

“Tenemos derecho a ser iguales cuando la diferencia nos inferioriza; tenemos derecho a ser diferentes cuando nuestra igualdad nos descaracteriza.

De allí la necesidad de una igualdad que reconozca las diferencia y de una diferencia que no produzca, alimente o reproduzca las desigualdades”.

Boaventura de Souza Santos

PROGRAMA DE RECONOCIMIENTO E INCLUSIÓN DE GÉNERO EN DROGODEPENDENCIA



Ja n'hi ha prou Drog!
(¡Ya basta drogas!)

Josefina Mesner, 5 años, mi nieta.
“Colegio Peramás”
Mataró -Barcelona

Lic .Brenda Berriel
Montevideo, Uruguay, 2008.

INDICE

I: Introducción.....	Pág. 1
I.1: Objetivos Generales.....	Pág. 4
I.2: Objetivos específicos.....	Pág. 4
II: Marco Conceptual.....	Pág. 4
III: Diagnóstico de la realidad.....	Pág. 5
III.1 Trabajo de campo.....	Pág. 7
III.2: Conclusiones del diagnóstico de la realidad.....	Pág. 9
IV) Elección de la Esfera Conceptual Predominante.....	Pág. 9
V) Programación Estratégica.....	Pág. 10
VI. Conclusiones.....	Pág. 13
VI: Bibliografía.....	Pág. 13

I) INTRODUCCION

“El hecho de comprometerse con lo fragmentario, de sentirse ligado al “pequeño pelotón” del que formamos parte es el principio y el germen de los afectos públicos” Edmund Burke

La palabra “*adicto*” remite a la Antigua Roma, cuando un sujeto no podía pagar una deuda entregaba su vida como *adicto* es decir como esclavo. Su libertad era su forma de pago. Pero la postmodernidad tiene nuevas formas de esclavitud que instalan “*mutaciones en las condiciones que el ser humano habita el mundo*”¹ creando nuevas modalidades de sujeción y discriminación.

La problemática de las drogas que hoy se vive prácticamente en todos los países es una de ellas. Los expertos mundiales han coincidido en que es necesario una aproximación multidimensional que tenga en cuenta diferentes situaciones interrelacionadas con su complejidad: violencia, narcotráfico, producción, educación, etc y que es necesario el esfuerzo aunado del Estado, la Sociedad Civil y la Cooperación Internacional para reducir su demanda y realizar programas que la atiendan.

Por lo tanto el tema “Drogas” tiene asiento en las agendas de casi todos los países del mundo, incluido América Latina. Sin embargo, en Uruguay como en muchos otros países, el consumo de drogas en mujeres se ha considerado un fenómeno menos prevalente que en los hombres y las intervenciones tienden a homogeneizar tratamientos sin tomar en cuenta que: tanto los patrones de consumo, causas y consecuencias afectan de modo diferente a hombres y mujeres.

Desde la construcción cultural de lo femenino y masculino, el consumo de drogas constituye un desafío a los estereotipos sexistas, que estigmatizan a las mujeres ya que desde su rol asignado de reproductora y cuidadora familiar está mas sancionada y criticada que sus pares hombres y su problemática queda invisibilizada o mal atendida.

¹ Martín-Barbero J: *Globalisme et Pluralisme*, Montreal, Coloquio Internacional, 2002.

Debido a que “*El concepto de necesidad es central a la idea de planificación y gestión social de proyectos*” (Bustelo: 1996:20).

En este trabajo, partimos con el cuestionamiento: ¿que tipo de necesidad humana nos lleva a intentar una gestión social en el tema de drogodependencia en género? Planteamos que es una *necesidad física*, ya que es un tema de salud, *una necesidad social* como garantía de igualdad de oportunidades y libertad individual, *necesidad cultural* como forma de categorizar la imagen que se tiene de la mujer adicta y *necesidad política* porque es un tema de ciudadanía y democracia. (Varsavsky, citado por Bustelo: 1996:21, material PRIGEPP 2007).

En ese punto lo definimos según Bustelo en:

- *Necesidad normativa*: del trabajo se desprenderá que hay un grupo (mujeres con problemática de adicción) que está por debajo del nivel de otro (adictos masculinos) y eso define una necesidad, que técnicos y usuarias identifican.
- *Necesidad sentida*: que se expresa en tratamientos fuera de los parámetros de normas de calidad, los terapeutas y centros de atención, dan cuenta de la dificultad para tratar y prevenir en género lo que lo sitúa como una necesidad real.
- *Necesidad expresada o demanda*: Dado el tipo poblacional y la consecuente problemática que ello trae, muchas veces la demanda de la mujer adicta queda invisibilizada en la familia u hospitalizada por estigmas sociales. “*es bastante frecuente que todo lo que se desea no se demande*” (Bustelo, 1996:21). Sin embargo, cada vez más se presentifica la voz de la mujer pidiendo espacios que incluyan hijos o guarderías o la propia familia desbordada es la que trae la demanda ya que en este caso como en todos, son otras mujeres las encargadas del la *economía del cuidado* de sus pares enfermas. Comprobamos compatibilidad entre la necesidad sentida y demandada. (Bustelo: 1996:21).
- *Necesidad comparada*: A nivel operacional este trabajo reconocerá la inequidad de oferta de servicios que hay entre hombres y mujeres en drogodependencia. Al revisar la política existente en drogadicción en Uruguay y cotejándolas con las normas de calidad aprobadas internacionalmente, dará cuenta de las carencias en cuanto a género tanto en prevención como tratamiento.

Trabajamos en el entendido que éste proyecto, de carácter sistémico, deberá ser lo suficientemente flexible y tener como eje la *viabilidad de cada momento* que permita incorporar acciones que el mismo no haya dado cuenta o de desistir de otras que en el proceso no tengan aún su oportunidad política o económica.

Consideraremos también la perspectiva de Caroline Moser que plantea que las mujeres tienen necesidades particulares, tanto en la diversidad de identidades como en las representaciones mentales y sociales y en cuanto a su posición de subordinación en la sociedad.

Este trabajo parte de lo vivenciado en la comunidad terapéutica **Castalia** de Montevideo, que se dedica actualmente a estudio e investigación en drogodependencia y trastornos duales e imparte una Diplomatura sobre el tema.

➤ I-1-OBJETIVOS GENERALES

Diagnosticar e investigar la realidad de la situación de género en adicciones, por lo cual realizaremos un trabajo de campo de los centros y comunidades terapéuticas existentes para ver si las normas de calidad se cumplen en cuanto a la consideración del tratamiento de mujeres. Desde la política MACRO, se intentará conocer la meta agenda estatal de la Junta Nacional de Drogas, del Ministerio de Salud Pública y organizaciones de salud, donde pondremos en evidencia la carencia programática de género a nivel institucional. Apuntamos en el corto y mediano plazo a lograr informaciones cuanti y cualitativas e identificar las demandas que están invisibilizadas en hospitales y sanatorios que habiliten que los programas y las políticas públicas en drogodependencia, comprendan tratamientos adecuados desde una perspectiva de género.

➤ I-2-OBJETIVOS ESPECIFICOS

En tal sentido trabajaremos *la programación de política de drogodependencia en género* desde la perspectiva de *orientación conceptual predominante* en la dimensión de **“cambios en la esfera socio-cultural** en su doble orientación *simbólica-expresiva e instrumental*. (IV Seminario M. Rosenfeld). Fundamentamos esta opción porque la programación apunta a modificar las pautas culturales y los valores que niegan esta enfermedad en el género y no la atienden adecuadamente. Desde lo instrumental se requieren actividades específicas como capacitación, comunicación y creación de centros especializados. Nos propondremos planificar un escenario de concertación e interpelación del tema desde diferentes “puertas de entrada “desde donde analizaremos alianzas y resistencias (Junta Nacional de Drogas, MSP, Comunidades Terapéuticas, INAMU y Sociedad Civil) que reconozcan las necesidades específicas de género en los programas e integren y transversalicen la propuesta con otras áreas de promoción de salud de la mujer (HIV, embarazo adolescente, violencia familiar).

II) MARCO CONCEPTUAL

Consideramos una breve reflexión teórica como un insumo obligado para el diagnóstico situacional y como estrategia de líneas argumentativas, porque encontramos escasa producción de documentos teóricos y metodológicos para su estudio en nuestro país.

Está por fuera de este trabajo documentar los puntos de relevancia que hacen a la subordinación de género, pero estudios epidemiológicos sobre la salud mental y el “malestar de las mujeres”² introducen nuevas categorías que desarticulan el dualismo salud-enfermedad y muestran que cuando una mujer llega a la adicción, preexisten un sinfín de “malestares” que otorgan una fuerte significación al tema de la drogodependencia. La adicción femenina se revela como un testimonio de una marginación o malestar crónico que resulta de una expulsión socioafectiva de su mundo. Por lo tanto, para pensar en cualquier programa que atienda a las Adictas a Sustancias Psicoactivas (ASPA) y su posible tratamiento, se hace necesario conocer algunos de estos malestares y sus consecuencias (*ver indicadores cualitativos: Pág. 5*).

Se hace necesario una intervención diferencial en las estrategias respecto al consumo problemático de drogas entre hombres y mujeres. Siguiendo en esta línea, la mujer ASPA se constituye a través de una variada gama de identidades por su ubicación en las relaciones y sistema de género así como por su heterogeneidad en el consumo: adolescente, trabajadora, lesbiana, madre, trabajadora sexual, jefas de hogar, profesional entre otras. Por lo tanto “tratar con equidad una misma necesidad” es cristalizar las diferencias y se hace necesario conocer la realidad sobre la cual pretendemos operar.

III) DIAGNOSTICO DE LA REALIDAD

<p>DIAGNOSTICO</p> <p>CUANTITATIVO 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El alcohol es la droga más consumida y que tiende a equipararse entre hombres y mujeres (230.000 personas presentan un consumo problemático.) • En el uso de tranquilizantes y antidepresivos, el 22% de la población, 52.000 personas consumen estos medicamentos, siendo el doble el porcentaje en mujeres que en hombres. Somos las segundas consumidoras de psicofármacos del mundo, y la automedicación es altísima, es decir se indica una vez por médico y luego las mujeres van a repetición del psicofármaco sin control médico por años. • De las drogas ilegales la marihuana es la más consumida y también tiende a igualarse en las jóvenes. De cada 10 personas que la consumieron, 4 se hacen adictas, 28.000 personas presentan algún tipo de dependencia de la misma. • La cocaína es un consumo experimental en aumento y junto con la pasta base el porcentaje es de 4 hombres a 1 mujer, pero todo hace suponer que esa diferencia tiende a acortarse. La pasta base está asociada a los niveles socioculturales más bajos. • En los últimos 15 años se han abierto en países de la FLACT latinoamericana (Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas) alrededor de 2000 programas de Comunidad Terapéutica para personas con problemas de alcohol y drogas, en una variedad de ambientes, formatos y tiempos. Estos programas, que incluyen “normas
--	--

² Burin Mabel (1991) El Malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada

³ Encuesta Nacional de Hogares 2006. JND. OUD y OEA

	<p>de calidad” se evalúa por un cumplimiento escala tipo Likart de 5 puntos⁴.En Uruguay las normas de calidad en cuanto a género, están calificadas en el puntaje 5, es decir no se cumplen.</p>
<p>DIAGNOSTICO CUALITATIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Son los “malestares” que condicionan o conviven en la mujer adicta, crisis socioeconómicas y búsqueda de igualdad en relación al hombre. • Un 70% de las mujeres abusadoras de SPA declaran antecedentes de maltrato físico y sexual. • Pérdida de valores familiares y sociales, así como la desvalorización de su rol que generan angustia, depresión y que son manejados con el consumo de sustancias. • Las mujeres no cuentan con las mismas oportunidades y acompañamiento familiar que los hombres y generalmente hay oposición a que reciba algún tipo de tratamiento. • La forma de respuesta del otro/a en relación a la pareja. Una mujer que consume drogas y su pareja no es consumidor frecuentemente la abandona y los hijos / as quedan al cuidado de otros familiares. • Presión familiar con un compañero adicto: adictas a un adicto que las convierte en coadictas (lo que no se da a la inversa) • La comorbilidad se asocia a diagnósticos de trastornos afectivos de índole depresiva y trastornos de pánico. • El abuso de psicofármacos duplica al hombre y la mayoría consulta una vez y sigue automedicándose. • Por su constitución física, peso y metabolismo, la tasa de dependencia es mayor en mujeres, ya que biológicamente son más afectadas. • Aislamiento de actividades sociales y recreativas ,inadecuada distribución del tiempo y curiosidad mal orientada (adolescentes y jóvenes) • Falta de oportunidades para capacitarse y desarrollarse (educación) • Amistad con personas que consuman drogas y temor a ser rechazada por el grupo. • Modelos de identificación superficiales del mercado, culto a la imagen. • Desconocimiento que aun las drogas legales producen daño en el organismo. • Las conductas disruptivas y transgresoras son más sancionadas que en los hombres lo que agrava su aislamiento y tienden a postergar pedir ayuda • El consumo de drogas las hace más vulnerables para prácticas sexuales protegidas para evitar embarazos y protegerse del VIH • Los estudios han identificado que el cuidado de los hijos es un factor esencial que disuade a muchas mujeres de buscar ayuda –casi una de cada cuatro (el 23%) de las mujeres que acceden a tratamiento ambulatorio viven con sus hijos, por lo que la creación de guarderías es una norma de calidad en género. • Las chicas de 14 en adelante beben los fines de semana igual que chicos.
<p>DIAGNOSTICO DE RECURSOS</p>	<p>Financieros La Junta Nacional de Drogas tiene este momento becas de la CIDAC para estudio e investigación, por lo que es posible financiar trabajos que posicionen al género. De hecho nuestra Comunidad presentará un proyecto sobre una población de mujeres hurgadoras y su vulnerabilidad específica y otro sobre género y psicofármacos. Los tratamientos con el nuevo plan de salud serán financiados por el FONASA y su inclusión se hará en franjas segmentarias.</p> <p>Físicos: Ya hay centros de atención públicos y privados. Para que una programación tenga viabilidad y cumpla los requisitos de eficiencia, oportunidad y realidad es necesario apoyarnos en los recursos que ya disponemos (30 centros) y conseguir que éstos se adecuen para género. Este es un punto a programar</p> <p>Humanos En cuanto a los recursos humanos hay solventes profesionales pero deberá hacerse capacitación en género. (Otro ítem de la programación)</p>

⁴ 1 norma se cumple,2 con excepciones,3 no se cumple de manera consistente,4 se cumple muy raramente 5 no se cumple

DIAGNOSTICO DE ACTORES	<p>Grupo nuclear de articulación contamos con diez integrantes de la Comunidad Terapéutica Castalia, con experiencia, solvencia técnica y prestigio institucional, ya que se dedica a estudio, formación e investigación y será el grupo motor</p> <p>JND: en su programa " <i>Drogas, Compromiso de Todos</i>" en el Art.3 inciso C dice que es "responsabilidad del Estado construir políticas públicas respecto a derechos humanos individuales y colectivos.</p>
DIAGNOSTICO DE ACTORES	<p>M. Salud Pública y M. de Desarrollo Social en enero 2007 actualizan la normativa reglamentaria referente a protocolos de habilitación de Servicios a drogodependientes, para ser incluidas en el "Sistema Nacional de Salud"de actual implementación., pero no hay especificación para género.. INAMU que logró en 207 la ley de equidad e igualdad de oportunidades. Organismos internacionales que tienen injerencia en cuanto a políticas de cada país: CICAD (Comisión Interamericana Control y abuso de Drogas)que dan becas de investigación y realizan contralor a los países, OID (Observatorio Interamericano de Drogas)y NIDA(Inst. Internacional Abuso de Drogas de EEUU) Comisión Bicameral Femenina como apoyo para leyes y decretos Madres de la Plaza que se nuclean por sus hijos adictos, ONG</p>
DIAGNOSTICO SOCIAL Y TERRITORIAL	<p>Entre las capas jóvenes, se acorta cada vez más la brecha entre consumidores de marihuana y cocaína entre chicas y varones. El alcohol es utilizado por los jóvenes sobre todo los fines de semana casi en igualdad. Y en los psicofármacos automedicados las mujeres doblan a los hombres. La población femenina afectada recorre todas las capas sociales y etarias, pero es en las capas más bajas donde desde lo cultural es difícil intervenir y en las más altas, donde "medicalizan " el tema con internaciones . La desigualdad de género es muy grande, ya sea planteada como una necesidad práctica(no hay dependencias adecuadas ni programas) y como necesidad estratégica, porque quedan postergadas detrás de reivindicaciones que desde social son más aceptables de incluir en las agendas estatales: violencia, embarazo adolescente, etc.</p>
DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL	<p>Desde la denominación"Usuario con consumo problemático de drogas" y en sus 45 artículos que marcan pautas de tratamiento, infraestructura, etc. No hay una sola mención en la normativa del MSP y MIDES a una obligatoriedad que incluya tratamiento específico para género. Queda librado a cada institución definir el "perfil" del usuario. De los 30 establecimientos de la capital, no hay ninguno que contemple el género en su atención.</p>
DIAGNOSTICO DE VIABILIDAD	<p>Todo el proceso debe ser atravesado por la viabilidad y oportunidad de cada momento. En este diagnóstico de la realidad sobre la cual queremos operar destacamos algunas debilidades que pueden obstaculizar el proyecto que puntuaremos en los próximos escenarios de concertación. Desde lo socio-cultural, el tema drogas "preocupa" a la sociedad de padres adolescentes o bien por la violencia que un chico adicto a la pasta base puede provocar para conseguirla. Pero en cuanto a género la agenda está más volcada a las víctimas de violencia doméstica y a leyes de salud reproductiva. Por lo tanto, si bien tenemos un buen programa de la JND éste se dedica a prevención en adolescentes o reducción del daño, las mujeres no son percibidas como factor de riesgo. Como lugar de referente, contamos con el INAMU y la ley de igualdad de oportunidades que está con gran empeño tratando de transversalizar políticas de género y descentralizar, pero tienen otras prioridades en su agenda próxima.</p>

III.1) Trabajo de campo: Como complemento del diagnóstico de la realidad, realizamos un trabajo de campo en Centros de atención públicos y privados habilitados en Montevideo, 3 Centros Mutuales de Atención privada y entrevistas con el Investigador de la ONUDD, Lic. Héctor Suárez:

➤ De la consulta de 2 centros Mutuales de Montevideo y uno de Maldonado, constatamos que entre el 20 al 25% de los medicamentos que expenden las mutualistas son psicofármacos, si bien no tienen exactamente las estadísticas están de acuerdo que la mayoría son mujeres, con automedicación, es decir repiten la indicación hecha años atrás una y otra vez. Este uno de los elementos rescatables del diagnóstico situacional a la hora de consensuar políticas de protección de género.

➤ Actualmente, son muy pocos los espacios públicos para tratar la drogadicción en mujeres. Las mutualistas de atención privada derivan al Sanatorio Etchepare, o Villa Carmen, entre otros (dedicados a pacientes de patología mental) sólo por cuatro semanas al año por persona lo que es insuficiente. El costo en una clínica privada es de aproximadamente U\$1.000 en sistema de internación por mes y U\$500 en sistema ambulatorio. De los Centros habilitados en Montevideo para tratamiento que son 6 públicos y 21 privados no hay ninguno que comprenda las normas de calidad en cuanto a género, que especifican talleres especiales, salas de cuna y jardín infantil entre otros. De nueve dormitorios que tiene un centro consultado público, solo cuenta con un dormitorio para mujeres con 3 camas y no hay servicios ni talleres especiales para ellas, pese a reclamos de su parte. Esta situación se reproduce con variaciones en otros centros asistenciales. De las entrevistas surge la preocupación en muchos centros consultados de que no haya espacios especiales para género ya que cuando hay mujeres en tratamiento ambulatorio o internado se crean problemas con los hijos o entre internos por no tener áreas especiales, sin embargo...todo sigue igual

➤ De la entrevista con el Investigador responsable de la ONUDD: Lic. H. Suárez desprende que la encuesta no da cuenta real de toda la problemática por el mismo carácter marginal al que es asociado. Reconoce la incrementada participación femenina en la drogodependencia y la ausencia de la aplicación de las normas de calidad para género en las instituciones, así como grandes vacíos en cuanto a obligatoriedad de los mismos.

Creemos necesario destacar que existen normas de calidad internacional con respecto a género y drogodependencia muy bien elaboradas pero *“los intereses de las mujeres también están en juego cuando no se siguen las reglas o éstas no existen”* (Rao, Kelleher, 2002:3) Estos autores citan a Bonder que sugiere que “el problema principal está en *“la normalidad de las transgresiones al interior de las organizaciones que actúan en un contexto de impredecibilidad externa”*. Esto es evidente en este trabajo de campo, donde las instituciones reconocen la carencia, pero permanece naturalizada en la distribución de recursos y tratamientos que es inequitativa para el género.

Si consideramos la propuesta de Steven Lukes, citada por Rao y Kelleher, (Rao y Kelleher 2002:8) ésta sería la forma del *“Poder tradicional que es el poder de tomar y llevar a cabo decisiones”* “sin dar cuenta que al interior las instituciones que lo que se otorga a las mujeres es insuficiente.

Existen proyectos aislados de reinserción laboral como medio de la recaída en la drogadicción para mujeres,⁵ trabajo en hospitales para adictas embarazadas o portadoras de HIV y en instituciones carcelarias⁶ pero *“están embebidas de las jerarquías de género, clase y otras líneas de fractura que definen identidades y distribuyen poder simbólica y materialmente, el género es un primer campo o medio en que el poder es articulado”* (Rao, Kelleher. 2002:5) Una mujer adicta no tiene “buena prensa” a la hora de

⁵ Proyecto de la Comunidad Terapéutica Castalia para 4 zonas suburbanas: Eliseo González Regadas y colaboradores.

⁶ Son para reducción del daño ya que el problema es muy grave en las reclusas, pero es igual al de presidiarios hombres.

distribuir recursos, frente a otras demandas de género que convocan más al asistencialismo en algunos casos o a la justa reparación en políticas públicas equitativas. En este punto, estaríamos frente al Poder de agenda de Steven Lukes que es *aquel poder de decidir que se discutirá o que será considerado en el discurso organizacional*. Las mujeres adictas no solo cuesta inscribirlas en agendas de equidad, sino que dentro de las propias instituciones son desestimadas.

Las consecuencias de la adicción también comprometen de forma diferente a hombres y mujeres. Mientras un adicto en crisis de abstinencia puede llegar a la violencia para obtener la droga (robo a su propia familia, asaltos) la mujer cae en la prostitución o es “tapada” por la familia. Esto hace que se operen distintos modelos protectores para la sociedad que se ve amenazada y se invierta y visualice más al hombre. Desde la propia familia, núcleo de las relaciones de género, se movilizan más por un hijo drogodependiente que por una hija. Aquí nos encontraríamos con el tipo de Poder Escondido que es aquel que da forma a las percepciones, conocimiento, preferencia de manera que las personas aceptan su lugar en el orden de cosas como incambiable o de alguna manera natural. (Rao, Kelleher, 2002:5).

III.2: Conclusiones del diagnóstico e investigación de la realidad, hemos dado cuenta de los **Objetivos Generales** de este trabajo ya que hemos logrado informaciones cuanti y cualitativas del fenómeno, el trabajo de campo ha demostrado que no se cumplen las normas de calidad para género en ninguno de los centros encuestados y desde la política MACRO, la meta agenda estatal de la JND y MSP no hay políticas equitativas para género. El modelo comunicacional apunta a una población joven mayoritariamente masculina en el área de prevención. Desde lo representacional, las mujeres no son vistas como consumidoras problemáticas y quedan invisibilizadas en el sistema. Damos cuenta que el tema de las mujeres y las adicciones no tiene prioridad en las agendas estatales, más que lo que comprende a la generalidad de la política de drogas del país.

Si acordamos que la prioridad de los Estados es reducir costos y no diversificar servicios para diversos grupos sociales como dice Bonder *¿Cuál son los márgenes de la maniobra en contextos de alta incertidumbre como los actuales? ¿Cómo introducir en el Estado la preocupación por la equidad social y de género?..* (Bonder 1999:8). Y agregaríamos, para un colectivo cuyo uno de los retos a enfrentar es que el tema de la mujer adicta deberá mover conceptos estigmatizantes aún desde dentro del colectivo de mujeres.

¿ Cómo se estructura un proceso de planificación social a partir de la satisfacción de un determinado perfil de necesidades humanas? (Bustelo,1996: 3) Nos apoyamos en que la

planificación “ *no podría renunciar a la función predictiva de “acercar” ese mundo de necesidades deseadas al presente, la predicción debe ser replanteada por una estrategia más flexible, más orientada a “mirar hacia fuera...para ganar ventajas comparativas y autoincorporar información y conocimiento* “ Bustelo, 1996: 11) y desde ese lugar insistimos en que es necesario **programas que la visibilicen primero** y la atiendan adecuadamente en consecuencia a sus necesidades humanas.

IV) Elección de la Esfera Conceptual Predominante

Acordamos con Bonder que dice “*el gran desafío es que las políticas públicas sobre género y Estado se nutran de más investigación multidisciplinaria de casos concretos y por sobre todo que estimulen fertilización cruzada entre los desarrollos conceptuales y las prácticas*” (Bonder,1999). Es así como del *Diagnóstico de la Realidad* basado en múltiples diagnósticos situacionales que incluyó un breve trabajo de campo, optamos por la opción *cambios en la esfera socio-cultural* que atiende más a los objetivos específicos de este trabajo.

■ *En la orientación simbólica-expresiva* la programación estará puesta en estrategias que enfrenten las categorizaciones que la sociedad tiene frente a la mujer adicta. Nuestro empeño está dirigido no solo a la demanda de reconocimiento y sentido de la mujer adicta como “víctimas estructurales” y cuando las llamamos así nos referimos a los determinantes estructurales que quedan invisibles en la realidad cotidiana, sino intentar revelar marcos y sentidos que visibilizándolas, las incluya como sujetos de derecho y ciudadanas con iguales oportunidades que los adictos hombres. En este punto, queremos adherir a Caroline Moser cuando dice que “*en virtud de ciertos prejuicios, a menudo pierden las mujeres y en consecuencia no se llega a desarrollar una política de género coherentemente formulada*” (Moser, 1998:8).

Si bien el tema “drogas” es urticante para la sociedad, desde el imaginario es más económico asociarlo a un joven u hombre marginal o no, que a una mujer, madre, embarazada o adolescente estudiante. Con una agenda de equidad tan grande a resolver en cuestiones de género, la mujer adicta no tiene prioridad. Esta es una realidad que tenemos que tener como intención de viabilidad en cada paso del proceso.

■ *En su orientación instrumental* apuntamos a la apertura de posibilidades de tratamiento en centros adecuados a género, a su visibilidad en tanto medios de

comunicación.⁷ y en la inclusión en los programas preventivos del género como diferencial en cuanto a causas, consecuencias y comorbilidad. Eso determina que nuestra estrategia programática sea como plantearemos más adelante, insertar el tema en programas de estudio, congresos, jornadas y trabajar con la **FUCOT** (F. de Comunidades Terapéuticas).

V) Programación Estratégica

Nos basamos en la misma en el paper del IV Seminario, en lo escritos de Bustelo, de Caroline Moser, tomamos como guía el material de Mónica Rosenfeld sobre el PRIOM y de los talleres de trabajo con Carmen Colazo que clarificó y guió tantas ansiedades.

La programación de género en drogodependencia, es una categoría de análisis, una visión política en términos de relaciones de poder sobre las representaciones de los “roles de género”. Reconocemos que la dificultad primera será lograr un público representativo de la diferencia que dialogue, negocie y reconozca que hay minorías dentro de las minorías para ir esclareciendo visiones distintas de la realidad.

<p>OPORTUNIDAD POLITICA</p>	<p>La agenda estatal muestra una gran focalización en el tema género en 2 programas: la violencia familiar que pese a todas las acciones, se ha duplicado este año y los derechos reproductivos y la ley de despenalización del aborto. El tema de drogodependencia en las mujeres convoca menos que los dos anteriores, sin embargo no está alejado de los mismos, y se debería transversalizar el género por ellos, Por otro lado, la JND tiene su apoyo a programas de prevención en adolescentes a través del M. de Educación y Cultura y reducción de daño a consumidores y menos en tratamiento, por la dificultad que éstos plantean y sus constantes recaídas. Se apostaría a que la prevención en adolescentes estuviera diferenciada para género ya en la mujer tiene consecuencias más penosas, mayor riesgo de embarazarse por alcoholismo, etc. Apostamos al programa conjunto de magnitud y patrones de consumo que se hace con Chile, Perú, Argentina, Ecuador y Bolivia, para sensibilizar sobre políticas de calidad como en el caso chileno en cuanto a normas de calidad. No olvidamos que :<i>“muchas veces los cambios locales y nacionales responden a presiones que llegan de instancias superiores, más abarcativos campañas internacionales, “contagios” de nuevas ideas, presiones hacia la convergencia en la arquitectura política básica de los estados contemporáneos, entre otros”</i>(Rosenfeld Grupo trabajo) Todo esto abre nuevas posibilidades - El Plan de igualdad de oportunidades y el Nuevo Plan de Salud son dos elementos a favor para lograr consenso en políticas de género en este tema.</p>
	<p>En este campo se pone en juego el concepto de institucionalidad –como lo define Virginia Guzmán: <i>como expresión de relaciones políticas, prácticas sociales y visiones de mundo que se cristalizan</i> “y contribuye para un análisis de mecanismos de poder que se cristalizan y se vuelven tradiciones y convenciones naturalizadas. Este proceso es muy complejo pues involucra innumero de actores, discursos, agendas, propuestas, demandas, estrategias políticas, etc y debemos convocarlos a todos, solo que en tiempos de oportunidad diferente, porque cada institución tiene su tiempo diferente en la mirada más o menos naturalizada hacia el género en general y la mujer adicta en particular. Por eso es que se han realizado solo acciones aisladas con respecto a la inclusión de género en drogodependencia. Hay una ciudad (Trinidad) que preocupado por el problema en su ciudad ha hecho unas jornadas recientemente Contactarse con estos actores nos resulta imprescindible para concertar otros marcos de encuentros. Desde la JND hemos tenido buena recepción para incorporar nuestras investigaciones al respecto. Acordamos que se podrían integrar en sus campañas</p>

⁷ Los posters y afiches de todas las campañas no tienen mujeres y en una guía para padres, lo que podríamos identificar como la única niña del grupo, queda mimetizada por vestimenta y bien podría ser un chico de cabello más largo. Ver en bibliografía material al respecto.

<p>ESCENARIOS DE CONCERTACIÓN</p>	<p>de prevención en jóvenes (que es su fuerte actualmente) indicadores específicos de género. En cuanto al MIDES en este momento está implementando el sistema de equidad , destinado sobre todo a jefas de hogar y el INAMU colabora activamente, por lo que será un escenario de interpelación para el próximo año. En los próximos meses nuestra propuesta de concertación estará más volcada a la investigación y visibilización del tema para, cronológicamente convocar desde mayo en adelante al MSP a través del FONASA. Un coordinador social según Bustelo se mueve en este mundo pluriactoral y “entender” los espacios blancos” de un organigrama y enlazar las distintas unidades es parte de su operación (Bustelo.1996:12).Se puede proponer además trabajar también a través de FUCOT con las Comunidades Terapéuticas para ampliar la propuesta de atención a género en forma diferenciada. Por el momento, descartamos los” <i>contrapúblicos subalternos</i>” (Fraser) de las Madres de la Plaza, porque están abocadas solo a las denuncias de las bocas de venta de “paco” y tienen mala prensa en la JND y consideramos que ante todo una política de género es una política pública y ésta debe inscribirse dentro del ámbito del Estado. La JND depende directamente de la Presidencia de la República y debe ser nuestro aliado principal en esta programación. Actualmente existen planes para presidiarios y presidiarias con folletos de información, para la reducción del daño y para los adolescentes. Creemos que esa es una forma más de discriminación, si bien la droga lleva muchas veces a la cárcel, no podemos pensar en binomios droga-adolescente, droga-presidiaria, porque deja un número mayor de mujeres sin atención. Desde ese lugar es que debemos buscar áreas de consenso, con la medicación indiscriminada en las sociedades médicas y con la visibilidad del problema. El trabajo sobre relevamiento de psicofármacos y género y la incidencia económica que esto tiene en el sistema privado, se presentará a los distintos Centros de atención, como una primera medida consensual de limitar su prescripción de forma indiscriminada. Esto debería (y es parte del proceso) a buscar tratamientos alternativos para esa población ahora medicamentada y que será la derivación a tratamientos especializados que desde el Nuevo Plan de Salud sería viable. Ya muchas Comunidades Terapéuticas se están “preparando” para la derivación que traerá el FONASA, es cuestión de oportunidad y tiempo que algunos centros ya estén preparados para recibir programas de Género. Nuestra Comunidad “Castalia” está trabajando en ése proyecto.</p>
<p>ESTRATEGIAS DE COMUNICACION</p>	<p>Hemos realizado un relevamiento en los posters y afiches en prevención de drogas (casi todos realizados por concurso entre estudiantes de diseño gráfico) y no vemos imágenes femeninas. Un posible escenario de concertación para el próximo año y como estratégica comunicacional es que se incluyera en las bases del concurso el tema de género.⁸Creemos que desde la publicidad se invisibiliza la mujer adicta embarazada, madre, estudiante o niña consumidora precoz. El que sea mayor el porcentaje en varones no suprime a la mujer en esa enfermedad. Otra estrategia comunicacional sería incluir a partir del 2009 el tema de género en la Diplomatura de Drogodependencia que se dicta con el aval de FUCOT en Castalia y presentar ponencias en congresos y jornadas con este tema</p>
<p>IMPLEMENTACION DE PLANES</p>	<p>En este caso se trata primero de reconocimiento de derechos de las mujeres con consumo de drogas y luego de inclusión social en los planes y programas con diferenciación de género. “<i>A nivel de la práctica social, el planificador tiene un rol de mediar entre grupos e intereses, de promover coaliciones y redes y de plasmar unidades precarias de acción y contenido, el propósito de lograr objetivos predeterminados</i>” (Bustelo,1996:13) Por eso planteamos que en una primera etapa ,el plan con más viabilidad es la puesta en el escenario público del tema, ya que no se puede trabajar sobre lo que no se ve o reconoce .El Estado y la sociedad están muy movilizadas, porque Uruguay se está convirtiendo en “cocina” de pasta base., ante las dificultades que enfrenta Colombia y otros países en ese sentido. La importación de acetona supera largamente el uso industrial del país, así como la venta callejera de psicofármacos que se obtienen de sanatorios, hospitales y laboratorios. Apostamos que un trabajo estadístico de las anfetaminas que indican los centros de salud (generalmente a mujeres) sería un</p>

⁸ En bibliografía presentaremos algunos de los afiches actuales y de orientación para padres, donde el único chico que parece ser niña queda “disimulada” en igual vestimenta y podría ser un varón de cabello más largo.

<p>IMPLEMENTACION</p> <p>DE PLANES</p>	<p>plan para cuantificar el consumo en las mujeres y cuánto va a la fabricación del "paco" (ya se han contactado mutualistas en este sentido). Aprovecharemos la inclusión de género en la diplomatura a partir del 2008 para tener más acceso a la JND y al resto de las comunidades terapéuticas que mandan técnicos a formarse. Consideramos que por lo urticante y negado del tema en la sociedad, los planes se irán adecuando a las diversas respuestas que obtengamos desde los diversos actores. Desde Castalia tenemos buena relación con la JND y su director E, González Regadas es presidente de la FUCOT y miembro respetado dentro del mundo de la salud mental. Por lo tanto en la medida que presentemos estudios serios y consensuados hay disponibilidad para hacer "un lugar en la agenda estatal" Sabemos que no será un lugar privilegiado por demandas que consideran de urgencia (niños y adolescentes) pero iremos consensuando de acuerdo a las respuestas obtenidas en los programas de visibilidad.</p>
<p>METAS DE CORTO</p> <p>ALCANCE</p> <p>MEDIANO Y</p> <p>LARGO</p> <p>ALCANCE</p>	<p>En la estrategia propuesta planteamos en el corto plazo el incluir el tema género en la Diplomatura que se hace en drogodependencia en la Comunidad Terapéutica Castalia a partir de marzo del 2009, presentar ponencias en congresos y jornadas. Apuntamos a que el modelo comunicacional que tiene el MSP y la JND incluya en las bases de los concursos de carteles, posters y material preventivo el tema género, es decir que aparezca una chica, una madre y se irá evaluando la repercusión que tiene ese material en una sociedad que desde el imaginario asocia al hombre con una botella o al chico con el "paco" o pasta base, porque es lo que se ve en las esquinas y calles de la ciudad. Estas metas que pueden parecer minúsculas ante la importancia del problema atienden a la propuesta de <i>la orientación simbólica-expresiva donde la estrategia</i> está puesta en cambiar las categorizaciones que la sociedad tiene frente a la mujer adicta. Como atendemos en todo momento a la viabilidad de la propuesta, pasaríamos a las metas de mediano alcance que incluyen trabajar con la grilla de actores especialmente de la JND que es quien tiene los recursos y define las políticas para ir incorporando y haciendo efectivas las ordenanzas de normas de calidad para género. Para marzo-mayo del 2008 los centros de atención privada estarán en obligación de derivar pacientes adictos a los Centros de Tratamiento. Es un trabajo a nivel de delegados de FUCOT (Com. Terapéuticas) que se empiecen a habilitar infraestructura para las mujeres, que trascienda el simple dormitorio con que cuentan hoy en día. Para eso se hace necesario poner en la agenda las NORMAS DE CALIDAD, consensuar primero con los centros, hasta que la oportunidad política oblique desde la normativa a la regulación de los centros para que la incluyan. Esto ya sería una meta de largo alcance, porque para ello deberemos esperar la oportunidad política del INAMU (abocada hoy a otros problemas) así como la JND que prevé que el año 2008 será el año de la cocaína⁹ y volcará allí toda su política. Pero la prensa que cada día tiene más el tema de la droga, también puede ser aprovechada para mostrar la "cara oculta" de la misma.</p>
<p>SEGUIMIENTO Y</p> <p>EVALUACION</p>	<p>Cuando C. Moser plantea que " <i>la especial importancia de desarrollar la planificación de género como una nueva disciplina rigurosa y por derecho propio, residen que el negocio de MED ahora está en crisis</i>" (Moser, 1998:8) es aplicable a nuestra propuesta, ya que lo que se ha hecho hasta ahora para mujeres adictas es bajo esa mirada y no se las ha considerado como GED, con sus particularidades dentro del género, Una planificación no debe tener apariencia de "neutralidad" y menos en un tema como éste. Es un problema de salud, social y de DDHH. ¿Cuándo sabemos que vamos ganando? se pregunta Bonder. En este caso, cuando se convoquen más técnicos a la formación de la Diplomatura, cuando repiquen en sus instituciones lo aprendido sobre género, cuando más publicidad exista con mujeres en riesgo de adicción, podremos decir que sentamos las bases para consensuar las normas de calidad en las instituciones.</p>

⁹ Titular del diario El país del 15 de diciembre 2008." El 2008 será el año de la cocaína" Primera página.

CONCLUSIONES:

Este trabajo, que tomamos como un proceso in continuum, es solo un escenario desde donde situaciones concretas comenzarán a salir a la superficie, para conectarse con nuevos constructos, con listas de espera en las agendas institucionales, con nuevas miradas categorizantes a la mujer adicta que deberán adecuarse al tiempo histórico.

Los efectos perniciosos que le han supuesto a las mujeres el retraso en el pensamiento o en la acción de sus derechos, pueden ser tan peligrosos como la anticipación de proponer planes sin un pensamiento estratégico. Hemos realizado este trabajo teniendo presente en cada momento el argumento de Carlos Matus: *¿mi criterio para decidir que debo hacer hoy será eficaz mañana para mí?*

Estamos ante una temática que desde la nominación está en falta: “**consumo problemático de drogas**” Nos preguntamos ¿Cuándo un consumo de drogas no es problemático? ¿Cuándo no afecta a terceros? ¿Cuándo no enferma al consumidor/a? ¿Cuándo por ser adicta una mujer no contrae HIV y no lo contagia? ¿Cuándo no abandona a sus hijos, o mantiene su empleo?

Si partimos de la base que lo que no se nombra bien, no se comprende bien, ¡Cuánto más difícil es penetrar en el imaginario para que la sociedad entienda (y las autoridades también) que la mujer está en doble riesgo, por sus características biológicas, por su participación en la reproducción, pero sobre todo por su carácter subordinado en el orden social! La droga, como tantas cosas no es patrimonio masculino, la mujer postmoderna está expuesta –por lo menos- a los mismos factores estresantes que los hombres, es más vulnerable y sin embargo es subestimada en el consumo y tratamiento.

Creemos que intentaremos mediar entre el conocimiento y la acción como una oportunidad de lograr una praxis transformadora de la realidad que puedan ir gestando nuevos contra discursos que nos hagan decir:

“...hay que ponerse a la altura de su situación social e histórica para no ser impulsado ciegamente por las fuerzas de su tiempo, tiene que ir no solo a la transformación de sí mismo, sino de su propio pensamiento...queda por último término por resolver la cuestión de si queremos hacer un uso adecuado y a la medida de los tiempos de ese camino que se abre ante nosotros”

Karl Mannheim.

BIBLIOGRAFIA

BONDER G. (2005): "El mejor resultado, aprendiendo de la experiencia, PRIGEPP-2005.

BONDER G (1999): "*El Estado en la mira de los feminismos*" *Argumentaciones y Prospectivas*. Material PRIGEPP.2007 (IV Seminario).

BUSTELO E. (1996): "*Planificación social: del rompecabezas al abrecabezas*" Cuaderno de Ciencias Sociales, Programa Costa Rica-FLACSO (Documentos, PRIGEPP, 2007).

ENTREVISTAS: JND, Comunidades: Izcalí, Aconcagua, Castalia, Manantiales.

GONZALEZ REGADAS E (2001): "*Comunidad terapéutica y trastornos duales* Editorial. Psicolibros, Montevideo-Uruguay, 2001.

MANNHEIM K. (1984): "*EL hombre y la sociedad en épocas de crisis*" Leviatán, Buenos Aires.

MOSE C. (1998): "*Planificación de género Objetivos y Obstáculos*" Isis Internacional Ediciones de las mujeres. No.27. (Documentos PRIGEPP, 2007).

RAO A. Y KELLEHER D. (2002): "*Corriendo el velo de la desigualdad de género institucional*" (Documentos PRIGEPP, 2007).

ROSENFELD M: "*Programa Nacional de Promoción de la Igualdad de Oportunidades para la mujer*" PRIOM. *Un caso de Estudio*- Material preparado especialmente por la autora para PRIGEPP-FLACSO (Documentos PRIGEPP, 2007).

ROSENFELD M. (2007): **Papers** del IV Seminario "Programación Estratégica, Análisis y Tecnologías para el cambio Organizacional, La gestión y Evaluación de Políticas de Género. PRIGEPP-2007-

POSTERS Y MATERIAL: De la Junta Nacional de Drogas y Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio de Salud Pública.