaron un 196%.

En relación con la distribución de las consultas por crisis en situación de consumo (total del período: 230), hasta la semana cuatro el número de llamadas no tuvo una tendencia marcada y a partir de allí, fue en aumento hasta la semana ocho.

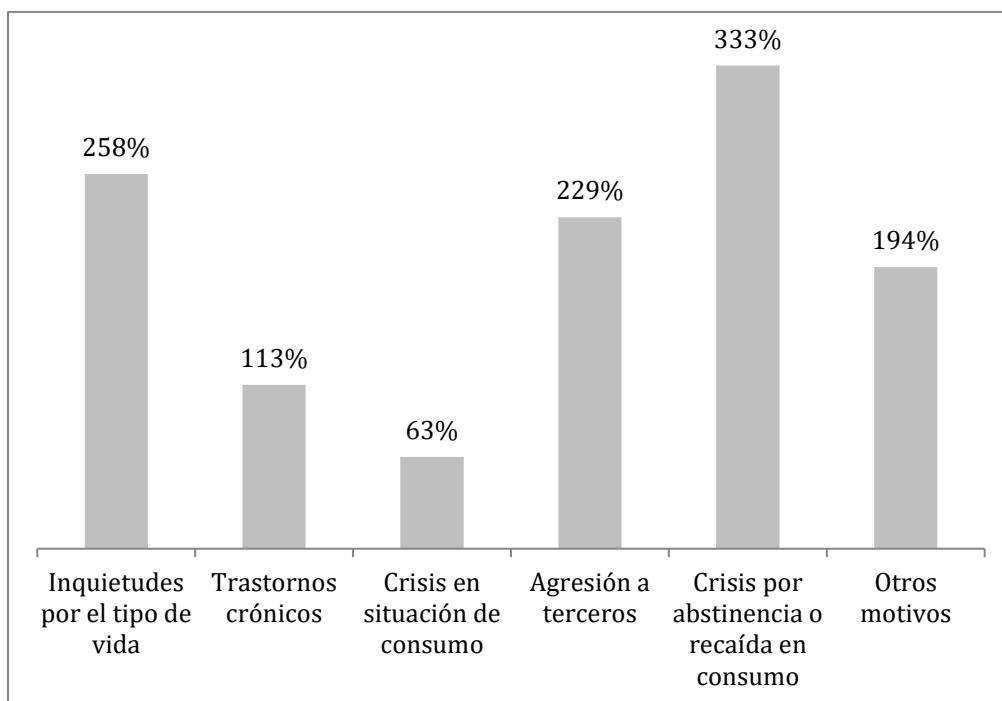
En el total del período 19/3 a 15/5, sumaron 103 los llamados por motivo de agresión a terceros y 74 por crisis por abstinencia o recaída en consumo. En el primer caso se observa un continuo ascenso a partir de la semana 2 (26/3 al 1/4), con un leve descenso en la semana seis (23/4 al 29/4), mientras que, en el segundo caso, hasta la semana 5 el número de consultas se mantuvo constante y entre la séptima y octava semana se duplicó.

Entre la cuarta (9/4 al 15/4) y quinta semana (16/4 al 22/4) se produjo un descenso del 64% de llamadas por trastornos crónicos, pasando de 31 en la semana cuatro a 11 en la semana cinco.

A partir de allí, se produjo un aumento hasta alcanzar, en la octava semana, a 66 llamados referidos a dicho motivo (total del período: 254).

En el gráfico siguiente se presenta el porcentaje de aumento (entre la última y primera semana del período) de los motivos de consulta más frecuentes.

Gráfico 11: Distribución (%) de los motivos de consulta más frecuentes en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Aumento porcentual entre la 8° y 1° semana. Argentina, 2020. Período 19-3 al 15-5. N=1462.



Motivo de consulta de acuerdo al género de la persona que consume

Los motivos de consulta más frecuentes, tanto para mujeres como para varones son: inquietudes por el tipo de vida (en mayor porcentaje en la referencia a varones), trastornos crónicos (16,9% referente a consumidores varones y 20,5% referido a mujeres) y crisis en situación de consumo sin mayores diferencias por género de la persona que consume. Sobre el motivo de consulta, agresión a terceros, los llamados que refieren a varones casi duplican a los de las mujeres (7,8% vs 4,3%).

El porcentaje de consultas por recaída en el consumo de mujeres es superior con respecto a los varones (6,3% versus 4,4% respectivamente) e inferior en el caso de problemas de conducta (3,5% vs 4,4%). En tanto, los motivos de consulta por delitos casi no fueron mencionados para el caso de mujeres consumidoras; en cambio representan el 4,5% de las consultas referidas a varones.

Finalmente, los llamados vinculados a “crisis por abstinencia” representaron el 3,5% de los motivos y fue algo superior en los referido a varones en comparación con los referidos a mujeres (3,7% vs 2,8%) (cuadro 2).

Cuadro 2: Distribución (%) del motivo de consulta de acuerdo al género de la persona que consume referido en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Período 19-3 al 15-5. N=1462.

Motivo de consulta	Varón	Mujer	Total
Inquietudes por el tipo de vida	20,4	16,9	19,9
Trastornos crónicos	16,9	20,5	17,4
Crisis en situación de consumo	15,5	16,9	15,7
Agresión a terceros	7,8	4,3	7,0
Recaída en consumo	4,4	6,3	4,7

Problemas de conducta	4,4	3,5	4,3
Delitos/Hurtos	4,5	0,4	3,8
Crisis por abstinencia	3,7	2,8	3,5
Otros motivos	22,3	28,3	23,6
Total	100.0	100.0	100.0

Motivo de consulta de acuerdo a la edad de la persona que consume

En cuanto a los motivos de consulta mencionados en los llamados vinculados a la edad de la persona que consume (cuadro 3), la mayoría de las consultas para la edad comprendida entre 17 años o menos y los 40 años, se refirieron a las inquietudes por el tipo de vida (en promedio, el 22% de los llamados aluden a este motivo). En tanto, cuando la referencia fue a usuarios de 41 años y más, el motivo de preocupación más frecuente fue sobre trastornos crónicos (el 20% de las consultas o más). Entre los llamados acerca de los más jóvenes (17 años o menos) el segundo motivo más mencionado fue agresión a terceros (9,9%) seguido de crisis en situación de consumo (8,6%).

Este último motivo también se encuentra entre los tres más frecuentes para el resto de los grupos etarios. Las consultas sobre problemas de conducta y sobre delitos/hurtos fueron superiores entre los menores.

Cuadro 3: Distribución (%) del motivo de consultas de acuerdo a la edad de la persona que consume referida en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Período 19-3 al 15-5. N=1462.

Motivo de consulta	Grupo de edad				
	17 años o menos	18 a 30 años	31 a 40 años	41 a 55 años	56 años y más
Inquietudes por el tipo de vida	25,9	19,8	21,4	18,9	6,5
Trastornos crónicos	6,2	16,0	18,0	20,0	28,3
Crisis en situación de consumo	8,6	15,3	19,2	14,4	21,7
Agresión a terceros	9,9	7,1	6,9	8,3	4,3
Recaída en consumo	2,5	3,5	4,7	10,0	8,7
Problemas de conducta	7,4	4,8	3,9	2,8	4,3
Delitos/Hurtos	7,4	5,1	2,5	2,2	0,0
Crisis por abstinencia	0,0	3,8	4,4	2,2	2,2
Otros motivos	32,1	24,5	19,0	21,1	23,9

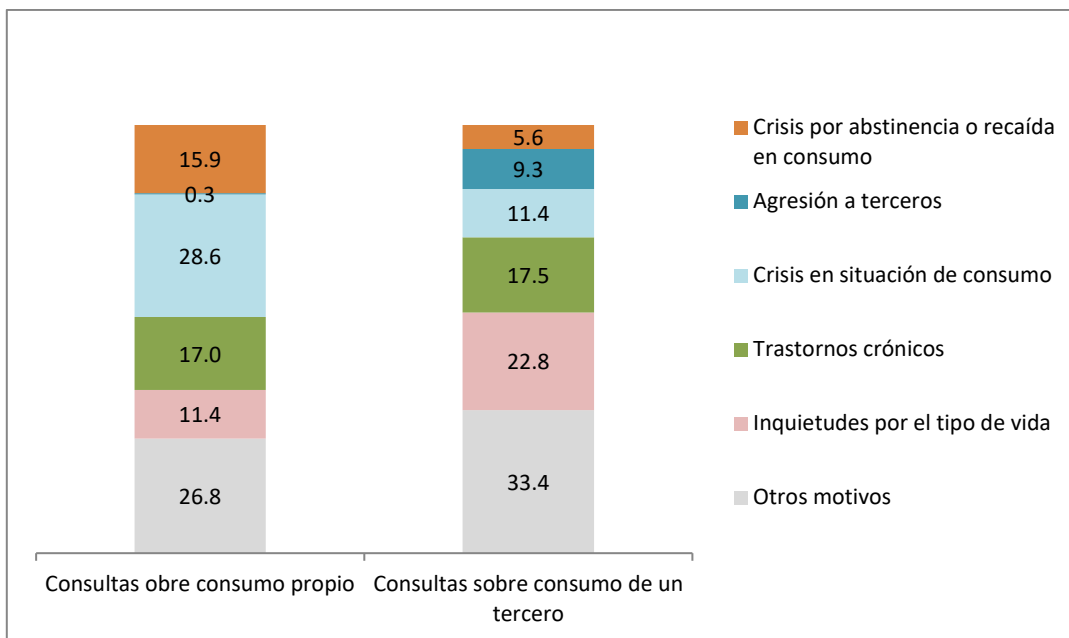
Motivos de consulta de acuerdo a llamados para sí o para terceros

En el gráfico siguiente se detallan los motivos más mencionados en las consultas, de acuerdo a si las mismas fueron realizadas sobre consumo propio o sobre consumo de un tercero. Se observa que, entre quienes consultaron sobre su propio consumo, el motivo más mencionado fue crisis en situación de consumo (28,6%), seguido por trastornos crónicos (17%) y en tercer lugar crisis por abstinencia o recaída en consumo (15,9%). En cuanto a quienes consultaron sobre consumo de otras personas, el motivo más frecuente fue inquietudes por el tipo de vida (22,8%).

En tanto un 17,5% de los llamados refirieron a trastornos crónicos y un 11,4% a crisis en situación de consumo.

Cabe destacar que algo más del 9% de los llamados sobre consumo de terceros aludieron como motivo de consulta agresión a terceros.

Gráfico 12: Distribución (%) del motivo de consulta según el tipo de consulta en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Período 19-3 al 15-5. N=1462.



Acceso al consumo e incumplimiento de la cuarentena

Los operadores de la línea, al ser consultados sobre su percepción sobre los motivos de consultas, refieren que varias familias se comunicaron preocupadas ante el incumplimiento de la cuarentena por parte de los miembros que consumen. Porque, refirieron que entran y salen todo el tiempo del hogar.

Se recibieron llamados de gente mayor de 60 años, con gran preocupación por sentirse vulnerables y más expuestos al virus ante el ingreso y egreso permanente de los miembros afectados por el consumo. Los operadores opinaron que las personas afectadas por el consumo no suelen registrar el riesgo que existe para las otras personas convivientes.

Asimismo, se atendieron llamados de las familias que denuncian hurtos en el hogar por parte del miembro consumidor con el objetivo de generar ingresos para la posterior compra de sustancias. Según lo que indicaron las familias de personas que consumen pasta base, que llamaron a la línea, para estas personas la cuarentena no existe.

También informaron que se reiteraron consultas nucleadas alrededor del sentimiento de ansiedad de los familiares que consumen, producto de la situación de cuarentena y la imposibilidad de consumir y/o salir a proveerse de sustancias.

Mencionaron demandas de familiares que dicen haber sido agredidos por intentar retener al consumidor quienes requirieron asesoramiento para contar con recursos e información para saber qué hacer frente a la ruptura de la cuarentena.

Distribución del género de la persona que consume según hayan recibido tratamiento

Al indagar sobre si las personas por las cuales se consultaba, al momento del llamado, habían recibido o no algún tipo de tratamiento, resultó que el 38,6% nunca lo había recibido. Mientras que 745 llamados refirieron que el consumidor está o estuvo en tratamiento, Este resultado representa el 51% de los llamados sin diferencia entre varones y mujeres (cuadro 4).

Cuadro 4: Distribución (%) del género de la persona que consume según haya recibido o no, algún tratamiento en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Período 19-3 al 15-5. N=1462.

Tratamiento	Género		Total
	Varón	Mujer	
Está/estuvo en tratamiento	51,4	51,2	51,0
Nunca estuvo	38,9	35,8	38,6
Sin dato	9,7	13,0	10,4
Total	100,0	100,0	100,0

Distribución del género de la persona que consume, según tiempo de consumo

Cerca del 39% de los consumidores referidos llevan 10 o más años de consumo. En tanto entre las mujeres la proporción es algo menor (36,2%) (Cuadro 5).

Cuadro 5: Distribución (%) del género de la persona que consume, según el tiempo que lleva de consumo en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Período 19-3 al 15-5. N=1462.

Tiempo de consumo	Género		Total
	Varón	Mujer	
Hasta 5 años	23,7	26,8	24,3
Entre 5 y 10 años	16,6	18,1	17,0
10 años o más	39,6	36,2	38,7
No sabe o sin definir	20,1	18,9	20,0
Total	100,0	100,0	100,0

Analizando ambas variables (tratamiento recibido y tiempo de consumo por género) se observó que entre las mujeres, el 36,3% de quienes no estuvieron nunca en tratamiento lleva un tiempo de consumo de 5 años o menos. En el caso de los varones, el 36,8% que no estuvo en tratamiento, lleva el mismo período de consumo. Por otra parte, el porcentaje de mujeres que no estuvieron en tratamiento, llevando 10 años o más de consumo, resultó del 27,5%. Mientras que, entre los varones, dicha cifra asciende a casi el 34% (Cuadro 6).

Cuadro 6: Distribución del Tratamiento recibido o no, según tiempo de consumo por género de la persona que consume en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Período 19-3 al 15-5. N=1462

Tiempo de consumo	Varón		Mujer	
	Está/Estuvo en	Nunca estuvo en	Está/Estuvo en	Nunca estuvo en

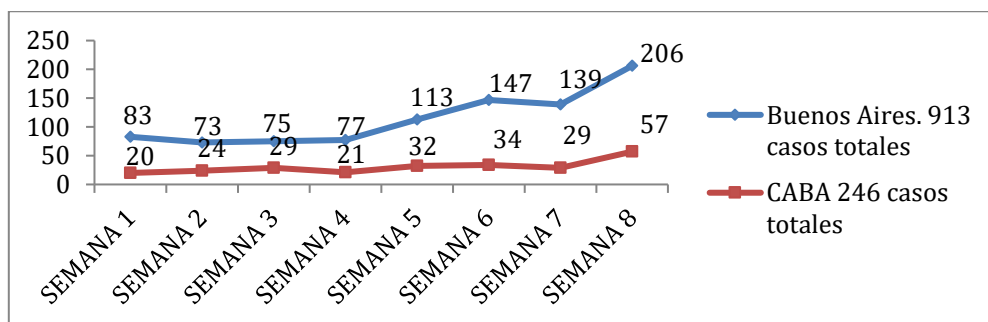
	tratamiento	tratamiento	tratamiento	tratamiento
Hasta 5 años	16,7	36,8	22,3	36,3
Entre 5 y 10 años	19,5	16,4	18,5	19,8
10 años o más	48,5	33,9	45,4	27,5
No sabe o sin definir	15,2	12,9	13,8	16,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Consultas según residencia de la persona que consume

En cuanto a la residencia de los consumidores, los llamados referidos a la provincia de Buenos Aires y a la Ciudad de Buenos Aires (CABA) representaron cerca del 80% (1159 llamados) del total de consultas vinculadas al consumo realizadas entre el 19-3 al 15-5.

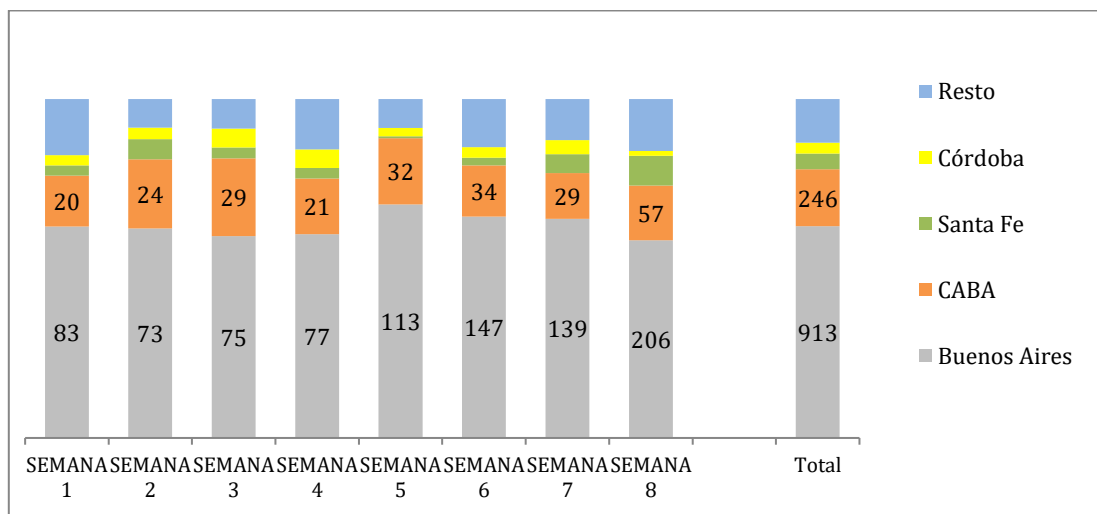
Su evolución semanal se describe en el gráfico 13 y cómo puede observarse, la distribución de las consultas sobre consumidores de CABA aumentó de manera moderada a lo largo de las seis primeras semanas, disminuyeron levemente en la semana siete y se duplicaron hacia la octava semana. En tanto, la distribución de los llamados referidos a la provincia de Buenos Aires, señala dos aumentos notables: entre la cuarta y sexta semana donde los llamados se duplicaron y entre la semana 7 y la semana 8, donde los llamados se incrementaron en un 48%.

Gráfico 13: Distribución de los consultantes (frecuencias absolutas) de BS.AS y CABA en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Evolución semanal. 19-3 al 15-5. N=1159.



En el gráfico siguiente se representa la distribución por semana y para el total del período de las consultas según provincia de procedencia más frecuente. Puede apreciarse el peso de Buenos Aires y CABA con respecto al resto.

Gráfico 14: Distribución de los consultantes de las provincias más frecuentes en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Evolución semanal. 19-3 al 15-5. N=1462.



Cambios en la magnitud y tipo de sustancia consumida

Los operadores mencionan que, si bien el alcohol es la sustancia más consumida en todo período, en esta etapa de cuarentena se acrecentó. Frente a la imposibilidad de encontrar otras drogas que venían consumiendo, el alcohol cobró un papel más importante. Durante el confinamiento se observa que aumentó el uso de drogas de reemplazo (ej: alcohol combinado con psicofármacos).

Los trabajadores informaron que durante el llamado –tanto lo haga la persona que consume como familiares y/o amigos- tuvieron presente indagar sobre el consumo de alcohol y tabaco debido a que dichos consumos se naturalizan y pasan desapercibidos, como también el consumo de marihuana. Las definen como drogas que están habilitadas y sociabilizadas; generalmente se consulta por otras drogas como paco, cocaína, pero no se debe descuidar consultar sobre el consumo de alcohol y tabaco ya que es entendido como un consumo que están dentro de la normalidad.

En relación al consumo frecuente de psicofármacos –previo y durante el ASPO-, los operadores entienden que no presenta variación. Se menciona la dificultad de precisar cuáles son los psicofármacos consumidos, especialmente cuando llaman los familiares quienes mencionan el consumo de pastillas. Consideran la facilidad de acceso a esta sustancia, a pesar de requerirse una receta para adquirirla. Se observa claramente la automedicación en pacientes que durante el tratamiento las tenían prescriptas y continúan su consumo aún fuera de la orden médica. Los operadores consideran que el psicofármaco no es percibido por el consumidor como consumo problemático como sí otro tipo de drogas.

A diferencia de lo percibido en las llamadas recibidas, una trabajadora de la línea comenta:

No por el servicio, pero me enteré por la atención de un paciente que trabaja en una farmacia, que me dijo que en la cuarentena se está vendiendo el doble (de psicofármacos), está creciendo de manera exponencial por el tema del sueño; la cantidad de venta de psicofármacos es atroz y claro, la gente no lo ve tan prohibido el consumir psicofármacos cuando realmente sí lo es, y los consumidores muchas veces los toman de la medicación de un familiar

Motivo de consumo

Al consultarles a los operadores sobre posibles modificaciones en los motivos de consumo de los consultantes directos, o por información provista por familiares y/o amigos, respondieron que su función no indaga en la historia del individuo, porque el servicio no tiene una función terapéutica sino que es un espacio de contención e información.

De todas formas, observaron que la falta de trabajo motivó el reinicio y/o la intensificación del consumo. Recibieron varios llamados de personas diciendo que estaban trabajando su afectación al consumo y que obtenían ingresos a partir de realizar trabajos informales. Estas personas comentaron que “*eso quedó arrasado*” por la situación de cuarentena al haber perdido su trabajo y dicen haber retomado el consumo de sustancias.

Padecimientos psíquicos y respuesta de los servicios asistenciales

Como parte del accionar del servicio, ante un llamado en el que detectan sintomatología de abstinencia, envían a la persona a una guardia porque necesita atención de forma urgente. La situación de cuarentena agravó la atención, según lo referido por los consultantes. Al comienzo de la cuarentena recibieron varios llamados de familiares de consumidores diciendo que no encontraron respuesta en los servicios asistenciales, aun en situaciones críticas. Requirieron el ingreso a guardias y/o urgencias psiquiátricas y dijeron no ser atendidos; las personas les comentaron que no había lugares que los recibieran, aun siendo casos graves que necesitaban atención urgente.

Si bien los operadores observaban deficiencias en la falta de respuestas de los servicios asistenciales previo al ASPO, entienden que se acrecentó durante la primera fase, debido a que dichos dispositivos estaban reorganizando la atención, conociendo y comprendiendo los protocolos, etc. Nos dieron su opinión:

La respuesta no suele ser muy efectiva, pero yo la veo muy acrecentada; además, situaciones en que la gente no sabe a dónde recurrir, por ejemplo una persona que me llamó con una orden de internación de un psiquiatra particular que la había medicado medio de urgencia y la familia se trasladó a otra localidad para ver si podía conseguir la atención que necesitaba, pero tampoco obtuvo ningún tipo de respuesta. Me parece que está exacerbado ahora y además la justificación que le dan desde lo institucional es esto, que es por el covid.

Los operadores comentaron que, habitualmente, hay una continuidad en los llamados por situaciones de abstinencia, episodios de violencia mezclados con situaciones de consumo y otras situaciones de crisis donde llaman los familiares solicitando respuestas y contención ante esta problemática.

A las consultas habituales se sumaron estados de angustia por las condiciones de encierro generadas por la cuarentena. Se observó agravamiento de síntomas tales como psicosis, ataques de pánico y fugas del hogar de personas con consumo problemático de sustancias.

Se recibieron varios llamados instalados desde la urgencia o desde un desborde emocional, tanto de quien consume como de parte de los familiares, y entienden que, parte de su trabajo, es contener este tipo de situaciones y abrir posibilidades y respuestas.

La recepción de llamados de personas en un estado emocional crítico –vinculado a un comportamiento suicida- también es atendida por el servicio. En estas situaciones escuchan, entre otros argumentos, “*prefiero terminar con todo esto*”. La posibilidad que se presenta es darles sostén y contención. En algunos casos no son reclamos o pedidos realizados directamente, sino insinuados, por lo que resulta fundamental adentrarse en la conversación e indagar.

Un operador relató haber recibido un llamado de alguien que le dijo “Mirá, estoy en frente de las vías del tren y estoy pensando en suicidarme, ¿vos qué tenés para decirme?”.

Mencionaron lo complicado de la situación y la respuesta a dar; consideraron importante habilitar la posibilidad de que esa persona pueda hablar de lo que está pasando e ir más allá de la problemática de las adicciones. Atender y escuchar desde el propio saber y formación.

Situaciones de violencia: doméstica, comunitaria, de género

Los operadores refirieron haber recibido varios llamados vinculados a violencia doméstica y violencia de género. Agregaron que este tipo de llamado es frecuente, tanto antes como durante la situación de aislamiento, pero que en el período actual se incrementó. Previo a la pandemia, el consumidor tenía posibilidades de salir del hogar con más facilidad para abastecerse de sustancias y si bien continuó haciéndolo, lo hizo con menos frecuencia, pasando más tiempo dentro de su casa lo que colaboró a la producción del conflicto.

Interpretaron que el comportamiento violento es acrecentado, fundamentalmente, por el requerimiento de permanencia en la casa antes que vincularlo directamente al consumo de sustancias. Nos explican:

En este sentido tiende a acentuarse, no porque consuma más o menos va a haber más o menos violencia, el pedido de permanencia en la casa lo acentúa. Por ejemplo, yo atendí una mamá de 80 años que lo que reclamaba era que dejé de entrar y salir porque se ponía en riesgo y, lógico, no lo podía parar, entonces se generaban más situaciones de violencia que en otro momento

Lo mencionado fue percibido por los operadores como disparadores de problemas entre los miembros de la familia, en los que también se detecta temor y cansancio. De esta manera, el estado de vulnerabilidad también está presente en otras personas aparte de la persona que consume. Observaron que, si bien el foco de atención del servicio está puesto en la persona que consume y todo lo que subyace a la problemática, también es de interés la situación de las personas con quienes comparten la vivienda.

Los operadores aludieron que siempre en la línea hubo este tipo de llamados, obligándolos a hacer derivaciones a la Línea 144 (Atención a víctimas de violencia de género) y también, haber atendido llamadas de personas que previamente lo habían hecho a la línea 144 y de allí los remiten a la línea 141 para que las personas ingresen a tratamiento. También, recibieron solicitudes sobre cómo proceder para el cumplimiento de medidas perimetrales por situación de violencia y consumo.

Solicitudes de internación y/o tratamiento

El pedido de internación muchas veces está instalado como demanda y los operadores observan que “*la gente siempre requiere internación*” y que es importante diferenciar el pedido de internación del de tratamiento.

Si bien en las demandas al servicio siempre estuvo presente el requerimiento sobre las internaciones, la diferencia que se presentó en el período de la cuarentena fue la exigencia inmediata en el pedido de internación para un familiar o para sí mismos. Refieren que estuvo intensificada la cantidad de llamados para pedir internaciones, no tanto de tratamientos. Aumentó el volumen de los pedidos de admisiones y volvían a recibir sus llamados reclamando respuestas al no concretarse las mismas. Por otro lado, observaron que en el imaginario de los consultantes estaba presente la idea que “el único tratamiento posible para una persona que consume es el aislamiento y la internación”. Recibieron varios llamados de familiares que expresaron su preocupación por la interrupción de los tratamientos de la persona afectada por el consumo y pedidos de internación urgente a los cuales, aun teniendo la orden judicial para que evaluaran a un familiar, la policía respondía que no iba a poder ocuparse de esas situaciones debido al contexto de cuarentena. También,

recibieron un importante caudal de demandas de información y asesoramiento sobre centros asistenciales que ofrecen tratamientos y para solicitar turnos.

También observaron las dificultades que se presentaron durante el ASPO para derivarlos y ser atendidos en un CPA o en una institución que brinde atención ambulatoria. Las posibilidades más concretas eran la atención virtual o la internación. En las primeras fases del ASPO recibieron importante cantidad de demandas solicitando información para saber cómo, cuándo y dónde realizar tratamientos y si la Dirección de Atención Inmediata estaba atendiendo o cuándo retomaría sus turnos presenciales.

Los operadores consideraron que la situación más compleja atravesada en las primeras semanas del ASPO se debió a que las instituciones se tuvieron que adaptar en la implementación de los nuevos protocolos y no siempre tenían las posibilidades materiales de hacerlo.

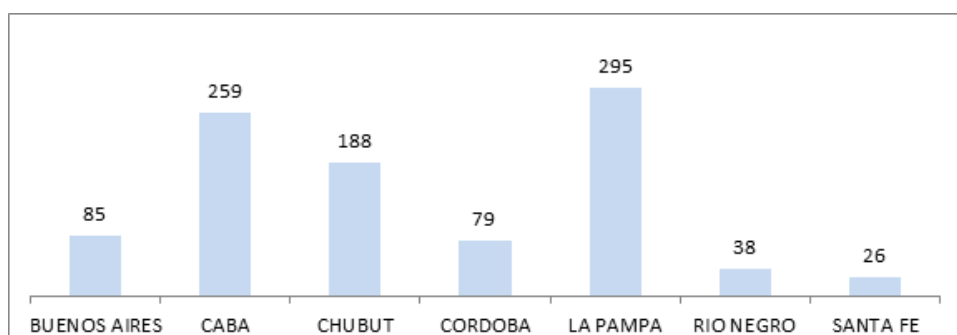
Algunos operadores indicaron que se detectaron mejoras en la atención luego de los primeros momentos donde todos tuvieron que readecuarse. Otros en cambio, fueron más críticos y manifestaron que la respuesta de los servicios asistenciales no suele ser muy efectiva de manera general y debido a la pandemia, las dificultades se acrecentaron o se pusieron en evidencia.

Mencionaron que la falta de respuesta no sólo se presenta en el ámbito público, sino también en el ámbito privado. Indicaron la situación de falta de autorización de los tratamientos y las coberturas en general. Nos dijeron “Sí, está pasando también en el ámbito privado, los consultantes a veces están diciendo no solo de la falta de respuesta en el ámbito público sino de las obras sociales”.

b) Registros estadísticos generados por líneas telefónicas provinciales

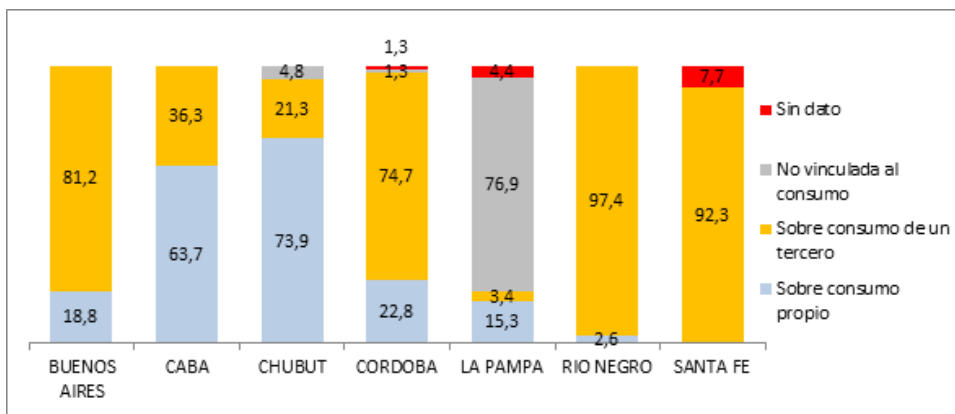
De acuerdo a los registros de líneas telefónicas suministrados por las provincias de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires (CABA), Chubut, Córdoba, La Pampa, Río Negro y Santa Fe, en el gráfico 15 se describe el número de consultas realizadas entre el período de marzo a mayo. Particularmente, la información sobre las provincias de Córdoba y Río Negro remite al período del 20 de marzo al 10 de mayo, mientras que en la provincia de La Pampa los registros refieren al período del 23 de marzo a 10 de mayo. En Buenos Aires, se contemplan los llamados registrados desde el día 25 de marzo hasta el día 10 de mayo y en el caso de CABA su período de registro comprende del 7 de abril al 10 de mayo. En cuanto a Chubut y Santa Fe, su información responde al período del 8 de abril al 10 de mayo. La distinción de los plazos y las categorías que se utilizan en este segmento refiere a los datos con los que contaban las provincias.

Gráfico 15: Distribución de las consultas (frecuencias absolutas) por provincia. Argentina, 2020. Período ASPO entre marzo y el 10 de mayo.



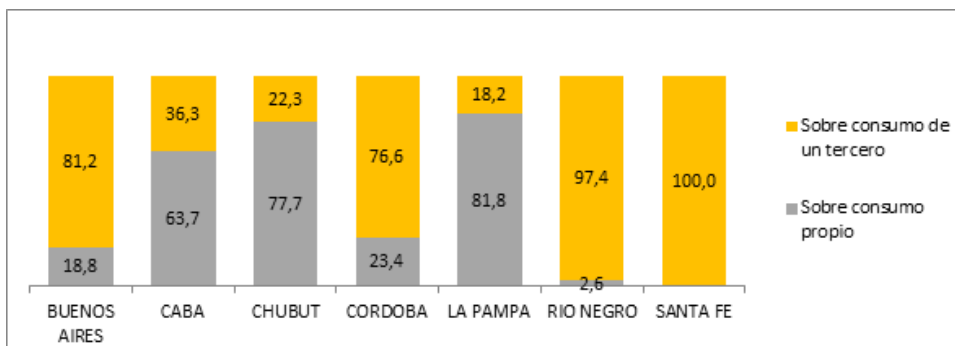
En el caso de la provincia de Chubut y de CABA, la mayoría de los llamados realizados hicieron referencia al consumo del propio consultante (73,9% y 63,7% respectivamente). Mientras que, en el resto de las líneas provinciales, más del 74% de las consultas aludieron a la situación de consumo de una tercera persona salvo en el caso de La Pampa donde predominaron llamados no vinculados al consumo (gráfico 16).

Gráfico 16: Distribución (%) del tipo de consultas según provincia. Argentina, 2020. Período ASPO entre marzo y el 10 de mayo.



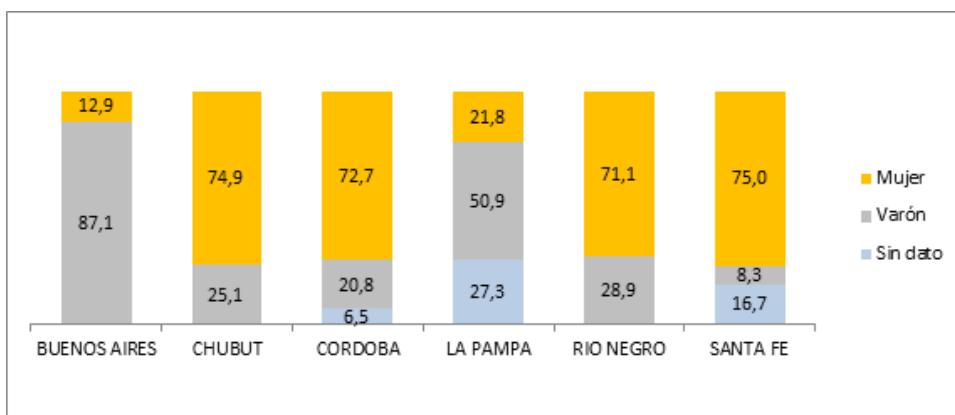
Considerando específicamente las consultas sobre la problemática del consumo, en las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Río Negro y Santa Fe, la mayoría de ellas fueron realizadas sobre consumo de una tercera persona (en el caso de Santa Fe, el 100% de las consultas). Mientras que, en CABA, Chubut y La Pampa, predominan los llamados sobre consumo propio (Gráfico 17).

Gráfico 17: Distribución (%) por provincia del tipo de consulta vinculada al consumo de sustancias Argentina, 2020. Período ASPO entre marzo y el 10 de mayo.



En cuanto al género del consultante, en el gráfico 18 se observa que más del 71% de los llamados en cada provincia, fue realizado por mujeres, salvo en las provincias de Buenos Aires en la que el 87,1% son consultas de varones y de La Pampa con cerca de un 51% de llamados masculinos.

Gráfico 18: Distribución (%) del género del consultante según provincia en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Período ASPO entre marzo y el 10 de mayo.



Nota: No se incorpora CABA ya que no presenta información sobre el género del consultante

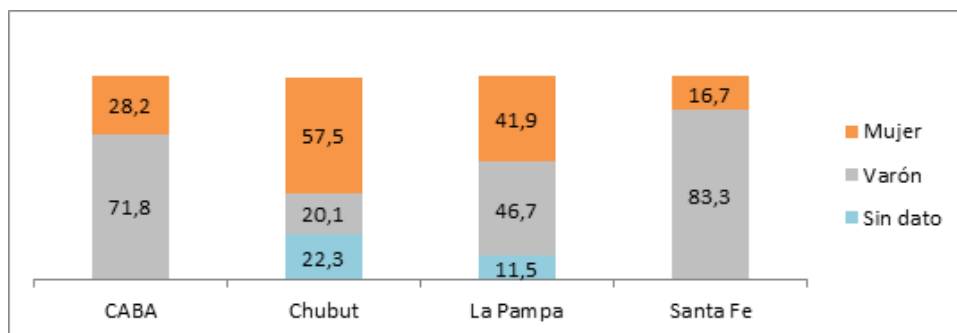
Sin embargo, si se observa la distribución por género, según el tipo de consulta realizada (cuadro 7), las mujeres que consultaron, lo hicieron mayoritariamente por el problema de consumo de un tercero (excepto en Chubut). En cuanto a los varones, las llamadas relacionadas con problemas relativos a una tercera persona, fueron superiores en las provincias de Buenos Aires y Río Negro. Lo contrario ocurrió en Chubut y Córdoba, donde el 80% o más de los llamados refirieron a consumo propio. No se consideró en el análisis la provincia de Santa Fe, ya que como se informó en el gráfico 17 el 100% de los llamados por consumo fueron referidos a terceras personas. Tampoco se incluyen CABA, por no contar con información sobre el género del consultante y La Pampa, por no contar con información completa en este registro.

Cuadro 7: Distribución (%) del tipo de consulta según género del consultante, por provincia, en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Período ASPO entre marzo y el 10 de mayo.

Varón					
Tipo de consulta	Buenos Aires	Chubut	Córdoba	Río Negro	Santa Fe
Sobre consumo propio	20,3	80,0	81,3	9,1	
Sobre consumo de un tercero	79,7	20,0	18,8	90,9	100,0
Mujer					
Tipo de consulta	Buenos Aires	Chubut	Córdoba	Río Negro	Santa Fe
Sobre consumo propio	9,1	76,9	7,1		
Sobre consumo de un tercero	90,9	23,1	92,9	100,0	100,0

En cuanto al género de la persona que consume (y que fue referido en las consultas de las líneas provinciales), el gráfico siguiente da cuenta de dicha información para CABA y las provincias de Chubut, La Pampa y Santa Fe.

Gráfico 19: Distribución (%) del género de la persona que consume, por provincia, en las consultas vinculadas al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Período ASPO entre marzo y el 10 de mayo.



Nota: no se incluyen las provincias en las que no pudo recuperarse el dato sobre el género de la persona que consume.

En cuanto a los motivos de consulta declarados en consultas directas de consumidores, o sobre terceros en consultas Indirectas, los motivos registrados como más frecuentes en las provincias de Buenos Aires (100%), Santa Fe (79,2%), Córdoba (49,4%) y Río Negro (23,7%), refirieron a consultas específicas sobre consumo problemático de sustancias. En el caso de la provincia de Chubut, cerca del 45% de los llamados aludió a crisis de angustia o de ansiedad. El mismo motivo de consulta representó el 18,2% de los llamados de la provincia de La Pampa, pero fueron superiores las consultas por necesidad de un espacio de escucha (43,6%). En las provincias de Chubut y Córdoba también fueron frecuentes los llamados para consultar por un programa de atención, solicitar medicación o conseguir un turno de atención. En tanto, en la provincia de Río Negro, el segundo motivo más mencionado fue la solicitud de acompañamiento (21,1%). Finalmente, en el caso de CABA, los llamados más frecuentes fueron para solicitar tratamiento (54,4%).

4. Cambios en las consultas de problemáticas no asociadas al consumo de sustancias durante el ASPO en la línea 141.

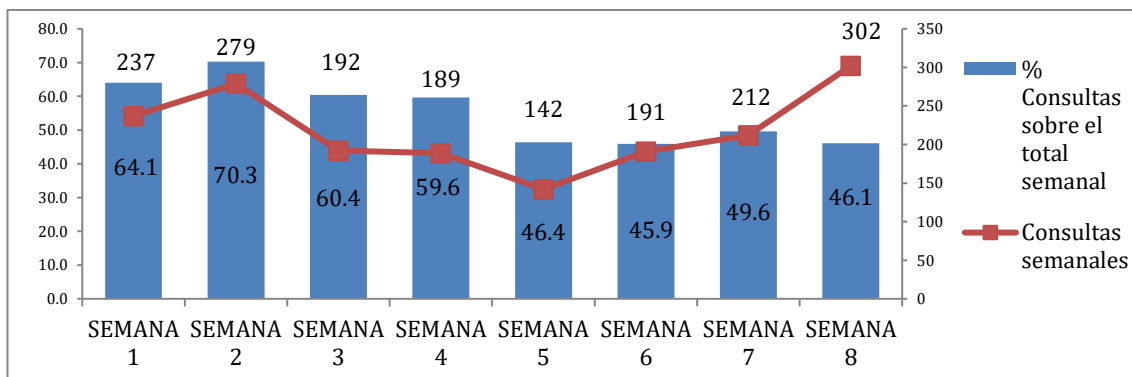
a) Consultas a la línea 141 sobre información general

Durante el mismo período se efectuaron 1744 consultas sobre información no vinculada al consumo de sustancias, es decir consultas referidas a la pandemia, a orientación sobre protocolos de procedimiento, a permisos a acompañantes, etc.

Según la opinión de los operadores de la línea, y fundamentalmente en la primera fase del ASPO, el servicio recibió varias consultas solicitando orientación sobre los protocolos de cuidado, información sobre permisos a acompañantes, sintomatología, asociación del consumo con sistema inmunitario, solicitud de evaluación diagnóstica y números de contacto para realizar denuncias. En estos llamados también manifestaron la imposibilidad de comunicarse con líneas para asesoramiento y denuncia sobre incumplimiento de la cuarentena.

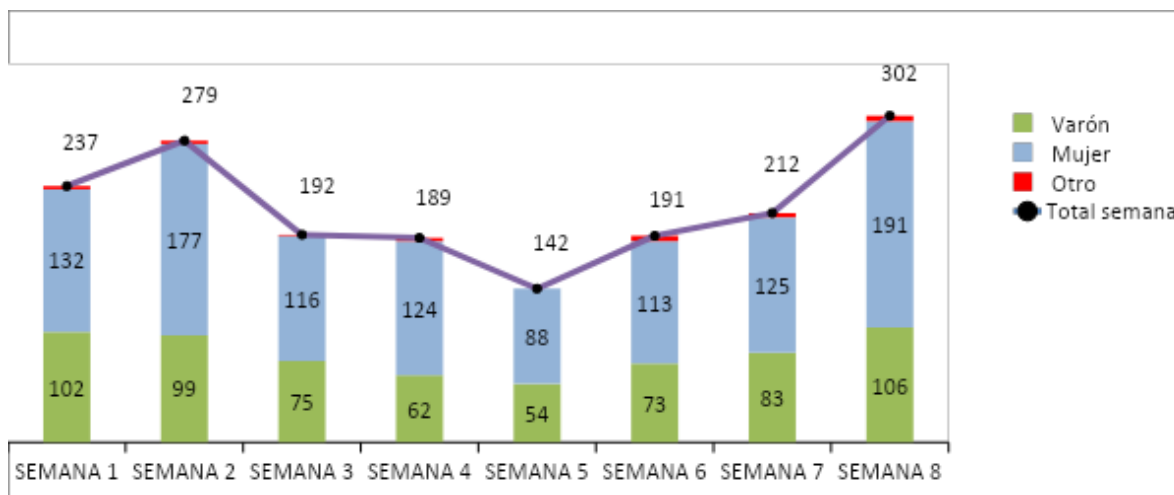
Su distribución semanal se describe en el gráfico siguiente:

Gráfico 20: Distribución (frecuencia porcentual y absoluta) del tipo de consulta no vinculada al consumo de sustancias. Argentina, 2020. Evolución semanal. 19-3 al 15-5. N=1744.



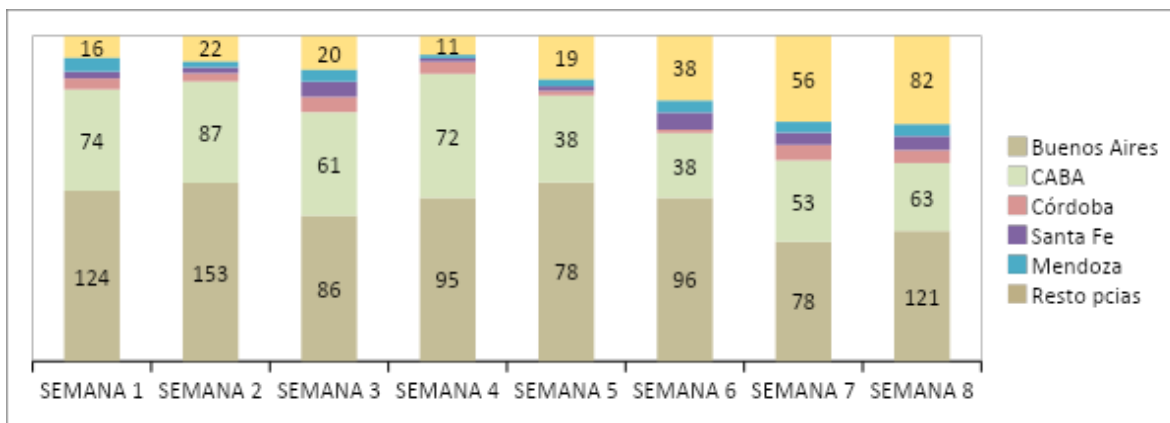
Sobre los llamados para pedido de información no vinculada a la problemática del consumo, de las 1744 consultas, 1066 fueron realizadas por mujeres y esta mayoría de llamados femeninos se mantuvo en cada una de las ocho semanas (gráfico 21).

Gráfico 21: Distribución (frecuencia porcentual y absoluta) del género del consultante en las consultas no vinculadas al consumo. Argentina, 2020. Evolución semanal. 19-3 al 15-5. N=1744.



Por otra parte, durante todo el período, este tipo de consultas procedieron en su mayoría de la provincia de Buenos Aires y CABA, seguidas por Córdoba, Santa Fe y Mendoza (gráfico 22).

Gráfico 22: Distribución (frecuencia absoluta) de la provincia residente del consultante en las consultas no vinculadas al consumo. Argentina, 2020. Evolución semanal. 19-3 al 15-5. N=1744.



5. Cambios en las estrategias y los cuidados durante el ASPO

a) Cuidados hacia sí y hacia otros

Se consultó a los operadores si detectaron cambios en las consultas en relación a las estrategias de cuidado de las personas hacia sí mismas y hacia otros. En el primer momento de la entrevista grupal, los operadores expresaron la dificultad que tiene la persona bajo consumo en cuidarse a sí misma y, aún más, la posibilidad de cuidar a otros. El trabajo desarrollado en otras instituciones ha enseñado a algunos operadores que, muchas de las personas afectadas por problemáticas duales, hace que necesiten aprender cuidados básicos personales. De esta manera, argumentaron la importancia de pensar una terapia conductual e intervenciones de orden educativo, ya que son diferentes aspectos y patologías que se entrecruzan y hacen necesario pensar el tema de los cuidados.

También indicaron haber recibido llamados de familiares, amigos y personas del barrio preocupadas por presenciar diferentes situaciones en la comunidad, vinculadas a la temática del consumo de sustancias. Recibieron consultas por llamados telefónicos y por e-mail de gente que quería interiorizarse sobre cómo ayudar a niños/as “porque los padres están consumiendo y los hijos están en situación de desamparo”.

En otros casos, mencionan recibir muchos llamados de representantes o miembros de organizaciones sociales que ofrecen servicio de comidas y que detectan gente afectada por el consumo. Estas personas se dispusieron a buscar un lugar que los atendiera e, incluso, dejaron sus propios números telefónicos para que se contacten con ellos porque las personas que requerían atención no poseían.

Algunos operadores relatan otras diferencias entre el antes y el durante el ASPO. Antes de decretarse la cuarentena, la gente en situación de vulnerabilidad estaba contenida bajo la atención de una red de organizaciones sociales que ofrecían diferentes servicios básicos, pero, durante el aislamiento, dijeron haber perdido o dificultado el acceso para mantener esos lazos comunitarios.

En este contexto de cuarentena y consumo, algunas familias recurrieron a la estrategia de permitir el consumo de sustancias a su familiar dentro de la vivienda, para evitar que salga y exponga a todos a un posible contagio.

b) Problemática económica

Los operadores afirmaron atender varios llamados pidiendo internación que, al indagar en la consulta, eran pedidos para resolver un problema habitacional y donde el consumo, también está presente.

Tuvieron llamados de gente que se encontraba en situación de calle pidiendo ser internadas. Interpretaron esos pedidos como un intento por atravesar las dificultades de ese momento crítico y lograr refugiarse en un lugar donde sentirse seguros.

En otros llamados las personas se sinceraron diciendo que, en la actualidad, no estaban consumiendo, pero reclamaban internación por haber perdido el trabajo y las dificultades que se les presentan para volver a conseguirlo. Los operadores mencionaron que esas personas hoy no están en situación de calle, pero, probablemente, pronto lo estarán.

Es posible observar que el pedido de internación y/o tratamiento fue visto como una salida a su preocupante situación de carencia económica, donde buscan un espacio de contención y cuidado para cubrir sus necesidades básicas, estar con otras personas e incluso, participar de talleres y de otras actividades posibles que brindan los dispositivos asistenciales.

6. Síntesis de resultados

El presente informe tiene como propósito general describir los cambios que se produjeron en las consultas recibidas por el servicio de las líneas telefónicas –nacional y provinciales- y en las respuestas brindadas, a partir de la implementación del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio en todo el territorio nacional a partir del 20 de marzo de 2020.

La información relevada se obtiene de los registros estadísticos elaborados por las líneas telefónicas, provinciales y nacional, y la consulta a los/as trabajadores/as de la línea telefónica nacional 141 realizada a partir de una entrevista grupal virtual.

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos:

Creación y fortalecimiento de abordajes telefónicos en el contexto del ASPO

Fue posible realizar una caracterización no exhaustiva de tres grandes agrupamientos respecto a las líneas provinciales: líneas de atención y contención que funcionaban desde antes de la pandemia y potenciaron su trabajo durante el ASPO; líneas telefónicas que funcionaban para la gestión y administración de turnos y se refuncionalizaron a partir de la pandemia y líneas que fueron creadas para la atención y contención en este contexto.

Dentro de las líneas históricas de atención y contención sobre consumos problemáticos fue ubicada la línea nacional perteneciente a la Sedronar (Línea 141) y tres líneas provinciales: Buenos Aires (con la línea gratuita 0 800), CABA (con la Línea 108) y La Pampa (con la línea 132).

También existían otro tipo de líneas, en algunas provincias, que no eran una estrategia de atención y contención para las personas en situación de consumo pero que, a partir del ASPO, se refuncionalizaron para cumplir alguno de esos objetivos. En este grupo pudimos encontrar líneas de los centros asistenciales provinciales (Entre Ríos y Misiones), líneas de gestión de turnos desde las agencias provinciales (Santa Fe y Santiago del Estero) o líneas provinciales no exclusivas de consumos (como el 0 800 de salud que utilizaba Jujuy para brindar turnos).

Mientras que en otras provincias, como Catamarca, Chubut, Córdoba, Mendoza, Neuquén, Rio Negro y Salta, fue durante el primer período de ASPO que comenzaron a brindar por brindar líneas telefónicas para la atención y contención de personas en situación de consumo.

Acerca de las tareas de los/as operadores/as de la Línea 141:

- La línea está conformada actualmente por 23 operadores, que se distribuyen en diferentes turnos durante las 24 horas con guardias fijas y días pre asignados a cada operador permitiendo que el sistema funcione todo el día y de manera ágil. Trabajan de manera coordinada con la Dirección de Atención Inmediata y, según las necesidades, se vinculan con otras áreas y organizaciones, internas y externas a la Secretaría. Desarrollan un trabajo en el que proveen información y fundamentalmente contención, según las características de los llamados.
- La actual situación surgida por el ASPO produjo cambios en el tipo de trabajo desarrollado y realizan tareas que antes no hacían de forma habitual. Previo al aislamiento, al ser una línea anónima se derivaban a la Dirección de Atención Inmediata los llamados que solicitaban internación y/o tratamiento. Actualmente, en esos casos, se encargan de la toma de datos de los consultantes y posteriormente envían la información al Centro. Otra adecuación de su tarea es que facilitan el proceso de retiro de la medicación solicitada por los consultantes.

Acerca de las consultas recibidas por los/as operadores/as de la Línea 141

Entre el 19 de marzo y el 15 de mayo se registraron 1462 consultas efectivas vinculadas a la problemática del consumo y 1744 consultas sobre información no vinculada al consumo de sustancias, es decir consultas referidas a la pandemia, a orientación sobre protocolos de procedimiento, a permisos a acompañantes, etc. El análisis del registro de llamados vinculados a la problemática del consumo revela que:

- La mayoría corresponde a llamados referidos a terceros (74,7%), mientras que 370 consultas (25,3%) fueron realizadas directamente por personas que consumen.
- Las consultas específicas sobre consumo (353) aumentaron en más del 165% con respecto a la primera semana (133).
- En todo el período, los llamados sobre consumo de terceros representan el 75% del total de consultas específicas por consumo de sustancias.
- La mayoría de las consultas fueron realizadas por mujeres (65,5%). Sin embargo, sólo el 8,0% de las mujeres que consultaron lo hicieron refiriendo a sí mismas, mientras el 92% restante lo hizo por el problema de consumo de un tercero.
- Con referencia al género y edad del consumidor mencionado, del total de consultas (1462) vinculadas al consumo de sustancias, el 80,4% refiere directa o indirectamente a varones que consumen y cerca de la mitad de los llamados (48,3%) da cuenta de edades de personas que consumen entre 18 y 30 años.
- Sobre el acceso al consumo e incumplimiento de la cuarentena, hubo llamadas transmitiendo la preocupación por el incumplimiento de la cuarentena por parte de miembros que consumen, situación que fue identificada como una consecuencia bastante habitual en quienes están afectados por consumos problemáticos debido a que no registran el riesgo al que se exponen o exponen a convivientes.
- Se reiteraron consultas nucleadas alrededor del sentimiento de ansiedad debido a la situación de cuarentena y la imposibilidad de consumir y/o salir a proveerse de sustancias.
- Familiares de consumidores/as dijeron haber sido agredidos por intentar retenerlos y requieren asesoramiento para saber qué hacer frente a la ruptura de la cuarentena.

Los principales motivos de consulta entre el 19 de marzo y el 15 de mayo

- Los más frecuentes, referidos tanto a mujeres como a varones que consumen son: inquietudes por el tipo de vida (en mayor porcentaje en la referencia a varones), trastornos crónicos (16,9% referente a consumidores varones y 20,5 % referido a mujeres) y crisis en situación de consumo, sin mayores diferencias por género.
- Sobre agresión a terceros, los llamados que refieren a varones casi duplican a los de las mujeres (7,8% vs 4,3%).
- En las consultas cuya edad referida está comprendida entre 17 años o menos y los 40 años, el motivo más frecuente es inquietudes por el tipo de vida (en promedio, el 22% de los llamados aluden a este motivo).
- En tanto, cuando la referencia es a personas que consumen de 41 años y más, el motivo de preocupación más frecuente es “trastornos crónicos” (el 20% de las consultas o más).
- Entre los llamados acerca de los más jóvenes (17 años o menos) el segundo motivo más mencionado fue “agresión a terceros” (9,9%) seguido de “crisis en situación de consumo” (8,6%).
- Se observa que entre quienes consultaron sobre su propio consumo, el motivo más mencionado fue “crisis en situación de consumo” (28,6%).
- En cuanto a quienes consultaron sobre el consumo de otras personas, el motivo más frecuente fue “inquietudes por el tipo de vida” (22,8%).

Posibles cambios en la magnitud y el tipo de sustancia consumida durante el ASPO

Según la percepción de los/as trabajadores/as, si bien el alcohol es la sustancia más consumida en todo período, se acrecentó su consumo en la etapa de cuarentena y detectan, también, un aumento en el uso de drogas de reemplazo (ej: alcohol combinado con psicofármacos). En relación al consumo frecuente de psicofármacos –previo y durante el ASPO- no se presentó variación.

- Un importante motivo de consumo durante la cuarentena fue la falta de trabajo. Esta situación generó el reinicio y/o la intensificación del consumo.
- La situación de cuarentena agravó la respuesta en la atención de los servicios asistenciales según lo referido por los consultantes a la línea telefónica. Si bien los/as operadores/as observan algunas deficiencias en las respuestas de los servicios asistenciales previo al ASPO, entienden que se acrecentó durante la primera fase debido a que dichos dispositivos estaban reorganizando la atención, conociendo y comprendiendo los protocolos y no siempre tenían las posibilidades materiales de hacerlo.
- Informan sintomatología de padecimientos psíquicos en los consultantes ante la continuidad de llamados por situaciones de abstinencia, episodios de violencia mezclados con situaciones de consumo, estados emocionales vinculados a comportamiento suicida y diversas situaciones de crisis donde llaman los familiares solicitando respuestas y contención ante esta problemática. Por las condiciones de encierro generadas por la cuarentena también observaron agravamiento de síntomas tales como psicosis y ataques de pánico; y en otros casos, se denuncian fugas del hogar de personas con consumo problemático de sustancias. Mencionan lo complicado de la situación y la respuesta a dar, basada en proveer sostén y contención.

- En relación a los llamados vinculados a situaciones de violencia, varios estuvieron vinculados a violencia doméstica y a violencia de género.

Sobre si las personas por las cuales se consulta habían recibido o no algún tipo de tratamiento

A partir de los registros resulta que:

- El 38,6% de las personas que consumen y por las cuales se consulta, nunca recibió tratamiento.
- Mientras que 745 llamados refirieron que la persona que consume está o estuvo en tratamiento, y este resultado representa el 51% de los llamados sin diferencia entre varones y mujeres.
- Cerca del 39% de las personas que consumen referidas en las llamadas, llevan 10 o más años de tratamiento.
- Entre las mujeres el 36,3% de quienes no estuvieron nunca en tratamiento lleva un tiempo de consumo de 5 años o menos.
- El porcentaje de mujeres que no estuvo en tratamiento llevando 10 años o más de consumo, es 27,5%. Mientras que, entre los varones, dicha cifra asciende a casi el 34%.

Componente 3: Dispositivos de acompañamiento y asistencia de la red de atención y acompañamiento de Sedronar y las áreas de drogas provinciales

INFORME DE RESULTADOS. Septiembre 2020

Vanina Agustinho, Francisco Camino y Pedro Marcon

1. Introducción y ficha metodológica

Los resultados que se presentan a continuación remiten al Componente 3: Dispositivos de acompañamiento y asistencia de la red de atención y acompañamiento de Sedronar y las áreas de drogas provinciales, a través de un relevamiento a dispositivos que forman parte de la red federal de Sedronar y de las provincias.

Objetivo general

Describir los cambios en los problemas vinculados al consumo de sustancias que se observan en las consultas de la población, y las respuestas a nivel de las políticas públicas provinciales y nacionales de las agencias de drogas con énfasis en las estrategias de los dispositivos de la red de atención y acompañamiento, a partir de la implementación del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio en el territorio nacional el 20 de marzo de 2020.

Objetivos específicos

- Identificar cambios en las políticas públicas sobre consumos y cuidados durante el ASPO.
- Conocer las diferentes estrategias implementadas por los dispositivos provinciales y nacionales de asistencia en el marco de la red de atención y acompañamiento, a partir de la declaración del aislamiento preventivo, en materia de accesibilidad, protocolos de actuación, representaciones, lecciones aprendidas y ventajas y desventajas.
- Identificar las modificaciones que hubo en las demandas y consultas realizadas a los dispositivos de asistencia-atención durante el aislamiento.
- Caracterizar las estrategias de cuidado singulares y colectivas implementadas por la población consultante en el contexto de aislamiento.

Diseño y método

Se trata de un estudio descriptivo, transversal. Se realizó una encuesta a través de un cuestionario autoadministrado vía plataforma en línea, con preguntas abiertas y cerradas.

Población y muestra

Referentes de los dispositivos de la red asistencial provincial y de la Sedronar: Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAACs), Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIATs), Comunidades Terapéuticas (CT), y dispositivos asistenciales provinciales. Por dispositivos provinciales se entienden aquellos dispositivos territoriales que tengan como uno de sus objetivos principales abordar las problemáticas del consumo de sustancias psicoactivas. Criterios de población: se incluirán dispositivos, públicos o con financiamiento estatal, que hayan estado activos durante el período de ASPO; se excluirán

dispositivos inactivos durante el período de ASPO, hospitales, clínicas e instituciones de mayor nivel de complejidad.

Se obtuvo una muestra intencional, no probabilística, final de 466 casos efectivos sobre un total de 752 dispositivos.

Trabajo de campo

La encuesta se relevó entre el 26 de junio y el 16 de julio de 2020, a través de una plataforma en línea.

2. Estrategias de políticas públicas en el contexto del ASPO

En este apartado se presentarán los resultados alcanzados a partir del relevamiento realizado a través de la Encuesta para representantes de dispositivos territoriales y efectores de salud.

En primer lugar, se caracterizará a la población encuestada y a los dispositivos en forma global. Luego se analizarán los cambios percibidos en los dispositivos durante ASPO en cuanto al personal, la implementación de protocolos e insumos de protección y cuidados, los cambios percibidos en prestaciones y modalidad de atención y asistencia, las estrategias de atención y asistencias, las estrategias extra- terapéuticas y la red institucional. Por último, se analizarán los cambios percibidos en las consultas o demandas de atención y asistencia incluyendo motivos, cambios en consumos y otras problemáticas vinculadas a la salud mental y a la situación social.

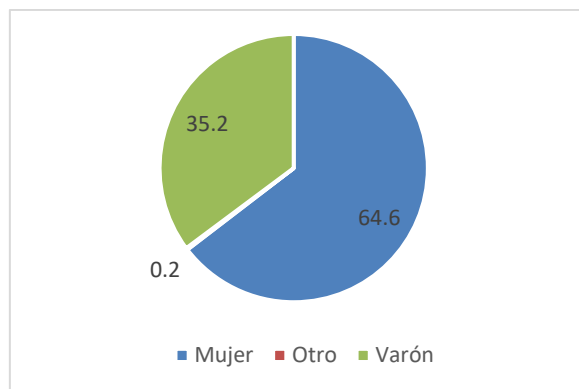
2.1. Características generales

Características de los y las respondientes - Género, Promedio edad y Profesión.

La encuesta fue realizada por un total de 466 personas que se encuentran en función en los dispositivos correspondientes.

La mayoría de las encuestas fue completada por mujeres (64,6%), el 35,2% fue realizada por varones y el 0,2% por personas que refirieron identificarse con otro género (Gráfico 1). La mediana de edad fue de 39 años y el promedio de 41 años (DE 10,529) y rango de edad entre 21 y 79 años (Cuadro 1). Sobre las profesiones u oficios referidos el grupo que comprende a Psicología/Psicopedagogía/ Sociopedagogía/Lic. Discapacidad (38%) y el de Trabajo Social/Sociología/Antropología/Lic. Ciencias Sociales/Lic. Ciencias Políticas/Lic. en Economía (19,3%) fueron los más nombrados. De todas, la Psicología ha sido la profesión más registrada, representando el 35% de la respuesta dadas (Gráfico 2).

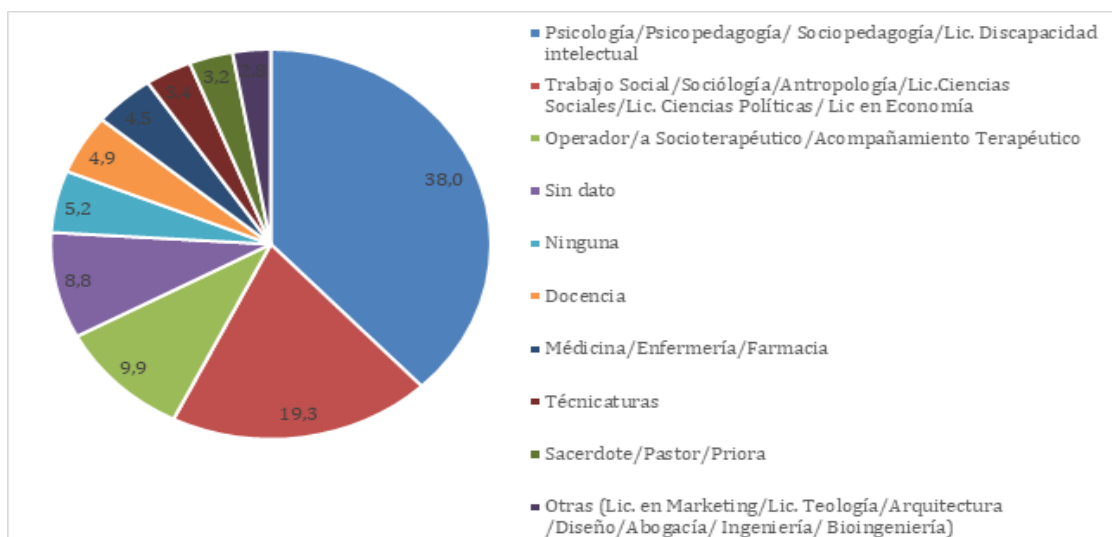
Gráfico 1. Personas respondientes según género (%). N=466



Cuadro 1. Edad de personas encuestadas

Edad	
Media	41,06
Mediana	39,00
Moda	39,00
Desv. Estándar	10,529
Rango	58
Mínimo	21
Máximo	79

Gráfico 2. Tipo de profesión referida por los y las respondientes (%). N=466



Dispositivos

La mayoría de las encuestas recibidas fueron completadas por los y las integrantes de dispositivos ubicados, en un 62,2% en la región Centro, seguido de un 11,4% perteneciente a la región de Cuyo, 10,5% a NOA, 8,2% a región Sur y 7,7% a la región NEA (Cuadro 2). También, según el tipo de dispositivo referido, se tratan en un 36,9% de dispositivos provinciales o municipales, en un 25,3% de CAAC, un 12,9% de DIAT y

un 12,2% corresponde a comunidad terapéuticas. Además, 12,7% registró otro tipo de dispositivo (fueron nombrados: casa de día, escuela de capacitación laboral, grupo y talleres, hospital de día, Internación hospital de niños, refugio para personas en situación de calle, etc.) (Gráfico 3).

Más de la mitad de los dispositivos cuentan, principalmente, con algún tipo de modalidad de atención ambulatoria (57,9%) y comunitaria (56%). También, en menor proporción, algunos cuentan con modalidad de centro de día/noche de media jornada (23,8%), residencial (19,1%), y centro de día/noche de jornada completa (12,2%). Finalmente 11,2% registraron otras modalidades a las mencionadas (Gráfico 4).

Cuadro 2. Distribución de dispositivos por región

Región/provincias	Frecuencia	%
REGIÓN CENTRO	290	62,2
REGIÓN NOA	49	10,5
REGIÓN NEA	36	7,7
REGIÓN CUYO	53	11,4
REGIÓN SUR	38	8,2
TOTAL	466	100,0

Gráfico 3. Tipos de dispositivos (%). N=466

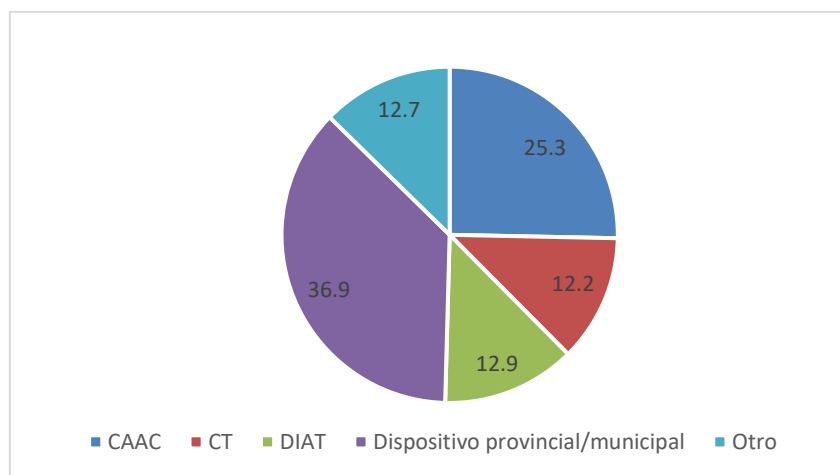
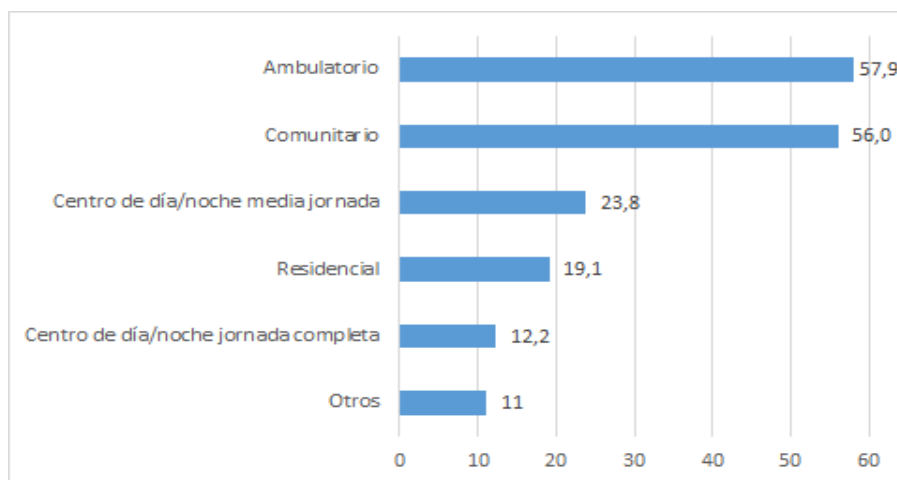


Gráfico 4. Tipo de modalidad de atención en dispositivos (%). n=466



2.2. Cambios en los dispositivos

a) Cambios producidos en la dotación y disponibilidad del personal

Con respecto a los cambios percibidos en el personal disponible para llevar a cabo las actividades diarias, se consultó, por un lado, en qué proporción se ha visto afectada la cantidad de personal dentro de cada equipo y, por otro, en qué proporción se vió modificada la cantidad de horas trabajadas por cada equipo a partir del ASPO.

Según las respuestas registradas, en el 79,1% de los dispositivos todos o casi todos los integrantes del equipo técnico profesional continuó trabajando. En el caso de los integrantes del equipo técnico no profesional, en el 60,4% de los dispositivos todos o casi todos l continuaron trabajando. Por último, en el 61,5% de los dispositivos, todos o casi todo el personal de apoyo continuó trabajando (Gráfico 5).

En cuanto a las horas trabajadas por el equipo técnico profesional de los dispositivos, en el 67% de los casos se mantuvieron o aumentaron (41,2% no se modificaron y en el 25,7% crecieron) mientras que en el 32% disminuyeron. Por otro lado, para el caso de las horas trabajadas por el equipo no profesional, en el 54,2% se mantuvieron o aumentaron (este número se desglosa en un 37,2% que no se modificaron y en 17% que crecieron) y en el 45,8% disminuyeron. Por último, en el 58% de los dispositivos las horas del personal de apoyo aumentaron o se mantuvieron igual (37,5% se mantuvieron y en 20,7% aumentaron) mientras que en el 39,8% disminuyeron (Gráfico 6).

Gráfico 5. Proporción percibida de personal que continúa trabajando durante ASPO en los equipos de trabajo (%). n=466

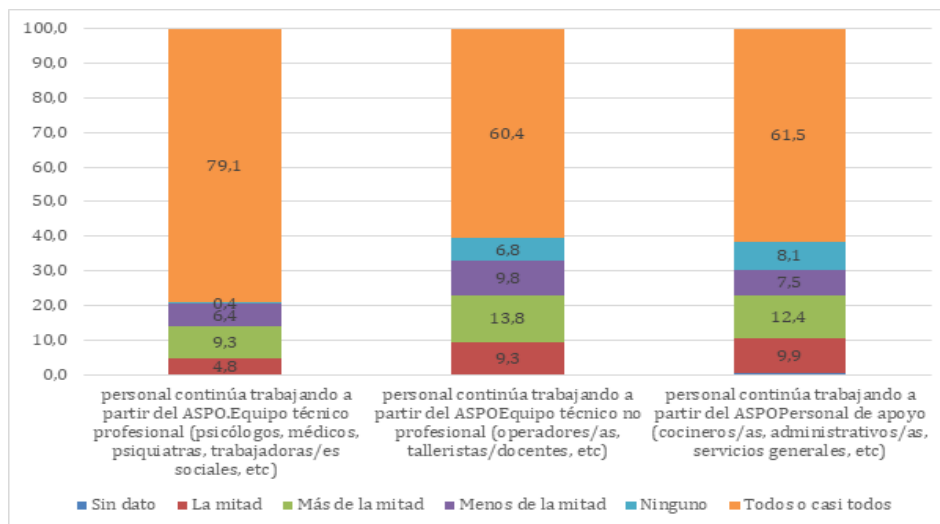
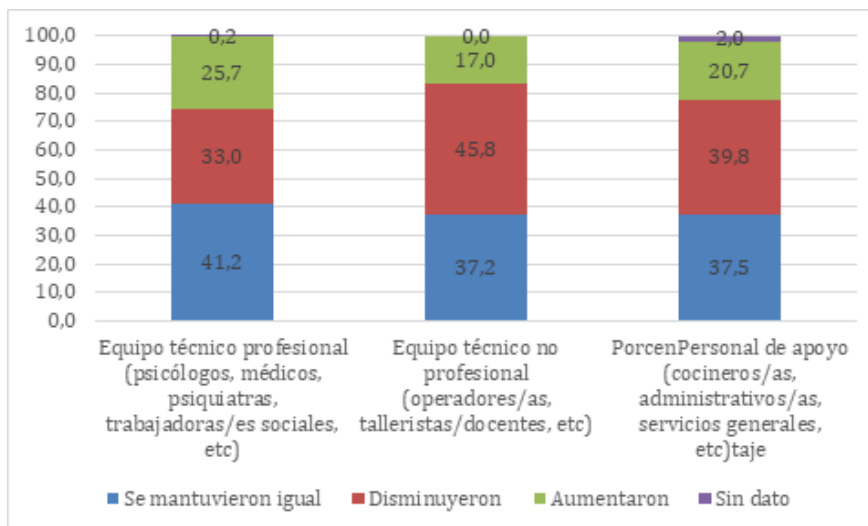


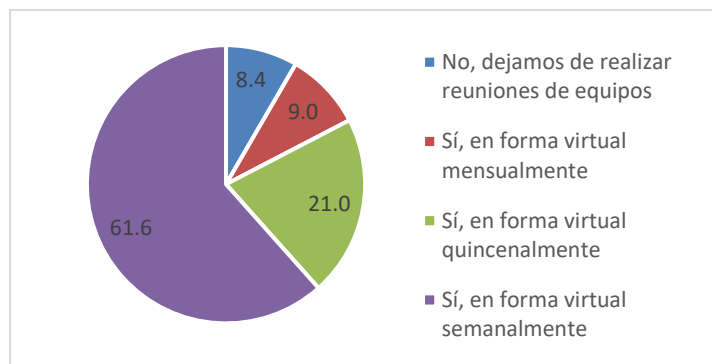
Gráfico 6. Cambios percibidos en horas trabajadas durante ASPO de los equipos de trabajo (%). N=466



b) Dinámicas en el equipo de trabajo

En cuanto a la dinámica mantenida por los equipos de trabajo, se indagó sobre las reuniones de equipo y la comunicación durante ASPO, la mayoría (91,6%) continuó con reuniones de equipo en forma virtual, el 61,6% lo hizo en forma semanal, el 21% en forma quincenal y el 9% en forma mensual. Solo el 8,4 % discontinuó las reuniones (Gráfico 7). Sin embargo, el 73% ha registrado que vio afectada la comunicación del equipo durante el periodo.

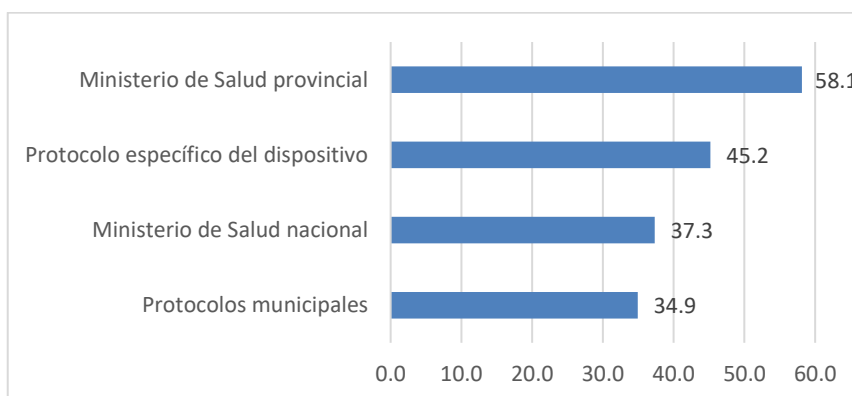
Gráfico 7. Reuniones de equipo realizadas en los dispositivos a partir del APSO (%). N=466



c) Implementación protocolos

Con respecto a la implementación de protocolos, se consultó si los dispositivos contaban con algún protocolo de atención y asistencia en el marco del contexto del Covid-19. Ante esto la respuesta fue que el 90% contaban con protocolos, y un 10% restante, registró no haber implementado uno. Es así como, el 58,1% implementó protocolos del ministerio de salud provincial, 45,2% específicos del dispositivo, 37,3% del Ministerio de Salud de Nación y 34,9% municipales (Gráfico 8).

Gráfico 8. Protocolos implementados según pertenencia institucional (%). N=392



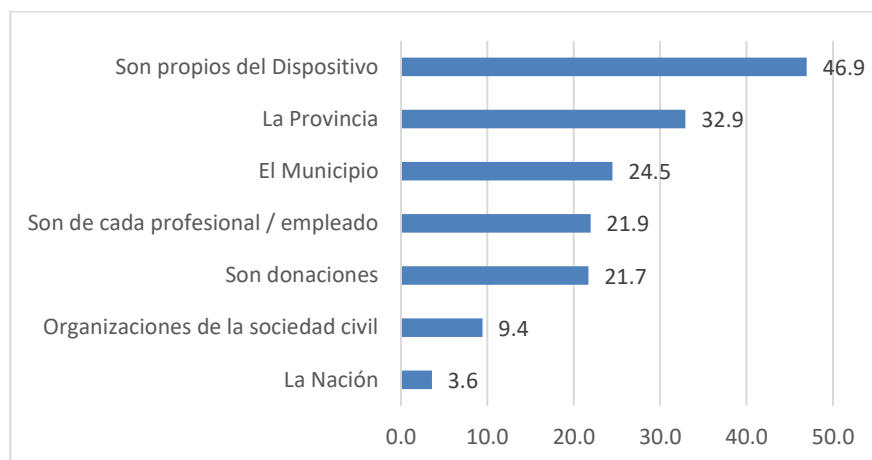
d) Disponibilidad de insumos de cuidados de salud

Por otra parte, se inquirió sobre la disponibilidad de insumos para el cuidado de la salud y las diferentes vías de acceso a los mismos. El 84,1% de los dispositivos refirió contar con insumos de protección y cuidados de la salud para el personal propio, y un 15,9 % refirió no contar con los mismos.

Se expusieron diferentes vías de acceso a los insumos, en algunos casos fueron provistos por la misma institución, en otros por organismos estatales, por los propios trabajadores o por otras organizaciones no gubernamentales.

Al consultarles sobre el acceso a insumos del cuidado personal, 46,9% registró que se ha utilizado insumos de cuidado personal propios del dispositivo, 32,9% registró haber recibido insumos otorgados por la provincia y 24,5% por el municipio. Es de destacar que el 21,9% también ha registrado que se utilizan insumos de cuidado que son propios de cada profesional/empleador y 21,7% nombró que el acceso a estos insumos fue por donaciones (Gráfico 9). Alrededor del 58% registró una sola fuente de acceso a los insumos y la respuesta más frecuente ha sido que los insumos son propios del dispositivo.

Gráfico 9. Organismo facilitador de insumos de cuidado personal (%). N= 392

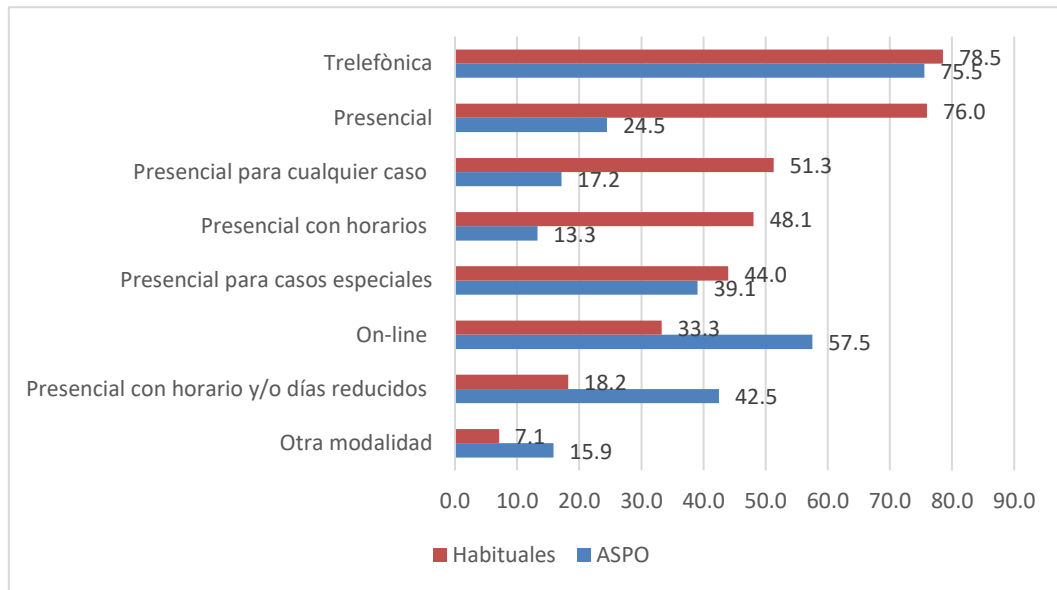


e) Cambios en la atención y asistencia

La encuesta relevó información sobre las diferencias en cuanto a la solicitud de turnos y prestaciones antes y durante el ASPO.

Según fue registrado las formas habituales más frecuente en que se llevan a cabo las solicitudes de turnos son la telefónica (78,5%) y las presenciales en diferentes modos, así es como el 76% de los y las respondientes ha registrado modalidad presencial, un 51,3% presencial para cualquier caso, 48% presencial con horarios y 44% presencial para casos especiales. Si bien durante el ASPO la telefónica también ha sido la forma más frecuente de solicitud de turno (75,5%), las modalidades presenciales han disminuido notoriamente, y en su lugar en este periodo se destaca el uso de solicitud de turnos On-line (57,5%); y en relación con la forma presencial la modalidad con horario y/o días reducidos adquirió mayor relevancia ya que un 42,5% de los dispositivos la llevan a cabo (Gráfico 10).

Gráfico 10. Modalidad de solicitud de turnos según cantidad de dispositivos antes y durante ASPO (%). n=466

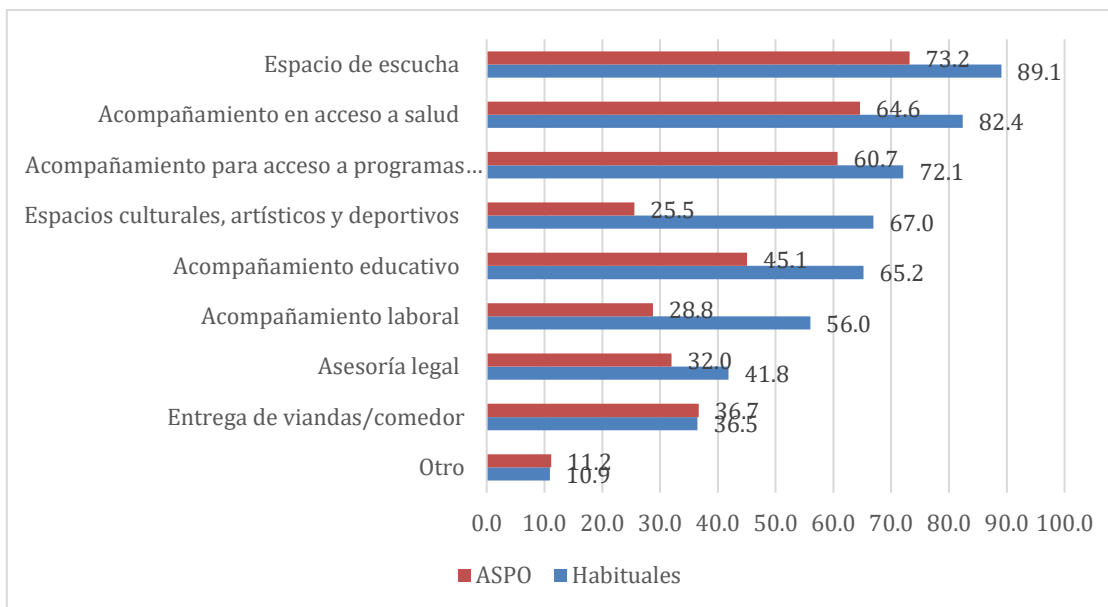


Enmarcado en un abordaje integral de los consumos de sustancias con perspectiva de derechos humanos, los dispositivos de la red federal de atención y acompañamiento brindan diversas prestaciones en el marco de los tratamientos que pueden trascender los espacios clínicos tradicionales. Los diferentes tipos de dispositivos, en sus respectivas modalidades, promueven estrategias y prestaciones singulares, dependiendo del abordaje que estén llevando a cabo y las vulneraciones que puedan aparecer.

Al ser consultados por el tipo de prestaciones que brindan, habitualmente y durante ASPO, se manifestó que, en ambos escenarios las tres prestaciones registradas en la mayoría de los dispositivos son espacio de escucha (pre ASPO 89,1% y 73,2% durante la vigencia del ASPO), acompañamiento en acceso a salud (82,4% y 64,6% respectivamente), acompañamiento para acceso a programas sociales (72,1% y 60,7% en cada caso) (Gráfico 11).

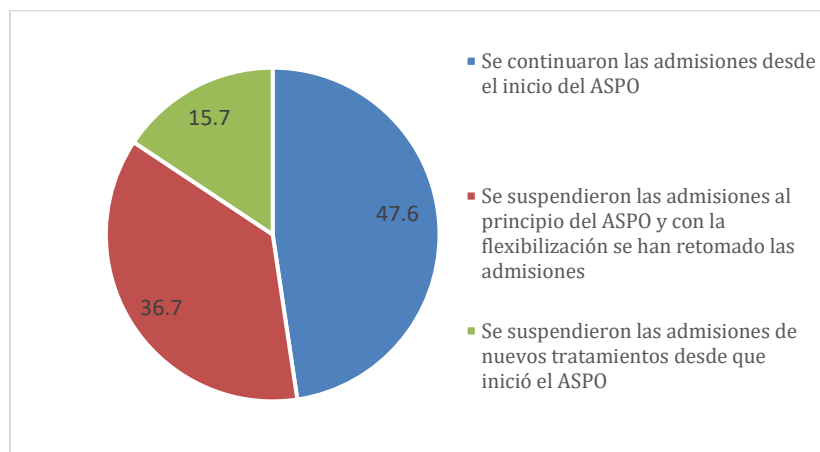
Otras prestaciones registradas en el trabajo habitual mostraron que gran parte de los dispositivos tiene espacios culturales, artísticos y deportivos (67%) seguido de acompañamiento educativo (65%), destacándose una diferencia notoria con las prestaciones durante ASPO en las que, tanto el acompañamiento educativo (45,1%), como la entrega de viandas/comedor (36,7%) sigue en orden a las tres primeras mencionadas (Gráfico 11).

Gráfico 11. Prestaciones brindadas antes y durante ASPO según cantidad de dispositivos (%). n=466



Respecto a las admisiones, el 47,6% de los dispositivos continuó con las admisiones durante ASPO, el 36,7% suspendió las admisiones al principio de ASPO, las que fueron retomada con la flexibilización, y, por último, el 15,7% debió suspender las admisiones desde el inicio del ASPO hasta el cierre de este componente (Gráfico 12).

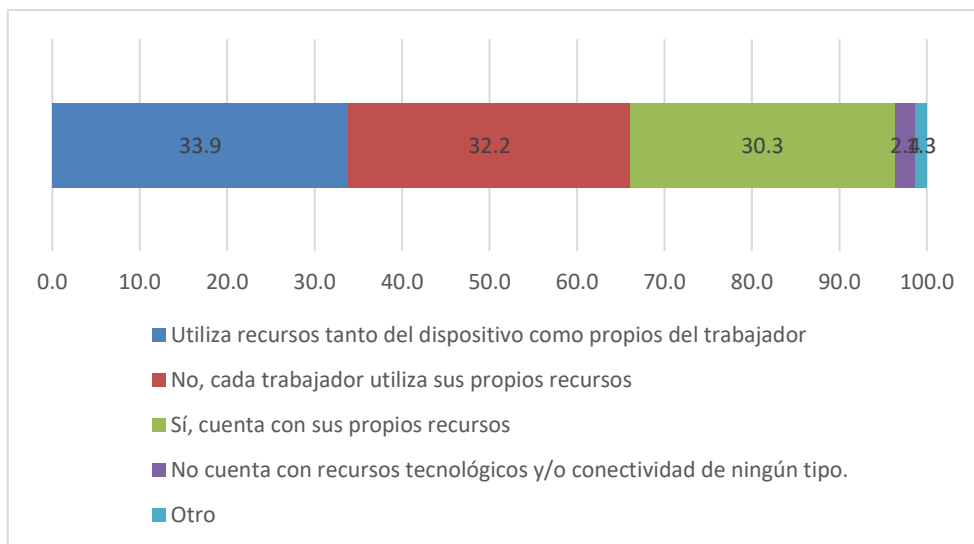
Gráfico 12. Admisión a nuevos tratamientos durante ASPO (%). N=466



f) Atención y asistencia remota

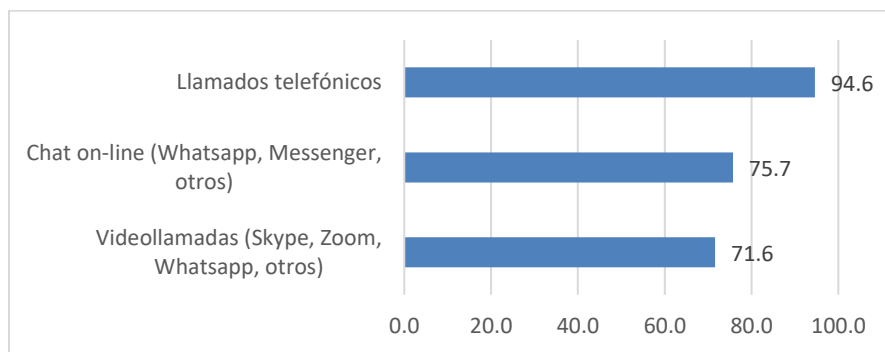
En relación con la atención y asistencia remota, se indagó sobre los recursos con los que cuenta el dispositivo para llevarlas a cabo. El 33,9% refirió utilizar tanto recursos propios del trabajador como del dispositivo, el 32,2% contar solo con los recursos propios del trabajador y el 30,3% confirmó que el dispositivo cuenta con recursos para desarrollarlas. Por su parte un 2,4% no cuenta con recursos (Gráfico 13).

Gráfico 13. Disposición de recursos tecnológicos y/o conectividad para realizar atención y asistencia de manera remota en el dispositivo (%). N=466



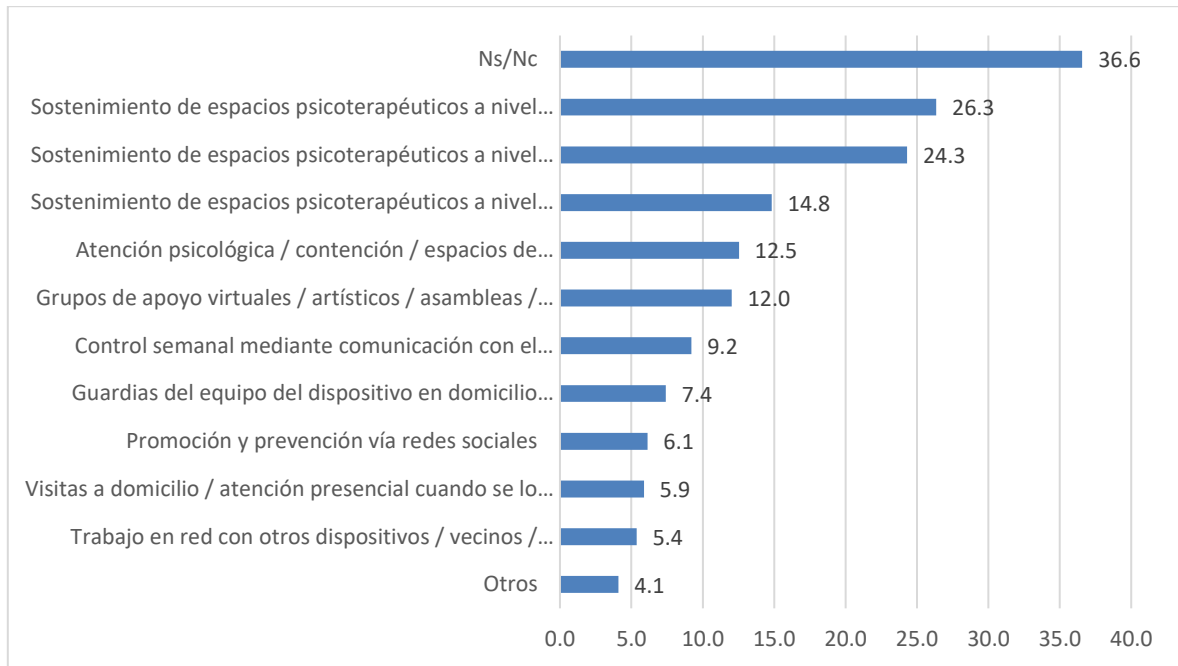
Sobre el desarrollo concreto de atención y asistencia remota, el 83,9% (n=391) respuestas refirió que el dispositivo ha estado realizando atención de manera remota a partir de ASPO, de esos, el 94,6% indicó que utilizan las llamadas telefónicas, el 75,7% el chat on-line y el 71,6% las videollamadas (Gráfico 14). Además, el 59,6% de los dispositivos utiliza los tres medios nombrados para comunicarse, el 21,3% utiliza dos de los medios y el 15,6% solo un medio.

Gráfico 14. Medios de atención y asistencia remota utilizados (%). N=391



A propósito de los medios utilizados para brindar atención y asistencia remota, se indagó también sobre las estrategias virtuales implementadas. Si bien, en parte, no se contó con la información, la principal estrategia mencionada fue el sostenimiento de los espacios psicoterapéuticos personales bajo la modalidad virtual (26,3%) que incluyeron videollamadas, seguimiento y contención por mensajería instantánea, comunicación vía redes sociales. El sostenimiento de espacios psicoterapéuticos personales por vía telefónica y las entrevistas de admisiones por teléfono fueron la segunda estrategia más nombrada (24,3%). Mientras que el sostenimiento de espacios psicoterapéuticos a nivel grupal o familiar, de manera virtual (14,8%) fue la tercera. Resulta interesante resaltar que el 12,5% refirió a espacios de contención y asesoramiento respecto al covid19 y la adhesión a las medidas de aislamiento y que el 12% utilizó estrategias virtuales con el objeto de brindar talleres artísticos, educativos y culturales (Gráfico 15).

Gráfico 15. Estrategias de atención y asistencia virtual implementadas (%). N=391



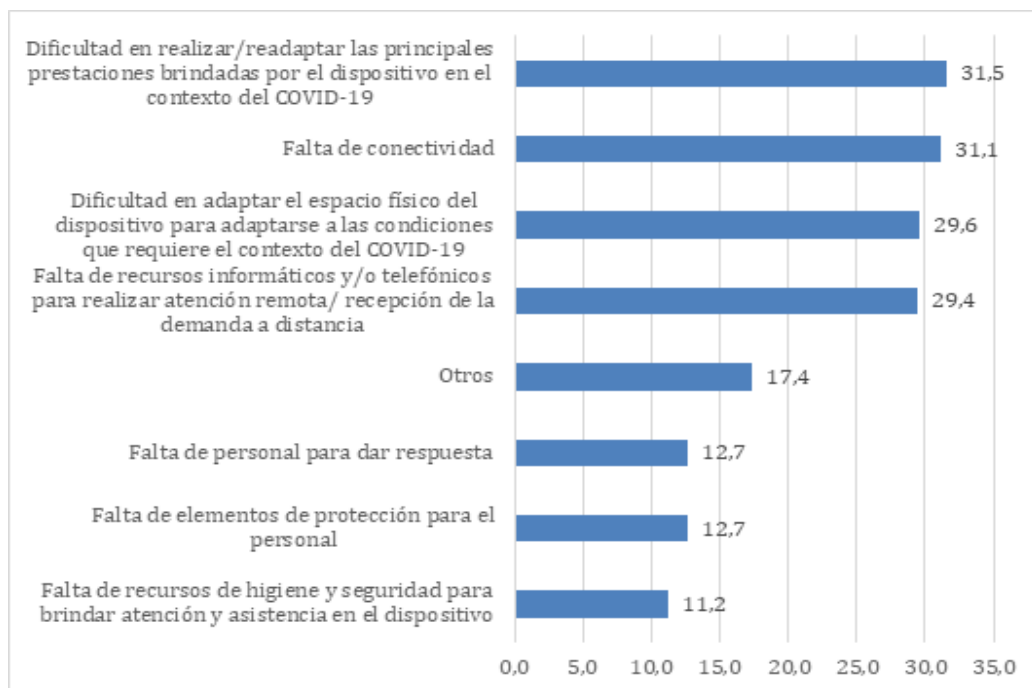
g) Dificultades en relación con la asistencia

Según lo registrado el 79,2% percibe dificultad en la atención y asistencia que realiza el dispositivo a partir del nuevo contexto del Covid-19. En referencia a ello, se indagó sobre el tipo de dificultades percibidas a partir del ASPO, fueron nombradas las dificultades en realizar o readaptar las principales prestaciones brindadas por el dispositivo (31,5%) y la falta de conectividad (31,1%). También en menor proporción, fueron registradas por los y las respondientes las dificultades en adaptar el espacio físico del dispositivo para el contexto del Covid-19 (29,6%) y la falta de recursos informáticos y/o telefónicos para la atención remota (29,4%) (Gráfico 16).

Es de destacar que, aunque con menor proporción, la falta personal (12,7%), la falta de protección para el personal (12,7%) y la falta de recursos de higiene y seguridad para brindar atención y asistencia en el dispositivo (11,2%), también se registraron como parte de las dificultades en el desarrollo de la atención y asistencia en el contexto de Covid-19 (Gráfico 16).

En cuanto a la opción relativa a otros motivos (17,4%) algunas de las respuestas se refirieron a dificultades relacionadas con características del dispositivo, la situación de las instituciones de la red y características de la población atendida. Con respecto al dispositivo fue nombrado, por ejemplo, la infraestructura no adecuada para protocolo sanitario o dificultades económicas para implementarlos. En relación con la situación de las instituciones de la red, hubo referencia a la dificultad extra que supuso que hubiera instituciones del estado que no estaban dando atención, o que la ofrecían de manera, tanto en asistencia como en acceso a salud, emergencias por consumos, trámites para DNI, acceso a justicia, solicitud de evaluación previa de Sedronar para admisión en comunidades conveniadas. Por último, en referencia a la situación de la población atendida, fueron nombradas dificultades para el traslado de los pacientes en transporte público, la distancia geográfica y las prioridades de los usuarios; la falta de recursos tecnológicos, de conectividad y de espacios con privacidad garantizada por parte de los pacientes; temor en la población en trasladarse hacia el dispositivo por miedo a contagio del virus y falta de adherencia de pacientes a la propuesta de atención.

Gráfico 16. Tipos de dificultades percibidas en la atención y asistencia en dispositivos a partir del contexto de Covid-19 (%). N=466



h) Articulaciones territoriales

También se indagó sobre las articulaciones territoriales de cada dispositivo en lo local. De los 466 dispositivos, 30,7% confirmaron que los mismos formaron parte de comités de emergencia local durante ASPO (Gráfico 17), y el 54,4% de los dispositivos confirmaron que pertenecieron a alguna red de instituciones local (Gráfico 18).

Gráfico 17. Participación del dispositivo del comité de emergencia local de la comunidad donde se encuentra (%). N=466

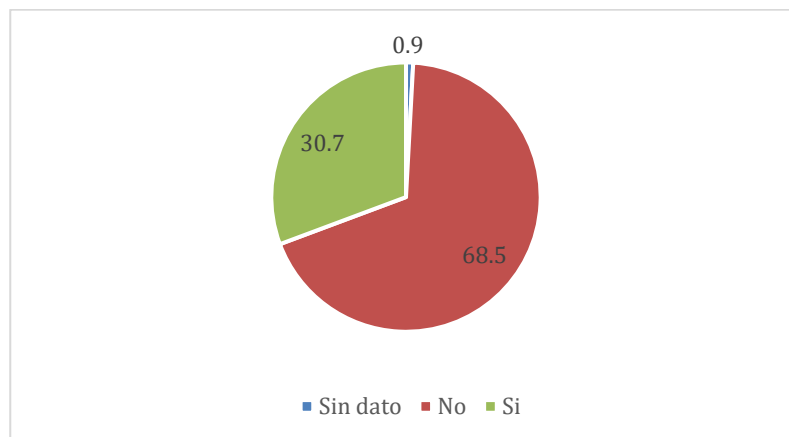
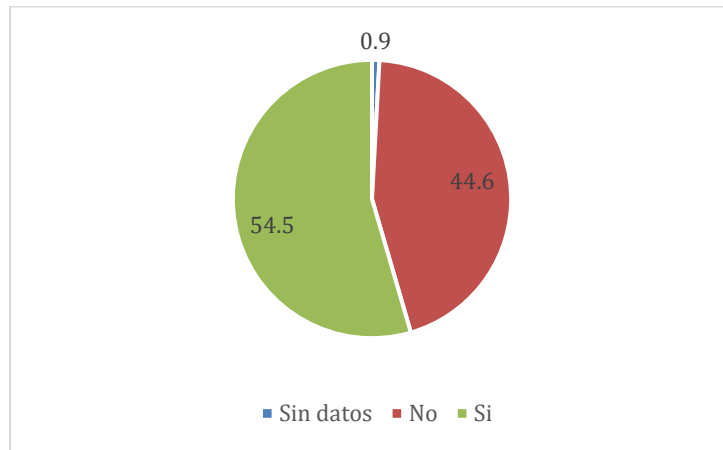


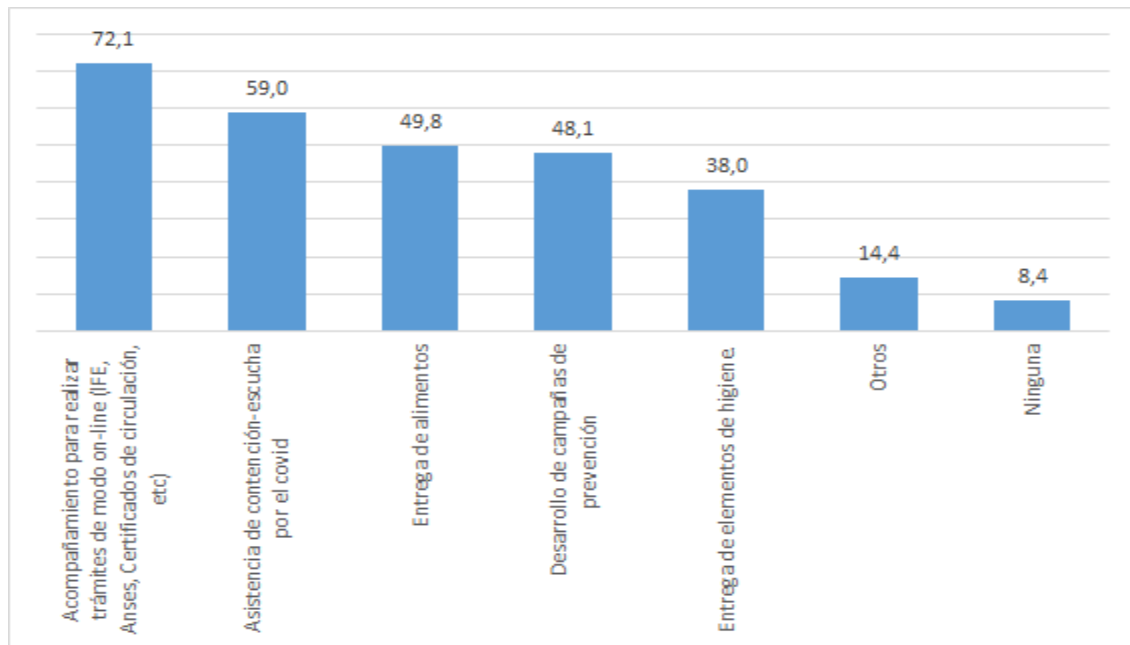
Gráfico 18. Participación del dispositivo de alguna otra red de instituciones dentro del barrio (%). N=466



i) Actividades extra-terapéuticas

Además de las actividades y prestaciones terapéuticas se indagó sobre actividades fuera de lo terapéutico. La actividad más nombrada fue el acompañamiento para realizar trámites de modo on-line (72,1%), seguido de asistencia de contención-escucha por Covid-19 (59%), entrega de alimentos (49,8%) y desarrollo de campañas de prevención (48,1%) y, en menor proporción entrega de elementos de higiene (38%) (Gráfico 19). En la opción relativa a otros motivos fueron nombradas actividades como acompañamiento en educación, acceso a la salud, a lo habitacional, acceso a la justicia, entrega de abrigos, fabricación y donación de máscaras faciales y de barbijos, participación en campañas de vacunación del Ministerio de Salud, capacitaciones virtuales a operadores/promotores/otros, etc.

Gráfico 19. Tipo de actividades implementadas fuera de lo terapéutico (%). N= 466



2.3. Cambios en las consultas durante el ASPO

a) *Motivos de consulta*

Si bien es esperable que la red federal de atención y acompañamiento brinde atención a personas que principalmente consultan por problemáticas asociadas al consumo de sustancias existen, debido a las diferentes modalidades de abordaje que tienen los dispositivos que la conforman y la diversidad de prestaciones que suelen brindar en el marco de un abordaje integral de consumos con perspectiva de derechos humanos, motivos que suelen estar, al menos en principio, por fuera de la cuestión del consumo. En ese marco, el 82,8% de los dispositivos, antes del ASPO, recibieron como motivo de consulta aquellos relacionados con consumo de sustancias, mientras que el 27,5% registraron motivos relacionados a otros padecimientos en salud mental, tales como trastornos de ansiedad, ataques de pánico, padecimientos psíquicos, recaídas, abstinencia, intentos de suicidio, pedido de acompañamiento psicológico, autolesiones, trastornos de conducta. El 24,5% fueron motivos relacionados con el acceso a derechos, tales como vulnerabilidad en general, alimentaria, abrigo, salud, enfermedades, acceso a derechos, asistencia social, situación de calle, habitacional (Cuadro 3).

En los motivos de consulta durante el ASPO, no existe una diferencia relevante en relación con los asociados al consumo (65,5%) pero sí otros aumentaron. Entre los más relevantes están el 42,3% relacionado con las consultas sobre el acceso a derechos y el 32,4% asociados a otros padecimientos en salud mental tales (Cuadro 3). Otros aspectos a destacar son el aumento en la proporción de dispositivos que indicaron recibir consultas durante el ASPO por motivos relacionados con pedidos diversos de información sobre instituciones (funcionamiento del dispositivo, asesoramiento, articulación institucional, orientación para trámites en general, DNI, ANSES -IFE, Tarjeta Alimentar-) (21,9%); y motivos relacionados con la situación laboral (búsqueda de trabajo, pobreza, empleo, desocupación, planes sociales, programas sociales, sostenimiento laboral) (16,1%) (Gráfico 20).

Cuadro 3. Motivos de consulta más frecuentes según momento de referencia previo o durante ASPO (%). N=466

Motivos de consulta	Previo ASPO	Durante ASPO
Consumo problemático / adicciones / sustancias prohibidas / intoxicaciones / alcohol / tabaco / policonsumo / asistencia en general	82,8	65,5
Trastornos de ansiedad / ataques de pánico / padecimientos psíquicos / recaídas / abstinencia / intentos de suicidio / acompañamiento psicológico / autolesiones / trastornos de conducta	27,5	32,4
Vulnerabilidad en general / alimentaria / abrigo / salud / enfermedades / acceso a derechos / asistencia social / situación de calle / habitacional	24,5	42,3
Violencia familiar / violencia de género / violencias	19,5	17,4
Situación de consumo propio / espacios de escucha / demandas de tratamiento	19,3	18,7

Consultas sobre el funcionamiento del dispositivo / asesoramiento/ articulación institucional / orientación para trámites en general / DNI / ANSES (IFE, Tarjeta Alimentar)	17,6	21,9
Talleres / actividades recreativas / cursos de educación / terminalidad educativa / acompañamiento escolar / becas	17,0	5,4
Situaciones o causas judiciales / delincuencia / causas penales / asesoramiento legal	15,2	8,6
Situación de consumo de terceros (mayormente familiares o amigos) / demandas de tratamiento	14,6	8,8
Demandas de internaciones	13,9	10,9
Ns/Nc	12,2	25,3
Problemáticas familiares / orientación a familias / familias disfuncionales / vinculaciones familiares	12,0	13,3
Búsqueda de trabajo / pobreza / empleo / desocupación / planes sociales / programas sociales / sostenimiento laboral	10,5	16,1
Otros	8,6	12,9
Actividades de prevención y promoción	4,7	0,6

b) Cambios en la demanda/continuidad del tratamiento / Derivaciones / Motivos

Demanda

Se indagó sobre la cantidad de demanda de atención y asistencia percibida durante el ASPO, el 43,8% de respondido muestra que la misma ha aumentado (levemente- 24,9%- o mucho-18,9%), en menor medida indica que disminuyó (el 37,7%: bastante -17,8% - o poco-18,9%) o que se mantuvo igual (13,9%) (Cuadro 4).

Las especificaciones sobre la categoría Otros (5,6%) incluyeron tanto disminución al inicio con posterior aumento, como disminución inicial seguida de una situación igual que antes del ASPO. También se registró en éste rubro un aumento de la demanda en aspectos específicos: bolsones de alimentos y viandas y búsqueda de fuentes de ingreso y una disminución de la demanda específica en consumos problemáticos pero con incremento en consultas de salud mental en general, tales como trastornos de ansiedad.

Cuadro 4. Percepción en relación con la cantidad de demanda de atención y asistencia recibida durante el ASPO. N=466

Percepción en relación con la cantidad de demanda de atención y asistencia recibida durante el ASPO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Aumentó levemente	116	24,9	24,9
Aumentó mucho	88	18,9	43,8
Disminuyó bastante	83	17,8	61,6

Disminuyó poco	88	18,9	80,5
Otro	26	5,6	86,1
Se mantuvo igual	65	13,9	100,0
Total	466	100,0	

Continuidad del tratamiento

Además, se consultó cuál era la percepción sobre la cantidad de personas que continuaron acudiendo al espacio de atención y tratamiento. El 72% registró que una franja que va entre más de la mitad a el total de las personas continuaron en espacio de atención y tratamiento (47% todos o casi todos y 25,5% más de la mitad). Por otra parte el 13,3% respondió que la mitad tuvo continuidad y el 10,1% que menos de la mitad sostuvo el espacio (Cuadro 5).

El 3% registró, para la categoría Otros, especificaciones que indican que hubo dispositivos que no llevaron adelante asistencias o tratamiento directos porque realizaron prevención o contención, otros dispositivos que debieron cerrar por problema en infraestructura y debieron derivar a las personas en tratamiento.

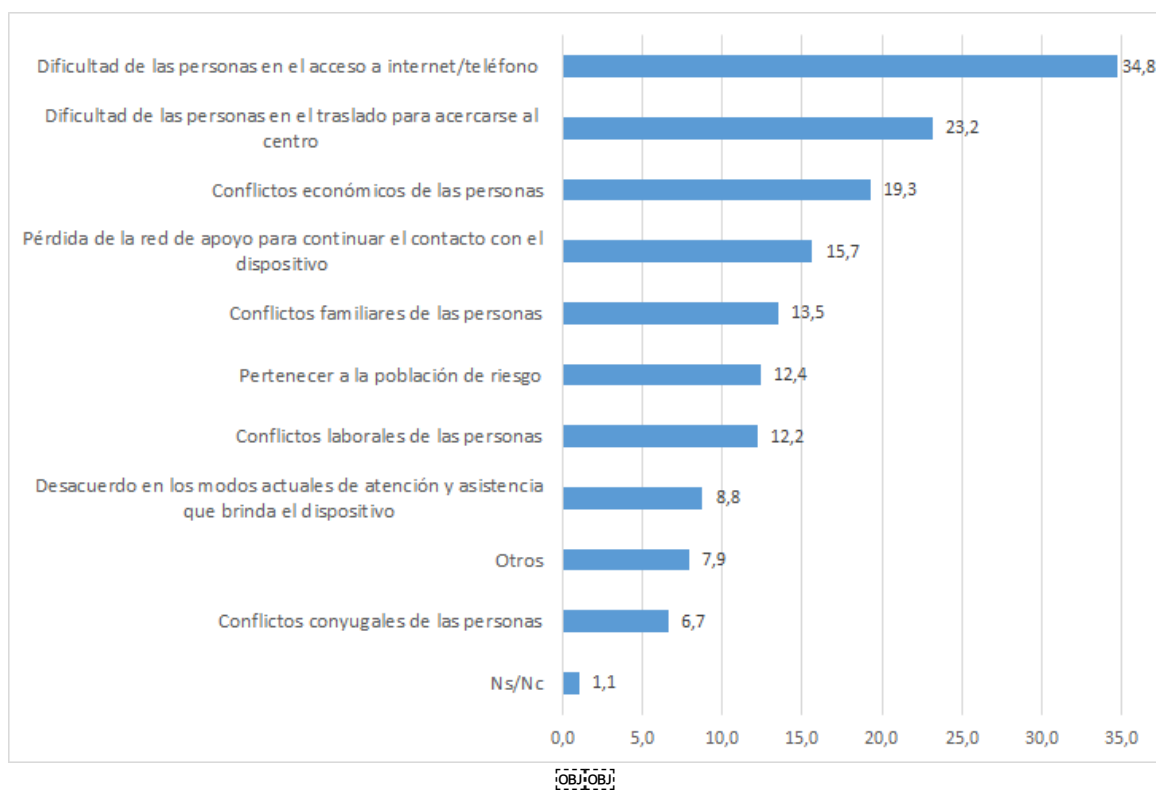
Cuadro 5. Percepción sobre personas que se encontraban en tratamiento en un espacio de atención y asistencia, y continuaron durante el ASPO. N= 466

Personas que continuaron en espacio de atención y tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Todos o casi todos	219	47,0	47,0
Más de la mitad	119	25,5	72,5
La mitad	62	13,3	85,8
Menos de la mitad	47	10,1	95,9
Ninguno	5	1,1	97,0
Otro	14	3,0	100,0
Total	466	100,0	

Sobre los motivos por los cuales las personas no continuaron con los espacios de atención y tratamiento se registraron: la dificultad de las personas en el acceso a internet/teléfono (por ejemplo, no disponer de algunos de esos servicios, la mala conectividad, la dificultad en el uso de las nuevas tecnologías, etc.) fue la más mencionada (34,8%), seguida de la dificultad para el traslado hasta al centro (entre las que surgió la reducción o la limitación de los medios de transporte en su barrio o ciudad) (23,2%) y conflictos económicos de las personas (19,3%). En menor medida, se registraron motivos tales como: pérdidas de la red de apoyo para continuar el contacto con el dispositivo (15,6%), conflictos familiares (13,5%), pertenecer a la población de riesgo (12,4%), conflictos laborales (12,2%), desacuerdo con la modalidad actual de atención y asistencia que brinda el dispositivo (8,80%) y conflictos conyugales (6,7%) (Gráfico 20).

Entre las referencias a la categoría otros (7,9%) fueron nombradas las restricciones de circulación por la vía pública debido a la emergencia sanitaria, la situación de calle, conflictos con la ley y características de las viviendas de los consultantes que las hacían no adecuadas para la atención remota.

Gráfico 20. Motivos más frecuentes por los que no pudieron continuar accediendo a dicha respuesta asistencial durante el aislamiento (%). N=466



Derivaciones y motivos

Respecto al funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia en que se desempeñan los dispositivos, se indagó sobre el aumento de derivaciones, tanto las recibidas como las solicitadas, y los motivos asociados.

Sobre las derivaciones que cada dispositivo recibió durante el ASPO, el 48,9% refirió no haber recibido mayor demanda de atención o asistencia por otras instituciones que en los períodos previos al ASPO mientras que el 41,8% confirmó haberla recibido (Gráfico 21). Los principales motivos de demanda recibida mencionados fueron: que el dispositivo cuenta con personal para dar respuesta (72,3%), que el dispositivo cuenta con prestaciones que han dejado de ofrecer otras instituciones (51,3%) y que el dispositivo brinda servicio de comedor/entrega de viandas alimentarias (40,5%) (Gráfico 22).

Gráfico 21. Recepción de mayor demanda de atención y asistencia por parte de otras instituciones/organizaciones debido al contexto del Covid-19 (%). N=466

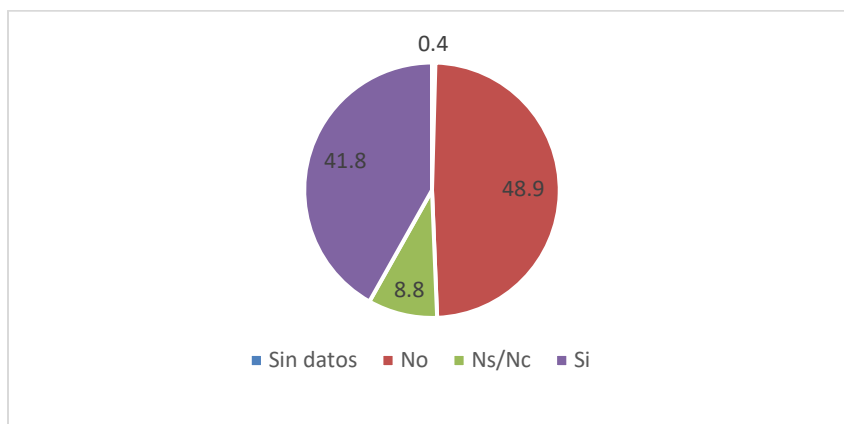
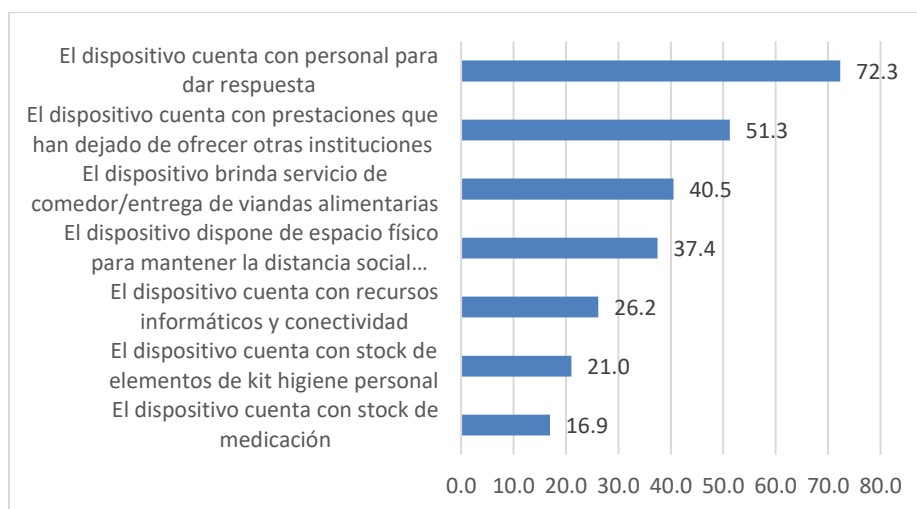


Gráfico 22. Principales motivos de recepción de demanda de otras instituciones en relación con el contexto de pandemia (%). n=195



Por otro lado, sobre las derivaciones realizadas de cada dispositivo a otras instituciones, el 76,2% de las respuestas mostraron que no se realizaron derivaciones. Sin embargo, un 20,6% confirmó haberlas realizado (Gráfico 23), y los motivos más frecuentes que se registraron fueron la reducción/eliminación de las prestaciones ofrecidas (24%), por la necesidad de derivación a dispositivos de salud mental/comunidad terapéutica, tanto en modalidad ambulatoria como de internación (17,7%), por la falta de alimentos/viandas debido al contexto de pandemia (17,7%), por falta de espacio físico para mantener la distancias social requerida (17,7%), y por requerir derivación a una institución por violencia de género, situación de calle y acceso a servicios de salud (16,7%) (Gráfico 24).

Gráfico 23. Derivación de personas a otras instituciones/organizaciones debido al contexto del Covid-19 (%). N=466

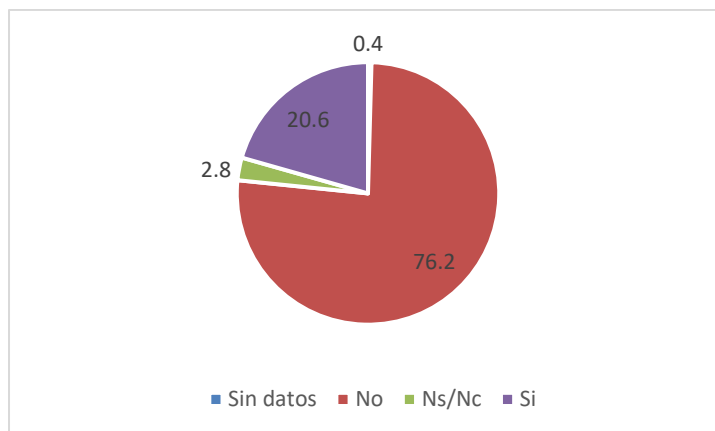
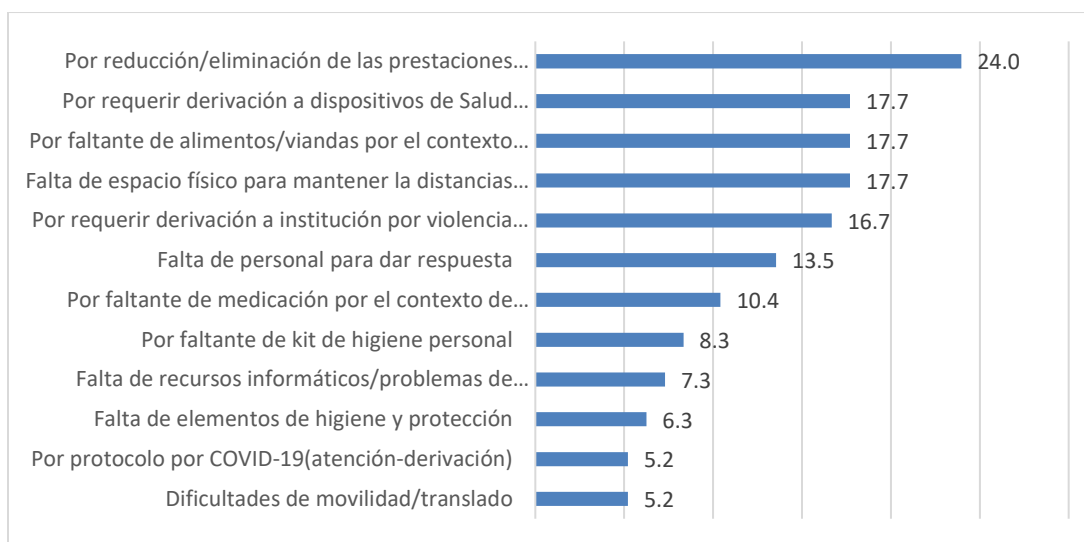


Gráfico 24. Principales motivos de derivación con relación al contexto del Covid-19 (%). n=96



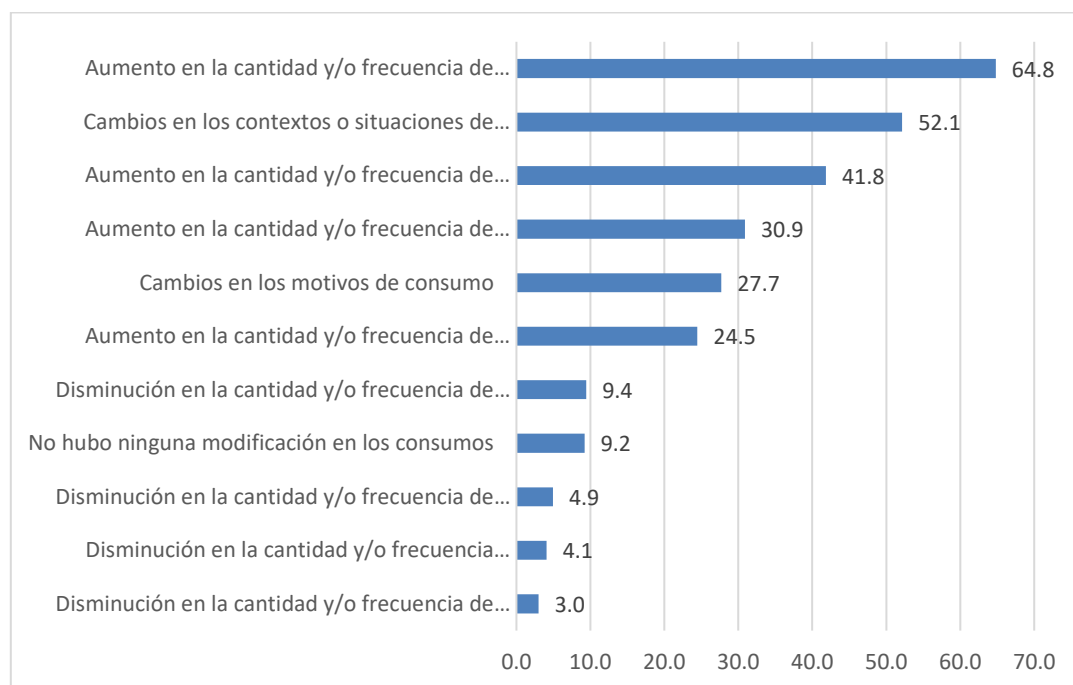
c) *Modificaciones en los consumos*

Acerca de modificaciones en los consumos, se indagó sobre los cambios percibidos en los escenarios, en la frecuencia y/o cantidad de los mismos, en los contextos o situaciones en los que se realizaron, y en los motivos de consumos.

El 64,8% percibió un aumento en la cantidad y/o frecuencia de consumo de alcohol. El 52,1% identificó modificaciones en los contextos o situaciones de consumo mientras que el 41,8% registró un aumento en la cantidad y/o frecuencia del consumo de psicofármacos. El 30,9% indicó un aumento en la cantidad y/o frecuencia del consumo de marihuana y el 24,5% detectó un aumento en la cantidad y/o frecuencia del consumo de sustancias ilícitas.

La proporción de respuestas donde se percibió disminución de la cantidad y/o frecuencia del consumo de sustancias, o falta de modificación en los consumos, se encuentra por debajo del 10%. La mayor proporción corresponde a la disminución del consumo de sustancias ilícitas (9,4%) (Gráfico 25).

Gráfico 25. Modificaciones percibidas en los modos/escenarios de consumo de las personas consultantes durante el ASPO (%). N=466



d) Otras problemáticas

Se consultó sobre otras problemáticas que podrían estar asociadas o no al consumo de sustancias y que han sido manifestadas por las personas que consultan a los dispositivos. La mayoría de los dispositivos registró a los problemas económicos (82%), a la desocupación o los problemas laborales (74%) y a las situaciones de violencia doméstica (64,4%) como problemáticas presentes en las consultas. También, alrededor de la mitad de los dispositivos registró a los problemas habitacionales (52,6%) y situaciones de violencia de género (49,1%). Por último, por debajo de la mitad de los dispositivos registró problemas de alimentación (46,1%), problemas educativos (38,4%), situaciones de violencia en el barrio (35,2%) y problemas de suministro de servicios básicos (24,7%). El 1,7% registró que no manifiestan problemas (Gráfico 26).

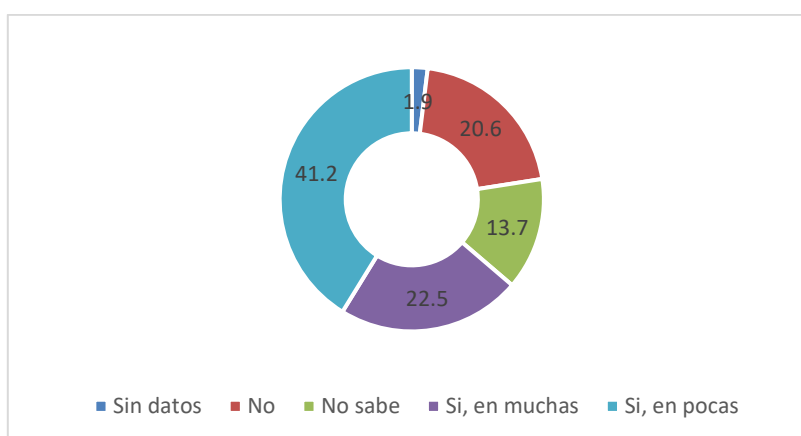
Gráfico 26. Percepción sobre problemáticas asociadas o no al consumo manifestadas por las personas que consultan durante el ASPO (%). N=466



e) Agravamiento de síntomas

Acerca de otros padecimientos en la salud mental, se consultó sobre la manifestación o el agravamiento de síntomas psicopatológicos tales como delirio, alucinaciones, insomnio, pánico, ansiedad, ideación suicida, entre otros. El 63,7% de las respuestas confirmaron la manifestación o el agravamiento de síntomas, con un 41,2% de respuestas para “sí, en pocas” y un 22,5% para “sí, en muchas” (Gráfico 27). Los síntomas manifestados o agravados que han sido nombrados principalmente son ansiedad, angustia y aislamiento social. También fueron nombrados ideación suicida, miedo y abstinencia.

Gráfico 27. Percepción sobre manifestación o agravamiento de síntomas psicopatológicos (delirios, alucinaciones, insomnio, pánico, ansiedad, ideación suicida, etc.) de personas que se asisten en el dispositivo (%). N=466



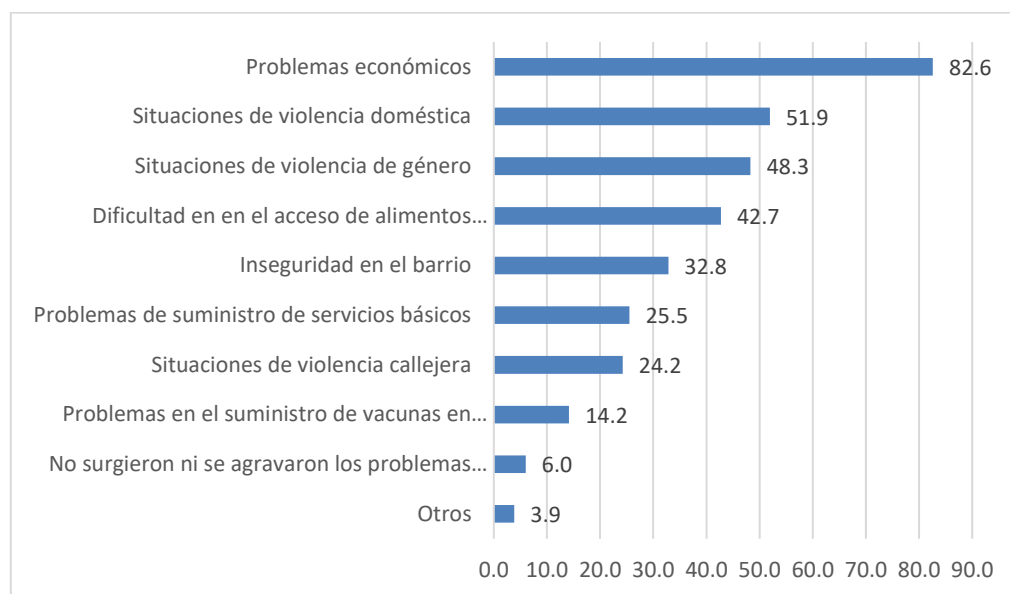
f) Agravamiento situaciones sociales o contextuales

Por último, se consultó sobre los cambios percibidos en las situaciones sociales que pudieron surgir y/o se agravaron en la comunidad en que se encuentra cada dispositivo durante el contexto del ASPO.

La mayoría quienes respondieron registraron a los problemas económicos (82,6%) como la situación social que surge y/o se agrava. Alrededor de la mitad registró a situaciones de violencia doméstica (51,9%) y de género (48,3%) como situaciones que surgieron y/o se agravaron. Estas fueron seguidas de la dificultad en el acceso a los alimentos (42,7%), inseguridad en el barrio (32,8%), problemas de suministro de los servicios básicos (25,5%), situaciones de violencia callejera (24,2%) y, en menor proporción, problemas en el suministro de vacunas en los establecimientos de salud del barrio (14,2%). Un 3,9% registraron otros problemas. El 6% registró que no surgieron ni se agravaron los problemas del barrio (Gráfico 28).

Entre las especificaciones en la categoría otros, fueron mencionados problemas como dificultad en el acceso a vacantes en paradores, a programas sociales y a internación. También dificultad en la continuidad de tratamientos médicos integrales y de tratamiento psicofarmacológicos. Otro problema mencionado en esta categoría fue la violencia institucional por fuerza de seguridad.

Gráfico 28. Situaciones sociales percibidas que surgen y/o se agravan en la comunidad donde se encuentra el dispositivo en el actual contexto del ASPO (%). N=466



2.4 Lecciones aprendidas

Este apartado presenta información a partir de respuestas de opinión brindada sobre las estrategias de atención y asistencia.

Por un lado, se les consultó sobre las estrategias de atención y asistencia previas a la pandemia de Covid-19 que debieron suspenderse en el contexto del ASPO y que son consideradas irremplazables para la continuidad de los tratamientos. Se trató de una opción de respuesta abierta y a partir de lo registrado se agruparon las respuestas obtenidas. Aquellas referidas a los espacios promocionales brindados por los dispositivos (27,3%), a la importancia del contacto presencial (23,4%) y a los tratamientos psicológicos o médicos presenciales (18%) fueron considerados en mayor proporción como de carácter irremplazable para la continuidad de los tratamientos (Gráfico 29).

Los espacios promocionales brindados por los dispositivos comprendieron las menciones a talleres socio productivos y ocupacionales, cursos, actividad física, forjamiento del lazo social, etc. La importancia del contacto presencial reunió menciones como el contacto personal, actividades presenciales, contacto cálido y

afectivo, escucha. Por último, respecto a los tratamientos psicológicos o médicos presenciales, fueron agrupados referencia de grupos terapéuticos, acompañamiento psicológico, tratamientos médicos y seguimiento clínico.

Se les consultó, también, sobre aquellas nuevas estrategias implementadas a partir del Covid-19, útiles para la atención y asistencia brindada por el dispositivo, y que consideraban que deberían continuar desarrollándose en el mismo. Al igual que en la pregunta anterior, se trató de opción de respuesta abierta. Las estrategias vinculadas al uso de herramientas remotas tales como seguimiento de casos personales y a familiares de manera remota, videollamadas, mayores herramientas informáticas, para los casos de personas que viven lejos de los dispositivos (47,9%), y las estrategias de protección personal (29,6%) tales como medidas de higiene y bioseguridad, distanciamiento social y las estrategias con herramientas telefónicas (seguimiento de casos de manera telefónica / recepción de demanda) fueron consideradas por una mayor proporción de respuestas como potenciales para seguir desarrollándolas en los dispositivos al terminar el contexto de pandemia (Gráfico 30).

Gráfico 29. Estrategias de atención y asistencia previas al Covid-19 que debieron suspenderse consideradas irremplazables para la continuidad del tratamiento (%). N=466

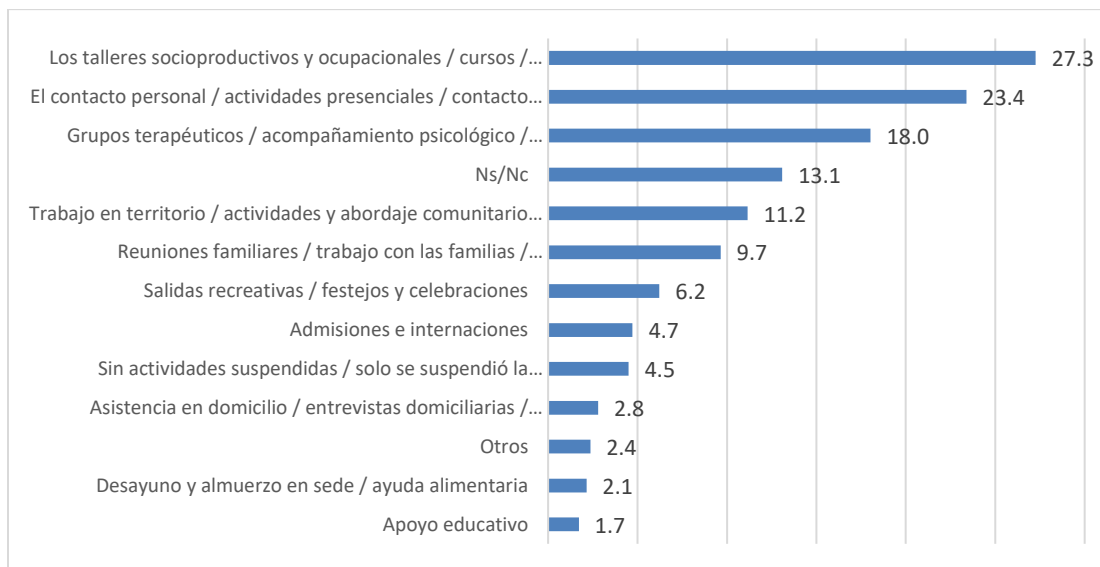
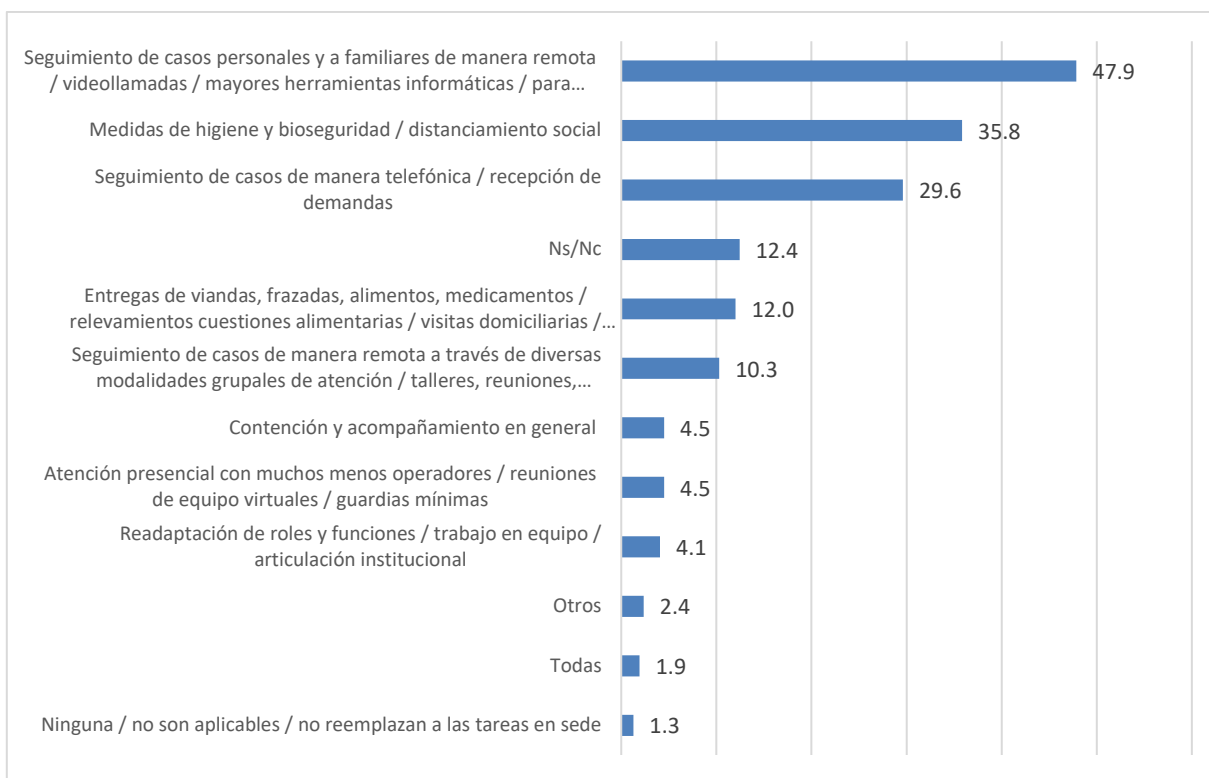


Gráfico 30. Nuevas estrategias implementadas a partir del Covid-19, consideradas útiles para la atención y asistencia brindada por el dispositivo y que deberían continuar desarrollándose (%). N=466



3. Síntesis de resultados

El presente informe tiene como propósito general los cambios en los problemas vinculados al consumo de sustancias que se observan en las consultas de la población, y las respuestas a nivel de las políticas públicas provinciales y nacionales de las agencias de drogas con énfasis en las estrategias de los dispositivos de la red de atención y acompañamiento, a partir de la implementación del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio en el territorio nacional el 20 de marzo de 2020.

La información relevada se obtiene de una encuesta realizada a los y las referentes de dispositivos de la red de Sedronar y las provincias, a través de un cuestionario autoadministrado vía plataforma en línea, con preguntas abiertas y cerradas.

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos:

Características generales

- Las respuestas de los referentes de los dispositivos a la encuesta mostraron valiosa información acerca de los cambios, tanto en las estrategias de atención y asistencia, como en las consultas realizadas por la población durante el contexto de ASPO desde el 20 de marzo debido a la pandemia Covid-19.
- La población encuestada comprendió a personal de dispositivos municipales o provinciales, CAAC, DIAT y comunidades terapéuticas, que, en su mayoría, llevan a cabo habitualmente las modalidades de atención ambulatoria y/o comunitaria. En menor proporción (y según el tipo de dispositivo) cuentan con modalidad de atención residencial o con centro de día/noche de media jornada o jornada completa. La mayoría de los dispositivos que han participado de la encuesta se ubican en la región centro del país y en menor proporción en el resto de las regiones.

- El inicio del periodo ASPO implicó cambios, tanto en los recursos humanos y materiales, como en las dinámicas que en cada dispositivo se desplegaron. Consecuentemente las estrategias de atención y asistencia han sido modificadas con el fin de resolver la demanda recibida que, lógicamente, también presentó variaciones respecto a la habitual.

Cambios en los dispositivos

- En cuanto a los recursos humanos, según la percepción de quienes respondieron, los dispositivos han contado, en su mayoría, con la continuidad de trabajo de casi todo el equipo técnico profesional y más de la mitad del personal del equipo técnico no profesional y del personal de apoyo. Como consecuencia de la disponibilidad de personal, las horas trabajadas por cada equipo también habían variado. En cuanto al equipo profesional, en la mayoría de los dispositivos se mantuvieron e incluso, en algunos, aumentaron. Algo similar sucedió en la mitad de los dispositivos respecto de la cantidad de horas trabajadas por el equipo no profesional y por el personal de apoyo.
- La mayoría de los dispositivos ha contado con la implementación de protocolos de atención y asistencia en el marco del contexto del Covid-19. Alrededor de la mitad implementó protocolos de los ministerios de salud provinciales y específicos del propio dispositivo. En menor proporción se implementaron protocolos del Ministerio de Salud de la Nación y municipales. Por otro lado, en cuanto a la disponibilidad de insumos de protección y cuidados de la salud para el personal propio, la mayoría de los dispositivos han contado con ella, pero una proporción menor, no. Los insumos de cuidado y protección usados han sido principalmente propios de los dispositivos, en algunos casos fueron otorgados por la provincia o el municipio, en menor proporción han sido propios de cada profesional/empleador u otorgados por donaciones.
- Otros de los recursos relevantes para el funcionamiento de los dispositivos durante el ASPO, han sido aquellos requeridos para la atención y asistencia remota. Se destaca el uso de recursos personales que han aportado los/as trabajadores/as: un tercio de los dispositivos ha utilizado recursos tanto de los/as trabajadores/as como del dispositivo, otro tercio sólo recursos pertenecientes a los/as trabajadores/as, y el último tercio sólo los pertenecientes a cada dispositivo.
- Durante el ASPO los equipos de trabajo continuaron manteniendo reuniones, pero en forma virtual y en su mayoría con frecuencia semanal. De todos modos, la mayoría ha registrado que la comunicación del equipo se vio afectada durante este periodo.
- La atención y asistencia presentó cambios durante el ASPO respecto al funcionamiento habitual antes del mismo. Es así como se encontraron diferencias en cuanto a la solicitud de turnos y prestaciones al indagar sobre ambos escenarios. Antes de ASPO las formas más frecuentes en que se llevaban a cabo las solicitudes de turnos, eran la telefónica y las presenciales. En cambio durante el ASPO las más recurrentes fueron la telefónica y la solicitud de turnos On-line. Casi la mitad de los dispositivos continuaron con las admisiones durante el ASPO, el resto las retomó con la flexibilización del mismo, pero hubo un porcentaje que debió suspenderlas por completo.
- Los espacios de escucha, el acompañamiento en acceso a salud y el acompañamiento para acceso a programas sociales, son las prestaciones brindadas por la mayoría de los dispositivos, tanto en el contexto anterior como en el del ASPO. Los espacios culturales, artísticos, deportivos y el acompañamiento educativo son otras de las prestaciones que siguen en relevancia a las anteriores en el contexto habitual. Durante del ASPO adquirieron relevancia tanto el acompañamiento educativo como la entrega de viandas/comedor.
- Dentro de las dificultades percibidas en la atención y asistencia remota en dispositivos a partir del ASPO, se destacó principalmente la falta de conectividad y las dificultades en realizar o readaptar las principales prestaciones brindadas por el dispositivo. Además, se mencionaron las dificultades en adaptar el espacio físico del dispositivo para el contexto del Covid-19 y la falta de recursos informáticos y/o telefónicos para la atención remota.

- Fuera de lo terapéutico, las actividades más mencionadas fueron el acompañamiento en la realización de trámites de modo on-line, también la asistencia de contención-escucha por Covid-19, la entrega de alimentos, el desarrollo de campañas de prevención y la entrega de elementos de higiene. En cuanto a las articulaciones, uno de cada tres de los dispositivos ha participado de comités de emergencia y la mitad han participado de red de instituciones locales
- Sobre las modificaciones que experimentaron los dispositivos, han sido considerados como de carácter irremplazable para la continuidad de los tratamientos los espacios promocionales brindados por los dispositivos, la importancia del contacto presencial y los tratamientos psicológicos o médicos presenciales. Sin embargo, un elemento más que destacable, respecto de las nuevas estrategias implementadas, radica en la posibilidad de seguir manteniendo luego del ASPO algunas de las nuevas herramientas, vinculadas con la comunicación de forma virtual, al considerarlas como potenciales para su desarrollo.

Cambios en las consultas durante el ASPO

- La demanda recibida por los dispositivos experimentó algunas variaciones durante el ASPO respecto a la recibida en el contexto previo. Un poco menos de la mitad de las respuestas registró que la demanda de tratamiento ha aumentado durante el ASPO y, en menor proporción, disminuyó o se mantuvo.
- Si bien en ambos escenarios (antes y durante el ASPO) para la mayoría de los/as encuestados/as, los principales motivos de consulta han sido los relacionados con consumo de sustancias, previo a ASPO los motivos que seguían en relevancia a estos eran los relacionados a otros padecimientos en salud mental y los relacionados con el acceso a derechos. En cambio, durante el ASPO las consultas relacionadas con acceso a derechos fueron más frecuentes que aquellas por motivos relacionados a otros padecimientos en salud mental.
- Acerca de la continuidad de los tratamientos, en la mayoría de los dispositivos más de la mitad o casi la totalidad de las personas continuaron en espacio de atención y tratamiento. El motivo más frecuente por el que las personas no pudieron continuar con los espacios de atención y tratamiento fue la dificultad de estas en el acceso a internet/teléfono.
- Sobre las derivaciones que cada dispositivo recibió durante el ASPO, menos de la mitad refirió haber recibido mayor demanda de atención o asistencia por otras instituciones, que en el periodo previo. Este aumento de la demanda tuvo como principales motivos contar con personal para dar respuesta, con prestaciones que dejaron de ofrecer otras instituciones y por haber brindado servicio de comedor/entrega de viandas alimentarias. Los dispositivos registraron en una baja medida haber realizado derivaciones a otras instituciones y, aquellos que lo hicieron, fue debido a la reducción de las prestaciones ofrecidas, al requerimiento de atención específica en salud mental, por faltantes de alimentos o viandas y al requerimiento de atención por: violencia de género, personas en situación de calle y acceso a servicios de salud.
- Sobre las modificaciones en los consumos, la mayoría ha percibido que se produjo aumento en la cantidad y/o frecuencia de consumo de alcohol y la mitad que se produjeron modificaciones en los contextos o situaciones de consumo, así mismo, también cobró relevancia el aumento en la cantidad y/o frecuencia de psicofármacos.
- Entre las problemáticas asociadas, o no, al consumo de sustancias declaradas por las personas asistidas, se destacaron problemas económicos, desocupación o problemas laborales y situaciones de violencia doméstica. Concordando con lo mismo, la mayoría de los que respondieron registraron a los problemas económicos como una situación que surgió y/o se agravó.