



**XIX SEMINARIO IBEROAMERICANO
SOBRE DROGAS Y COOPERACIÓN:
*“Soluciones locales para
un fenómeno global”***

**San José, Costa Rica
8 al 12 mayo 2017**

ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Introducción.....	3
Objetivos del Seminario	4
Programa del Seminario.....	5
Resumen y reflexión de las ponencias.....	7
Actividades Internas de la RIOD	93
Participantes en el seminario	94
Principales conclusiones del seminario.....	95
Evaluación del seminario	97
Memoria Económica.....	100
Memoria Gráfica.....	101



Agradecimientos

La RIOD (Red iberoamericana de ONG que trabajan en drogas y adicciones), agradece a la Delegación del Gobierno del Plan Nacional Sobre Drogas de España (DPNSD), al Gobierno de la República de Costa Rica y al Instituto Costarricense sobre Drogas, su apoyo, respaldo y cooperación en el desarrollo del “XIX Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación: Soluciones locales para un fenómeno global”, celebrado en San José (Costa Rica) del 8 al 12 de mayo de 2017.

Sus aportes, logísticos, técnicos y financieros constituyen un apoyo importante para la proyección de nuestro trabajo en Iberoamérica. El poder compartir aprendizajes, especialmente en lo que respecta a la atención de tantas personas involucradas en la problemática de drogas, requiere de la diversidad de visiones y experiencias, con abordajes de calidad, en un contexto de respeto a los derechos humanos.

Introducción

La RIOD (Red iberoamericana de ONG que trabajan en drogas y adicciones) nace en 1998 y se constituye legalmente en 1999, a iniciativa de la Delegación del Gobierno de España para el Plan Nacional sobre Drogas y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD-OEA), y con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), para dar respuesta a necesidades hasta el momento no cubiertas en el ámbito de las drogas, promoviendo el encuentro y el debate sobre las políticas públicas y la complementariedad entre las administraciones y las entidades sociales.

Actualmente la RIOD agrupa 42 ONG iberoamericanas, entre las que se encuentran 3 plataformas (FONGA, FLACT y UNAD), participando así más de 1.000 entidades en la red procedentes de toda América Latina y España que trabajan en el ámbito de las drogas y las adicciones en materia de prevención, tratamiento, inserción, investigación e incidencia política, con la misión de, desde un enfoque de Derechos Humanos, incidir en las políticas públicas y los problemas relacionados con el consumo de drogas y las adicciones, promoviendo así mejoras en la calidad de vida de las personas y las comunidades afectadas por este fenómeno.

El valor añadido de la RIOD es que no solo es una red de entidades de la sociedad civil que conocen y aportan su experiencia de trabajo sobre el terreno, sino que, además, una constante, entre los profesionales de las entidades de la red, es que trabajan en estrecha colaboración con los Gobiernos de sus respectivos países y con organismos internacionales, participando en encuentros y espacios de trabajo conjunto para el diseño e implementación de políticas públicas.

Anualmente la RIOD organiza un seminario internacional sobre drogas y cooperación, lo que supone un encuentro de gran importancia y muy significativo al contar con profesionales y expertos del sector, pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil, Gobiernos y organismos internacionales, que abordan la problemática y sus posibles soluciones desde diferentes perspectivas y de manera articulada. En el presente año este seminario tuvo lugar en San José (Costa Rica) del 8 al 12 de mayo, bajo el título *“XIX Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación: Soluciones locales para un fenómeno global”*.

El consumo problemático de drogas es, además de un problema global, un problema social, y por lo tanto la responsabilidad de intervención está repartida entre diferentes actores y de diferentes niveles de intervención. En este sentido, y tras haber debatido internamente el documento resultante de la UNGASS 2016, se decidió tratar este tema en el Seminario en el que se profundizó en el análisis y la búsqueda de diferentes soluciones para que desde el ámbito local, el más cercano a las personas y comunidades, se pueda incidir en un fenómeno complejo y global como es el de las adicciones.

Al encuentro asistieron cerca de 150 personas provenientes de organizaciones de la sociedad civil, representantes de distintos niveles del Estado de países de Iberoamérica, responsables de políticas de Administraciones Públicas y expertos del sector.

Objetivos del Seminario

Objetivo General:

Generar un espacio para fomentar el debate, el intercambio de propuestas y de experiencias y buenas prácticas con el fin de explorar diferentes alternativas de intervención ante los problemas asociados al consumo de drogas en el ámbito latinoamericano con el fin de proponer nuevas políticas públicas.

Objetivos Específicos:

- OE 1.- Identificar las diferentes alternativas de políticas públicas, locales, propuestas en distintos países y regiones en el ámbito iberoamericano y analizar la adecuación de las mismas a los diferentes escenarios en los que se van a aplicar.
- OE 2.- Fomentar el intercambio de reflexiones sobre esas alternativas y su evaluación desde la perspectiva de la evidencia.
- OE 3.- Proponer diferentes escenarios de participación activa de las organizaciones de la sociedad civil en las diferentes alternativas de políticas públicas
- OE 4.- Buscar un posicionamiento de consenso de toda la RIOD ante las nuevas e innovadoras alternativas de políticas públicas que se están produciendo y que puedan producirse en el futuro.

#XIXRIOD



Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogas y adicciones

“XIX SEMINARIO IBEROAMERICANO SOBRE DROGAS Y COOPERACIÓN: Soluciones locales para un fenómeno global”

San José, Costa Rica
8 al 10 mayo 2017

Con la financiación de:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



Socios de honor:



Programa del Seminario

Lunes 08 de mayo

8h00 - 9h00: Recepción y acreditaciones

09h00 - 11h00: Inauguración

- Guillermo Araya Camacho. Director Gral. del Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).
- Luis Eduardo Sandí Esquivel. Director Gral. de Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
- Margarita María Sánchez Villegas, Presidenta de RIOD. Corporación Surgir.

11h00 - 11h30: Café

11h45 - 13h00: *"El horizonte post-UNGASS 2016: Desafíos globales, oportunidades locales."*

- Constanza Sánchez Avilés. Directora del área de Leyes, Políticas Públicas y Derechos Humanos de la Fundación ICEERS.

Debate y reflexión.

Presenta y modera: Fabián Chiosso

13h00 - 14h00: Almuerzo

14h00 - 15h00: Presentación de la publicación y la 4ª edición de experiencias orientadas a las Buenas Prácticas RIOD.

Presenta: Domingo Comas Arnau e Inmaculada Gómez Ortiz.

15h00- 17h00: *"Enfoque de Salud Pública"*

- *Drogas y América Latina. Más allá de la Salud Pública.* Javier Sagredo Fernández. Consultor de organismos internacionales.
- *Drogas y Salud Pública. Recomendaciones al respecto.* Josep Rovira Guardiola. Representante de la Comisión de Trabajo de Salud Pública de RIOD.
- *La atención integral en adicciones. El trabajo desde un CAID.* Mauricio Vargas Fuentes. Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica.
- *Prevención, Aprendo a valerme por mí mismo.* Luis Eduardo Sandí Esquivel. Director Gral. de Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

Debate y reflexión

Presenta y modera: Juan Machín Ramírez.

17h00: Fin de Jornada

Martes 09 de mayo

08h00 - 8h30: Llegada y registro de asistentes

8h30 - 10h30: *Concurrencia de adicción y otros trastornos mentales: ¿Un problema de salud, un reto para la intervención, una exageración interesada?*

- *Salud Mental y drogas: Una visión desde la OPS.* Luis Alfonso Bello. Asesor Regional de OPS.
- *Trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos mentales. Oportunidad para un marco general de intervención: principios y estrategias.* Juan José Fernández Miranda. Representante de la Comisión de Trabajo de Salud Mental y adicciones de RIOD
- *El tratamiento conjunto de adicciones y salud mental: la experiencia de Proyecto U.N.O.* Sebastián Rodríguez Varchetta. Proyecto U.N.O. - RIOD.

Debate y reflexión

Presenta y modera: Fabián Tonda Viñas

10h30 - 11h00: Café

11h00 - 13h00: *"Enfermedades y riesgos asociados al consumo"*

- *Enfermedades y riesgos asociados al consumo. Un aporte desde lo global.* Juliana Sánchez Mora. Consultora de organismos internacionales.
- *Abordaje desde RIOD y desde la sociedad civil.* Julia Campos Guevara. Representante de la Comisión de Trabajo VIH y Directora de CEPESJU - RIOD.
- *Restitución de derechos. Modelo de Costa Rica: un ejemplo de reducción de daños.* Eugenia Mata Chavarría. ICD.

Debate y reflexión

Presenta y modera: Felisa Pérez Antón

13h00 - 14h00: Almuerzo

14h00 - 16h00: *"Empoderamiento y Justicia Restaurativa"*

- *Justicia Restaurativa: una visión global.* Jorge Ollero Perán. Federación Enlace (UNAD - RIOD).
- *La Justicia Restaurativa en RIOD.* Raúl F. Tovar Beltrán. Representante de la Comisión de Trabajo de Justicia Restaurativa de RIOD
- *Justicia Restaurativa. Una experiencia de la sociedad civil.* Jorge A. Salazar. Hogares Claret - RIOD.
- *Mujer, drogas y encarcelamiento.* Isabel Gámez. Ministerio de Justicia de Costa Rica.
- *Programa de tratamiento bajo supervisión judicial - PTDJ.* Nelson Ayala Torres. IAFA.

Debate y reflexión

Presenta y modera: Demalui Amighetti López

16h00 - 17h00: Exposición de pósters de buenas prácticas.

17h00: Fin de Jornada

Miércoles 10 de mayo

08h00 - 8h30: Llegada y registro de asistentes

8h30 - 10h30: Evidencias en los programas de intervención comunitaria.

- *"Qué es la evidencia científica y cómo utilizarla en la intervención"*. Domingo Comas Arnau. Fundación Atenea Debate y reflexión
- *Situación de la generación de evidencia comunitaria en la RIOD*. Silverio Espinal Bedoya. Representante de la Comisión de Trabajo de Evidencia Comunitaria de RIOD
- *Intervención comunitaria multinivel, dirigida a personas consumidoras de crack*. Gloria Bodnar de Pilla. Fundasalva - RIOD.
- *"Programa Casitas"*. Laura Chacón Echeverría. Programa FUNDAMENTES. Debate y reflexión.

Presenta y modera: Marcelo R. Choclín

10h30 - 11h00: Café

11h00 - 13h00: *"Drogas en el contexto de los Instrumentos de Cooperación al Desarrollo de acceso a ONGD's"*

- *Naturaleza y objetivos de la Cooperación al Desarrollo en un contexto global*. Jesús Molina. Oficina Técnica Cooperación Española en Costa Rica.
- *Códigos compartidos. Presencia y ausencia del Sector Drogas*. Gerardo Lerma García. FAD - RIOD.
- *De la Identificación a la Evaluación de un proyecto de Cooperación al Desarrollo. Elementos a tomar en consideración*. Lucía Rodríguez Sampayo FAD.
- *Desde lo local. Fortalezas y debilidades de trabajar al amparo de instrumentos de Cooperación al Desarrollo*. M^a Victoria Correa Rentería. Corporación Caminos - RIOD. Debate y reflexión.

Presenta y modera: Lola Capdepón Balaguer

13h00 - 14h00: Almuerzo

14h00 - 15h00: *"Retos en RIOD: Género, Estigma y Prevención con niños, niñas y jóvenes"*

- *Hombres, Mujeres y Drogodependencias: Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Raquel Cantos Vicent. Fundación Atenea - RIOD. Comisión de Género.
- *Estigma en usuarios y usuarias de drogas: Estrategias para combatirlo*. Juan José Fernández Miranda. Socidrogalcohol - RIOD. Comisión de Estigma
- *Prevención con niños, niñas y jóvenes*. Marcelo Raúl Choclín. Proyecto Cambio - RIOD. Comisión de niños, niñas y adolescentes Debate y reflexión.

Presenta: Paz Casillas Martínez

15h00 - 15h30 *La voz de las personas*. Contenido audiovisual. RIOD.

15h30 - 16h30: Clausura Seminario

- Guillermo Araya Camacho. Director Gral. de Instituto Costarricense sobre Drogas. ICD.
- Luis Eduardo Sandí Esquivel. Director Gral. de Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. IAFA.
- Margarita María Sánchez Villegas, Presidenta de RIOD. Corporación Surgir.

16h30: Fin de la jornada

16h30 - 17h00: Entrega de Certificados de asistencia.

Lugar de celebración:

Radisson Hotel San Jose

Calle Central y Tercera Av 15, Barrio Tournon, 00001 San José, Costa Rica

La RIOD es una organización que agrupa a 43 ONG iberoamericanas con el fin de trabajar en el ámbito de las drogas en materia de prevención, tratamiento, inserción, investigación e incidencia política.

Sus Socios de Honor son la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España (PNSD) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD-OEA).



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



OEA | CICAD



Resumen y reflexión de las ponencias

8 de mayo

Ponencia marco: “El horizonte post-UNGASS 2016: Desafíos globales, oportunidades locales” – Constanza Sánchez Avilés. Directora del área de Leyes, Políticas Públicas y Derechos Humanos de la Fundación ICEERS.

Abstract: Esta ponencia pretende cubrir el marco general de la evolución reciente de los debates internacionales en materia de políticas de drogas, así como sus principales desafíos e impactos en el espacio latinoamericano/iberoamericano. Tomando como referencia la perspectiva de la economía política de las drogas ilícitas, se presentará un recorrido por las principales tendencias en los mercados de drogas y las respuestas políticas que los Estados y las entidades regionales y locales han adoptado en un contexto cambiante e interdependiente. Como telón de fondo, se realizará un recorrido por los principales debates en torno a los que versó UNGASS 2016 y las perspectivas que se perfilan hacia la nueva cita de 2019.

Ideas principales de la ponencia:

Constanza inicia su ponencia explicando el fenómeno de las drogas, cuál es el problema y la perspectiva desde la economía política internacional, ya que la economía y la política de las drogas deben ser estudiadas de manera conjunta. Las dimensiones económicas del comercio de drogas deben ser estudiadas adecuadamente en los contextos políticos y sociales donde operan, y a los que transforman.

Para abordar la problemática, se expone el *Informe Sobre el Problema de las Drogas en las Américas – OEA (2013)* y entender el punto de partida. El informe comienza planteándose algo muy importante: de qué estamos hablando cuando nos referimos al “problema de las drogas”, es básico acotar de qué estamos hablando y cómo lo analizamos ya que no existe un solo problema relacionado con las drogas, sino múltiples, asociados a su vez con la diversidad de características de los países de América Latina. La diversidad respecto al fenómeno de las drogas, se manifiesta en patrones de consumo, temas de salud o efectos en la actividad del crimen organizado, pero también hay diversidad respecto a otras cuestiones que impactan como el desarrollo económico, las estructuras institucionales o las prioridades políticas. Para dar respuestas, el informe analiza: a) El cultivo, en el caso que se trate de sustancias de origen vegetal o que productos de ese origen sirvan de materia prima para la producción de la sustancia ilícita; b) La producción, no sólo de las drogas consideradas como producto final, sino también de aquellos bienes que son necesarios para producirlas y cuya producción está prohibida; c) La distribución o tránsito de las sustancias y de los insumos necesarios para producirlas; d) La violencia que ejerce el crimen organizado que, aunque acompaña todo el proceso, se manifiesta principalmente en la fase del tráfico y la convierte en aquella en que se genera la mayor violencia y el mayor número de víctimas; e) La comercialización (o venta) de las sustancias a sus consumidores finales, momento en que se genera la mayor ganancia; f) El consumo, en particular por qué se consumen drogas, cuántas personas las consumen en nuestro continente, qué drogas consumen y cuáles son los daños que ellas producen.

La violencia se concentra principalmente en unas cuantas fases de esta cadena (comercialización internacional, la fase más oligopolística donde se da la competencia entre los carteles). Sin embargo, tradicionalmente las políticas públicas se han concentrado en los dos extremos de la cadena –donde obviamente es más fácil intervenir: pequeños dealers y consumidores marginales, por un lado, y campesinos dedicados a los cultivos ilícitos, generalmente pobres, muchos de ellos desplazados internos como sucede en Colombia. En

este punto sería interesante tratar la cuestión de los mediadores, es decir quiénes son los actores que intervienen en el proceso de link entre productores y consumidores. Estos actores varía en función del momento histórico y del país: grandes carteles, sindicatos cocaleros, aparato militar o policial, a veces aliado con la política. Quizá sería interesante plantearse este punto porque el hecho de que existan unos intermediarios u otros parece que es relevante en el control de los niveles de violencia (en el “cuándo y por qué estalla la violencia”) y en dónde hay que intervenir políticamente.

La perspectiva: Economía Política Internacional

Quizá sería interesante adoptar un enfoque más centrado en la economía política de las drogas, es decir, que existe una demanda de drogas, que además desde hace dos décadas se ha globalizado, es decir, el consumo se ha extendido a otras regiones del planeta más allá de EEUU y Europa Occidental, ha dejado de ser algo exclusivo de las sociedades capitalistas avanzadas, para pasar a ser un fenómeno generalizado de todas las regiones del planeta – particularmente incrementándose en América Latina, Europa Oriental y Asia-. Esta globalización del consumo, consumo que es el origen de la producción y de la oferta, y por tanto de la violencia generada por el narcotráfico al tratarse de una mercancía ilegal, hace que siga siendo muy rentable su distribución y tráfico internacional desde las regiones principalmente productoras a los mercados de consumo. Si a esto añadimos que las políticas prohibicionistas represivas han sido “parcialmente exitosas” -por ejemplo en Colombia con el desmantelamiento de los grandes cárteles de los 80-90, y la interdicción de las rutas del Caribe-Miami y Pacífico-, han contribuido en buena parte a una extensión de la violencia a otras partes de la región, como México y América Central, y han ayudado al fortalecimiento de los cárteles mexicanos y a su mayor nivel de ganancias –en parte por la mayor autonomía respecto de los proveedores colombianos de la que antes no disfrutaban. Es previsible que los avances en México sólo contribuyan a que se traslade la violencia a otros Estados más débiles, como Guatemala a causa del llamado “efecto globo”. Golpes exitosos a las DTO, cambian las rutas y con ello las zonas de violencia.

Adopta la perspectiva de la Economía Política Internacional, que estudia las estructuras de poder que configuran la sociedad internacional a partir del análisis de las interrelaciones que tienen lugar entre los actores políticos y las fuerzas económicas –es decir, las conexiones entre política y economía en las relaciones internacionales y cómo se manifiestan en el contexto español. Aplicado al ámbito específico de las drogas ilegales, se parte de la base de que la economía (ilícita) y la política de las drogas deben ser estudiadas de manera conjunta, prestando especial atención a los patrones y dinámicas de consumo, producción y distribución propios de cada región, así como a las implicaciones económicas, políticas y sociales que configuran una respuesta política específica por parte de las autoridades en cada nivel de gobernanza. Es decir, entender la política de drogas de un Estado requiere un análisis que va más allá de un único país, y se trata de un proceso con ramificaciones en todos los niveles de la sociedad

Expresado en términos economicistas, podríamos decir que la oferta de políticas públicas resulta insuficientes ante la creciente demanda de enfoques innovadores tanto en el plano internacional como en el nacional y local. La sociedad civil y los mercados parecieran ir por delante de las instituciones y de las políticas implementadas, como sucede con tantos otros ámbitos de la política y las relaciones internacionales. Tanto la investigación como las respuestas políticas sobre drogas en España precisan de análisis originales e imaginativos, que aporten una visión comprensiva y a la vez crítica del lugar de España en los mercados de drogas, y de su discurso y estrategia política tanto a nivel nacional como en los foros de

debate internacional –especialmente de cara al proceso que se abre con la celebración de una nueva Sesión Especial de Naciones Unidas sobre el fenómeno de las drogas en el año 2019.

La globalización del consumo de droga (BAGLEY 2010)

Varios líderes políticos latinoamericanos han argumentado por mucho tiempo que si la población de los Estados Unidos no consumiera tan grandes cantidades de drogas ilegales entonces los países latinoamericanos no producirían tan grandes cantidades de marihuana, cocaína y heroína para exportar, y la región no estaría tan plagada de poderosas y bien financiadas organizaciones narcotraficantes -frecuentemente llamadas carteles- que han surgido en los últimos 25 años.

Es correcto afirmar que Estados Unidos ha sido por décadas, y sigue siendo hoy, el mayor mercado de consumo de drogas ilícitas del planeta. Aunque no hay un estimativo definitivo, el valor de las drogas ilícitas vendidas anualmente en Estados Unidos puede alcanzar los 150.000 millones de dólares. Solo en cocaína pueden gastarse alrededor de 40.000 millones por año. Sin embargo, el uso ilegal de drogas no es una enfermedad exclusivamente estadounidense, a pesar del título de la obra más famosa de David Musto sobre el tema. De hecho, los niveles de uso de cocaína en Estados Unidos han permanecido aproximadamente estables en los últimos diez a quince años, mientras que el consumo de cocaína en Europa se disparó exponencialmente durante la primera década del siglo XXI. Aún más, los europeos pagan aproximadamente tres veces más por gramo, onza, kilo o tonelada que los consumidores estadounidenses.

En la última década o más, el volumen de heroína consumida en Europa ha salido de Afganistán (con más del 90 por ciento de la producción mundial), mientras que la mayoría de la heroína consumida en Estados Unidos viene ya sea de Colombia (aproximadamente el 0.11 por ciento del suministro mundial) o México (aproximadamente el 3.7 por ciento del suministro mundial).

La cocaína, en contraste, es producida sólo en tres países del hemisferio occidental: Colombia (45 por ciento), Perú (35-40 por ciento) y Bolivia (15-20 por ciento). El consumo de cocaína no está limitado solamente a los mercados capitalistas avanzados, tales como el de Estados Unidos y Europa. Su uso en Latinoamérica se ha disparado también en la última década. Se estima que los consumidores latinoamericanos en el 2010 absorberán más de 100 toneladas.

Hasta el 2009, Brasil era considerado el segundo mercado más grande de cocaína, detrás de Estados Unidos. En su Informe Mundial sobre las Drogas 2010 (World Drug Report 2010), las Naciones Unidas reportó que Argentina había reemplazado como el segundo mayor consumidor de cocaína al Brasil, que pasó a ocupar el tercer puesto, y España había quedado en el cuarto. Las tasas de consumo de cocaína en Rusia, Europa del Este y Asia también parecen estarse creciendo rápidamente.

Los dramáticos aumentos del consumo de cocaína en Europa y Suramérica, específicamente, han expandido en gran medida la demanda en el mercado mundial de este producto ilícito andino en la última década. Como consecuencia, una pronunciada tendencia hacia la proliferación de nuevas rutas globales de tráfico y el involucramiento creciente de redes de tráfico criminales fuera de la subregión andina, es cada vez más evidente.

Desde finales de los años noventa, entrando en la tercera fase, se pueden observar cuatro tendencias principales de consumo de drogas. La primera es la globalización del consumo de drogas, que ha dejado de ser algo exclusivo de las sociedades capitalistas avanzadas²⁹ y ha provocado cambios importantes en la geografía del consumo y en los mercados de distribución.

La segunda es un incremento en el consumo de todas las sustancias controladas, incluyendo cannabis, sustancias de tipo anfetamínico, cocaína, éxtasis, opiáceos y heroína.

La tercera es la tendencia de los consumidores a combinar diferentes tipos de drogas ilícitas (poli-consumo), fenómeno facilitado por la gran variedad de drogas producidas, el incremento de la disponibilidad y la tendencia decreciente de los precios³⁰. De acuerdo con la ONUDD, este fenómeno era considerado excepcional hace unas décadas, pero en la actualidad es muy frecuente que, aunque los consumidores todavía tengan preferencia por una droga por encima de las demás, alternen su consumo con otras sustancias³¹. En cuarto lugar, en la última década se ha disparado el consumo no médico de medicamentos con receta, principalmente opioides: calmantes analgésicos, estimulantes, tranquilizantes y sedantes e hipnóticos. Este incremento es especialmente notable entre la población femenina.

El consumo global de drogas se ha incrementado desde los años sesenta, aunque ha tendido a estabilizarse desde finales de los noventa y la prevalencia anual se ha mantenido en torno al 5% para las edades comprendidas entre 15 y 64 años³⁴. A pesar de la estabilidad de la prevalencia anual global, la geografía del consumo ha experimentado cambios considerables. En la actualidad se ha difuminado la tradicional división entre países desarrollados consumidores y países en desarrollo cultivadores y productores. Los países en desarrollo y los llamados países de economías en transición (países ex comunistas) han experimentado un importante aumento del consumo de drogas ilícitas, relacionado con los profundos cambios sociológicos que han experimentado en su seno y al proceso de globalización de los hábitos. En cambio, los niveles de consumo en los países desarrollados han tendido a la estabilización.

UNGASS 2016

La resolución para adelantar la UNGASS, de 2019 a 2016, fue patrocinada por México, Colombia y Guatemala y apoyada por otros 95 estados miembros de la ONU. A la Sesión Especial asistieron varios Jefes de Estado y de Gobierno y una representación significativa a nivel ministerial. También estuvieron presentes representantes de la sociedad civil, la comunidad científica y el mundo académico.

La UNGASS de 2016 se produjo en un momento crucial en la gobernanza global de las políticas de drogas, ya que un número creciente de estados implementa regulaciones internas cada vez más divergentes. Como resultado, la reunión fue precedida por una atmósfera de expectativa entre la sociedad civil. Esto contrastaba con un sentimiento general de decepción con un documento final que, a pesar de la incorporación de algunas propuestas presentadas por actores reformistas, reflejaba una considerable continuidad política.

La Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas celebrada en abril de 2016 puso de manifiesto las divisiones entre los estados que desean una escalada de la prohibición de las drogas y los que exigen un enfoque diferente, demostrando la insuficiencia de los tratados actuales para acomodar las diversas posiciones de los Estados con respecto a la política mundial de drogas. Los hitos principales fueron:

- Si bien la creciente divergencia de las posiciones nacionales dificulta el acuerdo sobre posiciones comunes, abre oportunidades para la experimentación de políticas.
- La UNGASS 2016 consideró que se habían adoptado medidas importantes para reformar la política mundial de drogas. En particular, el documento final hace referencia a la reducción de daños, las alternativas al encarcelamiento y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG). El aumento de la participación de la sociedad civil

también debe ser bien recibido. Sin embargo, UNGASS 2016 en última instancia, se quedó corto de expectativas, ya que no logró articular los cambios de política global.

- Una perspectiva de derechos humanos tiene el potencial de centrar el debate sobre políticas de drogas en estrategias más progresistas, pero la participación de las organizaciones de derechos humanos en la política mundial de drogas aún necesita desarrollarse.
- En América Latina existe una brecha significativa entre la retórica progresista del gobierno y la implementación de políticas represivas sobre el terreno. Además, la creciente polarización política entre los gobiernos de izquierda y de derecha socava las perspectivas de un liderazgo latinoamericano coherente en el área de la política mundial de drogas.
- La legalización de las drogas y el crecimiento económico pueden no ser suficientes para detener las actividades de los grupos armados organizados. Los gobiernos latinoamericanos también deben abordar las causas socioeconómicas de la exclusión para abordar los factores estructurales de la violencia relacionada con las drogas.

Conclusiones que se extraen del encuentro:

- La incorporación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG) en la discusión de UNGASS señaló un paso importante en la integración de las preocupaciones de desarrollo en la política mundial de drogas. El documento final también incluyó referencias a los derechos humanos, destacando el "compromiso de las Naciones Unidas de respetar, proteger y promover todos los derechos [...] humanos en el desarrollo y aplicación de políticas de drogas", así como una nueva sección sobre medicamentos esenciales, pidiendo actualizar periódicamente las listas modelo de medicamentos esenciales. El principio de flexibilidad también fue reconocido explícitamente en el marco de la convención, permitiendo a los gobiernos adaptar sus propias políticas de drogas para atender las necesidades específicas de su país. Sin embargo, hubo una clara falta de reconocimiento de los fracasos de los enfoques opresivos de la política de drogas. El documento final también reafirmó el compromiso con un mundo libre de drogas que sustenta las políticas represivas y la "guerra contra las drogas". Se suprimió una propuesta de nuevos indicadores del documento final, al igual que una propuesta de Jamaica para la creación de un grupo de expertos para modificar las desconexiones entre el asesoramiento de expertos y la política de la ONU. Sólo hubo dos llamadas a reformar la Convención Única sobre Estupefacientes que muchos observadores consideran ya no apta para el propósito para el que se creó, mientras que veinticuatro estados continuaron apoyando la "guerra contra las drogas".
- Poner fin a la penalización de los grupos afectados y la pena de muerte: las declaraciones por países demuestran la falta de consenso a nivel de las Naciones Unidas, en particular en el ámbito de la penalización. Quince organismos de las Naciones Unidas, entre ellos el PNUD, la OACDH y ONU Mujeres, pidieron la despenalización. Diecisiete países pidieron unas sentencias proporcionadas. Esto se reflejó en el documento final que pedía alternativas al encarcelamiento y fue el primer documento de esta eminencia en hacer referencia a la proporcionalidad de las sentencias. Sin embargo, la ampliación de la división de posiciones se puso de manifiesto en los debates sobre la pena de muerte por delitos relacionados con las drogas. Aunque sesenta y un estados se opusieron a la pena de muerte, fueron anulados por un grupo prohibicionista liderado por China, Rusia, Egipto e Irán.

- Reconocimiento de la Reducción de Daños: El documento final incluyó referencias a la prevención de sobredosis, equipos de inyección y terapia asistida por médicos. Además, una estrategia de reducción de daños recibió pleno apoyo de los organismos de las Naciones Unidas y declaraciones positivas de más de treinta Estados Miembros y organizaciones regionales. Esto sugiere que la adopción de una estrategia de reducción de daños de la ONU que pone a las personas en el centro de la política mundial de drogas ya está en marcha. Sin embargo, faltaba un compromiso global con los principios que subyacen a una estrategia de reducción de daños, ya que el documento final incluía sólo unas pocas recomendaciones de política concretas. Además, no se comprometió a redirigir fondos significativos a medidas de reducción de daños. Todavía no se llegó a un consenso sobre qué es exactamente lo que implica la reducción de los daños y seguía existiendo un interés abrumador en lograr una sociedad libre de drogas.
- Las reuniones se vieron eclipsadas por la inequívoca tendencia normativa de regular los mercados de cannabis y los importantes cambios normativos en varios estados de los Estados Unidos y en Uruguay, lo cual hace temblar los cimientos del sistema de control mundial de drogas.
- Luchando por presentar una imagen de unidad, la UNGASS sobre drogas que se celebró en abril de 2016 no consiguió ocultar la creciente diversidad entre los Estados miembros. Esta realidad innegable, descrita por el director ejecutivo de la UNODC como un 'consenso muy amplio', se vio reflejada en un documento final flojo.
- Aunque la celebración de la UNGASS se vio impulsada por el sufrimiento y la violencia desproporcionados de la 'guerra contra las drogas' en América Latina, al igual que en ocasiones anteriores, el encuentro hizo poco para abordar los problemas estructurales de base, como el tráfico de armas y el lavado de dinero.
- A pesar de las aportaciones constructivas de una serie de organismos de la ONU, Estados miembros y organizaciones de la sociedad civil, el proceso preparatorio de la UNGASS, dominado por Viena, sofocó cualquier debate que pusiera en duda la arquitectura actual del sistema de control de drogas de la ONU.
- Pese a integrar algunos elementos positivos con respecto al acceso a los medicamentos controlados, las intervenciones orientadas a la salud y la proporcionalidad de las penas, el documento final, en general, apoya el orden establecido y no hace referencia explícita a la reducción de daños, la despenalización o la abolición de la pena de muerte por delitos de drogas.
- Un creciente motivo de tensión con el marco de los tratados de control de drogas, el tema de los mercados regulados de cannabis, fue el gran tabú durante el encuentro, y los intentos para disipar la presión en el documento final se tradujo en una situación de negación y confusión.
- Pese a la necesidad de solventar el enfoque fragmentario de la ONU y la reciente adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el documento final mantiene en gran medida un enfoque parcial con respecto al tema de las drogas.
- El proceso de la UNGASS en su conjunto ha generado las condiciones necesarias para que se produzcan cambios más sustanciales en la próxima reunión de alto nivel, que tendrá lugar en 2019, en relación con los derechos humanos, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, los mercados regulados de cannabis y la creación de un grupo

consultivo de expertos para mejorar el funcionamiento y la coherencia del sistema global de control de drogas.

Reflexión final

Expresado en términos economicistas, podríamos decir que la oferta de políticas públicas resulta insuficiente ante la creciente demanda de enfoques innovadores tanto en el plano internacional como en el nacional y local. La sociedad civil y los mercados parecieran ir por delante de las instituciones y de las políticas implementadas, como sucede con tantos otros ámbitos de la política y las relaciones internacionales. Tanto la investigación como las respuestas políticas sobre drogas en España precisan de análisis originales e imaginativos, que aporten una visión comprehensiva y a la vez crítica del lugar de España en los mercados de drogas, y de su discurso y estrategia política tanto a nivel nacional como en los foros de debate internacional –especialmente de cara al proceso que se abre con la celebración de una nueva Sesión Especial de Naciones Unidas sobre el fenómeno de las drogas en el año 2019.

Puntos de debate:

- Posición de España ante la problemática descrita en América Latina.
- Impacto de la narcoeconomía y el narcoestado
- Paradigma de DDHH como base de desarrollo sostenible al que tender
- Pasos y temas a tratar en próximo UNGASS, difícil consenso entre países
- Problemática triangular entre Honduras, Guatemala y Salvador de tráfico de drogas
- Corporaciones financieras relacionadas con corrupción, tráfico de armas y lavado de dinero
- Validez de investigaciones españolas, cambio desde la creación del PNSD
- Necesidad de fortalecer los Estados y diálogo entre actores sociales y políticos

Mesa de Enfoque de Salud Pública: “Drogas y América Latina. Más allá de la Salud Pública” – Javier Sagredo Fernández. Consultor de organismos internacionales.

Abstract: El enfoque de salud pública para abordar el fenómeno de drogas ha permitido en algunos países, y está empujando en otros, el tránsito de las representaciones sociales y de las políticas públicas sobre drogas desde un paradigma basado en la prohibición, castigo, exclusión y estigma hacia escenarios de mayor sensibilidad para la generación de apoyo a las personas con consumos problemáticos y al respeto de sus derechos.

Sin embargo, este enfoque de salud pública se queda corto. En el marco del régimen internacional de control de drogas y de la injusta distribución del impacto que éste genera tanto en los países y colectivos más vulnerables, este abordaje no es suficiente para abordar los retos más importantes que afectan a las personas, hogares y comunidades ligadas a la producción, tráfico, comercialización y consumo problemático. En América Latina es aplastante la evidencia respecto al impacto negativo en los resultados de desarrollo sostenible de muchas intervenciones (o lagunas) de política pública sobre drogas y de otras políticas asociadas, tales como la penal, la educativa, la sanitaria, la de cooperación internacional, e incluso las ligadas al desarrollo.

El creciente disenso internacional respecto a los enfoques adecuados para abordar el problema, evidente en las discusiones y negociaciones de la última UNGASS de 2016, contrasta con la realidad de uno de los consensos más prometedores emanados del ámbito multilateral: la Agenda Global de Desarrollo Sostenible 2030, la cual define un conjunto amplio

y complejo de objetivos y metas de desarrollo sostenible que todos los Estados miembros de la ONU se han comprometido a conseguir antes de dicha fecha.

Al fin y al cabo, la Agenda 2030, que también incorpora en su seno una mirada desde la salud pública y de respeto a los derechos humanos, abre un espacio político clave para una reforma sustancial de las políticas nacionales, así como para una reinterpretación de los límites del régimen internacional de control de drogas.

Ideas principales de la ponencia:

Aquellos que estuvieron en el Seminario de la RIOD en Montevideo en el año 2013 recordarán que una de las cosas que le reclamé al informe OEA de dicho año, y a su Secretario Ejecutivo de entonces, el Sr. Simons, que estuvo presente en la reunión, fue precisamente que se hubiera quedado parado en esta mirada formalmente limitada por los vectores de la salud pública y la llamada a la despenalización de los consumidores, y no hubiera abrazado un enfoque más amplio que considerase todos aquellos elementos que afectan negativamente al desarrollo humano de las personas y comunidades vinculadas a las drogas.

Miradas sesgadas y de vocación universalista e uniformadora, fosilizadas en el marco internacional de control de drogas, que no ayudan mucho a comprender de forma integral el universo de involucrados, relaciones, significados, sentidos, prácticas y dinámicas socio-económicas, correlaciones y causalidades complejas, mapas de poder, imaginarios sociales y la multitud de impactos detrás de dichas vinculaciones en el marco de contextos únicos e irrepetibles que se dan en el ámbito comunitario.

Es de rigor, sin embargo, decir que el enfoque de salud pública para abordar el fenómeno de drogas ha permitido en algunos países, y está empujando en otros, la transformación de las representaciones sociales y de las políticas públicas sobre drogas desde un paradigma basado en la prohibición, castigo, abstinencia, exclusión y estigma hacia escenarios de mayor sensibilidad para la generación de apoyo a las personas con consumos problemáticos y al respeto de sus derechos. Ello nos ha permitido transitar, al menos en el discurso, del paradigma del delincuente y del desviado a la figura más amable del enfermo, a quien hay que tutelar y asistir, aún en contra de su voluntad y aunque el consumo, en muchos casos, no sea problemático. Un pasito, pero no suficiente.

A pesar de su conexión con una agenda más amplia de determinantes sociales de la salud y bajo el supuesto de respeto a los derechos humanos, este enfoque de salud pública se queda corto. De hecho, en el marco del régimen internacional de control de drogas y de la injusta distribución del impacto que éste genera tanto en algunos países de renta media y baja como en las personas y grupos más vulnerables, este enfoque no es suficiente para abordar los retos más importantes que afectan a muchas personas, hogares y comunidades ligadas a la producción, tráfico, comercialización y consumo problemático. Sobre todo, cuando en ellas se acumulan una enorme cantidad de vulnerabilidades y problemáticas sociales.

Y, como decía, quiero plantear la necesidad de la asunción de un enfoque mucho más amplio desde la irreverencia y la mirada crítica que la adscripción en un panel de salud pública me ofrece...y hablarles, entonces, no de la salud pública, sino de la salud de las políticas públicas sobre drogas, tanto a nivel global, como en los dos amplios espacios geográficos, culturales, históricos, políticos y sociales que representan América Latina y Europa, y en España como bisagra de la esencia y la interacción entre ambos, y una reflexión sobre lo que comparten o deberían compartir en un momento como éste del debate internacional sobre drogas.

No tendríamos que hurgar mucho para darnos cuenta de que el estado de salud de las políticas está inevitablemente marcado por la presencia de una sintomatología preocupante, evidencia de graves patologías que inciden de una manera terrible en el supuesto objetivo fundamental de una política de drogas adecuada que, como establecen categóricamente las Convenciones de Naciones Unidas, apunta a la salud y al bienestar de la humanidad. A ello, se añade el hecho de que los ilustres galenos a cargo de diagnosticar adecuadamente el estado de salud del paciente, siguen sin acertar con el análisis ni con una gran parte de los tratamientos adecuados para ir mejorando el tremendo cuadro que nos encontramos...y cuando se acierta, la precariedad de nuestro botiquín limita enormemente el impacto de lo bien planteado. Más allá de ello, las recetas aplicadas han empeorado las constantes vitales del enfermo, con un impacto mayor en aquellos órganos más débiles y vulnerables, a quienes estas políticas se han llevado por delante.

La primera sintomatología que aparece es la relacionada con una ceguera persistente que afecta al tanto al enfermo como a los médicos. Esta ceguera impide leer la realidad con la complejidad y la diversidad que el fenómeno de drogas requiere, dando paso a lecturas simplistas, sesgadas, bajo parámetros prioritarios de control de drogas por encima de cualquier otro fin, y que justifica el seguir aplicando las recetas clásicas, represivas y abstinentes, del vademécum surgido de la interpretación restrictiva del régimen internacional. . En medio de esta ceguera, los mercados ilícitos y sus efectos en nuestras sociedades se asumen como aspectos inevitables del fenómeno y no como el resultado de la persistencia de un marco internacional legal, político y de intervención que lo promueve o facilita.

Incluso cuando el paradigma se amplía hacia la salud pública, o incluso el desarrollo sostenible, persiste la ceguera, el último Informe Mundial de las Drogas, publicado por UNODC, dedica todo un capítulo a la interacción entre el fenómeno de drogas y el desarrollo sostenible, en el marco de la aprobación de la Agenda Global de Desarrollo Sostenible 2030 y hace una relación detallada de los impactos que tiene el fenómeno de drogas en los diferentes elementos del desarrollo sostenible. Este documento dedica todo su análisis a describir cómo tanto el consumo de drogas ilícitas como los mercados ilícitos y el narcotráfico impactan en el desarrollo sostenible. Sin embargo, habla muy de pasada sobre el hecho de que, en algunas circunstancias, las propias políticas públicas sobre drogas pueden tener, tal y como se dice en lenguaje políticamente correcto, consecuencias “no deseadas”. La pertinaz catarata en el ojo de UNODC y de muchos gobiernos, real o fingida, marca este sesgo y oculta la tragedia del impacto brutal de estas recetas que se siguen aplicando en muchos países del Mundo: pensemos en lo que está sucediendo en Filipinas donde el imaginario social e institucional sobre aquellos ligados a las drogas ilícitas justifica el exterminio más abierto y descarado, por encima del marco internacional de derechos humanos y de la jurisdicción del tribunal penal internacional. Veámoslo también en otros países de la región donde la terapia de choque de la Guerra contra las drogas sigue sembrando de muertos y otras víctimas los campos y los barrios pobres de las ciudades.

El debate de la UNGASS ha permitido que los impactos más evidentes de las políticas de drogas empiecen a salir a la luz pública y a poner en tela de juicio muchos de sus planteamientos. En Latinoamérica el debate ha sido y sigue siendo vibrante, puesto que es creciente e inocultable la evidencia respecto al impacto negativo en los resultados de desarrollo sostenible de muchas intervenciones (y/o omisiones) de la política pública sobre drogas (y de otras políticas asociadas, tales como la penal, la educativa, la sanitaria, la de cooperación internacional, e incluso las ligadas al desarrollo).

El hundimiento de muchas personas y familias en la pobreza; la acentuación de profundas desigualdades y brechas económicas, de etnia y de género; la criminalización de los sectores

más vulnerables de la población; el fortalecimiento de las organizaciones de crimen organizado, el crecimiento de los mercados ilícitos de drogas y el agravamiento de la dependencia de muchas comunidades y territorios de economías ilícitas; el incremento de los conflictos y el deterioro de la gobernabilidad, el costo para la transparencia y la rendición de cuentas en las instituciones públicas; el deterioro de la salud y la expansión de epidemias; el desplazamiento de las dinámicas de guerra contra las drogas a otros territorios y comunidades a través de la interdicción o el desarrollo alternativo; el incremento de la violencia y las violaciones flagrantes a los derechos humanos bajo propuestas de limpieza moral y lucha contra el delito; el deterioro del medio ambiente; todos ellos, son efectos de las políticas de drogas mal enfocadas e impactos sentidos, principalmente, por los más vulnerables.

Más allá de la ceguera, el paciente sufre una amnesia galopante, algo que igualmente se extiende al equipo médico, que presenta también problemas graves de impotencia. Recetas que, por su mala concepción, ejecución, intensidad e interpretación práctica, han mostrado una y otra vez su ineficacia para conseguir los objetivos declarados de un mundo libre de drogas o un mundo libre de consumo problemático; incapaces de reducir la oferta o la demanda de drogas, objetivos para los que fueron especialmente diseñadas. Se siguen planteando, aplicando, implementando, en un escenario de “consecuencias no deseadas”, recetas que incluyen ciclos de tratamiento, reinserción, recuperación, rehabilitación, inclusión social, absolutamente obviados en la aplicación de las políticas y presupuestos. Como ejemplo claro y reciente, veamos cómo se está abordando la sustitución de cultivos en el marco del posconflicto colombiano, en un momento en el que los acuerdos de paz trajeron la esperanza de ligar los objetivos de reducción de cultivos con las dinámicas largamente esperadas de justicia social y desarrollo del campo y del campesinado. Lógicas electorales internas, la poca capacidad de un Estado limitado y sin recursos suficientes y la presión internacional para continuar con políticas de erradicación, están llevando a la aplicación de viejas recetas que sabemos que no funcionaron, que no funcionan y que no funcionarán si detrás no existe una voluntad de llevar a cabo proyecciones serias de desarrollo sostenible e inclusivo a largo plazo. Otros caminos que sabemos que funcionan, como ha demostrado la inversión en políticas de reducción del daño o de inclusión socio-laboral, siguen sin tener la atención ni apoyo suficiente.

Y la amnesia empeora con otra patología concurrente de bipolaridad (nuestro paciente, recuerden, ya está ciego, amnésico, impotente y bipolar) que afecta a cómo se comportan los gobiernos a la hora de enfrentar el fenómeno, a nivel nacional y en su dimensión internacional. Si uno mira a América Latina, el ruido y la queja que llevaron a la convocatoria de UNGASS relativo al daño que el actual régimen internacional de drogas está causando en la región, y que ha permitido un cambio de paradigma en el discurso, con la entrada en el panorama de referencias a la salud pública, a los derechos humanos, al desarrollo social, a la reducción de las vulnerabilidades, y la discusión sobre la regulación como alternativa...en gran parte, se ha quedado en eso, en discurso, en pose, sin que se haya producido un cambio sustancial en la forma en la que los actores institucionales y sociales traten el tema y se comprometan con sus objetivos. Al final, en el ámbito interno la prioridad no ha sido recuperar, sino reprimir; no ha sido restaurar, sino castigar; no ha sido integrar, sino excluir. Y cuando ello tiene lugar en algunas de las realidades de mayor desigualdad social y violencia del planeta, uno se da cuenta de que lo que el equipo médico trata de hacer es mantener al paciente en este grave cuadro médico para que los que están fuera sigan fuera y no amenacen un estatus quo que funciona sólo para algunos, incluyendo los grandes lavadores que siguen campando a sus anchas tanto en el Norte como en el Sur.

Bipolaridad, ligada con falta de solidaridad, que presentan las posturas de la mayoría de los países europeos (incluyendo a España, de la que se podría esperar una sensibilidad política, histórica y cultural mayor con los pueblos de América Latina), con problemas principalmente

relacionados con el consumo, los cuales han visto factible, dentro de la flexibilidad del marco internacional vigente, el abordar internamente el tema de drogas desde una perspectiva de salud pública, reducción de daños e inclusión social, lo cual ha mejorado la vida de muchos consumidores problemáticos; pero, dentro de esta “comodidad” de una receta que les “vale” internamente, no han sido capaces de apoyar solidariamente una reforma e interpretación del régimen internacional que facilite la resolución de los problemas que afligen a los países de menor renta, como los latinoamericanos, ligados a temas de producción y tráfico. Una flexibilidad de la que se han beneficiado y que no han querido extender a otros que sufren las consecuencias de la aplicación estricta del régimen internacional. Es más, en muchos casos, y a pesar de la defensa formalmente declarada del respeto a los derechos humanos y condena de la pena de muerte que sistemáticamente presentan en las reuniones de la Convención de Narcóticos de Naciones Unidas, las políticas de cooperación internacional en materia de drogas siguen centradas fundamentalmente en el enfoque clásico de reducción de oferta, a través de la interdicción y cooperación policial, el desarrollo alternativo y el apoyo a gobiernos cuyas políticas de drogas generan directa e indirectamente miles de muertos, graves abusos a los derechos humanos y mucho sufrimiento social. El “muro de Trump”, reeditado desde Europa, y sin mancharse las manos.

El lamentable estado del paciente y su evidente deterioro y nivel de toxicidad ha generado un disenso creciente y la polarización internacional respecto a los enfoques para abordar el problema, evidente tanto en las discusiones y negociaciones de la última UNGASS de 2016 como en las realidades cotidianas tan dispares de la implementación de las políticas públicas sobre drogas en países como Filipinas o Uruguay. Ello contrasta fuertemente, sin embargo, con la realidad de uno de los consensos más prometedores emanados del ámbito multilateral y que ha coincidido prácticamente en el tiempo con el debate de drogas: la Agenda Global de Desarrollo Sostenible 2030, la cual define un conjunto amplio y complejo de objetivos y metas de desarrollo sostenible que todos los Estados miembros de la ONU se comprometen a cumplir.

Sus fundamentos, que están bien definidos en el preámbulo e introducción de la Agenda, marcan las claves para su efectiva implementación: es una agenda universal que obliga a todos, y no sólo dirigida a los países en desarrollo; es una agenda integral que combina los tres elementos del desarrollo sostenible (económico, social y ambiental), en el marco de 17 Objetivos y 169 metas; necesita de un aterrizaje en el contexto nacional y local, de acuerdo a las necesidades y prioridades de cada entorno; y es transformadora, promotora de los derechos humanos y del empoderamiento de mujeres y niñas y avocada a la eliminación de la pobreza y el hambre, por lo que no vale seguir haciendo más de lo mismo para conseguir los objetivos fijados.

Este plan para el desarrollo global para los próximos 13 años, como la agenda de drogas en la región y en muchos otros países, está marcado por el requisito de “no dejar a nadie atrás”. El énfasis principal está en los más necesitados y vulnerables, los cuales deben ser atendidos con prioridad, poblaciones que en la región se solapan con la mayoría de los “perdedores” de esta guerra contra las drogas.

Además, apela a la construcción de soluciones integradas para abordar los retos del desarrollo sostenible, y el tema de drogas es uno de los aspectos que tiene que ser considerado en muchos entornos, sobre todo cuando se cruza con aspectos como la pobreza, la desigualdad, la exclusión social, la falta de desarrollo económico incluyente, el conflicto, los desastres naturales, la crisis económica o la debilidad institucional, que acentúan sus efectos negativos.

Y para ello, requiere de una arquitectura de trabajo que supere silos, de articulación horizontal intersectorial y vertical hacia las instancias de desarrollo local y que atienda las necesidades de las personas a lo largo de todo su ciclo de vida. Superando la tradicional “irresponsabilidad compartida” que seguimos viviendo cuando cedemos las competencias sobre políticas de drogas a las instituciones de drogas, y no a los sectores que deben protagonizar las respuestas efectivas y que trabajan en pro del desarrollo sostenible...más actores del desarrollo tienen que seguir involucrándose en esta política para transformarla profundamente.

Más allá de la existencia concreta y anecdótica de una de las metas de la Agenda que habla de drogas y que apela al incremento de la prevención y el tratamiento de abuso de drogas (meta 3.5, en el marco del Objetivo 3 sobre salud y bienestar), la Agenda 2030 se abre como una herramienta política de gran potencial y una referencia obligada para el análisis de las políticas de drogas. Se trata del consenso universal de la comunidad del desarrollo frente al disenso creciente de la comunidad de drogas.

La adopción de un enfoque de desarrollo sostenible apela al principio básico de coherencia entre políticas públicas (que merece incluso su propia meta, la 17.4), en el marco de un abordaje multidimensional y sistémico. Eso significa que los gobiernos tienen la obligación de evitar que la legislación y las políticas adelantadas en cualquier sector (incluyendo el de drogas o aquellos directamente relacionados) impacten de forma negativa en la capacidad de los ciudadanos, comunidades y territorios de alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible a los cuales se han comprometido. Ello requiere, además, de una revisión exhaustiva de los impactos existentes, los riesgos potenciales, los distintos ámbitos y niveles de vulnerabilidad, así como las lagunas de intervención que existen y que tienen relevancia especial para avanzar o retroceder en la senda de un desarrollo sostenible para todos. Un análisis esencial para muchos países. Y crucial para muchas comunidades de nuestra región.

Por ello, si las referencias de la política pública tienen que apuntar al desarrollo sostenible, no podemos seguir centrandolo el éxito de las políticas en los objetivos clásicos, terriblemente ineficaces y dañinos, que apuntan a la disrupción del tráfico y la represión del consumo y al arresto y castigo de todos los que participan en ellos. La mirada tiene que voltearse ya, de forma imperativa, necesariamente, hacia las personas y hacia la construcción de condiciones para su desarrollo sostenible y de resiliencia para abordar los problemas que afligen a sus comunidades y a la sociedad en general (hablar del proceso de discusión de nuevos indicadores). Apoyar, no castigar.

En definitiva, se trata de aplicar un criterio de reducción de daños y riesgos aplicado a las políticas públicas más nocivas para el desarrollo sostenible y, en especial, para los más vulnerables, entendiendo no la reducción del daño relacionado con el consumo, sino de reducir el daño que las políticas producen.

La eliminación de la toxicidad de las políticas de drogas será clave para conseguir que nuestro paciente goce de una salud que le lleve por una senda afirmativa para el desarrollo. Para ello, también, nuestros galenos deben acercarse a la comunidad del desarrollo sostenible, aprender de sus errores, arriesgarse a innovar, investigar y combinar esfuerzos para llegar a soluciones que funcionen mejor para todos.

Puntos fuertes del debate:

- Herramienta para aplicación y evaluación de los ODS
- Campaña “Apoyar, no castigar”

Mesa de Enfoque de Salud Pública: “Drogas y Salud Pública. Recomendaciones al respecto” – Josep Rovira Guardiola. Representante de la Comisión de Trabajo de Salud Pública de RIOD.

Abstract: El enfoque de salud pública en materia de drogas ha sido referente en el proceder de las organizaciones de la RIOD. Las organizaciones de la sociedad civil han ido incorporando esta perspectiva en su quehacer diario, y en muchos casos han estado a la vanguardia en la defensa de esta visión.

Con ánimo fortalecer posicionamiento e incorporación de los enfoques de salud pública en las políticas de drogas, y en los procedimientos propios de las organizaciones de la sociedad civil, una comisión de personas de la Red Iberoamericana RIOD aportan una mirada crítica y constructiva de su parecer y manera de entender el enfoque de salud pública en materia de drogas.

Esta comisión subscriben el enfoque de salud pública a una comprensión de modelo de salud colectiva. Un modelo que pone atención en el empoderamiento y la intervención en los entornos vitales de las personas, favoreciendo el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su salud. De un modelo del déficit, tan desarrollado en el ámbito de drogas, se apuesta por un modelo alternativo, es decir, pasar del énfasis en los factores de riesgo y la enfermedad a considerar las ventajas de trabajar con los activos en salud en la sociedad actual.

La comisión desarrolla un posicionamiento al respecto de la comprensión y defensa del enfoque de salud pública, entendiendo que dicho enfoque debe reunir ciertos principios y perspectivas irrenunciables para la promoción de la salud y el bienestar de las personas y sus comunidades.

Ideas principales de la ponencia:

La Salud Pública como enfoque es un modelo que ha sido un referente de las organizaciones de RIOD y que ha guiado los puntos de vista y perspectivas. Como comisión se plantean dos objetivos:

1. Lograr una definición consensuada del enfoque de Salud Pública con el fin de que RIOD pueda contar con un documento y posicionamiento que oriente el que hacer de las instituciones y sea soporte al trabajo de Incidencia Política.
2. Identificar limitaciones de las organizaciones sociales para la aplicación del enfoque de Salud Pública y qué condiciones, posibilidades y alternativas se deben generar para que se inserte el modelo.

Evolución del concepto de salud

- Concepción tradicional. La salud es la ausencia de enfermedades e invalideces, es la vida en el silencio del cuerpo.
- Salud bienestar. El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades.
- Salud adaptación, equilibrio, capacidad de funcionar. La salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio.
- Salud como forma de vida. La salud es una forma de vivir que es satisfactoria, autónoma, solidaria y feliz.

- Salud positiva, potencial personal y factor de desarrollo humano. La salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente.

Cuando hablamos sobre salud solemos pensar en el papel de los servicios sanitarios, al menos así lo vemos a menudo los que trabajamos en el mundo de la salud. Evidentemente, los servicios sanitarios son importantes, sobre todo cuando las personas están enfermas, pero la salud de la población no depende fundamentalmente de esos servicios sino de las condiciones de vida de las personas.

Las causas relacionadas con los niveles de salud y de desigualdades en salud de la población no dependen principalmente de las personas individuales, sino de factores sociales y, por tanto, deben abordarse desde esta perspectiva.

Un mismo homicidio (muerte) puede implicar la muerte de un traficante, un policía, un comprador adicto, un distribuidor o una persona ajena que iba de paso. Así, un hijo de una madre adicta, en barrios de alta vulnerabilidad en contextos de acceso a drogas y políticas de represión, castigo y estigmatización tiene afectada su calidad de vida y está en mayor grado de riesgo a problematizarse consumos de drogas.

Las políticas y abordajes de salud pública van a precisar de indicadores de Calidad de vida y Bienestar. Todas las políticas tienen consecuencias no deseadas que deben considerarse frente los beneficios que representa cada acción. Ejemplos de consecuencias no deseadas: violencia por lucha de mercados, oportunidad de mercados ilegales, etc.

Atención integral centrada en la persona

La atención debe tener en cuenta con el mismo peso y representatividad los aspectos sociales, psicológicos y biológicos involucrados. Para este tipo de atención será necesario:

- Red de servicios y de garantía de atención
- Intervención con fundamentos científicos
- Reconocimiento de libertades y derechos
- Evaluación de respuestas
- Participación social
- Autonomía e inclusión activa
- Respeto y dignidad de la persona (no estigmatizar). Las políticas tienden a la desvalorización de la persona consumidora, la sanción social y criminalización, y esto provoca un aumento del riesgo para el consumidor (dificultad de acceso al tratamiento, pérdida de autoestima, reducción de interacciones sociales, perspectivas limitadas de futuro, internalización de estigmas (autoestigma).

Acción comunitaria

Considerar la persona como un individuo social. Un individuo en relación con su entorno más próximo, el familiar pero también con su comunidad y su territorio. Reconocer a la persona en la capacidad de ser sujeto y protagonista de acciones y decisiones con voluntad de incidir en el cambio y la mejora de sus condiciones de vida, pero también de necesidades comunes o de su territorio de convivencia y/o de pertenencia.

Superar una perspectiva individualista que limita la responsabilidad y esfuerzo sobre el sujeto, como “pieza que falla”, descuidando el efecto del entorno.

La intencionalidad de generar capacidad de organización, empoderamiento, para impulsar acciones por el propio grupo más allá del propio grupo. Una transformación social verdadera sólo será posible si esta parte de, y tiene como protagonista, la misma sociedad.

Universalidad y calidad de atención

- Cobertura y provisión de recursos
- Atención de calidad y buenos procederes
- Integración de los servicios en los sistemas de salud y bienestar social con cumplimiento de estándares mínimos
- Fortalecimiento de la atención primaria (ambulatoria) y las intervenciones de base comunitaria.
- Protocolos de tratamiento efectivos, basados en la evidencia y evaluados sistemáticamente.
- Intervenciones en el marco de DDHH y de prioritario servicio para poblaciones más vulnerables
- Fortalecimiento de recursos humanos para brindar la atención adecuada

Por otro lado, el modelo de REDUCCION DE RIESGO Y DAÑOS da respuestas pragmáticas globales y minimiza los efectos perjudiciales para el individuo y la sociedad. Se centra en: (1) Aceptación de la realidad del consumo; (2) Objetivos flexibles versus abstinencia; (3) Consideraciones de otros daños aparte de la adicción; (4) Elimina barreras para la mutua accesibilidad; (5) Busca implicar a los consumidores; y (6) Respeto a los derechos humanos.

En cuanto al papel de la FAMILIA, esta satisface las necesidades afectivas y educacionales, así como una influencia crucial en la salud de los individuos. Su impacto se traduce en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y salud.

La DIVERSIDAD CULTURAL es otro componente indispensable para un desarrollo sostenible, considerando la facilitación comunicativa y de comprensión de los servicios y derechos; creación de espacios, detección y respuestas posibles y la promoción de la salud respecto a todas las personas.

Así mismo, los abordajes preventivos y asistenciales deben contemplar de manera específica y transversal los aspectos diferenciales que operan en nuestra sociedad entre varones y mujeres. La PERSPECTIVA DE GÉNERO deberá estar presente en todas las fases de diagnóstico y definición de un proyecto de atención (prevención, reducción de riesgos y daños, tratamiento, rehabilitación y reinserción), y acompañarse de medidas específicas para su aplicación. En especial, se deberá atender a lo siguiente:

- Especificidades del consumo de la mujer
- Penalización del consumo de la mujer
- Invisibilización en sus necesidades de atención preventiva y asistencial
- Condiciones de desigualdad y de mayor vulnerabilidad
- Dificultades de acceso y atención

En relación a la PERSPECTIVA GENERACIONAL; se deberá identificar y abordar los impactos diferenciales que el fenómeno de drogas tiene en la vida de grupos etarios, especial, relación a los jóvenes. Además de dejar de satanizar o idealizar a los jóvenes y dejar de verles siempre “en riesgo”, aunque hay que reconocer que son ellos y ellas principales víctimas de la guerra contra las drogas con la excusa de “protegerles” de las drogas. Para ello habrá que:

- Identificar y analizar las diferencias de poder.
- Identificar y analizar el desbalance etario de bienestar

- Evitar la visión hegemónica adulto-céntrica
- Favorecer la corresponsabilidad intergeneracional.

Conclusiones

- Distinguir entre daños asociados al consumo y los daños asociados a las políticas de drogas
- Predisposición a explorar alternativas, incluyendo la posibilidad de la regulación de disponibilidad – y por tanto del mercado – de ciertas drogas
- El respeto a derechos humanos debe siempre prevalecer a cualquier política o régimen sobre drogas

Mesa de Enfoque de Salud Pública: “La atención integral en adicciones. El trabajo desde un CAID” – Mauricio Vargas Fuentes. Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica.

Ideas principales de la ponencia:

Es una propuesta de la Escuela de Salud Pública con el apoyo de la Escuela de Enfermería sometida a consideración del IAFA.

El punto de partida es la salud, es un concepto muy amplio, porque no es ausencia de enfermedad, sino que tiene un determinante social, ya que trasciende lo biológico, ambiente. La SALUD PÚBLICA, es el trabajo sobre la salud de las poblaciones. Es importante porque la salud pública no se aborda por enfermera, trabajo social etc., sino por un equipo que está inmerso en varias disciplinas. Esta propuesta se origina desde la Salud Pública y centros de referencia del IAFA.

La Oportunidad de abordaje sistemático e intersectorial surge al reconocer la multicausalidad asociada al policonsumo de sustancias psicoactivas/drogas con la aspiración de ofrecer un servicio universal y accesible para la población costarricense desde los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID).

Se está trabajando en los distritos de Pavas, San José, Pococí, Guápiles y Pérez Zeledón, Heredia, Alajuela y Liberia, así como los cantones de Pérez Zeledón, Alajuela, Heredia y Liberia con el propósito de extenderlo. Su propósito es contribuir al mejoramiento de la salud de la población del país, mediante la oferta de servicios de promoción de la salud y prevención del consumo de sustancias psicoactivas a nivel poblacional y atención y tratamiento integral, rehabilitación psicosocial, seguimiento/acompañamiento y reinserción social de las personas con problemas de consumo de drogas

El objetivo del proyecto es disminuir la prevalencia e incidencia del consumo de sustancias psicoactivas, mediante la oferta de servicios de promoción de la salud, prevención del consumo y tratamiento integral, rehabilitación psicosocial, seguimiento/ acompañamiento y reinserción social de la población afectada.

Premisas del modelo

- Integridad de la atención
- Universalidad, dando acceso a toda población,
- Desmedicaliza el consumo de drogas, es integral.
- Perspectiva de Salud Pública.

- Dialogicidad, el abordaje tanto individual como colectivo hace consenso con el equipo de trabajo.
- Equidad
- Horizontalidad en la atención
- Responsabilidad social.

La población meta son las comunidades de Pavas, San José, Pococí, Guápiles, Pérez Zeledón, Heredia, Alajuela y Liberia.

El modelo de los Centros de Atención Integral en Drogas (CAIDs) coordinado por la Escuela de Salud Pública con el apoyo de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, surge como una propuesta de promoción de la salud a nivel general y de atención integral a las personas usuarias de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, vinculada con la vida comunitaria

Dispone de un equipo multi, inter y trasdisciplinar, compuesto por médico de familia, profesional de enfermería, salud mental, psicólogo, promoción de la salud, trabajo social, y un funcionario o encargado de la región. Dicho equipo brindará acciones de cuidado integral e integrado a las personas que así lo requieran, independientemente de la etnia, ideología, raza, identidad sexual, identidad de género, antecedentes criminales o situación económica. En ese contexto, se garantizará una clara orientación centrada en la persona, que reciba una adecuada atención intramuros, pero que desarrolle como esencia un trabajo extramuros desde una perspectiva de la determinación social de la salud. El equipo intramuros trabaja atendiendo a la persona y extramuro tanto la persona como familia o entorno externo.

En el abordaje extramuros se trabaja la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en articulación con ONGs y CCSS en caso que sea necesario, programas y proyectos que deben ser contextualizados a la realidad de cada institución.

En el MODELO DE GESTIÓN se introducen perspectivas de servicios, hay servicios contratados directamente los que presentan equipo multidisciplinario que es esencia del modelo que se plantea, hay servicios contratados a terceros; los de apoyo, equipo central de conducción del proyecto: comandado por la Escuela de Salud Pública. Mismo equipo va a monitorear los resultados para cambios del programa.

Consideraciones finales

Cambio paradigmático en el modelo de intervención:

- Atención extramuros desde la perspectiva de los determinantes de la salud,
- Atención articulada y en red,
- Las situaciones presentadas serán abordadas interdisciplinariamente y de acuerdo con las líneas de formación profesión del equipo en un marco de dialogicidad.

Puntos fuertes del debate:

- De qué dependen los CAID y cómo se articulan con otros organismos
- Es un modelo ambulatorio en tanto que recibe a la persona para ser atendida.

Mesa de Enfoque de Salud Pública: “Prevención, Aprendo a valerme por mí mismo” – Luis Eduardo Sandí Esquivel. Director Gral. de Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

Abstract: El programa de prevención Aprendo a Valerme por mí mismo (AVMM), está diseñando para brindar herramientas a los niños y niñas para que puedan afrontar las dificultades que se les presentan en la vida cotidiana, por medio de aprendizajes significativos asociados a habilidades para la vida, promoción de actitudes positivas y estilos de vida saludables para reducir el consumo de drogas, retrasar la edad de inicio y fortalecimiento cognitivo y socioafectivo.

Conceptualmente está fundamentado en habilidades para la vida, las cuales se basan en las teorías del desarrollo infantil y adolescente, aprendizaje social, conducta problema, influencia social, solución cognitiva de problemas, inteligencias múltiples, resistencia y riesgo y constructivista. Busca favorecer el desarrollo de habilidades de empatía, conocimiento de sí mismo, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, solución de problema y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de sentimientos y emociones y manejo de estrés.

El programa inicia en el 2013 con el segundo ciclo y progresivamente se han incorporado los demás ciclos. Se articula con el Ministerio de Educación para la capacitación a los maestros, quienes son los responsables de su implementación en el aula. El 2016 recibieron el programa 380.216 estudiantes de primaria en todo el país.

En el 2016 se realizó una evaluación externa de los resultados en adolescentes de colegio que recibieron las habilidades para la vida en primaria. Se encontró que 70% pudo detectar habilidades para la vida que no había desarrollado, además podía explicar los efectos de las drogas; el 90 % conocía los riesgos de consumir drogas a temprana edad, y un 82% pudo desarrollar y mejorar las habilidades para la vida. Se encontró una relación dosis respuesta, a más años del recibir el programa mejores resultados. Y, lo más importante, se logró reducir la edad de inicio de consumo, disminuir la prevalencia e incidencia del consumo. El programa resultó ser además costo efectivo, por cada colón invertido se ahorraron 242 colones que se utilizarían en tratamiento.

Ideas principales de la ponencia:

El Programa preventivo “Aprendo a valerme por mí mismo” brinda herramientas a los niños y las niñas para que puedan afrontar las dificultades que se presentan en su vida cotidiana, por medio de aprendizajes significativos que fortalezcan factores de protección. Este programa se incorpora desde el 2005 como una de las metas de prevención; como respuesta al Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010; 2011-2014; y 2015-2018.

El objetivo es contribuir a la mejora de la salud de la población menor edad, mediante la práctica de las habilidades para la vida, promocionando actitudes positivas y estilos de vida saludables que reduzcan el consumo de drogas.

La población meta directa son menores de edad de primer y segundo ciclo de educación escolar primaria pública. La indirecta son docentes de primer y segundo ciclo de escuela primaria pública.

Fundamento teórico

- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, basado desde las Habilidades para la Vida,
- Teoría del desarrollo infantil y adolescentes,
- Teoría del aprendizaje social,
- Teoría de la conducta problema,
- Teoría de la influencia social,
- Teoría de la solución cognitiva de problemas,
- Teoría de las inteligencias o múltiples,
- Teoría de la resiliencia,
- Teoría constructivista

Metodología propuesta

- IAFA capacita al docente para que sea agente multiplicador entre los estudiantes. Material para los niños y docentes que integra el conocimiento y la práctica de las habilidades para la vida y se profundiza y refuerza conforme se avanza de un nivel a otro (hay 7 niveles).
- Programa de cobertura nacional.
- Metodología interactiva con discusiones e intercambios entre grupos de la misma edad.

Evaluación del Programa

- El 70% de los jóvenes pudo detectar habilidades para la vida que no había desarrollado y pudo explicar a otros los efectos del consumo de sustancias psicoactivas.
- El 82% de los jóvenes desarrollaron sus habilidades para la vida.
- El 90% de los jóvenes pudo conocer los riesgos de consumir sustancias psicoactivas a temprana edad.
- Retardada la edad de inicio de consumo de drogas.
- Reducido los niveles de prevalencia e incidencia en el consumo de drogas en alcohol y tabaco, no así en marihuana.

Conclusiones

- Desarrolla en los niños habilidades para la vida, con ello aumenta la percepción de los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
- Genera en los niños la necesidad de adoptar una actitud desfavorable hacia el consumo de sustancias psicoactivas.
- Permite que una menor cantidad de estudiantes inicien el consumo en la adolescencia temprana y media. Los que lo hacen, presentan una frecuencia menor en comparación con datos de otros años.
- Por cada colón invertido en prevención (Programa AVPMM), el Estado se ahorra ₡242 que se utilizaría en tratamiento.

Puntos fuertes del debate:

- El seguimiento a los educadores en el proceso. Se trabaja con el 100 de escuelas públicas del país, proceso de formación y capacitación en el aula que trabajan cotidianamente con los estudiantes y se les facilita el material de trabajo y por parte de IAFA se da un seguimiento al docente o centro educativo, respecto a dudas o situaciones que se presenten en el aula, centro educativo o familia, es importante señalar que la mayoría de los educadores tiene muchos años de trabajar en el centro

educativo. También se les continúa dando herramientas en caso de necesitarlo en el proceso o después del proceso.

- La importancia de conversar con los niños, niñas y adolescentes sobre el consumo y sus consecuencias.

9 de mayo

Mesa Salud Mental y drogas: “Una visión desde la OPS” – Luis Alfonso Bello. Asesor Regional de OPS.

Ideas principales de la ponencia:

El objetivo que se plantea es fortalecer la respuesta de salud pública en el abordaje de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas (TUS) y otros trastornos mentales y de la conducta (TMC) en los países de las Américas, en este sentido las metas específicas son:

- Obtener consenso sobre una propuesta amplia para el abordaje integral de salud pública
- Definir un cronograma para la capacitación/ actualización de los equipos de atención en la red pública de servicios de salud, en la detección, orientación y manejo
- Fortalecer la cooperación técnica entre los expertos y responsables de la atención en salud

El Proyecto: “Abordaje Integral de la Concurrencia entre TUS y otros TMC en países de América Latina” está liderado por la OPS, en cooperación con el PNSDE, SEPD, INP-MEX y RIOD. Los países participantes son Costa Rica, Panamá, Chile, Argentina, Uruguay, México, Brasil, Perú, Colombia, Cuba y Brasil. Lo que se pretende es fortalecer la respuesta de salud pública y atender las necesidades expresadas por los países, que son: limitada capacidad de respuesta, falta de calidad y oportunidad de atención, atención a grupos vulnerables y demanda creciente.

Entre los resultados esperados está:

- Promover el mejoramiento de la atención: red Pública, cobertura y calidad.
- Consenso protocolario que vaya más allá de lo que ideas particulares: detección y diagnóstico, y atención (tratamiento y rehabilitación).
- Mejorar la orientación de salud pública en políticas de drogas.
- Reducir el impacto sanitario del uso de sustancias de las Américas.

Para ello, se plantea el siguiente desarrollo:

- Análisis de situación de la demanda y oferta de servicios de atención.
- Definiciones de consenso e implicaciones para el abordaje del problema.
- Diagnostico/Instrumentos.
- Modalidades de abordaje.
- Fortalecimiento de Recursos Humanos.
- Seguimiento del proyecto.

Puntos fuertes del debate:

- Bases para un diagnóstico adecuado de la persona.
- Casos en los que la persona precisa de medicación de por vida.
- Qué se considera una atención adecuada que responda a necesidades.

Las respuestas giran en torno a: (1) Accesibilidad; (2) Protocolos; y (3) Buenas intervenciones que respondan a las necesidades de la persona. Mirar más allá se interpreta como mirar qué le pasa a la persona con respecto a su situación o grado de consumo, ambiente, familia, contexto, es todo aquello que no está limitado únicamente a cierto caso.

Mesa Salud Mental y drogas: “Trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos mentales. Oportunidad para un marco general de intervención: principios y estrategias” – Juan José Fernández Miranda. Representante de la Comisión de Trabajo de Salud Mental y adicciones de RIOD

Abstract: La coexistencia de un trastorno por uso de drogas y otro trastorno mental se ha convertido en un foco de atención desde la salud pública, ya que su prevalencia es importante y las personas con adicción y otro trastorno mental presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, más difícil tratamiento y peor pronóstico para ambos trastornos, especialmente si alguno de ellos no es diagnosticado y tratado adecuadamente. Además, no hay una conceptualización precisa sobre hipótesis etiopatogénicas y abordajes terapéuticos, aunque sí sobre la multiplicidad de factores biopsicosociales que inciden en su origen y complicaciones. El diagnóstico adecuado y preciso es fundamental, dada la escasa detección de casos en la práctica clínica, pero también el riesgo de sobrediagnóstico y estigmatización.

El tratamiento ha de ser individualizado, intensivo y considerar los recursos asistenciales disponibles y las expectativas del paciente. Existe consenso sobre la mayor efectividad del tratamiento integrado, multidisciplinar y que atienda los aspectos psicológico, médico y social de la persona y su entorno; los modelos de atención secuencial o paralela generan altos costes y deficiente efectividad.

El tratamiento debe garantizar una atención de calidad centrada en la rehabilitación de la persona, logrando su mayor capacidad funcional y calidad de vida. Ha de existir una integración plena y normalizada en el sistema de salud, incluyendo a las ONG que intervienen en drogodependencias, cuyo rol es fundamental. Ha de incluir apoyo comunitario (recursos que faciliten alojamiento, desarrollo vocacional y uso satisfactorio del tiempo libre), garantizar la continuidad de cuidados, y ofrecer medicaciones e intervenciones psicosociales mostradamente efectivas.

Los equipos multidisciplinarios constituyen la infraestructura básica del modelo de atención, adoptando un enfoque holístico y centrado en las necesidades de la persona. Se ha de realizar énfasis en la naturaleza colaborativa del tratamiento, involucrando a familiares y cuidadores. La atención debe realizarse desde la perspectiva de género y de derechos humanos, promoviendo la inclusión social de las personas y evitando la estigmatización, con la participación de organizaciones sociales y en permanente evaluación de su calidad y buenas prácticas.

Ideas principales de la ponencia

¿Un problema de salud, un reto para la intervención, una exageración interesada?

Los datos que hace mención a los trastornos son elevados. Se conoce que hay prevalencias que tengan trastornos elevados. Trastorno bipolar, entre otros; hay que ver desde el diagnóstico y de donde están tratados esas personas con las que se realizó ese estudio.

No hay duda de la magnitud del problema. Además complica enormemente el pronóstico de esas personas, son personas jóvenes, la gran mayoría de personas con estos trastornos son jóvenes. El tener un doble diagnóstico supone mayor afectación desde lo médico, físico, emocional y social.

La coexistencia de un trastorno por uso de drogas y otro trastorno mental se ha convertido en un foco de atención desde la salud pública, ya que su prevalencia es importante y las personas con adicción y otro trastorno mental presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, más difícil tratamiento y peor pronóstico para ambos trastornos, especialmente si alguno de ellos no es diagnosticado y tratado adecuadamente.

Las personas con trastornos mentales están en mayor riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias y, por el contrario, las personas con trastornos por abuso de sustancias están en mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental.

Comorbilidad psiquiátrica y diagnóstico dual

En medicina, el término "comorbilidad" se refiere a enfermedades o trastornos que se añaden a otros.

- En psicología, el término se aplica cuando se emiten múltiples diagnósticos, y se describen como comórbidos.
- La comorbilidad también implica interacciones entre las enfermedades que afectan el curso y el pronóstico de ambas.
- La OMS (1995) define comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia de un trastorno por consumo de una sustancia y de otro trastorno mental. E igualmente la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2000).

Desde hace unos años se ha extendido el término "patología dual" para referirse a la comorbilidad psiquiátrica con TUS, aunque no representa por sí misma una entidad nosológica, ya que no es reconocida como tal por las clasificaciones internacionales. En los países de habla inglesa prefieren denominarlo "trastornos concurrentes" (Casas, 2016).

Se estima que un tercio de los individuos en población general que tienen Trastorno por Uso de Sustancias tienen otro Trastorno Mental, cifra que es mayor en las personas que se encuentran en tratamiento de su adicción. En la UE (EMCDDA, 2015), hasta un 50% de los consumidores de drogas tiene una patología mental.

Y se apunta a que alrededor del 80% de las personas con esquizofrenia, el 60% con Bipolaridad, el 70% con TP grave y cerca del 30% con trastornos ansiosos, depresivos y TDAH sufren de TUS. En estudios en poblaciones clínicas con psicopatología grave las prevalencias de TUS encontradas oscilan entre el 35-55%.

Las consecuencias de la comorbilidad son: (1) Diagnóstico dual; (2) Alta morbilidad y mortalidad; (3) Afectación funcional, social y laboral; (4) Absentismo y disminución de productividad; (5) Elevados costes directos e indirectos; (6) Aumento del riesgo de suicidio.

Etiopatogenia

Ha de conceptualizarse con precisión esta problemática, tanto hipótesis etiopatogénicas como elementos diagnósticos y a los abordajes terapéuticos. Si bien hay claras evidencias respecto a los efectos que tiene el uso de drogas en el SNC, no hay ninguna de que tanto la adicción como otros trastornos mentales sean solamente una enfermedad cerebral crónica. Por el contrario, numerosos estudios evidencian que hay una multiplicidad de factores sociales y culturales que inciden en su origen y complicaciones.

Las hipótesis etiológicas comprenden:

- Modelo unitario (“Patología dual”): Trastornos psiquiátricos y dependencia son dos manifestaciones sintomatológicas en un mismo proceso (componentes genéticos y neurobiológicos similares).
- Alteración psiquiátrica secundaria al consumo de droga: Abuso de sustancias y cambios neuroadaptativos que concluye en trastorno psiquiátrico (¿Previa vulnerabilidad?).
- Consumo de drogas secundario a una alteración psiquiátrica (“Automedicación”): Las drogas intentarían revertir la patología psiquiátrica o de los efectos secundarios de los psicofármacos.
- Modelo bidireccional: cada uno de los trastornos puede incrementar la vulnerabilidad al otro.
- Modelo de independencia: trastorno psiquiátrico y abuso de drogas son totalmente independientes. No explica la epidemiología salvo por azar.

Diagnóstico

En todas las personas que acuden para tratamiento de un trastorno por uso de sustancias debe descartarse un trastorno mental concurrente. En todas las que inician tratamiento por un trastorno mental debe explorarse la existencia de un trastorno por uso de sustancias concomitante

Se recomienda una anamnesis detallada, la utilización de entrevistas semiestructuradas y el uso de marcadores biológicos y evitar que estas personas queden sin diagnóstico y sin tratamiento. Existe una importante diferencia entre la elevada de estos trastornos comórbidos y la escasa detección de casos en la práctica clínica.

Los diagnósticos deberán realizarse sobre la consideración no solo del propio trastorno, sino también del momento evolutivo de la persona y su contexto, enmarcándose en el concepto de salud de la OMS.

Es fundamental realizar un diagnóstico adecuado, recordando que se requiere de cierto tiempo de evolución para su elaboración. De no hacerlo así existe un claro riesgo de sobre diagnóstico y posterior medicalización.

Tratamiento

En base a los principios fundamentales para la Organización de Servicios de Salud Mental (OMS, 2003):

- Protección de los Derechos Humanos: La atención debe respetar la autonomía de las personas entregando la posibilidad de tomar decisiones.
- Accesibilidad: La atención debe estar disponible a nivel local, de no ocurrir esto, se convierte en una barrera para la obtención de los servicios.

- Integralidad: Los servicios deben incluir todos los programas que se requieran para satisfacer las necesidades de la población.
- Coordinación y continuidad de atención: los servicios deben trabajar de manera coordinada para satisfacer necesidades médicas, psicológicas y sociales.
- Eficacia: Las prácticas deben tener evidencia de ser eficaces y efectivas.
- Equidad: Los servicios deben disponerse en función de las necesidades, ya que las personas vulnerables tienen menos posibilidades de demandar servicios.
- Eficiencia: la evidencia sobre los costos deben ser tomados en cuenta para el desarrollo de los servicios y toma de decisiones en la asignación de recursos.

El tratamiento ha de ser individualizado, teniendo en cuenta los recursos asistenciales disponibles y las expectativas del paciente, y con intervenciones terapéuticas más intensivas, siendo el apoyo sociofamiliar fundamental. La remisión clínica, la recuperación del funcionamiento psicosocial previo y la satisfactoria calidad de vida son los principales objetivos terapéuticos.

Es imprescindible considerar no solo la dimensión psicopatológica sino también la funcional y las dificultades para una vida autónoma y satisfactoria. Y también que como el curso puede ser crónico exige múltiples recursos rehabilitadores.

Estas personas, a menudo con un peor pronóstico y más difícil manejo terapéutico, precisan de un sistema asistencial integrado. La separación en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias y los otros trastornos mentales favorecen modelos de atención secuencial o paralela, que genera altos costes y deficiente efectividad

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2015) advierte de que en la mayoría de países de la UE están separados los sistemas de salud mental y drogodependencia, lo que representa una de las principales barreras para ofrecer un tratamiento integral de las personas con dco dual.

Modelos de tratamiento

- Modelo secuencial
- Modelo paralelo
- Modelo matricial o matrix
- Modelo de cuidado escalonado
- Modelo integrado

El Modelo de intervención basado en los programas de seguimiento, apoyo comunitario o gestión de casos (“case management”) son programas de atención comunitaria que deben ayudar al paciente con dco dual a adquirir los recursos que necesita y a elaborar estrategias de afrontamiento para que puedan hacer frente a la vida en comunidad. La atención la realiza un equipo multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos y enfermeras, gestoras de casos o tutoras). Todos participan en la toma de decisiones.

Principios que rigen el tratamiento

- Un programa de tratamiento eficaz debe facilitar el acceso rápido a los profesionales sanitarios: estas personas solicitan asistencia con > frecuencia que en los que no existe comorbilidad.
- Debe considerar atención especial a aquellas con mayores dificultades de acceso al tratamiento: poblaciones especiales o de mayor riesgo.

- Ha de garantizar una atención de calidad centrada en la rehabilitación de la persona, entendiéndolo por ello (OMS) lograr la mayor capacidad funcional del paciente y la mejora de su calidad de vida.
- En el diseño de políticas públicas de salud, ha de asegurarse la equidad en el acceso a los recursos sociosanitarios.
- Y ha de existir una integración plena y normalizada en el sistema de salud. La atención a estas personas debe incluirse dentro de la cartera de servicios sanitarios y estar coordinada con dispositivos de apoyo social, asegurando la continuidad de cuidados.
- El rol de las ONG que intervienen en drogodependencias, donde reciben muchas de estas personas sus tratamientos en el abordaje de esta problemática es fundamental, coordinándose o integrándose en los SNS.
- El tratamiento ha de incluir apoyo comunitario, incluyendo recursos que faciliten alojamiento, desarrollo vocacional y uso satisfactorio del tiempo libre.
- Ha de orientarse a largo plazo, garantizando la continuidad de cuidados, con objetivos terapéuticos realistas y bien definidos.
- Debe ofrecer medicaciones e intervenciones psicológicas mostradamente efectivas y que favorezcan la adherencia al tratamiento.
- Tiene que considerar entre los objetivos la reducción de consumo/daños, pues en muchos casos facilita la adherencia y puede ser paso previo a la abstinencia.
- Los equipos multidisciplinares constituyen la base de la atención a pacientes con dco dual. Los profesionales deben estar capacitados para tratar tanto TUS como TMG.
- La supervisión será permanente, adoptando un enfoque holístico y centrado en las necesidades de la persona.
- Se ha de realizar énfasis en la naturaleza colaborativa del tratamiento, involucrando a familiares y cuidadores.
- Deben tenerse expectativas realistas, expresando confianza en la eficacia del tratamiento.
- Ha de adoptarse una actitud de no juzgar, sin confrontaciones.

Elementos del tratamiento

- Establecimiento de una sólida alianza terapéutica.
- Tratamiento rápido de intoxicación, abstinencia y de descompensación psicopatológica.
- Desarrollo de un programa terapéutico individualizado.
- Prevención de las recaídas.
- Educación sanitaria individual/familiar.
- Reducción de la comorbilidad somática.
- Favorecimiento de adherencia al tratamiento y motivación al cambio.
- Fomento de las actividades ocupacionales y formativo-laborales
- Mejora del funcionamiento interpersonal

Recursos terapéuticos

- Equipo multidisciplinar especializado en SM y DD.
- Coordinación con otros dispositivos socio sanitarios.
- Hospitalización completa inicial de 2-4 semanas.
- Hospitalización parcial con seguimiento intensivo.
- Cobertura psicofarmacológica efectiva y tolerable.
- Intervenciones psicoterapéuticas individuales eficaces
- Grupos de prevención de recaídas.
- Grupos psicoeducativos (pacientes y familiares).

Conclusiones

(1) Se debe prestar especial importancia a la coexistencia de trastorno mental y un TUS o viceversa; (2) Hay que facilitar diagnóstico y abordaje terapéutico; (3) Debe contarse con equipos con enfoque multidisciplinar, biopsicosocial y de base comunitaria; (4) Hay que garantizar equidad en el acceso a los recursos; (5) Se ha de mantener una red asistencial amplia y flexible, con la participación de organizaciones de la sociedad civil; (6) Tiene que existir permanente evaluación de la calidad de servicios y de buenas prácticas; (7) La atención en salud mental y adicciones debe realizarse desde la perspectiva de género y de los derechos humanos; (7) Ha de promover la inclusión social, la mejora de la calidad de vida y la evitación de toda estigmatización; (8) Las políticas y las intervenciones relacionadas con las personas con adicción y otro trastorno mental deben favorecer la inclusión social y no la justificación de la cronicidad ni el reduccionismo conceptual y metodológico.

Puntos fuertes del debate:

- Diagnóstico de trastornos de la personalidad
- Estigma

Mesa Salud Mental y drogas: “El tratamiento conjunto de adicciones y salud mental: la experiencia de Proyecto U.N.O.” – Sebastián Rodríguez Varchetta. Proyecto U.N.O. (RIOD).

Abstract: Pensar y debatir hoy en día sobre la concurrencia entre problemas de Salud Mental y de drogas en una persona nos abre un campo de interrogantes y desafíos que desde la sociedad civil debemos plantearnos. Más allá de los datos epidemiológicos de cada país o región, en términos sanitarios globales, este tipo de problemática ha ido creciendo los últimos años, lo cual se observa en los distintos servicios de salud y organizaciones sociales que trabajan en Adicciones y/o Salud Mental. No obstante, es importante poder en este espacio debatir respecto de la necesidad de establecer consensos conceptuales y metodológicos acerca de esta problemática.

La falta de consensos y protocolos amplios de trabajo resultan en respuestas asistenciales disímiles y erráticas que contribuyen a la proliferación del problema. Algunas de las preguntas que iremos recorriendo en esta ponencia son las siguientes: ¿Que es la Patología Dual?, ¿Se trata realmente de un fenómeno patológico?, ¿Cómo inciden la cultura y las políticas de Salud Pública en la aparición y expansión de este problema? ¿Qué respuestas terapéuticas encontramos desde los distintos sectores de salud? ¿Cuál es el desafío de las Organizaciones Sociales que trabajan en Drogas respecto de esta problemática?

En este debate se introducirán algunos aspectos del trabajo que desde 15 años realiza Proyecto U.N.O con esta problemática, los avances y obstáculos al respecto; y la situación actual de Argentina en torno a la ley de Salud Mental y Adicciones, a modo de poder pensar nuestros interrogantes sobre la experiencia concreta de una Organización Social.

Ideas principales de la ponencia:

Algunas preguntas sobre la Patología Dual: ¿Por qué se da la aparición de la Patología Dual como problema de salud durante este momento particular en la historia?; ¿Qué variables sociales, culturales y sanitarias inciden en el nacimiento de este concepto y en el desarrollo de las respuestas terapéuticas brindadas?; ¿Por qué las personas con problemas de salud mental

se han acercado y se acercan al consumo de sustancias, desarrollando elevados índices de dependencia y reincidencias?; ¿Es vulnerabilidad genética, o además una respuesta a la exclusión y estigmatización social histórica existente sobre los problemas de salud mental?; ¿Como inciden la cultura y las políticas de Salud Publica en la aparición y expansión de esta problemática?

Hay diferentes subtipos de existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental (Ej.: TCS y Psicosis, TCS y TD, TCS y TH, TCS y TAG, etc.). Se identifica la presencia de relaciones específicas entre ambos trastornos, pero a la vez se evidencia dificultad en el tratamiento conjunto en su totalidad.

Para la clasificación de los PSM y PA hay que analizar el contexto, con énfasis en la cultura como determinante en la construcción de los conceptos relativos a los Problemas de Salud Mental – Adicciones y la visión Antropología Social de los conceptos. La relación histórica entre el consumo de sustancias y los PSM sugiere pensar la aparición de las problemáticas en Salud en relación a un contexto determinado, y también los tratamientos diseñados.

Las enfermedades mentales responden a cada producción cultural, es decir, la producción de las diferentes categorizaciones en salud mental como resultado simbólico de nomenclación, ha ido variando según cada producción cultural específica. Conocer la aparición, conceptualización y estandarización de las distintas patologías en salud mental no debe separarse de un estudio sobre los factores socioculturales que se encuentran en su origen. En este sentido, hay tres momentos de la relación PSM y Consumo de Drogas:

1. Relación Religiosa – Chamanica: Uso ritual y religioso.
2. Relación médica: Uso de drogas con fines medicinales.
3. Relación subjetiva – social: Teorías de Automedicación/ objeto vinculado a la exclusión social

El uso de drogas para el tratamiento de los PSM tiene origen en 1769 (Benjamin Rush) donde los medicamentos más utilizados fueron el alcohol, cannabis, el opio y el hidrato de cloral. Por otro lado, se utilizaron sedantes potentes debido a que eran considerados las cadenas más moralmente aceptables para controlar la agresividad de los pacientes. De esta manera se inicia el uso de drogas como intento de control y adaptación a la vida social

Automedicación y Teoría de la automedicación social

Según la teoría de la automedicación las personas con esquizofrenia se ven abocados, de forma directa o indirecta, al consumo de sustancias como un medio de paliar los síntomas de su enfermedad: síntomas negativos, disforia, síntomas depresivos, efectos secundarios de la medicación (antipsicóticos), síntomas extra piramidales, problemas de sueño (Extein y Gold, 1993) o, también, los problemas de relación social, ya que el consumo de sustancias en algunos pacientes psicóticos se ha relacionado con una desinhibición y mayor facilidad para superar la apatía y síntomas negativos y mejorar su habilidad social (Dixon et al., 1990). Implica que las drogas intentarían revertir las anomalías basales de la patología psiquiátrica. Es el uso de drogas con el objetivo de aliviar un padecimiento de índole psiquiátrica.

La teoría de la automedicación social se relaciona directamente con la hipótesis del trabajo: acceso a drogas como recurso de integración social, a través de la construcción de una identidad con menor carga de estigma social. Implica un recorrido histórico de la Patología Dual (puntos de contacto históricos entre salud mental y consumo de sustancias) para “desglosar el concepto central de este trabajo sobre la estigmatización social de los trastornos mentales y su intento de enmascaramiento a través del consumo de drogas”.

Exclusión y Salud Mental

Los grupos excluidos socialmente son personas desviadas de las normas de funcionamiento social e improductivas. Se produce una doble exclusión donde la estigmatización legitima la exclusión social y evidencia la necesidad de encontrar semblantes con menor carga de estigma social para solapar la exclusión.

Las personas estigmatizadas socialmente giran alrededor de la aceptación: la persona intentará por todos los medios corregir o solapar el fundamento objetivo de su discriminación a fin de ser aceptado como tal; o al menos corregirlo indirectamente tratando de elaborar un mundo compensatorio de aparente normalidad. Según Goffman, las personas que tienen un estigma aceptado suministran un modelo de “normalización”; refiriéndose a los esfuerzos que realiza el individuo estigmatizado para presentarse a sí mismo como una persona corriente.

La identidad de los enfermos mentales durante la expansión de la sociedad de consumo ha quedado sujeta al ámbito de la discapacidad y sus intentos de integración social a través de distintos dispositivos terapéuticos en el mejor de los casos; ya que la mayor parte de pacientes ingresados a los nosocomios, un porcentaje muy bajo ha logrado una inclusión social.

Síndrome de la puerta giratoria: Dos redes de atención diferenciadas y escindidas, Salud Mental y Adicciones. Los denominados pacientes duales han deambulado sin suerte por los servicios de asistencia psiquiátrica sin que su problemática de consumo sea tratada, cuando no rechazada. Mismo escenario debieron atravesar en la mayoría de los centros de atención de adicciones; donde el solo hecho de presentar un problema psiquiátrico era criterio de no calificación para el ingreso. Implica la agudización de los síntomas, cuando no la cronificación; más la asociación a conductas marginales, delictivas y aumento de la vulnerabilidad psicosocial.

Dificultades – Desafíos de la Patología Dual

- Proliferación diagnóstica – Inespecificidad.
- Sobre diagnóstico.
- Dx: Propiedad profesional.
- Medicalización.
- Estigma Social

Hace plantearnos: ¿Quiénes somos los responsables de que esas puertas sean giratorias?; Si enunciamos las adicciones como una enfermedad cerebral, crónica y recidivante, ¿Qué estamos produciendo?

Relación Causal Directa



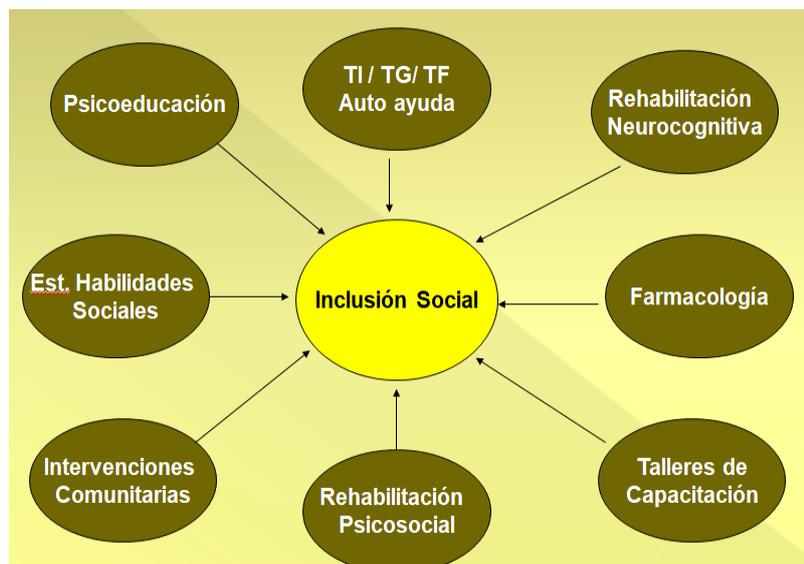
Según el NIH entre el 50-70% de los pacientes esquizofrénicos consumen sustancias espontáneamente. Los efectos devastadores, lo que hace necesarias políticas de salud orientadas a la restitución de derechos, derecho a un tratamiento integral, idóneo, a recibir la asistencia adecuada y a la inclusión social.

Propuesta de Proyecto UNO

La OMS en 1969 define la rehabilitación como un proceso compuesto por acciones médicas y sociales (educación, vivienda, trabajo) tendientes a lograr la máxima recuperación, disminuyendo el déficit funcional, favoreciendo el auto valimiento y la inclusión social.

Proyecto UNO propone un tratamiento basado en:

- Respeto de los derechos humanos, la inclusión social y la conservación de las capacidades.
- Tratamientos integrales - Calidad de Vida.
- Inclusión social.
- Revisión de nuestras prácticas.
- Reducción del Estigma Social.
- Incorporación de la perspectiva de género.
- Tratamientos centrados en la persona y no en la enfermedad – problemática.
- Repensar las políticas de Salud Publica bajo estos conceptos.



Puntos fuertes del debate:

- Eficacia del modelo integral. La importancia de ser cuidadoso, evaluar, revisar el dispositivo de tratamiento más adecuado, incluir a la familia, ver estado salud mental, psicológica, social, emocional, y económico.
- Enfoque reduccionista del problema, un desafío a enfrentar para mejorar nuestro trabajo e impacto de nuestras acciones.

Mesa Enfermedades y riesgos asociados al consumo: “Enfermedades y riesgos asociados al consumo. Un aporte desde lo global” – Juliana Sánchez Mora. Consultora de organismos internacionales.

Abstract: La relación entre el uso de drogas y enfermedades infecciosas ha sido demostrada ampliamente, generando una urgencia por contar con políticas y estrategias para la atención de las personas afectadas. La reducción de daños se ha consolidado como una de las respuestas eficaces para el cuidado de la salud de las personas consumidoras de drogas.

Las políticas internacionales relacionadas a la reducción de daños son contradictorias e incongruentes. Existen dos posiciones opuestas; una prioriza el enfoque de la salud pública y se basa en la evidencia científica, y otra que se enfoca en la penalización del consumo. Dicha fragmentación representa un enorme desafío para que los países cuenten con lineamientos y argumentos claros, para llevar a cabo discusiones nacionales que les permitan definir las políticas públicas de atención a las poblaciones consumidoras de drogas.

El estigma y la discriminación, asociados al consumo de drogas y al VIH, continúan representando la barrera más fuerte para la adecuada atención de las personas usuarias de drogas. Los servicios de salud son poco amigables con la población, lo cual limita el acceso a servicios de prevención y tratamiento adecuado, no sólo del VIH sino de otras infecciones de transmisión sexual. Además, prevalece el vacío de evidencia científica respecto a las estrategias efectivas para superar las barreras que enfrentan las personas usuarias de drogas para la atención y cuidado oportuno de su salud, incluso para contar con perfiles epidemiológicos recientes de la prevalencia de enfermedades infecciosas en las personas usuarias de drogas.

El reto consiste en establecer políticas de salud pública locales basadas en las necesidades y vivencias de las personas usuarias de drogas, por encima de las contradictorias políticas internacionales.

Ideas principales de la ponencia:

Para comenzar a tratar el tema de Drogas y enfermedades asociadas, debemos tener en cuenta que los principales factores que influyen son la adherencia y la interacción con otras drogas.

Las políticas internacionales relacionadas a la reducción de daños son contradictorias e incongruentes. Existen dos posiciones opuestas; una prioriza el enfoque de la salud pública y se basa en la evidencia científica, y otra que se enfoca en la penalización del consumo. Dicha fragmentación representa un enorme desafío para que los países cuenten con lineamientos y argumentos claros, para llevar a cabo discusiones nacionales que les permitan definir las políticas públicas de atención a las poblaciones consumidoras de drogas.

La población que usa inyectables debe ser priorizada pero hasta la fecha no ha sido abordada, se ha conversado bastante y hay suficiente documentación y evidencia, pero no cuenta con financiamiento público, por lo que queda a la deriva e implica nefastas consecuencias para la población afectada, presentando una difícil atención de calidad a personas con VIH, hepatitis, o TB.

En Latinoamérica hay un vacío epidemiológico con respecto a datos fiables de usuarios de drogas inyectables. Conocemos que 11,7 millones de personas son usuarias de drogas inyectables, de las que el 14% son personas con VIH, el 52% con Hepatitis C y el 9% con Hepatitis B, además, 80 millones de personas viven con Hepatitis C, y de ellos, dos tercios

corresponden a usuarios de drogas inyectables. Estos son datos del 2014, muy alarmantes y críticos.

El estigma y la discriminación, asociados al consumo de drogas y al VIH, continúan representando la barrera de acceso más fuerte para la adecuada atención de las personas usuarias de drogas. Tenemos en gran reto de encontrar una estrategia adecuada para eliminar dichas barreras y acomodar una cartera de servicios de salud donde las personas encuentren atención de calidad, basada en el respeto, que se sienta cómoda al recibir el servicio.

Por otro lado, esta problemática en una situación de privación de libertad ve aún más acentuada la insuficiencia de los servicios adaptados a casos concretos, por ejemplo, la tuberculosis en privación de libertad es mayor y más riesgo de contraer más enfermedades.

Desafíos, retos y estrategias públicas

- Garantizar el financiamiento público, en todos los servicios, no solo en reducción de daños.
- Tratamiento para las personas con VIH, hepatitis y tuberculosis. Estrategias como pares y base comunitaria han demostrado ser bastante efectivas, apoyándose en organizaciones comunitarias y de la sociedad civil. En relación a VIH toma importancia el acompañamiento y seguimiento a la persona desde sus primeras citas en centros de salud.
- Tratamiento en adicciones disponibles y accesibles en los servicios de salud, adaptados a la población y a sus necesidades.
- Estrategias de profilaxis pre exposición, sin embargo a nivel mundial solo el 4% está desarrollándolo.
- El uso de condón.
- Diseño de programas desde la poblaciones.
- Priorizar la visión y enfoque de profesionales que trabajan en el área.

Puntos fuertes del debate:

- Insuficiencia de programas de reducción de daños desarrollándose en América Latina, aun siendo un tema primordial.
- Gravedad del estigma social hacia población con problemas de consumo de drogas o con enfermedades asociadas (VIH, salud mental, otros).

Mesa Enfermedades y riesgos asociados al consumo: “Abordaje desde RIOD y desde la sociedad civil” – Julia Campos Guevara. Representante de la Comisión de Trabajo VIH y Directora de CEPESJU (RIOD).

Abstract: La RIOD, una red de organizaciones cuyo quehacer es desarrollar intervenciones en materia de la drogodependencias a nivel de prevención, tratamiento, rehabilitación, inserción e incidencia política. Desde una mirada integral a la problemática de las drogas la RIOD ha conformado una comisión de VIH y otras comorbilidades.

Entiéndase la "comorbilidad", como "morbilidad asociada", que es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona y al mismo tiempo, implicando ello una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas.

Si hablamos de conocer la magnitud de la drogodependencias y comorbilidades podemos señalar el estudio Silva Santisteban. A. (2015), DIAGNÓSTICO SOBRE POLÍTICAS Y SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE VIH PARA POBLACIONES CLAVE EN AMÉRICA LATINA ONUSIDA quien señala que al igual que en la población trans, la vulnerabilidad al VIH en usuarios de drogas de la región (pasta básica de cocaína, crack o drogas inyectables) se asienta en la exclusión social, donde los factores estructurales o el casi nulo acceso a servicios, derivan en entornos de vulnerabilidad que influyen en las conductas de riesgo a nivel individual. Un estudio llevado a cabo en Montevideo con 318 usuarios de pasta básica de cocaína, muestra el alto grado de vulnerabilidad en que vive esta población: Prevalece un reducido acceso a educación (40% de participantes con instrucción primaria o sin instrucción). El inicio de consumo se da entre mayoritariamente entre los 12 y los 16 años. Las opciones de empleo están asociadas a condiciones de informalidad, trabajo sexual, venta de drogas, robo o hurto. Existe un limitado acceso a vivienda (27% vivió el último año en la calle) y experiencias de encarcelamiento (25% estuvo en un centro reclusorio juvenil y 34% estuvo alguna vez en prisión). La prevalencia de VIH en esta población fue de 6.3%, mientras que el 54% reportó no haberse hecho nunca una prueba de VIH. El contexto de exclusión de la población usuaria de pasta básica también ha sido descrita en Argentina y en Brasil en usuarios de crack, así como en México, especialmente en la zona de frontera con EE.UU. con usuarios de drogas inyectables. Son comunes las zonas específicas para uso de drogas (los “fumaderos” para pasta básica /crack o los “picaderos” para drogas inyectables). Existe especial vulnerabilidad en mujeres usuarias de drogas que se dedican al trabajo sexual o que intercambian sexo por dinero para el consumo de sustancias. Adicionalmente, el personal de salud suele replicar la discriminación y el estigma a usuarios de drogas, percibiéndolos como irresponsables o incapaces de transitar por los distintos canales del sistema de salud, lo que contribuye a la disminución del acceso y cobertura de los servicios de prevención y atención en esta población.

La drogodependencia está asociada a la Infección por el VIH y la hepatitis; teniendo en cuenta que es un determinante de riesgo de la infección: incremento del número de conductas de riesgo para adquirirlo; también afecta en la adherencia al tratamiento en especial al tratamiento antiretroviral que conlleva a la resistencia viral.

La drogodependencias y la Tuberculosis del mismo modo los estilos de vida que exponen a las personas a adquirir la TB y exponer a otras y la falta de adherencia a tratamientos que conlleva a desarrollar TB resistente (MDR O XDR).

Para este caso se ha considerado trabajar la drogodependencia asociada a estas tres infecciones (VIH, Tuberculosis y hepatitis), partimos de la premisa que para buscar soluciones

– propuestas a algunos problemas es necesario conocer el quehacer de las organizaciones de la RIOD en la temática.

Como primer paso levantamos información al interior de la RIOD, en relación al trabajo que realizan sus miembros en drogodependencias y comorbilidades, encontramos que del 67% (29) de las instituciones miembros que participaron en la encuesta, 15 de ellas trabajan en VIH, en su mayoría en prevención (14); en tuberculosis este número desciende a 9 de las cuales 8 señalan hacer prevención; en Hepatitis encontramos que 8 organizaciones trabajan el tema, de las cuales 7 lo hacen en prevención. La población con la cual se interviene es diversa, solo 05 señala el trabajo en estos temas con consumidores de crack y otras drogas. De las intervenciones que se desarrollan se han identificado 11 en las cuales se evidencia un trabajo relacionado entre la drogodependencias y otras comorbilidades, la información recogida no permite conocer si las otras intervenciones están relacionadas o no. Sin embargo existen un número significativo de instituciones que además de trabajar en drogodependencias, también lo hacen en VIH y TB, pero no es claro si se establece algún vínculo o no.

No encontramos de manera significativa algunos aspectos importantes como: Experiencias de intercambio de jeringuillas para prevenir el VIH, o distribución de condones o pruebas de despistaje en poblaciones drogodependientes, y evaluación de consumo en personas VVS o con TB o hepatitis. Tampoco se evidencian intervenciones para mejorar la adherencia a los tratamientos de VIH, TB y hepatitis en drogodependientes.

Las organizaciones de la RIOD, que han participado señalan que las dificultades encontradas para trabajar en esta comorbilidad son: Doble o triple estigma (Drogodependencia-VIH-TB), Recursos limitados para prevención y el tratamiento de consumo problemático de sustancias en personas con VIH y que están en terapia antiretroviral (TAR), Insuficiente inversión en programas para atención a poblaciones claves./ La complicado del acceso a usuarios en situación de grave exclusión social, La falta de sensibilidad de algunos profesionales y autoridades de salud para trabajar los temas relacionados a TB y VIH Sida asociado a drogodependencias, Algunos de los contextos de abordaje de las poblaciones tienden a ser de difícil acceso y en algunos casos relacionado con acciones ilícitas, En los casos en que se detectan la presencia de situaciones relacionados al VIH/Sida, Hepatitis y Tuberculosis, la accesibilidad a un tratamiento especializado de personas en situación de extrema vulnerabilidad, resulta muy dificultosa, La poca disponibilidad de investigaciones encontradas, La dificultad de algunos profesionales en abordar temas de índole sexual.

Ideas principales de la ponencia:

La Comisión de Trabajo VIH de RIOD está compuesta por tres organizaciones: ABD, PREVER y CEPESJU.

Su exposición comienza definiendo la "comorbilidad", también conocida como "morbilidad asociada", un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona y que pueden ocurrir al mismo tiempo o una después de otra.

El uso de alcohol y drogas tienen un efecto negativo en el curso natural de las enfermedades. Por ejemplo en VIH:

- Interfiere con el alcance de los resultados clínicos del TARGA, incluye la falla en la recuperación del conteo de CD4 y en la supresión viral, disminuye la adherencia al TX y reduce el uso de servicios de salud.

- Se ha asociado con otras comorbilidades, como el aumento en la incidencia de polineuropatía distal simétrica, alteración de la función neurocognitiva, depresión, lipodistrofia y, en casos de coinfección con el virus de la hepatitis C (VHC), una progresión acelerada hacia la insuficiencia hepática terminal.
- Por otro lado se asocian a conductas sexuales de riesgo (relaciones sexuales sin protección y múltiples parejas sexuales) , y también podrían llevar a una demora en el diagnóstico.

Los factores antes mencionados aceleran la progresión de la enfermedad por VIH, aumentan la mortalidad y la carga de enfermedad relacionada al VIH, e incrementan la transmisión de la infección por VIH.

Trabajo de la Comisión de VIH

El objetivo de la comisión consistía en levantar información en relación al trabajo realizado por las instituciones miembros de la RIOD y otras organizaciones en la temática de las Comorbilidades; Drogas: VIH/Sida, Hepatitis y TB.

Estaba conformada de 5 bloques que buscaban conocer:

1. Si las instituciones de RIOD trabajaban en los temas; VIH, TB y Hepatitis; en prevención o tratamiento y con qué poblaciones.
2. Qué programas o intervenciones han desarrollado (pasado y presente)
3. Dificultades encontradas en sus intervenciones.
4. Referencia de otros programas que se desarrolla en su país.
5. Referencia de estudios de investigación relacionados a los temas

Resultados

- Existe una serie de intervenciones; en su mayoría trabajos relacionados a la prevención de VIH, algunas experiencias (11 de las 41) donde se podría evidenciar una relación entre drogas y VIH, TB o hepatitis, sin embargo esta es una aproximación que necesita profundizarse para conocer la relación que se establece.
- No se evidencia de manera significativa ejemplos de experiencias de intercambio de jeringuillas para prevenir el VIH, o distribución de condones o pruebas de despistaje en poblaciones drogodependientes (protocolo), y evaluación de consumo en personas VVS o con TB o hepatitis. Tampoco se evidencian intervenciones para mejorar la adherencia a los tratamientos de VIH, TB y hepatitis en drogodependientes.
- Dificultades encontradas en las intervenciones o programas desarrollados señalados: (1) Doble o triple estigma; (2) Recursos limitados para prevención y el tratamiento de consumo problemático de sustancias en personas con VIH y que están en TAR; (3) Burocracia del Ministerio de Salud Pública, para el acceso a medicamentos/atención; (4) Insuficiente inversión en programas para atención a poblaciones claves; (5) Lo complicado del acceso a usuarios en situación de grave exclusión social; (6) Falta de adherencia; (7) La falta de sensibilidad de algunos profesionales y autoridades de salud para trabajar los temas relacionados a TB y VIH Sida asociado a drogodependencias; (8) Algunos de los contextos de abordaje de las poblaciones tienden a ser de difícil acceso y en algunos casos relacionado con acciones ilícitas; (9) En los casos en que se detectan la presencia de situaciones relacionados al VIH/Sida, Hepatitis y Tuberculosis, la accesibilidad a un tratamiento especializado de personas

en situación de extrema vulnerabilidad, resulta muy dificultosa.; (10) La poca disponibilidad de investigaciones; (11) La dificultad de algunos profesionales en abordar temas de índole sexual.

- Sobre la cuestión “*Puede referir otros programas que se desarrollan en su país relacionados a VIH/Sida, Hepatitis y Tuberculosis*”, la mayoría refiere instituciones del estado vinculadas a la respuesta nacional de VIH (en su mayoría), TB y hepatitis, seguido de instituciones no gubernamentales. De las instituciones mencionadas solo en tres de ellas se hace referencia de trabajo en VIH en drogodependientes, 2 en reducción de daños y 1 de ellas en prevención con un Programa de distribución de Material Higiénico para consumidores de heroína por vía intravenosa.
- Principales retos: (1) Hacer un análisis de las intervenciones que se desarrollan en la RIOD, que permita identificar la relación de las drogas y sus co-morbilidades; (2) Identificar modelos o propuestas para abordar las co-morbilidades a nivel de prevención, diagnóstico y tratamiento; (3) Identificar políticas públicas necesarias que permitan hacer incidencia política local y global desde la RIOD.

Experiencia de Perú

Los estudios epidemiológicos no han encontrado un número significativo de usuarios de drogas inyectables; las drogas son administradas por los usuarios mediante la inhalación (cocaína) o fumadas como es el caso del cannabis y la pasta básica de cocaína. El uso de drogas no inyectables, tanto lícitas como ilícitas, está considerablemente difundido e íntimamente ligado a actividades sexuales inseguras, incrementando potencialmente el riesgo de contraer el VIH.

Consumo de drogas y alcohol y adherencia al TARGA

- Los pacientes que reciben TARGA el 11.6% consumían drogas y esto se asoció a mala adherencia.
- Estudio transversal en 465 pacientes que recibían la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad Adherencia (Bazan-Ruiz S 2013) reportando que el consumo de drogas se asoció a una mala adherencia al TARGA con un OR 1.5 (Alvis O 2009).
- 44 gestantes que recibían la Terapia antirretroviral de Gran Actividad, encontrando que el consumo de drogas se asoció a haber perdido alguna dosis del TARGA (2011)
- El consumo compulsivo de alcohol o drogas en pacientes con VIH que reciben tratamiento TARGA en los últimos 24 meses se asocia a mala adherencia en los últimos 12 meses. Existe una elevada probabilidad de ocurrencia (OR) de mala adherencia al TARGA en los pacientes con dependencia al alcohol y/o drogas de 5.29
- Mejía F (2013) en un estudio realizado en Hospital Cayetano Heredia reporto que en el periodo 2006 al 2010 el abandono al tratamiento luego de siete meses de tratamiento fue del 14% en personas con consumo.

Las principales barreras (Kim A Hoffman) son: (1) el desconocimiento acerca del consumo de sustancias en las PVVS; (2) limitaciones de espacio y tiempo que dificultan las intervenciones breves durante las visitas de rutina; (3) insuficientes servicios con capacidades para el tratamiento el uso de sustancias apropiadas donde puedan ser referidos los pacientes con estos problemas.

Tuberculosis y otras drogas

El paciente que consume alcohol tiene 4 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que aquellas que no consumen alcohol. El que consume drogas tiene 29 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que aquellas que no consumen drogas (Vargas 2012).

Los varones entre 21 y 40 años de edad representan el 66% de la población abandonadora, son farmacodependientes (Cabello 1994).

El 68.7% de la población que abandonó el tratamiento tiene problemas de consumo de drogas y alcohol (Cordova-1995).

Conclusiones y recomendaciones

- En la atención a PVVS/PTB debería incluir un despistaje de uso de sustancias.
- Personal que brinda la atención deben ser capacitados para la detección, intervención breve y referencia al tratamiento.
- Es necesario salvar algunas barreras como: la falta de recursos o incentivos económicos para el personal de salud por la realización de la intervención, el entrenamiento inadecuado de los proveedores, la atención inapropiada para los pacientes, la sobrecarga de trabajo, el tiempo insuficiente para la intervención, y la falta de aceptabilidad de los pacientes y de los proveedores .
- Como mejorar la adherencia; acceso
- Atención INTEGRAL

Mesa Enfermedades y riesgos asociados al consumo: “Restitución de derechos. Modelo de Costa Rica: un ejemplo de reducción de daños” – Eugenia Mata Chavarría. ICD.

Ideas principales de la ponencia:

Modelo de Reducción de daños del consumo de sustancias psicoactivas de Costa Rica

- Desde el Plan Nacional sobre Drogas
 - Fortalecimiento sistema nacional de tratamiento, mediante un conjunto de intervenciones de calidad, integral y basado en evidencia, que consideren el género, la edad, la vulnerabilidad y el contexto cultural de las distintas poblaciones objetivo.
 - Creación de intervenciones preventivas universales, selectivas e indicadas, mediante el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para vivir para el abordaje del consumo
- Desde la Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo del Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
 - El abordaje de la enfermedad adictiva, ha sido considerado un problema de Salud Pública, que se debe considerar integralmente y así se ha articulado dentro de todo el cuerpo normativo antes mencionado.
 - Diseñar un modelo de reducción de consecuencias adversas por el consumo de drogas (entiéndase como Modelo de Reducción de daños).

- Política de Atención Integral para personas en Situación de Abandono y en Situación de Calle desde el Instituto Mixto de Ayuda Social
 - Generar acciones gubernamentales y no gubernamentales articuladas, oportunas, sistemáticas y sostenibles, para la prevención, atención y protección de las personas en situación de abandono y personas en situación de calle, en el marco de la exigibilidad y accesibilidad a los derechos humanos

Cada una de estas acciones están articuladas desde un ente político y técnico y en materia de drogas en Costa Rica. Desde el Plan Nacional sobre drogas se incluyen acciones desde la política reducción de la demanda, políticas de tratamiento, habitantes de calle, Ministerio de Salud, Instituto Mixto de Ayuda Social e ICD para trabajar el modelo de reducción de daño.

El Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS, considera que el término “tratamiento” incluye el diagnóstico, la asistencia en salud y la integración social de las personas afectadas, con la finalidad de mejorar su salud y su calidad de vida, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, el máximo aprovechamiento de las capacidades, el acceso a los servicios y oportunidades y la plena integración social.” (OMS, 1998).

En Costa Rica, y en el mundo, la salud de las personas es una prioridad ya que es considerada un derecho humano fundamental; como lo contempla la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Uno de los problemas graves que tiene actualmente la población en el país, y que tiene un abordaje complejo por la interacción de múltiples factores (ambientales, sociales, culturales, biológicos, entre otros), es el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

En este contexto en Costa Rica existe un marco normativo que promueve el abordaje desde la reducción de la demanda de drogas, con el fin de prevenir, integrar así como de atender las consecuencias adversas y los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

Actualmente, esta situación se agrava ya que persisten los patrones de bebedores “excesivos” o “de riesgo”, el inicio del consumo a edades más tempranas y el aumento de consumo en la población femenina. Además, la evidencia científica destaca una estrecha relación entre enfermedades mentales, como la depresión, ansiedad y esquizofrenia, con el consumo de sustancias psicoactivas. (Política del sector salud. Decreto 37110-S)

“Por esta razón, es imperativo que el abordaje a este problema de salud pública sea integral, tanto intersectorial e interdisciplinario, dando énfasis no sólo en el tratamiento sino también en la prevención y el mejoramiento de las condiciones de vida” (IDEM, p. 9).

Marco normativo

En Costa Rica existe un marco normativo que promueve el abordaje desde la reducción de la demanda de drogas, con el fin de prevenir, integra así como de atender las consecuencias adversas y los riesgos asociados al consumo de sustancias, el mismo consiste de:

- La Constitución Política.
- Ley 8204: Ley sobre Estupeficientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso no Autorizado, Actividades Conexas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo
- Ley 5395: Ley General de Salud.
- Ley 5412: Ley Orgánica del Ministerio de Salud.
- Ley 7035: Creación del IAFA y sus reformas.

- Ley 17: Constitutiva de la C.C.S.S.
- Ley 7471: Reforma del Sector Salud.
- Ley 7972: Cargas tributarias a licores y cigarrillos.
- Decreto 30571-S: Reglamento de Habilitación de establecimientos de servicios de salud y afines.

Problemas existentes

Aun contando con el desarrollo legal existente y las instituciones creadas para responder a lo jurídico se evidencia todavía vacíos importantes en las ofertas de servicio que respondan a las necesidades de la población general. Es debido a lo antes señalado, que se hace patente la necesidad de la creación de modelos de atención que estén acordes a las características y requerimientos de las diferentes poblaciones.

La experiencia del trabajo directo con personas que piden ayuda, ha evidenciado algunas dificultades relacionadas con la forma en la cual trabajan/funcionan los servicios existentes, entre estas: (1) La ausencia de servicios en algunos sectores (trabajo de calle, albergues de noche, centros de bajo umbral y media complejidad etc.); (2) La ausencia o escasa articulación entre servicios (parcialización y fragmentación de las respuestas, repetición o inútiles duplicidades de ofertas); (3) La presencia de abordajes y propuestas no visibilizadas y no acreditadas.

Acceso de calidad

Según datos del IAFA (2012) entre el 59% y el 83% de las personas necesitadas de ayuda por consecuencias del uso o abuso de drogas ilícitas no ha tenido acceso a servicios.

Si a los consumidores de drogas se añaden las personas con problemas de alcoholismo o abuso de alcohol, el porcentaje de personas atendidas es del 4% (96% se quedan sin ningún tipo de atención).

Hay evidencias para considerar que exista un urgente problema de cobertura y de acceso, que fundamenta una necesidad de políticas que incrementen la oferta (mejorando lo existente, innovando y diversificando los abordajes), articule e interconecte lo existente (abordaje de red

Visibilización de abordajes no acreditados

Especialmente en el nivel local por instituciones estatales y organizaciones civiles han surgido abordajes, propuestas, respuestas a necesidades de personas, familias, grupos y comunidades vinculadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

En razón de lo anterior, existen dispositivos que pueden constituir un riesgo, o bien existen otros validados a las cuales los ciudadanos, no pueden acceder o no es reconocido su derecho de acceso, debido a las exigencias que derivan de una acreditación y autorización por las instituciones competentes.

Enfoque de Reducción del Daño

Concepto: Conjunto de estrategias e intervenciones integrales con enfoque de derechos humanos, dirigidas a la disminución de riesgos y consecuencias adversas del consumo de sustancias psicoactivas para mejorar la calidad de vida de diferentes grupos poblacionales, de acuerdo a su realidad y necesidades.

La creación de condiciones que garanticen el acceso oportuno a servicios de salud, eficaces y de calidad para todos los habitantes, son obligaciones ineludibles del Estado, y un derecho de todas las personas. Por ello los principios rectores que fundamentan la Política son:

- La salud es un derecho humano indispensable para la plena realización personal y condición esencial para el desarrollo económico y social del país.
- La reducción de las inequidades en salud es un compromiso técnico y político, pero principalmente es un deber moral y ético.
- Responsabilidad compartida de las personas, de los diversos grupos humanos, del Estado y de la sociedad civil, para actuar concertadamente para la producción de la salud física, mental y social de las personas y para el mejoramiento de la calidad de vida.
- Satisfacción universal y equitativa de las necesidades de las personas, priorización de acciones en los individuos y grupos de población de mayor riesgo y vulnerabilidad social, poblaciones excluidas y en pobreza.
- La finalidad mínima de la reducción de daños es hacer que las condiciones de las personas no empeoren, por lo cual la abstinencia no es el fin último
- El modelo de reducción de daños impulsa la puesta en práctica de dispositivos de atención con diferentes umbrales de acceso y niveles de complejidad, para responder a las necesidades de las personas y de acuerdo a los recursos disponibles.
- Intersectorialidad y gestión compartida, con eficiencia, eficacia, calidad técnica y humana en las prestaciones de los servicios brindados.
- Reducción de daños es una estrategia de restitución de derechos y oportunidades, que lleva implícito un proceso educativo basado en los derechos humanos fundamentales

El OBJETIVO GENERAL es implementar un abordaje que responda a las necesidades y realidades de los grupos poblacionales con el fin de disminuir el daño asociado al consumo de sustancias psicoactivas. Los OBJETIVOS ESPECÍFICOS comprenden: (1) Consolidar una red nacional e intersectorial para la ejecución del modelo de Reducción de daños que articule sus acciones de acuerdo a las competencias; (2) Fortalecer la oferta de servicios con estrategias de reducción de daños que mejoren la calidad de vida de la población meta; (3) Incrementar el nivel de acceso y participación de la población a los procesos de prevención, tratamiento y reinserción (inclusión).

Red intersectorial

- Sector público: social, salud, economía y mercado, educación, judicial, deporte, cultura, comunicación, recreación, seguridad, trabajo.
- Sector privado: Comercio, turismo, medios de comunicación
- ONGs: nacionales e internacionales
- Comunidad: (familia, iglesia, grupos, comités, voluntariado, líderes comunales, Asociaciones de Desarrollo, Comités cantonales, gobiernos locales, redes, entre otros)

Población meta (con perspectiva de género)

- Personas consumidoras de sustancias psicoactivas
- Personas en alta vulnerabilidad:
- Personas en situación de indigencia (habitantes de calle)
- Personas con discapacidad
- Personas con VIH y ETS
- Personas LGTBI

- Persona adulta mayor
- Persona migrante- refugiado
- Indígenas
- Persona menor de edad, adultos jóvenes en condición de vulnerabilidad por situaciones relacionadas con la familia, pares, escuela, trabajo.
- Personas privadas de libertad

Estrategias (aún no están puestas en práctica, se está actualmente trabajando en ello)

CONTEXTO	ESTRATEGIAS
Contexto comunal: Lugares de uso común, parques, paradas de autobuses, calles, lotes baldíos, casas y edificios abandonados, bunkers, zonas verdes comunales.	Trabajo de calle Dispositivos fijos y móviles para atención. Carpas, centros de escucha, comedores, dormitorios, cuartos, Centros de convivencia. Redes
AREAS Higiene personal Alimentación Seguridad relacional- autoprotección Uso de sustancias Trabajo Techo Vida sexual y afectiva Educación Salud Ocupación del tiempo Legal	ACCIONES Análisis de sustancias Baños, duchas, alimentación, vestido, Atención ambulatoria, consejería, kits para consumo o sexo seguro, Transporte de pacientes. Educación de pares Actividades lúdicas, artísticas y recreativas Bolsa de empleo (oportunidades laborales) Proyectos productivos Subsidios económicos para alquileres. Sistema de derivación referencia, contrareferencia y registro. Acceso a servicios de salud Documento de identidad Diagnóstico rápido de necesidades Diagnóstico de comunidad
Comunidades vulnerables: Centros Penitenciarios, distritos prioritarios, zonas rojas, zonas de fiestas, comunidades comerciales, zonas fronterizas y costeras.	Dispositivos fijos y móviles. Equipos de profesionales capacitados. Equipos de pares. Trabajo de calle. Kioscos informativos. Estrategias de sustitución. Centros de escucha. Centros de tratamiento. Redes
AREAS Higiene personal Alimentación Seguridad relacional- autoprotección Uso de sustancias Trabajo Techo Vida sexual y afectiva Educación Salud Ocupación del tiempo Legal	ACCIONES Análisis de sustancias Baños, duchas, alimentación, vestido, Atención ambulatoria, consejería, kits para consumo o sexo seguro, Transporte para pacientes. Educación de pares Actividades lúdicas, artísticas y recreativas Bolsa de empleo (oportunidades laborales) Proyectos y actividades productivas Subsidios económicos para alquileres. Sistema de derivación, referencia, contra referencia y registro. Acceso a servicios de salud Documento de identidad Diagnóstico rápido de necesidades Diagnóstico de comunidad

<p>Contexto cultural: Actividades físicas, lúdicas, artísticas, bares restaurantes, actividades públicas y privadas masivas (música, deporte, festivales, fiestas cívicas y patronales, expo, entre otros).</p>	<p>Kioscos informativos Espacios de atención básica Unidad móvil Centros de escucha Normativa para capacitar a los propietarios de establecimientos donde se expenden bebidas alcohólicas, sujeto a permiso sanitario de funcionamiento y patente municipal. Dispositivos de Mediación recreativa</p>
<p>AREAS Seguridad relacional- autoprotección Uso de sustancias Vida sexual y afectiva Educación Salud (atención básica) Ocupación del tiempo Higiene Legal</p>	<p>ACCIONES Uso de Alcohóímetros. Atención en crisis Baterías Sanitarias Análisis de sustancias Educación de pares Material de educación e información Chofer designado Talleres de capacitación para propietarios de establecimientos donde se expenden bebidas alcohólicas. Kits para consumo o sexo seguro, Traslado de pacientes. Actividades lúdicas, artísticas y recreativas Arte urbano Diagnóstico rápido de necesidades</p>

Puntos fuertes del debate:

- Articulación y trabajo en red de los dispositivos con otros que no son de Estado (iglesia, comunidad, organizaciones, etc.), para afianzar un discurso compartido.
- Capacitación de ONG para programas de reducción de daños.
- Cómo están creadas las redes informales.
- Indicadores adecuados para seguimiento de abstinencia.
- Percepción de políticas de reducción de daños, necesidad de afrontar miedos, desmontar mitos y trabajar en la evolución y desarrollo práctico del concepto.

Mesa Justicia Restaurativa: “Justicia Restaurativa: una visión global” – Jorge Ollero Perún. Federación Enlace (UNAD – RIOD).

Abstract: Esta ponencia comenzará exponiendo brevemente los orígenes históricos de la Justicia Restaurativa, como nuevo paradigma que (re)surge en la década de 1970, aunando críticas y propuestas del abolicionismo penal, la victimología y la justicia comunitaria e indígena.

Se continuará con una sucinta definición de lo que se entiende por Justicia Restaurativa, aportando sus características esenciales y señalando los debates teóricos más importantes que existen al respecto.

Para ofrecer un recorrido global por algunos de los proyectos de Justicia Restaurativa más relevantes en el mundo, con distintos enfoques y propuestas, se describirán experiencias de “family conferencing” en Nueva Zelanda y Sudáfrica, de mediación penal en Estados Unidos y España, de círculos restaurativos en Canadá, de escuelas restaurativas en el Reino Unido y de prisiones restaurativas en Bélgica.

La tercera parte de la ponencia expondrá los estudios científicos que ha demostrado la eficacia de la Justicia Restaurativa a la hora de reducir la reincidencia y aumentar la satisfacción de las víctimas, al tiempo que disminuyen el gasto público asociado a las actuales políticas penales.

Se concluirá planteando la cuestión del escaso desarrollo que presentan los programas de Justicia Restaurativa en el ámbito de las drogodependencias, abogando por un mayor uso de la misma para prevenir y gestionar los conflictos, sin necesidad de recurrir a instancias punitivas ni al encarcelamiento, así como para potenciar el empoderamiento de las comunidades y personas con las que trabajamos.

Ideas principales de la ponencia:

La Justicia Restaurativa es un paradigma teórico y un conjunto de herramientas prácticas que está transformando la manera de responder a los conflictos y a la delincuencia en países de todos los continentes. Según este paradigma lo más efectivo para obtener sociedades más seguras no es aplicar castigos crueles y desproporcionados sino partir de las necesidades de las víctimas y enseñar a las personas infractoras a responsabilizarse de sus acciones. El enfoque restaurativo, que se lleva a cabo a través de técnicas como la mediación penal o los círculos restaurativos, fomenta el empoderamiento ciudadano y promueve una justicia menos vengativa y más sanadora. Este nuevo paradigma sobre Justicia surge en los años 70 del siglo XX.

Fuentes principales:

- VICTOMOLOGIA, en el procedimiento penal estándar la víctima es solo como un testigo.
- ABOLICIONISMO PENAL: surge de la crisis profunda del derecho penal, ha habido distinta manera de entender cómo surge, primero mientras asustaba a la personas y luego mediante la rehabilitación y en los años 70 muchos académicos y sociales constatan que eso es falso. No la debemos perder de vista cuando se habla de justicia restaurativa
- JUSTICIA COMUNITARIA E INDIGENA: mecanismos de resolución de conflictos anclados desde la comunidad.

Características de a justicia restaurativa

- REPARACIÓN del daño causado por delito. En vez de preguntar como castigar Al delincuente cómo puede arreglar el victimario el delito causado.
- RESPONSABILIZACIÓN; responde ante algo que me concierne. No contribuye a responsabilizar a las personas, sino es como ayudar. La sociedad tiene que responsabilizarse por los daños en la sociedad. Ej. de Noruega, país donde más ha calado en pensamiento de justicia restaurativa; ¿Que está pasando entre nosotros para que estas personas decidan coger un arma y hacer este tipo de cosas?
- PARTICIPACIÓN; de víctima-victimario.

Ejemplos de experiencias de Justicia Restaurativa que se practican por todo el mundo

- Las conferencias familiares restaurativas en los sistemas de justicia juvenil de Nueva Zelanda, Australia y Sudáfrica.
- Los círculos restaurativos en Canadá y los Estados Unidos, incluyendo algunas experiencias que trabajan específicamente la problemática de las drogodependencias.
- El uso de la perspectiva restaurativa en las escuelas del Reino Unido, donde está sirviendo para reducir el acoso escolar y las conductas problemáticas en las aulas.

- La aplicación de la Justicia Restaurativa en las prisiones belgas.
- La iniciativa holística que intenta crear una ciudad completamente restaurativa en Hull, Reino Unido.
- Y, por supuesto, los logros que ha conseguido el Programa de Mediación Penal de la Federación ENLACE en sus 9 años de existencia.

Conclusiones

En esta ponencia se repasan estudios científicos que han testado la eficacia de la Justicia Restaurativa. Así, se hace referencia al meta-análisis de Sherman & Strang “Restorative Justice: the evidence”, que en 2007 recopiló 36 estudios sobre prácticas restaurativas concluyendo que:

- Reduce la reincidencia de las personas infractoras de manera clara, especialmente en delitos contra la propiedad y lesiones, y sobre todo si se compara con la prisión.
- Reduce el estrés post traumático de las víctimas.
- Reduce el deseo de venganza de las víctimas.
- Incrementa la satisfacción con la Justicia tanto de víctimas como de personas infractoras.
- Reduce el coste económico de la Justicia si se utiliza como alternativa a la prisión. Respecto a los costes económicos, también citamos el estudio de la criminóloga Joanna Shapland, comisionada por el Ministerio de Justicia británico en 2008, que estimó que por cada libra invertida en programas de Justicia Restaurativa, el gobierno se ahorraría 9 debido a la menor reincidencia y la consiguiente reducción de gastos judiciales y carcelarios.

Muchos de los países latinoamericanos asistentes a este Seminario de RIOD consideran la Justicia Restaurativa como una alternativa esperanzadora frente a las políticas de mano dura de la “guerra contra las drogas”, que solo han conseguido encarcelar y ahondar en la exclusión social de las personas más vulnerables de sus sociedades, últimos eslabones en el comercio global de las drogas.

Algunas preguntas para reflexionar

1. ¿Si está demostrado que la Justicia Restaurativa es eficaz, por qué no se aplica masivamente?
2. ¿Qué sentido tiene utilizar la Justicia Restaurativa en prisión? ¿No sería mejor reducir el número de personas encarceladas?
3. ¿Qué sentido tiene aplicar la Justicia Restaurativa a los delitos de drogas? ¿No sería mejor cuestionar las consecuencias de la actual política de drogas?

Mesa Justicia Restaurativa: “La Justicia Restaurativa en RIOD” – Raúl F. Tovar Beltrán. Representante de la Comisión de Trabajo de Justicia Restaurativa de RIOD

Abstract: Cada día se acude más al Derecho Penal para solucionar los problemas sociales, endureciendo las penas, e incrementando, como consecuencia, el número de intervenciones judiciales, sin que la respuesta que se obtiene del mismo sea la idónea para las partes y olvidándose de la situación vulnerable de la víctima. La Justicia Restaurativa aparece como una forma distinta de hacer y entender la Justicia Penal. Desde la Comisión de Justicia Restaurativa hemos llegado a la conclusión de que nos encontramos ante una “justicia del consenso”, “de participación” en la solución del conflicto con el delito donde se pretende reparar el daño causado a las personas y a las relaciones más que en castigar al delincuente, por ello, partiendo de un marco teórico y teniendo en cuenta las distintas legislaciones y normas internacionales hemos analizado cual es la verdadera naturaleza y objetivos a tener en cuenta cuando hablamos de Justicia Restaurativa, así como los obstáculos que se encuentran a la hora de aplicar la Justicia Restaurativa en los distintos países y, en concreto, su aplicación en delitos relacionados directa/indirectamente con el tráfico de drogas donde la víctima es la Sociedad.

Ideas principales de la ponencia:

Antecedentes y objetivos

La Comisión de Justicia Restaurativa de RIOD trabaja, desde 2015, en analizar y dar a conocer los postulados de este nuevo enfoque de Justicia. La Justicia Restaurativa ofrece un enfoque centrado en la participación de las comunidades para la resolución de los conflictos delictivos, mediante la reparación del daño causado y la reinserción de las personas que han cometido delitos. De forma general, esta Comisión ha observado que la mayoría de los sistemas penales de nuestros países miembros están muy alejados de los valores restaurativos, existiendo penas de prisión muy elevadas que conllevan sobrepoblación carcelaria y menores posibilidades de reinserción. Pese a ello, la Comisión también ha identificado prácticas prometedoras de la Justicia Restaurativa, que pueden complementar nuestro trabajo en el ámbito de las drogodependencias. Esta ponencia describe el trabajo de la Comisión y las prácticas restaurativas analizadas, especialmente aquellas centradas en jóvenes y mujeres.

Realidades

En los últimos años el debate sobre políticas de drogas se ha hecho más evidente y se tiende por parte de los gobiernos a entablar un dialogo en el que deben participar todos los que directa o indirectamente trabajan en este campo y en especial las organizaciones que conforman la Sociedad Civil. Nadie mejor que ellas para explicar el problema que conocen de primera mano a pesar de los escasos recursos con los que se cuentan. Igualmente, los Gobiernos deben involucrarse en el debate que genera esta problemática. Nadie tiene la respuesta a un tema de tanta trascendencia y repercusión.

Consumidores y realidad penal

Hay que centrar el debate en la dimensión humana del problema, no ver al consumidor como un simple objeto del sistema de justicia penal exclusivamente. Es necesario promover alternativas al encarcelamiento de personas dependientes de drogas que como consecuencia de su adicción hayan cometido hechos delictivos. Estos no son el problema.

Características que afectan a la justicia penal de los países de América Latina

Uso de la prisión preventiva como principal mecanismo en vez de como último recurso, lo cual repercute directamente en la sobrepoblación carcelaria penas desproporcionadas; la penalización de la posesión de drogas y/o la arbitrariedad en la diferenciación entre usuarios, traficantes pequeños y medianos; la tipificación de los delitos de drogas como graves; insuficiencia de medidas alternativas al encarcelamiento o falta de implementación de las mismas en los casos de delitos de drogas, negación o límites en el otorgamiento de beneficios de excarcelación, reducción de la pena, etc.; no se prevé la posibilidad de fianza por delitos de drogas; falta de medidas con perspectiva de género y para niños, niñas y adolescentes.

Trabajo de la Comisión de Justicia Restaurativa de RIOD

Los primeros trabajos de la Comisión se centraron en determinar qué había de entenderse por Justicia Restaurativa y se lanzó a todas las organizaciones integradas en RIOD una ficha a la que debían de responder las siguientes preguntas:

- ¿Qué es la JUSTICIA RESTAURATIVA?
- ¿Qué se entiende por JUSTICIA RESTAURATIVA en nuestros países?
- ¿En que se fundamenta la JUSTICIA RESTAURATIVA?

Resultados de la indagación

Las fichas recogidas se agruparon por NODOS y se tuvo la participación de organizaciones representativas del NODO Andino, NODO Centro América-Caribe y NODO España.

Del resumen de fichas se concluye que por Justicia Restaurativa se entiende aquel mecanismo que supone una transformación por parte del Estado a la hora de impartir la Justicia donde se tiene en cuenta no solo al infractor sino también a la víctima, sin olvidar que indirectamente también la propia sociedad puede verse perjudicada por la comisión de infracciones penales ya que hay delitos donde el perjudicado es la propia Sociedad, como por ejemplo en los delitos contra la salud pública-tráfico de drogas. En definitiva se busca establecer una nueva relación entre el infractor y la víctima, a la toma de conciencia por parte del infractor, para generar un proceso de restauración del daño y búsqueda de no repetición de los hechos punibles.

Cómo características de la Justicia Restaurativa aparecen recogidas en las fichas:

- El delito es visto en primera instancia como un conflicto entre individuos que desemboca en ofensas a la víctima, la comunidad y al mismo ofensor y en segunda instancia se comprende como una violación contra el Estado
- La dirección del proceso debe ser hacia la creación de paz en las comunidades reconciliando las partes y reparando los daños causados.
- Facilita la participación activa de los tres agentes víctima, ofensor y comunidad con el objetivo de encontrar soluciones al conflicto.

Cómo objetivos de la Justicia Restaurativa, hay unanimidad al establecer los siguientes:

- Invitar a la completa participación y al consenso
- Reparar el daño realizado
- Buscar completa y directa responsabilidad
- Reunir partes enfrentadas para establecer un dialogo
- Fortalecer a la comunidad para prevenir daños mayores.
- Buscar el esfuerzo cooperativo de la comunidad y del estado
- Buscar la reintegración de la víctima y el ofensor en la comunidad

Justicia Restaurativa como alternativa

La Justicia Restaurativa, al centrarse en la reparación del daño y la reintegración de la persona ofensora en la comunidad, busca reducir el uso de la prisión, al tratarse de una pena estigmatizante y poco rehabilitadora. Por ello, la Justicia Restaurativa puede servir como alternativa a la prisión, acompañando diferentes modalidades de programas que “suplen” el cumplimiento en prisión de la condena, como por ejemplo:

- Programas de drogodependencias
- Programas de alcoholismo
- Programas de salud mental
- Programas formativo/laborales
- Programas para control de la agresión sexual
- Programas de violencia doméstica
- Programas de violencia filioparental
- Programas de seguridad vial

Se puede aplicar a traves de diferentes herramientas o técnicas, siendo las más comunes:

- La mediación penal entre víctima y victimario.
- Las conferencias o diálogos restaurativos, que incluyen a las personas de apoyo de víctima y victimario.
- Los círculos restaurativos, que permiten una participación más amplia de la comunidad

En cuanto al momento en el que deben de aplicarse las técnicas de Justicia Restaurativa, entendemos a la vista de las experiencias aportadas que pueden llevarse a cabo en cualquier momento del proceso penal:

- En la fase de instrucción y enjuiciamiento, es decir, antes de la sentencia, dado que los acuerdos alcanzados por las partes sobre la reparación del daño podrán valorarse a los efectos de una atenuación de la responsabilidad penal.
- En la fase de ejecución y en prisión, buscando la reparación del daño causado y la reinserción del penado/a.

Existen más experiencias en las fases de instrucción y enjuiciamiento, estando más olvidadas en la fase de ejecución, si bien aquí por parte del NODO España se comenta la posibilidad de aplicar las medidas alternativas al ingreso en prisión que se recogen en el Código Penal 2015 (suspensión condicionada a tratamiento en centro público o privado debidamente acreditado u homologado, multa, trabajos en beneficio de la comunidad)

Aprendizajes

La técnica más empleada es la mediación penal existiendo servicios financiados públicamente en algunas regiones como el País Vasco y Cataluña. Durante 2015, se ha regulado la Justicia Restaurativa a través del Estatuto de la Víctima, y el Código Penal ha reconocido los efectos de la mediación penal para la atenuación de la pena y la suspensión de las penas de prisión. También se realizan algunos programas en prisiones concretas. Sin embargo, aún se está lejos de tener un sistema afianzado de Justicia Restaurativa.

En general, en vez de encontrarnos con un sistema de Justicia Restaurativa, las características que afectan a la justicia penal de los países de la región, si bien con sus diferencias, son:

- uso de la prisión preventiva como principal mecanismo en vez de como último recurso, lo cual repercute directamente en la sobrepoblación carcelaria
- penas desproporcionadas
- la penalización de la posesión de drogas y/o la arbitrariedad en la diferenciación entre usuarios, traficantes pequeños y medianos
- la tipificación de los delitos de drogas como graves
- insuficiencia de medidas alternativas al encarcelamiento o falta de implementación de las mismas en los casos de delitos de drogas
- negación o límites en el otorgamiento de beneficios de excarcelación, reducción de la pena, etc.
- no se prevé la posibilidad de fianza por delitos de drogas
- falta de medidas con perspectiva de género y para

Conclusiones

La Comisión de Justicia Restaurativa ha profundizado en cómo se aplica la Justicia Restaurativa en el ámbito penitenciario y circunscrito a la población integrada por mujeres y jóvenes. Para ello hemos contado con una experiencia enriquecedora por parte del Penal de Teresina en Brasil, Centro Penitenciario de mujeres, donde nos explicaron entre otras muchas cosas las grandes desigualdades sociales existentes en relación con el colectivo de mujeres presas en los Centros Penitenciarios brasileños y como un piloto aún incipiente permite garantizar procesos de reparación que facilitan a las mujeres privadas de la libertad una mejor elaboración de su proceso, es pronto para sacar conclusiones, pero es un referente que permitirá avanzar en construir procesos de resocialización, anotamos que la experiencia se fundamenta en una lógica de tratamiento comunitario, en Colombia se desarrolla igualmente una experiencia en prisiones apoyado por el ministerio de Justicia en convenio con UNODC e INPEC y desarrollado por Corporación Viviendo en Bogotá en cárcel Picota o COMEB y la Corporación Consentidos en Bucaramanga, señalamos que no integra Justicia Restaurativa como propuesta.

Por otro lado, la Comisión de Justicia Restaurativa incidió también en el estudio de aquellos delitos donde la persona agraviada no es un sujeto concreto y determinado sino la sociedad en general, nos referimos a los delitos contra la salud pública (tráfico de drogas) y en donde la aplicación de medidas restaurativas en relación con las personas que participan como último eslabón de esa cadena delictiva deben de beneficiarse de dichas prácticas.

Desde la Comisión de Justicia Restaurativa y de conformidad al trabajo que venimos desarrollando entendemos que es posible que a través del diálogo Sociedad-Justicia-Estado puedan hacer una verdadera justicia basada en valores humanos y restaurativos que fomente la convivencia y donde la víctima tenga participación y pueda decir lo que siente. Deberíamos impulsar una reforma de la justicia orientada a valores restaurativos y que transforme aquello que dentro de la Justicia no funciona dando otras posibilidades que se han demostrado que sí funcionan y entre las que estas algunas prácticas restaurativas.

**Mesa Justicia Restaurativa: “Justicia Restaurativa. Una experiencia de la sociedad civil”
– Jorge A. Salazar. Hogares Claret – RIOD.**

Abstract: Se expondrá el tema de Prácticas Restaurativas de la Fundación Hogares Claret en el Sistema de Responsabilidad Penal Para Adolescentes del Estado Colombiano, prácticas desarrolladas en las distintas modalidades de atención, propias del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes en Colombia.

La idea es encontrar un camino que dé respuestas a las finalidades de la Justicia Restaurativa; así mismo, poder reflexionar acerca de sus alcances, con menores de edad que se encuentran incurso en el Sistema Penal por la comisión de un delito. Se tendrá en cuenta la caracterización de dicha población y el marco general del presente seminario “Soluciones Locales a un Fenómeno Global”, teniendo en cuenta el problema de la droga, como una problemática conexas a la infracción de la Ley Penal.

Por lo anterior, se hará mención de las dificultades e imposibilidades que se tiene con dicha población, para la realización de un proceso de reparación del daño a la/s víctima/s. Se espera aportar a la construcción conjunta de prácticas de Justicia Restaurativa con adolescentes y resolver cierta dicotomía entre lo conceptual y lo operativo, que aún prevalece en la praxis.

A continuación, se clasificaron algunas prácticas de la Fundación Hogares Claret, en los proyectos propuestos por la Comisión de Justicia Restaurativa de la RIOD:

- *Generar concienciación sobre el daño causado y empatía hacia las víctimas: Proyecto “Reparando el daño ando, libreta de reparación simbólica” del Centro de Atención Especializado - CAE “La Primavera”, ubicado en el Municipio de Montenegro – Quindío – Col.*
- *Reparar el daño causado a la víctima: Caso de una adolescente del programa Créeme, ubicado en la Región de Risaralda-COL.*
- *Restaurar la comunidad: Proyectos “Cuencas y siembras de perdón y paz, cuenkito” y el programa de “Educación Basada en la Conciencia”.*
- *Crear una cultura de paz en las relaciones interpersonales: Torneo “Por la paz y el Pacto Por la Convivencia”, otro trabajo del Centro de Atención Especializado - CAE “La Primavera”.*

Ideas principales de la ponencia:

El instituto de la familia claretiana es una propuesta de atención multifamiliar que permite trazar una ruta de actuación clara para aquellas familias que cuentan con un integrante del sistema interno en la fundación hogares Claret, el foco de atención: el sistema familiar no el síntoma, por lo cual permite que familias pertenecientes a diversos programas de la fundación se puedan reunir en un mismo espacio para trabajar.

El programa está diseñado para realizarse en un promedio de 10 meses y está dividido en cuatro módulos temáticos, (dinámicas internas, co-adicción, administración del hogar, grupo de apoyo), estos módulos serán coordinados por profesionales del área sicosocial adscritos a los diferentes programas de atención. Se contará con una mesa de estudio socio-familiar donde cada encuentro tendrá un protocolo establecido, (tema de estudio, estudio de caso, trabajo personal), todo con el fin de afianzar el grupo de trabajo y permitir el crecimiento personal y cognoscitivo.

El objetivo del programa es acompañar a las familias en la transición terapéutica la cual inicia desde el momento que el usuario ingresa a la Fundación Hogares Claret, con el fin de facilitar

el proceso crecimiento personal y familiar; por medio de un tratamiento terapéutico debidamente estructurado.

Impacto del programa

Por medio del instituto se busca afianzar los procesos terapéuticos que se acompañan desde la fundación hogares Claret, motivando a la familia para que realice los movimientos necesarios para encontrarse en el orden del amor. Un 70% de las familias que inicia su proceso en el instituto de la familia logra culminar este satisfactoriamente. Es de resaltar que las deserciones del instituto están directamente asociada a la deserción de los usuarios de los programa.

- El 70% de las familias de la fundación identifican los factores de riesgo y protección frente a la coadición.
- El 70% de las familias incrementan sus conocimientos transformando sus conductas codependientes.
- El 90% de las familias reconocen las pautas de crianza y estrategias preventivas.
- El 70% cuenta con un proyecto de vida familiar evidenciando el respeto por la particularidad.
- El 70% de las familias y los usuarios permiten el crecimiento personal y familiar a través del trabajo con los equinos en un ámbito terapéutico.

El trabajo con la familia dentro de la comunidad terapéutica es un proceso importante dado que si se logra ordenar o equilibrar el sistema, la funcionalidad de los subsistemas tiende darse con mayor autonomía y fluidez.

El instituto de la familia de la Fundación Hogares Claret brinda acompañamiento de forma constante e integral donde la familia es vista como protagonista de la transformación. De igual forma la cualificación de los profesionales a nivel personal y profesional permite mejorar dicho acompañamiento.

El trabajo multifamiliar e individual le permite a la familia evidenciar su funcionalidad y clarificar los roles dentro de su propio sistema, a través de técnicas de educación experiencial, talleres reflexivos y participativos, constelaciones familiares y equino familia.

Conclusiones

Tras la comprobación de resultados, se puede determinar que el 70% de las familias continúan el proceso y mejoran sus relaciones. Se considera imprescindible para el éxito la constancia del trabajo, hacerlo como parte del proceso de tratamiento de los usuarios (vinculándola al manual de terapias de la intervención), y establecer redes con instituciones nacionales que asesoran y apoyan el proyecto.

En este orden de ideas, hablar de justicia restaurativa, implica un esfuerzo bastante importante por parte de todas las partes intervinientes en el proceso, que compromete grandes recursos y voluntades con el convencimiento de que las personas pueden hacer efectivamente un cambio en sus vidas, no solo en cuanto a los patrones de comportamiento, sino cambios de fondo, lo que implica poder fundar verdaderamente otro estilo de vida, el cual deberá gestarse a través de un proceso que permita la sanación interior, procurar la resignificación de la historia, encontrar un verdadero sentido a la existencia.

Mesa Justicia Restaurativa: “Mujer, drogas y encarcelamiento” – Isabel Gámez. Ministerio de Justicia de Costa Rica.

Abstract: Política Penitenciaria. El Sistema Penitenciario en Costa Rica, fundamenta su gestión desde el enfoque de derechos humanos, teniendo como fin el desarrollo de habilidades y destrezas para el favorecimiento de la inclusión social. Gestando la atención integral a nivel educativo, de capacitación para el trabajo; así como la atención técnica interdisciplinaria.

Política Pública. Red de Coordinación Interinstitucional, cuyo objetivo es "Potenciar las capacidades de las mujeres para mejorar su calidad de vida en el marco de sus derechos humanos y así contribuir a minimizar los riesgos de reincidencia."

Características. El consumo de sustancias psicoactivas en la población femenina, se fundamenta en el contexto el desarrollo socio cultural en el que se ubica y desarrollo, consideran que en su entorno es natural. No importa la droga generalmente se inicia con la marihuana, luego la piedra, consideran que la droga actual es la quetamina. El problema es empezar a consumirla, eso desencadena acciones que las relacionan con la comisión del delito. El ingreso a la cárcel les significa la pérdida de su proyecto laboral, social pero sobre todo familiar. Consideran que en su condición de mujer son tipificadas como malas madres, malas mujeres y esta condición las enfrenta a la dureza judicial.

La cárcel. La cárcel en sí misma es un espacio generador en el consumo de drogas, de inicio, de recaída y de aumento en la cantidad y diversidad.

Si bien es cierto existe atención específica, la demanda para la atención se hace superior a la oferta. Los procesos sobre esta materia las sensibilizan pero las condiciones no favorecen el mantenimiento.

Las acciones de seguridad no son suficientes para detectar, detener e incluso para minimizar el impacto de su venta y consumo.

Retos:

- *Ante delitos menores, las sanciones alternativas serían de mayor impacto positivo, se continúa en el espacio personal, social, familiar. La motivación sería mayor para para participar en procesos de atención en su condición de personas consumidoras de sustancias psicoactivas.*
- *Secciones de oportunidades institucionales, con proyectos para estudio y trabajo a tiempo completo.*
- *La acepción de esta situación por parte de seguridad y un diferente manejo, lejano al favorecimiento del consumo y al ejercicio de la violencia.*

Ideas principales de la ponencia:

La ponencia se basa en dos fuentes de información: (1) Grupo focal con población ubicadas en el semi de la Mujer; y (2) Diagnóstico elaborado por la Red Interinstitucional de la Mujer.

Política institucional

Se centra en el caso del Centro penitenciario Vilma Curling Rivera (ubicación para 25 personas): Se atiende a la persona privada de libertad desde un enfoque integral y de género. Es prioritario brindar un acompañamiento técnico y profesional acorde con las demandas y necesidades básicas de las mujeres, en aras de favorecer su inclusión social.

El Reglamento Técnico del Sistema Penitenciario considera los siguientes artículos:

- Artículo 10. Los procesos de atención técnica tendrán como finalidad el desarrollo de habilidades y destrezas para la vida, la atención técnico-criminológica partirá del concepto de la persona como un ser integral y para el cual se requerirá de un abordaje disciplinario e interdisciplinario, dentro del marco del respeto a los derechos humanos.
- Artículo 19. Egreso por cambio de Programa.
- artículo 38. El trabajo en los centros penitenciarios es un componente esencial y tendrá un carácter terapéutico, formativo, creador y generador de hábitos laborales.
- Artículo 46. Descuento establecido en el artículo 55 del Código Penal y autorizado por el Instituto Nacional de Criminología a partir de la mitad de la pena
- Artículo 47. Registro ocupacional. Se consigna toda la trayectoria laboral y educativa.
- Artículo 64. Se refiere a cuando la incidencia fuere gestionada por la Defensa Pública, privada o por la misma persona privada de libertad.

La POLITICA PÚBLICA establece que las mujeres son una población vulnerada o vulnerable, a la que se le debe de prestar atención y cubrir sus necesidades para que desarrollen a cabalidad todas sus potencialidades.

Las mujeres conforman una minoría entre los presos del mundo; se calcula que constituyen aproximadamente entre el 2 y el 9% de la población de los reclusorios nacionales. Lo que ha generado una tendencia dentro del sistema penal o han sido poco entendidas las características y necesidades de las mujeres dentro de ese sistema.

Adicionado el artículo 77 bis sobre la ley de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y drogas de uso no autorizado, que tiene como fin introducir la proporcionalidad y especificidad del género, deben cumplir una o varias de las siguientes condiciones: (1) Condición de pobreza; (2) Ser jefa de hogar en condición de vulnerabilidad; (3) Tener bajo su cargo personas menores de edad, adultas mayores o personas con cualquier tipo de discapacidad; (4) Ser una persona adulta mayor en condiciones de vulnerabilidad.

Red Técnica Interinstitucional

La red para la atención integral a mujeres vinculadas a un proceso penal a sus familiares dependientes en situaciones de vulnerabilidad conocida como la Red Técnica Interinstitucional. Su objetivo es potenciar las capacidades de las mujeres para mejorar su calidad de vida en el marco de sus derechos humanos y así contribuir a minimizar los riesgos de reincidencia.

En este ejemplo, brinda los siguientes datos:

Con respecto a las conductas ofensivas hacia otras personas, solamente 15% respondió positivamente y destacando la conducta física y emocional como las principales situaciones ofensivas.

- El 65% de las mujeres entrevistadas ha consumido drogas alguna vez en la vida. De este porcentaje, 84% dice no haber recibido tratamiento con el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
- Desean recibir atención para sus problemas de consumo solamente 28%.
- Llama la atención que un alto porcentaje (72%) no se encuentran interesadas en recibir tratamiento para el consumo de drogas.
- De acuerdo con lo que indicaron las mujeres entrevistadas, respecto al consumo de drogas el orden por porcentaje es el siguiente: tabaco 54%, alcohol 41%, marihuana 27%, crack 23%, cocaína 17%.

- En las otras drogas el porcentaje que le sigue es 4% (pasta base, inhalables, éxtasis, LSD y psicotrópicos).

Avances del 20165 AL 2016

- Protección Social: 486 atenciones a Mujeres y a sus Familiares Dependientes
- Capacitación Técnica: 141 mujeres en cursos de INA.
- Atención, Tratamiento de adicciones: 23 Mujeres

Desafíos institucionales

Seguimiento de los casos (abordaje complejo y necesidad del sistema informático). Atención particularizada tanto de las mujeres como de las personas que dependen de ellas de acuerdo a las condiciones y expectativas de las mujeres (Procesos complejos y diversos).

Un nudo crítico fundamental es mejorar la articulación de la respuesta estatal desde las competencias y atribuciones de cada institución (ruta integral) para las mujeres desde sus diversidades.

Dentro de los principales logros de este proceso se encuentra la visibilización de las particularidades de la experiencia de las mujeres que tienen conflictos con la ley desde un enfoque de género, lo cual ha incidido en la identificación de formas más sensibles al género para llevar los procesos por parte del sistema judicial. Asimismo, se ha avanzado sustantivamente en la coordinación interinstitucional para la búsqueda de opciones de acompañamiento y apoyo a las mujeres que viven un proceso judicial y que se encuentran viviendo situaciones de vulnerabilidad

Conclusiones y recomendaciones

- Gestar una política para la atención a población consumidora de sustancias psicoactivas, en concordancia con las características de la población. Fortalecer el proyecto de egreso a través de redes de apoyo en esta situación.
- Revisar la política de seguridad institucional en menor afectación al ingreso, venta, consumo y actos violentos.
- Favorecer la discusión de un proyecto sobre sanciones alternativas a la prisión para delitos menores.
- Fortalecer la respuesta integral que responda a las demandas y necesidades de la población del Centro, a través de procesos de formación y capacitación en temas de empoderamiento y derechos humanos, la educación, el trabajo, emprendedurismo, atención a la salud física y mental y fortalecimiento de redes familiares, comunales e institucionales.

Mesa Justicia Restaurativa: “Programa de tratamiento bajo supervisión judicial: PTDJ” – Nelson Ayala Torres. IAFA.

Abstract: La participación del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), en el Programa de Tratamiento en Drogas bajo Supervisión Judicial (PTDJ), inicia en junio de 2013, como un proyecto piloto, en el que se interviene interdisciplinariamente en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación bajo supervisión judicial, como medida alternativa de encarcelación, en aquellas personas con consumo perjudicial o dependencia de sustancias psicoactivas que han entrado en conflicto con la ley por la comisión de algún hecho ilícito.

Se asume una visión multidimensional del problema de consumo de sustancias psicoactivas, desde un enfoque integral, biopsicosocial y de género, abandonando la explicación basada en la moral o en el concepto de desviación social, para adoptar una explicación integradora que permite conceptualizar el consumo de sustancias psicoactivas como un problema de salud pública, producto y causa de alteraciones en los niveles psicológicos, biológicos y sociales, que exige una intervención interdisciplinaria para el logro de mejores resultados con las personas consumidoras.

Esa perspectiva multidimensional y biopsicosocial reconoce en la persona una carga biológica, psicológica y social que se desarrolla dentro de un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas del entorno familiar y de la comunidad, donde la familia está en constante interacción entre sus miembros y con el medio natural, cultural y social de su entorno comunitario.

Es una respuesta alternativa producto de un cambio de paradigma internacional de justicia. El PTDJ, inserto en el sistema judicial, requiere de la participación de instituciones coadyuvantes y complementarias en el proceso de rehabilitación de aquellas personas que han realizado un hecho ilícito asociado al consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido, el IAFA como ente rector en materia de prevención y tratamiento en drogas, aporta su experiencia, conocimiento, recursos humanos y materiales en este programa, por lo que ha sido considerado como parte fundamental en esta nueva visión de justicia.

Ideas principales de la ponencia:

Marco teórico-conceptual



Objetivo General y Específicos del Programa

Objetivo General: Brindar una guía de tratamiento sobre los aspectos técnicos, teóricos y metodológicos para un abordaje especializado a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas que han cometido un delito y forman parte del Programa de Tratamiento de Drogas Bajo Supervisión Judicial.

Objetivos Específicos:

- Establecer criterios de evaluación para determinar la elegibilidad personas consumidoras para el PTDJ
- Elaborar y ejecutar el plan de tratamiento
- Determinar las fases del proceso de tratamiento para las personas beneficiarias
- Establecer los medios de comunicación para el seguimiento y cumplimiento del plan de tratamiento

Perfil de las personas usuarias

- Hombres y mujeres adultas
- Correlación entre comisión de delito y consumo
- De contar con diagnóstico dual debe estar compensado
- Referidas por la Equipo Psicosocial
- Diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia

Procedimiento de intervención

- Duración de tratamiento: 1 año y 6 meses.
- Fases de intervención para personas usuarias de PTDJ
 - Pre-fase: Tamizaje.
 - I Fase: Evaluación clínica.
 - II Fase: Reconociendo mis condiciones de vida.
 - III Fase: Encontrando soluciones.
 - IV Fase: Habilidades para la vida.
 - V Fase: Mantenimiento.

Pre-fase: tamizaje

- Duración: 15 días
- Definición: El proceso que mediante una evaluación preliminar, realizada por el Equipo Técnico de IAFA-PTDJ al cliente; permite determinar la elegibilidad de la persona al programa PTDJ.
- Objetivo: Determinar la elegibilidad de la persona al Programa de Tratamiento de Drogas bajo Supervisión Judicial.

I Fase: Evaluación clínica

- Duración: 1 mes.
- Definición: Proceso en el que se le realiza a la persona usuaria una evaluación clínica detallada, que permite un conocimiento amplio de las condiciones del o la paciente. Así mismo, dará inicio al plan de tratamiento de la enfermedad adictiva.
- Objetivo: Iniciar ejecución del plan de tratamiento de la enfermedad adictiva, realizando una evaluación clínica detallada a la persona usuaria, que permita un conocimiento amplio de sus condiciones.

II Fase: Reconociendo mis condiciones de vida

- Duración: 3 meses.
- Definición: En esta etapa se pretende que la persona usuaria realice una revisión de sus condiciones de vida (familiares, laborales, educativas, espirituales, sociales, recreativas, entre otras) considerando su enfermedad adictiva y las consecuencias de ésta en su desarrollo integral.
- Objetivo: Evaluar las condiciones de vida de la persona con problema de consumo de sustancias psicoactivas, a fin de identificar las consecuencias que su enfermedad adictiva ha causado en su funcionamiento.

III Fase: Encontrando soluciones

- Duración: 4 meses.
- Definición: Durante este proceso se espera que la persona consultante inicie un proceso de concienciación de sus condiciones de vida, con el fin de aceptar las consecuencias de su consumo, y poner en práctica soluciones asertivas a su situación para alcanzar calidad de vida.
- Objetivo: Instrumentalizar a la persona consultante en la aceptación de las consecuencias producto de su consumo, para que logre dar soluciones asertivas a sus condiciones de vida.

IV Fase: Habilidades para la vida

- Duración: 4 meses.
- Definición: A partir de esta fase se trabajará con la persona beneficiaria sobre nuevas alternativas de desarrollo personal, de resolución de conflictos y de toma de decisiones. Se espera poder establecer el proyecto de vida, en miras de la finalización del proceso de tratamiento.
- Objetivo: Promover en la persona beneficiaria el conocimiento de sí mismo y la práctica de nuevas alternativas de desarrollo personal para el establecimiento de un proyecto de vida sano.

V Fase: Mantenimiento

- Duración: Máximo 6 meses.
- Definición: Durante esta fase se trabaja el reforzamiento de los logros, prevención de recaídas y preparación para el egreso.
- Objetivo: Desarrollar y reforzar en la persona beneficiaria conductas y pensamientos adaptativos para dar respuestas adecuadas a los diversos estímulos de la vida.

10 de mayo

Mesa Evidencias en los programas de intervención comunitaria: “Qué es la evidencia científica y cómo utilizarla en la intervención” – Domingo Comas Arnau. Fundación Atenea

Abstract: El concepto de “basado en evidencia” ofrece un gran potencial técnico y administrativo, porque da a entender que, en contraposición a “basado en creencias”, mejora las intervenciones, proporciona mejores resultados y, por tanto, supone una opción más ética frente a los derechos de los usuarios. El problema es que, utilizando un sistema de estándares de evidencia sobre el que existe un adecuado consenso científico, una parte importante de las supuestas evidencias científicas, presentadas casi siempre como “basado en evidencia”, que se aportan en el ámbito de las drogodependencias y que se utilizan en el mismo, no son en realidad tales.

Se ha podido incluso determinar cómo ciertas meta-evaluaciones de evidencia, en realidad sólo representan una acumulación de casos sometidos a la presencia de errores sistemáticos, contruidos a su vez a partir de errores metodológicos permanentes y más o menos intencionales y que en el fondo solo sirven para construir argumentos en torno a modelos de intervención, tras los cuales subyacen bien perspectivas ideológicas o bien intereses económicos. Son meta-evaluaciones que sirven para afirmar “que los profesionales no saben trabajar” y exigirles que trabaje desde otras perspectivas que agentes externos controlan.

¿Cómo resolver este problema y a la vez poder trabajar con la evidencia científica? Pues dotando a los profesionales de instrumentos para que aprendan a valorar las condiciones metodológicas que requiere la verdadera evidencia científica. Para que de forma tanto individual como colectiva, y de una manera que no requiera ningún tipo de especialización, puedan, por sí mismos, constatar los errores y separar el grano de la paja. De la misma manera que el conocimiento es y debe de ser un bien común, no hay que segregar como espacios especializados la investigación y la intervención, sino que ambos se entroncan en la perspectiva del conocimiento abierto, como aspectos necesarios de un mismo objetivo: mejorar la vida de las personas.

Ideas principales de la ponencia:

¿Qué es un modelo de intervención?

Un modelo de intervención es un referente técnico, a la vez conceptual y teórico que ordena las prácticas de los profesionales. En el ámbito de las adicciones siempre han coexistido de manera conflictiva diversos modelos de intervención cada uno de los cuales ha sido, o ha podido ser hegemónico en determinadas circunstancias.

Esta hegemonía se expresa de una forma técnica pero en realidad responde a criterios políticos, morales, corporativos y a las tendencias internacionales en políticas sobre drogas y sobre conocimiento.

¿Cuál es la situación actual?

Tras años de hegemonía clara de un modelo integral de carácter bio-psico-social, la noción de “basado en evidencia” nos ha conducido hacia otros paradigmas, que no permiten expresar de forma adecuada la visión comunitaria y especializada que conforma la tradición del ámbito de las drogodependencias y las adicciones en particular en el tercer sector. Pero los nuevos

modelos tampoco mejoran la situación de los usuarios, ya que de hecho excluyen a muchos. Además “basado en evidencia” no es lo mismo que “trabajar en la perspectiva de la evidencia científica”.

¿Cuál es la respuesta de Domingo Comas?

Un libro escrito entre 2008/2014 con el título de “¿Qué es la evidencia científica y como utilizarla?: Una propuesta para profesionales de la intervención.” Cuya hipótesis principal es que la mayor parte de la literatura revisada y que se reclama científica no aporta evidencia en una gran medida porque el “sistema científico” no otorga ningún papel a los profesionales. Propone un modelo basado de forma más rigurosa en la evidencia y en un cambio en el rol de los profesionales en relación al conocimiento.

Expresado en otros términos, es pensable que un modelo de intervención comunitaria, centrado en lo local, al adoptar la perspectiva de la auténtica evidencia científica, sustituyendo los criterios de selección por estándares de evidencia, se ubique así y de forma estratégica en lo global.

¿Cuáles son los estándares prácticos para identificar y determinar una evidencia científica?

Se ha trabajado pensando en que somos buena gente, queremos ayudar a las personas y eso es perfecto es parte de la visión de un equipo comunitario. Pero es necesario que empecemos a evaluar haciendo lo que hacemos, a tener en cuenta los estándares de evaluación. Sacar de lo voluntario el conocimiento. Podemos contribuir a ese problema pero no puede ser tan espontáneo, tiene que ser desde lo científico, se trata de interiorizar un modelo de trabajo más riguroso, el de las buenas prácticas y el de crear evidencia científica, y compartirla; ya que se comparten esas evidencias y los estándares.

1. Estándar número uno: utilizar el principio empírico de inducción generalizada.
2. Estándar número dos: bases muestrales representativas y pruebas estadísticas adecuadas. Un estudio intencional no sirve para establecer porcentajes de casos, las cifras que se atacan en el estudio no son representativas.
3. Estándar número tres: contraste entre diversos métodos para evitar la aparición de respuestas y conclusiones sugeridas, insinuadas o esperadas. Un problema poco conocido pero de gran importancia: ¿Por qué se tiende hacia la subjetividad? El papel del propio procedimiento. Una forma tradicional de subjetividad: confundir lo racional con lo empírico y lo inductivo con lo deductivo. Hay que superar los problemas de la inconsciencia subjetiva.
4. Estándar número cuatro: resulta imprescindible mantener un adecuado control en el trabajo de campo para garantizar la aleatoriedad y la representatividad en los procedimientos muestrales. La aleatoriedad no es ni un mantra ni un eslogan, hay una gran confusión de decir al azar que aleatoriedad, no es lo mismo, se debe establecer regla de aleatoriedad. Un ejemplo de descontrol en el trabajo de campo.
5. Estándar número cinco: las hipótesis formuladas y los hallazgos obtenidos deben sostenerse sobre un modelo racional y teórico explícito. La economía se basa en supuestos racionales, se basan en números. El modelo sistema no es racional, es necesario combinar lo racional con lo empírico y tener claridad de que es racional y qué es empírico.

- Dificultades conceptuales y terminológicas
 - En la práctica cotidiana, ¿es empírico el empirismo?
 - La cuestión de las matemáticas
 - El caso de la economía
 - Los criterios de racionalidad
 - El racionalismo sustantivista y la cuestión de la medida desde lo humano
6. Estándar número seis: la evidencia debe ser adecuadamente valorada y comprobada, con métodos e instrumentos propios de la evaluación, por parte de los propios profesionales que realizan la intervención.
7. Estándar número siete: la evidencia aportada debe respetar los criterios lógicos de falsabilidad. Todo tiene que ver con una opción política. El conocimiento es un bien común, el conocimiento es el compartir, eso significa que todos tenemos que compartir y producir, bien sea a través de las buenas prácticas, es el bien común de la humanidad, autorizar que se utilice el conocimiento. Conocimiento es de dos, no puede tener propietarios

Conclusiones

- Desde el ámbito comunitario se debe trabajar de manera distinta. Es necesario que se empiece a trabajar evaluando lo que se hace. Tener claro ¿Qué es una evaluación?, ¿Cómo se evalúa?
- Es importante trabajar científicamente, un modelo de trabajo más riguroso, el producir y difundir buenas prácticas que nos lleva a esa evidencia científica que es útil para los demás.
- Utilizar el principio empírico de inducción generalizada y bases muestrales representativas y pruebas estadísticas adecuadas.
- Realizar un contraste entre diversos métodos para evitar la aparición de respuestas; es obligatorio utilizar en el trabajo comunitario.
- La transferencia en el sentido más cultural de las actitudes de las personas y más de los profesionales. Hay muchas transferencias en lo que podemos llamar, en lo que vemos en el paciente que se está atendiendo, hay muchas transferencia de lo que se desea por parte del grupo de profesionales.

Mesa Evidencias en los programas de intervención comunitaria: “Situación de la generación de evidencia comunitaria en la RIOD” – Silverio Espinal Bedoya. Representante de la Comisión de Trabajo de Evidencia Comunitaria de RIOD

Abstract: Desde mayo de 2014 la Comisión de Evidencia Comunitaria de la RIOD inició la labor de definir el concepto de evidencia para los programas de intervención comunitaria e identificar y definir los indicadores imprescindibles para poder caracterizar una buena práctica en un programa de intervención comunitaria en América Latina. Para ello se puso como meta dos productos, a saber:

1.- Un documento sobre la generación de conocimiento y de evidencia en los programas de intervención comunitaria.

2.- Catalogo de indicadores para identificar las buenas prácticas en los programas de intervención comunitaria

A continuación se muestra los relativo al producto uno. Para éste se diseñó una encuesta con el fin de identificar qué estaban haciendo las instituciones de la RIOD en la materia. Se recogió información de veinte programas de 15 organizaciones. A partir de ello se derivan unas conclusiones, que son las que se presentarán en el próximo seminario como resultados de la Comisión de Evidencia Comunitaria; estos son:

Qué se entiende por comunitario en los programas revisados: son variadas las formas en que las organizaciones entienden el trabajo comunitario, se pueden clasificar en tres categorías: Aquellos que se basan en el modelo ECO2; los que se definen como Prevención Comunitaria, que aunque son muy diversos, se basan en el empoderamiento comunitario para cumplir sus objetivos y los de asistencia frente a vulnerabilidad social, que fundamentalmente ofrecen servicios.

Definición de los modelos en que se basan los programas revisados: Con la información recogida es difícil estandarizar la referencia a los modelos en que se basan las organizaciones que presentaron sus programas. La mayoría de las experiencias no refieren claramente un modelo sino que ponen énfasis en los enfoques en que se basan (perspectivas de derechos, de género, educación popular, etc.) y algunas referencias teóricas. De los veinte programas comunitarios reportados por instituciones pertenecientes a RIOD, 11 programas de 7 instituciones dicen estar basados en el meta-modelo ECO2, los restantes refieren diferentes fundamentos cada uno: modelo integrador de Elliot, modelo de intervención multinivel, Desarrollo Comunitario, Salud Pública, etc. Sin embargo, a excepción del modelo de Elliot no se encontró ninguna referencia a modelos en cuanto tales, la mayoría de los links mostrados son a páginas institucionales, más que bibliografía.

Cuáles son las formas de evaluación que desarrollan: De la totalidad de programas recopilados 12 de ellos tienen prevista la evaluación, están siendo o han sido evaluados. El tipo de evaluaciones desarrolladas hacen referencia a los resultados de forma mayoritaria, centrándose en recogida de datos cuantitativas, mayoritariamente por los propios equipos. En cuanto a modelos por los que pueden regirse las evaluaciones desarrolladas no contamos con información suficiente si bien se menciona el marco lógico, teoría del programa, y los estándares de calidad de EMCDDA como principios de diseño de los programas que pueden servir de base para la orientación de las evaluaciones. La evaluación se muestra como herramienta básica para establecer la evidencia en los programas de acción comunitaria, sin embargo se encuentra confusión en aspectos tales como el seguimiento/monitoreo del programa con la evaluación; el diagnóstico que a veces se considera evaluación. Además las pocas evaluaciones que hay no se consideran desde el diseño del programa sino solo como evaluaciones finales. Se resalta también la dificultad de las instituciones para evaluar, sobre todo por la falta de recursos económicos.

Cuáles y cómo se clasifican los indicadores que utilizan: hay una gran variedad de indicadores, sobre todo de procesos y resultados. Se clasifican de la siguiente manera:

1) INDICADORES DE PROCESO

- *A nivel de la intervención*
- *A nivel Técnico Operativo*
- *A nivel de la Participación*

2) INDICADORES DE RESULTADOS

- *A nivel de Redes contenedoras y la participación*
- *A nivel de conductas*
- *A nivel de Creencias y conocimiento*

3) INDICADORES DE IMPACTO

- *A nivel de Prevalencia*
- *A nivel de conductas*
- *A nivel de Redes contenedoras y la participación*
- *A nivel de Creencias y conocimiento*
- *A nivel de mejora en las condiciones de vida*

Ideas principales de la ponencia:

Objetivos de la Comisión

- Definir el concepto de evidencia para los programas de intervención comunitaria basado en el trabajo, metodología y evaluaciones de estos programas.
- Identificar y definir los indicadores imprescindibles para poder caracterizar una buena práctica en un programa de intervención comunitaria en América Latina.

Productos de la Comisión

- Un documento sobre la generación de conocimiento y de evidencia en los programas de intervención comunitaria.
- Catálogo de indicadores para identificar las buenas prácticas en los programas de intervención comunitaria.

Referente a los aspectos metodológicos

- 21 organizaciones de la RIOD participantes
- Aplicación de cuestionario de caracterización de programas y proyectos comunitarios en materia de drogas.
- Sistematización de información
- Análisis y construcción de documento.

Hallazgos

1. Sobre lo comunitario:

- Acciones en un territorio definido, realizadas con la participación de las personas (articuladas o no en grupos, redes, organizaciones) de ese territorio.
- Al menos dos modalidades de trabajo:
 - Trabajo donde las personas son actores protagonistas (empoderamiento comunitario), como forma de resolución de vulnerabilidades.
 - Comunidad como receptora de servicios (casi siempre profesionales e institucionales) para satisfacer diversas necesidades.
- Diversidad de concepciones y prácticas identificadas
 - Programas basados en el meta-modelo ECO².
 - Programas de trabajo comunitario.
 - Programas de asistencia frente a vulnerabilidad Social.

2. Sobre los modelos:

- Hay pocas referencias a modelos definidos y mayor énfasis en los enfoques en que se basan (perspectivas de derechos, de género, educación popular, etc.).
- Se encuentra 11 programas de 7 instituciones basados en el meta-modelo ECO2.
- Referencia a otros modelos: modelo integrador de Elliot, modelo de intervención multinivel, Desarrollo Comunitario, Salud Pública.

3. Sobre la evaluación:

- 12 programas tienen prevista la evaluación, están siendo o han sido evaluados.
- La mayoría son evaluaciones de resultados.
- Se centran en recogida de datos cuantitativos.
- Son desarrolladas principalmente por los propios equipos.
- Confusión del seguimiento/monitoreo del programa con la evaluación.
- Confusión entre diagnóstico y evaluación.
- Marcos teóricos poco claros que dificulta la incorporación de la evaluación.
- Pocos recursos económicos para evaluar.
- Baja cualificación de recurso humano en evaluación.

Conclusiones y reflexiones

Las experiencias locales de las ONG son las que alimentan una visión global. Contribución de abajo hacia arriba, ya que las ONG necesitan modelos más contundentes y consistente de ida y vuelta entre la práctica y la teoría.

Repensar la idea de la evidencia: la evidencia comunitaria no opera igual a las ciencias exactas o la medicina. Debemos superar el discurso demagógico de la evidencia científica y los límites de los dispositivos científicos en lo comunitario.

Se plantea como reto el encontrar otros métodos (complementarios a los experimentales), pero sí científicos para conseguir evidencia comunitaria, y la medida para exigir evidencias contextualizadas y posibles de obtener. Mediar a resolver la situación, según la medida de cada comunidad, así mismo el presupuesto para la evaluación. Valorarla como parte del programa.

Otro cuestionamiento es superar representación de evaluación como cuestionamiento de las prácticas. Son una posibilidad de aprender. No pensar en solo un cuestionamiento, sino que se puede tener como una posibilidad de cambio y otro elemento es avanzar de una postura coloquial a una técnica, en lo que a evaluación se refiere.

Mesa Evidencias en los programas de intervención comunitaria: “Intervención comunitaria multinivel, dirigida a personas consumidoras de crack” – Gloria Bodnar de Pilla. Fundasalva (RIOD).

Abstract: ENCUENTRO es un proyecto de Prevención de VIH en usuarios de crack, cuyo objetivo fue el de someter a prueba una intervención comunitaria dirigida a personas consumidoras de crack, para incrementar la tasa de toma de pruebas de VIH y reducir el riesgo de contraer el virus debido a prácticas sexuales de riesgo.

Bajo el modelo de participación comunitaria: proceso por el que los individuos intervienen en el programa y el modelo de empoderamiento: proceso multinivel de adquisición de control sobre el entorno, la presentación contempla la exposición del proceso de evaluación, realizado para dar respuesta al indicador “Ejecución y desempeño de factores comunitarios que inciden en el desarrollo del proyecto: funcionamiento de comités de apoyo, entrenamiento de facilitadores para desarrollo de talleres, ejecución de talleres, ofrecimiento y toma de la prueba de VIH”.

La presentación describe el abordaje de un planteamiento metodológico, acorde con el modelo de la intervención comunitaria, aportando desde la práctica importantes planteamientos de discusión referidos al concepto de evidencia comunitaria.

La evaluación cualitativa pone el acento en el proceso de intervención, es decir en todas aquellas actividades que forman parte de la implementación del programa (insumos) y por consiguiente otorga un lugar central a líderes, facilitadores, junta directiva, en el entendido en que son ellos quienes ejecutan las acciones que conducen al cambio deseado.

La evaluación se convierte en un vehículo para el discurso de lo social y es una oportunidad para que las personas evaluadas envíen mensajes a los responsables del programa, sobre su situación, sus necesidades o sus problemas. La evaluación pone de manifiesto la relevancia de investigar las acciones ejecutadas en virtud de su relación con el cambio deseado y expreso la emergencia de una concepción de la intervención como un proceso que requiere de un permanente reajuste, basado en un proceso de aprendizaje continuo.

Ideas principales de la ponencia:

Intervenciones comunitaria multinivel dirigida a personas consumidoras de crack

Proyecto que nace hace cinco años, es una intervención comunitaria dirigida a personas consumidoras de crack para incrementar la tasa de toma de pruebas de VIH y reducir el riesgo de contraer el virus, debido a prácticas sexuales de riesgo, configurada por talleres de prevención: Intervención de Red de Pares de usuarios de crack, dirigidos por líderes pares entrenados y orientados a trabajar habilidades psicosociales para reducción del riesgo de VIH, también se llevó a cabo ofrecimiento de toma de prueba rápida de VIH (Oraquick) a usuarios de crack, con remisión a prueba confirmatoria en caso de positivo y los eventos comunitarios: orientados a reducir el estigma de VIH, repartir condones y promover la toma de prueba de VIH.

Conceptos básicos

- La acción preventiva es la guía que dirige las estrategias de intervención, el objetivo de la intervención es el empoderamiento (potenciar y fortalecer) condiciones que reduzcan el riesgo de contraer el virus de VIH.

- La esencia de la intervención comunitaria es el sujeto como actor y responsable de su propia conducta, como participante activo y como creador de condiciones que mejoren su calidad de vida y bienestar
- Un elemento fundamental para comprender y analizar la potenciación y el fortalecimiento, se encuentra en el proceso.

PREGUNTA ESPECÍFICA: ¿Qué factores de nivel del sistema facilitan o impiden la implementación del proceso de la intervención?

HIPOTESIS: Factores tales como el apoyo de la comunidad, la fuerza de liderazgo a la intervención, la competencia de facilitadores de la comunidad y líderes pares, acordes con objetivos de organización y la toma de decisiones equitativa, facilitarán el alcance de la intervención, mientras que el conflicto de la comunidad, la desconfianza en el liderazgo, la falta de entrenamiento o supervisión de facilitadores y de líderes pares de la comunidad, impedirán el alcance y la dosis de la intervención.

INDICADOR: Ejecución y desempeño de factores comunitarios que inciden en el desarrollo del proyecto: funcionamiento del comité de apoyo, competencia de facilitadores, entrenamiento de líderes pares para desarrollo de talleres, ejecución de talleres, ofrecimiento y toma de la prueba de VIH. La evaluación de este indicador pone énfasis en: (1) Participación comunitaria -proceso por el que los individuos intervienen en el programa- y (2) Empoderamiento -proceso multinivel de adquisición de control sobre el entorno, mejora del funcionamiento individual, grupal y del sistema social-. Ambos por consiguiente otorgan un lugar central a la junta directiva, facilitadores y líderes pares; quienes ejecutan acciones que conducen al cambio deseado.

Evaluación funcionamiento del comité de apoyo

- Cantidad de reuniones
- Observación y registro en ayuda memoria de reuniones de planificación y de seguimiento del proyecto. La representación o ausencia de miembros claves y motivos de ausencia, conflictos en cuanto a la misión y los objetivos del proyecto y a sus prioridades, conflictos o desacuerdos sobre actividades del protocolo y cómo estas diferencias son resueltas, barreras a la supervisión y apoyo, iniciativa nueva desarrollada para dirigir otras preocupaciones de la comunidad.
- Numero de eventos comunitarios (ferias de salud, charlas, etc.) facilitados por la Junta Directiva.
- Entrevistas en profundidad con los facilitadores: para el desempeño de habilidades, antes y después de implementar componentes. Conocimiento y objetivos del programa, experiencias positivas y negativas como facilitadores de la comunidad, desafíos en la realización de sus papeles, reacciones de la comunidad al proyecto, cómo ha sido el apoyo de la comunidad a la intervención, si ha cambiado en el tiempo, si la demanda de servicios ha aumentado o se ha disminuido con el tiempo y la calidad de apoyo y supervisión que ellos reciben.
- Entrevistas en profundidad a miembros de la comunidad y a usuarios de crack. Conocimiento del proyecto y de sus objetivos dentro de la comunidad, antes de la implementación de toma de prueba de VIH, talleres de prevención y eventos comunitarios

Evaluación competencia de facilitadores

- Observación y ayuda memoria de campañas de concientización del VIH y promoción del proyecto.
- Cantidad de eventos comunitarios.
- Cantidad de miembros de la comunidad que asisten a los eventos comunitarios.
- Inventario mensual del número de condones distribuidos y de los lugares en donde fueron distribuidos.
- Número de semillas reclutadas para el proceso de entrevistas de medición.
- Ayuda memoria detallando el incidente que ocasiona suspensión temporal de actividades del proyecto.
- Entrevistas en profundidad efectuadas antes y después de la implementación de la toma de prueba de VIH y de la ejecución de los talleres.

Se realizaba la siguiente entrevista:

1. ¿Cómo fue que se involucró en el proyecto Encuentro?
2. ¿Qué fue lo que le llamó la atención para trabajar en el proyecto?
3. ¿Cómo se siente usted colaborando en este proyecto?
4. ¿Cuáles son las actividades que ha realizado para el proyecto Encuentro?
5. ¿Cómo han reaccionado los diferentes miembros de la comunidad al proyecto?
6. ¿Cómo han reaccionado los consumidores de crack?
7. ¿Cómo han reaccionado los no consumidores de crack?
8. ¿Cuáles han sido las reacciones de la junta directiva?
9. ¿Han cambiado las reacciones u opiniones de los diferentes grupos de la comunidad con el tiempo?
10. ¿Hay grupos que han reaccionado mal por tratarse de un proyecto que se enfoca en consumidores de crack? ¿En qué manera han dificultado la implementación del proyecto en la comunidad estas opiniones?
11. ¿Hay grupos que han reaccionado mal porque el proyecto se orienta al tema del VIH?
12. ¿Qué cosas han facilitado los proyectos en la zona?
13. ¿Cuáles han sido las barreras para implementar este proyecto en la zona?
14. ¿Cuáles han sido las barreras de consumidores de crack para no asistir a la toma de prueba de VIH o a talleres?
15. ¿Cuáles son las barreras para implementar otros proyectos?
16. El Proyecto Encuentro ha suspendido actividades en varios momentos por violencia dentro de la zona. ¿Me puede explicar cómo sucedieron estas situaciones?

Evaluación entrenamiento de líderes pares - desarrollo de talleres

- Número de talleres efectivos.
- Registro de verificación de asistencia.
- Registro de comprobación de criterios de elegibilidad.
- Registro de comprobación de fidelidad de los módulos de la intervención, si cada asunto fue cubierto, y si fue cubierto de un modo didáctico o interactivo.
- Registro de observaciones en ejecución de módulos de los talleres.
- Entrevista en profundidad con líderes pares para evaluar su desempeño, comparar, dar seguimiento, apoyar el avance de resultados y representar medidas sobre aspectos que no son directamente mensurables.
- Grupos focales con participantes a los talleres para medir condiciones de logros, de recursos y de calidad.

Se realizaba la siguiente entrevista:

1. ¿Cómo se sintieron impartiendo el taller? ¿Qué les agradó? ¿Algo que no les haya gustado?
2. ¿Qué aprendieron ustedes de esta experiencia?
3. ¿Al momento del reclutamiento de participantes al taller, fue fácil o difícil? Razones.
4. ¿Cuántas personas contactaron? ¿Cuántas personas dijeron que no y por qué razones?
5. ¿De los que aceptaron, qué fue lo que les motivó?
6. ¿Cuáles fueron sus experiencias con el manejo del manual?
7. ¿Creen que tuvieron éxito con la intervención? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?
8. ¿Creen que es importante y necesario llevar a cabo acciones de este tipo? ¿Razones?
9. ¿Harían alguna modificación a la intervención? ¿Cuál? ¿Razones?
10. ¿Estarían dispuestos a continuar como facilitadores con las mismas condiciones establecidas?

Evaluación de Talleres – Participantes Guía grupos focales

1. ¿Qué pensaron y cómo se sintieron al recibir invitación al taller?
2. ¿Qué fue lo que les motivó para asistir?
3. En general, ¿cómo les pareció el taller?
4. ¿Qué fue lo que más les gustó? ¿Razones?
5. ¿Qué es lo que más recuerdan de esa experiencia?
6. ¿Qué opinan de los temas que se han tocado? ¿Fueron interesantes? ¿Aburridos?
7. ¿Se tocaron temas nuevos para ustedes? ¿Cuáles?
8. ¿Se abordaron temas necesarios para ustedes? ¿Cuáles?
9. ¿Se comprendía todo fácilmente o hay algo difícil de entender?
10. ¿Si le tuvieran que contar a otra persona lo que aprendieron, qué le dirían?
11. ¿Consideran que el horario de programación es adecuado? ¿Razones?
12. ¿Cómo les pareció la forma en que el facilitador impartió los temas?
13. ¿Qué opinan del manual? ¿Se maneja fácilmente? ¿Ayuda a entender?
14. ¿Cuál ha sido para ustedes el propósito del taller?
15. ¿Recomendarían este taller a otras personas conocidas? ¿Por qué sí o por qué no?
11. ¿Hay algo que no les haya gustado y que desearían que se cambiara para mejorar? ¿Razones?

Evaluación ofrecimiento y toma de prueba de VIH

- Inventario del número de carteles anunciando la toma de prueba de VIH y de los lugares donde fueron expuestos.
- Cantidad de volantes invitando a la toma de prueba de VIH, momentos y lugares de repartición.
- Número de semillas reclutadas para la toma de prueba de VIH.
- Reporte de criterios de elegibilidad de semilla potencial.

Conclusiones

- Réplica espontánea de talleres a otros jóvenes de la comunidad.
- Obstáculos de consumidores con VIH, al entrar en atención médica y para mantener adherencia óptima al tratamiento: proveedores de servicios médicos estiman el consumo de sustancias psicoactivas como barrera para el inicio y cumplimiento del tratamiento.
- Reducción espontánea del consumo de crack, en algunas personas.
- Aumento de distribución y uso de condones.
- Aceptación del proyecto por parte de miembros de la pandilla residentes en la comunidad.
- En las mujeres, riesgo de ITS/VIH en un contexto más amplio de estigma por consumo de sustancias psicoactivas y hostilidad en las relaciones sexuales, con disminuida capacidad para efectuar decisiones en cuanto a la salud reproductiva.

Mesa Evidencias en los programas de intervención comunitaria: “Programa Casitas” – Laura Chacón Echeverría. Programa FUNDAMENTES.

Ideas principales de la ponencia:

El proyecto se inició con 18 chicos en una población urbano marginal y actualmente hay más de 500 chicos. Las casas se ubican en Pueblo Nuevo de Pavas, Finca de San Juan Pavas, Metrópolis de Pavas, Limón Corales, Limón Cieneguita, Talamanca Sepecue, Talamanca Puerto Viejo. Las nuevas construcciones, una para finalizar en diciembre en Bribri frontera con La Carpio y otra en Pueblo Nuevo. Son ocho casas con niños, niñas y adolescentes escolarizados, pero se visualiza un modelo extra escolar.

¿Quiénes somos?

- Un programa de apoyo para la niñez y la adolescencia en vulnerabilidad psicosocial desde 2006.
- Atención semanal de 300 niños, niñas y adolescentes en tres centros, actualmente en Pavas.
- Atendemos una población entre 6 y 20 años en etapa escolar

Cómo abordar los factores de riesgo

El modelo del programa se ha basado en concepto de espacios, donde hay algunos de mayor vulnerabilidad, violencia donde se denomina el de mayor dolor, crueldad o de expulsión. Solo Pavas tiene 10 bandas, donde la vida toma un valor inferior cuando de poder o venta de drogas se habla, donde está la gran dificultad del sicarito. Hay que comprender que la venta de drogas es el mayor proyecto y en masculinidad se refiere; ya que las ventas están dirigidas por hombres, solo un caso es dirigido por una mujer. Acá la venta no se paga con dinero se paga con droga, lo que se pasa del narco menudeo a juvenicidio.

- La expulsión escolar se aborda con tutorías y entusiasmo por el saber.
- La inclusión en bandas transgresivas se aborda como trabajo con pares desde el saber y la creación.
- La desesperanza y consumo de drogas se aborda con la construcción de un proyecto de vida a lo largo plazo.
- La negligencia con atención y escucha sistemática y permanente.

- La exclusión social con la vinculación con redes educativas y culturales, y
- La violencia con juego y creación.

Logros

- Promoción escolar de 93%, 2013- 2016
- 94% de retención escolar
- Aumento de historias de vida alejadas de la violencia y la destrucción
- 2013- abril de 2017, dos embarazos adolescente, lo cual rompe con todas las cifras a nivel nacional.

Modelo del programa

El programa se basa en 3 ejes: (1) Eje Clínico, (2) Eje Educativo, y (3) Eje creativo. Todo ello en coordinación con las asociaciones comunales, gobiernos locales y otras instituciones estatales (Clínico de la Caja Costarricense por Seguro Social, Creativo por Fundamentos y el Educativo que tiene cobertura por el Ministerio de Educación).

Se trabaja profundizando en el arrimaje, contención, escucha, juego, creación, espacio, creación de su propia suplencia.

- EJE CREATIVO: Arte terapia, Cocino terapia, Músico terapia, Danza terapia, Hip Hop, Teatro terapia, Jardino terapia, Serigrafía, Fútbol femenino, Movimiento corporal.
- EJE CLÍNICO: Atención terapéutica grupal, individual y familiar, Talleres de sexualidad, Enfermería, Círculo de mujeres madres.
- EJE EDUCATIVO: Robótica, Abriendo las puertas de la escuela, Abriendo las puertas del colegio, Abriendo las puertas de la vida, Tutorías académicas.

Puntos fuertes del debate:

- Cómo construir un proyecto de vida sin que impere la violencia y la auto destrucción.
- Aumentar la inversión social es un desafío para la cronificación de la pobreza y una apuesta de salud en la construcción de las nuevas generaciones que harán de Costa Rica un país mejor.
- Deseo capital de respeto como posibilidad de vida y no como encuentro con la muerte.
- Una suplencia es aportar algo nuevo que no estaba.

Mesa Drogas en el contexto de los Instrumentos de Cooperación al Desarrollo de acceso a ONGD's: "Naturaleza y objetivos de la Cooperación al Desarrollo en un contexto global" – Jesús Molina. Oficina Técnica Cooperación Española en Costa Rica.

Ideas principales de la ponencia:

Razones por las que se justifica la Cooperación al Desarrollo

- Se fundamenta en un principio ético.
- Se resuelven problemas comunes.
- Hacer efectivo el derecho al desarrollo de las personas (conferencia de Viena de 1993 sobre derechos humanos).
- El desarrollo económico y social de los países menos desarrollados beneficia el progreso y la paz del conjunto.
- Permite ampliar y profundizar el marco de relaciones internacionales.

Agenda Internacional de Desarrollo

- Declaración de París y la alianza de Busán:
 - Apropiación
 - Alineación
 - Armonización
 - Gestión orientada a resultados
 - Mutua responsabilidad
- Programa para el cambio de la Unión Europea
 - La buena gobernanza, concepto que incluye el respeto de los derechos humanos y la democracia, la igualdad de género, la participación de la sociedad civil y la lucha contra la corrupción.
 - La protección social, la sanidad y la educación.
 - El fomento de un entorno empresarial favorable y de una mayor integración regional.
 - La agricultura sostenible y la energía limpia, la ayuda para aportar salvaguardias frente a los impactos externos y convertir los desafíos que plantean la seguridad alimentaria y el cambio climático en posibilidades de crecimiento.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030
- AGENDAS
 - LOCAL: Planes Nacionales de Desarrollo
 - COOPERACIÓN ESPAÑOLA: IV Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016
 - AGENDA COMÚN: Marco de Asociación País (MAP) y Comisiones Mixtas.

Acciones del IV Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016.

1. Consolidar los procesos democráticos y el Estado de derecho.
2. Reducir las desigualdades y la vulnerabilidad a la pobreza extrema y a las crisis.
3. Promover oportunidades económicas para los más pobres.
4. Fomentar sistemas de cohesión social, enfatizando los servicios sociales básicos.
5. Promover los derechos de las mujeres y la igualdad de género.
6. Mejorar la provisión de Bienes Públicos Globales y Regionales.

7. Responder a las crisis humanitarias con calidad.
8. Construir una ciudadanía global comprometida con el desarrollo.

Elementos a tener en cuenta de un renovado:

- Seremos más selectivos y eficaces en el ámbito multilateral.
- Apostaremos por relaciones más estratégicas dentro del Sistema.
- Basaremos nuestra actuación en el aprendizaje y el conocimiento.
- Fortalecimiento de los sistemas de información.
- Mejora de seguimientos, incorporando la orientación a resultados.
- Revisión de la política de evaluación para aumentar la calidad y la utilidad de las evaluaciones y mejorar la articulación entre los diferentes actores del sistema.
- Fortalecimiento de la función evaluadora y fomento del trabajo conjunto, tanto al interior de la Cooperación Española como en las relaciones con nuestros socios.
- Promoción de la investigación y los estudios sobre el desarrollo.
- Apoyo a la generación de conocimiento en los países socios.
- Sistematización y difusión de aprendizaje.
- Fomentaremos la transparencia y la rendición de cuentas.

Actores e instrumentos de la Cooperación Española

- Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.
- Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica
- Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
- Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo.
- Comunidades Autónomas
- Ayuntamientos y Diputaciones
- Universidades
- Organizaciones no gubernamentales
- Cooperación Universitaria
- Cooperación Bilateral
- Cooperación Multilateral

Programa salud y vida en las Américas SAVIA

SAVIA es una iniciativa de la CICAD cofinanciada por el la AECID y aportes de la propia CICAD, a la que se suman los de las CND de los países y la colaboración de la DGPNSD de España. El alcance geográfico inicial de SAVIA fue andino, con participación de 5 países: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela; en 2007, Uruguay se incorpora.

El objetivo es mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos de los países andinos fortaleciendo políticas públicas responsables, adecuadas y adaptadas a la realidad local del problema de consumo de drogas.

Mesa Drogas en el contexto de los Instrumentos de Cooperación al Desarrollo de acceso a ONGD's: "Códigos compartidos. Presencia y ausencia del Sector Drogas" – Gerardo Lerma García. FAD (RIOD)

Abstract: Situando como origen de la presentación el escenario de la Cooperación Española (centralizada y descentralizada), así como los códigos establecidos y comunes que rigen esta actividad, se analizan las cuestiones a tomar en consideración a la hora de conformar partenariados transnacionales para acceder a las convocatorias de financiación de proyectos.

Se parte de la afirmación, de que un gran número de las intervenciones que se llevan a cabo por parte de los socios de la RIOD son susceptibles de acceder a estos fondos, siempre y cuando se realice una "relectura en clave de Cooperación al Desarrollo" de los objetivos que se persiguen.

Se analizan en un primer momento las características de obligado cumplimiento, y los pasos necesarios de trabajo compartido y apropiación, que deben darse entre ONGD,s y socios locales.

En segundo lugar se abordan los mecanismos de acercamiento para identificar propuestas de trabajo territorial y, a partir de este punto, se establecen una serie de escenarios que ayuden a incluir los proyectos identificados, en un ámbito en el que los sectores de intervención compartidos "invisibilizan" las acciones orientadas desde los problemas relacionados con las drogas, a no ser que, como decíamos anteriormente, se establezca una dinámica de "relectura" de las acciones propuestas, en base a los SECTORES y códigos compartidos.

Finalmente, para poner en contexto lo presentado, se hace una revisión de los códigos CAD del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE, del que el Estado Español es parte desde 1991; del Plan Director de la Agencia Española de Cooperación ad Desarrollo (AECID); y de las principales agencias de cooperación descentralizada. Por su interés, también se abordarán los Marcos de Asociación País, ya que es el instrumento de marca los sectores de colaboración de la Cooperación Española en los veinte tres países en los actualmente está presente.

Ideas principales de la ponencia:

La Cooperación al Desarrollo son actuaciones con las que se persiguen un progreso social y económico, global y sostenible, y en las que los actores implicados comparten principios de justicia social y defensa de los DD.HH, en un trabajo colaborativo localizado en un territorio concreto.

Otros conceptos que deben tomarse en consideración:

- Horizontalidad entre actores, trabajo compartido en terreno y categorización de responsabilidades técnicas y económicas.
- Complementariedad y convergencia con otras intervenciones y actores. Con políticas públicas (incidencia y/o acompañamiento políticas públicas)
- Viabilidad y sostenibilidad de las propuestas.
- TT.DD, TT.RR y TT.OO involucrados en la identificación, desarrollo y evaluación de las acciones emprendidas.
- Responsabilidad compartida y rendición de cuentas.
- NO es un soporte económico para la actividad cotidiana de la OL.
- La ONGD no puede categorizarse como un peaje que hay que "asumir" para tener acceso a la financiación.

- La aceptación de la propuesta está sujeta a sectores de intervención y prioridades geográficas dentro del país.
- Los beneficios de las transferencias no recaen directamente en la OL, y no sirven para valorizar acciones de futuro.

Las acciones internacionales de Cooperación para el Desarrollo son supervisadas, evaluadas y aconsejadas por el Comité de Ayuda para el Desarrollo (CAD), organismo integrado en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y constituido por los principales países donantes del mundo.

OCDE: Fundada en 1961, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos agrupa a 35 países miembros y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo.

CAD: El Comité de Ayuda al Desarrollo es el principal órgano de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) para las cuestiones de la Cooperación al Desarrollo. Los miembros actuales del CAD son: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Comisión de las Comunidades Europeas, Dinamarca, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Japón, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza.

Marco compartido

- Plan Director Cooperación Española. Líneas de Acción: (1) Reducir las desigualdades y la vulnerabilidad a la pobreza extrema y a las crisis; (2) Promover oportunidades económicas para los más pobres; (3) Fomentar sistemas de cohesión social, enfatizando los servicios sociales básicos; (4) Promover los derechos de las mujeres y la igualdad de género.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):
 - Objetivo 3: [Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades.](#)
 - Objetivo 4: [Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.](#)
 - Objetivo 5: [Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.](#)
 - Objetivo 8: [Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenido, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.](#)
 - Objetivo 16: [Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.](#)
- Otros escenarios a tomar en consideración:
 - Marcos de Asociación País (MAP).
 - Prioridades sectoriales y horizontales recogidas en cada convocatoria.
 - Programa de intervención /país, en aquellas administraciones de la Cooperación Descentralizada que dispongan de este documento.
 - Optar a instrumentos de proyectos, programas, o convenios. En función del socio (ONGD), la actuación, la duración e importe de la propuesta.

Criterios a tener en cuenta en la elaboración de una propuesta

- Construir la propuesta en base a lo que queremos hacer, y elaborarla siguiendo el escenario marcado en la convocatoria. Prestar especial atención a los criterios de valoración
- Tampoco significa que la palabra DROGAS tenga que quedarse fuera del título de la actuación.
- Buscar en los apartados correspondientes la convergencia de nuestra actuación con los códigos que limitan su inclusión y aceptación.

Mesa Drogas en el contexto de los Instrumentos de Cooperación al Desarrollo de acceso a ONGD's: "De la Identificación a la Evaluación de un proyecto de Cooperación al Desarrollo. Elementos a tomar en consideración" – Lucía Rodríguez Sampayo FAD.

Abstract: La presentación se articulará en torno a 5 elementos:

1. Identificación participativa de un proyecto de Cooperación al Desarrollo. Los requerimientos para la identificación y formulación de una intervención con enfoque de derechos humanos (EBDH), género y gestión para resultados de desarrollo. La participación de Titulares de Derechos, Responsabilidades y Obligaciones como elemento fundamental para la identificación de procesos de transformación pertinentes y sostenibles.

2. La elección de un partenariado basado en la convergencia de sus misiones, visiones y valores. La construcción de una propuesta conjunta, definición de objetivos, método y enfoques de trabajo. La importancia fundamental de una visión política compartida. Elaboración de estrategias de trabajo conjunto.

3. Responsabilidades compartidas. Mecanismos de gestión basados en la co-responsabilidad. Reparto de funciones y tareas entre las organizaciones ejecutoras. El papel de la ONGD receptora de fondos/española. Evaluación del desempeño a partir de la gestión para resultados de desarrollo.

4. Compromisos, rendición de cuentas y justificación de fondos. Responsabilidades de monitoreo y evaluación. Seguimiento de procesos participativos de calidad. Justificación técnica y económica. Establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas y de gobernanza participativa, con el concurso efectivo de Titulares de Derechos, Responsabilidades y Obligaciones en la evaluación y la retroalimentación de las intervenciones de cooperación para el desarrollo.

5. Dificultades a superar en un trabajo compartido. Resolución de conflictos, establecimiento de relaciones de cooperación basadas en la co-responsabilidad.

Ideas principales de la ponencia:

La identificación participativa de un proyecto de Cooperación al Desarrollo supone la incorporación de:

- Gestión para resultados de desarrollo: generar cambios tanto social e institucional, siendo efectivos para el desarrollo generando resultados. Alinear todo el proyecto en este sentido con claridad sobre lo que se desea lograr. Necesidad de establecer línea de base y sistema de monitoreo que le permita llevar el seguimiento de cómo se está

ejecutando e incluir la evaluación a lo largo de todo el proceso que mida calidad e impacto, permitiendo mejor el proyecto.

- Enfoque de derechos humanos: como llevarlo a la intervención territorial-comunitaria. Para derechos humanos están los titulares de derechos, obligatoriedad, responsabilidades. Fortalecer las capacidades con cada colectivo con que se trabaja, recordarles que todos tenemos responsabilidad en los derechos humanos y son los que rigen las dinámicas sociales. Todos los proyectos deben estar orientados a trabajar por estos derechos. Participación de derechos en la toma de decisiones sobre políticas pública. No podemos centrarnos en un sector específico, es fundamental la rendición de cuentas tanto a la ciudadanía con la población que estamos trabajando, supone la búsqueda de soluciones integrales, un abordaje multisectorial (político, social económico, legal y cultural).
- Enfoque de género: es un elemento fundamental en todos los procesos, se ha trabajado con mujeres, buscando la igualdad sustantiva y real. Elemento como la transversalización que hay que considerar en los proyectos. Estructural que se refiere a lo organizativo, capacitación de personal, SUSTANCIAL que se refiere políticas, programas y objetivos. CULTURAL que se refiere a los valores y la organización así como las personas que forman parte de esa organización. Superar el análisis aislado de las desigualdades de género.

Esto supone las siguientes acciones:

- Redefinir conceptos básicos y estratégicos de género para las estrategias de intervención.
- Fomentar buenas prácticas para la equidad en todas las entidades y organizaciones.
- Incluir en los procesos de sensibilización y formación el tema de género como modulo específico y de forma transversal.
- Diagnósticos con enfoque de Género: identificación de recursos específicos y brechas existentes (de capacidades, de recursos, etc.) para niñas y mujeres.
- Visibilizar el tema de género en el discurso y/o posicionamientos de los equipos/organizaciones.
- Integrar y visibilizar el componente de género en los análisis de cumplimiento de los Derechos.
- Diseñar e implementar instrumentos metodológicos de seguimiento y evaluación con criterios de género.
- Incorporar los IEG en las propuestas de mejora de políticas públicas.
- Relacionamento político y fortalecimiento de organizaciones de mujeres.
- Potenciar la construcción de alianzas entre mujeres y organizaciones de mujeres.

Es imprescindible la identificación política con los derechos humanos, con la equidad de género y el modelo de transformación social. Se deben establecer acuerdos y obligaciones de proyectos (técnicas o administrativas). Es una responsabilidad compartida desde la definición de la propuesta, la definición de estrategia de trabajo conjunto, definición metodológica, distribución de tareas y responsabilidades y mejora de los aprendizajes. Por último, la evaluación constante para la mejorar de las intervenciones

Los retos del trabajo compartido

- Reconocimiento mutuo de a experiencia, aporte teórico metodológico de cada una de las organizaciones
- Corresponsabilidad (financiamiento y logro e impacto deseado)
- Coordinación efectivas (transparencia)

- Transformación de Conflictos
- Transparencia

Puntos fuertes de debate:

- Cooperación bilateral. Es difícil apoyar a la sociedad civil, por lo que la cooperación Española retoma esta modalidad de ayuda.
- Desarrollo de capacidades individuales de instituciones, es un valor que pueden aportar en el ámbito local y comunitario.
- Alianzas y estrategias para la gestión de los proyectos

Mesa Drogas en el contexto de los Instrumentos de Cooperación al Desarrollo de acceso a ONGD's: "Desde lo local. Fortalezas y debilidades de trabajar al amparo de instrumentos de Cooperación al Desarrollo" – M^a Victoria Correa Rentería. Corporación Caminos (RIOD)

Abstract: La ponencia estará dirigida a mostrar el significado que tiene para una organización participar en un programa de cooperación al desarrollo, donde adicional a la experiencia que obtendrá en la ejecución de este tipo de proyectos es la responsabilidad que adquiere desde la construcción del mismo, la presentación ante el financiador, la aprobación del proyecto, la ejecución en la comunidad, el cumplimiento de objetivos, el impacto en la comunidad y el post ejecución; siendo este uno de los momentos más representativos de la experiencia ya que es en este tiempo cuando la financiación ha terminado.

La responsabilidad en estas alianzas es compartida entre el interior y el exterior de la organización; internamente la parte técnica y administrativa financiera deben trabajar de la mano por el cumplimiento de los objetivos involucrando a todos los cargos de la organización desde los cargos de servicios generales hasta la dirección y junta directiva para dar respuesta con el exterior de la organización que es la comunidad que se beneficiara de la intervención.

Adicional a lo anterior, se mostrará la experiencia enfocada a la prevención y tratamiento del consumo de spa e inclusión socio laboral que tuvo la Corporación Caminos en un trabajo realizado con la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción FAD en una de las comunas de la ciudad de Cali donde a pesar del tiempo de ejecución aún se conservan algunas actividades que se desarrollaron en el momento y el significado que tuvo esa intervención para la comunidad.

Ideas principales de la ponencia:

Se presenta una experiencia como organización local que ha recibido y trabajado al amparo de la cooperación de desarrollo. Los actores directos comprenden la organización y la comunidad que se beneficia con el proceso de intervención.

Elementos claves en un proyecto de cooperación desde la mirada de la ONG

- Identificación de la comunidad que se beneficiara de la intervención, desde lo demográfico (datos estadísticos), medio ambiente (protección), socio cultural (costumbres), tecnológico (acceso), económico (nivel de ingresos), político legal (influencia).
- Contra partida (aporte al proyecto por parte de la ONG).

- Análisis de la tasa de cambio para la elaboración del presupuesto (ventaja o desventaja).
- Construcción con la organización los indicadores que se deben cumplir.
- Presentación del proyecto a la comunidad resaltando los beneficios e impacto.
- Contratación del personal que participara en la ejecución del proyecto.
- Contacto con líderes comunitarios (líderes, juntas de acción comunal, directores de instituciones, entre otros).
- Análisis de proyectos o intervenciones paralelas que estén presentes en el territorio (alianzas - trabajo conjunto).
- Alianzas con las entidades públicas locales (alcaldías, secretarías).
- Respuesta a situaciones externas no controlables (violencia en el territorio, factores políticos, factores naturales (clima), entre otros) (supuestos).
- No generar expectativas a la comunidad que no se puedan cumplir
- Diseño de una estrategia de comunicación (difusión del proyecto, evidencias, entre otras)
- Comunicación permanente con la organización a través de medios tecnológicos
- Las acciones programadas y realizadas con la comunidad deben tener siempre enfoque de derechos humanos y enfoque diferencial
- Coordinación de las visitas de la organización para el seguimiento y auditoría de la ejecución el proyecto
- Realizar cierre del proyecto con la comunidad una vez termine la ejecución (puertas abiertas)

Fortalecimiento de la organización local

- Aprendizaje continuo en procesos de ejecución (tiempo de ejecución)
- Oportunidad de nuevos negocios y nuevos mercados
- Posicionamiento como agente motivador al desarrollo de la región donde se encuentre
- Intercambio técnico de conocimientos
- Desarrollo institucional que permite sostenibilidad, fortalecimiento de los equipos, investigación, desarrollo técnico de la ONG
- Nuevos aprendizajes en la recolección de datos para el proceso de sistematización
- Permite realizar incidencia en política pública local
- Ventaja para negociar con las entidades públicas locales la ejecución de nuevos proyectos
- Posibilita realizar más prácticas en tema de evidencia por el tiempo de ejecución de los proyectos (más de 1 año)
- Integración de nuevos métodos y técnicas con las personas que acompañan el proceso desde la organización

Debilidades para la organización local

- Apropiación de los resultados obtenidos por parte de la organización
- Adaptabilidad cultural frente a los formatos y/o guías (metodologías) que tiene la organización
- Aprovechamiento de las entidades públicas locales para fines políticos sin autorización de la ONG
- No contar con alianzas con otras ONGs para acceder a la cooperación
- Requisitos básicos necesarios para presentarse a concursos
- Poco seguimiento a los resultados obtenidos en el proyecto los cuales pueden llegar a ser una nueva oportunidad de nuevos negocios
- Dependencia de su sostenibilidad de proyectos de cooperación al desarrollo

Impacto en la comunidad

- Favorables:
 - Capacitación en temas de interés para la comunidad
 - Oportunidad de acercamiento a las dinámicas de los territorios
 - Posibilidad que otras organizaciones realicen intervenciones en el territorio
 - Crecimiento para las personas que se benefician del proyecto
- Oportunidad:
 - Lograr que quien financia quede en la recordación de las personas ya que siempre recuerdan a quien opero el proyecto
 - Aliados al interior de la comunidad que facilitan el respaldo de la ejecución

Impacto en el equipo de trabajo

- Aprendizaje al trabajar con las potencialidades de la comunidad y no desde sus problemas
- Ningún proceso se realiza solo sino que se hace sinergia con otros para tener incidencia política
- Entender que desde lo social lo cualitativo es lo más grande que se encuentra en la intervención pero lo cuantitativo es casi siempre lo que se debe mostrar
- Crecimiento profesional, intercambio de conocimientos y prácticas

Sostenibilidad de un producto del proyecto



Mesa Género, Estigma y Menores de edad: “Hombres, Mujeres y Drogodependencias: Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas” – Raquel Cantos Vicent. Fundación Atenea (RIOD). Comisión de Género.

Abstract: Estrenándose la comisión de género de RIOD, que empezará su andadura tras este seminario, la aportación de esta ponencia en la mesa de Retos en RIOD: Género, Estigma y Menores de edad es la de ofrecer claves concretas sobre cómo incorporar una mirada de género en la prevención de drogas y entender cómo los distintos mandatos influyen en hombres y mujeres frente al consumo de manera diferente.

Muchas de las diferencias y especificidades que existen entre hombres y mujeres en relación al consumo problemático de drogas, tienen su raíz en los condicionantes de género. Estas diferencias y especificidades varían en función de ciertas cuestiones como el momento histórico, político y social, la clase social, la etnicidad o la edad, por lo que las explicaciones a las mismas también serán diferentes.

De la investigación desarrollada, desde Fundación Atenea, Hombres Mujeres y Drogodependencias, se desprende que hay una serie de diferencias en el consumo y acceso a las drogas que afectan a las desigualdades en cuanto al acceso a recursos, estados anímicos y psíquicos, e invisibilización de las mujeres en el mundo de las drogas.

Se pondrán sobre la mesa la necesidad de búsqueda de soluciones que pasan por el análisis de cómo las mujeres responden a unos mandatos específicos, por ser cuidadoras, objetos de deseo, y ser prioritariamente emocionales, respecto a los hombres cuyos mandatos pasan por la violencia como respuesta al conflicto, la asunción de ser los controladores, una autoestima centrada en la posesión, y en ser prioritariamente racionales.

Ideas principales de la ponencia:

¿Por qué hablar de género en el ámbito del consumo de drogas?

La proporción de hombres en los centros de atención en España es un 80% aproximadamente del total de personas atendidas. Los recursos y protocolos están diseñados desde la asunción de que EL usuario será un hombre, pero ¿Por qué es mayor en hombres?

- ¿Factores biológicos/heredados? Improbable
- Factores educativos/sociales. La socialización normaliza el consumo en los hombres y lo asocia a cuestiones inherentes o propias de la masculinidad. Los hombres son así...

Es imprescindible conocer los condicionantes de género masculinos para atender adecuadamente la problemática de los hombres drogodependientes.

Al ser un “problema de hombres”, prevalece el desconocimiento de la realidad de las mujeres:

- Invisibilización de las mujeres
- Desconocimiento de sus necesidades, circunstancias y peculiaridades (Ej. Violencia de género adicional a consumo de drogas / existencia de responsabilidades familiares)
- Falta de atención y adaptación de los recursos y protocolos de actuación a la realidad de las mujeres

Esta desigualdad causa peores resultados para mujeres drogodependientes:

- Menor presencia en los tratamientos. No están todas las que son
- Menores índices de permanencia

- Mayor deterioro cuando llegan
- Peores pronósticos
- Existen barreras para el acceso y la permanencia (relacionadas con: modelo y proceso de intervención, invisibilidad de las mujeres, responsabilidades familiares y existencia de pareja y el mandato de conexión y pertenencia).

¿Cómo se explica esto?

El GÉNERO es un sistema de organización social, una organización jerárquica que coloca a las mujeres y lo femenino sistemáticamente por debajo de los hombres y lo masculino (patriarcal, dicotómico y androcéntrico).



Conclusiones

- La perspectiva de género es instrumento para mejorar nuestro conocimiento sobre la realidad.
- Mirar la realidad de las drogodependencias atendiendo a la socialización de género NO ES REALIZAR ACCIONES PARA MUJERES.
- Desagregar los datos por sexos para detectar diferencias, desigualdades y/o especificidades (Cambian en cada espacio cultural).
- Explicar las detectadas desde la teoría de género (mandatos de género).
- Diseñar y poner en marcha acciones y estrategias desde las diferencias detectadas y desde las explicaciones sociales de las mismas.

- Incorporar la perspectiva de género es un acto de responsabilidad profesional, que supone una mirada holística y global de la realidad, mayor comprensión de la realidad y mejora de los resultados:
 - Mejora de los recursos e intervenciones con hombres
 - Mejora de los recursos e intervenciones con mujeres
 - Contribuye a la lucha por la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Mundo más justo e igualitario.

- Contribuye a la lucha por la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Por un mundo más justo e igualitario.

- Imprescindible crear espacios y protocolos de atención desde la perspectiva de género.

Mesa Género, Estigma y Menores de edad: “Estigma en usuarios y usuarias de drogas: Estrategias para combatirlo” – Juan José Fernández Miranda. Socidrogalcohol (RIOD). Comisión de Estigma

Abstract: Eliminar los efectos que el estigma tiene en las personas etiquetadas como "adictos" debe convertirse en una prioridad de salud pública. Si se desconoce y no se tiene conciencia del problema, se legitima el discurso estigmatizador y excluyente. La discriminación es el resultado conductual del prejuicio. El estigma exige utilizar la ciencia y las fuerzas sociales para eliminarlo, pues conduce a la pobreza y a la discriminación, pero a veces se hace sin tomar en cuenta los enfoques eficaces. Los tres tipos de estigmas son el estigma público, el autoestigma y la evitación de etiquetas.

Las acciones encaminadas a combatir el estigma han de estar contextualizadas, hay que conocer el medio y las personas. Por eso, los profesionales que intervienen en adicciones son fundamentales, a través de sus experiencias, y pueden desempeñar un rol especialmente potente para modificar el estigma. Y desde organizaciones supranacionales, de forma “natural”, liderar la lucha contra el estigma.

Se han de considerar experiencias previas para modificar estigmas, por ejemplo con las personas con trastornos mentales graves. Algunas señalan las ventajas limitadas de la educación, sobre todo en comparación con el contacto; que combatir el estigma es más que cambiar palabras; comprender los programas para el cambio del estigma; reemplazar las idea de normalidad con la de solidaridad; y evitar modelar el autoestigma como un problema de las personas con enfermedades mentales y no de la sociedad.

Socidrogalcohol ha emprendido en 2017 la estrategia “Rompe el estigma”, con incidencia en medios de comunicación, instituciones y profesionales sociosanitarios. Contempla desde acciones en medios de comunicación hasta con profesionales implicados en la atención a personas con adicciones, pasando por posicionamientos ante los organismos implicados en el diseño de políticas sanitarias, etc.

Ideas principales de la ponencia:

Los ESTEREOTIPOS sirven para eficiencia cognitiva, es una simplificación de la información obtenida para responder a situaciones ambientales o explicar sus motivos. La DISCRIMINACIÓN supone una disminución de derechos y reprobación social que conlleva exclusión. Los actos de discriminación conducen a la pérdida de estatus del estigmatizado a los ojos de estigmatizante. Son vistos como menos capaces, inteligentes, competentes, etc.

¿Qué es el ESTIGMA?

En la Antigua Grecia a los criminales incapaces de convivir en sociedad se les marcaba, esta marca fue llamada de estigma. El individuo estigmatizado era desacreditado y socialmente rechazado.

Goffman (1978) lo definió como “Marca o signo para designar a su portador como “deteriorado”, menos valorado que las personas “normales”, convirtiéndose en incapacitado para la aceptación social”.

Es un proceso dinámico y contextual, producido socialmente. Se reconoce una diferencia a partir de algún aspecto o de una “marca” y por ella se da menos valor a su portador.

Existen tres tipos:

1. El estigma público: ocurre cuando la población general aprueba los estereotipos y con base en ellos se conduce de una manera discriminatoria (con evitación y aislamiento).
2. El autoestigma: ocurre cuando las personas interiorizan el prejuicio y se discriminan a sí mismas.
3. La evitación de las etiquetas: alude a que el estigma frena la utilización de servicios por los individuos que necesitan atención

El impacto de ser estigmatizado es brutal y puede conllevar situaciones como: disminución de ingresos, vivienda inadecuada, aumento desde de distancia social, pérdida de empleo, baja adhesión al tratamiento, aislamiento social, o la internacionalización del estigma.

Existen condiciones fuertemente estigmatizadas como: trastorno mental; homosexualidad; grupos étnicos minoritarios; drogadicción; VIH, etc. En concreto, las creencias relacionadas con la adicción suelen ser: peligrosidad; debilidad de carácter; impredecibilidad; responsabilidad de su propio problema; inutilidad de gastar dinero para el tratamiento; irrecuperables; inmorales; viciosos... Y si hablamos estos estigmas en caso de ser mujer se multiplica por tres o más.

Retos

- Eliminar los efectos del estigma en las personas etiquetadas como “adictos” debe convertirse en una prioridad de salud pública.
- Si se desconoce y no se tiene conciencia del problema, se legitima el discurso estigmatizador y excluyente.
- El estigma exige utilizar la ciencia y las fuerzas sociales para eliminarlo, pues conduce a la pobreza y a la discriminación.

Las acciones para combatir el estigma han de estar contextualizadas, hay que conocer el medio y las personas. Por eso, los profesionales que intervienen en adicciones son fundamentales, haciendo una labor de defensa a través de sus experiencias, y pueden desempeñar un rol especialmente potente para modificar el estigma. Y desde organizaciones supranacionales, de forma “natural”, liderar la lucha contra el estigma.

Qué podemos hacer para combatir con el estigma

CONTACTO:

- Estar con los grupos estigmatizados puede ser una fuente de desmitificación de creencias negativas de este grupo.
- El contacto debe incluir un estado de igualdad, de cooperación y de interacción.
- Si el contacto se produce de forma desigual puede servir para confirmar las creencias y estereotipos negativos.

PROTESTA:

- Protesta contra mensajes estigmatizantes en los medios de comunicación.
- Divulgación de mensajes positivos sobre los grupos estigmatizados.
- No se ha demostrado que hagan cambiar las actitudes.

EDUCACIÓN:

- Proporcionar información de diferentes maneras (libros, vídeos, programas, cursos...)
- El objetivo es aumentar los conocimientos sobre cierta condición con el fin de promover un mejor juicio de la situación.
- Muchas formas de la educación sólo despiertan interés en las personas que tienen algún conocimiento previo, y sólo llegan a los que ya están de acuerdo con el mensaje.

Campaña de Socidrogalcohol Rompe el Estigma

Objetivo general: Reducir el estigma de las personas adictas dentro de la sociedad y reclamar una intervención acorde con esta normalización

Objetivos específicos:

- Favorecer el abordaje integral, público y gratuito, coordinado con ONG
- Reclamar estructuras asistenciales acordes a las necesidades de estas personas
- Normalizar los servicios y recursos asistenciales, integrados.
- Contar con equipos multidisciplinares con enfoque biopsicosocial.
- Reclamar y reforzar sus derechos. Atención como cualquier otro paciente.
- Exigir el respaldo por parte de la administración a ONG de pacientes y familiares
- Aumentar el conocimiento social sobre la adicción
- Aumentar la conciencia social Que el estigma complica su recuperación

#rompeelestigma
**Plan de Sensibilización para
 combatir el estigma de la persona
 con trastorno adictivo**

SOCIDROGALCOHOL
Secretaría Científica, Legales y
 de Seguimiento de la Adicción
 y Nicotinas y de otros Trastornos

Acceda al documento de adhesión



Mesa Género, Estigma y Menores de edad: “Prevención con niños, niñas y adolescentes” – Marcelo Raúl Choclín. Proyecto Cambio (RIOD). Comisión de niños, niñas y adolescentes

Abstract: El desafío de Co – construir una perspectiva en lo que se refiere a la Prevención en adicciones, ha sido el proceso que ha marcado a la Comisión de prevención de la RIOD. ¿Por dónde comenzar, para lograr que la diversidad de experiencias, expresiones surjan y vayan recogiendo la potencialidad de ellas para aportar al colectivo RIOD?

En primer lugar, reconocer que todas las experiencias han tenido el deseo de responder a las realidades que han ido surgiendo, a partir de sus entornos, de los sujetos con los cuales interactúan y especialmente de las demandas que van surgiendo.

Nos hemos encontrado con experiencias que cuentan con una diversidad de sujetos, por lo tanto, ello ha implicado prácticas pertinentes con no oyentes, con pueblos indígenas, con comunidades rurales y urbanas, con sectores populares y sectores medios. Pero especialmente de sectores en contextos de vulneración de derechos y exclusión social.

Desde una perspectiva de enfoque de derechos, ¿Cómo asumir la realidad de exclusión social y a la vez enfrentar la prevención en adicciones?, ¿La prevención es homogénea en su comprensión y en sus prácticas para asumir esta realidad?

Nos encontramos con problemas para enfrentar la prevención en adicciones y especialmente desde las políticas públicas en su no priorización y la falta de recursos. Los logros son diversos y se acercan a incidir desde lo local a lo global, para que se asuma la importancia de la prevención en sus diversas etapas y realidades. Hay limitaciones. Los logros requieren continuidad en el tiempo y a mediano y largo plazo.

¿Es adecuada la terminología Prevención de Adicciones, para una realidad social que tiene más que ver con la privación de derechos en poblaciones de exclusión social, que con la realidad específica de consumo?

Hay producción de conocimiento en nuestras organizaciones, pero ello es una de las debilidades, a la hora de intercambiar y profundizar las propuestas en este tema.

Ideas principales de la ponencia:

Comisión prevención con niños, niñas y adolescentes

El OBJETIVO de la comisión es reflexionar sobre la prevención en adicciones con niños, niñas y adolescentes. Esto supone:

- Diálogo a partir de las prácticas y las concepciones en cada una de las experiencias, para buscar lo que es común y las diferencias
- Proceso de convergencia y de respeto por la diversidad
- Valoramos los procesos que la Sociedad civil ha desarrollado en este campo, con la pretensión de dar respuesta a la realidad de la prevención en adicciones, por sobre la teorización academicista.

Para ello la METODOLOGÍA a seguir que se siguió fue:

- Ficha: Cada integrante respondió una ficha con una serie de preguntas, que fue la base de la lectura y de diálogo entre las experiencias, para entender de qué estamos hablando.

- Lectura: Las respuestas fueron entregadas completas a todos y todas las personas de la comisión, de manera de aprender, buscar semejanzas y por supuesto ver dónde están las diferencias y contradicciones.
- Conversaciones grupales por SKYPE: (1) Exposición breve de experiencias: ¿Cuándo hablamos de prevención en adicciones, desde nuestras prácticas, que estamos entendiendo?; (2) Comentarios a lo escuchado desde cada integrante; (3) Elaboración del Documento Final: Se comparte el acta del material registrado, que da la base para la reflexión, la problematización y la construcción de propuestas.

Las PREGUNTAS que se planteó la Comisión fueron:

1. Cuando hablamos de prevención en adicciones, que entendemos por ello, a que nos referimos. Como la definimos.
2. ¿Cuál es el contexto en el que se da la prevención en adicciones (escolar, barrial/poblacional u otro)?
3. ¿Cuáles son los principales problemas que se dan al trabajar la prevención en adicción?
4. ¿Qué necesidades principales demanda esta realidad de querer enfrentar la prevención en adicciones?
5. ¿Hemos logrado dialogar y/o incidir desde esta mirada de prevención en algunos niveles locales, regionales, nacionales?
6. ¿Cuándo hablamos de logros respecto a la prevención en adicciones, a que nos referimos desde la experiencia?
7. ¿Hay escritos, textos respecto al tema desde la organización? ¿Contamos con materiales propios y/o de otros en el tema de prevención en adicciones?

¿Cuándo hablamos de prevención en adicciones de que estamos hablando?

- Lograr incidir en los antecedentes, los contextos y medios necesarios para no iniciar el consumo de adicciones.
- Reducir los padecimientos desde un enfoque Biopsicosocial, ampliando grados de libertad y participación en la comunidad, desarrollando una visión crítica
- Facilitación de contextos, especialmente a sectores vulnerables socioeconómicamente hablando para que tengan opciones diferentes.
- Eliminar o disminuir los factores de riesgo y favorecer factores protectores, evitando el problema para la persona o su entorno.
- Promover el desarrollo integral del ser humano, la familia y la comunidad, desde un enfoque biopsicosocial, con el sujeto en su contexto.

¿A qué sector nos estamos dirigiendo?

- Personas con diversidad de contextos y realidades, que nos demandan desarrollar experiencias que implican más de una mirada
- La mayoría de las experiencias trabajan en poblaciones urbanas y rurales con sectores de exclusión social, vulnerados en sus derechos, en riesgo social: hacinamiento, viviendas precarias, algunas familias viven del microtráfico, hogares uniparentales, muchos hijos, violencia y prostitución, ingresos magros. Se trabaja desde el barrio y desde lo escolar. Experiencias ligadas a indígenas y no oyentes.
- Algunas de las experiencias trabaja con sectores medios escolares, urbanos. Y con profesionales, especialmente de la salud para sensibilizar frente al tema.

¿Con qué problemas nos encontramos al querer desarrollar la prevención en adicciones?

- Muchas instituciones operan en primer lugar, desde lo asistencial, desde una realidad que las desborda, la prevención en adicciones queda subsumida a un segundo plano
- La diversidad de realidades como son las poblaciones marginales urbanas, rurales, el trabajo con poblaciones indígenas (alcoholismo) y no oyentes. ¿Cómo los programas se adaptan a esas particularidades locales?
- La dificultad que se presentan en los contextos barriales donde se da el micro y macro tráfico, en los cuales esta cercenados los derechos de las personas
- Las tecnologías e informaciones, con sobreestimulación no aporta adecuadamente a los y las jóvenes.
- Experiencias aisladas, desconectadas del resto, que de todos modos favorecen y movilizan a la población específica. Falta de continuidad e integración a Programas Generales.
- La falta de intersectorialidad, que apunten a un trabajo complementario desde diferentes instancias: salud, educación, seguridad, justicia y otras instancias para responder a las necesidades y demandas de los sujetos/as
- Las crisis económicas de nuestros países y la opción de no aportar a procesos preventivos.
- La complejidad del tema, implica invertir recursos que no pueden ser a corto plazo.
- Las dificultades de las políticas públicas en el tema drogas, como políticas de estado, que no aportan a la coherencia y continuidad de lo que se requiere en cuanto a objetivos de largo corto, medio y largo alcance.
- La falta de formación de los operadores y profesionales en la complejidad del tema de prevención, y la no disposición a trabajar transdisciplinariamente.

¿Qué desafíos nos plantea, los problemas en este tema?

- Las políticas públicas, en contexto de crisis económica, en la complejidad del tema, no tienen opción por la Prevención, pese a la importancia nodal en evitar que se sigan multiplicando las problemáticas en relación a las drogas.
- La asistencia desborda y esto relacionado con no tener una mirada integral del tema, con falta de políticas de estado que impliquen la continuidad y la sustentabilidad de los programas; la falta de formación de los profesionales; el impacto de los contextos desde donde se trabaja, impide trascender y aportar a la diversidad de actores que la demandan.

Cuando hablamos de logros en los procesos preventivos: ¿De qué hablamos?

- La transferencia de un dispositivo a un municipio.
- Que se constituya una COMISION DE BARRIOS CRITICOS en la cámara de diputados para enfrentar el tema de cómo aportar no sólo desde la represión y/o dispositivos policiales, sino desde la integralidad de la realidad en estas comunidades.
- La obtención de becas para estudiantes.
- Sinergias con educación para promover la prevención en adicciones a las nuevas tecnologías a nivel poliregional. Más compromiso de lo público y las asociaciones comunitarias.
- Niños incorporados a la escuela y adolescentes al trabajo.
- Desarrollo de planes en la política municipal; jóvenes multiplicadores de la prevención.
- Realización de programas innovadores en materia de Prevención de adicciones.

En la mayoría de los casos se habla de las actividades desarrolladas. Esto implica que no necesariamente se evalúa si está logrado o no. Hay un cierto logro de transferencia del sistema a un municipio/desarrollo de planes en la política municipal e incidencia en cámara de diputados. Ello no representa si se ha logrado incidir en la prevención en materia de adicciones.

En general, no podemos decir que hemos logrado en la práctica realizar prevención midiendo logros observables. Destacamos que ello, requiere de condiciones que habría que evaluar para saber si las diversas organizaciones tienen capacidad en recursos humanos y económicos para hacer y/o lo tienen contemplado en sus evaluaciones, tanto cualitativas como cuantitativas

¿Contamos con materiales propios y/o de otros en el tema de prevención en adicciones?

- Se cuenta con un observatorio, en un sector popular y donde se escribe desde los sujetos niños, niñas y adolescentes, respecto a temas críticos. (www.lacaleta.cl – boletín del observatorio comunitario de derechos de la Niñez)
- Programa integral de desarrollo educativo; escritos sobre prevención, salud mental y atención primaria. (Prever – Paraguay)
- Vamos con viento a favor, cartillas escolares/Prevención en el ámbito laboral. (Fundación Anpuy Argentina)
- Habilidades para la Vida/Prevención laboral. 2002. (Niños de papel)
- Programa de Talleres de Prevención de Adicciones, para Docentes, Padres, y Estudiantes de Educación Secundaria y Educación no Formal. Fundación Proyecto Cambio- Argentina.

Conclusiones

Frente a la exclusión social, se nos presenta el gran problema, de la demanda de necesidades de todo tipo para enfrentar estas realidades mencionadas de pobreza, y falta de cubrir las necesidades básicas.

Desde la perspectiva del ENFOQUE DE DERECHOS, consideramos que lo fundamental es PROMOVER Y DEMANDAR DERECHOS y lograr que los participantes de procesos personales, colectivos y comunitarios se organicen, desarrollen sus potencialidades para demandar al Estado/gobiernos sus derechos. Promover el desarrollo integral de las personas y en comunidad.

Otra cosa es prevenir adicciones en estos contextos, que va desde la información, hasta el facilitar procesos específicos de lo que implica las adicciones para que niños, niñas, y la comunidad comprenda y se implique en lograr que las adicciones no estén complejizando a los sujetos de tal o cual comunidad, sea esta escolar, familia u otro.

Consideramos que NO TODO ES PREVENCIÓN.

Los contextos de cada país, las vulneraciones de grandes sectores sociales, las desigualdades generan condiciones favorables y acceso a las adicciones en las comunidades vulnerada en sus derechos.

Hay una evaluación de logros, pero no a nivel de estudios científicos, ni cualitativos o cuantitativos, solo a través de sinergia en algunos casos.

Se cuenta con materiales de las distintas instituciones.

Puntos fuertes de debate:

- ¿Podemos hablar de la prevención de adicciones en general, sin mirar la realidad particular de los sujetos cuya diversidad, marca diferencias en cómo y desde dónde realizar estas prácticas?
- La exclusión social ¿marca una diferencia en las formas, sentidos en que se da la prevención en adicciones? ¿da lo mismo desde dónde se concibe y se concretiza en las prácticas?
- ¿Cuál es la diferencia en la clase media en la conceptualización de la prevención en lo que hace a la temática de las drogas? Orfandad, soledad afectiva y de contención como denominadores comunes más allá de que sector social se trate.

Actividades Internas de la RIOD

Durante el Seminario se destinaron los dos últimos días a la realización de actividades internas de las entidades de la RIOD.

Las principales fueron:

- Reuniones de Nodos Geográficos donde se evaluó el Plan de Trabajo 2016-2017 y se trabajó en la elaboración del Plan de Trabajo 2017-2018.
- Reuniones de Comisiones temáticas donde se evaluó el Plan de Trabajo 2016-2017 y se trabajó en la elaboración del Plan de Trabajo 2017-2018.
- Presentación de nueva imagen de la RIOD y Plataforma digital (Web e Intranet)
- Reuniones de la Junta Directiva de la RIOD.
- Realización de la Asamblea General anual de la RIOD.
 - Apertura de Asamblea.
 - Elección de Mesa de Asamblea.
 - Lectura y aprobación de Acta de Asamblea General Ordinario 2017.
 - Informe de Gestión 2016-2017 de la Junta Directiva RIOD.
 - Plan de actividades 2017-2018.
 - Lectura y aprobación de Cuentas Anuales 2016.
 - Presupuesto ejercicio 2017.



Participantes en el seminario

El Seminario contó con la participación de más de 120 personas durante los días 8, 9 y 10 de mayo 2017.

El perfil de los asistentes fue:

- Representantes de las instituciones miembros de las RIOD de 15 países. Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, España, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.
- Representantes del Instituto sobre Alcholemia y Farmacodependencia (IAFA), y representantes de Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).
- Trabajadores de ONG, organizaciones sociales y representantes de organismos públicos de Costa Rica.

Además asistieron panelistas y ponentes, nacionales e internacionales, y destacadas personalidades tales como la presidenta de la RIOD, Margarita M^a. Sánchez Villegas; el Director General del Instituto Costarricense sobre Drogas, Guillermo Araya Camacho; el Director General del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, Luis Eduardo Sandí Esquivel; la Directora del Área de leyes, políticas públicas y derechos humanos de la Fundación ICCERS, Constanza Sánchez Avilés; el Asesor Regional de la OPS, Luis Alfonso Bello; y el Consultor de Organismos Internacionales, Javier Sagredo Fernández.

Los últimos dos días el 11 y 12 de mayo, en la jornada interna y Asamblea General, se contó con la participación de las entidades de RIOD a través de sus representantes.

Principales conclusiones del seminario

El XIX Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación de RIOD, bajo el título “*Soluciones locales para un fenómeno global*”, reunió a entidades de más de 16 países, cumpliendo con el objetivo de generar un espacio para fomentar el debate, el intercambio de experiencias y buenas prácticas, explorando diferentes alternativas de intervención, ante los problemas asociados al consumo de drogas y generando propuestas de nuevas políticas públicas. Además, al contar con una amplia presencia de personas referentes, en el ámbito de las políticas públicas de drogas de Costa Rica, el espacio fue una oportunidad para reforzar la imprescindible cooperación entre gobierno y la sociedad civil en este tema.

Este año, teniendo que consideramos que el consumo problemático de drogas es, además de un problema global, un problema social, y por lo tanto la responsabilidad de intervención está repartida entre diferentes actores y de diferentes niveles de intervención, nos propusimos realizar un análisis y búsqueda de diferentes soluciones para que desde el ámbito local, el más cercano a las personas y las comunidades, se pueda incidir en un fenómeno complejo y global como es el de las adicciones.

En este sentido, el Seminario inició con una ponencia marco en la que se nos acercó a la realidad de las políticas internacionales de drogas y el marco en el que se discuten, con una especial referencia al evento clave del último año, la UNGASS 2016 y los retos que, tras la reunión de alto nivel de Nueva York, nos quedan por abordar en el ámbito internacional.

La ponencia marco abrió paso a las diferentes mesas de debate que recogían, todas ellas y por cada tema, la visión global, la visión trabajada desde la RIOD, la experiencia de la sociedad civil y el aporte del país que nos acogía, Costa Rica.

Los temas abordados fueron salud pública; salud mental y adicciones; enfermedades y riesgos asociados al consumo; justicia restaurativa; evidencia en intervenciones comunitarias; cooperación internacional; y retos actuales de la red que abordaremos próximamente en mayor profundidad como son los temas estigma, género y prevención con niños, niñas y adolescentes.

El seminario estuvo abierto al público los días 8 a 10 de mayo, quedando el jueves 11 y viernes 12 destinados al trabajo interno de la red y la celebración de su Asamblea.

Durante la jornada interna, las protagonistas fueron las comisiones o grupos de trabajo de la red, sobre las que se está articulando la gestión del conocimiento y la creación de discurso y posicionamiento de la red.

Igualmente tuvimos espacios para poder compartir e intercambiar metodologías y buenas prácticas, enmarcado en nuestra IV Edición de Buenas Prácticas de la RIOD. Además este año contamos con la presentación de la publicación “*Identificación, promoción y difusión de buenas prácticas de intervención de las ONG de la RIOD*”, la cual fue editada el pasado año gracias al apoyo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Podemos afirmar que el evento cumplió el objetivo de generar un espacio de reflexión y de encuentro, entre gobierno y sociedad civil, en el que pudimos debatir y proponer respuestas y aportes, desde lo local, al marco normativo internacional que permitan, que el mismo, se pueda desarrollar de la manera más idónea y tratando de contemplar las especificidades del país y/o región en el que se implemente.

Como conclusión, debemos abogar por el diseño de un marco de políticas globales pero que sean lo suficientemente flexibles, y de fácil adaptación, a la hora de su aplicación e implementación a nivel local, pudiéndose contemplar las necesidades de las comunidades que también se ven afectadas por el fenómeno de las drogas.

Quedan retos y desafíos que afrontar pero con el entusiasmo y el fortalecimiento que supone el trabajo en red podremos ir dando respuesta a los mismos.

Evaluación del seminario

Se distribuyó una ficha evaluativa del Seminario a todas las personas que participaron en el mismo. A continuación se presenta una sistematización de los resultados de los 102 cuestionarios recibidos al finalizar el Seminario abierto.

A cada tema a evaluar se solicitaba al encuestado su valoración de 0 (peor puntuación) a 4 (máxima puntuación), el resultado obtenido es el siguiente:

	Puntuación media
1. El procedimiento de inscripción me ha parecido sencillo y adecuado	3,83
2. La atención recibida por la organización me ha resultado adecuada	3,78
3. La difusión del evento me ha parecido clara y suficiente	3,38
4. La localización e instalaciones me han resultado acertadas	3,69
5. El material entregado a cada asistente me ha parecido el adecuado.	3,24
6. Los temas tratados me han resultado interesantes	3,57
7. Los temas tratados me han aportado nuevos conocimiento	3,55
8. Las intervenciones de los ponentes me han parecido adecuadas	3,42
9. Los debates y las conclusiones me han resultado interesantes	3,33
10. Los conocimientos adquiridos en el seminario son útiles para mi trabajo	3,65
11. En general el XIX Seminario me ha resultado interesante/útil	3,64

Nota: Cabe destacar que la calificación con menor puntuación, correspondiente al apartado "El material entregado a cada asistente me ha parecido el adecuado", se justifica al haber compartido la mayor parte del material del Seminario (ponencias, conclusiones, etc.) una vez había finalizado el mismo y tras la cumplimentación de la evaluación. Se tendrá en cuenta lo sucedido para próximos Seminarios y poder obtener una puntuación a este apartado más ajustada y sin sesgos.

Por otro lado, se preguntaba al encuestado por **propuestas que le resultasen de interés para abordar en próximos seminarios**, las respuestas predominantes fueron las siguientes:

- Conocer en mayor profundidad experiencias de Centroamérica.
- Tratamiento de base comunitaria.
- Abordaje de menores de edad en adicción
- Patología Dual
- Experiencias sistematizadas y manuales prácticos para aplicar en terreno.
- Protocolos actualizados de atención con tratamientos farmacológicos.

- Pobreza y exclusión como determinantes en la generación de adicciones y dificultades en la inserción
- Afectación en el cerebro de las drogas y Modelos de Tratamiento
- Experiencias exitosas de trabajo en red para promoción de la salud, prevención de consumo drogas y tratamiento adicción.
- Género y Drogas. Tratamiento de drogodependencias en mujeres, aplicación y resultados de programas dirigidos a ellas. Inclusión de la perspectiva de género en políticas públicas.
- Profundizar en el técnicas y acciones con enfoque de Reducción de Daños como estrategia de intervención y las formas de seguimiento que se brindan procurando velar por derechos y buenas practicas hacia los usuarios
- Políticas públicas de drogas
- Tratamiento y atención en centros penitenciarios en base a datos reales
- Diferentes modelos de Prevención según países, experiencias reales al respecto.
- Determinantes sociales y culturales de la salud (factores estructurales asociados con la desigualdad y la inequidad) asociados a la vulnerabilidad relacionada con el consumo de drogas y corresponsabilidad de actores gubernamentales y sociales para aportar a la solución
- Consumo de cannabis en jóvenes y menores de edad
- Drogas emergentes en el mundo
- Vinculación de las ONG con instituciones estatales en el tratamiento y prevención del consumo de sustancias psicoactivas
- Niñez y adolescencia
- Terapias alternativas en tratamiento
- Estudios comparativos en poblaciones en vulnerabilidad sobre acompañamiento e intercambio técnico
- Métodos de evaluación. Construcción de indicadores comunes en base a experiencias de éxito
- Legalización de algunas drogas
- Enfoque de derecho y justicia restaurativa. Trabajo que se está desarrollando desde organizaciones de la sociedad civil
- Modelos de tratamiento que han demostrado eficacia para el tratamiento de la adicción
- Rehabilitación psicosocial
- Legalización de cannabis, experiencias de países que lo aplican, estrategias en prevención, abordaje de consumo en territorios indígenas
- El rol del terapeuta en tratamiento en adicciones
- Como y cuáles han sido las experiencias de las ONG en promoción prevención. Resultado de trabajo de campo.
- Evidencia científica
- Protocolos de intervención según las experiencias vivenciadas en cada país que compone la red, profundizar en prácticas.

- Talleres prácticos y espacios de debate para la construcción colectiva y consensuar posicionamientos conjuntos. Grupos de trabajo, open space, world café, etc. Dinámicas participativas.
- Estigma
- Experiencias exitosas enmarcadas de fortalecimiento de capacidades locales para prevención y promoción de la salud
- Experiencia de RIOD en prevención selectiva
- Estrategias de intervención temprana para reducción de oferta
- Rehabilitación neurocognitiva como herramienta ante el deterioro en problemas de farmacodependencias
- Diferentes modelos de intervención, enfoque desde otros países
- Prevención, aplicación de políticas públicas, retos para la atención integral de la persona consumidora
- Enfoque de Derechos Humanos
- Salud Mental y Drogas
- Formación en Salud Comunitaria
- Formación de los equipos de las ONG, nuevos abordajes y problemáticas actuales
- Modelo doce pasos, introducción metodológica de A.A. en tratamiento y reinserción
- Consumo de drogas y vulnerabilidad en mujeres en trabajo sexual
- Discapacidad y consumo de drogas
- Población LGTBI. Experiencias concretas de ONG
- Experiencias de reinserción social
- Terapia para la relación con familias
- Habilidades para la vida como herramienta para la reducción del consumo
- Consumo en población mayor de 65 años
- Consensos internacionales

Memoria Económica

La realización del XIX Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación de RIOD ha sido posible gracias a la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del gobierno de España, quien ha subvencionado este encuentro con una cantidad total de 54.000 euros.

Por otro lado, si bien no se percibió directamente ninguna otra fuente de financiación, sí fue crucial para el desarrollo del Seminario el apoyo del Gobierno de la República de Costa Rica, a través del Instituto Costarricense de Drogas, quien aportó la cantidad de, aproximadamente, 13 millones de colonos costarricenses (22.820 euros). Este monto fue destinado al alojamiento y manutención de los asistentes, así como a la elaboración de algunos materiales (cartel anunciador), el alquiler del salón principal y otras salas menores para reuniones, coffee breaks, y material técnico y de sonido.

Así mismo, RIOD ha aportado también la cantidad de 4.972 euros, que ha sido destinada a gastos de representación y de gestión y administración.

La suma total de todas las aportaciones económicas mencionadas anteriormente han permitido el desarrollo completo del XIX Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación y su Asamblea General 2017.

Memoria Gráfica







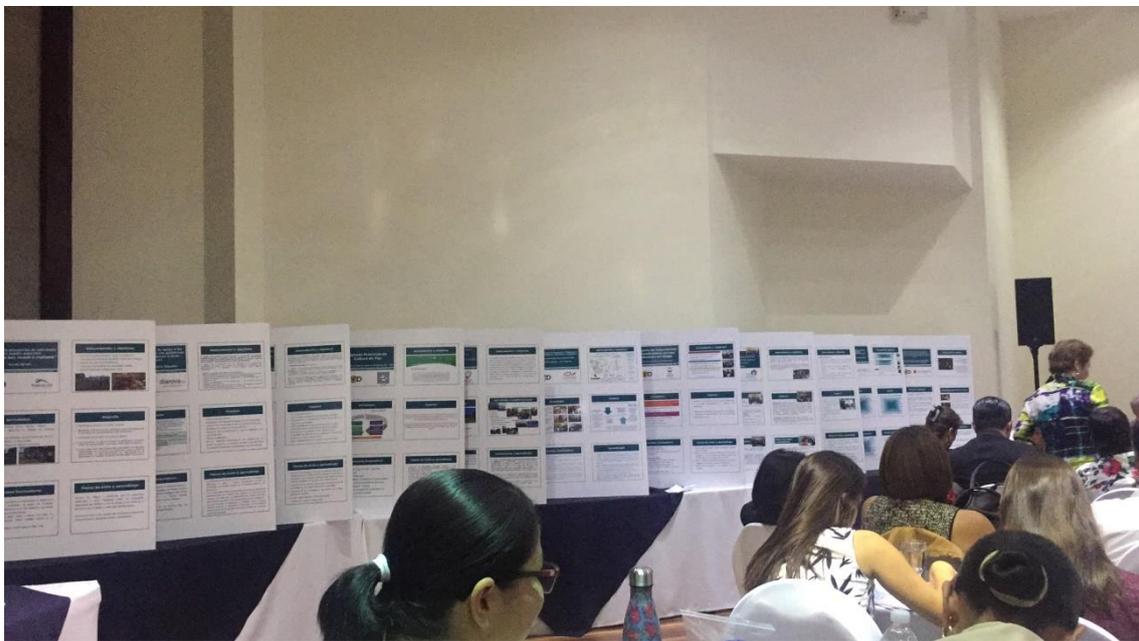












Fotos de la Jornada Interna de RIOD





Comisiones de trabajo

Actualmente tenemos activas cinco comisiones:

Comisión	Coordinador/a
Enfoque SP y DDHH	Josep Rovira
Salud Mental	Juanjo Fernández
Evidencia Comunitaria	Silverio Espinal
Justicia Restaurativa	Hogares Claret
VIH	Julia Campos

Se proponen las siguientes:

Comisión	Coordinador/a
Género	Paz Casillas
Niños, niñas y adolescentes	David Órdenes
Estigma	Sebastián Rodríguez
Cooperación	Lola Capdepón
Reducción de daños	Claudio Vidal / Nuria Calzada

Jornada Interna - Día 1.1



Fotos de la Asamblea General 2017 de RIOD



