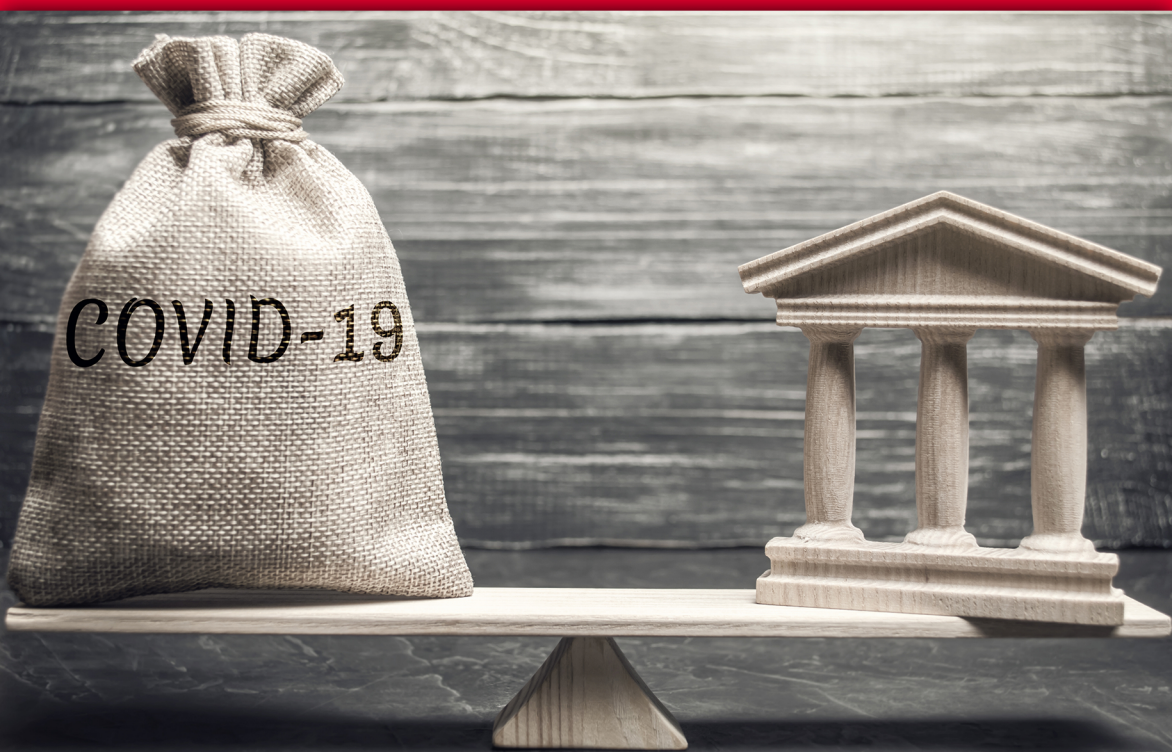


SEMINARIO

COVID-19 y las políticas sobre drogas



Experiencia de la Covid-19 en el ámbito local



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



OEA | C I C A D 



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA
REGIDORIA DE SALUT I CONSUM



Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



OEA | CICAD



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA
REGIDORIA DE SALUT I CONSUM



Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

SEMINARIO

COVID-19 Y POLITICAS SOBRE DROGAS

EXPERIENCIA DE LA COVID-19 EN EL AMBITO LOCAL

Editores:

Rafael Aleixandre Benavent

Luis Alfonzo Bello

Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jimena Kalawski Isla

Juan Carlos Valderrama Zurián

Agradecimientos:

José Luis Vázquez Martínez

Santiago Moreno Nieto

Todos los participantes

Edita:

Servicio de Adicciones

Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-València)

Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD)

Concejalía de Salud y Consumo

Ajuntament de València.

ISBN: 978-84-9089-383-8

Imprime: Martín Gráfico

Depósito Legal: V-1262-2021

Índice

- Presentación	3
- Prólogo	4
- Bienvenida	9
- Resumen Ejecutivo	14
- Introducción a las Exposiciones Marco	16
- Exposiciones:	
- Francisco-Jesús Bueno Cañigral	17
- Jésica Suarez	24
- Introducción a la Discusión con Expertos	29
- Dialogo con Expertos: Áreas temáticas:	
1. Evidencia: Investigación y sistemas de información	31
2. Docencia	46
3. Asistencia	50
4. Prevención y políticas públicas	54
- Resumen y Conclusiones	71
- Anexos	73

PRESENTACIÓN

Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral
Jefe de Servicio de Adicciones
Concejalía de Salud y Consumo
Ajuntament de Valencia

Dr. D Juan Carlos Valderrama Zurián
Profesor Titular. Director de la UISYS.
Universitat de València

El 26 de junio de 2020, coincidiendo con la celebración del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico de Drogas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS//OMS), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA), en coordinación con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina) y el Ajuntament de València (España), organizamos un **Seminario virtual sobre la COVID-19 y las políticas sobre drogas. Propiciamos un dialogo con expertos y gestores de políticas locales sobre consumo de drogas, para que respondieran a la pregunta ¿Cómo ha impactado la COVID-19 en las políticas locales para la prevención y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias?**

Este Seminario supuso un hito científico muy importante debido a la elevada representación institucional y a los excelentes y cualificados profesionales que participaron en el mismo, respondiendo a las preguntas que les plantearon los moderadores y que agrupamos en cuatro apartados: Evidencia, investigación y sistemas de información. Docencia. Asistencia. Prevención y políticas públicas.

Pero también, fue muy importante el Seminario, por la amplia y variada asistencia online de cientos de profesionales de la gestión, política, prevención, asistencia, rehabilitación, etc., de las adicciones; predominantemente de habla hispana, de multitud de países que se conectaron al mismo y que participaron muy activamente con sus preguntas e interpelaciones, generándose un coloquio muy enriquecedor y clarificador para todos los participantes.

Estas circunstancias, han motivado la realización de esta monografía, que recoge lo más fielmente posible las diversas intervenciones de los participantes, con nuestro agradecimiento a las instituciones públicas organizadoras y colaboradoras, a los expertos que fueron preguntados sobre sus respectivas áreas de trabajo y a todos los asistentes online. Con la confianza, además, de que esta monografía sea de utilidad para todos los profesionales que trabajamos en la prevención y en la asistencia de las adicciones.

PROLOGO

Lcda. Jimena Kalawski Isla

Jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA).

Dr. Luis Alfonso Bello

Asesor en Abuso de Sustancias Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

El impacto social y sanitario del uso de sustancias psicoactivas viene siendo objeto de interés creciente en los foros de discusión sobre las políticas de control de drogas, tanto en el ámbito global, como en las Américas. En la procura de un abordaje más integral y balanceados, enmarcado en un enfoque protector de los derechos fundamentales de las personas, los gobiernos de los países han venido desarrollando políticas en las que la mirada de salud y social, tiene cada vez mayor relevancia.

Los problemas relacionados con el uso de sustancias afectan de manera desproporcionada a los estratos más pobres de la población, en donde se concentran numerosos determinantes sociales y económicos, lo cuales se relacionan con una mayor probabilidad de enfermar y morir, predominando la inequidad en el acceso a los servicios que pueden contribuir a prevenir y reducir las consecuencias sociales y sanitarias para los usuarios de sustancias, sus familiares y allegados, y para la comunidad en general.

Los sistemas de salud de los países deben hacer frente a las demandas de atención derivadas del uso de sustancias, en el corto, mediano y largo plazo, con recursos limitados y tradicionalmente insuficientes. La carga sanitaria y social asociada a los problemas por uso de sustancias, afecta particularmente a las entidades locales de gobierno, quienes reciben de manera directa la presión de la demanda pública por soluciones oportunas, eficaces y aceptables, a las necesidades de la población, a través de políticas, planes y programas locales.

Esta situación se ha visto agravada durante la pandemia por COVID-19, la cual ha puesto a prueba la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, tanto en lo referente a las medidas adoptadas para prevenir y tratar el contagio con el virus, como en la atención a los problemas de salud ya prevalentes. La población afectada por trastornos por uso de sustancias, los cuales tienen carácter crónico y recurrente, es un grupo de alto riesgo, cuya vulnerabilidad se ha visto afectada durante la pandemia.

En el marco de la iniciativa de cooperación que hemos establecido entre la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, de la Organización de los Estados Americanos (CICAD OEA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ayuntamiento de Valencia, España, para fortalecer el abordaje de salud para los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas que afectan a los colectivos de España y América Latina, hemos organizado este seminario en línea con motivo de la celebración del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, dedicándolo a la discusión de los desafíos que la pandemia por COVID-19 plantea a los gobiernos locales, en materia de prevención y tratamiento de los trastornos por uso de sustancias.

El propósito de la actividad es abrir un espacio para el intercambio de experiencias y la discusión de los aspectos más relevantes de la formulación, implementación y evaluación de políticas locales sobre prevención y tratamiento de los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas. Para ello, contamos con la participación de expertos y de público interesado en el tema, de ambos lados del Atlántico, quienes, desde su área de conocimiento y desempeño, aportaran ideas en pro de facilitar la comprensión de esta realidad y posibles iniciativas de solución a los complejos problemas que deben ser abordados desde el ámbito local.

BIENVENIDA

Lcda. Ángela Crowdy
Executive Secretary of the Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD).

Estimados amigos y amigas:

Reciban todos ustedes los más calurosos saludos de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

Agradezco su participación a este evento de diálogo con expertos y gestores de políticas locales sobre el consumo de drogas, organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la CICAD, en coordinación con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el Ajuntament de València y la Universitat de València.

Me complace acompañar esta iniciativa en nombre de la CICAD, saludando a otras importantes autoridades que también nos honran con su participación este día:

- El Dr. Renato Oliveira. Jefe de Unidad de Salud Mental y Sustancias, de la OPS/OMS
- La Lcda. Gabriela Torres, de la Secretaria Ejecutiva de la Secretaria de Políticas integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR)
- El Sr. Emiliano García Domene, Concejal de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Valencia, y
- La Lcda. María Migliore. Ministra de Desarrollo Humano y Hábitat del Gobierno Ciudad de Buenos Aires.

Este seminario virtual sobre COVID-19 y políticas sobre drogas, cobra mayor realce pues se enmarca en la celebración del ***Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indevido y el Tráfico de Drogas***, que se conmemora cada 26 de junio, lucha que CICAD ha acompañado fiel a su misión principal, de fortalecer las capacidades humanas e institucionales de sus Estados miembros para reducir la producción, tráfico y uso de drogas ilícitas, y encarar las consecuencias sanitarias, sociales y penales de la problemática de las drogas.

De igual forma, no podemos olvidar que este seminario se realiza en medio de la pandemia del COVID-19, cuyo impacto ha afectado al mundo en casi todos los ámbitos posibles, generando una crisis en la cual es previsible la agudización de problemas de salud mental preexistentes, incluyendo los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, y que presenta desafíos en los servicios de salud, puesto que el distanciamiento social y otras medidas adoptadas para la protección de la salud pública, pueden afectar la continuidad y el acceso a los programas de tratamiento.

Deseo resaltar particularmente este día, los esfuerzos coordinados entre CICAD y OPS, que por supuesto han sido históricos, y que dieron uno más de sus frutos en el documento denominado: “**COVID-19 y el Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias**”, desarrollado en coordinación con el Grupo de Expertos de Reducción de la Demanda de CICAD, y cuyo objetivo es asegurar el cuidado y protección de las personas que están en tratamiento por consumo de sustancias, así como también de los proveedores de servicios en centros de tratamiento, de aquellas personas que brindan servicio a las poblaciones en situación de calle, y para los profesionales de la salud, en ésta situación de emergencia.

Este importante documento de recomendaciones, ya diseminado a nivel hemisférico, es un aporte a la continuidad del cuidado de las personas en tratamiento, respetando su derecho a ser atendidos de manera digna, y con altos estándares de calidad.

De la misma forma, CICAD y el Ajuntament de València se encuentran en el proceso de revisión de un importante Memorando de Entendimiento y Asistencia Técnica, con el objetivo de ejecutar actividades en el área de reducción de la demanda de drogas en los Estados Miembros de la OEA, incluyendo la adaptación, reproducción, uso y diseminación de materiales y documentación basados en la evidencia científica.

Sin ninguna duda, alineado con la necesidad de enfrentar la crisis desde diferentes ángulos y perspectivas, el diálogo entre expertos y gestores de políticas locales sobre consumo de drogas, que se tendrá este día, y al cual le auguramos desde ya el mayor de los éxitos, permitirá una amplia discusión de experiencias, ideas, enfoques y propuestas tendientes al fortalecimiento del desarrollo de políticas y programas basados en la evidencia científica, en relación a la implementación de programas de tratamiento para personas con problemas por consumo de drogas.

Es hoy, el ***Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico de Drogas***, el marco referencial perfecto para este diálogo, pero también el día en el que reconocemos, además, que la lucha no ha terminado, y que ahora más que nunca nuestros esfuerzos deben ser redoblados para enfrentar la problemática de las drogas y sus consecuencias, en medio de esta crisis mundial.

Muchas gracias.

Dr. Renato Oliveira

Jefe de Unidad de Salud Mental y Sustancias.

Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Muy buenos días, en nombre de la Organización Panamericana de la Salud y del Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.

Sean ustedes bienvenidos a esta sesión virtual conmemorativa del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, el cual se celebra cada 26 de junio.

Quiero antes que nada saludar a los representantes de las agencias coorganizadoras de esta actividad, a quienes agradezco su generosa cooperación en la preparación de esta:

- a la Sra. Angela Crowdy, Secretaria Ejecutiva Adjunta de la CICAD/OEA,
- a la Dra. Maureen Birmingham, Representante de OPS/OMS en Argentina,
- a la Lcda. Gabriela Torres, Secretaria Ejecutiva de la SEDRONAR,
- al Sr. Emiliano García Domene, Concejal de Salud y Consumo del Ajuntament de València, España,
- y a la Lcda. María Migliore, Ministra de Desarrollo Urbano y Hábitat, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

También a nuestros expositores:

- al Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral, Jefe del Servicio de Adicciones del Ajuntament de València.
- y a la Magister Jesica Suarez, Directora de Políticas Sociales en Adicciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Así como también, al selecto grupo de expertos de América Latina y España, que han aceptado la invitación para acompañarnos como relatores y por supuesto al numeroso grupo de participantes que se ha sumado a esta actividad a través de las plataformas virtuales de comunicación.

El uso de sustancias, así como los problemas de salud vinculados al mismo, son motivos importantes de preocupación para la salud pública y constituyen un enorme desafío para los sistemas de salud. Más aún en las circunstancias actuales de la pandemia del COVID-19, que plantea una serie de desafíos en relación con el manejo del uso de sustancias psicoactivas, como factor de riesgo para el contagio y las complicaciones, pero también, en relación con la prevención del COVID-19 en los establecimientos de tratamiento, la garantía de continuidad del funcionamiento seguro de estos y la protección de los pacientes, el personal de salud y los visitantes.

El avance rápido y masivo a nivel global del COVID-19, implica un enorme impacto actual y futuro en la salud mental de la población, especialmente entre quienes

padece ya un trastorno mental, incluidos los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, quienes tienen una mayor vulnerabilidad y mayores probabilidades de enfermar y morir, como resultado de la combinación de la infección, otras enfermedades concurrentes y numerosos determinantes sociales negativos.

Ya antes del COVID-19 era notoria la inadecuada cobertura de las intervenciones de salud mental y con la pandemia, esta situación se ha agravado, debido a la saturación de los servicios de atención en salud, pero también por las limitaciones derivadas de medidas adoptadas para prevenir, tratar y reducir el impacto del COVID-19. Me refiero a la cuarentena, el distanciamiento social, el confinamiento, reducción de las actividades en muchos ámbitos, que están afectando especialmente a las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias.

En esta situación, juegan un papel fundamental los niveles locales de gobierno, cuyas autoridades están en contacto directo con las necesidades de la población y deben responder a las mismas de forma alineada con las directrices nacionales y globales. Hoy tendremos la oportunidad de conocer de primera mano, la realidad local de la pandemia en relación con el manejo de la problemática por uso de sustancias psicoactivas, los desafíos, las lecciones aprendidas y muchas incógnitas que han surgido al enfrentar esta novedosa realidad social y sanitaria.

Contamos para esta actividad, con el concurso y colaboración de aliados fundamentales del sector salud, a nivel regional, como la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (la CICAD/OEA), la academia, representada por la Universitat de València, España y un grupo de centros universitarios de las Américas, las comisiones de drogas, representadas por la SEDRONAR de Argentina. Pero, sobre todo, los gobiernos locales, representados acá por el Ayuntamiento de la Ciudad de Valencia y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Hemos querido dar la oportunidad, en esta fecha especial, de abrir un espacio de diálogo entre el sector salud y otros sectores relevantes, entre las autoridades de gobierno y el sector académico, responsable de la generación y transmisión del conocimiento científico necesario para la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas sobre consumo de drogas.

Esperamos que la articulación de esta iniciativa, con otras que se están adelantando de manera simultánea por parte de distintos actores, sea un aporte para encontrar posibles vías de solución a esta inusual circunstancia que estamos enfrentando.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), con actividades como la de hoy, está promoviendo la difusión de información pertinente, actualizada, con base científica, que contribuya a la toma de mejores decisiones en materia de salud, para la respuesta psicosocial a la pandemia del COVID 19.

Esperamos que la sesión sea de su agrado y les invitamos a participar activamente en la discusión al final de las exposiciones.

Lcda. Gabriela Torres

Secretaría de Políticas integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR).

Buenos días, una alegría participar en esta jornada.

Argentina renueva por supuesto su compromiso de trabajar en estos temas con la OPS, con la CICAD y con todos los organismos.

Nosotros estamos convencidos que este es un día que nos invita a la reflexión en relación a conceptualizar el problema de un modo integral, poder diferenciar lo que es la persona que atraviesa un problema de consumo problemático y adicción, de las estrategias de lucha contra el tráfico ilícito de drogas, cuidando la diferenciación de las estrategias.

Por eso nosotros estamos diferenciando y trabajando conjuntamente con el Ministerio de Seguridad de la Nación y también con el Ministerio de Salud, porque no va a haber intervención posible en estos temas sin contemplar el trayecto de vida de alguien, su cuerpo y también el cuerpo social, la relación de que todos podemos interpelar el contexto y qué pasa con nuestras prácticas de consumo.

En SEDRONAR, venimos trabajando muy articuladamente con las provincias, estamos trabajando en una investigación en relación con qué pasa con el consumo en esta época de la COVID-19 y la accesibilidad a nuestros lugares.

Hemos reforzado con recursos técnicos para que fuera una investigación federal. Es una investigación que pondremos a disposición, creemos que el mes que viene estará terminada.

Nos parece que éste es un tiempo también, que nos va quedando un terreno fértil en relación a la necesidad de que los cuidados sean colectivos y que podamos registrar qué nos pasa y qué le pasa al de al lado.

Nos parece que la COVID-19 nos permite un aprendizaje en términos de los cuidados de los territorios como bien común y en relación a eso venimos trabajando con estrategias que puedan trabajar la articulación de dispositivos.

SEDRONAR tiene diferentes dispositivos, cada jurisdicción tiene diferentes y estamos mapeando en una red única para que podamos dar de verdad el sentido de integralidad.

Así que una alegría saludaros y nos ponemos a disposición, por supuesto, de todos ustedes.

Muchas gracias.

D. Emiliano García Domene
Concejal de Salud y Consumo
Ajuntament de València

Buenos días para ustedes, buenas tardes para nosotros y bienvenidos a todos los asistentes, moderadores, ponentes y expertos.

Les traslado un saludo muy especial desde Valencia y mi felicitación a todas las autoridades que comparten conmigo esta Bienvenida, por la oportuna organización de este Seminario el Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas:

A su vez, les traslado mi total apoyo y mayor consideración por el trabajo que están desarrollando en sus países, en esta etapa tan difícil.

La pandemia, ha puesto de manifiesto en primer lugar la gran importancia que tiene la salud para las personas tanto individualmente como colectivamente; así como en adecuado desarrollo de la salud pública como prevención de las enfermedades.

Las drogas son un problema de salud pública, donde la colaboración interinstitucional es cada día más necesaria, para desarrollar entre todos planes, actividades y sinergias adecuadas, que nos ayuden a realizar una acertada prevención y reducción de la demanda, por el bien de una sociedad cada vez más compleja y vulnerable.

En esta línea de cooperación, les informo, que estamos trabajando en la realización de un Memorando de entendimiento y asistencia técnica entre la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), por medio de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional (CICAD), y el Ayuntamiento de Valencia para la ejecución de actividades de reducción de la demanda de drogas.

Lamentablemente el estado de alarma, provocado por la pandemia, ha retrasado muchas actividades administrativas. Una vez finalizado el estado de alarma, hemos retomado el tema y confío que el Memorando esté preparado en próximas fechas.

Agradezco a todas las autoridades que participan en esta Bienvenida al Seminario, así como a la Lcda. Jimena Kalawski Isla, Jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda de la CICAD/OEA, por su profesionalidad y colaboración con el Ajuntament de Valencia; al Embajador Adam Namm, Secretario Ejecutivo de la CICAD-OEA, por su interés en la realización de este Seminario. También agradezco al Dr. Luis Alfonso Bello, Asesor en Abuso de Sustancias Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), por su profesionalidad y colaboración con el Ajuntament de València.

Muchas gracias por vuestra atención.

Dra. Maureen Birmingham
Representante de OPS/OMS en Argentina

Muy buenos días, en nombre de la Organización Panamericana de la Salud.

Es un gusto participar en esta sesión virtual conmemorativa del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, el cual se celebra cada 26 de junio.

Quiero antes que nada saludar a los representantes de las agencias coorganizadoras de esta actividad, a quienes agradezco su generosa invitación.

Debemos destacar que:

- El uso de sustancias, así como los problemas de salud vinculados al mismo, son motivos importantes de preocupación para la salud pública y constituyen un enorme desafío para los sistemas de salud.
- Las circunstancias actuales de la pandemia del COVID-19 plantean serios retos en relación con el manejo del uso de sustancias psicoactivas, como factor de riesgo para el contagio y las complicaciones, pero también, en relación con la prevención del COVID-19 en los establecimientos de tratamiento, la garantía de continuidad del funcionamiento seguro de estos y la protección de los pacientes, el personal de salud y los visitantes.
- Quienes padecen trastornos por consumo de sustancias psicoactivas tienen una mayor vulnerabilidad y mayores probabilidades de enfermar y morir, lo cual se agrava en el contexto de la COVID-19, como resultado de la combinación de la infección, otras enfermedades concurrentes y numerosos determinantes sociales negativos.
- Previo a la emergencia de la COVID-19, la cobertura y calidad de las intervenciones para la prevención y el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias era bastante precaria.
- Esta situación se ha agravado, debido a la saturación de los servicios de atención en salud y también al impacto resultante de las medidas para la prevención y la mitigación del impacto del contagio por el coronavirus, tales como la cuarentena, el distanciamiento social, el confinamiento, la reducción de las actividades en muchos ámbitos, las cuales están afectando especialmente a las personas con trastornos por uso de sustancias, con una tendencia al aumento del consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, el cannabis y otras; mayores posibilidades de recaídas y sobredosis, así como cuadros de abstinencia, con menor acceso al tratamiento.
- En esta situación, juega un papel la coordinación de la respuesta de salud con otros sectores relevantes y espacios como este, se constituyen en una oportunidad para favorecer el diálogo entre los diferentes actores, en procura de políticas más integrales y eficaces.

- La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) apoya actividades como la de hoy, las cuales con motivo de esta celebración se han programado en diversos países de la Región, a través de las cuales se está promoviendo la difusión de información pertinente, actualizada, con base científica, que contribuya a la toma de mejores decisiones en materia de salud, para la respuesta psicosocial a la pandemia del COVID-19.

Esperamos que la sesión sea provechosa y constructiva.

RESUMEN EJECUTIVO

Lcda. Jimena Kalawski Isla

Jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA).

Dr. Luis Alfonso Bello

Asesor en Abuso de Sustancias Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Celebración del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas- 26 de junio de 2020: “Dialogo con expertos y gestores de políticas locales sobre consumo de drogas”

El 26 de junio de 2020, en el marco de la conmemoración del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, establecido por las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en conjunto con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD OEA) y con la colaboración del Ayuntamiento y la Universitat de València, España, y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, organizó el seminario virtual **“Dialogo con expertos y gestores de políticas locales sobre consumo de drogas: ¿Cómo ha impactado la COVID-19 en las políticas locales para la prevención y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias?”**

La sesión de apertura del Seminario estuvo a cargo de la Licenciada Ángela Crowdy, Secretaria Ejecutiva Adjunta de la CICAD/OEA y el Dr. Renato Oliveira De Souza, Jefe de la Unidad de Salud Mental y Sustancias (NMH, OPS), quienes estuvieron acompañados por la Dra. Maureen Birmingham, Representante de la OPS/OMS en Argentina, la Licenciada Gabriela Torres, Secretaria Ejecutiva de la Secretaria de Políticas integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR), el Sr. Emiliano García Domene, Concejal de Salud y Consumo del Ajuntament de València y la Lcda. María Migliore, Ministra de Desarrollo Humano y Hábitat, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

A través de las exposiciones realizadas por el Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral, Jefe de Servicio de Adicciones de la Concejalía de Salud y Consumo del Ajuntament de València y de la Magister Jesica Suarez, Directora de Políticas Sociales en Adicciones del Gobierno Ciudad de Buenos Aires, se revisaron los desafíos que la pandemia del COVID-19 ha planteado a los gobiernos locales en relación con el abordaje de los problemas por uso de sustancias psicoactivas. Se describieron los riesgos y circunstancias asociadas al contagio, las medidas preventivas, las

estrategias para mantener activos los servicios de tratamiento para las personas con trastornos por uso de sustancias psicoactivas, el abordaje de las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad, los desafíos para los sistemas y el personal de salud pública, así como también las expectativas relacionadas con los procesos de apertura y la llamada “nueva normalidad”.

Las exposiciones de los responsables locales de políticas y programas para la prevención y el tratamiento de los problemas por uso de sustancias, fue seguida de un diálogo con un grupo de 16 expertos internacionales, de América Latina y España, quienes desde diversas perspectivas opinaron e hicieron recomendaciones acerca de la formulación e implementación de políticas basadas en la evidencia para el abordaje de esta compleja problemática en el contexto de la pandemia de la COVID-19. Fueron discutidos tópicos tales como, el desarrollo y ajuste de sistemas de información, áreas prioritarias de investigación y formación de recursos humanos, la relevancia de intervenciones novedosas como la atención telemática, el papel de las organizaciones no gubernamentales, el fortalecimiento de las instituciones de gobierno y la cooperación internacional.



La Licenciada Jimena Kalawski, responsable de Reducción de la Demanda de la CICAD/OEA y el Dr. Rafael Alexandre Benavent, profesor de la Universitat de València, presentaron el resumen y las conclusiones de la sesión, destacando la identificación de los usuarios de sustancias psicoactivas como población de alto riesgo durante la pandemia, la necesidad de mantener una actitud crítica basada en la evidencia ante la sobreoferta de noticias y publicaciones, la utilidad y las limitaciones de la asistencia virtual para las personas con trastornos por uso de sustancias, la necesidad de realizar reformas estructurales en los sistemas de respuesta como preparación a futuras situaciones como la pandemia, el aprendizaje y experiencias positivas derivadas de la situación actual, relacionadas con la valoración del apoyo social y familiar, la importancia de desarrollar y fortalecer los mecanismos de colaboración entre distintos actores, para prevenir y responder de manera efectiva a amenazas como la de la COVID-19.

INTRODUCCIÓN A LAS EXPOSICIONES MARCO

Dr. Juan Carlos Valderrama Zurián
Profesor Titular. Director de la UISYS.
Universitat de València

El uso de sustancias psicoactivas y los problemas relacionados tienen un importante impacto negativo sobre la salud y el bienestar de los consumidores, sus allegados y familiares, y sobre la comunidad en general. Estos problemas afectan de manera desproporcionada a los estratos más pobres de la población, en quienes se concentran numerosos determinantes sociales y económicos. Los sistemas de salud de los países deben hacer frente a las demandas de atención derivadas del uso de sustancias, en el corto, mediano y largo plazo, con recursos limitados y tradicionalmente insuficientes.

La contingencia determinada por la pandemia de la COVID-19 ha puesto a prueba la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, tanto en lo referente a las medidas adoptadas para prevenir y tratar el contagio con el virus, como en la atención a los problemas de salud ya prevalentes. La población afectada por trastornos por uso de sustancias, los cuales tienen carácter crónico y recurrente, es un grupo de alto riesgo, cuya vulnerabilidad se ha visto afectada durante la pandemia.

Las entidades locales de gobierno reciben de manera directa la presión de la demanda de los problemas sanitarios y sociales relacionados con el uso de sustancias, así como de la pandemia por la COVID-19, y deben generar respuestas oportunas y eficaces, a las necesidades de la población.

En el marco de la iniciativa de cooperación que hemos establecido entre la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Ajuntament de València, España, para fortalecer el abordaje de salud para los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas que afectan a los colectivos de España y América Latina, hemos organizado este seminario en línea con la celebración del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, dedicándolo a la discusión de los desafíos que la pandemia por COVID-19 plantea a los gobiernos locales, en materia de prevención y tratamiento de los trastornos por uso de sustancias.

EXPOSICIONES MARCO

EXPERIENCIA DE LA COVID-19 EN EL ÁMBITO LOCAL VALENCIA (ESPAÑA)

Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral
Jefe de Servicio de Adicciones
Concejalía de Salud y Consumo
Ayuntamiento de Valencia

INTRODUCCIÓN

En nombre propio y en el de todos los profesionales del Servicio de Adicciones de la Concejalía de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Valencia saludo a todas las personas que están participando en este Seminario COVID-19 y Políticas sobre drogas, y de forma muy especial a todos los profesionales de las Américas que en estos momentos difíciles, provocados por la pandemia, están realizando un excelente trabajo en sus respectivos países, animándoles a seguir trabajando todos juntos en beneficio de la salud de todas las personas, especialmente de las más necesitadas.

Igualmente agradezco al Dr. Luis Alfonzo Bello, Asesor en Abuso de Sustancias Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y a la Lcda. Jimena Kalawski Isla, Jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA) todo su interés, esfuerzo y apoyo para poder realizar este Seminario. Sin el trabajo de ambos y de sus excelentes equipos humanos y técnicos no hubiera sido posible. Agradezco también a mis colegas, los Dres. Rafael Aleixandre Benavent y Juan Carlos Valderrama Zurián, su trabajo y colaboración entusiasta. Muchas gracias a todos.

Es conocido por todos que la administración local tiene en el municipio a su máximo exponente, debido a las características demográficas, económicas, culturales y sociales que poseen las corporaciones locales, los ayuntamientos. Se fundamenta principalmente esta importancia en que la entidad local es la administración más próxima a los ciudadanos, lo que nos permite conocer mejor la realidad colectiva e individual para así poder realizar actuaciones preventivas lo más directamente posible.

En el conjunto de personas que constituyen una entidad local, un pueblo o una ciudad, se ponen de manifiesto todos los valores de una sociedad dinámica, produciéndose unas características económicas, productivas, de consumo, culturales, educativas, sociales, etc., que están vinculadas a lo provincial, regional, nacional y continental. Pero, sobre todo, estas características están vinculadas desde hace años, cada vez más a lo mundial, a lo global, superando con creces la influencia de los niveles intermedios.

Así podemos afirmar que lo global lo inunda todo, y que lo local, sin perder la perspectiva de lo global, tiene que realizar de forma permanente un desarrollo innovador, que asentado en su propio territorio sea más cercano a los ciudadanos, más social, más humano, más sostenible, más igualitario, más equitativo, más participativo, etc.

¿QUÉ HA EVIDENCIADO LA PANDEMIA?

- **La Globalización es un Factor de Riesgo para la Salud**

7.700 millones de personas en el mundo.

Superpoblación de las ciudades.

Grandes aglomeraciones en eventos diversos.

Mercados con alimentos y animales exóticos en algunos países.

Crecimiento económico continuado.

4.590 millones de viajes aéreos individuales en 2019.

Contaminación. Deforestación sin reforestación. Etc.

Todos estos factores, entre otros, han ido creando las condiciones ideales para la aparición y la propagación del SARS-CoV2.

- **Sorpresa mundial a pesar de los avisos de la OMS y de los científicos de diferentes países.**

La OMS está colaborando estrechamente con expertos mundiales, gobiernos y asociados para ampliar rápidamente los conocimientos científicos sobre este nuevo virus, rastrear su propagación y virulencia y asesorar a los países y las personas sobre las medidas para proteger la salud y prevenir la propagación del brote.

- **Fallos en el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional de la Organización Mundial de la Salud (RSI 2005).**

El RSI es un acuerdo entre 196 países, incluidos todos los Estados Miembros de la OMS, que convinieron en trabajar juntos en pos de la seguridad sanitaria mundial y que se comenzó a aplicar en el año 2007. (La segunda edición publicada en España en 2008). Su finalidad y alcance son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

Deberíamos preguntarnos si algunos países han tenido en cuenta dos conceptos importantes recogidos en el RSI:

“Riesgo para la salud pública” que se refiere a “la probabilidad de que se produzca un evento que puede afectar adversamente a la salud de las poblaciones humanas, considerando en particular la posibilidad de que se propague internacionalmente o pueda suponer un peligro grave y directo”, y “Emergencia de salud pública de importancia internacional” que es, “un evento extraordinario que se ha determinado que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad y podría exigir una respuesta internacional coordinada”.

Esto es muy importante para la adopción de medidas específicas que deben adoptar los países firmantes del RSI en los puertos, aeropuertos y pasos fronterizos terrestres para limitar la propagación de riesgos sanitarios hacia países vecinos y evitar la imposición de restricciones injustificadas a los viajes y el comercio, de modo de reducir al mínimo los trastornos en el tráfico y las actividades comerciales.

¿Se ha tenido en cuenta esto para adoptar medidas preventivas que evitaren la transmisión comunitaria del SARS-CoV2?

Muchos expertos contestan que no se han tenido en cuenta, por lo que se han producido graves fallos en los sistemas de Vigilancia Epidemiológica y descuido de la Salud Pública en muchos países.

- **Politización de las estrategias sanitarias.**

No decir la verdad, ocultar el número real de enfermos y de fallecidos por la COVID-19, difundir informaciones contradictorias, que los políticos dicten normas sanitarias u opinen de temas científicos, sin el asesoramiento y conocimiento científico adecuado. No trasladar a la sociedad la veracidad de la situación desde el principio, para que las personas tomaran conciencia del riesgo real de contagio. Etc.

- **Desconcierto en la sociedad. Lo Rural mejor que la ciudad.**

Ante la situación de confinamiento, muchas personas se ahogan en las grandes ciudades, reclusas en sus domicilios urbanos, en la mayoría de casos de reducidas dimensiones. Por lo que los núcleos rurales de población al ser más dispersos y abiertos están ofreciendo mejores perspectivas para todas las personas y las personas que pueden se trasladan a poblaciones rurales.

- **La vulnerabilidad del ser humano ante un virus. Los últimos datos oficiales de España son 245.575 casos y 28.313 muertos.**



Whitehead, M. y Dahlgren, G. 2006. Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health Levelling up (I). World Health Organization. Copenhagen.

- **La salud es el bien máspreciado que tenemos las personas.**

La pandemia ha servido para que se valore mucho la salud individual y colectiva, la promoción de la salud, las medidas preventivas para evitar contagiarse, etc. Sin salud, con enfermedad, no se pueden hacer otras actividades humanas o estas están muy condicionadas.

DURANTE EL ESTADO DE ALARMA

Del 14 de marzo al 21 de junio hemos puesto de manifiesto que:

1. En el ámbito Familiar:

- Los domicilios habituales han sido: Hogar. Escuela. Oficina. Gimnasio. Espacio creativo (juegos, cocina, música, etc.).
- Muchas familias no estaban acostumbradas a compartir diariamente y con tanta intensidad las cosas del hogar, a convivir juntos todos los miembros tantas horas al día.
- A muchos padres que no veían a sus hijos en el día, o les veían poco tiempo, les chocaba estar todo el día con ellos. Al principio esto fue muy negativo, pues la intensa convivencia produce roces habituales. Luego fue armonizándose la convivencia con reparto de espacios, tareas y con la realización de actividades conjuntas.
- Los niños poco a poco han estado menos sobreprotegidos, han sido más autónomos e imaginativos.

2. Jóvenes:

- Se les ha privado de su independencia, de su libertad de movimientos y de la relación personal con sus iguales. Han vivido situaciones emocionales intensas.
- Se les ha inyectado miedos: Al contagio, en su desarrollo educativo, a la crisis Económica. Ha producido: Aislamiento. Inmovilidad. Pérdida.
- A los más vulnerables o con patologías previas (Ansiedad, Depresión, Impulsividad, etc.) les ha afectado más negativamente y les ha generado Incertidumbre.
- A más inseguridad e incertidumbre más consumos de alcohol, psicofármacos, cannabis, para calmar la ansiedad o simplemente por evasión.

3. Google y otros buscadores:

- Ha sido para muchas personas la única ventana al mundo exterior y el único modo de relacionarse con otros que no fueran sus allegados (familiares, amigos).
- Les ha servido para: Entretenerse. Aprender nuevas cosas. Hacer gimnasia, yoga y pilates. Buscar libros, películas, canciones, etc.
- Las palabras más buscadas han sido: Ansiedad. Claustrofobia. Pesadilla. Insomnio. Soledad. Separación.

4. El teléfono y las RR. SS:

- Han sido la base de la comunicación interpersonal y/o grupal.

EL ESTADO DE ALARMA PROVOCÓ

1. Confinamiento en nuestros domicilios.
2. Cierre de los centros educativos.
3. Interrupción de la realización presencial de los programas.
4. Suspender las contrataciones administrativas.
5. Solicitar las licencias para realizar teletrabajo.
6. Reorientar las actividades del Servicio de Adicciones con actuaciones de contención y priorización.
7. Coordinar las actividades de todos los profesionales del Servicio de Adicciones para poder realizarlas desde sus domicilios.
8. NO ESTABAMOS PREPARADOS PARA ESTE CAMBIO.

¿QUÉ HEMOS HECHO?

- Atención y apoyo psicológico a familias y menores con problemas de adicciones que lo solicitaban vía telefónica.
- Seguimiento de los casos abiertos mediante sesiones telefónicas, video llamada o teleconferencia.
- Elaboración de noticias, consejos, notas de actualidad y orientaciones ante las adicciones durante el confinamiento, en vídeo o texto y su publicación en www.valencia.es/pmd y en las RR.SS. del Servicio de Adicciones.
- Escuela de Madres y Padres: Comunicación telemática con los docentes del programa para recogida de datos, encuestas, etc. Apoyo a las familias participantes a través de los responsables/coordinadores de los colegios participantes.
- Contestar todos los correos corporativos de Prevención Comunitaria, Familiar, Escolar, Alternativas de Ocio y Tiempo Libre, así como las llamadas o consultas por otros cauces.
- Reuniones por videoconferencia con profesionales, docentes, entidades ciudadanas, instituciones, etc.
- Elaborar materiales nuevos de prevención para uso telemático.
- Adaptación materiales existentes de prevención para uso telemático.
- Supervisión del Concurso “K me cuentas”, revisión de trabajos presentados para su aceptación o rechazo.
- Seguimiento actividades encomendadas a los monitores del programa “Al Salir de Clase” y preparación inscripción colegios próximo curso.
- Elaboración de guías del Programa “Toca Cine”.

- Valoración y adjudicación de los proyectos del Programa “Intervención e Barrios” (INBAS).
- Elaboración de una aplicación informática app que sirva de apoyo a jóvenes y adolescentes que se encuentran en proceso de adicción.
- Continuación de las tareas administrativas.

ELEMENTOS POSITIVOS EN LOS JÓVENES

- Valoración de las comodidades de sus casas, de la amistad real no virtual, de la familia, de sus estudios.
- Han tenido tiempo para estudiar, leer, reflexionar, ordenar la habitación, chatear, ayudar en casa, etc.
- Han aprendido a priorizar tareas, a valorar lo que es esencial en la vida y sus necesidades. Han evitado la inmediatez.
- Muchos han madurado, han adquirido capacidades para afrontar situaciones adversas y han generado mayor tolerancia a la frustración.
- Esto les producirá a los jóvenes a la larga, una cohesión de grupo (como la gente que pasó una guerra, una catástrofe, etc.) y pensarán después, que esto les unió mucho. Podrán decir con orgullo: «Somos los jóvenes que superamos la Pandemia COVID-19»
- Se ha dado cuenta que hay Profesiones Esenciales: Sanitarios. Investigadores. Científicos. Docentes. Agricultores. Ganaderos. Comerciantes. Cajeras de tiendas y supermercados. Militares. Policía. Bomberos. Protección Civil. Transportistas. Etc.

FIN DEL CONFINAMIENTO. FUTURO

- Del confinamiento domiciliario no salimos más fuertes, como dice la propaganda oficial. Salimos cargados de incertidumbres, con muchas preguntas y muy pocas respuestas.
- Somos seres sociales por naturaleza y hemos perdido los abrazos, los besos, estrechar las manos, la palmada en la espalda; el hombro en el que apoyarnos, reír o llorar.
- Hemos cambiado los abrazos efusivos por las miradas directas a los ojos, profundas y penetrantes. Pero no se ve nuestra sonrisa.
- Tenemos muchas limitaciones en la comunicación interpersonal.
- La ciudadanía quiere olvidar, pasar página, salir de casa y disfrutar. Este hedonismo va a producir aglomeraciones, fiestas, botellón, consumos, etc., con Nuevos Brotes.
- Hay que mantener las normas de higiene, las mascarillas y el distanciamiento físico.
- A pesar de la incertidumbre y de la sensación de fragilidad individual, tenemos que pensar como humanidad, confiar en el desarrollo científico, en la capacidad de superación colectiva.

- Deben realizarse reformas estructurales en Sanidad, Servicios Sociales, Educación y Trabajo.
- La Concejalía de Salud y Consumo del Ajuntament de València va a poner todos los recursos necesarios para que podamos realizar todos nuestros Programas de Prevención de las Adicciones, dotándonos de recursos técnicos y económicos suficientes.
- Todo el personal del Servicio hemos vuelto al trabajo presencial. Hacemos reuniones presenciales con pocos asistentes. Se han retomado las sesiones de asistencia psicológica presencial a familias y menores.
- Estamos realizando la planificación de las Actividades del Cuso 2020-2021.
- Lo que más estamos haciendo es asistencia telemática mediante el uso de plataformas digitales para realizar Talleres, Programas, Cursos, Debates, etc.
- Las pocas actividades presenciales que realizamos, se hacen cumpliendo estrictamente las medidas sanitarias.
- Tenemos que ser innovadores, proactivos e integradores, para prepararnos para un futuro incierto.
- Tenemos que ayudar a superar la brecha tecnológica de los más desfavorecidos para que los Programas lleguen al mayor número de personas posible.
- Es una gran oportunidad para desarrollar Programas de Prevención para aplicación telemática, sin descartar lo presencial, ya que no sabemos cuánto va a durar la pandemia y habrá que combinar las actividades presenciales con actividades online.

Muchas gracias por vuestra atención

EXPERIENCIA DE LA COVID-19 EN EL ÁMBITO LOCAL BUENOS AIRES (ARGENTINA)

Presentación de la Directora de Políticas Sociales en Adicciones, Magister Jessica Suarez, por la Licenciada María Migliore Ministra de Desarrollo Humano y Hábitat. Gobierno Ciudad de Buenos Aires.

Reciban mi agradecimiento todas las instituciones organizadoras.

Es muy importante para nosotros tener esta posibilidad de encontrarse, de poder intercambiar, de aprender unos de otros para poder seguir buscando soluciones conjuntas en esta problemática. Desde la Ciudad de Buenos Aires renovamos el compromiso de seguir trabajando en la concientización de los efectos negativos del consumo de drogas, en poder acrecentar el trabajo integral comunitario. Es muy importante poder pensar estrategias que sean integrales desde la mirada del Estado con abordajes que contemplen en primer lugar una perspectiva de cuidado y la importancia de trabajar en red desde el territorio. Creemos que es necesario seguir realizando trabajos integrales comunitarios en los barrios populares, donde se priorice a la persona y toda su red de integración, donde el hábitat también tenga una perspectiva importante.

A continuación, Jessica Suarez, Directora de la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, va a estar compartiendo nuestra experiencia en este contexto que ha sido bien desafiante.

Muchísimas gracias por la oportunidad, por este espacio y a disposición desde la Ciudad de Buenos Aires para seguir trabajando de manera conjunta.

EXPOSICIÓN

EXPERIENCIA DE LA COVID-19 EN EL ÁMBITO LOCAL BUENOS AIRES (ARGENTINA)

Magister Jessica Suarez
Directora de Políticas Sociales en Adicciones
Ciudad de Buenos Aires

Agradezco a todas las instituciones la organización de este oportuno Seminario y por permitirme participar en el mismo.

El 20 de marzo del presente año el Gobierno Nacional en coordinación con las veintitrés provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) estableció el aislamiento preventivo obligatorio (ASPO). Con excepción de los servicios declarados esenciales (salud y servicios sociales en el caso de CABA) muchos otros servicios iniciaron una modalidad de teletrabajo.

Luego de transcurrido noventa y ocho días de ASPO el foco de contagios se encuentra geográficamente concentrado en la CABA en y el conurbano bonaerense. A nivel país, tenemos cincuenta y dos mil cuatrocientas cincuenta y siete (52.457) personas contagiadas, y mil ciento setenta y siete (1.177) personas fallecidas a raíz de la COVID-19. En CABA hay veintidós mil setecientos cuarenta y dos (22.742) personas contagiadas y cuatrocientas cincuenta y nueve (459) fallecidas.

Es importante tener en cuenta el contexto socio-económico y de consumo de sustancias psicoactivas en el que se encontraba la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para contextualizar las acciones realizadas y el posterior análisis sobre los limitantes de una estrategia de atención virtual para los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

Indicadores socio-económicos:

- 13,5 % de la población bajo la línea de pobreza
- 6,5% de la población es indigente
- 6,9% tasa de desocupación

Fuente Indec: Encuesta Permanente de Hogares 2° semestre 2019

En relación al consumo de sustancias psicoactivas la prevalencia de mes, era el siguiente

Indicadores de consumo-prevalencia del mes:

- 68,6% consumo alcohol
- 10,4% consumo marihuana
- 8,1% consumo de analgésicos opiáceos sin prescripción médica

- 0,7% consumo de cocaína

Fuente SEDRONAR: Estudio en Población General 12 a 65 años, año 2017

¿Qué hicimos a partir del aislamiento?

A partir del ASPO, adaptamos y pensamos los servicios de atención en tres modalidades diferentes:

Los centros residenciales continuaron en modalidad presencial, realizamos protocolos en conjunto con los equipos de trabajo y entregamos elementos de protección para resguardarlos de posibles contagios.

Otros servicios se los adapto para desarrollar toda su atención en modalidad virtual, como fue el caso del centro de admisión, diagnóstico y derivación de la ciudad que está haciendo las evaluaciones en modalidad telefónica o video-llamado; así como también los centros ambulatorios y los centros de intervención asistencial comunitaria.

Por último, los dispositivos territoriales desarrollaron algunas prestaciones bajo modalidad virtual y otras de forma presencial. En el caso de estos dispositivos las características de las zonas donde están emplazados hizo necesario retomar el vínculo presencial, en el contexto del ASPO no solo prestan servicios sanitarios sino también alimentarios.

En la temática de prevención a partir del aislamiento desarrollamos las siguientes acciones:

En el ámbito educativo, adaptándonos al formato virtual en el que se encuentra el dictado de las clases, desarrollamos material denominado “Desafíos” con el objetivo de que se desarrollaran en el aula virtual actividades preventivas fomentando un vínculo de cuidado de adulto-niños/as y adolescentes. Los “desafíos” consistían en placas con consignas que invitan a la reflexión acerca de las relaciones interpersonales respecto a las dificultades que encuentran en la pandemia y herramientas de resolución de problemas y conflictos.

En relación a población infantojuvenil, se desarrollaron audio cuentos acompañados de una ficha de reflexión y de actividades para generar y fomentar el vínculo de cuidado entre los adultos y los niños y las niñas.

También se desarrolló una estrategia de trabajo para cuidar a los que cuidan, aquellos trabajadores de primera línea que se vieron afectados por el cambio de modalidad de atención generando un mayor estrés y perjudicando su salud.

Por último, en materia de prevención se desarrolló y difundió a través de las redes sociales mensajes preventivos y de reducción de riesgos y daños.

¿Qué observamos después de 98 días de ASPO?

En comparación al mismo periodo del año 2019, en la línea telefónica de orientación y contención en adicciones observamos:

- Aumento de las llamadas en un 49%
- Aumento de llamadas por consultas indirectas
- Aumento del 6% en consultas por consumo de cocaína

En relación a las consultas indirectas, hubo un aumento de las consultas realizadas por varones, representando un 74% del total de esta categoría. Este aumento es notable, ya que históricamente las consultas indirectas son realizadas mayoritariamente por las mujeres. Este cambio lo interpretamos en relación a la mayor permanencia de tiempo en el hogar del varón permitiéndole visibilizar alguna situación de malestar.

Por otro lado, también vimos un aumento significativo de las consultas por consumo de cocaína, de las cuales el 56,2% son indirectas y el 43,8% son consultas directas.

Es importante destacar que, respecto al acceso a tratamiento por parte de las personas en situación de calle, la pandemia nos presenta la oportunidad de abordar esta población. Por temor a contagiarse muchos accedieron a ingresar al servicio de paradores los que nos permite poder activar todo el sistema de continuidad de cuidado. En relación a ello estamos articulando con Ministerio de Salud y con el programa de Buenos Aires presente. El equipo de adicciones, hace las evaluaciones y en el caso de ser necesario se realiza la articulación para brindarles la atención necesaria.

¿Qué limitantes o aspectos a considerar para el desarrollo de una estrategia de atención virtual?

Desde la población que demanda los servicios, si la estrategia es cien por ciento virtual encontramos dificultades respecto a que mucha de la población tiene un limitado acceso a la conectividad y las tecnológicas. En relación a ello, de estudios realizados por INDEC sobre acceso a internet y uso de tecnologías nos indican que las personas con baja instrucción educativa tienen menor acceso a las TIC y justamente ese perfil se corresponde con la población que demanda los servicios de atención por problemáticas asociadas al consumo de drogas brindados por la Ciudad de Buenos Aires.

Desde el punto de vista de la oferta de tratamiento, hay un escaso desarrollo de los sistemas de atención virtual y de registros digitales en el campo de la salud mental y de los trastornos por consumo de sustancias. Nuestros dispositivos no cuentan con historias clínicas digitales por lo que el registro puede llegar a verse dificultado en este contexto de pandemia, donde hay una preponderancia por la atención virtual. Otra dificultad la encontramos en la adaptación de las prácticas profesionales a la lógica de la modalidad virtual. Y por último también se encuentran dificultades producto de la falta de capacitación específica para brindar psicoterapia.

Por último, cabe señalar los limitantes desde el aspecto terapéutico, en el cual en principio mencionaremos tres. La necesidad de contar con un espacio de privacidad, este faltante es transversal a varios sectores que conforman la población de ciudad de Buenos Aires, pero sobre todo cabe señalarlo para la población con la cual trabajamos. Los sectores más vulnerables de la sociedad por un lado viven en

barrios en los cuales los espacios comunes funcionan como espacios terapéuticos (pasillos, centros barriales, comedores) y por el otro carecen de un espacio de privacidad en donde puedan conversar con su terapeuta. Desde este punto un segundo limitante es la deshumanización de la relación asistente-asistido debido a la sobreutilización de relaciones clínicas digitales. Por último, señalamos como tercera limitante, habiendo trascurrido 98 días de ASPO, que los tratamientos 100% virtuales presentan límites en el tiempo.

DIÁLOGO CON EXPERTOS ACERCA DE POLÍTICAS LOCALES SOBRE CONSUMO DE DROGAS Y COVID-19

INTRODUCCIÓN A LA SESIÓN DE PREGUNTAS CON LOS EXPERTOS.

Dr. Luis Alfonzo Bello

Asesor en Abuso de Sustancias Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Con el propósito de brindar una panorámica amplia a este tema complejo, hemos requerido el aporte de un grupo de expertos quienes, desde su área de desempeño, nos orientarán acerca de los desafíos que, en el contexto de la COVID-19, se plantean a los responsables de gobiernos locales en relación con la formulación de políticas sobre el uso de sustancias y su impacto sanitario y social.

Abordaremos la generación y uso de la evidencia científica como base para las políticas, las implicaciones para la formación de recursos humanos profesionales, los programas de prevención y de tratamiento para los trastornos por uso de sustancias, con base en experiencias locales en España y América Latina.

Nos acompañan en esta oportunidad:

- D. Roberto Canay, Sub Director del capítulo de la Asociación Internacional de Profesionales sobre Uso de Sustancias (ISSUP) de Argentina,
- Dña. Marya Hynes, Directora del Observatorio Interamericano sobre Drogas, de la CICAD- OEA.
- Dña. Consuelo Guerri Sirera, Investigadora del Centro de Investigación Príncipe Felipe. Valencia.
- D. Ángel Álvarez. Doctor en Ciencias Políticas. Consultor en análisis de políticas públicas (Canadá).
- D. Rafael Aleixandre Benavent, Senior Scientist & Accredited Profesor Ingenio (CSIC-UPV). UISYS Research Unit (Universitat de València).
- D. Francisco Cumsille, Bioestadístico. Ex Director del Observatorio Interamericano sobre Drogas (OEA-CICAD).
- Dña. María Elena Medina-Mora, Jefa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina de la UNAM e Investigadora afiliada al Centro de Investigación en Salud Mental Global Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/UNAM.
- D. Bartolomé Pérez Gálvez, Director de la Unidad de Alcoholología del Hospital San Juan de Alicante. Profesor Asociado Universidad Miguel Hernandez (Alicante).

- Dña. Giselle Amador. Médica. Ex directora del IAFA, Docente universitaria, Ex Ministra de Salud. Directora de Maestría en Drogodependencias UCIMED (Costa Rica).
- Dña. Rocío Benito Corchete. Técnica en Prevención Escolar del Servicio de Adicciones (PMD/UPCCA-València). Concejalía de Salud y Consumo. Ajuntament de València.
- D. Mariano Montenegro, Director Colombo Plan para América Latina y El Caribe.
- D. Martin De Lellis, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- D. Antonio Lomba, Jefe de la Sección de Fortalecimiento Institucional (CICAD).
- Dña. Jenny Fagua, Presidencia del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda (Colombia).
- D. Fernando Salazar, Profesor Principal Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Es un privilegio para la OPS, contar con aliados como Universitat de València, la CICAD-OEA y el Ajuntament de València en la preparación de esta actividad y agradecemos a los expertos participantes, su valioso y generoso apoyo, no solo su participación aquí hoy, sino sobre todo, el acompañamiento que durante décadas han proporcionado a las organizaciones que trabajamos brindando cooperación técnica a los países de Iberoamérica, en el abordaje de la importante problemática relacionada con el uso de sustancias psicoactivas y sus consecuencias para la salud y el bienestar de las poblaciones.

1. EVIDENCIA: INVESTIGACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Dr. Roberto Canay
Sub Director ISSUP (Argentina)

Pregunta:

La oferta de servicios de atención psicosocial en el tratamiento, está generalmente asociada con una serie de determinantes sociales negativos y ha estado en gran medida a cargo de organizaciones del llamado Tercer Sector, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en prácticamente toda la Región de las Américas. En su opinión como investigador, qué tipo de investigación debería ser desarrollada de manera prioritaria para contar con elementos concretos, de peso, acerca de la utilidad de estas intervenciones o complemento o como un aliado estratégico de las acciones que realizan los entes públicos gubernamentales en este tema.

Respuesta:

En primer lugar y antes de hablar del tipo de investigación pertinente en este nivel de atención, quisiera destacar el valor que tienen estas organizaciones del llamado Tercer Sector (que en muchos casos son informales, pero que cuentan con una gran legitimación comunitaria), especialmente las que surgen y trabajan en los barrios populares, facilitando la accesibilidad a instancias básicas de cuidado y fortaleciendo entramados de redes barriales o comunitarias. Sobre este rol de las organizaciones y las redes en la comunidad, existen diferentes publicaciones en revistas indexadas, que caracterizan y validan la importancia de este papel, especialmente tomando como referencias experiencias en países de América Latina.

Uno de los aspectos fundamentales del trabajo de estas organizaciones de base, es el lugar desde donde trabajan. Trabajan desde la comunidad y siendo parte de la comunidad, cristalizando procesos que, desde la psicología comunitaria, suelen denominarse procesos de abajo hacia arriba, y esto quisiera remarcarlo como un aspecto fundamental.

Respecto del tipo de investigación a desarrollar desde este nivel de atención, considero que es un campo con mucho terreno para recorrer, falta todavía mucho por desarrollar en torno a sistemas de registro uniforme que den cuenta de la magnitud y del impacto de este trabajo de la Sociedad Civil. No tengo dudas que el primer paso es fortalecer el sistema de registros en la primera línea de acción en el territorio. Contar con un sistema de registros en este primer nivel de atención, permite no solo contar con información, si no también repensar la propia práctica en estas mismas organizaciones, objetivando la práctica para poder repensarla colectivamente.

Este tipo de registros, aun cuando sean muy básicos, son primordiales. Sobre todo, porque estamos hablando de información que no es recogida por ninguno de los sistemas de relevamiento tradicionales que llevan adelante los Observatorios de

las Agencias Nacionales de Drogas. Ni las encuestas de hogares, ni las encuestas a estudiantes de enseñanza media, ni los censos de usuarios en tratamiento; contemplan información sobre lo que sucede en las capilaridades más profundas de los barrios y las comunidades, dejando muchas veces por fuera de las estadísticas, por ejemplo, a las personas en situación de calle o a jóvenes que se encuentran fuera del sistema escolar.

Vale aclarar, que los estudios sistemáticos que se llevan hoy en día desde los Observatorio Nacionales sobre Drogas, son fundamentales y es clave su sostenimiento periódico en el tiempo, ya que nos permiten hacer lecturas longitudinales en base a sistemas de registros uniformes, nos permiten hacer comparaciones entre países, nos permiten la elaboración de informes regionales y nos permiten sobre todas las cosas, contar con evidencias para el diseño y evaluación de políticas públicas. Pero no son suficientes para incluir en los diagnósticos a los grupos de población más postergados, y aquí tenemos un punto esencial, ya que generalmente los consumos de sustancias psicoactivas adquieren particularidades propias en los contextos sociales más vulnerables. Por este motivo, es importante darle entidad en las investigaciones a los grupos más postergados, no solo en las estadísticas o en los estudios cualitativos, sino también (a partir de esa entidad y no de la improvisación), ponerlos en el foco de las políticas públicas.

Como decía el investigador argentino Hugo Míguez, fortalecer este nivel de registro es hacer visibles grupos de población y comunidades que muchas veces pasan desapercibidos o invisibilizados para las estadísticas oficiales. Y en esto se juega también un aspecto ético.

Cuando hablo de fortalecer los sistemas de registros en estas organizaciones comunitarias, no me refiero a tener como objetivo convertir a un líder barrial o a un responsable de una ONG en un investigador de carrera, si no que este fortalecimiento debe realizarse desde un enfoque apoyado en la pedagogía social y en la educación popular, donde el eje es el empoderamiento del RRHH más valioso que tiene la comunidad, que es el líder comprometido y reconocido por sus mismos vecinos. Este enfoque pedagógico y social tiene otros tiempos programáticos, donde el ritmo lo marca el proceso local de construcción colectiva y conjunta, entre espacios académicos y el saber popular.

De esta manera se genera un diálogo, una hermenéutica necesaria en el camino de la integración social, la accesibilidad y la gestión en base a evidencias. Esta hermenéutica refiere al diálogo tan necesario entre el orden metodológico académico y el desorden y las dinámicas muchas veces impredecibles de las comunidades.

Por último, junto con este fortalecimiento metodológico y empoderamiento comunitario, es importante seguir trabajando mucho en la integración de las organizaciones de base comunitaria a las redes del sistema formal de salud y otras redes comunitarias.

En síntesis, el trabajo que realizan estas organizaciones es absolutamente estratégico, no solo en las acciones llevadas adelante sino también en la construcción de

evidencias, y por aquí está el camino a seguir en respuesta a la pregunta de por dónde deben ir las investigaciones de este tipo de organizaciones. Considero, que deben aportar fundamentalmente información de base y herramientas para la comprensión de una dinámica social compleja, esta información debe ser metodológicamente válida y construida con procesos de abajo hacia arriba, sobre una población a la que los Organismos de Gobierno históricamente tuvieron bastantes dificultades en acceder.

Dra. Marya Hynes

Directora del Observatorio Interamericano sobre Drogas (CICAD)

Pregunta:

Un alcance y un enfoque nacional según su criterio y tomando en consideración el enfoque de esta reunión, como pudieran los entes locales de gobierno responder de manera eficiente a los problemas asociados al uso de sustancias psicoactivas ante este nuevo escenario de la COVID-19, y qué tipo de herramientas deberían desarrollarse para que pudieran administrar la información y cuál sería su información estratégicamente prioritaria

Respuesta:

Para responder cómo los entes locales del gobierno pueden enfrentar de manera más eficiente los problemas relacionados con drogas, retomo la presentación del doctor Bueno sobre el tema del conocimiento local. Uno de los grandes desafíos que tenemos en nuestro hemisferio es la falta de información a nivel local en las conductas sobre el consumo y la situación de salud no son exactamente iguales de un país a otro. Las maneras en que se puede recolectar esta información podría ser a través de los observatorios locales, si es que existen en el país, y ahí podrían tener una función bastante fuerte en proveer información para diagnósticos a nivel local. Ahora, en la ausencia de estos observatorios la coordinación entre instituciones locales tanto entre instituciones como en áreas geográficas son importantes en el contexto de COVID-19 una de las cosas que realmente creo que debería estar recordando unos y la importancia de los registros clínicos locales. Ante la realidad no nos olvidemos que la mayoría de lo que sabemos sobre el problema de la COVID-19 y su relación con el consumo de drogas va a salir de la información hospitalaria o de las clínicas locales que reciben esos pacientes, entonces en esas instancias en cuestiones de información es fundamental sacar historias clínicas de los pacientes en cuanto se ingresan al hospital o a la clínica y eso debería incluir la historia del consumo de sustancias legales e ilegales.

Una de las cosas que hemos visto y creo que hay que tener cuidado, cuando comenzó la pandemia y el período de cuarentena, hubo mucha reacción y mucha charla de qué el consumo de drogas iba a subir, y eso puede ser cierto, pero también pueden no ser cierto y puede ser también de que haya situaciones en las cuales, ciertas drogas tienen un impacto diferente a lo que son otras sustancias. Por ejemplo, hay evidencia de que el consumo de alcohol puede haber aumentado, pero es mucho menos probable que el consumo de una droga como la cocaína haya aumentado de la misma manera. Entonces entender esas diferencias es absolutamente importante y es algo que debemos destacar con información. Es en ese sentido también a nivel local es importante hacer alguna especie de pedagogía con la población local sobre cuáles son las maneras de protegerse, el uso de máscaras, lavar las manos, la distancia social y dentro del contexto de la comunidad tener diálogos sobre cuál

es la mejor manera para esa comunidad, en la cual la mayoría de las personas son granjeros y tienen que trabajar afuera; las prácticas deberían ser distintas a un lugar urbano, en lo cual la gente vive de manera muy cercana, la práctica quizás deberían ser simplemente no salir a trabajar, o trabajar de su casa. Reconocer y conocer la situación local e individual son esenciales en ese sentido.

Pensando un poco en la segunda parte de la pregunta que fue sobre herramientas ¿Qué herramientas deberían desarrollarse para la administración de información y cuál sería la información estratégicamente prioritaria? A nivel local la información cualitativa empieza a tener una importancia mucho más fuerte que a nivel nacional. Una de las cosas que se habla en la epidemiología es que para conocer a nivel de una población grande la información cuantitativa es esencial y casi la única manera de poder sacar conclusiones sobre una población grande, pero cuando estamos hablando de una población particular, que puede ser particular por su geografía o puede ser particular por la marginalización, la información cualitativa sobre las experiencias de esa población empieza a tener una importancia absolutamente fundamental.

Otra cosa que podrían hacer desde los observatorios nacionales es trabajar con las entidades locales, si es que existen observatorios locales, o algún nivel similar como una oficina de recolección de datos, personas, centros de información locales en el alcance del observatorio nacional, para apoyar a esos centros de información locales también es una manera que se puede enviar esta información. Otras maneras de poder tener información local con el apoyo del observatorio nacional, es utilizar o identificar ciudades centinelas, las cuales se sabe que son claves para el movimiento de ciertas acciones que sean el movimiento de la enfermedad y el movimiento de consumo de drogas y utilizar esas ciudades como centros claves que pueden alertar sobre cambios en la situación. Hablé de la información cualitativa y las encuestas de hogares a nivel de una ciudad podrían por ejemplo contener mayores variables, y variables más cualitativas que indagan un poco sobre la situación en la población.

Y finalmente vuelvo a lo que dije al principio que la COVID-19, al menos en términos de información y cómo entender una epidemia, lo podemos tomar como una oportunidad de hacer pedagogía. Es importante recordar a nivel local, tanto como a nivel nacional la importancia de recolectar información. Los centros de información más importantes en estas instancias van a ser los centros locales, tales como los hospitales, las clínicas y otros lugares que reciben pacientes y empezar a levantar información que debería ser información básica para cualquier centro de salud, es dónde vamos a tener la mayoría de información que nos informa sobre el impacto a la salud largo plazo que puede tener la COVID-19 y la relación entre los resultados de los pacientes con COVID-19 y también tienen historias de consumo de drogas, en ese sentido yo apuntaría hacia esos centros a nivel local que recolectan información, o deberían recolectar información y utilizar sus observatorios nacionales como una entidad que puede catalizar y nutrir la acción a nivel local.

Dra. Consuelo Guerri Sirera
Investigadora Centro de Investigación Príncipe Felipe. Valencia.

Pregunta:

Con su larga trayectoria en la investigación básica sobre los mecanismos que participan en las neuropatologías asociadas al abuso de drogas, y específicamente de alcohol, ¿Se ha gestionado adecuadamente durante la COVID-19 la posibilidad de este tipo de investigación? ¿Qué aporta el teletrabajo en la Investigación básica y cómo cree que afectará el confinamiento a las neuropatías asociadas al consumo de alcohol?

Respuesta:

Lo primero es agradecer la invitación de poder participar en este Seminario online de Diálogo con Expertos acerca de Políticas Locales sobre Consumo de Drogas y COVID-19 realizado hoy, en el que participan numerosas e importantes entidades como la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA), en coordinación con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el Ajuntament de València y la Universitat de València (España), entre otras muchas.

Trabajo en un centro de investigación en Valencia, Centro de Investigación Príncipe Felipe, y el tema que me ha interesado durante los últimos 30 años, ha sido el estudio de las bases biológicas y moleculares de las acciones del alcohol y de otras drogas, en el cerebro adulto y en desarrollo, incluyendo los efectos del abuso de alcohol en el cerebro adolescente. Para ello utilizamos animales experimentales hembras y machos adultos o adolescentes y plasma de chicos y chicas con intoxicación por alcohol o plasma /suero de individuos alcohólicos

La gestión de la COVID-19, ha sido difícil, ya que la parte experimental y de los análisis de las muestras de animales o de humanos se tiene que realizar en el laboratorio, aunque los cálculos y la redacción de trabajos se hayan abordado en casa. Las recomendaciones y medidas que se adoptaron por la dirección de mi Centro, fueron la de seguir trabajando, pero con nuevas normas. Por ejemplo, además de utilizar las mascarillas, el personal del laboratorio debería trabajar en bancadas separadas, que deberían ser desinfectadas antes y después de finalizar la jornada de mañana o de tarde. Los aparatos deberían de ser desinfectados todos los días por el personal de mantenimiento, especialmente los termocicladores que se usan para detectar el material genético o PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa), ya que algunos grupos estaban trabajando en proyectos financiados sobre la COVID-19, aunque para esta técnica se utiliza el RNA viral inactivado.

La pandemia que estamos sufriendo nos ha hecho replantear, muchas costumbres muy arraigadas en nuestra sociedad. Por ejemplo, los Proyectos Fin de Master y las Tesis Doctorales, no se han hecho presenciales, y se han realizado utilizando

programas informáticos, en donde el alumno presenta su proyecto y los miembros del tribunal pueden preguntar al finalizar la presentación. Así mismo, en las universidades, las clases se ha impartido utilizando los mismos programas. Muchos congresos nacionales e internacionales han sido suspendidos, algunas reuniones nacionales, europeas e internacionales, como la que estamos teniendo, se utilizan programas informáticos que permiten conectar, vía internet, con participantes de otras organizaciones nacionales o internacionales.

Respecto a la pregunta ¿Qué aporta el teletrabajo en la Investigación básica y cómo cree que afectará el confinamiento a las neuropatías asociadas al consumo de alcohol? Como ya se ha comentado, aunque se han desarrollado muchas tareas que se pueden realizar de forma no presencial, el trabajo de investigación básica y el de análisis de las muestras, es imprescindible realizarlos presencialmente en el laboratorio ya que se requieren del desarrollo de técnicas (extracción de DNA, RNA, ELISAs) y manipulación de aparatos complejos (microscopios electrónicos, centrifugas, temocicladores, espectrofotómetros, etc.), que solo en algunos casos se pueden controlar desde casa

Sin embargo, no toda la investigación biomédica necesita solo el laboratorio, ya que actualmente los análisis de secuenciación masiva (Next Generation Sequencing) de cerebros o zonas cerebrales de animales o humanos junto con análisis bioinformáticos de genes o proteínas implicadas en Addiction, nos ha permitido identificar genes que están sobre-expresados o reducidos por el abuso de alcohol o de otras drogas, pudiendo identificar dianas moleculares y permitiendo el desarrollo de nuevos fármacos.

Finalmente, creo que el confinamiento puede empeorar los efectos del abuso de alcohol y sus consecuencias en el cerebro. Hemos comprobado que, durante el confinamiento, las personas beben más, posiblemente para eliminar la ansiedad que ocasiona esta situación, con el consecuente empeoramiento tanto de su hígado como de su cerebro, pudiendo agravar las consecuencias neuropatológicas y hepáticas asociadas con el consumo de alcohol.

Espero y deseo que se desarrolle pronto una vacuna, que haga que estas circunstancias de confinamiento sean pasajeras, y nos permita reunirnos personalmente con otros investigadores, y poder exponer en congresos o reuniones nuestros resultados clínicos o experimentales.

Muchas gracias.

Dr. Ángel Álvarez
Consultor en análisis de políticas públicas (Canadá)

Pregunta:

¿Qué considera esencial para la fundamentación de políticas locales sobre drogas en el contexto de la COVID-19? ¿Cuáles serían las acciones gubernamentales frente al COVID-19 y política de drogas en situaciones de catástrofe?

Respuesta:

Antes del inicio de la pandemia de COVID-19, los estudios comparativos sobre las políticas de droga en América Latina pusieron de manifiesto la urgencia de reformas que, basadas en evidencias científicas sobre salud, seguridad, eficacia administrativa, derechos humanos y justicia social, tomaran en consideración el impacto que situaciones de catástrofe social, económica, humana y de salud pública, tienen tanto sobre los usuarios de sustancias, como sobre la red de salud y asistencia social que debe atender sus necesidades.

Esta dimensión del complejo problema del abordaje del uso de drogas por los gobiernos no ha tenido suficiente atención, no solo en América Latina, sino en otros muchos países. No obstante, Centro y Sudamérica han sido regiones con elevada propensión a sufrir situaciones naturales (terremotos, erupciones volcánicas, sequías, deslaves e inundaciones, entre otras), políticas (revueltas, protestas continuadas, inestabilidad de los gobiernos nacionales), y situaciones complejas en las actividades socioeconómicas (crisis fiscales y monetarias, desequilibrios macroeconómicos, escasez e inflación; entre otros).

Las catástrofes, sean naturales o provocadas por los humanos, ponen a los gobiernos en situaciones de tensión que les exigen respuestas rápidas y efectivas. Y más importante aún, las crisis afectan desproporcionadamente más a las poblaciones vulnerables que a la población general. Los usuarios de sustancias, especialmente aquellos de escasos recursos o en situación de calle, tienden a ser víctimas silentes, preteridas o ignoradas en situaciones catastróficas.

Estas breves notas se dirigen principalmente a subrayar la necesidad de que los gobiernos incorporen a sus políticas de drogas no solo la ya evidente y conocida perspectiva de salud, sino que dentro de ella incluya el diseño de sistemas de respuesta a los usuarios en situaciones de catástrofe que no dejan de tener una enorme importancia, por imprevisibles y no permanentes que sean este tipo de crisis.

La agudización de las exclusiones en las situaciones de catástrofe

En décadas recientes ha crecido en consenso entre los expertos acerca del evidente fracaso de las políticas de “Guerra a las Drogas,” impulsada por el gobierno de los Estados Unidos desde los tiempos del presidente Richard Nixon y reforzada por la administración de Ronald Reagan, y la necesidad de reformas sustanciales de las políticas latinoamericanas sobre drogas. No obstante, en ese plano aún queda

mucho por avanzar. Pese a las reformas introducidas en varios países, aun muchos gobiernos y políticos de oposición en las legislaturas nacionales y en sus campañas políticas, siguen enfatizando la interdicción y la confiscación, así como reforzando el estigma social sobre los usuarios, por encima de las acciones sostenidas en las áreas de prevención, intervenciones y reinserción social.

La inversión pública en la lucha contra las drogas, siguen consumiendo recursos que podrían dedicarse al cuidado y soporte de sistemas de prevención, atención médica, apoyo a las comunidades más afectadas y reinserción socio-laboral del usuario. Los gastos policiales, militares y de administración de justicia causados por la lucha contra las drogas exceden con creces aquellos dedicados a implementar medidas probadas para abordar la propagación del VIH y otras enfermedades transmisibles asociadas al consumo de sustancias, los daños a la salud física y mental y muchos otros daños graves a la salud pública. En los líderes ha privado la convicción de que exhibir cargamentos incautados o traficantes detenidos produce más rédito político que implementar servicios de atención y asistencia. Esta tendencia en las preferencias de los políticos es reforzada por los medios que, con excepciones, privilegian el impacto de las noticias con mayor carga emocional, como las guerras entre carteles, las detenciones, las “bajas” y las incautaciones. Como resultado, las políticas de reducción de la demanda, en general, y en particular aquellas orientadas por los principios de salud pública son la excepción y no la norma en la región.

Si la situación era preocupante antes de la pandemia, durante la crónica desatención de los problemas de salud asociados al uso de sustancias, se ha agudizado. Lo más probable es que, como ha ocurrido en países con mayor músculo financiero y fortaleza institucional del sector salud, durante la pandemia exista una relajación de los procedimientos y programas para tratar la adicción. El acceso a las sustancias ilegales e incluso a los tratamientos y medicamentos para manejar el consumo de estas, añade factores de riesgo tanto para el usuario como para los proveedores de salud y asistencia. Es probable que algunos centros de tratamiento, grupos y comunidades terapéuticas hayan suspendido sus actividades y enviado pacientes a sus casas y tal vez algunos terminaron en la calle.

La continuidad del tratamiento y el acceso a los servicios se han interrumpido en varios sectores de la salud y la salud pública. Es lógico esperar que lo mismo, si no peor, haya ocurrido en el tratamiento de los usuarios de drogas. Al mismo tiempo, los usuarios están padeciendo de las vulnerabilidades de siempre y tal vez agravadas por el aislamiento social, la ruptura o alteración de las cadenas de suministro y elevaciones de precios. A ello se suma, el aumento del desempleo, la disminución de las remuneraciones de los trabajadores a destajo e informales, y la falta de acceso a servicios y medicamentos. No se disponen de cifras para probar estas conjeturas, pero sí de datos cualitativos obtenidos de fuentes secundarias (prensa y redes sociales).

Por otro lado, hay evidencias de que, en los países desarrollados de Norteamérica, ha habido una reducción de los arrestos por tráfico y posesión de sustancias, así como una relajación de las regulaciones para el suministro y obtención de los

medicamentos para el tratamiento de los desórdenes del consumo de opioides. Al mismo tiempo, en estos países se produjo un incremento importante de casos de sobredosis.

Conclusiones

La COVID-19 ha creado una oportunidad para llamar la atención de los gobiernos acerca de la urgencia de reformar las políticas de drogas, fortalecer en enfoque de salud pública en su formulación e implementación e incorporar el manejo de las muchas contingencias asociadas a situaciones de crisis y catástrofe. Al mismo tiempo, paradójicamente, ha agudizado la crónica invisibilidad de los usuarios de sustancias para los decisores políticos y los administradores de los sistemas de salud y seguridad social.

Los efectos perjudiciales de la tradicional invisibilidad del problema de salud de los usuarios de drogas no se sabrán con certeza hasta que la región vuelva a la normalidad. No obstante, en una región post-COVID las bases éticas y científicas de una reforma de las políticas de droga no deberían seguir siendo ignoradas por los decisores. Cualquier actualización de las políticas a futuro debe colocar los problemas asociados al uso de sustancias, incluso aquellos comúnmente referidos a la seguridad pública, en el marco de la salud de la población. El objetivo central de las políticas de droga post-COVID debe ser, ante todo, proteger la vida reduciendo las consecuencias nocivas del consumo de sustancias como la sobredosis y la propagación de enfermedades infecciosas, asegurando la continuidad de los servicios de tratamiento y apoyo en medio de calamidades y catástrofes. Junto a las normas y procedimientos de acción e intervención bajo condiciones ordinarias, toda política de drogas debe delinear los elementos fundamentales de planes de contingencia para enfrentar situaciones excepcionales que pongan en riesgo la salud y seguridad personal de los usuarios y del personal a su servicio.

Dr. Rafael Alexandre Benavent
Senior scientist & Accredited professor
Ingenio (CSIC-UPV). UISYS Research Unit (Universitat de València)

Pregunta:

En los últimos meses, ha habido una difusión masiva de artículos científicos en diversos repositorios, sin haber pasado por procesos de revisión de pares ¿Que veracidad podemos dar a estos trabajos? ¿No es arriesgado clínicamente y terapéuticamente hablando?

Respuesta:

Quiero dar las gracias a los moderadores de este webinar y a las instituciones organizadoras por la invitación a participar en él y poder aportar mis puntos de vista.

La respuesta inmediata a la pregunta que me han formulado es que es muy arriesgado basar nuestras decisiones en información que no haya sido contrastada y publicada como trabajos científicos revisados por pares.

A propósito de este asunto, una búsqueda realizada en PubMed a principios de junio de 2020 con los términos con los que se nombra la enfermedad o el virus que la produce (COVID-19 y SARS-cov2), recuperaba más de veintiséis mil artículos, todos ellos publicados en 2020. La misma búsqueda, actualizada a mitad de septiembre de 2020, obtenía más de cincuenta y cinco mil artículos.

Sin embargo, de ellos, solo se han publicado 112 ensayos clínicos (el 0,2% de los trabajos recuperados). La mayor parte de los trabajos son cartas al director (9.903), editoriales (3.994), preprints (1.043), noticias (580) y estudios observacionales (332).

Por lo tanto, aproximadamente una tercera parte de los registros no son trabajos de investigación en sentido estricto. Esto es debido a que un gran número de profesionales e investigadores han escrito un gran número de trabajos contando sus observaciones iniciales de la enfermedad, sus experiencias y puntos de vista, pero se han publicado pocos trabajos basados en la evidencia científica o en pruebas.

Si consideramos que los ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECCA) son el patrón de oro para asegurar la eficacia y seguridad de los tratamientos, de las intervenciones sanitarias, de los dispositivos o de las medidas preventivas en seres humanos, y si tenemos en cuenta que los ECCA de diseño riguroso necesitan varios meses de ejecución, está claro que no hemos llegado a este momento, incluso pasando por alto la fase IV de los ECCA o análisis de resultados tras la comercialización.

En definitiva, se necesitan todavía muchos ECCA y estudios de confirmación y hemos de tener mucha cautela al analizar los resultados de las búsquedas y tratar de buscar siempre la evidencia y las pruebas en fuentes contrastadas elaboradas por instituciones oficiales y centros de investigación.

En relación con las adicciones, la búsqueda combinada con el descriptor de Medline Substance-Related Disorders recuperaba 114 artículos que trataban sobre todo de la susceptibilidad especial y vulnerabilidad de los consumidores de drogas para sufrir la enfermedad y los problemas de la enfermedad en los consumidores. Estos se enfrentan a un daño considerable, tanto por la propia pandemia como por sus consecuencias sociales y económicas, incluida la marginación en los sistemas de atención de la salud y numerosos problemas sociales (Melamed et al, 2020).

Los artículos científicos recuperados tratan sobre todo de los siguientes temas:

- Consecuencias de las restricciones en los consumidores
- Las terapias virtuales como alternativas de tratamiento
- Desafíos durante la pandemia para mantener los tratamientos de deshabituación
- Métodos para la reducción de daños
- Aumento del consumo de drogas legales, sobre todo alcohol y tabaco
- Aumento de la adicción a Internet (Sun et al, 2020)
- Problemas psíquicos aparecidos o acrecentados durante la pandemia

Los problemas psíquicos son especialmente importantes y se han descrito diversos trastornos (Fatke et al, 2020), como aumento de la ansiedad en pacientes psiquiátricos; más casos de violencia doméstica a menudo asociados con un mayor consumo de drogas o alcohol en los delincuentes y las víctimas; un síndrome «apocalíptico» nihilista de pacientes ancianos aislados de sus familias; alucinaciones visuales y acústicas debidas a la neumonía y estados confusos relacionados con la sepsis. Otros estudios indican que la pandemia de la COVID-19 está asociada con la angustia, la ansiedad, el miedo al contagio, la depresión y el insomnio en la población general y entre los profesionales de la salud. El aislamiento social, la ansiedad, el miedo, la incertidumbre, el estrés crónico y las dificultades económicas pueden conducir al desarrollo o la exacerbación de trastornos depresivos, ansiedad, consumo de sustancias y de otros trastornos psiquiátricos en poblaciones vulnerables, incluidas las personas con trastornos psiquiátricos preexistentes y las que residen en zonas con una alta prevalencia de la COVID-19 (Sher, 2020).

También se ha reportado que las personas adictas a drogas se enfrentan especialmente a dificultades para acceder a los servicios de salud, lo que las hace propensas a adquirir drogas por medios ilegales (Dubey, 2020). Por otra parte, el uso de sustancias por parte de los adolescentes durante la pandemia los pone en riesgo de contraer la COVID-19 por el cara a cara directo (Dumas et al, 2020).

La COVID-19 también puede causar diversas enfermedades secundarias, como infecciones, sobre todo en personas consumidoras de opiáceos, aumentar las tasas de sobredosis de esta sustancia, detener o entretener las investigaciones determinantes que están en curso y evitar que se exijan reparaciones legales a sus fabricantes y dispensadores (Becker y Fiellin, 2020).

Referencias

Becker WC, Fiellin DA. When Epidemics Collide: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and the Opioid Crisis. *Ann Intern Med.* 2020;173(1):59-60.

Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(5):817-823.

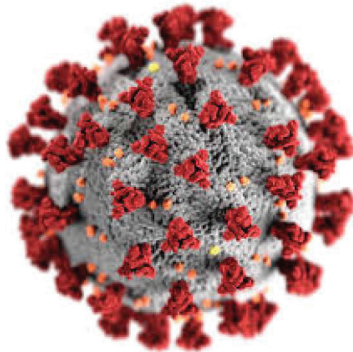
Dumas TM, Ellis W, Litt DM. What Does Adolescent Substance Use Look Like During the COVID-19 Pandemic? Examining Changes in Frequency, Social Contexts, and Pandemic-Related Predictors. *J Adolesc Health.* 2020;67(3):354-361.

Fatke B, Hölzle P, Frank A, Förstl H. COVID-19 Crisis: Early Observations on a Pandemic's Psychiatric Problems. *Dtsch Med Wochenschr.* 2020;145(10):675-681.

Melamed OC, Hauck TS, Buckley L, Selby P, Mulsant BH. COVID-19 and persons with substance use disorders: Inequities and mitigation strategies. *Subst Abus.* 2020;41(3):286-291.

Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM.* 2020; hcaa202.

Sun Y, Li Y, Bao Y, Meng S, Sun Y, Schumann G, Kosten T, Strang J, Lin Lu, Jie Shi. Brief Report: Increased Addictive Internet and Substance Use Behavior During the COVID-19 Pandemic in China. *Am J Addict.* 2020;29(4):268-270.



Dr. Francisco Cumsille

Bioestadístico. Ex Director del Observatorio Interamericano sobre Drogas (OEA-CICAD).

Pregunta

Los observatorios de drogas suelen tener un alcance y un enfoque nacional. Según su criterio, con base en su larga experiencia como Director del Observatorio Interamericano sobre Drogas ¿Cómo pudieran los entes locales de gobierno responder de manera más eficiente a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, ante este nuevo escenario de la COVID-19? ¿Qué tipo de herramientas deberían desarrollarse para la administración de información y cuál sería la información estratégicamente prioritaria?

Respuesta

En primer lugar, me parece importante tener presente que cualquier información que se genere en el contexto de la pandemia debe considerar la situación específica de cada país, como siempre.

Como hemos visto a través de las noticias, que son la fuente básica desde la cual nos estamos acercando a lo que está ocurriendo, las respuestas de los países han sido bastante diferentes. Pero, además, esas respuestas dentro de los mismos países no han sido necesariamente constantes en el tiempo. Hay países donde ha habido cuarentenas largas en el tiempo y a nivel nacional, ha habido otros países con cuarentenas parciales y flexibles con cobertura variable, y en algunos casos con bastante poca adherencia, así que cuando hablamos de cuarentena, una pregunta básica es ¿Cuál es la adherencia que ha habido en los distintos países? Y hay otros países con muy pocas restricciones. Por lo tanto, cada país, cada región dentro de los países, incluso cada municipio en una región ha vivido este proceso de una forma diferente y de allí que nuestro modo de vida se ha visto también modificado en forma variable. Los modos de vida incluyen los temas asociados a las drogas. En resumen, el impacto ha sido diferencial.

Retomando la pregunta, parecería relevante disponer de información de diferentes ámbitos relacionado con las drogas, sin embargo, me atrevo a aventurar que mucha de esa información será difícil de obtener en la gran mayoría de los países. Dependiendo de cuál haya sido la política para abordar la pandemia, habrá un impacto o no sobre la oferta y la disponibilidad de drogas, por ejemplo. Cosa que ya se ha tocado. Lo cual podría estar asociado, por ejemplo, a un menor consumo, es probable, particularmente en algunas sustancias y en algunos tipos de usuarios, por ejemplo, los usuarios ocasionales.

De lo anterior surgen dos ámbitos de indicadores que podrían ser interesantes poder abordar. Por un lado, cuál es el impacto que la pandemia ha tenido en el tráfico y en el mercado de las drogas, cuestión que aborda el informe mundial que se acaba

de entregar. Por otro lado, está el impacto en el acceso y en el consumo de drogas. Una cuestión muy probable es que la venta por internet por ejemplo a través de las empresas de delivery haya aumentado en forma importante y este mecanismo de venta se consolide en el futuro como la forma de transacción más habitual, y por lo tanto de acceso a las sustancias. Esto incluye, no hay que descartarlo, a las bebidas alcohólicas a menores, cuestión que está ocurriendo hoy día, por lo menos lo que hemos escuchado en las noticias.

El organismo de drogas de Chile, SENDA, ha elaborado un conjunto de preguntas en un cuestionario online voluntario, en el que se indagan algunas de estas cuestiones, cambios en los patrones, cuáles son los cambios en los patrones de consumo que han experimentado las personas y los cambios en las formas de acceso a las sustancias. Por cierto, por corresponder a respuestas voluntarias de personas que entran al sistema a responder, y no a una muestra formal, la lectura de estos resultados, cuando estén listos, habrá que hacerla con mucha precaución. Sin embargo, puede ser una fuente importante de información respecto a lo que ha ocurrido en este proceso.

Por el otro lado, también en el caso de Chile, se acaba de lanzar desde el Ministerio de Salud, junto con la Universidad de Chile, un programa llamado SaludableMente, que la idea es que otorga apoyo psicológico a personas que lo requieran a través de un sistema de llamada telefónico, o a través de internet, donde hasta el momento se han realizado aproximadamente 17.500 consultas y el 1%, según la última información que tenemos, corresponden al control de las adicciones.

Un tema relevante, que habrá que mirar con atención es el indicador de demanda de tratamiento ¿Cómo se manifiesta la demanda post-pandemia y cómo se compara ésta con la demanda pre-pandemia?, pero no sólo desde el punto de vista del número de casos, sino fundamentalmente de los perfiles de aquellos que demandan, como también de la comorbilidad asociada, etc.

En definitiva ¿Qué nos dejó la pandemia en este ámbito? Creo que es posible obtener información durante este proceso y también una vez que concluya y según los casos específicos esta información pudiese fortalecer y modificar algunos aspectos de la política de drogas. En muchos países esta pandemia ha permitido, y en el caso particular de Chile, ha permitido visibilizar y profundizar lo que ocurre a nivel local y municipal. Cuestión que ya se ha manifestado en las presentaciones anteriores, y probablemente es a ese nivel donde podrían tener el mayor impacto estrategias nuevas en el mediano y en el largo plazo. Como siempre, los problemas usualmente son locales y las soluciones, como decían tanto Marya Hynes, como Francisco Bueno, deben de estar orientadas también desde y en el ámbito local.

Muchas gracias.

2. DOCENCIA

Dra. María Elena Medina-Mora

Jefa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina de la UNAM e Investigadora afiliada al Centro de Investigación en Salud Mental Global Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/UNAM.

Pregunta:

¿Cómo ha impactado la COVID-19 en las políticas locales para la prevención y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias?: La situación en México.

Respuesta:

La pandemia por COVID-19 ha afectado a América Latina de manera singular, en México no ha descendido en número de contagios; el largo confinamiento, el alto costo en la economía, y el gran impacto en la salud mental y en el bienestar de la población, obligan a respuestas innovadoras. Este texto hace algunas reflexiones sobre la situación previa de la atención a la salud mental en México, sobre el impacto por COVID-19, la respuesta durante la pandemia y sobre el futuro de la atención de la enfermedad mental.

En México el primer caso apareció en febrero, el confinamiento se inicia en marzo y hasta mediados de junio se habían reportado 175.202 casos con más de 16.448 defunciones. El impacto sobre la salud mental se asocia con la cercanía de la muerte, con el miedo a enfermarse, el confinamiento que trajo además de soledad, un incremento en la violencia (37% de incremento en el primer mes de confinamiento), y de la pobreza (de 41,9% en 2019 a 47,8% en 2020), con el cierre de la consulta ambulatoria de los hospitales psiquiátricos en donde se atiende el 67% de las personas con enfermedad mental, y la prioridad al COVID que dejó sin atención médica a muchas personas.

La salud mental antes de COVID. Antes de la Pandemia la situación de la salud mental era ya preocupante, la carga de la enfermedad mental alcanzaba al 16% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad, que incluye la mortalidad y a la discapacidad atribuible a la enfermedad mental con un presupuesto insuficiente para atender la salud mental que ha oscilado entre 2% y 2,4%, 8 veces inferior que la carga que representa, y con una dedicación prioritaria a la atención en el tercer nivel en donde se ejerce el 80%. Las encuestas señalan que los trastornos mentales afectan a alrededor del 30% de la población (en un momento de su vida). La brecha de atención y de calidad son elevadas, se estima que alrededor del 76% no recibe tratamiento y una brecha de calidad importante con solo 20,5% de quienes cumplen el criterio diagnóstico y manifiestan necesidad de tratamiento, lo reciben con un nivel mínimo de calidad principalmente por la falta de acceso a medicamentos.

El impacto de COVID. Si bien no se tiene aún una encuesta que nos permita dar cuenta del incremento de casos, diferentes estudios han reportado una prevalencia elevada de ansiedad (32% en encuesta telefónica nacional) y depresión (27%), cuando antes de la Pandemia la prevalencia de trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses alcanzaba 6.6% y la de trastornos del afecto 4.8%. El consumo de alcohol disminuyó según las estadísticas de ingresos hospitalarios por intoxicación en los lugares y meses durante la ley seca o medidas de disminución de disponibilidad en horarios de venta, coincide con datos que se desprenden de una encuesta telefónica que reporta que el 38.9% de la población bebió menos durante el confinamiento, 48.5% bebió igual y 11.9% aumentó. La información sobre consumo de drogas es menos amplia, las encuestas no muestran incremento, aunque si es un motivo de consulta en las redes telefónicas de ayuda.

La respuesta social organizada: Antecedentes. La respuesta de la Secretaría de Salud ha sido importante y organizada. Inicio por dar un contexto de los cambios en la atención que surgen de la colaboración con la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud con el Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, Centro Colaborador de la OPS/OMS, en el diagnóstico de la situación de la Salud Mental en el país, en una iniciativa Iberoamericana para la patología dual liderado por la OPS y el Instituto, en la que participaron 13 países y una red de especialistas en servicios y que llevaron a la introducción de la atención de la patología dual en instituciones tan importantes como Centros de Integración Juvenil y posteriormente los servicios comunitarios de la Secretaría de Salud. Al principio de la presente administración, la Secretaría de Salud anunció la unión de la atención de las adicciones y de la salud mental con un enfoque centrado en la persona y sus necesidades.

Sirvió también de antecedente un modelo de atención de emergencia en desastres que se basa en la experiencia en los sismos que afectaron al país en 2017 apoyado por la oficina en México de la OPS y la Secretaría de Salud, que establece un equipo coordinador, organiza al trabajo voluntario, capacita y da seguimiento a la atención. Se suma un modelo de la Facultad de Psicología de atención en línea y la iniciativa de capacitación de médicos de primer nivel en la atención de la salud mental, en las Facultades de Psicología y de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El modelo de atención de la Secretaría de Salud. El Ministerio de Salud coordinó una red de instituciones y expertos en centros de tratamiento y salud mental. Las acciones englobadas en el plan de salud mental incluyen la cooperación interinstitucional, la formación de socorristas y la formación continua de las personas que brindan atención, una línea telefónica de cribado, intervenciones psicosociales en línea y referencia a diferentes niveles de atención en espera de la gravedad de los trastornos. A fines de junio, se habían examinado más de 65.000 personas; las principales preocupaciones de las personas que accedían al servicio en línea eran los trastornos mentales, principalmente depresión, violencia y problemas relacionados con el consumo de sustancias. El gran reto es poder llevar el modelo de atención en la urgencia a un modelo que perdure y permita cerrar las brechas de atención y de calidad.

Para la siguiente etapa se necesita ampliar el presupuesto, caminar hacia la cobertura universal de atención, des-institucionalizar a enfermos abandonados en hospitales, asegurar las condiciones en la comunidad y los ajustes razonables en los lugares de trabajo a fin de garantizar que puedan vivir en comunidad, establecer como programa prioritario la atención de primer nivel, aumentar camas en hospitales generales y desarrollar un programa amplio de atención comunitaria enfocada en la persona.

Referencias

Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema Único de Investigación, México Semana del 14 al 20 de junio de 2020. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/565016/sem25.pdf>.

CEPAL, Informe especial COVID-19, 2020

ATLAS, Mental Health 2017, WHO, Geneva, Switzerland.

Vigo, D., La Carga de los trastornos mentales en la región de las Américas, 2018, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 2018

Borges, G., Medina-Mora, ME (Corresponding) Twelve-month mental health service use in sex countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29, e, 53, 1-15, <https://doi.org/10.1017/S20145796019000477>

Teru, G., Perez, V., Gaitam, P., Efectos de Covid en el Bienestar de los Hogares. Ibero Ewuide www.equide.org

Medina-Mora ME., et a., Prevalence, service use and demographic correlates of 12 month DSMIV Psychiatric disorders in México: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 2005, 35,1-11. DOI:10.1017/S0033291705005672.

Medina-Mora, 2020

Shamah T, Gómez LM, Mundo V et al. ENSARS-COV-2 Resultados de la evaluación basal de la encuesta nacional de las características de la población durante la pandemia de covid-19. México: Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública, 2020 Available at: <https://www.insp.mx/avisos/5463-resultadosencuesta-ensars-coronavirus-ensanut.html?fbclid=IwAR0UurRQV/mG6Upnej3DSPoXZvXdMzMsEZTC5gEozrj51aNSm2RMCJmABFQ>.

M, Martínez N, Fernández M, Sánchez Y, Arroyo M, Natera G. Consumption of alcohol, tobacco and other substances during the coronavirus pandemic (COVID-19); 2020. Project in process, reproduced with permission of the main researcher. <https://icad.oas.org/oid/Docs%20de%20eventos/08.07.2020%20Investigacion%20y%20>

Morales Chainé, S., Test de tamizaje eb salud mental: Hacia una medida de impacto psicoemocional de la pandemia En En: Instituto Nacional de Psiquiatría. Ciclo de videoconferencias. El impacto de las emergencias sanitarias sobre la salud mental

derivadas de la infección por COVID-19 y otras pandemias; 2020. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=SGet630P-os&t=469s>.

Luis Alfonso-Bello, Néstor Szerman, Rodrigo Marín-Navarrete, Elisabet Arribas-Ibar, Alejandro Pérez-Lopez, Francisco Babín, María Elena Medina-Mora. Ibero-American initiative for dual disorders to improve public treatment programs *Salud Mental*, 40 (6), 249-256, 2017.

Rodríguez Bore L. La atención a la salud mental durante la emergencia por COVID 19 en México: Resultados de las acciones y lecciones aprendidas. 2020. [Internet]. En: Instituto Nacional de Psiquiatría. Ciclo de videoconferencias. El impacto de las emergencias sanitarias sobre la salud mental derivadas de la infección por COVID-19 y otras pandemias; 2020. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=SGet630P-os&t=469s>.

Quijada Juan Manuel. Desarrollo del Plan Nacional para la Atención de la Salud Mental y Psicosocial en Situaciones Críticas y Desastres; 2020. [Internet]. In: Instituto Nacional de Psiquiatría. Ciclo de videoconferencias. El impacto de las emergencias sanitarias sobre la salud mental derivadas de la infección por COVID-19 y otras pandemias; 2020. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=SGet630P-os&t=469s>

3. ASISTENCIA

Dr. Bartolomé Pérez Gálvez

Director de la Unidad de Alcohología del Hospital San Juan de Alicante

Profesor Asociado Universidad Miguel Hernandez (Alicante)

Pregunta:

La COVID-19 ha originado una modificación importante de la asistencia presencial a la tele-asistencia e incluso en la prescripción de fármacos. ¿Cuál es su experiencia en la práctica clínica online de los trastornos adictivos y a partir de ahora cree que se va a mantener este tipo de asistencia, un modelo combinado o solamente es útil la asistencia presencial?

Respuesta:

Inicialmente, debemos considerar dos aspectos. Por una parte, el previsible escenario de rebrotes que, en realidad, ya no es tan previsible sino real. Es una situación que estamos observando a nivel mundial y que nos obligará a mantener el cambio en la práctica clínica. Por otra parte, el hecho de que la crisis económica que acompaña a la pandemia y sus consecuencias sociales, ya se está evidenciando que van a ser mucho más intensas que las que vivimos como consecuencia de la crisis del 2008. Por tanto, vamos a observar cambios en el perfil de los pacientes y cambios en los medios de los que disponemos. Pero también hay que aceptar que debemos jugar con estas cartas y que la situación durará tiempo, así que no se trata de ofrecer una respuesta solo durante unos meses.

A lo largo de la pandemia, nuestra postura ha ido adaptándose a las circunstancias. El objetivo fundamental que nos planteamos se entra en mantener la oferta de tratamiento. Cualquier medida es mejor que cerrar los centros de asistencia. Desde el inicio de la pandemia, decidimos no parar ni un día, pero sí tuvimos que modificar hacia una versión no presencial del tratamiento. Hemos utilizado un contacto fundamentalmente telefónico o por videollamadas, reservando la atención presencial a casos más graves, a los que pacientes que iniciaban tratamiento, o a las recaídas.

Según ha ido transcurriendo el tiempo hemos advertido que también existen importantes limitaciones que debíamos considerar. Realmente es positivo incorporar las nuevas tecnologías de la comunicación al tratamiento de las adicciones. Sin embargo, hay que evitar algunos defectos como limitar el tiempo que dedicamos a cada paciente. Sin pretenderlo, podemos caer en una asistencia erróneamente “eficiente”, en la que predominen criterios de cantidad sobre los de calidad. En este desembarco de las nuevas tecnologías también debemos considerar la influencia de otros factores, como la formación de los profesionales, el perfil más comórbido de los pacientes con patologías de difícil tratamiento mediante intervenciones online, o la alfabetización digital de la población que no es la adecuada. El hecho de

que tengamos una elevada cobertura de utilización de smartphones y otros tipos de tecnologías, no significa que estemos acostumbrados a usarlo por una relación personal del nivel de la intimidad que hace falta en una relación terapéutica.

Algo que también se ha apuntado es la complejidad de la intimidad de la llamada. Desde mi despacho, evidentemente puedo estar llamando tranquila y cómodamente, pero la persona que recibe la llamada no siempre va a estar en un lugar íntimo, en un lugar adecuado para estar conversando.

Creo que la empatía es fundamental. Nunca va a ser la misma por medios digitales que por medio de un acto presencial. Y el núcleo del tratamiento es, fundamentalmente, la empatía. Por tanto, ahí vamos a tener siempre unas limitaciones importantes.

En nuestro caso, empezamos con un enfoque muy “tecnológico” que hemos ido adaptando a la evolución, porque nos quedan 18, 24 meses... no creo que sea menos tiempo. Debemos mantener unas limitaciones importantes, sobre todo fundamentadas en la necesidad de un distanciamiento social. Y esa limitación, en la práctica, afecta a los espacios en los que los pacientes están esperando a ser atendidos. Podemos mantener una distancia física con los pacientes, pero la gente que entra en el hospital lógicamente tiene contacto con otras personas.

Hemos hecho un balance de las ventajas y desventajas que tiene el tratamiento online y decidimos adoptar un enfoque mixto, recobrando en gran medida la asistencia presencial. Evidentemente, no podemos trabajar con el mismo volumen de casos que antes por el problema del distanciamiento, pero vamos desarrollando un modelo mixto en el que, según criterios de gravedad y de la evolución individual del paciente, en cada momento ponemos en juego más instrumentos on-line o presenciales.

En consecuencia, los tratamientos los estamos desarrollando con un primer contacto presencial que se extiende hasta la estabilización del paciente. Según vayan transcurriendo los meses, implementamos consultas presenciales de seguimiento algo más distanciadas en el tiempo que lo habitual, pero con contactos intermedios de tipo telefónico o por videollamada, dependiendo de la comodidad de los pacientes.

Estamos obligados a aprovechar la tecnología en el seguimiento de los casos que precisan una atención menos intensiva. Ahora bien, la crisis que se nos viene encima y la complejidad de los casos obligan a que despertemos ya, a que utilicemos las medidas de protección que hagan falta, pero que recobremos el peso específico de la actividad presencial. Son pacientes que necesitan esa empatía de feriantes y evidentemente esa empatía no vamos a poder transmitirla nunca -cuando menos en las fases iniciales de tratamiento- con medios digitales.

Muchas gracias.

Dra. Giselle Amador

Médica. Ex directora del IAFA, Docente universitaria, Ex Ministra de Salud Directora de Maestría en Drogodependencias UCIMED (Costa Rica).

Pregunta:

Usted ha tenido la oportunidad de mirar el problema de las drogas desde una perspectiva muy amplia, como médica, directora del IAFA, investigadora y docente universitaria, incluso como ministra de salud de Costa Rica. ¿Cuáles son en su opinión los principales desafíos que el COVID-19 plantea a los responsables de desarrollar e implementar políticas locales para la prevención y el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas?

Respuesta:

Muy buenos días. Muchas gracias a los organizadores del evento, pues es muy importante lo que estamos escuchando y que nos realimenta a todos, porque considero que a todos nos ha atrapado esta pandemia, sin tener los elementos para poder dar una respuesta adecuada a las nuevas formas de comunicación

Costa Rica ha tenido una pandemia bastante controlada, gracias al sistema de salud. El sistema de salud es un sistema universal y solidario, donde se atienden todas las personas bajo el mismo seguro médico. Y en el caso de la pandemia se ha incluido a extranjeros, aunque no estén asegurados, esto para lograr contener los casos y mejorar la calidad de vida de estos inmigrantes

Estamos logrando contener, al menos la primera ola pandémica, con una curva muy plana, aunque sabemos que la segunda ola viene con más fuerza y se tendrán que implementar nuevas medidas.

Los servicios que se han prestado por parte del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia el IAFA, que tiene centros en todo el país, gracias a la colaboración de la Universitat de València, y muy especialmente del Dr. Bartolomé Pérez de la Universidad Miguel Hernández de Alicante, quienes capacitaron a los funcionarios del IAFA.

En este momento se cuenta con veintidós centros en el país de tipo ambulatorios para tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, que han continuado haciendo intervenciones durante la pandemia. Además, los Centros de Atención Ambulatoria están recolectando en este momento los casos que llegan a las intervenciones presenciales y constatando que definitivamente ha disminuido la asistencia excepto de los casos más graves, las personas con alteraciones más agudas, y los pacientes con intoxicaciones siguen llegando El consumo de alcohol es principalmente la droga que más ha aumentado.

Todavía no tenemos los datos claramente explícitos, pero viéndolo cualitativamente, existe un aumento del consumo de alcohol y una disminución en las drogas ilegales.

En cuanto a las medidas para tratar de detener la pandemia, podemos decir que aquí el confinamiento ha sido voluntario, pero si se ha restringido la circulación de vehículos en horas de la tarde y de la noche y por número de placas vehiculares y de patente, lo cual ha disminuido la circulación de automóviles y otros vehículos motorizados. La educación de la población se ejecutó por parte de los municipios y algunos de ellos han logrado buenos resultados, unido a la distribución de alimentos por parte de grupos de la comunidad.

En la educación de las personas en prevención, se han utilizado métodos como zoom y otras plataformas tecnológicas. Así mismo en la educación universitaria de grado y postgrado con estudiantes y profesionales de la salud también se recurre a intervenciones tecnológicas y a distancia, tal es el caso de la Universidad Estatal a Distancia (UNED) con su Maestría en Adicciones y la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), donde los encuentros sincrónicos utilizando la plataformas para forma médicos, farmacéuticos, enfermeras y personal de salud en general. Con esa Universidad tengo ya siete años de estar trabajando transversalmente currículos universitarios en todas las carreras, lo cual ha hecho que haya una respuesta importante de estos estudiantes hacia el tema, tanto así que se prevé abrir una Maestría en Drogodependencias.

En otras universidades los estudiantes estaban trabajando desde antes de inicio de la pandemia con adolescentes de algunos colegios, lo cual se ha continuado con dificultades. Aquí hay que destacar la capacidad tecnológica que tienen estos muchachos jóvenes, porque ellos en el momento en que las clases se suspendieron y tuvieron que irse a sus casas, siguieron participando por medio de plataformas que tiene las universidades.

Y por último es importante señalar y con esto termino, que los jóvenes tienen mucha más experiencia en la tecnología ya que muchos nacieron con estas cualidades y de seguro no les está yendo mal. Porque somos nosotros los viejos los que estamos sufriendo y poniéndonos al día en estos nuevos métodos de comunicación y educación a distancia.

4. PREVENCIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Dña. Rocío Benito Corchete
Técnica en Prevención Escolar
Servicio de Adicciones (PMD-UPCCA-València)
Concejalía de Salud y Consumo
Ajuntament de València

Pregunta:

Con su experiencia en la gestión de programas escolares y tras lo acontecido con la COVID-19. ¿Qué perspectiva de adaptación hay de las actividades presenciales a las actividades online dentro de los programas de prevención escolar?

Respuesta:

De entrada, las perspectivas parecen buenas.

Quizás este sea un momento de inflexión para adaptarnos definitivamente a la educación que el siglo XXI nos va exigir. Adaptarnos a nuevos métodos de aprendizaje mediante Plataformas educativas Online, que ya ofrecen diversas herramientas de comunicación, tanto individual como colectiva.

Desde que todo esto empezó y vimos que la situación podía alargarse en el tiempo y además, podría repetirse empezamos a pensar en opciones online para gran parte de nuestros programas.

Ya contamos con diversos materiales que tienen un formato virtual y que lógicamente, podrán seguir utilizándose por los docentes o profesionales interesados. Sin embargo, los talleres presenciales con los que contamos están planteados para que el alumnado sea partícipe desde el inicio, es decir, son interactivos y dependen de esta interacción para que resulten atractivos y útiles. Esto precisamente va a ser el mayor reto para poder trasladar al formato online este tipo de actividades.

Por parte de la Institución, es decir, el Ayuntamiento de Valencia, se apoya y potencia este planteamiento. Por nuestra parte, la parte técnica, como antes dije ya hemos empezado a pensar en diferentes opciones para suplir, si fuera necesario, la falta de talleres presenciales. Aunque suplir lo presencial es la primera intención, el formato online viene para quedarse y como también dije al principio adaptarnos con él a los métodos de la educación del futuro.

Las opciones que contemplamos, de momento, son las siguientes:

- 1- Por un lado, están las Aulas Virtuales como la que hoy estamos utilizando, sobre los diversos temas que nosotros/as trabajamos como:
 - La Prevención del consumo de Drogas
 - El Uso Responsable de las Tecnologías

- La Prevención de la Adicción al Juego Online
 - La Escuela de Familia
 - Etc.
- 2- Una segunda opción es la de grabar nuestros talleres, por módulos cortos para poder visionarlos independientemente y dependiendo del tiempo del que cada uno disponga. Este formato de módulos evita el cansancio y puede motivar a nuevos visionados si la persona está interesada en el tema; todos ellos dispondrán de un espacio para resolución de dudas o preguntas.
- 3- La tercera opción y para nosotros la más interesante, es la de abordar todas estas problemáticas creando material online, atractivo, que proponga retos a los y las jóvenes y que invite a la participación. Actividades motivadoras como los Escape Room digitales, Quizz, Kahoot, etc., donde las personas usuarias tengan que superarse para avanzar y así aprender.

Para todo esto se pueden utilizar plataformas existentes o que se creen adrede, donde subir los materiales y acceder a ellos a través de un usuario y contraseña. Se creará espacios de resolución de dudas o foros, con la intención de mantener siempre la doble dirección de la comunicación y un permanente contacto.

Seguramente existan muchas más posibilidades, por ello tendremos que estar atentos para ir incorporando las nuevas herramientas que surjan y que nos ayuden a transmitir cada vez mejor los mensajes preventivos que queremos trasladar a la población.

Muchas gracias.

Dr. Mariano Montenegro
Director Colombo Plan para América Latina y El Caribe

Pregunta:

¿Cuál es la relevancia de la prevención ambiental territorial y estructural en la situación actual de la COVID-19?

Respuesta:

Es un placer estar con los amigos. Como siempre todos comprometidos con esta temática y somos imparables la verdad, y menos mal que somos imparables porque esto va a tener continuidad. Yo creo que una de las primeras cosas que nos trae esta pandemia es volver a recordar que las drogas también son otra epidemia, pero que creo que no la hemos tratado como tal, y creo que esta pandemia de la COVID-19 nos va a enseñar a cómo trabajar con una pandemia, porque la pandemia significa que está en muchos países y está contagiando a mucha gente y cada vez de forma ascendente, y produciendo daños en la salud de las personas y muchos casos de muertes.

Las drogas son eso, y a veces no lo hemos recordado porque creo que tomamos una perspectiva muy individual, de participar incluso en el debate del derecho a consumir, entonces nos olvidamos que la persona que consume y se hace problemática, no sólo arruina su propia vida, sino que arruina su pareja, su familia, su contexto comunitario y a la sociedad en su conjunto. Por lo tanto, creo que uno de los puntos fundamentales es volver a retomar que esto no es sólo salud individual, sino que salud poblacional, y yo creo que cuando hablamos salud poblacional estamos elevando la mirada.

Hoy día el Informe Mundial de las Drogas puso el énfasis en las inequidades sociales, porque este problema además arruina a los que menos tienen, lo mismo que la COVID-19, su mayor contagio, el mayor agravamiento y las mayores muertes. ¿Dónde están concentrados?, en la gente más pobre, en los vulnerables sociales. Lo mismo nos pasa con las drogas y curiosamente hemos caído en algunos debates elitistas, de empezar a conversar de mi derecho, tu derecho, pero no de una política poblacional. Entonces yo diría que el gran aprendizaje es que tenemos que abordar nuevamente este tema como una epidemia, con una política poblacional y yo diría que, en ese contexto, francamente el tema que se posiciona de una manera enorme es la prevención ambiental. Todo lo que significa los marcos regulatorios y legales, todo lo que son las restricciones económicas o la subida de impuestos, por ejemplo en el alcohol y el tabaco, restricciones físicas, es decir que en el ambiente se impida la facilidad del acceso, que impide la facilidad de consumir. Por supuesto que también aumentando los programas que aumentan las habilidades, porque acordémonos que está la prevención ambiental y está la prevención más programática, que es la que aumenta las habilidades.

Yo creo que nos hemos concentrado mucho tiempo en las prevenciones programáticas, las que aumentan habilidades, que son importantes especialmente habilidades parentales, que es una de las que tiene mayor fuerza de prevención, habilidades en el colegio de toda la gente adulta que está manejando al adolescente, en el trabajo, en distintos ámbitos. De acuerdo con las Naciones Unidas, la prevención está en distintas edades y distintos contextos.

La prevención ambiental es fundamental, yo creo que una de las cosas importantes que nos ha enseñado esta pandemia es que tenemos que cambiar estructuras, tenemos que estar muy focalizados en un acervo poblacional.

Otra cosa importantísima es cómo logramos que las cosas se hagan a nivel con pertinencia territorial, hay cosas que son de la prevención ambiental general, pero hay cosas que deben tener pertinencia territorial. La pertinencia territorial tiene que ver con los países, las regiones, pero después en los países con sus departamentos, estados, sus municipios y su localidad, yo creo que eso nos va a traer muy buenos aprendizajes, creo que esa es la manera que tenemos que abordar la COVID-19, ya que la esta pandemia nos ayudará a enfrentar también la epidemia de la droga de una manera distinta, y creo que vamos a tomar nota mucho de lo que se está viendo ahora, porque esto es un tema colectivo, este no es sólo un tema personal. Le hemos quitado el concepto colectivo al tema las drogas y creo que eso ha sido un debilitamiento errado, que tenemos ahora la posibilidad de rectificar.

Dr. Martin De Lellis

Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Pregunta:

En el marco de su experiencia académica y de gestión en materia de políticas de salud pública y teniendo en cuenta el contexto actual de pandemia y su efecto en los servicios de salud que abordan las problemáticas de consumo de sustancias ¿Qué recomendaciones sugiere para la adaptación de estos servicios? Y en relación a la continuidad de cuidados ¿Qué aspectos considera pertinentes para tener en cuenta en un contexto post-pandemia? Expónganos su opinión sobre la accesibilidad y la continuidad de cuidados en contexto pandémico.

Respuesta:

La pandemia de COVID-19 afectó a todos los continentes y países, e interpeló la respuesta del Estado y la sociedad para atenuar su impacto económico, político, social y sanitario. Además de un saldo infrecuente de víctimas, puso al descubierto la brecha entre las necesidades de la población y la escasa capacidad de los sistemas de salud para darles una respuesta adecuada.

Si bien la humanidad ha vivido antes muchas epidemias, algunas tan devastadoras como ha sido la gripe española, la actual pandemia presenta un acelerado e inédito nivel de globalización. La amenaza que conlleva para la salud pública mundial ha obligado a muchos Estados a declarar situaciones de Emergencia Sanitaria e imponer medidas de aislamiento cuyo objetivo ha sido contener la propagación del virus, y mitigar sus nocivos efectos sobre la salud colectiva.

Según las evidencias aportadas por investigaciones mundiales las medidas de aislamiento, si bien necesarias, inciden de forma negativa sobre la salud mental y los comportamientos de consumo de sustancias e impactan sobre los servicios de atención.

Entre el cúmulo de problemas adicionales que han sido ya reportados a través de estudios internacionales se hallan, en el plano individual, sentimientos de frustración, estrés, tristeza, desorganización psicológica, agravamiento de trastornos de ansiedad o depresión, trastornos de estrés postraumático e intentos de suicidio.

En el plano de las interacciones sociales, se agudizaron problemas vinculares preexistentes por el régimen de convivencia en aislamiento forzado y el quiebre de rutinas familiares y laborales, se reactivaron conflictos interpersonales y debilitaron las redes de apoyo y sostén, precisamente cuando más contribuyen a resolver problemas asociados al contexto de aislamiento. Tales situaciones, que impiden ejercer un mayor control sobre los determinantes impactan sobre las condiciones de la salud aumentan los padecimientos y, en muchas personas, el estado de indefensión aprendida.

Los padecimientos mentales se ponen de manifiesto ante un variado conjunto de problemas que afectan a personas que deben atravesar prolongadas situaciones de aislamiento social, a familiares de personas que han enfermado por COVID-19 pero a quienes se impiden la visita o acompañamiento, o bien a los allegados de quienes han fallecido y no han podido cumplir con los procesos de elaboración afectiva ante situaciones de duelo.

Respecto de los problemas de consumo, diversos países han reportado el incremento de las tasas de consumo de alcohol, especialmente en el ámbito doméstico, y es de suponerse que los patrones de consumo de alcohol juvenil, que son modelados por el entorno, están siendo profundamente alterados.

En un reciente documento, la OMS elevó un comunicado advirtiendo sobre los perjuicios del uso nocivo del alcohol y otras drogas psicoactivas como estrategia para lidiar con el confinamiento, señalando además que estos comportamientos podrían conducir a recaídas o al desarrollo de trastornos en individuos vulnerables. En Argentina, diversos estudios realizados recientemente permitieron observar que, tanto el consumo de alcohol como de drogas ilegales, han aumentado durante el periodo de aislamiento en la población en general.

Todos estos impactos negativos sobre el comportamiento y la subjetividad plantean un incremento potencial de la demanda hacia dispositivos especializados de salud mental y adicciones, lo cual nos obliga a reflexionar acerca de si se hallan estos dispositivos preparados para resolver las demandas, ya que en situación de pandemia se han exacerbado gran parte de las barreras preexistentes a la accesibilidad.

Existen tres factores concurrentes que explican el incremento de tales barreras: a) Las restricciones a la movilidad circulatoria; b) La menor disponibilidad de recursos humanos, técnicos y económicos en las instituciones sanitarias; c) Los procedimientos de triaje que, en la casi totalidad de los establecimientos generales de salud, no contemplaron como prioridad la atención de padecimientos mentales severos o el consumo abusivo de sustancias.

En un contexto preñado de obstáculos y dificultades de acceso, es necesario recobrar tres propuestas fundamentales que en Argentina se hallan presentes incluso en la ley nacional de salud mental, que se han hecho más visibles en este momento de crisis pandémica y se han constituido, de hecho, en nuevas oportunidades para la acción.

En otros términos, lo que pudo constituirse como una respuesta reactiva ante la situación de emergencia sanitaria acaso pueda convertirse en una oportunidad para transformar, a mediano y largo plazo, las prácticas en los servicios de salud mental.

a) Promover readecuaciones en los servicios hospitalarios generales y en los dispositivos de asistencia a las adicciones o los padecimientos mentales severos

En ocasión de la pandemia se ha puesto de relieve cómo las megainstituciones cerradas que congregan una gran población de padecientes crónicos agravan los

factores capaces de expandir de forma incontrolable el contagio por coronavirus: hacinamiento; escaso cumplimiento de pautas de autocuidado e higiene ambiental; casi nula disponibilidad de protocolos e insumos para gestionar la seguridad de pacientes y trabajadores; déficits en los cuidados de enfermería; dificultades para actuar ante la emergencia clínica y, por último, la constatación de que los internos suelen hallarse cronificados y padecen a menudo otras afecciones, lo que aumenta sus niveles de vulnerabilidad clínica y social.

Así, entre las medidas explícitamente recomendadas de adecuación institucional debería constar la ampliación de los servicios ambulatorios, lograr que los servicios de admisión efectúen una regulación más estricta de los ingresos, la implementación de unidades de corta estancia para evitar la cronificación e incentivar medidas de internación y seguimiento domiciliario para neutralizar los riesgos de la hospitalización.

En el caso de los establecimientos generales de salud, si bien las medidas de triaje impuestas por la emergencia suelen afectar la accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud el fortalecimiento de las Unidades de Guardia y Emergencia que contemplen una respuesta a las graves crisis subjetivas o de consumo abusivo de sustancias contribuirían a contener las crisis e impedir que se agrave aún más la atención de grupos humanos altamente vulnerados.

b) Favorecer dispositivos de base comunitaria que sustituyan progresivamente a los establecimientos asilares o las comunidades terapéuticas de régimen cerrado y carentes de un sentido sanitario.

La implementación de nuevos dispositivos de tratamiento y/o inclusión habitacional tales como centros de día, casas de convivencia, centros de día o modalidades de internación domiciliaria, que al emplazarse en sitios descentralizados pueden dar una atención más intensiva y coordinar acciones intersectoriales en el nivel local, más próximo a los sitios en los que residen y trabajan las personas con necesidades de atención.

Concebidos de manera más flexible y modulada, la acción de cada dispositivo organizado en red puede ser una respuesta más efectiva a las necesidades, ya que modulan los sistemas de apoyo requeridos para cada situación y favorecen la integración social, laboral y comunitaria.

Complementariamente a la implementación de tales dispositivos, fortalecer los procesos de externalización asistida, cuyo objetivo es trasladar a pacientes internados en instituciones cerradas y de larga estancia hacia unidades de corta estancia y con mayor integración a las redes comunitarias, lo cual representa una respuesta justificada también para prevenir mayores riesgos de contagio.

c) Desplegar unidades de tratamiento y seguimiento móviles o itinerantes para evaluar, derivar y/o atender emergencias clínicas en territorio

Esta respuesta móvil o itinerante resulta especialmente necesaria cuando no se dispone de transporte para trasladar al paciente a una guardia, no hay camas disponibles para una internación aguda o se ve dificultado el acceso a un

establecimiento general de salud y es necesario resolver la crisis allí donde esta se produce.

Para ello los servicios básicos y especializados deben complementarse adecuadamente con el objetivo de asegurar la continuidad de cuidados en este contexto pandémico coordinando la labor de los servicios formales de salud con toda una gama de ayudas sociales y recursos humanos (los auxiliares gerontológicos, los operadores terapéuticos, los cuidadores domiciliarios), que se convierten a veces en principal sostén para quienes atraviesan situaciones de especial vulnerabilidad.

En este mismo sentido y apoyado en las tecnologías digitales, el seguimiento de situaciones clínicas de forma remota puede convertirse en una alternativa real ante la imposibilidad de efectuar encuentros presenciales y ante las dificultades para realizar los controles ambulatorios fuera del domicilio.

Entre los desafíos que hoy plantea la pos pandemia, y que nos obliga a trabajar en su previsión y control hallamos: la elaboración de las pérdidas de los seres queridos que, acontecidas durante la pandemia, no han podido ser afrontadas mediante los necesarios rituales de duelo, promover las respuestas resilientes que personas, grupos o comunidades suelen también movilizar ante las catástrofes sociales y recobrar la confianza en el otro, con quienes deben reforzarse los sentimientos de apego y solidaridad para reconstruir los daños producidos.

En relación a la práctica de los servicios en el contexto pandémico se ha puesto aún más de manifiesto la necesidad de dar una respuesta integral ante los problemas emergentes, que sólo puede asegurarse mediante el trabajo interdisciplinario. Esto abre oportunidades para deponer las disputas corporativas -entre psicólogos, médicos y/o enfermeros- que han obrado como obstáculos para integrar a los equipos de salud y que estos den una adecuada respuesta, tanto a las víctimas directas como a los damnificados indirectos de esta pandemia

Y tener presente que el tratamiento de muchas situaciones de dolor, agravados por las barreras a la accesibilidad, deberán ser recobradas por profesionales y servicios que se inspiren en los principios rectores de la salud pública: equidad, humanidad, calidad y accesibilidad a la atención.

Referencias:

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.

Clay, J. M., & Parker, M. O. (2020). Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *The Lancet Public Health*, 5(5), e259.

De Lellis, M; Interlandi, C; Armendáriz, S; Celleri, M. Consumo de sustancias psicoactivas y de alcohol en jóvenes de 18 a 24 años durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio en la pandemia por COVID-19 Memorias del XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXVII Jornadas

de Investigación y XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Noviembre de 2020.

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N. (2020). Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11 y 50-55 días de cuarentena en población argentina. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>

Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive psychiatry*, 87, 123-127.

Ministerio de Salud (2020). Confirmación del primer caso importado de COVID-19 en la República Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

OMS. (20 de mayo de 2020). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>

OMS (2020) Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf>

Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International journal of mental health nursing*.

Dr. Antonio Lomba

Jefe de la Sección de Fortalecimiento Institucional (CICAD)

Pregunta:

¿Cómo afecta esta situación de pandemia y post-pandemia la capacidad institucional de los países? ¿Cuáles serían aquellos elementos que a su juicio se consideran clave para ser salvaguardados en estos momentos?

Respuesta:

Gracias por la invitación.

Quiero hacer una pequeña reflexión sobre la pregunta, que es muy adecuada, sobre la importancia de la capacidad institucional de los países en momentos como este.

En ciencia política siempre se suele hablar de varias dimensiones a la hora de hablar de capacidad institucional. No voy a hablar de todas ellas. Siempre se habla de capacidad del estado de las instituciones, de poder para entregar resultados, de la capacidad de regular, la capacidad de generar y analizar la información, y la capacidad de coordinar liderazgos de las autoridades responsables y de coordinación que hay detrás de las instituciones del estado.

Yo creo que, para generar mayor institucionalidad, y eso lo sabemos todos los que estamos aquí, hemos de contar siempre con recursos humanos cualificados y sobre todo evitar los altos índices o niveles de rotación que hay en la actualidad, sobre todo con cambios de gobierno. Que en definitiva creo que es importante profesionalizar los recursos.

Traigo a colación el último informe que hace el Banco Interamericano sobre antigüedad en el empleo y rotación laboral en América Latina, ahí hay algunos datos que conviene traer a discusión, qué, aunque, si bien en la región hay una evaluación positiva en el porcentaje de empleos estables versus asalariados o temporales en muchos países de la región, teniendo en cuenta aquellos en donde la antigüedad es de cinco años en el puesto de trabajo. Sin embargo, en muchos países todavía el aumento de puestos asalariados o temporales también está presente, y no se genera en este sentido esta estabilidad que estamos buscando. En todos los casos la antigüedad, también es bueno subrayarlo, es siempre mayor en los hombres que en las mujeres, al menos en los puestos de mayor cualificación, ocupando también mayor parte de los puestos de gestión.

Como estamos viendo, la COVID-19 está generando en el sector salud mayor número de empleos temporales o asalariados, para personales de primera línea de la pandemia, pero sabemos que esta pandemia como lo recordaba Bartolomé Pérez hace unos minutos, tendrá consecuencias económicas que repercutirán en la disponibilidad de recursos.

Martín De Lellis, en la última observación hablaba de los equipos profesionales de la post-pandemia, yo creo que ese es el tema fundamental hasta ahora, desde el punto de vista de la internación, pero también, desde el punto de vista de la prevención y la planificación. Creo que es imprescindible preguntarse con qué recursos vamos a contar en esta post pandemia, con qué perfiles o qué cualificaciones, y contemplar esa revisión también dentro del horizonte de largo plazo, y de la necesidad de generar recursos humanos estables y cualificados.

Para aquellas personas que son responsables o con una incidencia actual en la generación y consolidación de recursos humanos, tanto a nivel nacional como local, municipal, sería importante traer esa reflexión y analizar primero si cuando ustedes llegaron al puesto que están ocupando se encontraron con la plantilla de profesionales que querían y, sobre todo, si cuando ustedes se vayan, van a querer dejar una plantilla estable consolidada, profesional para el futuro. O van a querer que cuando cambie el entorno, toda aquella persona cualificada, que haya estado bajo ese proceso de profesionalización dejen de tener ese puesto.

Es complicado hablar de estabilidad de empleo cuando tenemos una crisis posible económica a la vuelta de la esquina, pero creo que es importante pensar en la vulnerabilidad de estos profesionales, si después de la post-pandemia realmente va a haber una necesidad de incorporar más recursos en esta área específica.

¿Qué vulnerabilidad van a tener, que estabilidad, que inestabilidad?

Dejo la reflexión sobre la mesa, y les invito a recordar esto sobre todo ahora que se están haciendo previsiones y planificación del uso de recursos en el futuro.

Dra. Jenny Fagua

Presidencia del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda (Colombia)

Pregunta:

¿Cuál es a su juicio, como vocera de la Presidencia del Grupo de Expertos de Reducción de la Demanda, el aporte que este cuerpo asesor de la CICAD puede darles a los países miembros en esta circunstancia de la COVID-19?

Respuesta:

Hola buenos días para todos. Un saludo muy especial desde Colombia y desde la Dirección de Políticas de Drogas del Ministerio de Justicia. Es un gusto de verdad poder participar en este espacio. Muchas gracias, Luis Alfonso y Jimena Kalawski por la invitación para compartirlo con todos ustedes. Un abrazo también a todos los amigos, expertos y panelistas que nos acompañan, y también a todas las personas que están conectadas a esta reunión.

Para responder la pregunta sobre cuál es el aporte del Grupo de Expertos de Reducción de la Demanda en este momento de pandemia, quisiera señalar que en efecto Colombia tiene este año la Presidencia del Grupo de Expertos, y Paraguay la Vicepresidencia. Hemos venido trabajando ambos países de manera muy estrecha con la Unidad de Reducción de la Demanda de Drogas de la CICAD, para producir algunas acciones que les voy a contar.

Primero decir que nos tocó obviamente un cambio de planes, o por lo menos un cambio en el orden de las prioridades de las acciones que se querían realizar. Claramente, el desafío al que nos enfrentamos en este campo actualmente pasa por muchas situaciones diferentes, tal y como han dicho los expertos. Hay un gran desafío en los servicios que se prestan a los usuarios, o a las personas que consumen drogas, especialmente a las personas que ya están en tratamiento por trastornos asociados al consumo, pero también a las personas que consumen drogas y no están en tratamiento y eso, está más en el campo de las estrategias de reducción de riesgos y daños.

Esto también está pasando con los programas y las estrategias de prevención, que seguramente se entienden como un poco lo menos urgente en estos momentos, pero han tenido también que modificarse, adaptarse y seguro también han sido impactadas.

Como podemos ver nos enfrentamos a muchas complejidades en esta situación, en muchos sentidos. Es un reto la continuidad del tratamiento, mantener la adherencia de las personas que están en tratamiento, recurrir o transitar a la telemedicina, que ya la han mencionado antes, porque es una herramienta muy importante; pero hay unas brechas, ya señaladas antes, en cuanto al acceso a internet y a las tecnologías, porque no todas las personas tienen las mismas posibilidades, y esto, plantea muchos límites de acceso.

Las complejidades que tenemos en este momento, en este campo también pasan por reconocer que una buena proporción de las personas que consumen drogas tienen otras patologías asociadas, especialmente de tipo respiratorio, por consumo de sustancias fumadas, vapeadas, inhaladas; pero también otros tipos de patologías. Hay además, situaciones de vulnerabilidad, digamos de habitabilidad en la calle, sumado al estigma y a la discriminación, que son circunstancias que se agudizan en esta situación de pandemia.

Nos enfrentamos a unas situaciones diferentes, por lo que es muy importante mirar y revisar esta otra parte del consumo de sustancias psicoactivas, que tiene que ver con el mercado de las sustancias, entonces sabemos, por los países que han hecho estudios, especialmente en Europa, que hay aumento de los precios de las sustancias, que hay cambios en la calidad de las sustancias, que hay cambios en la disponibilidad y en las formas de acceder a las sustancias en calle, en los corredores en el mercado ilegal, y esto también repercute en síndromes de abstinencia, que seguramente están mucho más frecuentes y mucho más marcados en este momento de pandemia.

Entonces frente a todo este panorama, el Grupo de Expertos que tiene la misión de promover la estrategia hemisférica de drogas de la CICAD/OEA para la región, y especialmente sus principios, sus enfoques de la acción basada en la evidencia. En este marco de actuación, destaco las tres acciones más importantes que se han realizado:

Primera: Las recomendaciones para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias en el marco de la COVID-19, que generó la CICAD con apoyo de Colombia como Presidente del Grupo Expertos, y de Paraguay como Vicepresidente, con un fuerte apoyo de la OPS, y también con muchos aportes de expertos y de personas que trabajan en tratamiento, que pues claramente son los que están ahí en la primera línea frente a esta circunstancia. Creemos que ese es un aporte muy valioso, hay digamos lineamientos y documentos un poco similares, pero éste tiene una adaptación a nuestro contexto del hemisferio y pues también obviamente está disponible también en los idiomas de nuestra región. En la misma línea, hay que comprender que todo esto que mencionaba antes, va en sintonía con buena parte de los aportes que han hecho los expertos y panelistas en el día de hoy, y es en destacar el papel que tiene el conocimiento y la comprensión de toda la situación que estamos enfrentando en estos momentos.

Segunda: Para responder a la pregunta de cuál es el impacto y el efecto que tiene la COVID-19, y en especial las medidas que han tomado los gobiernos y los países para para enfrentarla, y para reducir el contagio y ver todo eso en cómo repercute en el consumo de sustancias psicoactivas. Entonces estamos construyendo con apoyo también de la CICAD, de Paraguay, Colombia y también del Observatorio Interamericano de Drogas, una encuesta que sería online para aplicarla en los países, para indagar sobre el tema de consumos de sustancias psicoactivas y todos estos efectos.

Tercera: Participación en todas las jornadas, conferencias, encuentros, diálogos y demás, que viene realizando la CICAD, con apoyo también del Grupo de Expertos, de la OPS y de diferentes aliados. Yo creo que todos estos eventos son un aporte muy valioso, muy importante, claramente frente a toda esta situación de incertidumbre, de angustia, de todo lo que está pasando, es toda esta construcción que vamos realizando poco a poco, con estas conversaciones, con este trabajo en red, en búsqueda de soluciones, en búsqueda de respuestas, en construcción de hojas de ruta, viene a ser un aporte muy significativo.

Claramente pues, nos estamos enfrentando a una situación muy compleja, que seguramente ha aumentado el sufrimiento de las personas que consumen sustancias psicoactivas, y que posiblemente ha profundizado y agudizado la precariedad de las condiciones a las que se enfrentan estas personas.

Esto tiene implicaciones emocionales en la salud mental, y por eso resulta un reto gigante, pero también tienen unos grandes componentes positivos, por lo que esto, que representa una situación crítica, es también una oportunidad.

De hecho, como lo mencionaron también antes otros intervinientes, hay una especie como de explosión que se ha generado de manera reactiva y muy rápida, en producción de guías, de lineamientos, de informes, de boletines; hay en esta situación excepcional de la pandemia un aumento en la producción de investigación, de estudios y de colaboración.

Todo esto es como una aceleración del conocimiento, que creo, como lo decían también ahora, que viene a ser muy productivo. Lo decía Mariano Montenegro, Director de Colombo Plan para América Latina y El Caribe, que esto, a pesar de todo, está bien para construir también como unos nuevos cimientos, unos nuevos fundamentos, que van a ser un cambio seguramente muy grande, que va a ser con toda certeza muy positivo, para orientar todas las acciones de las personas y de todos los profesionales que trabajamos en este tema.

Estos son los aportes, que considero muy importantes, que se han liderado desde la CICAD, la OPS y el Grupo de Expertos.

Muchas gracias.

Dr. Fernando Salazar

Profesor Principal Universidad Peruana Cayetano Heredia

Pregunta:

Nos ha comentado anteriormente Mariano Montenegro sobre la importancia de prevención ambiental, Rocío Benito nos ha comentado sobre el tema de la prevención escolar y también nos adelantaba Giselle Amador el tema de la formación de la maestría y la importancia de los pares en la prevención del consumo de sustancias. Ante estas observaciones, le formulo dos preguntas: ¿Cuáles serían sus principales recomendaciones para el desarrollo de políticas públicas de prevención, en coordinación con el sector académico?

¿Cuáles son los retos actuales, los desafíos y las nuevas realidades?

Respuesta:

Antes de dar respuesta quiero hacer unas consideraciones previas, para lo cual voy a recordar la definición de prevención:

“Prevención es la aplicación de la ciencia de la prevención y el abordaje de la salud y seguridad de los individuos, mediante el mejoramiento de la socialización y los procesos de socialización que fortalecen la autorrealización y participación en la sociedad”.

Así mismo, la definición de la socialización:

“Es el proceso de aprendizaje integración y expresión de las normas, reglas y costumbres que rigen nuestras interacciones, y nos permiten vivir juntos de manera armoniosa y productiva a lo largo de la vida”.

Recordemos que los procesos de socialización más importantes se dan en las familias y en las escuelas. Con estas definiciones estamos actuando en prevención y construyendo modelos adaptados para cada una de nuestras realidades y necesidades con distintos niveles de eficacia.

La pandemia de la COVID-19 nos muestra una paradoja que cambiaría el panorama de forma dramática. Esta paradoja es que por razones de seguridad y por acuerdos, los escolares, por ejemplo, no pueden asistir presencialmente a labores académicas, y tampoco podemos reunirnos con nuestros familiares, en tanto, sí que podemos ir los centros comerciales para adquirir bienes no esenciales, quizás al considerar que los centros comerciales son más seguros y donde se cumplen mejor las normas que en los centros de estudio y los hogares.

Esto, nos está mostrando que la pandemia de la COVID-19, en realidad trastoca una serie de aspectos, que no nos permite seguir pensando de una forma tradicional, por lo menos en esta coyuntura en términos de prevención.

La otra consideración, que ya es ampliamente aceptada, es que el uso de sustancias se puede explicar de una forma causal, con modelos etiológicos bastante bien definidos, en el cual interactúan los macro ambientes, los micro ambientes, y los factores personales que luego se traducen en el consumo de sustancias. Esto ha permitido identificar los puntos de intervención que nos permite tener varios modelos de intervención preventiva dirigidos hacia los ámbitos y hacia las personas, ámbitos por ejemplo ambiental, escolar, familiar, laboral, y basadas en los medios de comunicación, y estrategias educativas sociales y emocionales. Es decir, la totalidad del proceso del uso de sustancias explicado por el modelo etiológico, se fraccionó en sus partes componentes, para poder desarrollar los modelos de intervención específicos incluyendo las políticas de prevención que se manejan como normas o acuerdos específicos dirigidos a cada ámbito de acción en los cuales se ha medido su eficacia. Esta situación nos trae a colación que las políticas tienen que ser planificadas a nivel territorial como políticas públicas articuladas con las normas específicas. No pueden ser planificadas para cada segmento de la sociedad o ámbito específico de acción por separado, sino que tienen que ser planificadas a un nivel mayor como políticas públicas articuladas.

Las políticas para ser desarrolladas y ser eficaces deben basarse en la evidencia científica, esa evidencia que viene de la investigación rigurosa ya sea producida localmente, o sea producida fuera. En varios países de la región la investigación de eficacia de las intervenciones es prácticamente nula, y en el mejor de los casos se hace evaluaciones de proceso de las intervenciones, lo cual nos advierte que no habría insumos para el desarrollo de las políticas de prevención basados en evidencia científica. Es en este punto específico, en el que el sector académico puede jugar un rol importante, conduciendo la investigación local necesaria para generar la evidencia de eficacia necesaria para sustentar las políticas públicas.

Una vez que tengamos estas políticas, se necesita una fuerza laboral profesionalizada, que permita una implementación efectiva de las intervenciones y generar la información necesaria para los estudios de efectividad que a su vez afirmen o reorienten las políticas públicas. Finalmente se tiene que evaluar todo ese proceso, se tiene que dar cuenta de todo lo que se ha hecho, porque debemos ser responsables con la inversión del Estado y la privada, para saber cuál es el retorno sobre la inversión logrado y nuevamente afirme o reoriente las políticas públicas. Estas dos últimas fases, de estudios de efectividad y las de costo-beneficio también caerían en el ámbito académico, que de hecho ya existen como estudios conducentes a grados o tesis, aunque con alcance limitado y no son suficientes para orientar las políticas públicas.

En este panorama, las Universidades de cuarta generación que trabajan en investigación, docencia, servicio y responsabilidad social, deben articularse estrechamente con el Estado y los organismos rectores de este en reducción de la demanda de drogas, para desarrollar modelos de intervención que sean adecuados para la población, como parte de su labor en responsabilidad social y servicio, y en

este proceso generar la evidencia necesaria para establecer, monitorear y evaluar las políticas públicas.

Entonces, el Estado tiene que propiciar, permitir e invertir en esta articulación con las Universidades para el desarrollo de políticas públicas, tomando en cuenta el tiempo y velocidad política y el tiempo y velocidad académica que no coinciden necesariamente. Los políticos requieren todo al instante, al mismo tiempo, porque su tiempo es corto, y la producción académica requiere trabajar con calma y con los tiempos necesarios para la investigación.

Bueno, espero haberles podido transmitir mis ideas respecto a las preguntas que se me plantearon.

Muchas gracias por la invitación.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Lcda. Jimena Kalawski Isla

Jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA).

Dr. Rafael Alexandre Benavent

Senior scientist & Accredited professor

Ingenio (CSIC-UPV). UISYS Research Unit (Universitat de València)

Muchas gracias a todos, organizadores, moderadores, ponentes y público que nos ha escuchado y que ha participado, así como a las Instituciones que han amparado y promocionado este Seminario.

En esta puesta en común, se han aportado muchos datos y opiniones, y sería muy extenso exponer todas las aportaciones en este breve resumen de conclusiones. Sin embargo, sí que es posible, a nuestro entender, remarcar algunas de ellas:

- La globalización y sus consecuencias es un factor de riesgo que favorece la propagación de enfermedades transmisibles y constituye un reto para la salud pública, por lo que es necesario desarrollar sistemas de vigilancia específicos para que este tipo de enfermedades no se propaguen.
- Las estrategias sanitarias para combatir la pandemia se han politizado en la mayor parte de los países. Como advierte la Organización Mundial de la Salud, “convertir el coronavirus en un arma política causará más muertes”. Estamos en un momento en el que debemos concentrarnos en la lucha contra la enfermedad, más allá de los partidos y las ideologías. Es indecente tratar de ganar puntos políticos a costa de la tragedia que supone esta pandemia.
- La pandemia ha generado una gran incertidumbre en la población que propicia los consumos de drogas y que ha podido condicionar cambios en las pautas de consumo de sustancias psicoactivas y otras adicciones.
- Ha proliferado la desinformación y las noticias falsas. La COVID-19 ha desencadenado la mayor fuente de rumores conocida de los últimos tiempos, en la que se mezcla la información veraz y útil con la información no verificada y la desinformación o información no contrastada y manipulada intencionadamente. La propagación de información falsa puede tener consecuencias muy peligrosas, ya que acarrea miedo, una menor respuesta a las recomendaciones sobre la higiene y el distanciamiento social, desconfianza en el consejo médico y propicia hacer uso de prescripciones inadecuadas, infructuosas o dañinas.
- La explosión informativa o «infodemia» hace necesaria una actitud crítica hacia las noticias y trabajos publicados y una selección de información basada en la evidencia. Jarbas Barbosa, Subdirector de la Organización Panamericana de la

Salud (OPS), en un taller virtual celebrado el 20 de febrero de 2020 manifestaba que “La información oportuna y basada en evidencia es la mejor vacuna contra los rumores y la desinformación”.

(<https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>).

- La pandemia y el confinamiento de la población ha propiciado el desarrollo de la asistencia virtual, o la asistencia mixta virtual/presencial como modalidad de atención sanitaria, en sustitución de la asistencia presencial.
- Las TIC se han utilizado para la difusión de mensajes preventivos y de reducción de riesgos y daños a través de las redes sociales y han resultado ser un método efectivo. Sin embargo, se ha puesto de manifiesto que no todo el mundo tiene acceso a las TIC, que no todos los profesionales han adaptado sus prácticas profesionales a la asistencia virtual, y que la relación virtual es deshumanizante. Hay que tener en cuenta que todavía existe una brecha tecnológica y que casi la mitad de la población mundial no tiene acceso a internet, y que la falta de acceso a internet aumenta la desigualdad mundial. Además, la asistencia virtual es muy delicada en pacientes con adicciones o trastornos psíquicos, por lo que es muy importante poner el máximo esfuerzo en establecer una empatía con los pacientes en las videollamadas.
- La pandemia ha traído experiencias y modos de comportamiento positivos, pues hemos aprendido a valorar la amistad real, el estudio, la reflexión, aumentar la tolerancia frente a la frustración y aumentar la cohesión de grupo y la colaboración.
- La experiencia obtenida durante la pandemia muestra que es necesario realizar reformas estructurales que nos permitan superar de forma óptima la crisis actual y las futuras que puedan llegar.
- Las instituciones locales juegan un papel determinante recopilando información veraz y contrastada para la prevención y el tratamiento de las adicciones, y en su difusión, por lo que contribuyen en gran medida a minimizar su impacto.
- En definitiva, necesitamos seguir aprendiendo y compartiendo información y experiencias para estar más preparados para lo que el futuro nos pueda traer.

ANEXOS

El sentido social en la investigación epidemiológica en adicciones
Verónica Brasesco y Roberto Canay
Observatorio Social. Número 32. Agosto 2011.

Justificación y viabilidad del Tratamiento Comunitario.
Raquel Barros, Roberto Canay, Mariana Carroli, Efrem Milanese, Irene Serrano
y Florencia Tufro.
Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 2018; 64(3):185-197.

Observatorio Social

Publicación trimestral de la Asociación Civil Observatorio Social
Número 32 • Agosto 2011

Av. de Mayo 1437, 4° G, (C1085ABE),
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina
Teléfonos: (+54 11) 4384.6125 ó 4384.6128
observatorio@observatoriosocial.org.ar
<http://observatoriosocial.org.ar>

Directores

Gabriela V. Agosto

Miguel Paradela Di Riso

Propietario

Asociación Civil Observatorio Social

Editores

Fernanda Schilman

Malena Rimedio

Comité editorial

Dra. Esther del Campo, Dra. Sonia Draibe, Lic. Rodrigo
Gómez Iza, Dr. Oscar Luengo, Dr. Rafael Martínez Puón,
Dr. Aldo Neri, Lic. Guillermo Pérez Sosto, Dr. José Ruiz
Valerio, Lic. Eduardo Suárez, Dr. José Sulbrandt.

ISSN 1667-586X

Docke diseño y comunicación

*Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido sin
la previa autorización del editor.*

Las notas firmadas son responsabilidad de sus autores.

SUMARIO #32

En esta oportunidad presentamos la trigésimo segunda edición de nuestra revista que lleva por título: **“Adicciones: Una visión desde la intervención en lo social”**.

Las adicciones en sus diferentes dimensiones y manifestaciones (dependencia a una sustancia, actividad, relación) constituyen un fenómeno bio-psico-social que se caracteriza por su complejidad y multicausalidad. Refleja un problema de cultura, valores, conductas y opciones; y cualquier acercamiento que intente realizarse a la temática debe abordar necesariamente aspectos más profundos de las personas y no sólo los circunstanciales, recurriendo a una mirada sociocultural.

En esta edición se pretende reflexionar sobre las diferentes manifestaciones y el lugar que las adicciones ocupan en nuestra sociedad, sus efectos sobre las familias, individuos e identidad, la percepción social, vulnerabilidad, acceso, tolerancia, imaginarios y discursos en materia de adicciones. Conocer las iniciativas de intervención preventiva y experiencias de trabajo existentes en la región, y la necesidad de construir una mirada integral y colectiva de abordaje, se constituye en uno de los objetivos prioritarios de esta edición.



Observatorio Social

Comprender mejor para hacer mejor

El sentido social en la investigación epidemiológica en adicciones

 Verónica Brasesco y Roberto Canay

La problemática del consumo de sustancias psicoactivas es definida como compleja y multidimensional, por lo tanto obliga a recurrir a enfoques renovadores dentro de la epidemiología que permitan abordajes a la medida de dicha complejidad. Estos nuevos enfoques deben contemplar componentes participativos que a su vez impacten en las políticas públicas. La epidemiología crítica marca un rumbo en este sentido, que se refleja en diferentes experiencias como la epidemiología comunitaria en el campo de las adicciones.

BRASESCO VERÓNICA es Ph D. en Psicología, Università degli Studi di Bologna, Italia. Investigadora principal del Observatorio en Políticas Públicas en Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. mvbrasesco@gmail.com

CANAY ROBERTO es Mg en "Salute Mentale di base", Università degli Studi di Cagliari, Italia. Director del Observatorio en Políticas Públicas en Adicciones, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Titular de Psicología Comunitaria en la Universidad del Salvador. Titular de Psicología Preventiva en la Maestría en Salud Mental de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APDEBA). roberto_canay@yahoo.com.ar

El sentido social en la investigación epidemiológica en adicciones

Desde el cuestionamiento de la epidemiología clínica por parte de la epidemiología crítica en los años 70, indicando que se trataba de una herramienta de conocimiento de las enfermedades propias del capitalismo, la inclusión del concepto comunidad fue definitiva para la comprensión del fenómeno del consumo de sustancias y el diseño de estrategias de intervención. El movimiento de la epidemiología crítica no casualmente surge en Latinoamérica, donde autores como J. Breilh inician la contestación a un modo de entender la enfermedad, alejada del componente social.

Breilh (2003) indica al respecto que la epidemiología debe considerar las relaciones de "producción-propiedad" y "poder" como condiciones objetivas de la materialidad social que determina la salud en el contexto de una determinada circunstancia histórica. Considera necesario recuperar y acentuar las formas humanas de trabajo, los derechos del consumidor, los derechos y equidad étnica y de género y el manejo seguro del entorno ecológico en pos de alcanzar la salud colectiva. Este contexto permite abordar la problemática del consumo dañino de sustancias dentro de un complejo marco de causalidad bio-psico-social. La crítica al causalismo del perfil epidemiológico clínico, introduce la noción de triple iniquidad (clase social, género y etnia), la interculturalidad y la integración lógica (triangulación de técnicas cuanti y cualitativas), es decir la inclusión de factores socio culturales que permiten comprender el consumo de sustancias como un proceso colectivo que se verifica en el seno de comunidades.

Este contexto de transformación de la epidemiología permite que se generen las condiciones necesarias para el desarrollo de experiencias novedosas específicas sobre problemáticas vinculadas al consumo de drogas. Este es el caso de los grupos de trabajo en epidemiología comunitaria en los años 70 en los

Estados Unidos, redimensionando y poniendo en primer plano el rol de la comunidad¹ y los trabajadores de "trinchera"² como clave para la producción de transformaciones duraderas en el tratamiento de las personas con problemas vinculados con el consumo de sustancias psicoactivas; o la experiencia de Centros de Estudios Locales (SEDRO-NAR/CONICET) a fines de la década del 90 en Argentina.

El desarrollo de la epidemiología crítica, y de la consideración y elaboraciones teóricas acerca de los procesos y el sentido comunitario, dio lugar al desarrollo de una "epidemiología comunitaria del consumo de sustancias psicoactivas", que propone más que abordajes "en" grupos humanos, abordajes "con" grupos humanos. Estos grupos pueden o no ser comunidades con una identidad colectiva definida, pero donde prima una visión epidemiológica que tiene por objetivo la promoción y desarrollo comunitario en sentido amplio, contextualizado en una búsqueda participada y colectiva de equidad de las condiciones de vida, incluyendo los problemas vinculados al consumo de sustancias psicoactivas.

La epidemiología comunitaria entiende que la participación es un mecanismo democrático imprescindible por medio del cual la comunidad se constituye en agente promotor y tutor de la propia salud, se socializa la política en consumo problemático de sustancias y se amplía el campo de lo público hacia esferas de la comunidad. Por esto, se trata de una epidemiología que incide en la política pública a través de estrategias de elaboración de información local, procesos consultivos donde las comunidades colaboran en la ejecución de tareas que contribuyen al desarrollo y gestión de programas y, a través de la generación

de proyectos colectivos de gobierno y la toma de decisiones estratégicas para el sistema de salud. En síntesis, la participación comunitaria constituye en sí misma una forma de relación que propicia la distribución de poder en la toma de decisiones referentes a los intereses de la ciudadanía, **DEFINIENDO DE ESTA MANERA UN ABORDAJE AMPLIO DE LOS PROBLEMAS VINCULADOS AL CONSUMO DE DROGAS, A LA MEDIDA DE UNA PROBLEMÁTICA MULTIDIMENSIONAL Y PREMINENTEMENTE SOCIAL.**★

BIBLIOGRAFÍA

- Bleger, J.: Psicohigiene y psicología institucional, Buenos Aires: Paidós, 1990.
- Breilh, J.: "Epidemiología crítica", Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003.
- Canay R., Lapalma A., Rosendo E., et al.: "Participación Ciudadana en Salud en el Mercosur" Revista virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador. Año VII N° 20 - Marzo 2009.
- Miguez, H., "Estrategias en Epidemiología Comunitaria: Centros de Estudios Locales" (CEL) y "Ventanas Epidemiológicas". Buenos Aires: CONICET, 1999.
- Tognoni, G., Manual de Epidemiología Comunitaria, CECOMET, 1997.

1- Cuando hablamos de comunidad hacemos referencia al conjunto de personas que viven en un mismo lugar y entre las cuales hay establecidos ciertos nexos, funciones en común y cierta organización (Bleger, 1966). Es decir, que el concepto de comunidad adoptado comprende tanto la existencia de un espacio geográfico, como de un espacio funcional de interrelación en un contexto socio cultural dado. Entre las personas de una comunidad se gesta un 'sentido de comunidad' asociado a los vínculos de confianza y reciprocidad con los integrantes, a la sensación de ser parte de un grupo y a un sentimiento compartido de que las necesidades colectivas serán atendidas bajo un compromiso cooperativo entre todos sus integrantes.

2- Primer contacto del sistema de salud con la comunidad. Primera línea de respuesta comunitaria.



Artículo especial

Justificación y viabilidad del *Tratamiento comunitario*

RAQUEL BARROS, ROBERTO CANAY, MARIANA CARROLI, EFREM MILANESE, IRENE SERRANO, FLORENCIA TUFRÓ

RAQUEL DA SILVA BARROS
Magister en Psicología.
Red Americana de Intervención en
Situaciones de Sufrimiento Social
(RAISSS). Ciudad de Sorocaba,
San Pablo, Brasil.

ROBERTO CANAY
Doctor en Psicología. Universidad
del Museo Social Argentino (UMSA),
Universidad del Salvador (USAL).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

MARIANA CARROLI
Licenciada en Ciencias Políticas.
Universidad del Museo Social
Argentino (UMSA). Ciudad de
Buenos Aires, R. Argentina.

EFREM MILANESE
Doctor en Psicología.
Red Americana de Intervención en
Situaciones de Sufrimiento Social
(RAISSS). Conegliano, Italia.

IRENE SERRANO
Licenciada en Educación.
Red Americana de Intervención en
Situaciones de Sufrimiento Social
(RAISSS). Bucaramanga, Colombia.

FLORENCIA TUFRÓ
Licenciada en Sociología.
Universidad del Museo Social
Argentino (UMSA). Ciudad
Autónoma de Buenos Aires
(Argentina).

FECHA DE RECEPCIÓN: 14/07/2018
FECHA DE ACEPTACIÓN: 14/08/2018

CORRESPONDENCIA
Dr. Roberto Canay.
Av. Corrientes 1723, C1042AAD.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
robertocanay@gmail.com

El *Tratamiento comunitario* es una propuesta latinoamericana de trabajo con comunidades en situación de alta vulnerabilidad. Ésta se basa en el trabajo con redes naturales o no formales para reforzar procesos de integración social y atención comunitaria a personas, familias, grupos o redes particularmente fragilizadas. En este trabajo se describen sus orígenes, las características esenciales del punto de vista conceptual y metodológico y se presentan datos relacionados con su implementación en el marco de las políticas de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (Sedronar, Argentina) evidenciando algunos de sus resultados, implicaciones, innovaciones y dificultades.

Palabras claves: Comunidad – Drogas – Integración social – Políticas públicas.

Justification and Feasibility of Community Treatment

Community treatment is a Latin American proposal to work with communities in situations of high vulnerability. It is based on working with natural or non-formal networks to reinforce processes of social integration and community care for particularly weakened individuals, families, groups or networks. This paper describes its origins, the essential characteristics of the conceptual and methodological point of view and presents data related to its implementation within the framework of the policies of the Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (Sedronar, Argentina), showing some of its results, implications, innovations and difficulties.

Keywords: Community – Drugs – Social Integration – Public Policies.

Introducción

El propósito de este trabajo es ilustrar las razones por las que el *Tratamiento comunitario* (TC) es una propuesta que responde a una demanda real y cuales son algunas de las precondiciones que la hacen posible. Se trataría de poder dar respuesta, entre otras preguntas, a las siguientes: ¿Cuáles son las condiciones en las cuales esta propuesta ha surgido y para dar respuesta a cuáles preguntas? ¿Existe actualmente una demanda para el TC? ¿Cuáles son las características de esta demanda?, ¿son estas características compatibles con las características de la propuesta? ¿Por qué el TC puede ser una respuesta adecuada?, ¿cuáles son las características (teóricas, metodológicas, técnicas, tácticas, estratégicas etc.) del TC que lo hacen una respuesta adecuada? ¿Cuáles son las precondiciones políticas y organizativas que necesita el TC a nivel nacional y local? ¿Cuáles son los puntos o elementos de fragilidad de la propuesta en este momento?

Condiciones iniciales: el umbral de acceso

El TC¹ nace al inicio de los años noventa en América Latina. Sus contextos de desarrollo fueron diversos. Por un lado, las condiciones socioeconómicas [6 p. 21-28],² urbanísticas [18, 37]³ culturales y de salud pública relacionadas con drogas de esos años [38 p. 116 y ss.]⁴ en

la región norte de América Latina.⁵ Por otro lado, el fortalecimiento de algunos procesos sociales urbanos llamados, en esa época, bandas juveniles o pandillas [29, 23] y el tema de la seguridad. Por lo que concierne específicamente al área del trabajo con personas vinculadas con drogas, comenzaban a aparecer las primeras evaluaciones, en particular: los resultados de los estudios DARP (*Drug Abuse Reporting Programme 1969-1972 NIDA*) [34], TOPS (*Treatment Outcome Prospective Study, 1979-1981 NIDA*) [14], *The six cities Methadone Maintenance Evaluation (1995-2000, NIDA)*, DATOS (*Drug Abuse Treatment Outcome Study*)⁶ y NTORS (*National Treatment Outcome Research Study 1995-2000 UK*) [12]. A estas evidencias se añadían los primeros resultados de las experiencias de trabajo comunitario llevadas a cabo por las organizaciones latinoamericanas que produjeron la propuesta [21 p. 19-20].

Estos estudios y experiencias indicaban los desafíos con los cuales era necesario confrontarse y esos coincidían con los resultados de la implementación de la propuesta. Se observaba lo siguiente: a) altas tasas de abandono de programas de tratamiento,⁷ b) alta tasa de uso de sustancias durante o después de tratamiento,⁸ c) dificultad en garanti-

¹ Tratamiento comunitario es una propuesta latinoamericana que tiene sus orígenes en 1989 en el encuentro entre organizaciones de la sociedad civil, universidades y sucesivamente entidades públicas y apoyo técnico y financiero internacional. La propuesta se estructura formalmente como *Tratamiento comunitario* a partir de 2001 y es implementada a nivel latinoamericano. Ha tenido profundas transformaciones después de la primera evaluación (2007) y una reformulación profunda en 2013/2014 a raíz de un curso de formación internacional llevado a cabo en Brasil.

² En este documento se informa sobre las condiciones de estancamiento de las reformas y del desarrollo económico a nivel de América Latina.

³ Estos documentos hablan del fuerte proceso de crecimiento urbano, desplazamiento de poblaciones y creación de zonas de marginación urbana. Cfr. también Lattes AE. Población urbana y urbanización en América Latina. Disponible en <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=19146>.

⁴ Este es el primer reporte mundial sobre drogas de la oficina de Naciones Unidas. En ese reporte ya se ve crecimiento de sustancias a nivel continental (pág. 99-116) sobre todo lo que concierne a la cocaína y sus derivados.

⁵ Inicialmente México y América Central y sucesivamente países del Cono Sur (Brasil y Chile)

⁶ Iniciados en 1990 por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) para evaluar los resultados del tratamiento del abuso de drogas y los problemas emergentes de tratamiento en los Estados Unidos. Fue el tercer estudio nacional de evaluación de resultados del NIDA financiado con fondos públicos. Cuatro centros de investigación colaborativos fueron financiados en 1995 para llevar a cabo programas de investigación independientes pero coordinados y basados en DATOS. Cfr. www.datos.org

⁷ Ver en particular Palmer [28] quien cita estudios de los años noventa. En la implementación de la propuesta llevada a cabo inicialmente en México se observaba también que de todas las personas con las cuales se establecía un primer contacto en la comunidad el 3.7% iniciaban un programa de tratamiento y solo el 1.8% terminaban efectivamente el programa en manera satisfactoria; 57% de aquellos que terminaron el tratamiento tuvieron un resultado positivo después de una evaluación a dos años.

⁸ Ver los estudios que analizan los resultados del tratamiento a partir de un año hasta 4-5 años después del inicio del tratamiento [12]. Estos estudios evidencian un mejoramiento de las conductas de uso y significativa disminución de conductas delictivas (principalmente robo en tiendas) relacionadas con tratamientos residenciales o ambulatorios (metadona).

zar y mantener la continuidad del proceso de tratamiento, d) dificultad de mantener la relación terapéutica un tiempo suficiente para poder desarrollar el tratamiento y empezar a tener efectos positivos,⁹ e) la presencia de variables de contexto las cuales, aun siendo parte de los determinantes sociales de la salud, no son incluidas en la práctica de salud pública centrada en la medicina (como por ejemplo el hecho de vivir en comunidades marginadas, la presencia de delincuencia organizada, los procesos de desplazamiento del campo hacia la ciudad y en consecuencia el tener viviendas inestables, desprovistas de servicios básicos agua, higiene, escuelas, medios de transporte etc.).

Por otro lado, comenzaba a desarrollarse el trabajo comunitario, entendido como trabajo *en* la comunidad, no necesariamente como trabajo con la comunidad [36 p.13-14]. La comunidad era pensada más como lugar de problemas [20], o en el cual organizar servicios para poder llegar a los consumidores de drogas [41] con los cuales había sido imposible establecer contacto o éste se había interrumpido. La comunidad comienza a ser pensada oficialmente como recurso casi ocho años más tarde [39 p.22].

Otro elemento es metodológico-político. Constatando la complejidad de las interconexiones entre el tema de las drogas y las poblaciones, contextos y actores, era oportuno preguntarse si el trabajo con personas vinculadas con drogas era un tema exclusivo de la medicina o si otras disciplinas podían inte-

resarse. Más específicamente aún, si se trataba de un trabajo para profesionales formados por la academia o si tenían algún nivel de validez las experiencias históricas de actores y líderes comunitarios, o personas que habían sido consumidores de drogas (o vinculados con esta de alguna manera) [9 p. 101-2, 1 p.7-12]. Siendo que este tema se articula con la asignación de los recursos financieros (este sí definitivamente político), la disputa no es de menor importancia. Se entiende entonces que llegar a reconocerle a la «comunidad» un estatus entre los dispositivos existentes para dar respuesta al tema del consumo de drogas, podía tener implicaciones importantes y con frecuencia impredecibles. La oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas y el Delito (UNODC) en alianza con Treatnet [39] trata de dar una respuesta organizada a estas preocupaciones, reconociendo el valor de las prácticas implementadas durante decenios, oficializando el tema de las redes, aunque en una orientación de arriba hacia abajo [39 p.18]. La óptica sin embargo sigue siendo que la comunidad tiene que ser «involucrada, motivada», etc., reflejando una posición en la cual las comunidades son un recurso a condición de que sean articuladas en el marco de una política y no por aquello que ya tienen y hacen. Son un recurso en la medida en que son organizadas y educadas (*ibid.*) por los servicios y no por ser organizadas y capaces de organización por sí mismas.

¿Cuál era el tema de fondo? El elemento común de todas estas diferentes posiciones era que existía una demanda y una necesidad que no encontraba respuesta y que la dificultad de dar respuesta dependía también de los umbrales de acceso a los servicios existentes. La creación de centros de bajo umbral fue una estrategia surgida de la necesidad urgente, producida por la difusión del VIH y su correlación con el uso de drogas inyectables, en el marco de las estrategias de reducción del daño [9 p.101-2].

En esa época entonces la propuesta del TC surge principalmente en contextos de comunidades vulnerables vinculadas con drogas incluyendo a los consumidores, inspirándose en principio, en estrategias de reducción del daño para integrar sucesivamente procesos

⁹ Ver en Simpson [34], un seguimiento nacional de cinco años de los resultados del tratamiento para la dependencia de la cocaína. Estos resultados se examinaron en relación con la gravedad del problema en el momento del ingreso (PSI, del inglés Problem Severity at Intake, definido en 7 dominios del historial farmacológico y el funcionamiento psicosocial) y el registro de la exposición al tratamiento en DATOS y durante el período de seguimiento de 5 años. El «tratamiento bajo» generalmente significa menos de 3 meses de tratamiento, considerado el «umbral» mínimo para una duración efectiva de la estadía. Los resultados más pobres a largo plazo se relacionaron con una mayor gravedad del problema al ingreso al tratamiento y menos tratamiento. Los pacientes PSI de medianos a altos (es decir, aquellos que informaron problemas en 4 o más de las 7 áreas representadas) con «bajo tratamiento» tuvieron resultados significativamente peores en 5° el año, en comparación con aquellos que tuvieron exposición al tratamiento por encima del umbral (*cf.* <http://www.datos.org/adults/adults-5yrout.htm>)

de prevención, tratamiento e integración social, en donde se visibiliza y reconoce estratégicamente el valor del protagonismo y de los recursos comunitarios, como uno de sus elementos centrales.

Características esenciales de la propuesta

El desplazamiento del lugar de la cura desde la comunidad hacia las instituciones se ha desarrollado a lo largo de los últimos cuatro mil años, con la creación de las prisiones [22, 30]¹⁰ y de las comunidades específicas (de origen religioso o filosófico) [24, 4], hasta la creación de comunidades para la atención de personas con algún tipo de enfermedad o motivo para ser excluidos de la vida en la comunidad (monasterios, lazaretos, hospitales psiquiátricos, granjas etc.) [11, 5 p.81-91].¹¹ Por otro lado, la intervención en la comunidad se ha ejercido principalmente por medio de la creación de organizaciones comunitarias (por lo general de inspiración religiosa o más generalmente filantrópica) [27 p.82-97 y 204-42].¹² Las organizaciones de la sociedad civil son un epifenómeno de este proceso.

Adoptando la perspectiva de Nelson *et al.* [25] que sugiere que en las intervenciones comunitarias complejas pueda existir una diferencia entre la *forma* (las actividades) y la *función* (los principios) proponemos aquí algunos de los principios del *Tratamiento comunitario*, dejando los aspectos formales para la sección enfocada en los desafíos metodológicos. Estos principios ilustran en qué consiste su innovación y su cambio de

perspectiva:¹³ a) la transición del abordaje basado en la comunidad, al abordaje comunitario, que consiste en reconocer el protagonismo de los actores comunitarios y el valor de las estrategias existentes en la comunidad, y no solo el involucramiento de los actores comunitarios en el marco de estrategias definidas exclusivamente por las políticas públicas; b) la reducción del daño como perspectiva transversal de restitución de derechos fundamentales no solamente como conjunto de prácticas o servicios [1, 9 p. 79-83]¹⁴ sino como eje filosófico, ya que implica un abordaje inclusivo, que contempla la complejidad del problema transversal; c) la evolución desde el concepto de comunidad como actor vulnerado hacia la comunidad como recurso, reconociendo que vulnerabilidad y potencialidad se encuentran fuertemente entrelazadas; d) la transición del concepto de adherencia [31] al concepto de alianza [42] y de paciente a aliado; el concepto de paciente refiere a una pasividad, que en el abordaje comunitario se transforma en acción; e) el paso de la perspectiva individual a la perspectiva personal y de red, poniendo en el centro de la escena a las personas y sus relaciones en una comunidad [7 p.5-43, 19, 2];¹⁵ f) incluyendo una fuerte articulación entre lo formal y lo no formal [26]; y g) la articulación de una perspectiva de arriba hacia abajo con una perspectiva de abajo hacia arriba [35]; h) la evolución de una perspectiva protocolaria hacia la accesibilidad; i) de la reinserción social hacia la participación social; j) de servicio a dispositivo comunitario (el dispositivo a diferencia del servicio, forma parte de la trama de relaciones y respuestas, mientras que los servicios se relacionan con la comunidad, en lugar de formar parte de la misma); k) de atención a relación y l) del equipo a la red subjetiva comunitaria y a las redes operativas.

Características actuales de la demanda de integración social y drogas

Se trata aquí de poder ver si las condiciones

¹⁰ Estas dos referencias bibliográficas informan acerca del uso de las prisiones como lugar de concentración de personas por diversas razones y en las cuales la privación de libertad (total como en la esclavitud) o limitada (como la obligación de la residencia desde una cierta hora del día) era un sistema de control y explotación social. Las personas reducidas en estas «prisiones» podían ser poblaciones enteras desplazadas después de ser derrotadas en una guerra, migrantes por cualquier tipo de razón, extranjeros, personas que no hablan la misma lengua etc.

¹¹ Este texto habla de la *protection rapprochée* (protección cercana) y de su implementación como política social de asistencia, en un mundo en el cual ser pobre significaba ser enfermo/peligroso/actor de contagio.

¹² Es un texto que habla del tema de la pobreza y de la segregación de ésta a partir del siglo V. Se ilustra también el nacimiento de la atención «de calle» (típica metodología de trabajo iniciada en el siglo XII), de las medidas de reducción de daños y de la contención social.

¹³ Creemos que no es oportuno en este momento hablar de cambio de paradigma, por lo menos en los términos de Kuhn [17].

¹⁴ En este breve artículo la reducción del daño parece limitarse a servicios y actividades, aunque sea llamada, a veces, política.

¹⁵ En este escrito los autores consideran el aspecto institucional de las redes.

actuales de la demanda de las comunidades y de las personas vinculadas con drogas justifica la implementación de esta propuesta. Las evidencias disponibles dicen por ejemplo lo siguiente:

(i) Que a nivel mundial el porcentaje de personas con uso problemático de drogas que efectivamente encuentran algún tipo de respuesta a sus necesidades varían entre 16% [40] y 21% [10]. En este caso es oportuno preguntarse que sucede con el restante 84%-79%. En Argentina según el último estudio en población general¹⁶ del total de la población, el 11.7% presentó indicadores de dependencia de marihuana, cocaína y/o consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. No obstante, solo el 3.9% de las personas que registraron presencia de estos indicadores, buscaron ayuda profesional durante el último año, y del total de las personas que buscaron ayuda profesional por problemas vinculados al consumo de alguna droga, incluido alcohol y tabaco, el 52.9% realizó algún tipo de tratamiento, y el 44.2% no se insertó en programas o espacios de atención.

(ii) Que la existencia de zonas urbanas de alta marginación y vulnerabilidad no solamente ha permanecido sino se ha consolidado, entrecruzándose con el consumo y el tráfico de drogas [15, 16, 3]. En Argentina, el 25.7% de la población se encuentra debajo de la línea de pobreza, lo que incluye 1.611.000 hogares y 7.079.764 personas según datos oficiales.¹⁷ Respecto de la instalación y crecimiento del mercado de las drogas en los barrios vulnerables, según datos del estudio del Observatorio de la Deuda Social de la Argentina,¹⁸ en el período 2010-2015 se observa un importante incremento del registro de venta de drogas en los barrios y aumenta de manera significativa la proporción de hogares que perciben de

manera directa o indirecta que en su barrio se venden drogas ilegales. A finales de 2015, casi 5 de cada 10 hogares identifican la venta o tráfico de drogas en su calle, manzana o vecindario. En el año 2016 el 48.5% de los hogares percibieron venta o tráfico de drogas en sus barrios, observándose de esta manera un nuevo incremento en este indicador.

(iii) Que, según los primeros datos obtenidos por medio de la implementación del *Tratamiento comunitario*,¹⁹ como estrategia de abordaje comunitario por parte del Estado, a través de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (Sedronar) se ha observado que la vulnerabilidad de las personas en comunidades altamente excluidas es un fenómeno complejo, que involucra no solamente los aspectos médicos-sanitarios, sino también elementos de vulnerabilidad relacionados con el campo relacional familiar y comunitario, la violencia, la vida económica y la lucha por la subsistencia, etc. Entre las diez primeras condiciones de vulnerabilidad se encuentran las siguientes:²⁰ problemas familiares (34.4%), abuso de alcohol (18.5%), problemas escolares (17.4%), capacitación y formación (ninguna o escasa competencias o conocimiento para trabajar) (16.8%), necesidad de armado de proyecto de vida (16.3%), violencia intrafamiliar (15.5%), problemas relacionales (11.9%), sin trabajo (11.5%), pobreza extrema (8.7%), consumo de pasta base/paco (8.1%). Si sumamos el consumo de todo tipo de drogas llegamos al 17.9%. Si se suman todos los problemas ligados a la pobreza y a la exclusión (estar sin trabajo, pobreza extrema, necesidad de apoyo económico) el porcentaje de personas contactadas llega al 26%, si al consumo de alcohol añadimos el consumo de drogas llegamos al 32%. Por otro lado, solo el 33% presentan un único problema y el 56% entre dos y seis problemas simultáneamente.

Con estos datos se puede pensar que

¹⁶ Cfr. <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/InformeZEASyZconsumoZZInyectablesZ5Zmarzo.pdf>
¹⁷ Ídem.

¹⁸ Cfr. Barómetro del narcotráfico y las adicciones en la Argentina n° III. Venta de drogas y consumos problemáticos. Una aproximación diagnóstica a las adicciones en jóvenes de barrios vulnerables, 28 de abril de 2017. Disponible en <http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/2017-Observatorio-Informe-3-Narcotrafico-Adicciones-Venta-Drogas-y-Consumos-Problematicos-Resumen-Prensa.pdf>

¹⁹ Se utilizan datos de las hojas de primer contacto (HPC) con fecha marzo 2018.

²⁰ Los datos han sido obtenidos por medio del análisis de las hojas de primer contacto (HPC) registradas hasta la fecha de diciembre 2017. La HPC es una herramienta de registro de informaciones esenciales que surgen de los primeros contactos con las personas (generalmente en la calle y en lugares no formales). Una de las categorías de estas informaciones tiene que ver con las condiciones generales de vulnerabilidad o riesgo.

siguen vigentes las condiciones que han dado vida a la propuesta en los años 90 y que hoy tienen un peso mayor que en la época inicial.

Sentido político de la metodología

Pensar la implementación de una metodología territorial y comunitaria desde el Estado, es un desafío metodológico y político.

Si se adopta una perspectiva que observa simultáneamente las características de la propuesta (TC) con las características del contexto en el cual ésta es implementada, se pueden intuir los desafíos metodológicos principales. ¿Cómo hacer para que las estrategias de atención construidas por las comunidades puedan ser visibilizadas e incluidas en el abanico de respuestas a sus necesidades? ¿Cómo implementar un abordaje de redes no formales en el marco de políticas de redes hechas exclusivamente de servicios e instituciones? ¿Cómo articular lo formal con lo no formal?, ¿lo instituido (servicios resultantes de la implementación de las políticas públicas) con aquello que acontece en el flujo de la vida cotidiana de las comunidades?, ¿lo local con lo regional o lo nacional? ¿Cómo reconocer y visibilizar el escenario comunitario y las redes de las personas como recurso en los procesos de transformación de las dinámicas sociales? ¿Cómo resolver o transitar la tensión de ser equipos gestionados desde el Estado, pero que necesariamente deben estar inmersos en la comunidad, y formar parte de ella?

Como se menciona más arriba, desde el año 2016 se propone desde Sedronar, desarrollar una estrategia de abordaje territorial y comunitario, se plantea la necesidad de darle un marco a estas intervenciones, a la vez que se sostiene que es necesario consolidar esta forma de abordaje como una de las respuestas posibles a las situaciones de consumo de drogas.

Se pretende poner en discusión el paradigma abstencionista, con el objetivo de dar una respuesta más cercana a las vulneraciones de derechos que padecen las personas en sus comunidades. Para ello, es imprescindible que se trabaje con la comunidad. Allí radica una de las principales fortalezas del TC,

que no solo aborda las situaciones de consumo problemático, sino las vulneraciones de derechos de las personas en general; busca fortalecer las redes comunitarias como parte fundamental de este proceso, así como el rol de una «Minoría activa».

Según la conceptualización de TC, «Minoría activa»:

(...) está constituida por los actores y agentes comunitarios, que siguen desarrollando actividades e iniciativas de TC (...) después que el equipo se ha ido de la comunidad (...) es el producto estratégico del TC, (...) es el indicador que asegura que el TC se ha convertido en un elemento de la cultura comunitaria [21 p.335].

Tratamiento comunitario en organismo gubernamental

En la Argentina, si bien desde la política pública, hubo diferentes experiencias territoriales para trabajar las situaciones de consumo de drogas, ellas no lograron institucionalidad suficiente, como para poder consolidarse y presentarse como una respuesta eficaz a una compleja problemática multidimensional.

En este sentido, es necesario, además de llevar adelante las experiencias de trabajo territoriales, crear evidencia, medir y evaluar este tipo de intervenciones, para poder probar su viabilidad y sostenibilidad.

La implementación de la metodología de TC desde el Estado implica pensar «el encuentro» entre lo comunitario y lo estatal en el marco de una política pública, pensar los diversos umbrales de accesibilidad de los dispositivos estatales, pensar cómo el Estado se acerca a la comunidad y cómo la comunidad accede a los recursos estatales. Generar las condiciones para ese «encuentro» es uno de los pilares del TC.

En 2016 se comienza a implementar una experiencia piloto con diez equipos territoriales, seleccionados con un criterio federal, en barrios donde la Secretaría ya estaba desarrollando intervenciones junto a actores locales. En 2017, se suman veintidós equipos más; se encuentran en distintas comunidades de trece provincias de nues-

tro país.²¹

Conformación de los equipos operativos

Los equipos territoriales están conformados por cuatro o cinco personas cada uno, con perfiles diferentes: profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, entre otros), operadores y miembros de la comunidad. Cada uno de estos equipos está acompañado por un referente técnico de la oficina central de Sedronar.

Cada equipo desarrolla las actividades de TC como mínimo tres veces por semana; realizan diversas tareas:

- Trabajo en la calle: recorrido de los territorios de intervención con el fin de identificar el mismo, contactar personas e instituciones locales, observar dinámicas locales, reconocer el espacio de actuación para la construcción de las estrategias de intervención.
- Creación, visibilización y articulación de redes (comunitarias, institucionales, redes operativas, redes de recursos comunitarios, redes subjetivas, entre otras).
- Seguimiento de casos: trabajo articulado de abordaje con los dispositivos DIAT²² y equipos territoriales de otras áreas de la Sedronar, así como con los efectores locales.

²¹ Once en Gran Buenos Aires —San Isidro (Barrio Sauce), Tres de Febrero (Ejército de los Andes), Pilar (Barrio Agustoni), Morón (Barrio Carlos Gardel), Lomas de Zamora (Barrio Tongui), Moreno (Barrio Cuartel V, Barrio Cascallares y Barrio Villanueva), Quilmes (Barrio Santísima Trinidad y Barrio Monte Matadero), San Fernando (Barrio Santa Rosa)—; uno en Mar del Plata (Barrio Bosque Grande); uno en región Misiones (Eldorado); uno en Corrientes (capital); uno en Salta (capital); dos en Jujuy (San Pedro de Jujuy Barrio Patricios y Tilcara); uno en Tucumán (capital); uno en Santiago del Estero (capital); dos en Córdoba (Capital y Río Cuarto); tres en Santa Fe (Rosario: Perez, República de la Sexta, Rouillon); uno en Entre Ríos (Galeguaychú); cuatro en Mendoza —Godoy Cruz (Campo Pappa y La Gloria), Guaymallén y San Rafael—; uno en Tierra del Fuego (Ushuaia) y uno en Río Negro (Beltrán).

²² Los DIAT (Dispositivo integral de abordaje integral) son dispositivos que se encuentran en 20 provincias de las Argentina. Realizan diversas actividades que tienen como objetivo principal el abordaje integral de los consumos problemáticos, orientado en la promoción y restitución de derechos humanos como procesos potencialmente terapéuticos. Muchos de ellos están en los mismos territorios que los TC. TC y DIAT están bajo la órbita de la DNAE (Dirección Nacional de Abordaje Estratégico de la Sedronar).

- Formación y seguimiento: reuniones de equipo, registro y sistematización de la información obtenida a través de diversas herramientas metodológicas.
- Actividades de vinculación: generación, acompañamiento y visibilización de actividades comunitarias, que tienen como objetivos ejes de tipo organizativos, asistencia inmediata, educación no formal, animación y acciones culturales, salud, trabajo.

El proceso de implantación: datos, exigencias y fragilidades

Por medio de la presentación de algunos datos esenciales se aborda aquí la reflexión sobre tres aspectos que han sido relevantes: el proceso vivido por los equipos en la implantación del *Tratamiento comunitario*, es decir en aceptar el desafío metodológico que consiste en bajar todavía más el umbral de acceso (desde el trabajo en la comunidad al trabajo con la comunidad). El segundo consiste en evidenciar cómo el *Tratamiento comunitario* transforma la perspectiva de género y cuáles son sus consecuencias. El tercero es un breve abordaje de la perspectiva de redes.

El proceso hacia lo comunitario

La referencia respecto de cómo se establece el primer contacto con las personas de la comunidad, caracteriza la accesibilidad y la relación de los equipos con la comunidad (tabla 1).

Tabla 1. Establecimiento del primer contacto (distribución de porcentajes por categoría; datos 2016-2017 N. 1628)

Modalidad / lugar	%
Por teléfono	1.3
En la estructura de la organización	51.0
En la calle	21.1
En la casa de la persona	13.7
En otras instituciones	7.8
Otro	3.4
Total	98.3
Información faltante	1.7
Total	100.0

La implementación de la propuesta, por ser comunitaria, tendría que iniciar desde muy abajo (desde las calles, las viviendas de las personas, los lugares en los cuales las personas se encuentran etc.), por consecuencia los

datos del establecimiento de los primeros contactos con los parceros²³ deberían tener prevalencia «en la calle» y «en la casa de las personas». En realidad, estos primeros contactos representan el 34.8% mientras que los contactos en organizaciones de la comunidad son 58.8%. Las reflexiones de uno de los equipos que analiza estos datos, refiriéndose exclusivamente a los de su comunidad de trabajo (no a los datos presentados en la tabla 1) son también muy ilustrativas y explicativas:

Nuestra inserción como equipo de TC logró afianzarse en el espacio municipal del CCB.²⁴ En este marco conocimos los grupos de jóvenes que participan de las capacitaciones, a sus trabajadores, y a referentes juveniles comunitarios. En este sentido, el porcentaje mayoritario de primer contacto es en «otras instituciones» (58%), esto vendría a ser un híbrido entre TC y el propio CCB. Sin embargo, otros primeros contactos pudimos desarrollarlos en el marco de «la estructura de la organización» (32%) y/o en «la casa de la persona» (8%), que dan cuenta de momentos/actividades que sostenemos como TC.²⁵

Sin embargo, si se hace un análisis longitudinal (datos globales de todas las comunidades) se observa que, por ejemplo, los primeros contactos en la calle son 0% en el 2016, 19% en el primer semestre 2017 y 23% en el segundo. Por otro lado, los contactos en centros de bajo umbral (por ejemplo, DIAT) son el 48.2% en 2016, el 44.6% en el primer semestre 2017 y el 36% en el segundo. Estos datos ilustran como la perspectiva comunitaria se implanta poco a poco permitiendo una transición de espacios formales (institucionales) a espacios comunitarios no formales. Se observa también que ninguno de los dispositivos viene substituido por el otro y que ambos son complementarios. Uno de los objetivos estra-

tégicos del *Tratamiento comunitario* es bajar el umbral de acceso siguiendo el desarrollo de las políticas de drogas, el propósito presente por ejemplo en los DIAT o en los Centros Comunitarios de Barrio (CCB). La estrategia del TC ha sido salir de lo formal, estar con la comunidad en sus espacios comunes no formales: las calles, las familias etc.

La transición de un abordaje típicamente institucional en la comunidad hacia un abordaje comunitario implica ir más allá del estar en la comunidad y construir contactos con las personas. Implica cambiar de lugar, cambiar de actores, cambiar la mirada desde el lugar en el cual los equipos se colocan y entender aquello que lo comunitario implica, cambiar de sistema de relaciones y, a veces, también de tiempos.

A partir de empezar a visualizar otros actores comunitarios, por fuera del marco del CCB, nos dimos la tarea de acompañar actividades deportivas en el playón ubicado en el corazón del barrio (espacio del CCB), incluimos en el armado del «Septiembre Joven» (*actividad de vinculación*) y desarrollar recorridos de calle, sumamente fructíferas, para conocer el territorio, las dinámicas, los espacios, y las instituciones. Otras posibles estrategias a implementar podrían ser: fortalecer el contacto directo con referentes comunitarios no-formales, que sostienen espacios como Cooperativas de trabajo y Centros Comunitarios, que nos abran recorridos diferentes.²⁶

Además de lugares, actores, relaciones, es necesario cambiar también de sistema de acciones, del quehacer cotidiano de los equipos, con todas las dudas que esto puede sugerir: ¿qué tiene que ver esto con la salud pública, con el tratamiento de las adicciones, con el enfrentamiento de situaciones de trastornos graves de la personalidad (borderline, personas antisociales o asociales etc.)? En la medida en la cual se entienda qué significa proceso de abajo hacia arriba y necesidad de construir una alianza, un vínculo, un dispositivo de relaciones, entonces se entenderá también que este abordaje es, en efecto, tratamiento y que por medio del trabajo con vulnerabilidades específicas (el consumo de drogas, por ejemplo) aquello que busca es la

²³ Parceros/a es un término utilizado a lo largo de América latina. En TC, «(...) se lo interpreta como socio, aliado, coequipo, *partner* y trata de representar con una sola palabra el sentido de la relación de ayuda». Pretende representar la alianza de trabajo entre dos sujetos «parceros/as», que se desarrolla en la comunidad. Supone que las personas son sujetos activos, recursos activos de la comunidad.

²⁴ Denominación del Centro Comunitario Barrial, Ruillón (Rosario).

²⁵ Extracto tomado de la Evaluación de la jornada de capacitación de noviembre 2017. Equipo Ruillón, Rosario, Santa Fe.

²⁶ *Ibid.* nota 25.

integración social. Se trabaja en contextos radicalmente diferentes respecto al abordaje instituido:

Fuimos a caminar por las calles, calles de barro con escasa infraestructura, zanjas en las veredas por donde pasa el agua usada de las casas (inclusive las de los baños), mucho barro por la lluvia reciente. Los vecinos fueron haciendo pequeños puentes peatonales para pasar de un lado a otro. En el zanjón se ven restos de autos cortados, y en varios sectores, mucha basura acumulada. Sábado por la mañana, el movimiento comienza a partir de las 10.30/ 11. Las primeras en salir son las mujeres: hacen compras, llevan a los chicos a la canchita, a la catequesis, a las actividades del CAI en la sede de la escuela 32. Vamos saludando y las señoras nos saludan un poco curiosas; saben que no somos del barrio.²⁷

Si a los datos 2016-2017 se suman aquellos del primer trimestre 2018, resulta que se ha llevado trabajo, registro y seguimiento de 1998 personas en tratamiento con la comunidad,²⁸ pudiendo dar cuenta de la evolución de cada una de estas personas desde una mirada amplia, monitoreándolas en diferentes dimensiones e indicadores. Las dimensiones o ejes que estructuran la práctica del TC, se relacionan y son complementarias; es a través de ellas que los equipos operativos pien-

san sus diversas actividades. Estos ejes son a) prevención-organización, b) asistencia básica y minimización-reducción del daño, c) educación y rehabilitación, d) cura médica y psicológica y e) ocupación y trabajo.²⁹

Estos ejes, a su vez, se trabajan a través de indicadores que pueden ser considerados de riesgo. Estos son: educación, sustancias, trabajo, seguridad personal, salud, red primaria, vivienda y asistencia básica. A través de su codificación y evaluación se describen comportamientos, actitudes o condiciones de las personas a las que se realiza el seguimiento.

La perspectiva de género

De esta manera se ha podido tener resultados medibles en personas que generalmente no tienen oportunidad de acceder a ningún otro tratamiento. De estas 1998 personas (datos 2016-marzo 2018) que accedieron al dispositivo de TC, el 52% son varones y el 47% mujeres. Esto significa un *mayor acceso de mujeres* al mismo (en comparación con otros dispositivos, a nivel nacional e internacional) y por ende, la visibilización de sujetos que por diversos motivos no son contemplados muchas veces en las estrategias de abordaje territorial y construcción de los dispositivos. Este apunto, además, es una las líneas centrales del *plan nacional de drogas;*

²⁷ Diario de Campo, TC. Villanueva, agosto 2017.

²⁸ Además del seguimiento enfocado en la persona (registrada en la Hoja de primer contacto), los equipos y las redes operativas trabajan con las familias (8000 personas estimadas) y con redes subjetivas (redes de amigos). Entonces, teniendo en cuenta las personas beneficiarias directas y las indirectas, las realmente atendidas son hasta ahora alrededor de 10.000.

²⁹ «a) Prevención-organización: el tratamiento comunitario considera a la prevención (entendida como organización de la vida comunitaria que se inicia con la participación en la organización existente en la comunidad) como la primera y fundamental acción de tratamiento comunitario, como la estrategia por la cual hay que iniciar, como si la lógica fuera que si no hay prevención no es posible el tratamiento. b) Asistencia básica y minimización-reducción del daño: el segundo eje es asistir (cuidar). En contextos de alta vulnerabilidad y exclusión se observa una significativa ausencia de servicios básicos, no solamente de salud sino de seguridad, de alimentación, de higiene. Por esta razón lo que se busca es, en un primer paso, capacitar y sucesivamente (por lo menos en parte) activar redes que sepan cómo se convence, acompaña, ayuda a una persona a lograr pautas de cuidado básico. c) Educación y rehabilitación: el tercer eje es educación/rehabilitación. Con este concepto se desea subrayar el lugar central de la educación en los procesos

de rehabilitación. En contextos no formales, como son las comunidades abiertas y las redes, las propuestas educativas tienen que articular lo formal con lo no formal y viceversa e incluir aspectos esenciales para la vida cotidiana de las personas. d) Cura médica y psicológica: en el cuarto eje se incluyen las actividades y los procesos de cura médica y psicológica. En el contexto de las curas médicas se pueden incluir todas las acciones de desintoxicación y apoyo médico en su proceso, y en los casos en los cuales se requiere el diagnóstico dual, el apoyo farmacológico, el uso de terapias con fármacos sustitutos etc. e) Ocupación y trabajo: el quinto eje busca promover la integración (reinserción) social por medio de la creación de capacidades laborales, fuentes y oportunidades de trabajo. La experiencia ha evidenciado efectivamente que sin autonomía económica lícita, las probabilidades de recaídas en el uso de droga o la permanencia en situaciones de alta vulnerabilidad son muy elevadas. Vincular el trabajo de desarrollo de la comunidad al tema de la integración social (incluyendo la reinserción), es fundamental porque evidencia que sí es verdad que el trabajo es un producto social y que en la comunidad este puede producirse, es también verdad que no todas las personas «pueden efectivamente trabajar». (Tomado del documento Nociones básicas de TC, Buenos Aires: Sedronar; 2017 (documento de recopilación y/o producción interna de la coordinación, no publicado).

la perspectiva de género aplicada a las políticas públicas de drogas.

El trabajo con la comunidad ha permitido evidenciar *elementos fundamentales en la perspectiva de género*: si se hubiera considerado únicamente el aspecto de las drogas, el 86% de las mujeres en condición de vulnerabilidad no habría aparecido. Observar a las comunidades únicamente desde la perspectiva de las drogas hace desaparecer la vulnerabilidad de las mujeres y acentúa las vulnerabilidades de los varones, sesgando de esta manera la visión de comunidades enteras con características de vulnerabilidades a un solo género: el masculino. La perspectiva de género permite ver a las comunidades de otra manera. Véase, por ejemplo, personas que necesitan de un apoyo económico: varones 41%, mujeres 58.4%; personas en situación de calle: hombres 77.3%, mujeres 22.7%; personas víctimas de abuso sexual: hombres 40%, mujeres 60%; personas víctimas de abuso sexual durante la infancia: varones 0.5%, mujeres 2.5% (sobre seis casos 5 son mujeres); personas víctimas de violencia de género (sobre 36 casos) 16.7% varones y 83.3% mujeres, (de cada diez casos más de ocho son mujeres); personas víctimas de violencia intrafamiliar (sobre 243 casos) 46% hombres y 54% mujeres.

Uno de los objetivos del *Tratamiento comunitario* es poder entrar en contacto con aquellas personas que de otra forma no contactarían con ningún otro tipo de servicio. Para eso el estudio de los nuevos casos es esencial. *Los datos nos dicen que el 72% (54% hombres y 46% mujeres) de las personas contactadas por la Secretaría, lo fueron por primera vez.* En este punto se refuerza la idea de que como Secretaría en particular y como el Estado en general, a través del TC se llega a lugares y personas, que desde otros dispositivos comunitarios no es posible.

Desde la metodología del TC, cuando un equipo operativo trabaja con la persona (parcera/o-beneficiaria/o) que se acerca con algún tipo de demanda, se trabaja también con sus redes. Esto quiere decir, que la estrategia de intervención se piensa desde el equipo con las personas e instituciones que son o deben ser parte de la respuesta integral a la/el parcera/o. Una

vez iniciada la intervención, la lógica de redes es el horizonte de intervención.

La perspectiva de redes

Entre los desafíos metodológicos del TC se encuentra la *perspectiva de redes no formales*. Esto significa trabajar con la persona que, en la óptica del *Tratamiento comunitario* es el individuo con su red de amigos (red subjetiva, en la terminología del TC), es decir con la entidad social que le es más cercana, que constituye su estructura relacional, afectiva y social fundamental.

El acceso a esta metodología permitió ordenar los procesos, para así también poner en tensión saberes y prácticas adquiridas. El empoderamiento de los «instrumentos técnicos» fue un desafío que aún se está desarrollando, tanto en equipos operativos como con los tutores.

Es interesante pensar estos dos planos, escindidos solo de forma analítica, entre lo técnico (herramientas) y lo cultural (prácticas).

Conclusiones

Se trata ahora de ver cuáles han sido las respuestas a las preguntas que nos planteamos al inicio de este escrito. Se ha observado que las condiciones en las cuales ha surgido el *Tratamiento comunitario* y las condiciones de las comunidades en las cuales éste ha sido implementado son similares y que una demanda para el TC existe: las personas piden trabajo, visitas familiares, maneras de recuperar la escolaridad, que alguien les acompañe en organizar sus vidas, una mejor integración en sus comunidades, formación y capacitación para el trabajo, consejo y orientación. Las demandas por servicios médicos y de salud existen mas no son tan significativas como aquellas que han sido mencionadas.

Una de las preguntas iniciales estaba referida a la razón por la cual el TC podía ser una respuesta adecuada. Se han encontrado los elementos siguientes: porque logra establecer contacto con las personas que no lo consiguen con otros servicios; porque por medio de su estar en la comunidad (metodología) evidencia situaciones de vulnerabilidad que de otra manera no podrían ser visibilizadas (ver en particular la perspectiva de género); porque

por medio de una perspectiva de redes logra establecer contacto con entidades sociales de alta intensidad relacional que pueden ser efectivamente utilizadas para establecer nuevos contactos, realizar acompañamientos utilizando nodos de dichas redes, tener un conocimiento de las dinámicas comunitarias que ayuda a prevenir y a evitar interrupciones de procesos del TC; porque con su sistema de recopilación y sistematización de la información (hojas de primer contacto, diarios de campo y de proceso) es posible tener una información sistematizada, a partir de la cual producir datos y evidencias que ayudan a entender lo no inmediatamente visible en el proceso y a modificarlo si fuera necesario.

Otra pregunta era: ¿Cuáles son las precondiciones políticas y organizativas que necesita el TC a nivel nacional y local? La voluntad política ha sido fundamental. Ésta ha consistido en los puntos siguientes: adoptar una perspectiva de desarrollo construyendo sobre aquello que había sido construido en el pasado, evitando desechar sistemáticamente todo lo anterior, creando complementariedades entre elementos de las políticas (DIAT y TC son complementarios). Esto ha significado mantener activo un proceso de reelaboración de los dispositivos existentes que, por un lado, se han transformado por medio de la nueva propuesta y, por el otro, lado la han transformado permitiendo una adaptación activa. Esto ha implicado saber persistir en momentos de incerteza, encontrar formas de elaborar conflictos y voluntad para encontrar soluciones. Se trataba en efecto de unificar criterios basándose en todos los elementos comunes existentes y sobre éstos armonizar las diferencias.

La última pregunta que nos pusimos decía: ¿Cuáles son los puntos o elementos de fragili-

dad de la propuesta en este momento? Se podrían identificar cuatro. El primero es el desafío puesto por la exigencia de escribir, sistematizar la información, analizarla y utilizarla para entender la propuesta y si fuera necesario modificarla. El uso de herramientas formales ha sido una dificultad en la implementación del TC. El segundo es la transición desde una modalidad basada en dar servicios hacia una modalidad basada en implementar procesos. El tercero es adoptar una perspectiva de abajo hacia arriba en la cual el protagonismo de los actores comunitarios se basa en sus experiencias y conocimientos y no en la adaptación a las modalidades de trabajo de las instituciones. El cuarto es la articulación entre los recursos no formales presentes en la comunidad y los recursos formales de las instituciones: mientras que los primeros dan respuestas en lo inmediato y tienen un bajo nivel de organización y de sostenibilidad en el tiempo, los segundos necesitan de tiempo, tienen un alto nivel de organización y garantizan una mayor sostenibilidad. Hacer de los dos procesos una fuerza complementaria sigue siendo un desafío.

Es interesante analizar el proceso del TC desde Sedronar desde la dupla conceptual *implantación e implementación* del TC en territorio. Este proceso tiene fases y/o niveles que permiten medir la implantación e implementación del proceso en las comunidades, posibilitando evaluar mejoras en la calidad de vida de la misma comunidad. La medición de este proceso será un eje de próximos estudios.

Estar en la comunidad, vivir procesos de vida comunitaria, construir los dispositivos, manejar los instrumentos, etc. son algunos de los ejes que nos permiten pensar la implantación e implementación del mismo.

Referencias

1. Ajani B, Davila CA, Frost T, Metzner E, Motley J, Roberts E. Peer-Delivered Syringe Exchange Toolkit: Models, Considerations and Best Practices. New York: Harm Reduction Coalition, New York City Health Department; 2012.
2. Antunes da Costa PH, Belchior Mota DC, Mota Ronzani T, Gonçalves de Moura Y. O que são as Redes e a importância das Redes Sociais na Dependência de Drogas. In: Da Silva EA, Gonçalves de Moura Y, Kopp Zugman D. Vulnerabilidades, Resiliência, Redes. Uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: RED. p. 287 y ss.
3. Balzano SM, Hourquebie NE, Cardarelli G, Casermeiro de Pereson A, Raggio L. Vivir en los

- bordes: la vida en ocho barrios, villas o asentamientos del conurbano bonaerense [en línea]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa; 2015. [Citado 20 julio 2018]. Disponible en <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/investigacion/vivir-bordes-vida-ocho-barrios.pdf>
4. Bueno G. La metafísica presocrática. Oviedo: Pantaifa; 1974.
 5. Castel R. Les Métamorphoses de la question sociale. Paris: Gallimard; 1993.
 6. Comisión Económica para América Latina. Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas; 1997.
 7. Copello A, Orford J, Hodgson R, Tober G. Social Behaviour and Network Therapy for Alcohol Problems. London: Brunner Routledge; 2009.
 9. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisboa: EMCDDA; 2011. Doi: 10.2810/29497
 10. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. Statistical Bulletin 2016 [Internet]. Lisboa: Emcdda; 2016. [cited 2015 August 25]. Available in: www.emcdda.europa.eu/data/stats2016
 11. Foucault M. Surveiller et punir. Naissance de la prison. Paris: Gallimard; 1975.
 12. Gossop M, Marsden J, Stewart D. The National Treatment Outcome Research Study. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake. London: Ntots; 2002.
 14. Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). J Subst Abuse Treat. 2003; 25:125-34. PMID: 14670518. Doi:10.1016/S0740-5472(03)00130-2.
 15. Jife JI. Informe 2014. Viena: UN; 2014.
 16. Jife JI. Informe 2016. Viena: UN; 2016.
 17. Kuhn T. The Structure of Scientific Revolutions. Chicago Ill.: University of Chicago Press; 1962.
 18. Lattes AE, Recchini de Lattes Z. International Migration in Latin America: patterns determinants and policies. In: Macura M, Coleman D, eds. International migration: regional process and responses. New York: United Nations, Economic studies 7; 1994. p.109-26.
 19. Machin J, Merlo R, Milanese E. Redes sociales y farmacodependencias. Aportes para la intervención. México: CONADIC-Consejo Nacional de Adicciones, Centro de Formación Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas A.C.; 2010.
 20. Milanese E. La comunidad: basurero de los fracasos de las instituciones y oportunidad para relaciones de ayuda duraderas e incluyentes. En: Convenio UNODC/MPS. La inclusión social. Una respuesta frente a la drogodependencia. Bogotá: Naciones Unidas, Ministerio de la Protección Social República de Colombia; 2008. p.21-37.
 21. Milanese E. Tratamiento Comunitario. Manual de trabajo. São Paulo: Instituto Empodera; 2013.
 22. Morris N, Rothman DJ. The Oxford History of the Prison: The Practice of Punishment in Western Society. New York: Oxford University Press; 1998.
 23. Moser CO. Urban violence and insecurity: an introductory roadmap. Environ Urban. 2007; 16(2):3-16. Doi: <https://doi.org/10.1177/095624780401600220>
 24. Murphy SMG. St. Basil and Monasticism. Patristic Studies. 1930; 25: XIII+III.
 25. Nelson G, Pattersen M, Kirst M, Macnaughton E, Isaak CM, Nolin D, ... Goering P. Life Changes Among Homeless Persons with Mental Illness: A longitudinal Study of housing First and Usual Treatment. Psychiatr Serv. 2015; 66(6):592-7 PMID: 25686813 DOI: 10.1176/appi.ps.201400201
 26. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) Actividades alternativas para la prevención del uso de drogas. Quito: UNODC; 2012. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/ProyectoEcuador/actividades_1.pdf
 27. Paglia V. Storia dei poveri in occidente. Indigenza e carità. Milano: RCS Garzanti; 1994.
 28. Palmer RS, Murphy MK, Piselli A, Ball SA. Substance Abuse treatment drop-out from client and clinician perspective. Subst Use Misuse. 2009; 44(7):1021-38. PMID: 193678276 DOI: 10.1080/10826080802495237
 29. Pansters W, Castillo Berthier H. Violencia e inseguridad en la Ciudad de México: entre la fragmentación y la politización. Foro Internacional [en línea]. 2007 [citado 20 de julio de 2018]; 47(3):577-615. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/599/59911150005.pdf>
 30. Peters EM. Prisons Before Prisons; The Ancient and Medieval Worlds. In: Morris N, Rothman DJ. The Oxford History of the Prison. The Practice of Punishment in Western Society. New York: Oxford University

- Press; 1998. p.6-21.
31. Sabate, E. WHO Adherence Meeting Report. Genève: WHO; 2001.
 34. Simpson D, Joe GW, Broome KM. A National 5-Year Follow-up of Treatment Outcomes for Cocaine Dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):538-44. doi:10.1001/archpsyc.59.6.538
 35. Torrente E, Escarrabill J, Marti T. (2010). Impacto de la Redes Sociales de Pacientes en la práctica Asistencial. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*. 2010; 2(1).
 36. UNGASS, UN. Resolution adopted by the General Assembly. New York: UN; 2000.
 37. United Nations. World Urbanization Prospects. The 1999 Revision. New York: United Nations Population Division; 2000.
 38. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. Global Illicit Drug Trend. New York: UN; 1999. Available in: https://www.unodc.org/pdf/report_1999-06-01_1.pdf
 39. United Nations Office on Drugs and Crime. Drug Dependence Treatment: Community Based Treatment. Vienna: UNODC, Treatnet; 2008. Disponible en: http://www.unodc.org/docs/treatment/CBTS_AB_24_01_09_accepted.pdf
 40. United Nations Office on Drugs and Crime. Drugs World Report 2016. New York: United Nations; 2016. Available in: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf
 41. World Health Organization. Evidence for Action; effectiveness of community-based outreach in Preventing HIV/AIDS among Injecting Drug Users. Geneva: WHO; 2004.
 42. Zetzel E. (1956). Current concepts of transference. *Int J Psychoanal*. 1956;37(4-5):369-76. PMID: 13366506



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA
REGIDORIA DE SALUT I CONSUM



Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires