

El Modelo Salubrista y su Aplicación a los Servicios de ASSMCA

Carmen E. Albizu García, MD

Escuela Graduada Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas, UPR

Salvador Santiago-Negrón, PhD, MPH, ABAP

Noel Quintero, PhD
ASSMCA

*Esta actividad se ofrece como un
servicio de la Escuela Graduada de
Salud Pública UPR*

“Las Drogas.....”

Complete oración que inicie con esta frase

Las drogas

“... un mal que debemos combatir”

Convención Única de las NN.UU. Sobre Estupefacientes de 1961



Premisas del Prohibicionismo

- * Se asume que convertir el uso de ciertas drogas en acto criminal punible con encarcelación actuará como...
 - * disuasivo de su consumo
 - * apoyo para iniciativas de salud y prevención al “enviar un mensaje” sobre los riesgos.
 - * Se exageran los efectos adversos
 - * apoyo a mensaje de que ningún consumo es admisible.



Beware! Young and Old—People in
All Walks of Life!

Marihuana Cigarette



This may be handed you




by the friendly stranger. It contains the Killer Drug
“Marihuana”—a powerful narcotic in which lurks
Murder! Insanity! Death!



Compact flower, female Marihuana (weed)

WARNING!

Dope peddlers are shrewd! They may
put some of this drug in the  or
in the *Cock-tail* or in the tobacco cigarette.

WRITE FOR DETAILED INFORMATION, ENCLOSING 12 CENTS IN POSTAGE — MAILING COST

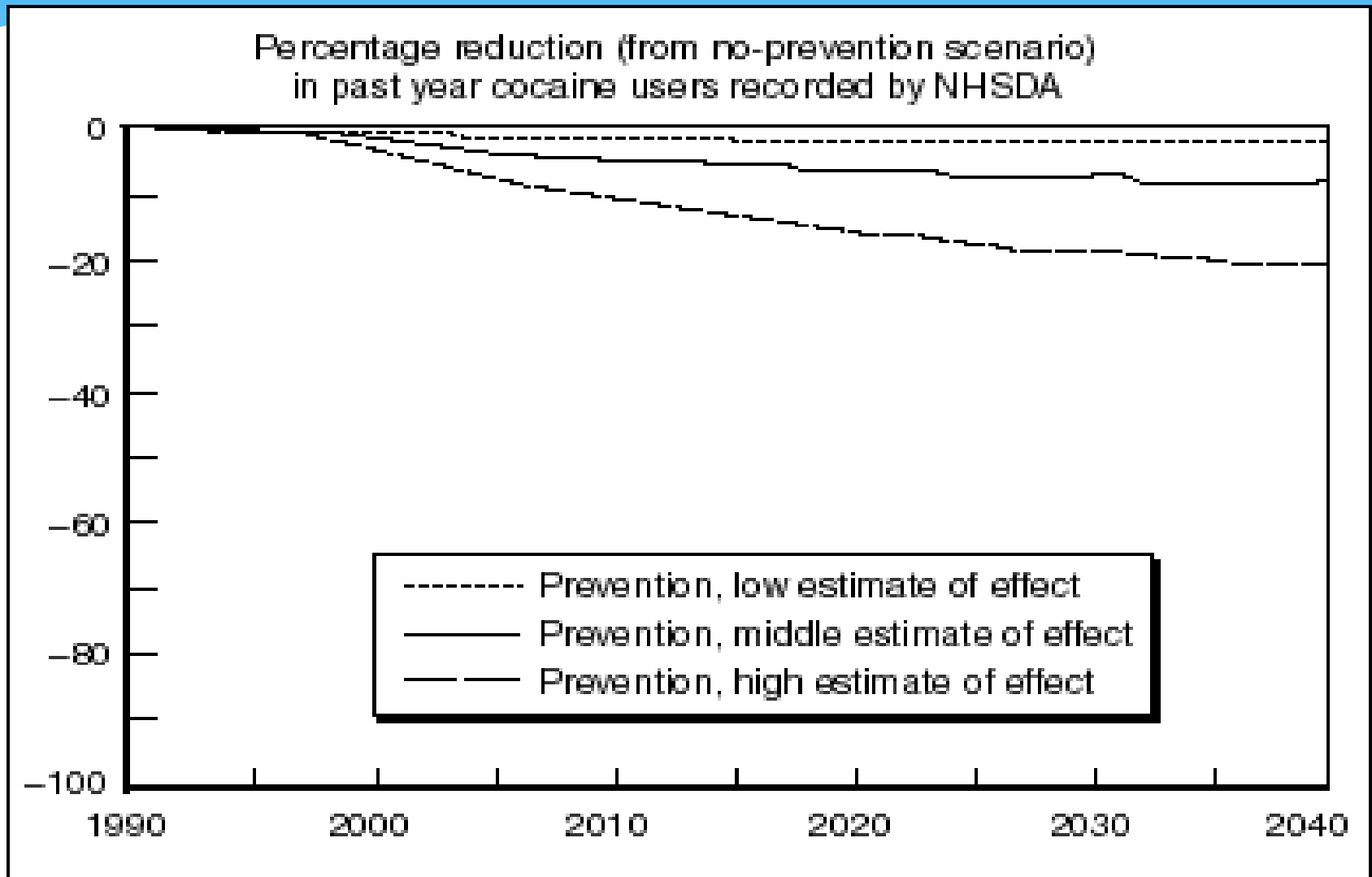
Address: THE INTER-STATE NARCOTIC ASSOCIATION

(Incorporated not for profit)

53 W. Jackson Blvd.

Chicago, Illinois, U. S. A.

Estimados de efecto de prevención en reducción uso cocaína EU (RAND, 1999)



*Aunque se asume que perseguir cultivo,
producción y distribución reduce oferta,
producción aumentando*

Aumento Estimado Producción Mundial Heroína 1998-2009 UNODC

Mundial

1998-2009 ↑ 78%

Afganistán

1998-2009 ↑ 156%

Valor Monetario de Venta de Heroína

UNODC World Drug Report 2010

- * Heroína aumenta de valor a medida se aleja de la fuente de producción.
- * Ejemplo:
 - * En fronteras entre Afganistan/Asia Central = US\$350-400 millones anuales.
 - * en Federacion Rusa (pais consumidor) 30 veces mayor. (Aproxima a US\$13,000 millones anuales).
- * Se estima que rédito mundial cerca de US\$65 millardos anuales

Consecuencias de la Prohibición

Tendencia de aumento en consumo drogas ilegales EU

NIDA Drug Facts , diciembre de 2012

- * 2002-2011 leve aumento en consumo de **todas** las drogas ilegales
- * 2007-2011 consumo marihuana aumentó por 7%

Brecha entre demanda y oferta de tratamiento persiste

NIDA Drug Facts , diciembre de 2012

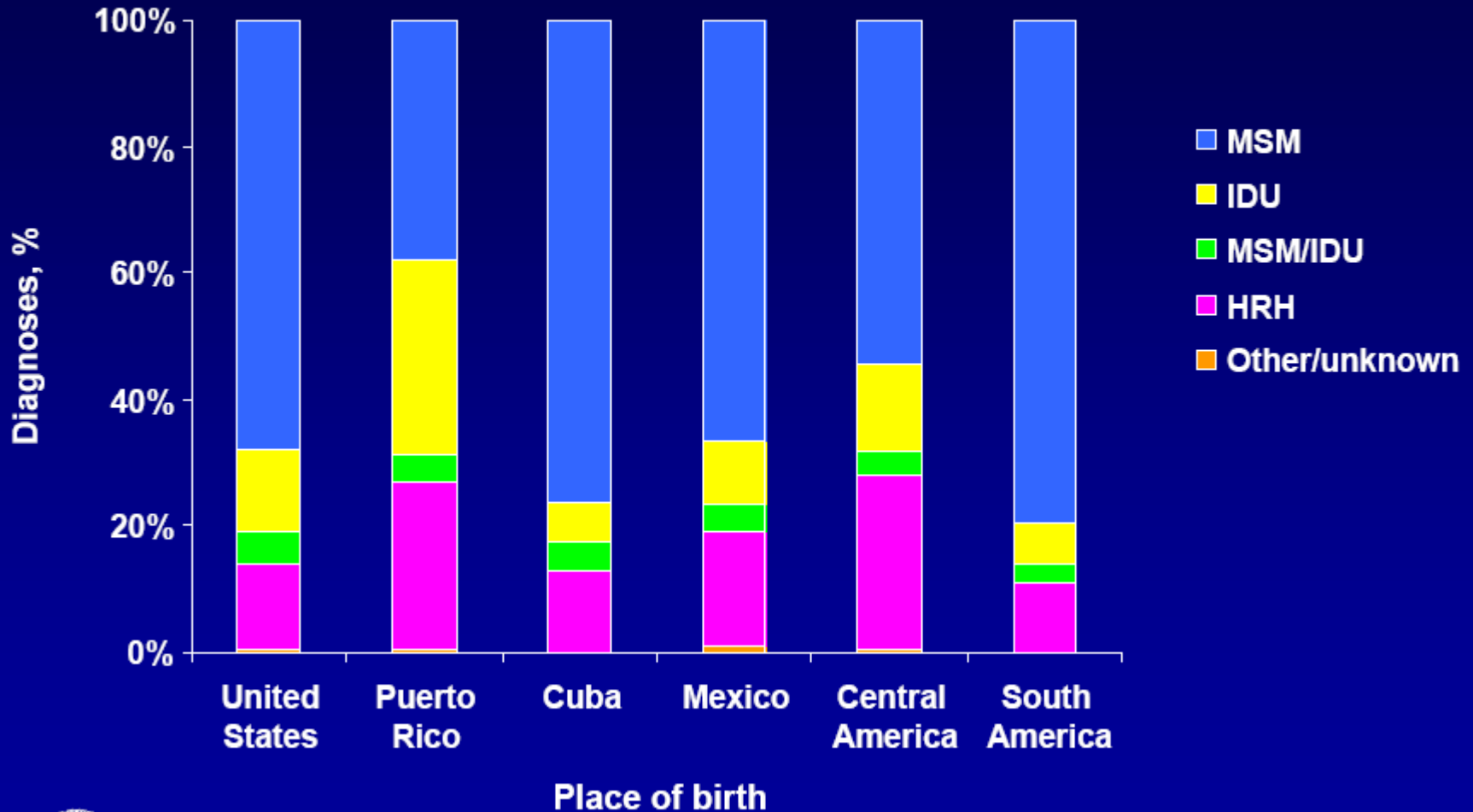
- * **EU:** De los 21.6 millones de ciudadanos requiriendo tratamiento en 2011, sólo 2.3 millones (aprox. 10%) recibieron tratamiento en sector servicios especializados.
- * **PR:** Encuesta de hogares estima sólo hay tratamiento disponible para 8% de las personas que lo necesitan

Puerto Rico con mayor proporción de casos de VIH/SIDA contagiados mediante inyección de drogas con equipo contaminado

- * Mundial * 10 %
- * Europa Occidental * 8 %
- * Estados Unidos * 25 %
- * **Puerto Rico** * **50 %** (para 2012, 36% no servidos sin evidencia de servicios clínicos para VIH)

Fuentes: CDC, UNAIDS, Programa Vigilancia SIDA PR,

Proportions of HIV/AIDS Diagnoses among Male Hispanics, by Place of Birth and Transmission Category 33 States and Puerto Rico, 2006



Data include persons diagnosed with HIV infection regardless of AIDS status at diagnosis. Data have been adjusted for reporting delays and cases without risk factor information were proportionally redistributed.



Riesgo de Contagio para VIH por Modo de Exposicion

Reportado en Degenhardt, et al. Lancet julio, 2010

- * Uso drogas inyectadas con equipo contaminado
- * Inyector/a VIH+ y sexo sin proteccion con pareja heterosexual discordante
- * Penetración anal traumática sin protección en HSH.

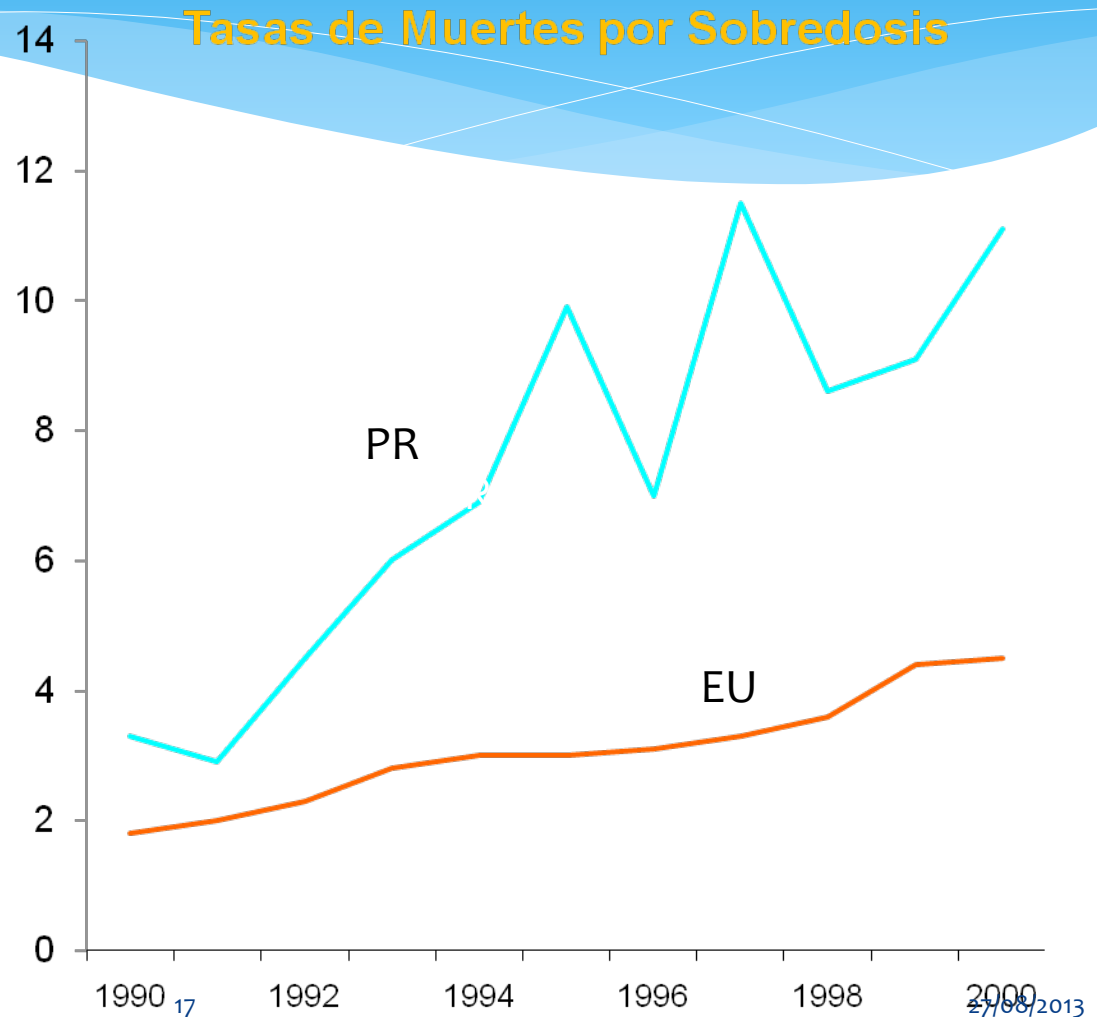
Aprox. 1/125 inyecciones

1/2000-5000 actos sexuales

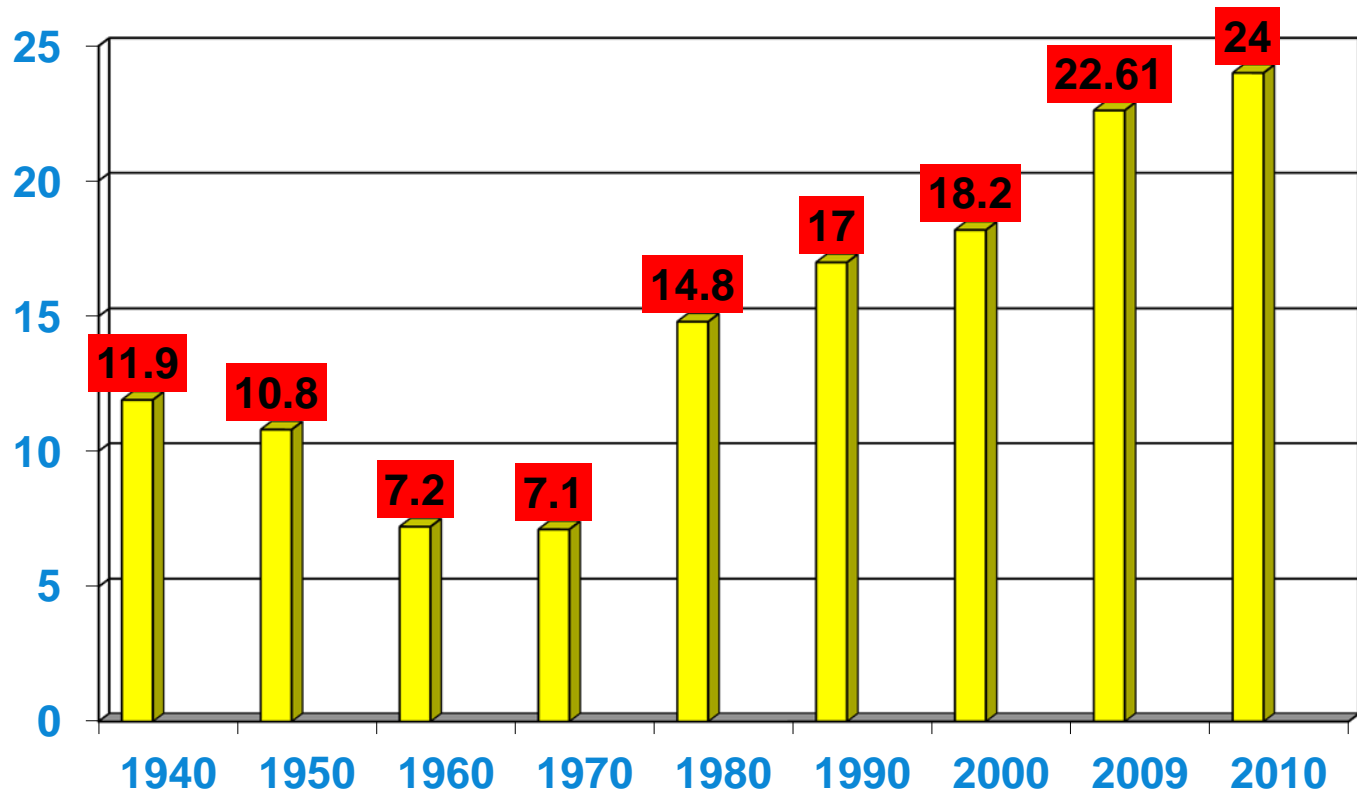
Aprox. 1/125 actos sexuales

Los Costos de la Adicción – Mortalidad

- Entre 1990-2000 las muertes por sobredosis se duplicaron en EU; en PR se triplicaron.
- Estas muertes ocurren entre jóvenes adultos.



Tasa de Homicidios por 100,000 hab.



Fuente: Policía de PR, 2010

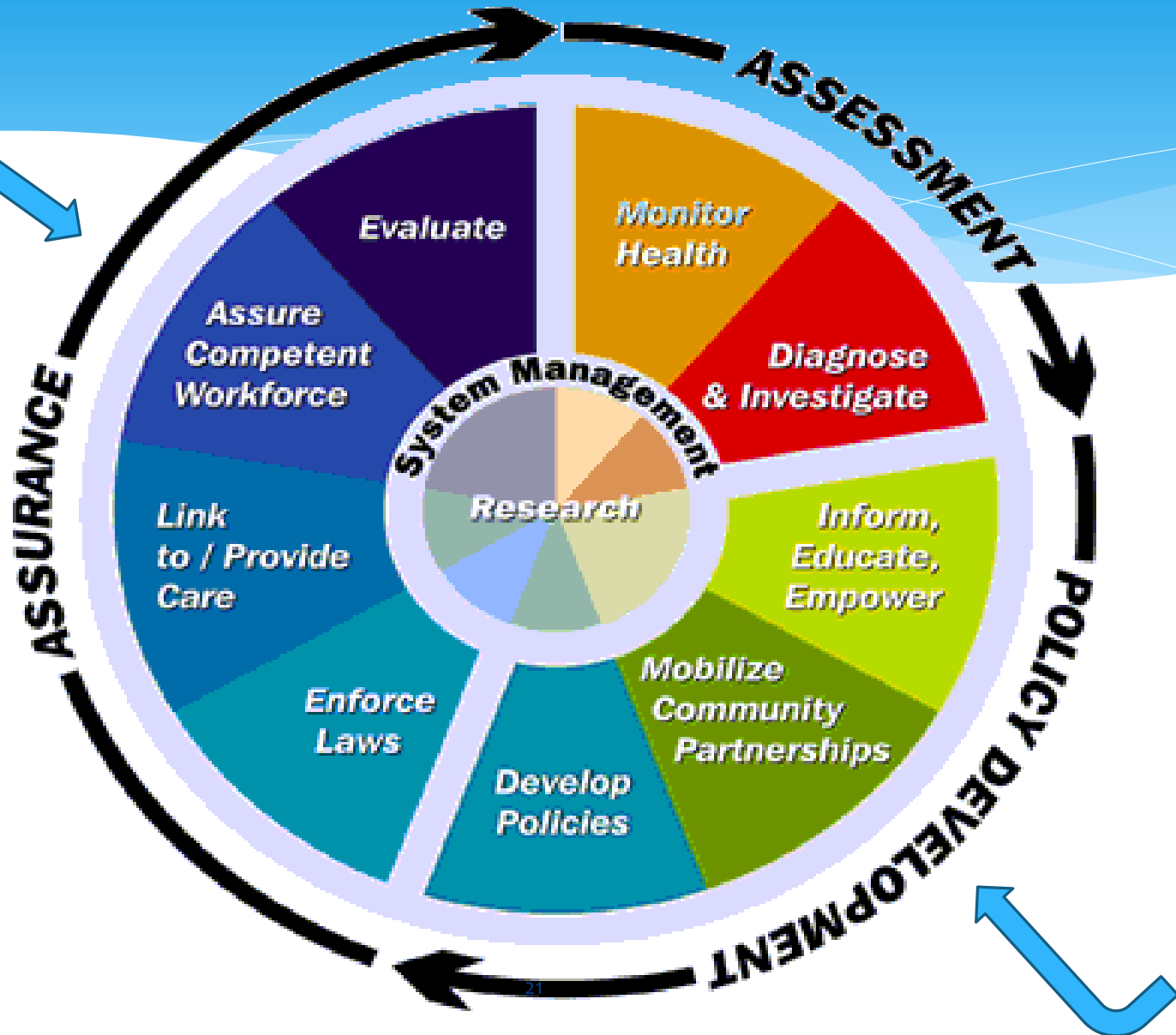
Costo de perisitir en Prohibicionismo para profesionales de salud

Se ven obligados a trabajar dentro de un marco legal y de políticas que a menudo entra en directo conflicto con la ética médica fundamental – siendo el más importante de todos el compromiso de “evitar ocasionar daño, por encima de cualquier otra consideración”

Modelo Salubrista

- * Concibe la salud pública como esfuerzos que realizamos como sociedad para asegurar las condiciones necesarias para que las personas sean saludables.

¿En qué consiste una respuesta salubrista?



Perspectiva Individual vs Social sobre Determinantes de Conductas de Salud

- * Individual: énfasis en cambiar conducta mediante intervenciones con el individuo.
- * Social: reconoce también la importancia de los recursos con los que contamos para modificar conductas. Ejemplos:
 - * conocimiento
 - * donde vivimos y trabajamos,
 - * donde compramos alimentos,
 - * a quienes conocemos
 - * a qué servicios tenemos acceso

Distingue entre Efectos Primarios y Secundarios de Drogas Psicoactivas

Se tiende a confundir los efectos primarios de las drogas y los efectos secundarios que surgen de factores individuales y contextuales

Efectos Primarios	Efectos Secundarios
Causados por acción farmacológica de la droga.	Asociados a condiciones bajo las cuales se <u>usa</u> la droga.

Principios Modelo Reducción de Daños Informan Práctica Clínica con UDI

adaptado de Riley D. *The Harm Reduction Model*. 1993

- * Ayudar al paciente con uso problemático a reducir las consecuencias negativas de uso de toda droga.
- * La abstinencia es meta deseable pero no absoluta
- * Metas jerárquicas para la intervención-
 - posibilitar cambios graduales y realistas que conduzcan hacia mayor función social y mejor estado de salud.
- * Entender y atender los determinantes sociales incluyendo nuestras propias actitudes.

Cambios en políticas y servicios a nivel global impulsados por UNODC OMS

Modelo Prohibicionista

Abstinencia única meta aceptable

Enorme brecha entre demanda y disponibilidad de servicios, violando derechos de personas afectadas

Tratamiento basado en ideología moralista o personalidad deficiente de condición aguda .

Signos y síntomas se construyen como debilidad personal del paciente y se le castiga por recurrencia

Modelo Salubrista

Orientación pragmática, reducción de daños para reducir morbi-mortalidad aumentar funcionalidad.

Ampliación de servicios, integración a servicios primarios, atención a poblaciones vulnerables.

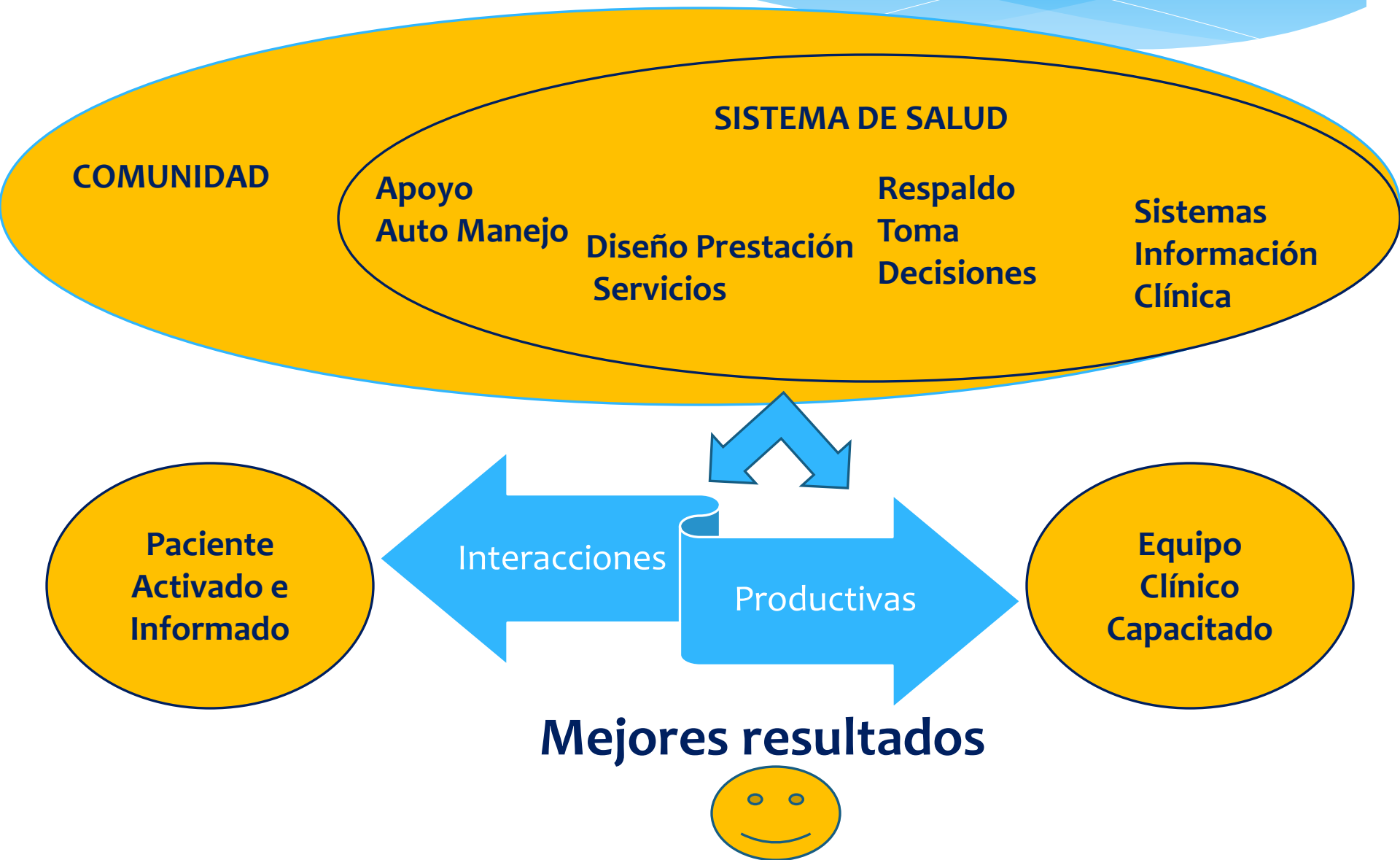
Condición crónica resultante de la interacción de múltiples factores y tratamiento sustentado en evidencia científica centrado en necesidades del paciente.

Se reconoce complejos mecanismos neuro-fisiológicos, psicológicos y sociales contribuyen a conducta y a evolución de la condición.

Principios Tratamiento UNODC OMS 2008

- * Dependencia a sustancias ilícitas es un desorden de salud multifactorial que sigue un curso de recurrencia y se clasifica como una enfermedad crónica remitente.
- * El modelo biosicosocial reconoce la dependencia como un problema multifacético que requiere el insumo de muchas disciplinas.

Modelo Cuidado Enfermedad Crónica



Principios Tratamiento UNODC OMS 2008

- * La dependencia es una enfermedad tratable y prevenible.
- * Los mejores resultados ocurren cuando se utiliza un acercamiento comprensivo multidisciplinario que incluye intervenciones sicosociales y farmacológicas.

Principio 1:

Disponibilidad y acceso a servicios de tratamiento

- * Accesibilidad y distribución geográfica
 - * Servicios disponibles en áreas urbanas y rurales
- * Flexibilidad y puntualidad en horarios
 - * Admisión el mismo día o poco tiempo de espera
 - * Servicios inmediatos
- * Marco legal
 - * Registrar a personas con adicción a sustancias puede disuadir a pacientes en buscar tratamiento
- * Disponibilidad de servicios con bajos criterios de selección (flexibilidad)

Principio 1:

Disponibilidad y acceso a servicios de tratamiento

- * Asequibilidad
 - * Servicios cubiertos por seguros médicos o por sistema de salud pública
- * Relevancia cultural y sensibilidad
 - * Equipo multiprofesional, sensible a necesidades del paciente
 - * Participación del paciente en su tratamiento
- * Respuesta rápida a participantes con múltiples necesidades
 - * Servicios especializados para pacientes con dependencia a sustancias y desórdenes psiquiátricos.
- * Sistema de justicia criminal
 - * Rol importante en mejorar acceso de individuos a tratamiento
- * Servicios sensitivos al sexo del participante
 - * Personas con hijos
 - * Mujeres embarazadas

Principio 2: Cernimiento, Evaluación, Diagnóstico y Planificación del Tratamiento

- * **Cernimiento**
 - * Ayuda identificar individuos con comportamientos riesgosos de uso de sustancias.
 - * Utilizar instrumentos estandarizados
- * **Evaluación y diagnóstico**
 - * Diagnóstico de dependencia y otras condiciones comórbidas antes de iniciar tratamiento.
- * **Evaluación comprensiva**
 - * Considera estado y severidad de la enfermedad, estado de salud, tratamiento previo, situación legal, ambiente familiar y social.
- * **Plan de tratamiento desarrollado en conjunto con el paciente**
 - * Establece metas basado en necesidades identificadas por el paciente.
 - * Intervenciones para lograr metas.
 - * Monitoreado y revisado periódicamente

Principio 3: Tratamiento de dependencia a sustancias ilícitas debe estar basado en evidencia

- * Intervenciones psicosociales y farmacológicas basadas en evidencia
 - * Intervenciones varían de acuerdo a necesidades del paciente
- * Duración suficiente
 - * Para tratamiento de enfermedades crónicas complejas y prevención de recaída, programas de tratamiento de larga duración son estrategia más efectiva.
- * Integración de métodos de tratamiento psicosociales y farmacológicos
- * Equipos multidisciplinarios
 - * Naturaleza multifactorial
- * Intervenciones breves para individuos que utilizan sustancias ilícitas ocasionalmente

Principio 3: Tratamiento de dependencia a sustancias ilícitas debe estar basado en evidencia

- * Intervenciones “outreach” y “low-threshold”
 - * Para pacientes que no desean participar en formas de tratamiento estructurado
- * Servicios básicos distribuidos y disponibles
- * Síntomas de retirada bajo supervisión médica
- * Mantenimiento con medicamentos que han probado ser eficaces y efectivos en prevenir recaída y lograr estabilización de pacientes con dependencia.
 - * Agonistas a opiáceos son una de las opciones más efectivas de tratamiento para pacientes con dependencia a opiáceos
 - * Buprenorfina y Metadona
- * Intervenciones sociales y sicosociales
- * Grupos de auto-ayuda complementan

Principio 3: Tratamiento de dependencia a sustancias ilícitas debe estar basado en evidencia

- * Relevancia socio-cultural
 - * Considerar factores culturales y económicos
- * Transferencia de conocimiento de investigación clínica
- * Entrenamiento a profesionales de la salud

Principio 4:

Derechos humanos y dignidad del paciente

- * Personas con dependencia no deben ser discriminadas por su uso de drogas
- * Deben aplicar estándares de tratamiento ético
- * Servicios de cuidado y tratamiento deben estar disponibles.
- * Tratamiento no debe ser forzado
- * Tratamiento como una alternativa a encarcelamiento u otra sanción penal
- * Derechos humanos de las personas con dependencia no deben restringirse.
 - * Castigo y/o prácticas inhumanas nunca deben ser parte del tratamiento

Principio 5: Tratamiento dirigido a subgrupos y personas con diversas condiciones

- * Adolescentes
- * Mujeres
- * Mujeres embarazadas
- * Personas con comorbilidades médicas
- * Personas con comorbilidades psiquiátricas
- * Trabajadores(as) sexuales
- * Orientación sexual
- * Grupos minoritarios
- * Personas sin hogar/marginadas

Principio 6: Tratamiento de adicción a sustancias ilícitas y el sistema de justicia criminal

- * Tratamiento debe ser una alternativa en vez del encarcelamiento u otras sanciones penales
- * Personas con dependencia tienen el derecho de recibir cuidado médico y tratamiento en prisión
- * Continuidad de servicios
 - * Intervenciones dirigidas a reducir comportamiento riesgoso a enfermedades infecciosas debe estar disponible en prisión
- * Cuidado continuo la persona salga de prisión
- * Detención y labor forzada no son tratamientos.

Principio 7: Participación de la comunidad y orientación al paciente

- * Paciente participa activamente
- * “Accountability” a la comunidad
 - * Comunidad juega rol importante en la provisión de servicios
- * Intervenciones orientadas a la comunidad
 - * Información y empoderamiento para reducir discriminación y estigma
- * Mayor disponibilidad de tratamiento en intervenciones de cuidado social y de salud
 - * Facilita dependencia se vea como un desorden multifactorial.
- * Redes entre servicios de tratamiento, servicios hospitalarios y sociales.
- * Organizaciones no-gubernamentales
 - * Rol significativo en facilitar servicios, en coordinación con el sistema público de salud, para pacientes con dependencia

Principio 8: “Clinical governance” de los servicios de tratamiento de dependencia a sustancias ilícitas

- * Disponibilidad de política de servicio y protocolos
- * Protocolos de tratamiento
- * Personal capacitado
- * Supervisión y otras formas de apoyo para prevenir “burnout” del personal
- * Recursos financieros
- * Estructuras de comunicación
 - * Redes de apoyo entre programas que ofrecen tratamiento, servicios sociales y otras instituciones relevantes.
- * Sistemas de monitoreo
- * Actualización de los servicios
 - * Servicios deben adaptarse a través del tiempo para responder a las necesidades cambiantes de los pacientes.

Principio 9: Sistemas de tratamiento: Desarrollo de política, planificación estratégica y coordinación de servicios

- * Formulación de una política de tratamiento por parte del gobierno
 - * Basada en evidencia de efectividad y costo-efectividad.
 - * Son multisectoriales; definen roles y responsabilidades de las personas involucradas.
- * Redes entre servicios de tratamiento e intervenciones de prevención
- * Evaluación de la situación
 - * Tipos de personas buscando servicios, patrones de uso de drogas y preferencias a diferentes modalidades de tratamiento
- * Coordinación entre los diferentes sectores
- * Cuidado continuo

Principio 9: Sistemas de tratamiento: Desarrollo de política, planificación estratégica y coordinación de servicios (cont.)

- * Acercamiento multidisciplinario
- * Desarrollo de capacidad
 - * Gobierno e instituciones educativas deben asegurarse de que tienen personal adiestrado para un futuro.
- * Garantía de calidad, monitoreo y evaluación

Dimensiones de la Calidad Servicios Tratamiento

- * **Efectivos:** se adhiere a evidencia científica y resultan en mejorar resultados a individuos y comunidad.
- * **Aceptables:** servicios aceptables para el paciente tomando en cuenta sus preferencias y aspiraciones y la cultura de su comunidad.
- * **Eficientes:** servicios se rinden de manera que optimizan los recursos evitando desperdiciarlos.

Dimensiones de la Calidad Servicios Tratamiento

- * **Accesibles:** servicio oportuno, acceso geográfico razonable
- * **Equitativos:** servicios no varían en calidad por características personales tales como género, etnia, estatus socio-económico, orientación sexual.
- * **Seguros:** minimizan los riesgos y daños a usuarios/as.

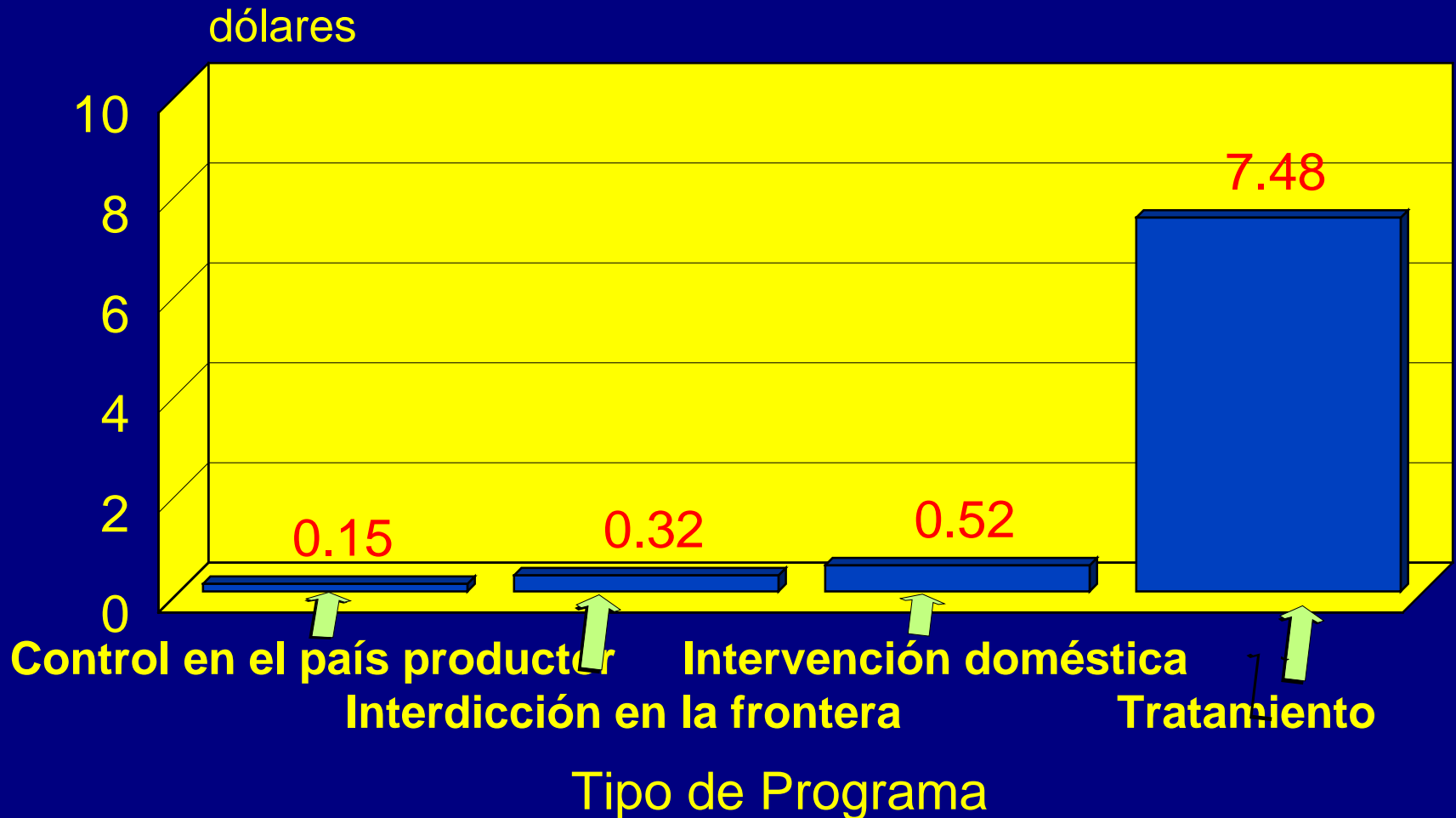
Dimensiones de la Calidad Servicios Tratamiento

- * **Efectivos:** proveen cuidado basado en necesidades del paciente que se adhiere a evidencia científica y que resultan en mejorar resultados a individuos y comunidad.
- * **Eficientes:** servicios se rinden de manera que optimizan los recursos evitando desperdiciarlos.

Ejercicio B

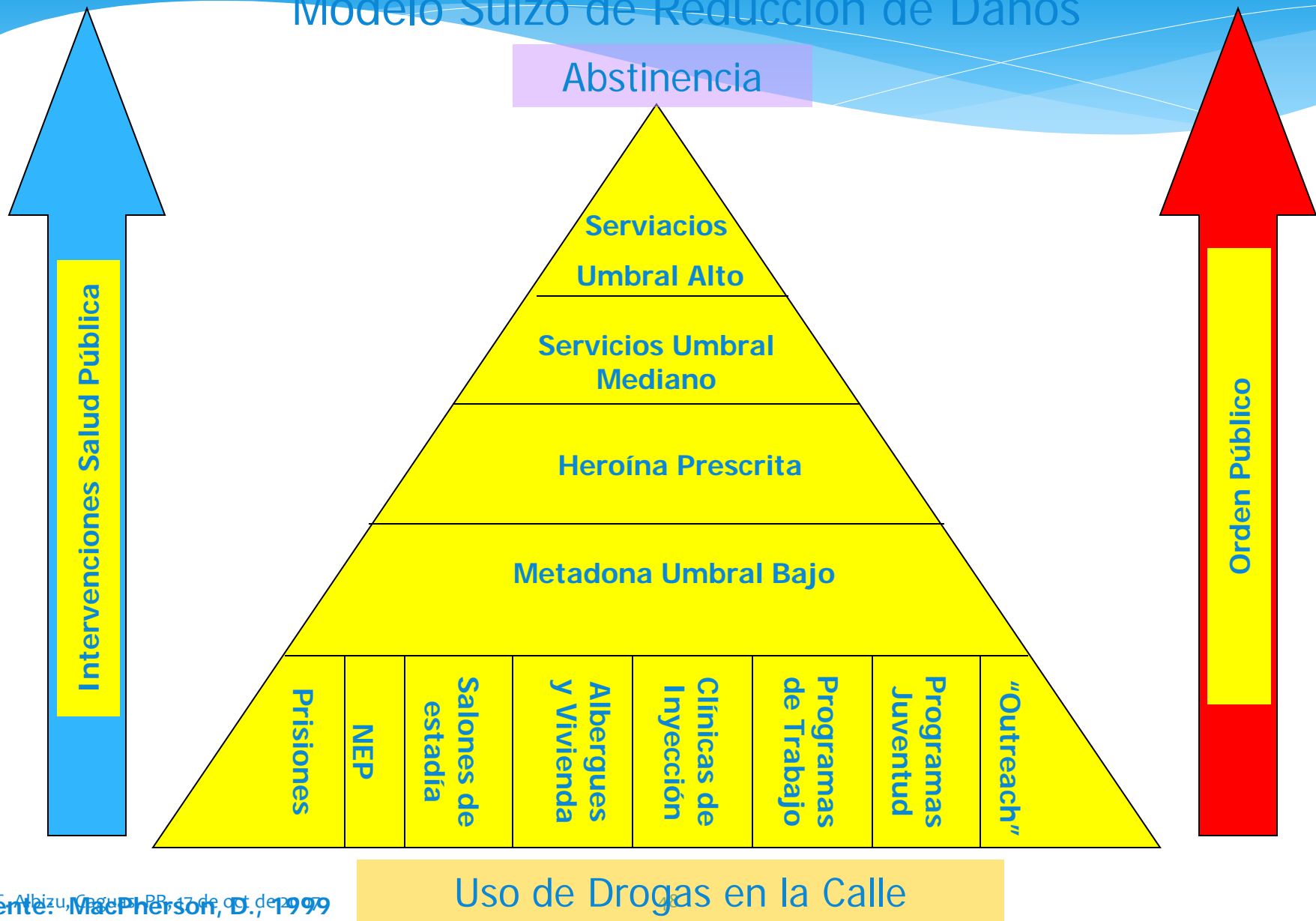
Sistema de Servicios Continuos

Ahorros en costos sociales por dólar invertido en los diferentes programas



Fuente: RAND (1994)

Continuo de Servicios Sociales y de Salud bajo el Modelo Suizo de Reducción de Daños



Punto Fijo 1998



Rescate de Adictos



Clínica de Metadona en Massachusetts



Clínica de Inyección Segura, Ginebra, Suiza, 2002



Barreras para Ampliar Acceso a Tratamiento Efectivo

- * Estigma
- * Perspectiva prohibicionista vs perspectiva de salud pública
- * Mitos

ESTIGMA

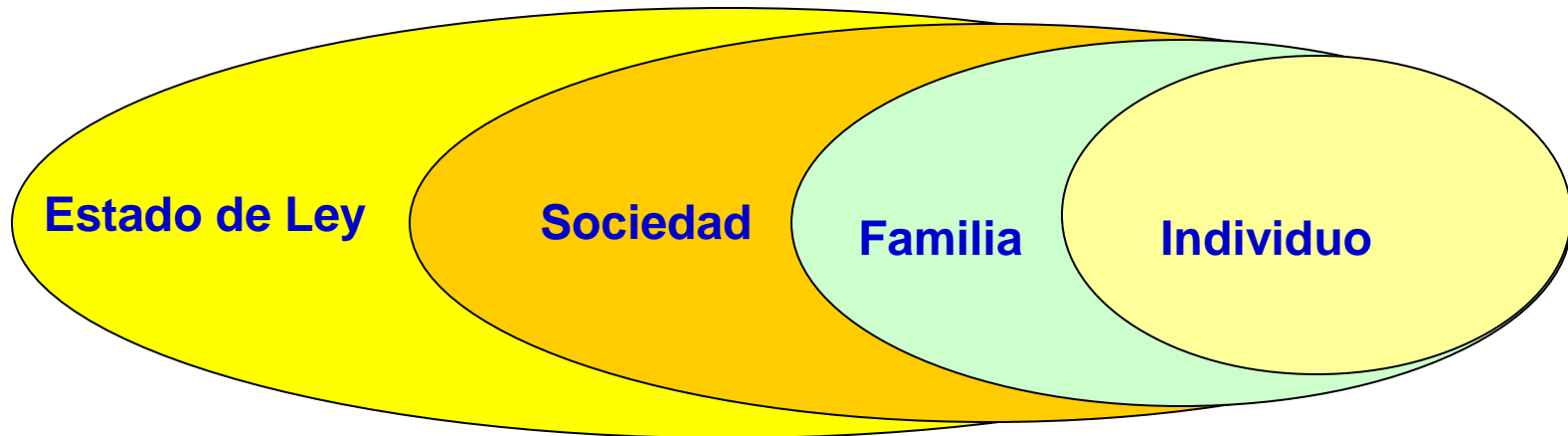
(Ervin Goffman, 1963):

- * “... es un atributo profundamente desacreditante de la persona que lo posee”.
- * “a la persona se le considera casi inhumana debido a su marca negativa”
- * “partiendo de esta suposición, ejercemos variedades de discriminaciones , a través de las cuales efectivamente y sin pensarlo **reducimos sus posibilidades de vida**” (*nuestro énfasis*)

Usuarios Drogas Ilícitas Afectados por Múltiples Camadas de Estigma

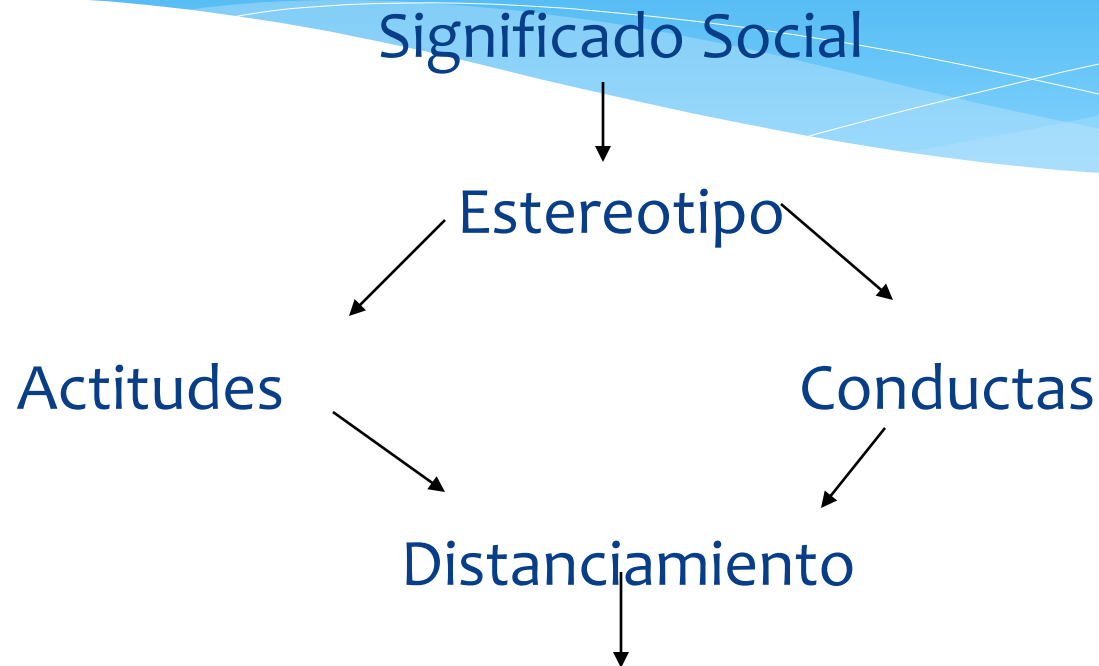


Dimensiones en las que Opera el Estigma



Impacto del Estigma

(Link & Phelan, 2006)



Discriminación, pérdida de estatus, exclusión social

Percepciones sobre la metadona que se Pregonan en el País

- * **“Es sustituir una droga por otra”**
- * **“No trata las causas de la adicción”**
- * **“Es la droga del demonio”**
- * **“No creo en la metadona”**

Hagamos valer alternativas de política pública sustentadas en modelo de salud, derechos civiles y responsabilidad fiscal.

Muchas Gracias

Ejercicio C