



ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS

COMISION INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS

cicad

CUADRAGÉSIMO CUARTO PERIODO ORDINARIO DE SESIONES
Del 19 al 21 de noviembre de 2008
Santiago, Chile

OEA/Ser.L/XIV.2.44
CICAD/doc.1710/08
20 noviembre 2008
Original: Español

CONSTRUYENDO POLITICAS PUBLICAS EN TRATAMIENTO- REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL. LA EXPERIENCIA EN URUGUAY 2005-2008

Dr. Milton Romani
Gobierno de Uruguay

SECRETARÍA GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS, WASHINGTON, D.C. 20008



CONSTRUYENDO POLITICAS PUBLICAS EN TRATAMIENTO-REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL. LA EXPERIENCIA EN URUGUAY 2005-2008

República Oriental del Uruguay

Capital: Montevideo

Superficie: 176.222 km² Población: 3.360.105

Gobierno: democrático-republicano

Poder Ejecutivo: Presidente y sus ministros

Poder Legislativo bicameral

Poder Judicial independiente

Densidad (Población por Km.2): 18



Tasa Anual de Crecimiento Demográfico: 0.6%

Expectativa de Vida al Nacer: 75.4 años

Alfabetización: 97%

PBI Per Capita (2005): U\$S 5.080

Ministerio de Salud Pública
Junta Nacional de Drogas



PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN
A USUARIOS
PROBLEMÁTICOS DE DROGAS

Montevideo, Diciembre de 2007

PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN A USUARIOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS

- ✓ *Elaborado por un grupo de técnicos que recogen y sistematizan experiencias desarrolladas por varias instituciones públicas y expertos nacionales e internacionales.*
- ✓ *Orientado a mejorar la calidad de atención mediante intervenciones definidas en base a las buenas prácticas y en la satisfacción de los usuarios, incorporando evaluación*
- ✓ *Se considera la atención a usuarios como un continuum: desde acciones de mínima complejidad hasta estrategias más complejas desde amplio espectro de opciones tratamiento disponibles en RED*

CONSIDERACIONES PREVIAS

- **Fenómeno social complejo** de gran impacto en la subjetividad de las personas, en las dinámicas familiares, en los lazos sociales y en las políticas públicas.
- En los últimos años de extrema trascendencia epidemiológica. **Trasciende el ámbito de la Salud Pública**, constituyéndose en un problema complejo que abarca múltiples y diversos factores.
- La oferta de drogas ha adquirido presencia local con redes de distribución comunitaria y con rutas diferenciadas pero tangenciales al narcotráfico internacional. **Trasciende el ámbito de la Seguridad Ciudadana**.
- Efectos sobre la comunidad : accidentes, costos familiares e institucionales de asistencia, co morbilidad, seguridad ciudadana, ambientes locales tóxicos,
- **Responde a una red multicausal** que determina el consumo (aspectos psicofísicos de cada persona, vínculos, dinámica familiar, mandatos institucionales, socio-culturales, disponibilidad de sustancias y la influencia de las lógicas de mercado).
- El consumo de drogas adquiere las características propias de cada época y cada sociedad. **Expresión cultural de un malestar social multi diverso**. No es ajeno a la comunidad.
- **La droga es un objeto-mercancía** dentro de una sociedad de consumo.
- Las personas **son sujetos de derecho constituidos por entramados sociales** que tienen la potencialidad de decidir si consumen o no.
- Requiere **presencia del Estado**, (nacional y local)
- **AMPLIA participación social** en diseño, practica y evaluación y en términos de responsabilidad compartida.

REPERCUSIONES SOCIALES en la Región

- Las políticas públicas de promoción social son el **mayor factor de protección inespecífico en el continuo preventivo-asistencial.**
- Patrones de consumo que tienen al micro-tráfico y sustancias de **gran impacto socio sanitario (PBC-Paco-Basuco)** que repercuten en las redes sociales de contención, en la seguridad ciudadana y en la situación de emergencia penitenciaria.
- Los consumos problemáticos no son exclusivos ni de pobres, ni de jóvenes. Atraviesa al conjunto del tejido social y responde a causas diversas con otro tipo de repercusiones. La criminalización de la pobreza y la estigmatización producen más daño.
- Los tratamientos deben integrar dinámicamente el fortalecimiento de **redes sociales, de promoción y desarrollo social. Promoción cultural de valores que fortalezcan una visión solidaria, crítica, democrática y autogestionaria en términos de inclusión social.**

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

- ✓ Incremento de la oferta. Número y variedad (PBC)
- ✓ Cambios cuali-cuantitativos de patrones de consumo.
- ✓ Percepción social:
 - ✓ Amenaza destructiva
 - ✓ Ajenidad
 - ✓ Joven - pobre - delincuente- consumidor de PBC
 - ✓ No se integra tabaco y alcohol
- ✓ Encuestas:
 - ✓ Drogas de mayor consumo: alcohol y tabaco
 - ✓ Ascenso de la experimentación con marihuana
 - ✓ Probable subdiagnóstico del consumo de drogas ilícitas
- ✓ Respuesta asistencial:
 - ✓ Insuficiente
 - ✓ Fundamentalmente abstencionista
 - ✓ Insuficiencia de RRHH y RRMM
 - ✓ Desconocimiento y descoordinación entre los servicios

Los adictos "no llegan" al sistema asistencial. No hay niveles y modalidades diferentes para demanda diferenciadas

FACTORES ESTRUCTURALES EN LA LIMITACION ASISTENCIAL EN DROGAS

- SISTEMA UNIFORMIZADO. NO DISCRIMINA CONCEPTUAL NI INSTRUMENTALMENTE EL UNIVERSO DE POBLACION OBJETIVO.

**CONSUMIDORES HABITUALES-OCASIONALES Y EXPERIMENTALES PROBLEMATICOS.
CONSUMIDORES ABUSIVOS
CONSUMIDORES DEPENDIENTES O ADICTOS**

- NO PERCIBE LOS FACTORES COMUNITARIOS DE PROTECCIÓN PRE Y POST TRATAMIENTO.
- PERCEPCIONES SOCIALES QUE CONSTRUYEN EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACION. PENETRA AL SISTEMA Y AL PERSONAL SANITARIO.
- EL ABORDAJE SANITARIO NO SIEMPRE ES INTEDISCIPLINARIO.
- LOS DECISORES POLITICOS PUBLICOS Y PRIVADOS NO REGISTRAN LOS COSTOS ECONOMICOS Y SOCIALES QUE YA SE GASTA EN DROGAS.

**LA NO ASISTENCIA TIENE COSTOS
LA MALA ASISTENCIA TIENE COSTOS**

- LA PARTICIPACION SOCIAL, LA COOPERACION REDUCEN COSTOS HUMANOS, SOCIALES Y ECONOMICOS A NIVEL LOCAL, NACIONAL E INTERNACIONAL
- EL EQUILIBRIO ENTRE POLITICAS DE REDUCCION DE LA OFERTA Y LA DEMANDA REDUCEN COSTOS
- LAS POLITICAS CRIMINALES CON CRITERIO DE PROPORCIONALIDAD REDUCEN COSTOS.

MARCO CONCEPTUAL

- ✓ Drogas lícitas e ilícitas.
- ✓ Enfoque integral procurando:
 - ✓ Mayor accesibilidad a tratamientos
 - ✓ Respeto de derechos
 - ✓ Perspectiva de género
- ✓ Privilegiar participación ciudadana.
- ✓ Énfasis en lo preventivo.
- ✓ Trabajo en red: público-privado-usuari@s
- ✓ Atención de todos los niveles: personal, familiar, social, económico
- ✓ Amplio abanico de opciones en tratamientos
- ✓ Capacitación continua de técnicos y referentes comunitarios
- ✓ Investigación continua a fin de producir conocimiento que mejore las practicas clínico-preventivas.

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Contribuir a mejorar la atención de l@s usuari@s de drogas:
 - ✓ Integral
 - ✓ De calidad
 - ✓ Accesible. Tanto en el sector público como privado
 - ✓ Basada en perspectiva de derechos.
 - ✓ Con enfoque de género.
 - ✓ Favorecer la participación ciudadana.
 - ✓ Integrada a programas de intervención socio-educativos amplios, coordinados a nivel local y nacional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Definir modalidades de atención a l@s usuari@s de drogas, con criterios claros de asignación.
- ✓ Diseño y aplicación de instrumentos de registro y evaluación nacionales permanentes en todos los niveles e instituciones que aseguren la calidad de las prestaciones.
- ✓ Elaboración de protocolos o guías clínicas de intervención.
- ✓ Instrumentar programas de capacitación continua destinados a los equipos técnicos que permitan mediante la actualización de conocimientos mejorar la calidad de las intervenciones terapéuticas.

OBJETIVOS PROGRAMATICOS

- ✓ Intervenciones preventivas en el marco de políticas promoción de salud familia, socioeducativas comunitarias
- ✓ Detectar precozmente consumo en los servicios de salud (mujeres y niños)
- ✓ Brindar asistencia integral a usuarios de drogas legales e ilegales con estrategias de intervención y guías
- ✓ Contribuir a la rehabilitación y reinserción social de los consumidores apoyando a las familias y fortaleciendo las redes
- ✓ Evaluar las prestaciones integrales contribuyendo a la información al Observatorio Uruguayo de Drogas (JND)

ASPECTOS METODOLOGICOS

Requisitos de las intervenciones

- ✓ Accesibilidad y disponibilidad
- ✓ Integralidad
- ✓ Intersectorialidad
- ✓ Enfoque de derechos
- ✓ Enfoque de Reducción de riesgos y daños
- ✓ Flexibilidad
- ✓ Continuidad

Modalidades de intervención desde la continuidad-integralidad

- ✓ Intervención temprana: Prevención primaria y secundaria
- ✓ Manejo de intoxicación o del síndrome de abstinencia
- ✓ Tratamiento de la dependencia y abuso: intervención farmacológica-psicosocial-individuales, grupales y familiares-Grupos de AUTOAYUDA
- ✓ Manejo de la co morbilidad
- ✓ Reinserción Social

ASPECTOS METODOLOGICOS

Desde la organización de los Servicios

MODALIDAD AMBULATORIA:

- ✓ no especializada: 1er.nivel de atención (escucha especializadas, puerta de entrada- alianzas con intermediarios comunitarios y Centros de Baja exigencia.
- ✓ especializada: centro de atención UPD o equipos de salud mental

MODALIDAD CENTRO DIURNO

MODALIDAD RESIDENCIAL

- ✓ internación en crisis
- ✓ residencial 24 hs
- ✓ alternativas medio camino

DISPOSITIVOS INTERMEDIOS CENTROS DE AMPARO E INCLUSIÓN SOCIAL

- Centros de acogida y escucha, de amparo socio sanitario. Orientación y apoyo en drogas y daños asociados
- Baja exigencia en cuanto a abstinencia. Enfoque Reducción de Daños.
- Centrado en reducir los daños físicos, mentales y vinculares con promoción social.
- Amparo y apoyo social, reeducativo y de reinserción laboral desplegando todos los recursos comunitarios con sus redes sociales de participación
- Puerta de entrada flexible hacia tratamiento y la red de asistencia en drogas.
- Dispositivo de proximidad hacia las poblaciones vulnerables en terreno.
- Dispositivos mixtos con sistema judicial, sistema educativo y laboral conectados con la red asistencial sanitaria y en drogas.
- Participación ciudadana. Redes sociales. ONG y organizaciones sociales.

AMPLIACIÓN DE TRATAMIENTO

Núcleo fuerte de la reducción de la demanda

- **Proceso continuo** a partir de la promoción social y educativa en salud, recorre la prevención primaria y secundaria y se continúa como rehabilitación y reinserción social.
- **INVOLUCRAR A todo el sistema sanitario** para captación precoz. Red de drogas diferenciada e integrada.
- **Niveles y modalidades de atención diferenciados:**
servicios en línea de apoyo y orientación,
atención primaria en drogas
tratamiento especializados con modalidad ambulatoria (individual, familia y grupos),
centros diurnos y centro residenciales (breve y de mediano plazo), comunidades terapéuticas.
acompañantes terapéuticos-casas de medio camino-agentes comunitarios
- **Dispositivos intermedios de captación:** acogida y amparo con modelo de Reducción de Daños e Inclusión Social.
- **Dispositivos intermedios para asistencia especial** de población que ingresa al sistema judicial (menores y familia) y de penas alternativas por ofensas en drogas.
- **Complementación e integralidad de servicios públicos y privados,** Participación de ONG y de la comunidad en el diseño preventivo asistencial a nivel nacional y local.
- **Sistema de atención en drogas para Sanidad Policial y Militar.** Perfiles especiales
- **Sistema de tratamiento y rehabilitación en cárceles.** Asociado con la asistencia sanitaria integral incluido prevención y tratamiento VIH-SIDA y hepatitis B y C.

RESUMEN EJECUTIVO DE LA PONENCIA DEL LIC. MILTON ROMANI
SECRETARIO GENERAL DE LA Secretaría Nacional de Drogas DE LA
JUNTA NACIONAL DE DROGAS URUGUAY

44° PERIODO ORDINARIO SESIONES

CICAD-OEA

19 de noviembre 2008-11-19

Debate temático: Construyendo políticas para el tratamiento y rehabilitación

- 1) Un tema de Derechos Humanos. Asistencia-Tratamiento-Rehabilitación y reinserción social constituyen una obligación del Estado en tanto se trata de un derecho humano a preservar. Promoción de una cultura de solidaridad en la sociedad y en los subsistemas de las administraciones centrales y locales.
- 2) El enfoque de asistencia para abuso y dependencia debe buscar la integración social y evitar el estigma y la discriminación. Daños asociados que muchas veces superan en toxicidad al daño primario.
- 3) Es un continuum que debe responder a la complejidad socio sanitaria del problema drogas. Diferentes niveles de atención- Diferentes modalidades de abordaje- Universalidad y singularidad- Debe admitir no solo lo multidisciplinario, sino el conjunto de recursos sociales. Autoayuda, dispositivos de baja exigencia, redes sociales locales inespecíficas de contención.
- 4) Es el núcleo duro y eficiente de reducción de la demanda. Deber remontar los problemas estructurales de la no asistencia del sistema: población no diferenciada según consumos diferenciales
- 5) Complementación y armonización de los enfoques abstencionistas y de reducción de daño adaptado a las poblaciones objetivo y a la singularidad de los sujetos. Los niveles de atención deben conjugar plásticamente en la clínica estas situaciones.
- 6) Publico- privado- ONG. Coparticipación con liderazgo público, coparticipación público privada, regulación mínima de actores privados. Marco Regulatorio sobre Centros de Tratamiento-Programa Nacional de Atención de Usuarios Problemáticos de drogas.
- 7) Dispositivos específicos para poblaciones vulnerables: mujeres, embarazo y lactancia.
- 8) Sistema Penitenciario. Es impensable un enfoque de rehabilitación sin tener en cuenta las poblaciones reclusas con consumos problemáticos.
- 9) Sanidad policial y militar.
- 10) Dispositivos Intermedios con implantación territorial, baja exigencia con enfoque de reducción de daños y cooperando con los mecanismos de inclusión social y desarrollo humano.
- 11) Costo beneficio económico y social del buen diseño de las políticas de tratamiento. Ecuación entre intervenciones breves, abiertas, integradas a la comunidad que respondan a diagnósticos nacionales y locales sensatos.
- 12) Enfoque integral sobre asistencia en drogas. El tabaco y el alcohol. Clínicas de cesación tabáquica e intervenciones breves en alcohol.