

Lunes 27 de mayo. 9h30 - 11h00.

El camino hacia una atención universal basada en el paradigma de salud pública y los derechos humanos.

- **Luis Alfonzo Bello. Asesor regional sobre abuso de sustancias. Organización Panamericana de la Salud (OPS).**

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”. Así se resume el derecho a la salud en la Constitución de la OMS. La promoción y protección de este derecho requiere que la misma se articule con otros derechos relacionados.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, se engloban dentro de un término amplio que los incluye: Salud Universal. En sus documentos de referencia la OPS define acceso universal a la salud como “la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género, que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud” y tengan una vida saludable que permita su desarrollo humano y bienestar.

El acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud, integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan. Mientras que, la cobertura universal de salud, ha sido definida como “la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento”.

En la región de las Américas, millones de personas no pueden acceder a los servicios de salud integrales que necesitan, lo cual incluye a las personas con uso problemático de sustancias psicoactivas. De acuerdo al Informe Mundial sobre Drogas (UNODC, 2018), para las personas con trastornos por uso de Drogas, la disponibilidad y el acceso a los servicios de tratamiento sigue siendo muy limitada, a nivel global y en la Región de las Américas.

Acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, para los usuarios problemáticos de sustancias psicoactivas, implica que éstas puedan tener acceso, sin discriminación alguna a servicios integrales de salud, cultural, étnica y lingüísticamente apropiados, con enfoque de género, diferenciados de acuerdo a sus necesidades, para promover su salud, prevenir los trastornos por uso de sustancias y otros problemas de salud relacionados, donde recibir la atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación, incluida la mitigación de efectos adversos del consumo, en el corto, mediano y el largo plazo.

La ampliación del acceso a los servicios para los grupos en situación de vulnerabilidad, incluidos los usuarios de sustancias psicoactivas, es un componente crítico en el avance de los países hacia la salud universal y el desarrollo humano sostenible. En las recomendaciones operacionales contenidas en el documento final de la UNGASS 2016 se reconoce a la drogodependencia como un trastorno de la salud complejo, de naturaleza crónica y recurrente, el cual se puede prevenir y tratar eficazmente. En el mismo documento se enfatiza en cuanto a la promoción y fortalecimiento de iniciativas para mejorar el acceso a tratamiento, sin discriminación, prestando especial atención a las necesidades específicas de mujeres, niños y jóvenes.

- **Milton Romanié. Embajador, Ex Secretario General de la Junta Nacional de Drogas**
Presidencia. Uruguay.

El derecho a la salud para usos problemáticos en drogas. Paradojas del enfoque prohibicionista

El sistema internacional de fiscalización de drogas, que ha requerido la construcción de tres Convenciones internacionales y el debate de la comunidad internacional en tres Asambleas Generales Especiales de la ONU (1990, 1998 y 2016) y una larga historia de la humanidad, contiene una trágica paradoja.

Ha desplegado una óptica que podría denominarse de pensamiento mágico: si eliminamos las sustancias y logramos un distópico mundo libre de drogas, se supone, lograremos los fines últimos que las convenciones se proponen expuestas en el prólogo de la Convención del 61 el cual es la salud y el bienestar de la humanidad (en la versión inglesa) y asegurar el uso médico y científico indispensable para mitigar el dolor y garantizar la disponibilidad de los mismos.

Se analizan los aspectos estructurales del enfoque que ha determinado que el acceso a la salud, sea para prevención, sea para tratamiento en drogas, ha sido y sigue siendo una grave omisión de las políticas nacionales de drogas, y una falla del control internacional y hemisférico. Se trata de una inevitable consecuencia de un enfoque inevitablemente desequilibrado, que ha privilegiado, siempre, la denominada reducción de la oferta. En su exceso político que se denominó guerra contra las drogas.

Se efectúa consideraciones críticas del estado de cumplimiento del derecho a la salud en las Américas derivados de una aplicación desequilibrada de las estrategias en drogas, de la carencia absoluta de evaluación y seguimiento de estos compromisos.

Análisis crítico: captura de esta problemática en enfoque reduccionistas de tipo biologicista, psiquiátrico y de encierros comunitarios laicos o religiosos, unida a la resistencia a incorporar modelos de reducción de daños y de regulación de mercados.

Se proponen algunas reflexiones a manera de recomendaciones:

Garantizar el derecho a la salud, implica admitir que el uso de drogas ha sido y es un fenómeno humano multidimensional, que no tiene una única interpretación. Es un fenómeno social complejo, por cuanto se despliega en un contexto de vínculos. Vínculo con los otros, vínculo con las sustancias. Tiene variantes de tipo religioso, recreativos vinculados al placer, tiene también riesgos de nocividad, y en algunas personalidades un vínculo de tipo adictivo. Gestionar los riesgos del uso de sustancias es una responsabilidad del Estado y de compromisos social compartido. Regular los mercados lícitos e ilícitos es una necesidad imperiosa frente al fracaso absoluto de la prohibición. Garantizar derechos implica estar presentes para informar, prevenir, derivar oportunamente y cubrir los diversos niveles de salud. Es por ello un desafío multidisciplinario y no solo de la medicina.

La reducción de daños, tan resistida por la dogmática oficial, ha sido ya evaluada y ha demostrado la eficacia y eficiencia en salvar vidas. La intransigencia en su adopción solo es una muestra más de la incomprensión absoluta del desafío humano. En todo caso, como es práctica absoluta en los abordajes sanitarios, habrá aplicaciones singulares para cada usuario, paciente o consultante. Uniformizar el campo de intervención solo produce iatrogenia.

El abordaje de salud tiene que ser necesariamente multidisciplinario, en red, y lo más apegado a las redes sociales donde los hombres y mujeres convivimos. La gestión local en drogas es una de las formas de universalizar y ampliar la cobertura, la información y la garantía de derechos.

Los mercados regulados de drogas, como el que se está desarrollando en Uruguay respecto al cannabis, o en otras jurisdicciones, han demostrado que la distancia entre el individuo y el Estado dejan de ser un abismo, no está criminalizado y generan una nueva confianza que promueve un abordaje de salud accesible.

Lunes 27 de mayo. 11h30 - 13h30.

Ética, calidad y rigor en la atención de problemas derivados del uso de drogas.

- **Ítalo García. Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD II).**

El Proyecto de Calidad y Evidencia de COPOLAD, en una primera etapa (2011-2014), y a través de la revisión de la evidencia y la conformación de grupos Delphi con profesionales de los países participantes y organizaciones colaboradoras relacionadas con esta temática, describieron 174 Estándares de Calidad para las iniciativas relacionadas con Reducción de la Demanda de Drogas. La segunda etapa se encuentra orientada a favorecer la Validación y Pilotaje de estos Criterios de Calidad y Evidencia, en América Latina.

Actualmente, se están implementado 3 iniciativas: Validación y Pilotaje de Estándares de Programas de Reducción de Riesgos y Prevención en América Latina, liderado por Costa Rica, (participan 10 países); Validación y Pilotaje de Estándares de Programas de Tratamiento y Reducción de Daños en América Latina, liderado por Chile, (participan 15 países); y, Adaptación y Validación de los diferentes Estándares en el Caribe, liderado por Trinidad y Tobago, (participan 8 países).

En la Validación de los Estándares de Calidad de Tratamiento, 14 países han implementado los diferentes pasos de este proceso: conformación de un grupo de expertos nacionales; revisión y adaptación idiomática; construcción de indicadores y verificadores de cada criterio; construcción de una pauta de cotejo; y, pilotaje de estos instrumentos en centros de tratamiento de cada país.

Se desarrollaron 2 reuniones de trabajo (en Chile) con los países participantes en la iniciativa, donde se revisó el proyecto y sus diferentes pasos, se realizó entrenamiento de los protocolos, y análisis de los resultados obtenidos en cada país.

Han participado más de 150 profesionales entre los diferentes grupos de expertos nacionales (organizaciones públicas, sociedad civil); y alrededor de 40 centros de tratamiento.

Actualmente, nos encontramos recopilando los resultados finales de las experiencias de cada país, con miras a elaborar un informe final. A la fecha, los países dan cuenta de resultados promisorios, respecto del impacto positivo que el proyecto ha tenido sobre el desarrollo de sistemas de acreditación de calidad de los programas de tratamiento de alcohol y otras drogas.

- **Analia Caraballo. Fundación Aylén. Argentina.**

Actualidad del proceso en la implementación de los estándares de calidad en abordajes residenciales.

Nuestra organización hace cuatro años inicio un proceso de cambio, debido a una dos factores fundamentales uno el contexto externo: la ley de salud mental y sus reglamentaciones y el otro en un fuero más interno, cambio de la figura del director y de la forma de gestionar los proyectos de la Fundación Aylen.

El camino a este presente, se construyó con primero reconocer que empezaba una nueva etapa de la fundación, donde nuestra responsabilidad era implementar una gestión con mayor autonomía y con áreas definidas con objetivos y metas a cumplir, pero si bien en la teoría intentábamos aplicarlo, en la práctica aún no se lograba, en ese entonces , el concepto de calidad, revisión de prácticas, gestión de empresa social, comenzaban a ser parte de nuestra concepciones, debido a nuestro intercambio en RIOD. la incorporación de un Coaching empresarial para los miembros de la dirección de nuestra organización era la antesala para comenzar a incorporar, lo que descubriríamos luego con los estándares de calidad COPOLAD.

Teníamos los datos poco sistematizados en cuanto a los resultados de nuestras prácticas, y sin evaluación de nuestros procesos y programas. En este camino logramos y ya sumergiéndonos en los estándares, diseñar un plan estratégico con revisión anual e incorporar metodologías de evaluación, se han revisado y actualizado estatutos, misión y visión actualizándola según los contextos y los emergentes sociales que determinan nuestro accionar. Se fortalecieron las relaciones con universidades y otras organizaciones de la sociedad civil, fortaleciendo la red de intercambios y derivaciones. Así, como con organismos gubernamentales locales y nacionales.

Se creó un programa de mejora continua, Revisión de nuestras prácticas dos veces al año, encuestas de satisfacción del usuario y sus redes. Encuesta de clima por parte del equipo profesional, control de acceso, incorporación de protocolos de seguridad, derivación y de comunicación institucional.

Estamos en desarrollo de software que permite digitalizar datos, actualmente estamos en la tercera etapa de implementación y desarrollo.

Mejoramos nuestras herramientas de registro, y consentimientos, garantizando el acceso a la información y derechos de las personas que realizan un tratamiento.

- **Victoria Eugenia Correa. Corporación Caminos. Colombia.**

En el año 2014 en Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia expidió la resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 con la cual define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. El objetivo de esta resolución es fijar criterios y condiciones básicas, que deben cumplir todos los servicios de salud que se presten y deban habilitarse en el país, para garantizar estándares mínimos de obligatorio cumplimiento, con el fin de asegurar que los servicios se presten en condiciones que minimicen los riesgos de seguridad para el paciente.

Para adaptarse a la nueva norma, las instituciones prestadoras de salud como nosotros (Corporación Caminos) debían cumplir con las condiciones estipuladas en criterios y requisitos exigidos para su entrada y permanencia en el Sistema

Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud, debían de cumplir con las siguientes condiciones:

1. Capacidad Técnico-Administrativa.
2. Suficiencia Patrimonial y Financiera.
3. Capacidad Tecnológica y Científica.

Esto significaba para todas las organizaciones que prestan servicios en salud debían ajustar sus procesos para el cumplimiento de los 7 estándares (Talento humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos dispositivos médicos e insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia).

Con lo anterior, vimos estos cambios como la oportunidad de iniciar el camino hacia la certificación de calidad, pero sabíamos que este proceso era costoso y nosotros no contábamos con el presupuesto para realizarlo. Cuando nos llegó la invitación para participar en el pilotaje nos dimos cuenta que era el camino que necesitábamos para iniciar con nuestro sueño de llegar a la certificación de calidad.

Al revisar los criterios del proyecto y realizar nuestra autoevaluación identificamos que debíamos de presentarnos con los criterios básicos pues considerábamos que los avanzados eran para organizaciones con más complejidad que la nuestra.

Durante el proyecto nos enteramos que el gobierno de Colombia había quedado en el grupo de criterios avanzados lo que nos obligaría a realizar la validación con ellos con los criterios avanzados.

El día del pilotaje con el representante del Ministerio de Salud y Protección Social tuvimos el cumplimiento del 77% de los criterios avanzados y nos enteramos que todas nuestras evidencias estaban direccionadas a cumplir con nuestro contratante de los programas de externado para adolescentes en situación de consumo con vulneración de derechos; esto significo tomar la decisión de continuar siendo una institución prestadora de servicios en salud o en ser una organización con objeto social diferente. Por recomendación por el mismo Ministerio de Salud y Protección Social decidimos volver ajustar nuestros procesos e iniciar la proyección de nuevos servicios para ofertar a la comunidad. Por lo anterior, decidimos iniciar la construcción de un sistema de gestión de calidad donde involucramos a todas las áreas de la organización, estamos en la etapa inicial del proceso.

Lunes 27 de mayo. 14h30 - 16h30.

Intervenciones basadas en la evidencia y en la práctica evaluada. Complementación y condición para la calidad.

- **Alfonso Arocena. Junta Nacional de Drogas. Uruguay.**

De la complejidad del fenómeno a la complejidad de la metodología de evaluación de efectividad de los tratamientos para usuarios problemáticos de drogas.

Es posible que, para progresar en relación al tratamiento en drogas, necesitemos diseñar nuevas metodologías cuantitativas y cualitativas que se adapten a los enfoques complejos de intervención que este fenómeno requiere. (Babor et al.; 2010).

Al igual que en la medicina basada en evidencia, en el ámbito de la investigación socio sanitaria, en los estudios sobre la eficacia, priman los aspectos de validez interna y control de variables de los tratamientos, comparando un grupo terapéutico contra un grupo de control en condiciones de máximo control experimental, utilizando para ello el ensayo clínico.

Sin embargo, sabemos que los hallazgos (del ensayo clínico) no son garantía suficiente de "utilidad" para el quehacer clínico cotidiano. Los ensayos clínicos aleatorizados o estudios de eficacia son necesarios pero no suficientes para garantizar la eficiencia o la efectividad del tratamiento.

A la evidencia científica, extraída de las revisiones sistemáticas elaboradas para determinar la eficacia de las intervenciones con usuarios de drogas, falta incorporar los datos de efectividad. La evaluación de la práctica clínica, son datos fundamentales que complementan a la e.c a la hora de conocer los efectos de un tratamiento en drogas.

A diferencia de la MBE, el éxito final de los tratamientos para UPD, están atravesados por una multiplicidad de factores que complejizan el riguroso diseño metodológico de las evaluaciones de efectividad:

- 1) La investigación sobre intervenciones psicosociales permite menos precisión científica que la investigación sobre otros tratamientos (ej. los basados en la medicación) por la complejidad de variables que intervienen, la dificultad de aislarlas y cuantificar, pero los datos que se puedan obtener de la eficacia de las diferentes estrategias puede ser muy valioso para validar unas prácticas y descartar otras. (Babor et al.; 2010)
- 2) Seleccionar el tratamiento que ha demostrado su eficacia en situaciones de máximo control con una metodología experimental no significa que la experiencia del profesional y sus habilidades para establecer una conexión con el paciente deban ser olvidadas (alianza terapéutica). A esto se le suma lo que Gaete evidencia en su estudio sobre desempeño técnico en tratamiento en drogas. El observa cómo el desempeño profesional en tratamientos para UPD, está determinado por las lógicas culturales imperantes, que invocan de alguna manera la figura penal que atraviesa el consumo de sustancias psicoactivas. Es así que, en la práctica clínica de un tratamiento de alta validez, podrían filtrarse prohibiciones y dogmas validados únicamente por el imaginario social y las representaciones sociales de los interventores. (Gaete. 2008)
- 3) Por la característica persistente o recidivante (depende del modelo explicativo) del uso problemático de drogas, es necesario que la evaluación de efectividad del tratamiento sea longitudinal. Esto además de encarecer el estudio, aumenta la alta mortalidad experimental natural que presenta esta población, reduciendo su validez.
- 4) Esta persistencia de la problemática, lleva a que los usuarios participen de sucesivos tratamientos de distinta modalidad a lo largo de sus vidas y sea muy difícil trazar una linealidad causal única frente a la remisión sintomática. A su vez, dentro de los estudios longitudinales es difícil establecer correlaciones univocas, admitiendo la posibilidad de remisiones espontáneas.
- 5) El fenómeno de drogas de un país o región, está atravesado por su historia, su entorno político y sociocultural que enmarcan notablemente su esencia. Los patrones de consumo y vulnerabilidades asociadas varían notablemente dentro de una misma región. Evaluar la eficacia de un tratamiento dentro de dispositivos que atienden un amplio espectro de perfiles poblacionales, requiere de un diseño

metodológico complejo que discrimine de forma medible estas variables.

Buscar y disponer de los mejores recursos terapéuticos adaptados a las necesidades del sujeto y de su momento vivencial; poder discriminar qué modalidad terapéutica sería más propicia para afrontar determinados problemas, o discriminar qué perfil de usuario se beneficiaría en mayor medida de qué enfoque, son objetivos que tenemos que examinar y alcanzar, (Becoña,2010).

- **Juan José Fernández. Socidrogalcohol. España.**

Eficacia de las intervenciones en personas con problemas con las drogas. ¿Qué nos dice la “evidencia científica” y que decimos de la “evidencia científica”?

El objetivo de la “evidencia científica” (e.c.) es determinar el conocimiento científico y establecer los estándares para la eficacia de las intervenciones. Para ello, debe tener transparencia metodológica y calidad de procedimientos.

Existe una noción clara de lo que es “evidencia científica” y, como profesionales, éticamente debemos dejarnos orientar por ella. La evidencia científica es lo contrario de la verdad absoluta: la ciencia ofrece hipótesis explicativas que van caducando y se elige la que más explica y más simplemente. Una e. c. se sustenta sobre procedimientos empíricos y debe haber sido reiterada por diferentes estudios, en diversos contextos y con distintas metodologías y con calidad de procedimientos. La e c es fruto de una metodología rigurosa y no de un cúmulo de “evaluaciones”. La e c no prueba una hipótesis, sino que no puede rechazarla: “falsación popperiana”.

La e.c. ha propiciado avances en el conocimiento, en la toma de decisiones y en la disminución de la variabilidad de las intervenciones. Las buenas prácticas, la calidad de las intervenciones y su ética se deben basar en ella. En el abordaje de los problemas con drogas se ha usado poco históricamente la e. c. Aún existe la necesidad de “profesionalizar” las intervenciones, disminuyendo su variabilidad y aumentando su eficacia, equiparándolas a las realizadas en otros ámbitos de la salud.

La e.c. es el paso previo a valoraciones de coste-efectividad y selección de tratamientos. Hay numerosos ejemplos de intervenciones en absoluto basadas en la más mínima evidencia (determinadas “CTs”, “psicoterapias”, ¿fármacos?...). No obstante, la e c de la MBE representan una respuesta particular a un problema particular biomédico. Pero son respuestas inevitables, y la única manera de toma de decisiones adecuada en patologías esencialmente biológicas y bien definidas. El ECA es el prototipo de aplicación del método científico para mostrar causa-efecto (“diseño experimental”). No obstante, en las ciencias sociales las evidencias se

obtienen con métodos más abiertos y con controles en las condiciones metodológicas, pues las variables no controladas son muchas. Por lo difícil de recurrir a experimentos controlados, debemos también apoyarnos en las intervenciones de los profesionales y su evaluación.

Los profesionales que intervienen han de valorar críticamente la e.c. para poder utilizarla y “validarla” con la aplicación en la práctica habitual.

Martes 28 de mayo. 9h00 - 11h00.

La atención integral y centrada en la persona.

- **Luis Alfonzo Bello. Asesor regional sobre abuso de sustancias. Organización Panamericana de la Salud (OPS).**

El documento “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”, aprobado en la UNGASS en abril del 2016, reconoce en sus recomendaciones operacionales, que “la drogodependencia es un trastorno de la salud complejo en el que intervienen múltiples factores, que se caracteriza por su naturaleza crónica y recurrente, con causas y consecuencias sociales y que se puede prevenir y tratar...”.

Las personas con trastorno por dependencia de sustancias o en riesgo de desarrollarlo, tienen el derecho a recibir la atención de salud que necesitan, sin distinción de edad, etnia, sexo, género, orientación sexual, idioma, origen nacional, lugar de nacimiento, o cualquier otra condición.

La atención integral es aquella que resulta apropiada cultural, étnica y lingüísticamente, que toma en cuenta las consideraciones de género y las necesidades diferenciadas para diagnosticar, tratar y rehabilitar, en el corto, mediano y largo plazo. La realización de una valoración previa de necesidades, como base para el diseño de un plan individualizado de tratamiento, con la participación del usuario, tomando en cuenta sus preferencias, el consentimiento informado y la protección de sus derechos, es un componente esencial de la calidad de la atención.

La promoción y aplicación de normas estandarizadas para el tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de sustancias, facilita la acreditación de los servicios para brindar una atención integral, enfocada en las necesidades de los usuarios y basada en la evidencia científica, que permita su tratamiento, rehabilitación, recuperación y reinserción social

- **Alfonso Abarca. Especialista en reducción de la demanda. Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD).**

La problemática de las drogas en las Américas y las iniciativas de CICAD

La presentación tiene como objetivo plantear el enfoque de CICAD sobre la

problemática de las drogas en el hemisferio, con un abordaje integral y centrado en la persona, fundamentalmente desde el área de reducción de la demanda y desde la perspectiva de la salud pública.

La presentación tendrá su fundamento en varios documentos pilares del trabajo de la CICAD, tales como: la “Estrategia Hemisférica sobre Drogas y su Plan de Acción 2016-2020”, “El Problema de Drogas en las Américas” y el “Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019”.

En la presentación se hará énfasis en que, desde la perspectiva de la ciencia aplicada, la salud pública busca identificar las necesidades de la salud de la población, los factores determinantes y las respuestas de diseño que proporcionen servicios integrados para una base de población definida, teniendo como objetivo final, el bienestar de las personas afectadas por la problemática de las drogas. Bajo este marco, se plantearán hallazgos y desafíos, así como las políticas actuales y las deseadas, para el abordaje integral del problema. Se incluirá en la presentación, el enfoque de seguridad humana, bajo las premisas fundamentales de que el hemisferio ya no puede ignorar los intrincados vínculos entre las drogas, la seguridad y el desarrollo, así como el hecho de que las políticas de drogas deben tener en cuenta los factores sociales y económicos que alimentan la producción, tráfico y consumo de drogas.

Finalmente, y con el objetivo de dirigir la presentación al tema de la atención integral, se presentará la “Programación de Reducción de la Demanda de CICAD”, que incluye iniciativas globales, programas de capacitación, criterios indispensables para centros de tratamiento y las relaciones de cooperación entre CICAD y las Organizaciones no Gubernamentales.

- **Felisa Pérez Antón. Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD). España.**

En España aparecen las drogas ilegales (Heroína) en los años 80 creando una gran alarma social, coincidiendo con los primeros ayuntamientos democráticos y la creación de los primeros Servicios Sociales. Los ayuntamientos y las Diputaciones como administraciones públicas más cercanas al ciudadano inician respuesta, junto las asociaciones.

Fue implementándose en España el modelo de atención integral (bio-psico-social-educativo) e integrador/comunitario, (participación como miembro activo de la sociedad).

Desde un inicio se vio a la necesidad de equipos multi/inter disciplinares, y la creación paulatina de servicios facilitadores del proceso de rehabilitación. La epidemia de HIV/SIDA y las consecuencias de mortalidad, nos obligó a incorporar programas de reducción de daños que facilitasen la permanencia en el tratamiento y/o la accesibilidad al mismo. Todo ello ha dado lugar a la red específica actual de atención a las adicciones. Esta red, a su vez se relaciona coordina y complementa con otras redes, Sanidad, Justicia, Educación Servicios sociales.

En los últimos años la reflexión del cómo llevábamos acabo el modelo de atención hemos implementado el “Enfoque de Atención Centrado en la Persona” trabajar desde el respeto y la dignidad, incorporando a la persona desde el análisis de su trayecto vital, su complejidad y como persona capacitada y responsable de sus decisiones.

El papel de las entidades como reivindicadoras de derechos de las personas con adicciones y como gestoras profesionalizadas de servicios con calidad y evidencias

científicas en, prevención, atención e inserción. Fueron incorporadas desde el inicio a la red pública.

A veces este modelo está en peligro, según el financiador y donde éste ponga el énfasis.

- **Ana María Echeberría. Encare. Uruguay.**

La asistencia, atención o tratamiento de los UPD se piensa generalmente como un continuo, que inicia en la desintoxicación para luego pasar a la rehabilitación y finalmente la reinserción. Creemos que mayormente estos términos pueden, y de hecho ya han sido muchas veces, puestos en cuestión. Pero más allá de ello la realidad nos indica que esta linealidad no es tal y que muchas otras formas de encarar esta temática se han hecho necesarias.

Diversas razones, desde nuestras maneras de concebir el tema de los usos de drogas y sobretodo a las personas que las consumen, posicionamientos éticos en la línea de la perspectiva de derechos y la equidad de género, a la vez que las perspectivas metodológicas que se desprenden de los paradigmas que nos sustentan y hasta la no tan menor cuestión de los recursos que disponemos, inciden en la construcción de respuestas a los sufrimientos vinculados a drogas.

En nuestros países de A.L. no necesariamente contamos con todos los recursos y éstos articulados coherentemente, por lo cual hemos debido ser creativos para poder construir metodologías que se adecuen a las demandas y realidades locales. Desde lo público se ha ido avanzando en el desarrollo de prestaciones, pero estamos todavía muy lejos de lo necesario. Quizá, de todas formas, el principal déficit se encuentra en la articulación de los recursos existentes.

Desde la Sociedad Civil, nos hemos hecho cargo de esta problemática antes que los Estados la asumieran como tal y hemos generado aprendizajes que, creemos, han sido aportes a la generación de políticas de drogas y especialmente en este caso, las de tratamiento. Actualmente, si bien valoramos que desde lo público se han ido asumiendo mayores responsabilidades, siguen quedando grandes pendientes, intersticios en los cuales nuestras entidades construyen saber hacer. Con escasez de recursos, con creatividad y conocimiento de las realidades en las que estamos insertos, avanzamos en el tejido de redes que posibilitan los itinerarios de tratamiento de los sujetos.

Partiendo de la necesidad de abordajes integrales, que no fragmenten a los sujetos en función de problemas, entendemos la necesidad de contemplar los diferentes aspectos que hacen a sus derechos como persona, y cuya vulneración y el sufrimiento que ello provoca, se expresa muchas veces a través de usos problemáticos de drogas. Así el derecho a una vida digna, identidad, vivienda, salud, alimentación, ocio, trabajo, derechos sexuales, no violencia... hacen parte de las respuestas que debemos construir con cada persona, reconociendo su protagonismo en este proceso.

Martes 28 de mayo. 11h30 - 13h30.

Reducción de daños. Concepto y buenas prácticas.

- **Josep Rovira. Red de Atención a las Adicciones (UNAD)/ Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD). España.**
- **Ernesto Cortés. Asociación Costarricense para el Estudio y la Intervención en Drogas (ACEID). Costa Rica.**

En la RIOD, cumpliendo con nuestra misión de incidir en las políticas públicas y los problemas relacionados con el consumo de drogas y adicciones desde un enfoque de derechos humanos, hemos a lo largo de 2018 desarrollado desde la Comisión de Reducción de daños un amplio trabajo de incidencia sensibilizadora y formativa. Resultado de este trabajo es la Campaña lanzada a través de web y en redes sociales Cuenta contigo, Cuenta conmigo, y la Guía de Reducción de daños en la intervención con drogas: Conceptos y buenas prácticas.

Desde la RIOD queremos hacer una llamada de atención sobre este enfoque, solidario, ético y eficaz, necesario en toda estrategia de drogas para acercar a las personas más vulnerables a los recursos existentes y que, poniendo el foco en la persona, puede atender a cada cual en el momento y nivel de necesidad en el que se encuentra, respetando sus ritmos y haciéndoles sentir protagonistas de su propio cambio, garantizándoles el trato digno que toda persona merece.

El taller/debate que se propone, tiene por objetivo:

- Compartir con el conjunto de organizaciones de RIOD los materiales producidos
- Promover mayor conocimiento sobre el concepto y las estrategias de reducción de daños (RDD)
- Favorecer la incorporación de la perspectiva y estrategias en la cartera de servicios y programas de las organizaciones.
- Aunar esfuerzos y compromiso en la incidencia divulgadora de la reducción de daños en políticas públicas de drogas en diferentes países de la región latinoamericana.

Las políticas públicas deben servir para buscar estrategias que equilibren desigualdades, faciliten la calidad de vida y de convivencia de todas las personas. Es por esto que es importante que profesionales y organizaciones de RIOD cuenten con formación, conocimiento y contenido que ayude a defender y poner en práctica políticas públicas, servicios y programas imprescindibles para la salud y el bienestar colectivo, a pesar de que, por novedosos, por desconocimiento o por miedo puedan recibir críticas o deban afrontar dificultades en su implementación.

Las políticas públicas sobre drogas, y sus prácticas profesionales, deben fundamentarse en la atención integral de la persona, en un posicionamiento de salud pública, y en el respeto a los derechos humanos y el principio fundamental de la libre elección personal a la hora de ingresar o no a un programa de tratamiento.

<https://www.cuentocontigocuentaconmigo.riod.org/#reduccion>

Martes 28 de mayo. 14h30 - 16h30.

Introducción a la detección y el manejo de comorbilidades psíquicas y físicas.

- **Juan José Fernández. Socidrogalcohol. España.**

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN TRASTORNOS ADICTIVOS

La coexistencia de un trastorno por uso de drogas y otro trastorno mental se ha convertido en un foco de atención desde la salud pública, ya que su prevalencia es importante y las personas con adicción y otro trastorno mental presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, mas difícil tratamiento y peor pronóstico para ambos trastornos, especialmente si alguno de ellos no es diagnosticado y tratado adecuadamente. Además, no hay una conceptualización precisa sobre hipótesis etiopatogénicas y abordajes terapéuticos, aunque sí sobre la multiplicidad de factores biopsicosociales que inciden en su origen y complicaciones.

El tratamiento ha de ser individualizado, intensivo y considerar los recursos asistenciales disponibles y las expectativas del paciente. Existe consenso sobre la mayor efectividad del tratamiento integrado, multidisciplinar y que atienda los aspectos psicológico, médico y social de la persona y su entorno; los modelos de atención secuencial o paralela generan altos costes y deficiente efectividad. Debe garantizar una atención de calidad centrada en la rehabilitación de la persona, logrando su mayor capacidad funcional y calidad de vida. Ha de incluir apoyo comunitario, garantizar la continuidad de cuidados, y ofrecer medicaciones e intervenciones psicosociales mostradamente efectivas. Los equipos multidisciplinarios constituyen la infraestructura básica del modelo de atención, adoptando un enfoque holístico y centrado en las necesidades de la persona, y coordinándose con otros dispositivos sociosanitarios.

Los recursos terapéuticos necesarios pasan por posibilidad de hospitalización completa o parcial con seguimiento intensivo ambulatorio; cobertura psicofarmacológica efectiva y tolerable que favorezca la adherencia; técnicas cognitivo-conductuales; grupos de prevención de recaídas y psicoeducativos. Un tratamiento integrado efectivo requiere del establecimiento de una firme alianza terapéutica, la supervisión intensiva del estado clínico, el tratamiento rápido de intoxicación, abstinencia o descompensación psicopatológica, la prevención de recaídas, la psicoeducación, la reducción de la comorbilidad somática, el aseguramiento de la cobertura de necesidades básicas, y la oferta de actividades ocupacionales y formativo-laborales..

El tratamiento de estas personas debería considerar entre sus objetivos la reducción de daños asociados al consumo, pues facilita la adherencia y puede ser paso previo a la abstinencia. Hay que recordar que los tratamientos farmacológicos y psicológicos, tanto para el trastorno por uso de sustancias como para el otro trastorno mental en la comorbilidad, son efectivos en estos pacientes.

- **Gloria Bodnar. Fundación Antidrogas de El Salvador (Fundasalva). El Salvador.**

Comorbilidad física-somática y consumo de drogas.

El abuso y la adicción a las drogas han estado vinculados al VIH, VHC, VHB y a

infecciones de transmisión sexual. Mientras que el uso de drogas intravenosas es bien conocido en este sentido, el papel que usualmente juega el abuso de drogas al aumentar la probabilidad de tener relaciones sexuales con parejas infectadas no es tan reconocido. Esto ocurre debido a los efectos adictivos e intoxicantes de muchas drogas, que pueden alterar el juicio y la inhibición haciendo que los usuarios se involucren en comportamientos impulsivos y peligrosos.

La alta tasa de comorbilidad entre el consumo de drogas y las infecciones virales como el VIH, hepatitis (VHC, VHB) e infecciones de transmisión sexual, requiere de un enfoque integral que identifique y evalúe el tratamiento simultáneo de estas afecciones. Los tratamientos para el abuso de drogas que combinan enfoques farmacológicos y conductuales tienen un impacto comprobado sobre los comportamientos de riesgo que repercuten en la incidencia de estas infecciones.

Las investigaciones han mostrado que la forma más eficaz para reducir el riesgo de estas infecciones entre los consumidores de drogas es una estrategia integral de prevención, es decir, una que abarque tratamiento para la drogadicción, alcance con base comunitaria, así como pruebas de detección y consejería para modificar conductas sexuales de riesgo.

Respecto a la comorbilidad asociada se destaca la importancia de tratamientos conductuales que han mostrado tener gran potencial para mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral y es en este contexto en donde se advierten posibles complicaciones. El tratamiento y abordaje de una adicción, cuando existe un diagnóstico concomitante de alguna de estas infecciones, ambas de gran impacto en la salud pública, se dificulta tanto en torno al tratamiento del consumo problemático de drogas como a la adherencia de la terapia antiretroviral.

Se evidencia dificultad para estructurar una demanda terapéutica adecuada por la presencia de barreras que impiden a determinados grupos de población acceder a intervenciones y servicios eficaces, así como por el hecho de que el diagnóstico y tratamiento de abuso de sustancias no está integrado sistemáticamente en las entidades sanitarias de prevención y tratamiento de VIH. Se visualiza la importancia de políticas públicas para combatir el estigma y discriminación, tratamiento integral y de trabajo en red con otros dispositivos de salud, grupo familiar y comunitario que otorguen mayor soporte y eviten la exclusión de quienes poseen este doble diagnóstico.

Martes 28 de mayo. 17h00 - 19h00.

Experiencias de intervención y modelos de tratamiento.

- **Fabián Tonda. Fundación Aylén, Argentina.**
- **Raydiris Cruz. Casa Abierta. República Dominicana.**
- **Roberto Gallinal. Encare. Uruguay.**
- **Josep Rovira. Red de Atención a las Adicciones (UNAD)/ Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD). España.**

El espacio va a tener la siguiente dinámica:

Primera hora los 4 expositores. Tendrían 3 minutos cada uno para contestar cada pregunta.

Preguntas

- 1) ¿En qué casos es indicado-oportuno-favorable recomendar ese tipo de tratamiento?
- 2) Enumera las principales claves y objetivos del mismo
- 3) Vislumbra una articulación entre los diferentes dispositivos

La segunda hora se va a dividir el público en 4/5 grupos cada uno con un coordinador y secretario para el registro

Se trabajará en base a dos preguntas.

- 1) ¿Cómo te resonó de lo escuchado de acuerdo a tu experiencia?
- 2) ¿Que interrogantes te surgen?

Por último, en un Plenario se comparte un resumen de cada grupo y en caso contrario se solicitarán los registros a cada secretario para elaborar una síntesis, que se hará llegar a todos quienes se registren con su mail a la entrada.

Miércoles 29 de mayo. 9h00 - 11h00.

Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas.

- **Silverio Espinal - Corporación Surgir. Colombia**
- **Juan Machín - Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas (CAFAC). México.**

Desde el 2014, la comisión de Evidencia Comunitaria de la RIOD se ha propuesto definir el concepto de evidencia para los programas de intervención comunitaria e identificar y definir los indicadores imprescindibles para poder caracterizar una buena práctica en esta materia en América Latina y España.

Para ello se ha puesto en la tarea de construir un documento sobre la generación de conocimiento y de evidencia en los programas de intervención comunitaria adscritos a la RIOD y la generación de un catálogo de indicadores para identificar las buenas prácticas en los programas de intervención comunitaria.

Producto de este ejercicio, se han analizado experiencias de 21 programas de 15 organizaciones de la RIOD, que dan luces para entender cómo se ha ido abordando lo comunitario, desde sus conceptos, modelos y prácticas en dichas organizaciones, encontrándose una variada forma de concepciones y aplicaciones de las mismas, aunque en su mayoría basadas en el empoderamiento comunitario para cumplir los

objetivos de los intervenciones.

Posteriormente se ha dado a la tarea de construir un catálogo de indicadores, a partir de los hallazgos de las experiencias analizadas y de reflexiones y construcciones propias.

Se llegó así a una batería de indicadores de diseño, proceso, resultado e impacto que está distribuidos en siete categorías, a saber: tipos de intervención comunitaria, destinatarios, tipos de servicio/acción ofrecidos, la eficacia, adecuación /pertinencia, redes contenedoras y la participación comunitaria, disminución de situaciones de sufrimiento o vulnerabilidad psico-social, bases conceptuales y teóricas. Se espera que estos indicadores sirvan de base para que las organizaciones autoevalúen si sus prácticas comunitarias obedecen a criterios mínimos que las puedan definir como tal, así como para incorporar nuevos elementos que mejoren su quehacer y permitan obtener evidencia que muestre que gracias a la intervención comunitaria se han generado los cambios propuestos en las intervenciones especialmente respecto al consumo de sustancias psicoactivas y situaciones relacionadas.

Esta mesa se propone entonces, socializar y poner en discusión este trabajo con miras a que las organizaciones de las RIOD incorporen indicadores específicos que pueda ayudarles a mostrar evidencia de la relevancia y resultados que se obtienen para reducir la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas a través de la intervención comunitaria.

Miércoles 29 de mayo. 11h30 - 12h00.

Políticas de Marco regulatorio.

- **Diego Martín Olivera, Secretario General de la Junta Nacional de Drogas. Uruguay**

Miércoles 29 de mayo. 12h30 - 13h30.

Las Políticas Internacionales de Drogas y su alineación con la Agenda 2030. Conclusiones del Segmento Ministerial de la CND.

- **Lola Capdepón. Red de Atención a las Adicciones (UNAD). España.**

Tras el análisis al más alto nivel realizado en 2016 (UNGASS), en el año 2019, se ha procedido a una revisión definitiva de las políticas internacionales de drogas y se nos ofrecer un marco con el que caminar hacia 2029, sin perder de vista el compromiso global adquirido con la Agenda 2030.

En ese sentido se hará una introducción de 15 minutos en la que se pretende presentar conceptos básicos como:

- 1- Qué es la Declaración Ministerial de Viena y cómo participa la sociedad civil organizada en el proceso de construcción de esta política de drogas de la ONU.
- 2- Qué son los Objetivos de Desarrollo Sostenible (cuándo se adoptaron, quienes deben cumplimentarlos, qué papel juega la sociedad civil en su cumplimiento. ¿Integra la política de drogas de la ONU los ODS?).

Después de exponer estos conceptos básicos, se pasará a realizar un taller cuyo objetivo es trabajar en cómo las entidades de adicciones podemos integrar los 17 objetivos de desarrollo sostenible en nuestra actividad a través de un caso práctico.

Miércoles 29 de mayo. 15h00 - 17h00.

Enfoques necesarios en la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad

- **Habitantes de calle: Carolina Reyes Acevedo. Fundación Paréntesis. Chile.**

En Chile, las Personas que se encuentran en situación de calle han llegado ahí por múltiples razones, entre estas, dificultades a nivel, familiar de salud y salud mental y laboral. Muchos de nosotros hemos vivido dificultades similares, entonces ¿Qué hace la diferencia? Una constante que se da en las personas en situación de calle es la falta de apoyo familiar y afectivo. Cerca del 50% de las personas que se encuentran en calle, han tenido entre 1 y 5 eventos estresantes principalmente ocurridos en su niñez. El consumo de alcohol y otras drogas es también uno de los grandes sucesos estresantes en la vida de las personas. Y en habitantes de calle el 38% ha tenido experiencias con alcohol y otras drogas antes de los 13 años.

El vivir en situación de calle es en sí mismo un suceso estresante, donde se ven expuestos a hipotermia, abuso sexual, accidentes y violencia. Es así como el consumo de drogas se puede volver en un mecanismo para hacer frente a estas situaciones de trauma.

Es necesario realizar un abordaje que incluya las consecuencias directas del uso de sustancias, los riesgos asociados al contexto del uso, el deterioro de la salud física, violencia, accidentes, entre otros.

En el abordaje de esta población es fundamental jerarquizar los objetivos, estableciendo Programas de bajo umbral, donde la metas principales son la cobertura universal (lograr el ingreso de la mayor cantidad de personas) y la adherencia, a través de una relación mutuamente respetuosa, donde el bajo umbral es primero una actitud y luego un protocolo.

Es así que las personas requieren una amplia gama de alternativas de servicio, con un lugar seguro donde vivir y realizar tratamiento; servicios siempre disponibles y prestaciones no vulneren la dignidad de las personas.

Respecto de los equipos de intervención, es necesario trabajar las representaciones sociales que estos tienen, y como hacen para aceptar que las personas van a hacer lo que quieren y estimen, y no necesariamente lo recomendado. Es fundamental la revisión de las disposiciones personales para el abordaje.

Realiza la mayor parte de sus especializaciones en esta área, desarrollando además estrategias clínicas de intervención.

- **Medio carcelario: Paz Casillas Martínez. Fundación Atenea. España.**

- **Género: Ana María Echeberría. Encare. Uruguay.**

Si entendemos por "género" a una serie de construcciones culturales asociadas al sexo biológico de las personas, y que luego se traducen en mandatos, en un "deber ser" al que debemos adecuarnos para cumplir las expectativas asociadas a nuestra condición, y que los distanciamientos respecto a estas expectativas se traducen en sanciones de diversa gravedad, entonces claro que las consecuencias de estos

mandatos hegemónicos pueden resultar nocivas para todas y todos.

Y si entendemos que los usos problemáticos de drogas pueden considerarse emergentes de diversos conflictos o sufrimientos de las personas, también los que resultan de estas imposiciones pueden expresarse a través de ellos.

Pertenecer a uno u otro género no resulta en que seamos más o menos vulnerables, sino en que nuestros derechos sean más o menos vulnerados. Cuando se plantea hablar de drogas y género esperamos que se hable de mujeres, aunque el femenino no sea el único género. Y en ese sentido la idea de “femenino y vulnerable” viene a reforzar el estereotipo.

Sin embargo es necesario reflexionar cómo en este campo, el de las drogas, las relaciones de desigualdad de género se expresan también claramente, y más específicamente, cómo se traducen en el acceso a tratamiento, que de ello se trata esta mesa.

Hablar de drogas y género podría referirnos al menos a tres aspectos: la diversidad de sentidos del consumo y el peso de los mandatos de género por un lado, la inequidad en el acceso a espacios y respuestas específicas a la problemática, y los diversos roles en la cadena de la oferta según género.

Sobre el primer aspecto haremos un breve comentario sobre las expectativas de acuerdo a género en varones, mujeres y personas transgénero.

Respecto a los lugares en la comercialización haremos foco en los roles y riesgos de mujeres y personas trans.

En relación a tratamiento, a partir de datos de acceso al mismo, reflexionaremos acerca de las dimensiones por las cuales mujeres y personas trans casi no llegan a los diversos dispositivos. Señalaremos aspectos ligados a las formas en que se estructuran las diversas propuestas y sobre todo aspectos de contenido de las mismas.

- **Niñez: Marcelo Choclín. Proyecto Cambio. Argentina.**

Hacia una integración

Desde la Comisión de Prevención en niñez y adolescencia de la RIOD con el fin de conocer la situación actual en cuanto a las miradas, los contextos y las acciones de Prevención en el ámbito Iberoamericano, se diseñó una encuesta que permitió recoger la información de 51 organizaciones de 10 países que incluyen tanto ONGS pertenecientes a la RIOD, otras ONGS, como desde el ámbito público.

Plantaremos las diferentes tendencias que surgen a partir de la encuesta

- Cómo es definida la Prevención,
- Los niveles de intervención preventiva aplicado por las organizaciones
- Las acciones preventivas realizadas por las organizaciones,
- El contexto de la población de niños/niñas y adolescentes más vulnerada en sus derechos,
- Las principales vulneraciones que vive esta población,
- La relación entre la vulneración de derechos y el trabajo preventivo,
- El presupuesto,
- Las estrategias preventivas consideradas más efectivas
- El futuro: Lo que falta por hacer en prevención

Luego de analizar los resultados, ahondamos en el tema de las poblaciones más vulnerables de niños, niñas y adolescentes, y nos centramos en la violación de sus derechos, tomando en cuenta en cómo se dificulta el trabajo preventivo y la asistencia a estos colectivos a quienes las intervenciones generalmente le llegan tarde.

Nos focalizamos en cómo es indispensable articular políticas generales de protección de los derechos de los NNA y complementarlas con acciones preventivas.

¿Cómo logramos cierta complementariedad entre la Promoción de derechos en los territorios vulnerados y la Prevención Universal, Selectiva e Indicada?

Compartiremos ciertas experiencias en las cuales podemos visualizar el intento de esta integración.

Finalmente compartiremos una declaración consensuada por la Comisión en relación a esta temática