



XXI Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación:
**“La intervención en drogas desde la ética,
la calidad y el rigor metodológico”**

*Centro de Formación de la Cooperación Española
en Montevideo, Uruguay, del 27 al 31 de mayo de 2019*

Financiado por:



Con la colaboración de:



Índice

Agradecimientos	2
Introducción	3
Objetivos del Seminario	5
Programa del Seminario	6
Resumen de las ponencias	7
Actividades internas de la RIOD	70
Evaluación por parte de las personas asistentes al XXI Seminario de la RIOD	71
Principales conclusiones del XXI Seminario de la RIOD	74
Memoria Económica	77
Memoria gráfica	78



Agradecimientos

La Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogas y Adicciones, RIOD, agradece especialmente a Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España, y a la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica y el Caribe del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, su apoyo, respaldo y cooperación en el desarrollo del XXI Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación: “La intervención en drogas desde la ética, la calidad y el rigor metodológico”, celebrado en Montevideo (Uruguay), del 27 al 31 de mayo de 2019.

Asimismo agradece la inestimable colaboración en el desarrollo del evento a la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo (AECID), a través del Plan Intercoonecta, a la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD-OEA), al Programa COPOLAD II, a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a la Junta Nacional de Drogas de Uruguay, a la Intendencia de Montevideo, y nuestra entidad socia Encare de Uruguay.

Los aportes –logísticos, técnicos y financieros–, de los organismos y entidades mencionadas han constituido un apoyo imprescindible para la proyección de nuestro trabajo en Iberoamérica, haciendo posible la celebración de nuestro Seminario anual sobre Drogas y Cooperación.

Introducción

La Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogas y Adicciones, RIOD, 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.

Con la misión incidir en las políticas públicas y los problemas relacionados con el consumo de drogas y adicciones desde un enfoque de Derechos Humanos, la RIOD articula su trabajo por nodos geográficos (Sur, Andino, Centroamérica y Caribe, y España), como forma de generar una mayor relación entre las ONG de países vecinos y potenciar la puesta en marcha de proyectos comunes, y por diez comisiones de trabajo, integradas por profesionales y expertos representantes de entidades socias de la red para el estudio y análisis de diversos temas (Salud Pública; Justicia Restaurativa; Evidencia Comunitaria; Salud Mental; Género; VIH y otras enfermedades asociadas al consumo; Prevención de adicciones en niños, niñas y jóvenes; Cooperación Internacional; Estigma; y Reducción de Daños).

Anualmente todas las entidades que componen la red, así como otros actores clave en el tratamiento del fenómeno de las drogas, se dan cita en el Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación organizado por la RIOD, con el objetivo de profundizar en los avances alcanzados durante el año, así como para compartir con todas las personas participantes las reflexiones, conclusiones y debates que han marcado el discurso de los espacios de trabajo. Además, cada año se abordan temas específicos que preocupan especialmente a nivel global y que van variando según la realidad dinámica y cambiante del fenómeno de las drogas. Este es un encuentro de gran relevancia al contar con expertos pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil, Gobiernos y organismos internacionales, que tratan la problemática y sus posibles soluciones desde diferentes perspectivas y de manera articulada.

El XX Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación de la RIOD, celebrado en 2018 y coincidiendo con el 20 aniversario de la red, cumplió con el objetivo de generar un espacio de análisis y reflexión sobre la evolución del fenómeno de las drogas en estas dos últimas décadas en Iberoamérica, promoviendo el debate y el intercambio de buenas prácticas entre profesionales del sector, organizaciones de la sociedad civil, Gobiernos y organismos internacionales. Como resultado, se identificaron los logros alcanzados y, por otro lado, los retos que aún enfrentamos y que nos exigen seguir trabajando en la búsqueda de alternativas ajustadas al contexto actual, tal y como quedó reflejado en la Declaración de Madrid de la RIOD, respaldada por todas sus entidades socias.

Los nuevos patrones de consumo y formas de adicción, los cambios legislativos, la evolución de los modelos de tratamiento, los enfoques innovadores, los cambios sociales y demográficos, o la constante aparición de nuevas sustancias psicoactivas, son parte de los desafíos identificados a nivel internacional y a los que las entidades deben de dar respuesta. Partiendo de esta realidad, la RIOD plantea que este es un momento idóneo para que las ONG que trabajan en drogas analicen, en base a una mirada introspectiva, si se encuentran preparadas para afrontar con eficacia este nuevo paradigma. Se propuso, por tanto, centrar el XXI Seminario Iberoamericano

sobre Drogas y Cooperación de la RIOD en la reflexión de la situación de las organizaciones en relación al contexto actual, y en la formación de las entidades con el objetivo de, por un lado, fortalecer su capacidad de gestión (criterios de calidad, normas de acreditación de servicios, acceso a tratamiento, integración de ONG al sistema público, legislación, etc.), y por otro, fortalecer la intervención de las entidades en relación a modelos de intervención (residenciales hospitalarios, comunidades terapéuticas, ambulatorios, farmacológicos, psicosociales, reinserción social, etc.) y a la incorporación de enfoques como la reducción de daños o la perspectiva de género. Todas las políticas e intervenciones sobre las que se profundizó están alineadas con lo establecido por organismos y políticas internacionales.

Con todo ello se pretende que las organizaciones iberoamericanas que trabajan en drogas, y por extensión la RIOD, se fortalezcan y se constituyan como entidades de referencia en el sector a nivel internacional, adaptadas a los constantes cambios que experimenta el fenómeno de las drogas, y pudiendo así ofrecer respuestas efectivas y de calidad.

Esta iniciativa está alineada con la Estrategia del Plan Nacional Sobre Adicciones de España 2017-2024, que establece entre sus áreas transversales la coordinación, como medio para que las actuaciones y políticas sean lo más equitativas y eficientes evitando duplicidades y aunando esfuerzos, y la gestión de conocimiento, centrada en los sistemas de información, la investigación y la formación como medios para adaptarse a una realidad dinámica y variable como es la de las drogas. En concreto la formación es considerada una herramienta indispensable para mejorar la calidad y diseminar las mejores prácticas en cada área de actuación. Cabe resaltar también la búsqueda del cumplimiento de la meta 11.4. de la Estrategia enfocada en la Cooperación Internacional, que cuenta con objetivos estratégicos centrados en la coordinación e impulso de la participación política y técnica de España en el ámbito internacional en materia de adicciones, y en dar seguimiento y contribuir al cumplimiento de las recomendaciones operativas del documento resultante de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre Drogas de 2016, entre otros. Entre sus ámbitos de actuación de cooperación compartimos el objetivo de América Latina.

Asimismo, este proyecto plantea el desarrollo de actividades orientadas a la materialización de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, partiendo de la base de que el problema del uso de drogas es global y está interconectado con las tres dimensiones del desarrollo sostenible (económico, social y ambiental), lo que sitúa a la Agenda 2030 en un lugar protagonista, considerándose pertinente reflexionar sobre la eficacia de las alianzas globales para la cooperación al desarrollo en este ámbito y sobre la coherencia de las políticas para el Desarrollo Sostenible sin dejar a nadie atrás.

En este sentido, el contenido de la actividad está igualmente vinculado con los objetivos y fines del V Plan Director de la Cooperación Española, en tanto que se plantea la realización de un encuentro basado en la promoción de un modelo horizontal de cooperación, que viene realizándose anualmente en un proceso continuo de aprendizaje y de mejora, y que apuesta por la generación y difusión de conocimiento, materializando el compromiso compartido con la Agenda 2030.

Objetivos del Seminario

Objetivo General:

Fortalecer las entidades socias de la RIOD a fin de afrontar con efectividad los desafíos actuales en el abordaje del problema de las drogas, estando asimismo alineadas con lo establecido por organismos y políticas internacionales.

Objetivos Específicos:

OE 1.- Identificar principales desafíos actuales en el abordaje del problema de las drogas, según conclusiones extraídas del XX Seminario Iberoamericano de la RIOD.

OE 2.- Mejorar el conocimiento de las entidades socias de la RIOD, en base a los desafíos actuales identificados, para fortalecer sus procesos de gestión y modelos de intervención.

OE 3.- Fomentar el intercambio de reflexiones y buenas prácticas, en base a evidencias, sobre procesos de gestión y modelos de intervención entre entidades socias de RIOD.

OE 4.- Promover la alineación de las estrategias e intervenciones de las entidades RIOD con lo establecido por organismos y políticas internacionales.

OE 5.- Difundir conocimiento entre profesionales del sector, organizaciones de la sociedad civil, Gobiernos, organismos internacionales y sociedad en general, en base a los temas tratados y conclusiones obtenidas durante el Seminario.



Programa del Seminario

Lunes, 27 de mayo

8h30	Recepción y acreditaciones
9h00	Inauguración; <i>Dirección del Centro de Formación, Azucena Martí Palacios (Delegada de Gobierno para el PNSD), Diego Martín Olivera (Secretario General de la Junta Nacional de Drogas de Uruguay), Giovanni Escalante (Representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Uruguay), Alfonso Abarca (Especialista en reducción de la demanda, Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD), Margarita María Sánchez Villegas (Presidenta de RIOD).</i>
9h30	Ponencia Marco "El camino hacia una atención universal basada en el paradigma de Salud Pública y los Derechos Humanos"; <i>Milton Romani (Embajador, Ex Secretario General de la JND Presidencia), y Luis Alfonso Bello (Asesor Regional OPS).</i>
11h00	Café
11h30	Ética, calidad y rigor en la atención de problemas derivados del uso de drogas; <i>Ítalo García (COPOLAD II), Analía Caraballo (Fundación Aylén), y Victoria Eugenia Correa (Corporación Caminos).</i>
13h30	Almuerzo
14h30	Intervenciones basadas en la evidencia y en la práctica evaluada. Complementación y condición para la calidad; <i>Alfonso Arocena (Junta Nacional de Drogas de Uruguay) y Juan José Fernández (Socidrogalcohol).</i>

Martes, 28 de mayo

9h00	La atención integral y centrada en la persona; <i>Luis Alfonso Bello (OPS), Alfonso Abarca (CICAD), Felisa Pérez Antón (ABD), y Ana M. Echeberria (Encare).</i>
11h00	Café
11h30	Reducción de daños. Concepto y buenas prácticas; <i>Josep Rovira (UNAD/ABD), y Ernesto Cortés (ACEID).</i>
13h30	Almuerzo
14h30	Introducción a la detección y el manejo de comorbilidades psíquicas y físicas; <i>Juan José Fernández (Socidrogalcohol), y Gloria Bodnar (Fundasalva).</i>
16h30	Experiencias de intervención y modelos de tratamiento; <i>Fabián Tonda (Fundación Aylén), Raydiris Cruz (Casa Abierta), Roberto Gallinal (Encare) y Josep Rovira (UNAD/ABD).</i> Cambio de ubicación: Salón Dorado de la Intendencia de Montevideo (Av. 18 de Julio 1360).

Miércoles, 29 de mayo

9h00	Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas; <i>Silverio Espinal (Corporación Surgir), y Juan Machín (CAFAC).</i>
11h00	Café
11h30	Políticas de Marco regulatorio; <i>Diego Martín Olivera (Junta Nacional de Drogas de Uruguay).</i>
12h30	Las políticas internacionales de Drogas y su alineación con la Agenda 2030. Conclusiones del Segmento Ministerial de la CND; <i>Lola Capdepón (UNAD).</i>
13h30	Almuerzo
15h00	Enfoques necesarios en la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad: Habitantes de calle, Medio carcelario, Género y Niñez; <i>Carolina Andrea Reyes (Fundación Paréntesis), Paz Casillas (Fundación Atenea), Ana M. Echeberria (Encare), y Marcelo Choclin (Proyecto Cambio).</i> Cambio de ubicación: Salón Dorado de la Intendencia de Montevideo (Av. 18 de Julio 1360).

Durante los días 30 y 31 de mayo se llevó a cabo la jornada interna de la RIOD, a la que asistieron sus entidades socias para labores de coordinación, trabajo interno, y celebración de la Asamblea anual.

Resumen de las ponencias

Lunes 27 de mayo. 9h30 – 11h00.

Mesa	El camino hacia una atención universal basada en el paradigma de salud pública y los derechos humanos.
Vídeo de la mesa	https://youtu.be/UcAds0R9UC8
Ponentes y ponencias descargables	• Luis Alfonzo Bello. Asesor regional sobre abuso de sustancias. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Descargar ponencia • Milton Romaní. Embajador, Ex Secretario General de la Junta Nacional de Drogas Presidencia. Uruguay. Descargar ponencia



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

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

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

El acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud, integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan. Mientras que, la cobertura universal de salud, ha sido definida como “la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la

población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento”.

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

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

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

Milton Romaní, Embajador y Ex Secretario General de la Junta Nacional de Drogas, Presidencia de Uruguay.

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

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

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

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

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

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

Se proponen algunas reflexiones a manera de recomendaciones:

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

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

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

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



Lunes 27 de mayo. 11h30 – 13h30.

Mesa	Ética, calidad y rigor en la atención de problemas derivados del uso de drogas.
Vídeo de la mesa	https://youtu.be/hvCYtAtE5I
Ponentes y ponencias descargables	• Ítalo García. Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD II). Descargar ponencia • Analía Caraballo. Fundación Aylén (Argentina). Descargar ponencia • Victoria Eugenia Correa. Corporación Caminos (Colombia). Descargar ponencia



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

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

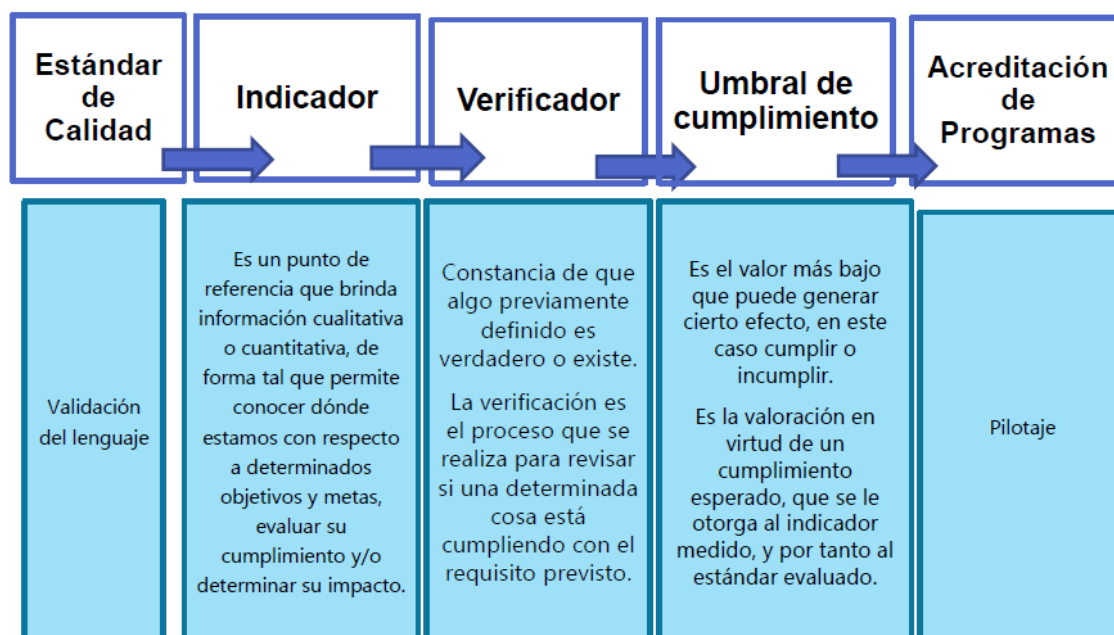
Actualmente, se están implementado 3 iniciativas: Validación y Pilotaje de Estándares de Programas de Reducción de Riesgos y Prevención en América Latina, liderado por Costa Rica, (participan 10 países); Validación y Pilotaje de Estándares de Programas de Tratamiento y Reducción de Daños en América Latina,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

y Validación de los diferentes Estándares en el Caribe, liderado por Trinidad y Tobago, (participan 8 países).

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

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

TRABAJO EN CADA PAÍS



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

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

Algunas conclusiones iniciales

- 14 de los 15 países participantes han finalizado el proceso de validación y pilotaje, cumpliendo los diferentes hitos programados.
- 12 países han enviado sus Informes Finales con los resultados alcanzados en el proceso, en cada país.

- La mayoría de los Países participantes destacaron el impacto positivo que esta iniciativa ha tenido para avanzar en el desarrollo y fortalecimientos de Sistemas de Acreditación de Calidad en el tratamiento de las adicciones.

Próximos pasos del Proyecto

- Informe Final Preliminar del componente a cargo de COPOLAD: Manual de aplicación (julio, 2019).
- Curso on-line de autoaprendizaje, que incorpora la experiencia de validación y pilotaje.
- Reunión bi-regional de intercambio de buenas prácticas (Panamá, Noviembre 2019).

Estrategias recomendadas para avanzar en la implementación de sistemas nacionales de acreditación de calidad, de programas RDD

- Incluir en la planificación anual la estrategia de calidad, en programas RDD.
- Avanzar en modelos de gestión de la calidad como parte de esa planificación.
- Capacitación curso on-line: participación de quienes han estado involucrados en la validación y pilotaje, organismos nacionales que se verán involucrados.
- Mantener y fortalecer los grupos de expertos con lo que se trabajó, en miras a constituir consejos asesores intersectoriales e interinstitucionales más permanentes que acompañen la implementación del sistema nacional de acreditación.
- Proceso de coordinación estable y sistemática entre comisiones de drogas, ministerios de salud y organismo encargado de acreditación (de acuerdo a las diversas realidades), como núcleo que diseñe y planifique el proceso normativo y/o legal que será requerido en cada país.
- Desarrollo de Manual de Implementación adaptado a nivel nacional. Importancia de la adecuación de la “pauta de cotejo”, “pauta de verificación”, “manual de chequeo”.
- Definición de perfiles de programas de tratamiento parece ser necesario para hacer pertinente la aplicación de los criterios, por tipo o nivel de atención. Este perfil puede ser reflejado en el manual de implementación.
- Procesos de difusión de la experiencia de validación y pilotaje a nivel nacional. Generación de documentos para la toma de decisiones.
- Hacer ejercicios nacionales de auto-evaluación, particularmente en los servicios de tratamiento. Los protocolos de pilotaje utilizados pueden servir de base para planificar un proceso de este tipo.
- Ejercicios nacionales de evaluación cruzada entre equipos de programas de tratamiento.
- Incorporar la metodología de planes de mejora sistemáticos, derivados de los procesos de autoevaluación.
- Mantener y fortalecer la colaboración entre países.

Analía Caraballo, Fundación Aylén (Argentina).

Actualmente la Fundación Aylén se encuentra en el proceso de implementación de los estándares de calidad en abordajes residenciales. La organización hace cuatro años inició un proceso de cambio, debido a dos factores fundamentales, uno el contexto externo: la ley de salud mental y sus reglamentaciones y el otro en un fuero más interno, el cambio de la figura del director y de la forma de gestionar los proyectos de la Fundación Aylén.



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

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

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

Actualmente el trabajo se centra en el desarrollo de un software que permita digitalizar datos, para mejorar las herramientas de registro y consentimientos, garantizando el acceso a la información y derechos de las personas que realizan un tratamiento.

El desafío de cara a un futuro próximo consiste en lograr instalar una cultura organizacional que se desarrolle plenamente en una gestión de calidad basada en estándares de calidad y sustentabilidad para el desarrollo continuo.

Victoria Eugenia Correa, Corporación Caminos (Colombia).

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

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

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



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

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

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

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

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

Actualmente se está trabajando en:

- Contratación de un asesor externo en temas de calidad y habilitación en salud (al inicio)
- Socialización con el personal (funcionarios deben conocer la importancia que tienen para llevar a cabo sus actividades, y cómo esto repercute en la satisfacción de los usuarios)
- Concientización de lo que no se puede medir no se puede controlar, y lo que no se puede controlar es un caos (informalidad a la formal)
- Revisión de los procesos realizados en el área de tratamiento
- Trabajar en mejora continua (Planear, Hacer, Verificar y Actuar)

Lunes 27 de mayo. 14h30 – 16h30.

Mesa	Intervenciones basadas en la evidencia y en la práctica evaluada. Complementación y condición para la calidad.
Vídeo de la mesa	https://youtu.be/qzBTZYFoEYk
Ponentes y ponencias descargables	• Alfonso Arocena, Junta Nacional de Drogas de Uruguay. Descargar ponencia • Juan José Fernández, Socidrogalcohol (España). Descargar ponencia



Alfonso Arocena, Junta Nacional de Drogas de Uruguay.

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

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

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

Sin embargo, sabemos que los hallazgos (del ensayo clínico) no son garantía suficiente de “utilidad” para el quehacer clínico cotidiano. Los ensayos clínicos aleatorizados o estudios de

eficacia son necesarios pero no suficientes para garantizar la eficiencia o la efectividad del tratamiento.

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

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

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

Buscar y disponer de los mejores recursos terapéuticos adaptados a las necesidades del sujeto y de su momento vivencial; poder discriminar qué modalidad terapéutica sería más propicia para

afrontar determinados problemas, o discriminar qué perfil de usuario se beneficiaría en mayor medida de qué enfoque, son objetivos que tenemos que examinar y alcanzar, (Becoña,2010).

El diseño metodológico de la evaluación de efectividad requiere:

- Definir que tratamientos evaluar. Los tratamientos de apoyo empírico principalmente (no excluyente)
- Definir indicadores para el progreso terapéutico pensando en las diferentes modalidades, enfoques, paradigmas o tipos de abordaje.
- Definir indicadores pensando en la variedad de perfiles poblacionales que consultan, según diagnósticos integrales (estructural, dinámico, situacional).

Evaluación de efectividad de Tratamientos para usuarios Líneas generales de Indicadores:

- Aspectos del tratamiento. (Retención/adherencia/alta)
- Aspectos sanitarios. (biopsicosociales)
- Patrones de consumo.
- Gestión de riesgos
- Integración Social. (Trama, educativo/laboral, conflicto Ley)
- Calidad de vida. Auto-percibida

Es muy importante la implantación de un sistema de calidad /mejora continua. Para el diseño metodológico de una evaluación de efectividad en un dispositivo de atención, es necesario que existan procedimientos rigurosos de gestión que minimicen la distancia entre la EC y la EPC. Los requisitos del SGC, certifican:

- La evidencia científica sobre la que se diseña la estrategia.
- La inducción, formación y desempeño profesional.
- La evaluación de Satisfacción de Usuarios y personal.
- La ejecución de los procesos según procedimientos y protocolos.
- La evaluación de eficiencia en la gestión dispositivo de atención.
- Los registros clínicos en formatos sistematizables para evaluación.
- Evaluación de procesos terapéuticos.
- Enfoque en la mejora continua El enfoque de mejora continua y las metodologías de evaluación de efectividad de los distintos tratamientos tenga validez.



Juan José Fernández, Socidrogalcohol (España).

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

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

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

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

La e.c. es el paso previo a valoraciones de coste-efectividad y selección de tratamientos. Hay numerosos ejemplos de intervenciones en absoluto basadas en la más mínima evidencia (determinadas “CTs”, “psicoterapias”, ¿fármacos?...). No obstante, la e. c. de la MBE representan una respuesta particular a un problema particular biomédico. Pero son respuestas inevitables, y la única manera de toma de decisiones adecuada en patologías esencialmente biológicas y bien definidas. El ECA es el prototipo de aplicación del método científico para mostrar causa-efecto (“diseño experimental”). No obstante, en las ciencias sociales las evidencias se obtienen con métodos más abiertos y con controles en las condiciones metodológicas, pues las variables no controladas son muchas. Por lo difícil de recurrir a experimentos controlados, debemos también apoyarnos en las intervenciones de los profesionales y su evaluación.

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

Martes 28 de mayo. 9h00 – 11h00.

Mesa	La atención integral y centrada en la persona.
Vídeo de la mesa	https://youtu.be/qzBTZYFoEYk
Ponentes y ponencias descargables	• Luis Alfonzo Bello, Asesor regional sobre abuso de sustancias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Descargar ponencia • Alfonso Abarca, Especialista en reducción de la demanda de la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD). Descargar ponencia • Felisa Pérez Antón. Asociación Bienestar y Desarrollo, ABD (España). Descargar ponencia • Ana María Echeberría, Encare (Uruguay). Descargar ponencia



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

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



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

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

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

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

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

La presentación tiene como objetivo plantear el enfoque de CICAD sobre la problemática de las drogas en el hemisferio, con un abordaje integral y centrado en la persona, fundamentalmente desde el área de reducción de la demanda y desde la perspectiva de la salud pública.

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

En la presentación se hace énfasis en que, desde la perspectiva de la ciencia aplicada, la salud pública busca identificar las necesidades de la salud de la población, los factores determinantes y las respuestas de diseño que proporcionen servicios integrados para una base de población definida, teniendo como objetivo final, el bienestar de las personas afectadas por la problemática de las drogas. Bajo este marco, se plantearán hallazgos y desafíos, así como las políticas actuales y las deseadas, para el abordaje integral del problema.

Se incluye en la presentación, el enfoque de seguridad humana, bajo las premisas fundamentales de que el hemisferio ya no puede ignorar los intrincados vínculos entre las drogas, la seguridad y el desarrollo, así como el hecho de que las políticas de drogas deben tener en cuenta los factores sociales y económicos que alimentan la producción, tráfico y consumo de drogas.

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

Un enfoque de salud pública Panorama hemisférico



OEA

Más derechos
para más gente

Hallazgos

- ❑ Muchos países priorizan el enfoque de seguridad en sus políticas de drogas.
- ❑ Falta de información para diseñar políticas públicas (diagnósticos, intervenciones y evaluación).
- ❑ La información sobre prevención de drogas es incompleta. Las evaluaciones se enfocan en el proceso y en la implementación en lugar de enfocarse en el impacto.
- ❑ El tratamiento de los usuarios de drogas está segmentado y fragmentado.
- ❑ El concepto de drogodependencia como una enfermedad crónica no se incorpora plenamente en las políticas de drogas de los países.
- ❑ Recursos y programas para hacer frente al consumo, el uso experimental, abuso y dependencia de drogas son escasos y limitados.
- ❑ En la mayoría de los países no se han llevado a cabo evaluaciones de las políticas de drogas, ya sea a nivel nacional o local.



Desafíos

Se necesita un enfoque de salud pública para identificar las necesidades de salud de la población y sus factores determinantes, para diseñar respuestas que provean aproximaciones integrales.

Invertir en sistemas de información, metodología e investigación (trabajo con universidades).

Estrategias de prevención basadas en la evidencia y evaluadas, integrar diferentes sectores a diferentes niveles.

Modelos de tratamiento para problemas de abuso de sustancias que deben ser integrados y coordinados con el sistema de salud y cuando sea necesario, con el sector justicia.

La drogodependencia es una enfermedad crónica y debe ser tratada como tal, con el pleno compromiso del sistema de salud.

Implementar intervenciones amplias diseñadas para cambiar el medio ambiente y el comportamiento individual.

El Diseño de políticas públicas debe hacer uso de la mejor evidencia disponible, fortaleciendo su calidad, con un sistema normalizado.

El cambio de enfoque

• Política Actual:

- ☐ La solución se centra en la mano dura.
- ☐ Indicadores punitivos y anti-drogas (incautaciones, arrestos).
- ☐ Represión del infractor de la ley.
- ☐ Todos los usuarios son adictos y todos los adictos son delincuentes.

• Política deseada:

- ☐ Soluciones complejas e integrales enfocada en el ser humano.
- ☐ Indicadores desarrollo humano (acceso a la salud y los servicios del Estado).
- ☐ Rehabilitación del infractor de la ley.
- ☐ Los usuarios no deben ser criminalizados.

ENFOQUE DE SEGURIDAD HUMANA

- El hemisferio ya no puede ignorar los intrincados vínculos entre las drogas, la seguridad y el desarrollo.
- Las políticas de drogas deben tener en cuenta los factores sociales y económicos que alimentan la producción, tráfico y consumo de drogas.

LAS POLÍTICAS E INTERVENCIONES DEBEN ESTAR CENTRADAS EN LA SEGURIDAD Y BIENESTAR HUMANO Y NO EN LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS

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

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

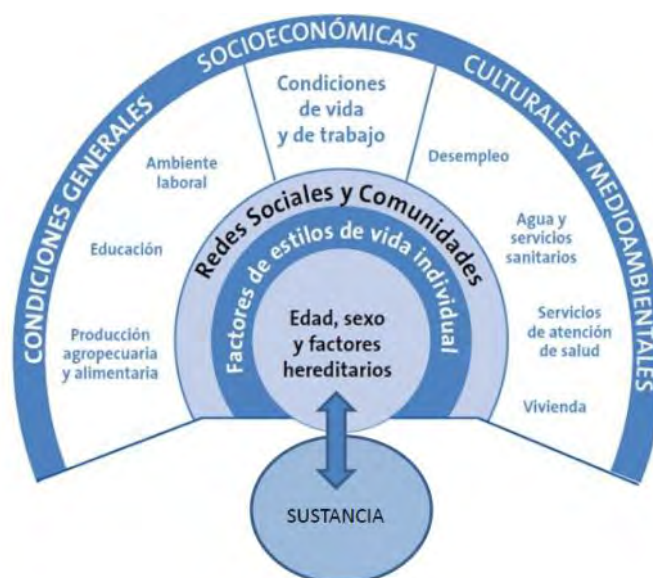
De esta manera, fue implementándose en España el modelo de atención integral (bio-psico-social-educativo) e integrador/comunitario, (participación como miembro activo de la sociedad).

Desde un inicio se vio a la necesidad de equipos multi/inter disciplinares, y la creación paulatina de servicios facilitadores del proceso de rehabilitación. La epidemia de HIV/SIDA y las consecuencias de mortalidad, nos obligó a incorporar programas de reducción de daños que facilitasen la permanencia en el tratamiento y/o la accesibilidad al mismo. Todo ello ha dado

lugar a la red específica actual de atención a las adicciones. Esta red, a su vez se relaciona coordina y complementa con otras redes, Sanidad, Justicia, Educación Servicios sociales.

En los últimos años la reflexión del cómo llevábamos acabo el modelo de atención nos ha llevado a implementar intervenciones con un “Enfoque de Atención Centrado en la Persona”, lo que implica trabajar desde el respeto y la dignidad, incorporando a la persona desde el análisis de su trayecto vital, su complejidad y como persona capacitada y responsable de sus decisiones.

Determinantes sociales/condición de vida



En salud, pesa más el distrito postal, que el código genético

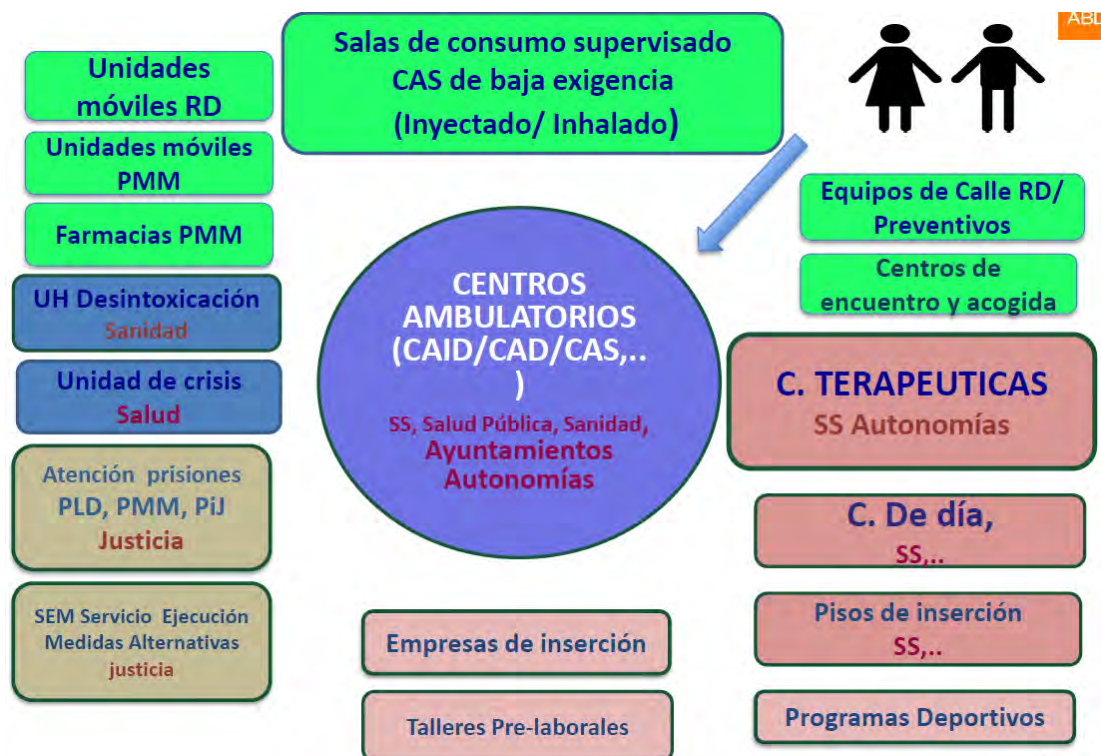
Decálogo de atención centrada en la persona (Teresa Martínez, 2017)

1. Todas las personas tienen dignidad
2. Cada persona es única. Tiene su propio proyecto vital
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas. Actividades plenas de sentido.
9. El ser humano es un ser social y nos relacionamos desde relaciones de interdependencia
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios

¿Qué implica una atención integral e integrada?



Red Pública Especializada de Atención a las Adicciones en Cataluña



Algunas conclusiones

- Los equipos de las ONG que trabajan en adicciones, lo hemos hecho desde la complejidad (problemas sociales, orgánicos, psiquiátricos,...) y desde la proximidad y la flexibilidad.
- Todos implementan sistemas de calidad.
- Los equipos profesionalizados están formados y son formadores con solvencia demostrada.
- Los SERVICIOS de la Red, están acreditados y, han tenido un seguimiento y evaluación constante por las Administraciones financiadoras.
- Las entidades hemos hecho de punta de lanza en programas y metodologías que ahora están integradas en la Red (Reducción de daños, prevención de riesgos, atención adicciones sin sustancias, etc.)

Desde una visión de responsabilidad colectiva, las Plataformas de ONG, nos ayudan: a mejorar modelo de intervención, a intercambiar buenas prácticas, a profundizar en necesidades, a incidir conjuntamente en las políticas públicas... Los PROBLEMAS surgen cuando no hay políticas con visión global de las adicciones (“departamentitis”), cuando se excluye la experiencia y valores añadidos del movimiento asociativo como parte de la solución.

Es importante destacar el papel de las entidades como reivindicadoras de derechos de las personas con adicciones, así como gestoras profesionalizadas de servicios con calidad y evidencias científicas en prevención, atención e inserción. Fueron incorporadas desde el inicio a la red pública, aunque a veces este modelo entra en peligro, según el financiador y donde éste ponga el énfasis.

Ana María Echeberría, Encare (Uruguay).

La asistencia, atención o tratamiento de los UPD se piensa generalmente como un continuo, que inicia en la desintoxicación para luego pasar a la rehabilitación y finalmente a la reinserción. Creemos que mayormente estos términos pueden, y de hecho ya han sido muchas veces, ser puestos en cuestión. Pero más allá de ello la realidad nos indica que esta linealidad no es tal y que muchas otras formas de encarar esta temática se han hecho necesarias. Cada vez es más visible por ejemplo, como los límites entre prevención y asistencia se desdibujan y que ambas intervenciones acontecen en paralelo, y constatamos que el establecimiento de fronteras a los diferentes niveles de atención funciona mejor en la teoría que en las comunidades. El modelo de RRDD nos ha aportado mucho al respecto.

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

En nuestros países de A.L. no necesariamente contamos con todos los recursos y éstos articulados coherentemente, por lo cual hemos debido ser creativos para poder construir metodologías que se adecuen a las demandas y realidades locales. Desde lo público se ha ido

avanzando en el desarrollo de prestaciones, pero estamos todavía muy lejos de lo necesario. Quizá, de todas formas, el principal déficit se encuentra en la articulación de los recursos existentes. Esto es especialmente complejo a nivel de las políticas sectoriales, fluyendo en cambio con naturalidad en los contextos locales.

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

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

La temática de las drogas, en tanto parte de contextos cambiantes, adquiere continuamente nuevas presentaciones que interpelan fuertemente los dispositivos asistenciales vigentes. Esto vuelve imprescindible formular propuestas que incluyan la participación de las comunidades (incluyendo a las personas que consumen drogas) sus miradas y los recursos de los que éstas disponen, además del saber técnico.

Es en el encuentro con los actores de cada comunidad donde se nos hacen visibles fallidos de las propuestas vigentes. Nos preguntamos por qué tantas veces el sufrimiento vinculado a drogas no se transforma en demanda hacia el sistema de salud. Las propuestas, cuando las hay, tienden a focalizarse en las sustancias y específicamente, en las adicciones, que las más de las veces son solo una respuesta fallida a los problemas que realmente constituyen la demanda de las personas. En ese sentido vemos cómo nuestras entidades de AL han avanzado en la construcción de modelos que buscan dar respuesta a la integralidad de las situaciones humanas puestas en juego en la cuestión que nos atañe. Y en nuestros contextos, afectados por fuertes cambios sociopolíticos e inestabilidades que a veces ponen en jaque a las democracias, y que se traducen en cambios en las políticas de drogas, muchas veces debemos apostar a la construcción de propuestas asistenciales capaces de ser instrumentadas con los recursos materiales y humanos existentes en cada comunidad, respuestas de carácter comunitario, que construyan autonomía, que reconstruyan relaciones y recreen personas.

Los modelos dominantes de atención hasta el momento hablan de respuestas terapéuticas que incluyen al entorno, pero extendiéndose básicamente el mismo a la familias, y cuando mucho al grupo de convivencia.

El contexto sociocultural y su subjetividad y vínculos producidos deben de integrarse a la propuesta asistencial, comenzar a invertir a las instituciones comunitarias como sujetos prestadores y productores de salud. Como dice Oriol Romaní: “Las modalidades de asistencia se convierten en ignorantes cuando falla el vínculo social.”

Si al hablar de los problemas vinculados al uso de drogas, nos referimos a la complejidad de factores que dan sentido al consumo, estamos diciendo que sólo desde allí es posible aliviar el sufrimiento. Entonces, entendemos necesario un modelo asistencial basado en la articulación de los recursos comunitarios existentes de modo tal que funcionen como sostén de los tratamientos de deshabituación, o de RRDD, interviniendo en la captación del usuario, en la acogida y básicamente en la inserción, desde el momento mismo de inicio del tratamiento.

¿Qué quiere decir esto? ¿Es pensable que un sujeto en el que el consumo de drogas asume el sentido del dolor por la exclusión, la falta de trabajo, la desvalorización, la violencia asociada a género, la violencia de la miseria, pueda cambiar su relación con las sustancias, sino se transforma algo de su realidad? ¿Alcanza con comprender el síntoma? ¿Se puede hablar de reinserción de sujetos que no han estado previamente insertos en nada al momento de instalar un consumo adictivo, por ejemplo?

No podemos pensar tratamientos desde consultorios sin lazos con la escuela, la capacitación para el trabajo, el mundo del tiempo libre, sin vínculos con las problemáticas del hacinamiento y la precariedad vincular... No podemos abordar lo multifactorial sino es de modo integral e integrado a lo interinstitucional.

Es a la vez requisito pensar intervenciones viables en el contexto de escasez de recursos disponibles en la región para la salud, y específicamente para el tratamiento de las drogodependencias.

Sin duda la apelación al sostén comunitario de las intervenciones sanitarias redundará en eficacia y eficiencia, en tanto asegura mejores posibilidades de fortalecer la inserción social del sujeto, reafirma ciudadanías, compromete al entorno en la evolución y el éxito de los tratamientos, pero también en cuanto baja sensiblemente los costos y evita la superposición de intervenciones con la consiguiente dilapidación de recursos.

Citando a Sánchez Pardo diríamos que “la cobertura de las diferentes etapas del itinerario (individual por el tratamiento) exigiría habitualmente del apoyo de los distintos recursos, contar con una red social de apoyo que permita progresar a la persona. Estas redes sociales son básicamente estructuras de coordinación que permiten sincronizar los esfuerzos y recursos de distintos profesionales e instituciones (y actores comunitarios), generar sinergias que contribuyan decididamente a que cada persona progrese en su itinerario de inserción”

Todo éste posicionamiento sanitario es productor de prácticas sociales y de subjetividad, entendiendo como “Producción de subjetividades” a las diferentes formas de construcción de significados, de interacción con el universo simbólico-cultural que nos rodea, las diversas maneras de percibir, sentir, pensar, conocer y actuar las modalidades vinculares, los modelos de vida, los estilos de relación con el pasado y con el futuro, las formas de concebir la articulación entre el individuo(yo) y el colectivo (nosotros), es parte de los procesos de autoconstrucción de los seres humanos a través de sus prácticas sociales.

Resaltamos entonces esta cuestión de las redes, de la imprescindible articulación y no superposición de recursos. Y sumamos a esto muy brevemente, a modo de síntesis algunas cuestiones que fuimos mencionando:

- Decíamos, creemos que no es posible plantearnos un abordaje terapéutico único. En conjunto con cada persona debe construirse una estrategia individualizada: que respete sus deseos, que



se adecue a su problemática y optimice mejor los recursos de que disponen el sujeto y su entorno.

- Destacar la importancia de ofertar propuestas profesionales y validadas diversificadas, que reconozcan las diferencias individuales de los usuarios, valorando estos distintos modelos como complementarios y no como antagónicos.
- Plantearse un abordaje terapéutico para esta problemática requiere de propuestas en constante movimiento. Las variables intervinientes en esta cuestión del uso de drogas, están tan atravesadas por la cultura, que van modificando en forma permanente el cómo se presenta el problema, la demanda de ayuda y lo que se busca a la hora de demandar tratamiento.
- Cada vez más no hablamos estereotipadamente de las características o el perfil del usuario de drogas, sino que estamos desafiados a construir abordajes que encaren esta problemática, incluyendo sí intervenciones específicas por el riesgo, por lo invasor que es el tema en la vida del individuo y su entorno, por el sesgo cultural, pero siendo conscientes que no es una problemática que se agote en sí misma, sino que sostiene situaciones que van mucho más allá del consumo de sustancias.
- No podemos pensar una clínica estereotipada, desde las drogas, que deje por fuera las situaciones de exclusión que se le vinculan y que se relacionan con cambios globales de nuestras sociedades, sino que debemos escuchar, atender este sufrimiento, desde el interés de articular esta escucha con la atención integral de un sujeto que es mucho más que un usuario problemático de drogas.
- Definición entonces del proceso de tratamiento de cada usuario, en función de intervenciones que incidan en los diferentes planos: individual, relacional, familiar, educativo, sanitario, laboral, etc., articulando responsablemente con programas y propuestas con experiencia en cada ámbito.
- La comunidad como elemento imprescindible en estos procesos, en tanto sostenedora de los tratamientos y pilar fundamental en la inserción, en la reconstrucción de lo dañado a nivel vincular y en la consolidación y estabilización de una cotidianeidad sin drogas.
- La consideración de la inserción social de los sujetos como un proceso que inicia y desarrolla simultáneamente a las intervenciones asistenciales y rehabilitadoras. Los procesos de rehabilitación y de inserción se refuerzan mutuamente. La inserción social no es una etapa posterior a la rehabilitación, sino que comienza y se desarrolla en paralelo...
- Como condición fundamental el respeto por la dignidad y los derechos de los sujetos, cualquiera sea su situación personal y la búsqueda de la equidad de género mejorando la accesibilidad a los recursos por parte de las mujeres y personas trans.
- Y por otra parte, la actuación sobre el entorno social que ha excluido al usuario de drogas y que tiene la responsabilidad de articular los medios necesarios para facilitarle el acceso.

Martes 28 de mayo. 11h30 – 13h30.

Mesa	Reducción de daños. Concepto y buenas prácticas.
Vídeo de la mesa	https://youtu.be/T8o7kn818r8
Ponentes y ponencias descargables	• Josep Rovira, Red de Atención a las Adicciones, UNAD/ Asociación Bienestar y Desarrollo, ABD (España). Descargar ponencia • Ernesto Cortés, Asociación Costarricense para el Estudio y la Intervención en Drogas, ACEID (Costa Rica). Descargar ponencia



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

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

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

¿Qué es la reducción de daños?

"La reducción de daños se refiere a políticas, programas y prácticas que tienen como objetivo principal reducir las consecuencias adversas sobre la salud, sociales y económicas del uso de sustancias psicoactivas legales o ilegales sin necesariamente reducir el consumo. La reducción de daños beneficia a las personas que usan drogas, a sus familias y a su comunidad". International Harm Reduction Association (IHRA)

"Un 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". Modelo Costa Rica de reducción de daños.

"En América Latina no existe una posición única en relación con la reducción de daños, sino que abarca un abanico muy amplio de propuestas, la mayoría de tipo muy concreto, incluso pragmático, ante diferentes situaciones de sufrimiento. En ese sentido, la reducción de daños es más como una filosofía de base en diferentes actividades, que tiene como objetivo un consumo con menos daños, por lo que no se opone ni a la prevención ni al tratamiento, sino que los complementa y puede estar o no presente como un principio que orienta ambos tipos de intervención". Juan Machín (2004), CAFAC, México; Modelo ECO2.

Las prácticas de Reducción de riesgos y daños en el consumo de drogas son parte integrante de la doctrina y paradigma de la Gestión del riesgo en los diversos campos problemáticos de la gestión social local de los conflictos intracomunitarios, en el campo de la protección civil en relación a los eventos naturales graves, o de la vida cotidiana en la modernidad.



placer + protección

gestión de placeres y riesgos

Un uso responsable implica que la persona ponga los medios necesarios para lograr los efectos deseados con el menor coste posible, tanto para ella como para su entorno

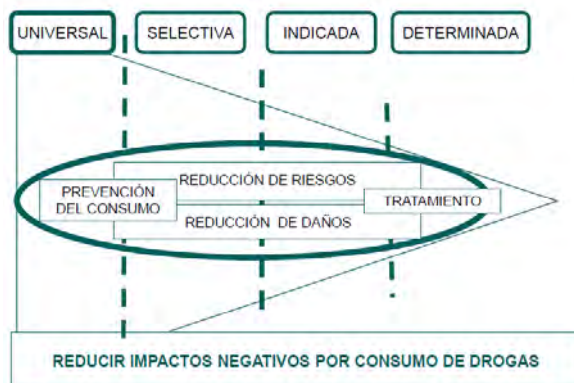
Diferencias entre un Modelo Prescriptivo y un Modelo Participativo



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

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

Apuestas pragmáticas y globales



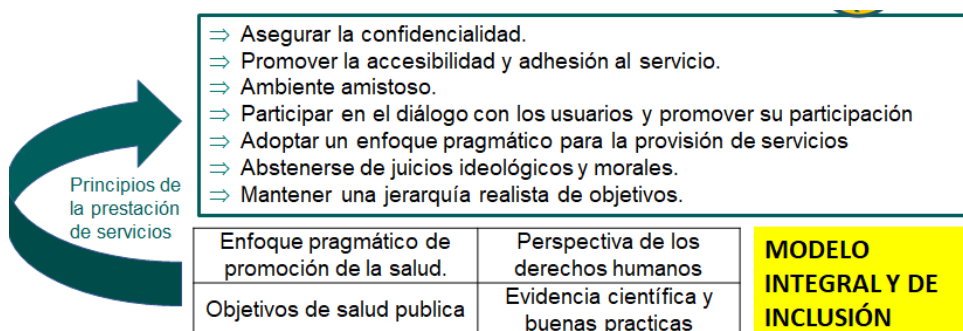
RDD: Contextos legislativos y sociales

Las personas que consumen drogas no pierden sus derechos humanos

Descriminalizar el consumo	Asegurar la Reducción de daños	Acabar con el estigma
No criminalizar el uso de drogas y su posesión	Adaptar respuestas según particularidades individuales y colectivas	Contrarrestar creencias y percepciones erróneas y discriminadoras
Garantizar penas proporcionales	Promover competencias y responsabilidad	Favorecer contacto y solidaridad
Priorizar alternativas a presión	Evitar o atenuar daños (individuales y a terceros) sin eliminar el consumo	Promover autonomía y empoderamiento

- ⇒ Muchos de los daños derivados del consumo de drogas son el resultado de su estigmatización social, la cual puede ser reforzada por ciertas políticas.
- ⇒ Ciertas condiciones sociales (precariedad social, aislamiento, racismo, marginación, pobreza...) pueden afectar la autonomía y la capacidad para disminuir los daños
- ⇒ La ilegalidad de algunas drogas origina la aparición de redes de criminalidad, y mayor vulnerabilidad (y/o marginación) en algunos consumidores. Estas drogas son frecuentemente adulteradas y carecen de todo control sanitario

Prestación de servicios y atención



- ⇒ Comprensión del **fenómeno del cambio** contraposición a la visión tradicional del cambio como un suceso dicotómico (abstinencia frente a consumo)
- ⇒ Se enfatiza un modelo de **fases de cambio** en la descripción, explicación y predicción del proceso de abandono de diferentes conductas adictivas. Promover la accesibilidad y adhesión al servicio.

El objetivo final de la intervención consistirá en **facilitar el cambio** en aquellas actitudes y comportamientos del individuo que permitan avanzar en la **reducción de los riesgos y daños** asociados al consumo de drogas, y si procede, en el **logro y mantenimiento de la abstinencia**

5 Factores clave para el desarrollo de la RDD

1. La insuficiente cobertura de la oferta terapéutica clásica basada únicamente en programas de intervención orientados a la abstinencia.
2. La existencia de un elevado colectivo que entra y sale permanentemente de los dispositivos asistenciales (PLD) sin hallar beneficio paliativo a su situación (cronificación).
3. El fracaso manifiesto de contención de los problemas asociados al consumo de drogas (problemas sanitarios y sociales: prostitución, prisión, pérdida de trabajo, ruptura de vínculos socio-familiares, sin-hogarismo, etc).
4. El aumento de enfermedades infectocontagiosas transmisibles por vía endovenosa o vía sexual, y el hecho de que la marginalidad y/o conductas asociadas al consumo de drogas ilegales sea un factor de riesgo de tuberculosis.
5. La progresiva, aunque aún tímida, tendencia a modificar la clásica relación jerarquizada profesional-usuario/a para incorporar la voz de los verdaderos protagonistas como interlocutores válidos.

Modelo de atención comunitaria de la salud mental y adicciones (OMS, 2013)



Prestación de servicios y atención

Reducción de daños

Primer contacto
Parafernalia para consumo higiénico
Espacios de consumo supervisado
Habilidades para reducir riesgos.
Salud y asistencia social básica.
Atención socioeducativa y ocupabilidad
Acceso i coordinación con la red
Alcance comunitario
OST de bajo umbral

Tratamiento

Alcohol, opiáceos, cocaína, cannabis,
otras drogas y programas de
diagnóstico dual
Atención de la salud
Atención psicológica
Atención socioeducativa
Grupos terapéuticos
Apoyo familiar
Atención en crisis
Desarrollos comunitarios

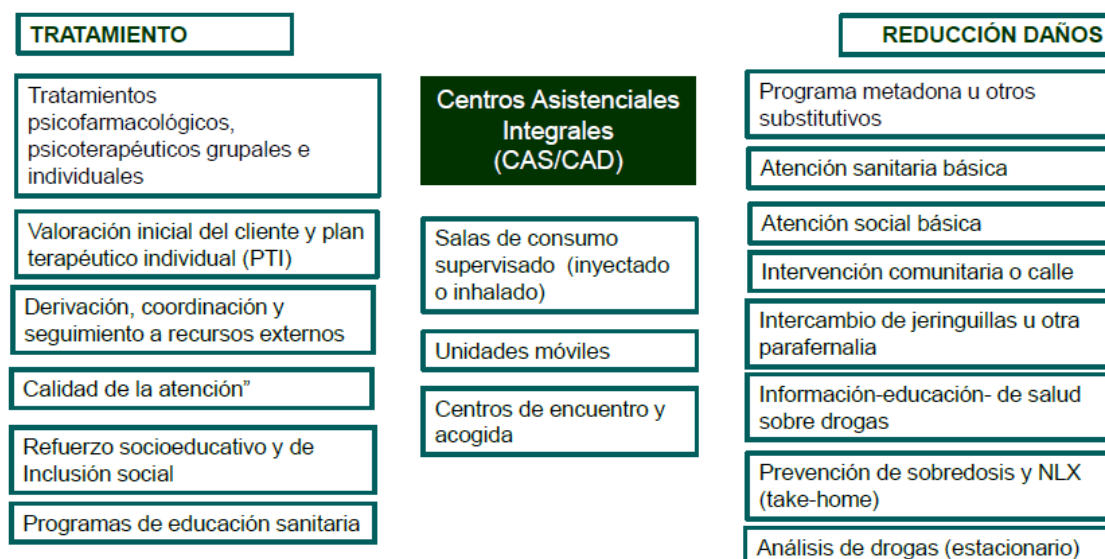


Atención centrada en la persona

DOCERE (verter motivación en un vaso)	DUCARE (sacar motivación de un pozo)
Enfoque prescriptivo •Búsqueda de diagnóstico •Énfasis en la aceptación del diagnóstico •Da consejos de experto •Impone soluciones •Repite consejos favoreciendo la resistencia •Actúa con autoridad •Es rápido	Enfoque motivacional •Identificación de problemas •Diagnóstico innecesario para el cambio •Estimula la motivación •Colabora con el paciente en la búsqueda de soluciones •Acepta la ambivalencia y resume los puntos de vista del paciente •Respeta las opiniones y decisiones del paciente •Es lento y progresivo

El objetivo final de la intervención consistirá en facilitar el cambio en aquellas actitudes y comportamientos del individuo que permitan avanzar en la reducción de los riesgos y daños asociados al consumo de drogas, y si procede, en el logro y mantenimiento de la abstinencia.

Dispositivos/programas y componentes



Fortalecimiento e impulso de políticas y programas de reducción de daños desde RIOD

A lo largo del año 2018 la RIOD puso en marcha una estrategia con el objetivo de fomentar la incorporación del enfoque de reducción de daños en políticas y programas de drogas. Esta iniciativa constó de cuatro componentes:

1. SENSIBILIZACIÓN

La campaña de sensibilización Cuento Contigo Cuenta Conmigo tiene el objetivo de desmitificar el concepto de reducción de daños y ofrecer información sobre el tema, todo ello a través de la página web www.cuentocontigocuentaconmigo.org. La web aloja, además, testimonios de expertos y todo tipo de material descargable para ampliar y fortalecer el conocimiento sobre este enfoque.

2. PUBLICACIÓN

El segundo componente consta de una publicación que, además de profundizar en la definición del enfoque, recopila buenas prácticas como vía de transferencia de conocimiento, en base a experiencias y evidencias, para promover el diseño y/o mejoras en la implementación de políticas y estrategias de reducción de daños. El acto de presentación de la publicación tuvo lugar en la Delegación del PNSD y se puede ver pinchando [aquí](#).

3. CAPACITACIÓN

Tras la publicación, la estrategia se enfocó en la capacitación de personas hacedoras de políticas públicas para fortalecer su formación sobre el tema y orientarles en la incorporación práctica. Profesionales de las Administraciones Públicas de Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, España y Guatemala participaron en este encuentro con el objetivo de incorporar el enfoque según la realidad y contexto de cada país. Lee más sobre este tema pinchando [aquí](#).

4. IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS

Por último, el cuarto componente ha consistido en la identificación de los recursos existentes en América Latina, dirigidos a personas usuarias de drogas en situaciones de alta vulnerabilidad socio-sanitaria, que incorporen el enfoque de reducción de daños. Esta iniciativa se ha llevado en el marco de nuestra participación en el Programa COPOLAD.

Martes 28 de mayo. 14h30 – 16h30.

Mesa	Introducción a la detección y el manejo de comorbilidades psíquicas y físicas.
Vídeo de la mesa	https://youtu.be/EQI_ywmE9YA
Ponentes y ponencias descargables	• Juan José Fernández, Socidrogalcohol (España). Descargar ponencia • Gloria Bodnar, Fundación Antidrogas de El Salvador, Fundasalva, (El Salvador). Descargar ponencia



Juan José Fernández, Socidrogalcohol (España).

Comorbilidad psiquiátrica en trastornos adictivos

La coexistencia de un trastorno por uso de drogas y otro trastorno mental se ha convertido en un foco de atención desde la salud pública, ya que su prevalencia es importante y las personas con adicción y otro trastorno mental presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, 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 tratamiento ha de ser individualizado, intensivo y considerar los recursos asistenciales disponibles y las expectativas del paciente. Existe consenso sobre la mayor efectividad del

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

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

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

Algunas conclusiones

- Se debe prestar especial importancia a la coexistencia de trastorno mental y un TUS o viceversa.
- Hay que facilitar el diagnóstico y abordaje terapéutico, y garantizar la equidad en el acceso a los recursos, asegurando la continuidad de cuidados.
- Ha de existir una integración plena y normalizada en el sistema de salud. Y estar coordinada con dispositivos de apoyo social.
- Las intervenciones deben favorecer la inclusión social y no la cronicidad o la estigmatización.
- Ha de garantizarse una atención de calidad centrada en la rehabilitación de la persona, y lograr su mayor capacidad funcional y mejor calidad de vida.
- Un programa de tratamiento eficaz debe facilitar el acceso rápido.
- 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 multidisciplinarios constituyen la base de la atención a pacientes con dco dual. Los profesionales deben estar capacitados para tratar tanto TUS como TMG.
- Ofrecer un tratamiento a cualquier paciente con TMG y TUS debería ser algo habitual, es un derecho.

Gloria Bodnar, Fundación Antidrogas de El Salvador, Fundasalva, (El Salvador).

Comorbilidad física-somática y consumo de drogas.

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

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

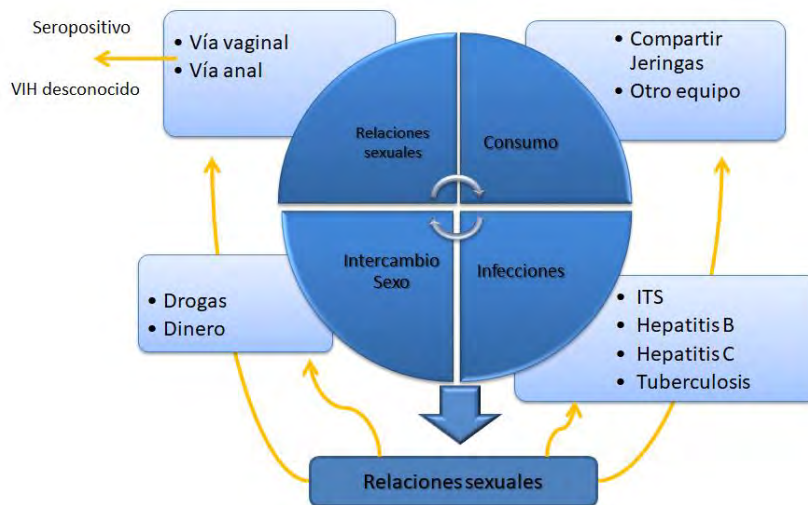
Las investigaciones han mostrado que la forma más eficaz para reducir el riesgo de estas infecciones entre los consumidores de drogas es una estrategia integral de prevención, es decir, una que abarque tratamiento para la drogadicción, alcance con base comunitaria, así como pruebas de detección y consejería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

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

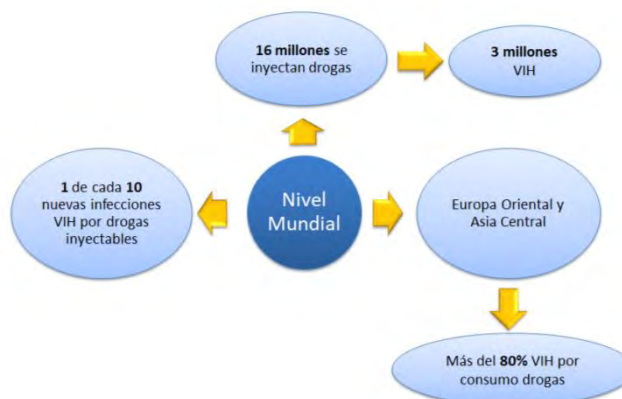
Se evidencia dificultad para estructurar una demanda terapéutica adecuada por la presencia de barreras que impiden a determinados grupos de población acceder a intervenciones y servicios eficaces, así como por el hecho de que el diagnóstico y tratamiento de abuso de sustancias no está integrado sistemáticamente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



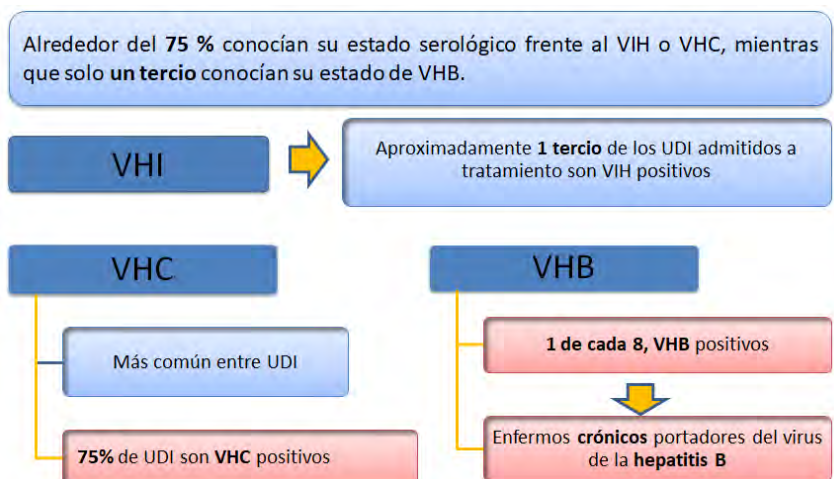
El VIH: factores que aumentan el riesgo



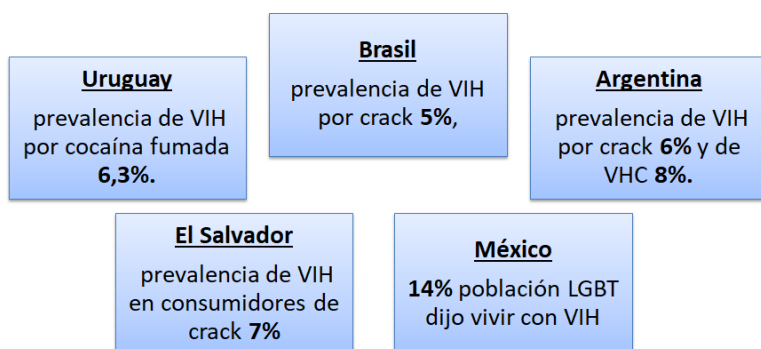
VIH en usuarios de drogas (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015)



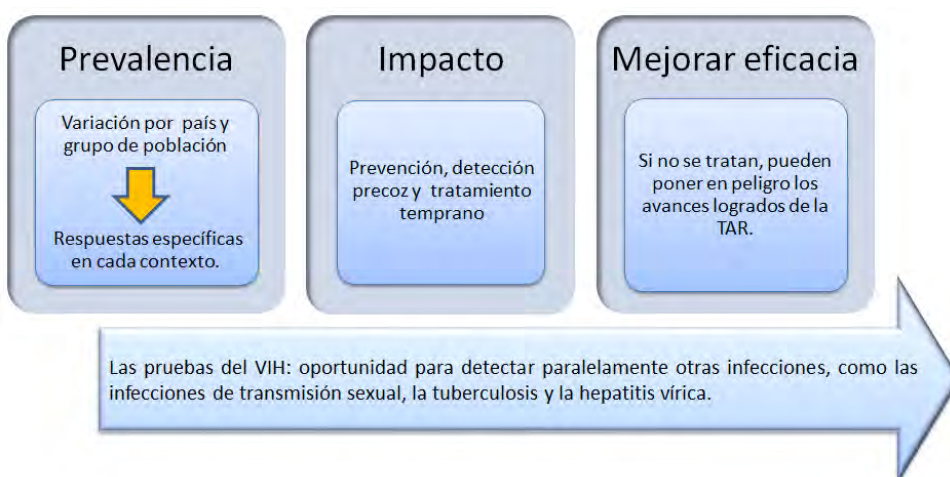
Prevalencias en usuarios de drogas en España



VIH en América Latina



Prevalencia e impacto de ITS



¿Qué busca un enfoque de salud pública?

- Prevenir las enfermedades, promover la salud y prolongar la vida de la población.
- Acceso a servicios de alta calidad para intervenciones en uso problemático de sustancias y la prevención y tratamiento del VIH, VHC, VHB, ITS.
- Lograr la equidad sanitaria y promover la igualdad de género.
- Integración y vínculos entre servicios para el VIH, VHC, VHB, ITS y otros servicios, mejorando su impacto y eficiencia.
- Promover el principio de mejorar la salud mediante reformas políticas, regulatorias y normativas en los casos necesarios.

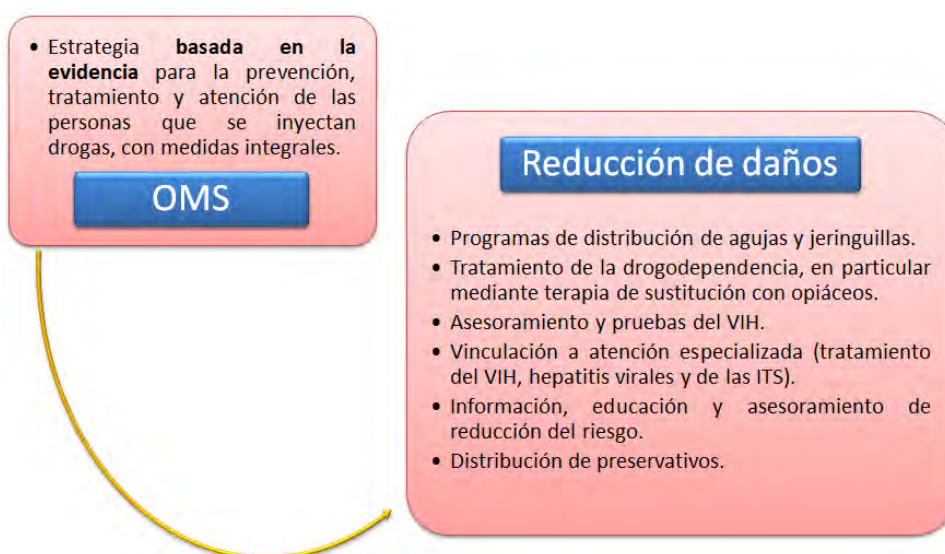
Desafíos en afecciones comórbidas: consumo de sustancias psicoactivas y VIH, VHC, VHB, ITS

- Reducción de nuevas infecciones y de muertes relacionadas.
- Vinculación al tratamiento y atención integral.
- Iniciativas de prevención de la transmisión del virus.
- Enfoque basado en derechos humanos, equidad de género y equidad sanitaria.
- Combate de la estigmatización y discriminación en todos los entornos.
- Garantizar que más personas conozcan su estado serológico.

Acciones básicas necesarias en comorbilidad

1. Conocimiento de su estado serológico.
2. Acceso a personas infectadas a tratamiento por su adicción y a servicios de tratamiento médico por su infección.
3. Tratamiento médico adecuado a quienes se les ha diagnosticado (VIH, VHB, VHC, ITS).
4. Reducción de concentraciones víricas hasta niveles muy bajos (Vinculación-Retención médica-Adherencia)
5. Reducción del # de nuevas infecciones por VIH, VHB, VHC, ITS, con programas de prevención.

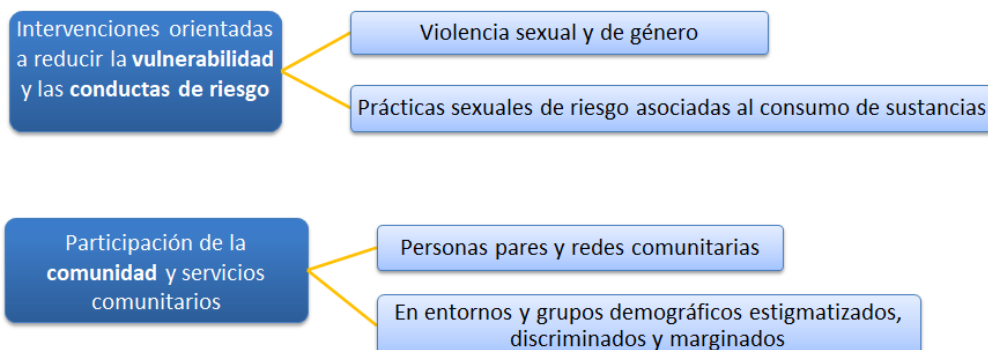
Acciones necesarias: reducción de daños



Acciones necesarias: prevención

- Examinar en cada país el conjunto de servicios esenciales, para definir las intervenciones y servicios.
- Programas adaptados y eficaces en grupos poblacionales que las necesiten, uso de nuevas tecnologías para disminuir significativamente la vulnerabilidad y las conductas de riesgo.
- Priorizar iniciativas que incluyan grupos poblacionales con mayor estado de riesgo, zonas con mayores necesidades y superación de inequidades.
- Enfoque combinado: Orientado a lograr cambios del comportamiento, reducción de daños y condiciones en entornos de atención sanitaria.

Nuevos enfoques de prevención



Dificultades habituales

Carencia de integración, vinculación y coordinación de servicios relacionados con el consumo de sustancias y los relativos al VIH, VHC, VHB, e ITS:

- Sistemas de información sanitaria
- Servicios de laboratorio y diagnóstico
- Seguimiento y evaluación
- Movilización de recursos
- Adquisición y gestión de cadena de suministros

Barreras que impiden a determinados grupos de población acceder a intervenciones y servicios eficaces:

- Diagnóstico y tratamiento de abuso de sustancias **no integrado sistemáticamente** en las entidades sanitarias de prevención y tratamiento de VIH.
- **Criminalización** de determinados grupos y conductas, (trabajo sexual, relaciones sexuales entre hombres, consumo de drogas).
- **Leyes** sobre la edad de libre consentimiento para los adolescentes.
- Niveles extremos de **estigma y discriminación**.
- Difícil acceso por **violencia**.
- **Pobreza** extrema.

Personal que atiende las clínicas de VIH:

- Tiene actitudes negativas hacia el uso de sustancias de personas que viven con VIH.
- Recomienda dejar el consumo de sustancias antes del inicio de la TAR.
- Advierte que la combinación de la TAR con drogas y alcohol dañaría hígado y riñones.
- Brinda mensajes que desalientan a los usuarios de drogas al inicio y adherencia de la TAR y pueden contribuir al abandono del tratamiento.

Martes 28 de mayo. 17h00 – 19h00.

Mesa	Mesa de diálogo sobre “Experiencias de intervención y modelos de tratamiento”. Taller para la redacción de decálogos.
Vídeo de la mesa	https://youtu.be/eGzvTH8yk90
Ponentes y ponencias descargables	• Fabián Tonda, Fundación Aylén (Argentina). • Raydiris Cruz, Casa Abierta (República Dominicana). • Roberto Gallinal. Encare (Uruguay). • Josep Rovira, UNAD/ABD (España).



La Intendencia de Montevideo acogió esta mesa, en su Salón Dorado, donde se abrió un diálogo sobre “Experiencias de intervención y modelos de tratamiento”.

En primer lugar, cuatro ponentes explicaron brevemente la experiencia de intervención y modelos de tratamiento de las entidades en las que trabajan. Estos fueron: Fabián Tonda (Fundación Aylén, Argentina), Raydiris Cruz (Casa Abierta, República Dominicana), Roberto Gallinal (Encare, Uruguay), y Josep Rovira (UNAD/ABD, España).

Cada uno respondió a las siguientes preguntas:

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

Posteriormente se llevó a cabo una dinámica en la que se dividieron a todas las personas asistentes al encuentro en cuatro grupos, liderados por los ponentes, para trabajar colectivamente en la redacción de los principios básicos y necesarios para cada modelo de tratamiento, en forma de decálogo.

Se designa con el término de **decálogo** al conjunto de diez principios o normas que son considerados como básicos para el ejercicio de cualquier actividad, por ejemplo, la

transparencia y la coherencia deberían ser parte del decálogo de cualquier periodista para así ejercer sin fisuras su profesión.



Finalmente, se compartió en plenario el decálogo elaborado por cada grupo. Estos fueron:

Tratamiento Ambulatorio

1. Una red que conozca y se reconozca.
2. Personalizado y flexible.
3. Empatía del facilitador/a.
4. Personalización e individualización del tratamiento (Plan individual de tratamiento).
5. Contar con un protocolo.
6. Evaluación y Diagnóstico.
7. Voluntariedad.
8. Recibe, atiende, deriva,... Se trabaja la motivación al cambio.
9. Integrar la dimensión comunitaria.
10. Parte de reconocer el deseo del sujeto.

Tratamiento Comunitario

1. Construcción y fortalecimiento de las relaciones.
2. Hospitalidad. Hacer un lugar al que llega.
3. Operador Comunitario. Referentes pares.
4. Articulación de redes formales y redes subjetivas.
5. Atención a la complejidad de la acción social en el marco de las dinámicas territoriales.

6. Corrimiento del eje de las drogas.
7. Participación de la comunidad más allá de las personas consumidoras.
8. Inclusión social y participación comunitaria.
9. Construcción de ciudadanía.
10. Reconocimiento de la cultura local.

Reducción de Daños

1. Construcción de vínculos y de pertenencia a un espacio social colectivo.
2. Respeto por la decisión y los deseos del otro/a.
3. Crear conciencia de autocuidado, autoimagen y cuidado colectivo.
4. Acercamiento a la redes.
5. Restitución de derechos individuales y colectivos.
6. Identificación de los factores y/o conductas de riesgo individuales y colectivos.
7. Identificación de necesidades básicas de mejora.
8. Elaboración de planes de acción de mejora de la calidad de vida.
9. Autonomía de las personas. Empoderamiento.
10. Pertenencia cultural e intercultural.

Residencial

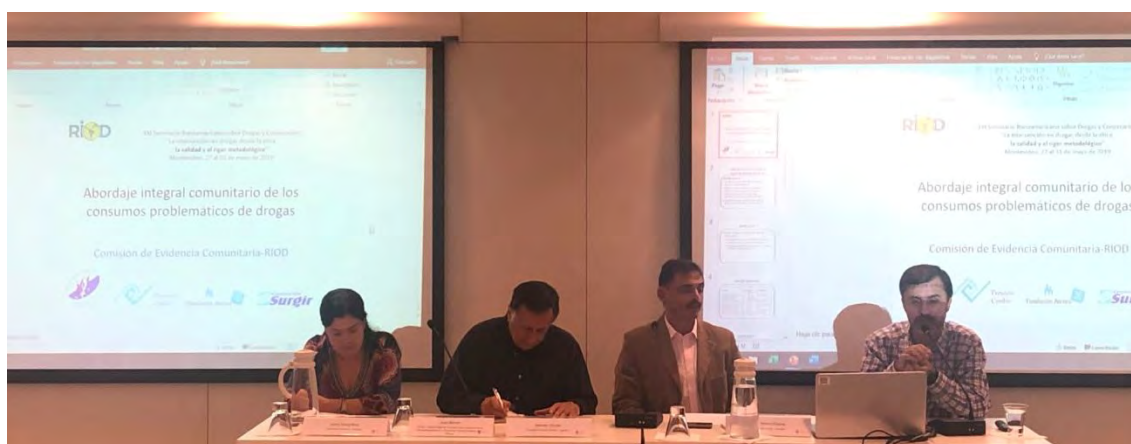
1. Voluntariedad. Sin juicio, sin prejuicio y sin sanción.
2. Accesibilidad (económica).
3. Sistema abierto.
4. Multidisciplinario e interdisciplinario.
5. Adaptabilidad a los procesos de las personas.
6. Respeto a los derechos/Género.
7. Articulación con redes comunitarias para promover la inclusión y la complementariedad.
8. Integralidad. Aconfesionalidad.
9. Devolución de derechos.
10. Plan individual de tratamiento.

A modo de conclusión, se destaca la idea de que los cuatro decálogos comparten la necesidad de trabajo en red, implicando a los distintos actores de la comunidad, y que las intervenciones deben estar centradas en la persona y el momento vital por el que está pasando, es importante, además, tener en cuenta y hacer partícipes a las personas de sus propios procesos.



Miércoles 29 de mayo. 9h00 – 11h00.

Mesa	Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas.
Vídeo de la mesa	https://www.youtube.com/watch?v=llmIEAgTTTM&t=1615s
Ponentes y ponencias descargables	• Silverio Espinal, Corporación Surgir (Colombia). Descargar ponencia • Juan Machín, Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas, CAFAC (México). Descargar ponencia Para ampliar información (p.183-203) • Jenny Eulog Mora, Corporación Viviendo (Colombia). Descargar ponencia



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

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

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

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

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

CATALOGO

INDICADORES COMUNES

- Grado o tipo de intervención.
- Destinatarios.
- Tipos de servicio/acción ofrecidos.
- Eficacia: La eficacia de una acción está dada por el grado en que se cumplieron los objetivos previstos en su diseño.
- Adecuación /Pertinencia.

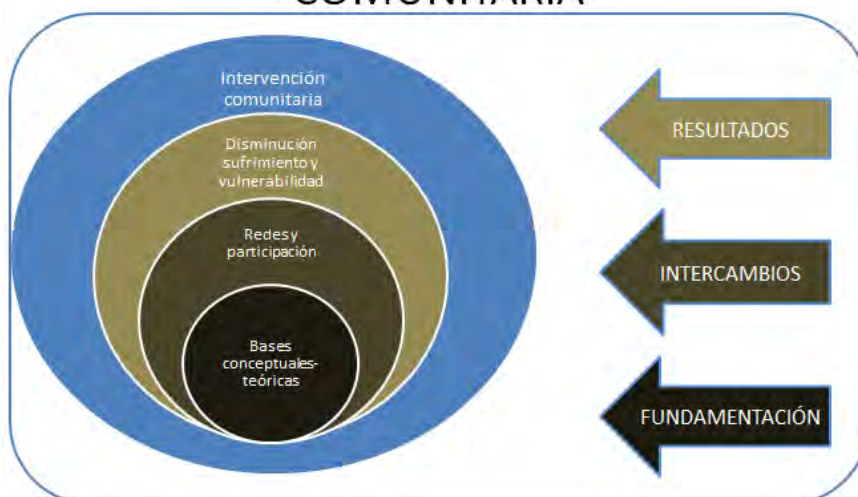
INDICADORES ESPECÍFICOS COMUNITARIOS

- Redes contenedoras y la participación comunitaria.
- Disminución de situaciones de sufrimiento o vulnerabilidad psico-social.
- Bases conceptuales y teóricas.

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

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

BASES PARA LA INTERVENCION COMUNITARIA



Redes contenedoras y la participación comunitaria.

PRINCIPALES INDICADORES

- Número de nodos de la Red de Recursos.
- Instancias de coordinación con otras organizaciones e instituciones del sector (trabajo en red)
- Funcionamiento de comités de apoyo, entrenamiento de facilitadores de la comunidad para las actividades necesarias del programa
- Intercambios efectivos entre los nodos de la red para la generación de servicios que favorezcan la inclusión social (medición cuantitativa)
- Resolución de problemáticas a través de la generación de intercambios entre redes
- Porcentaje de personas con problemáticas asociadas al consumo de SPA son remitidas a instituciones de la Red de Recursos.
- Número de personas de la comunidad que conocen y activan las rutas de atención frente a distintas problemáticas asociadas al consumo de SPA y violencias.
- Nº de acciones de movilización social para la reducción del estigma desde la comunidad.

Disminución de situaciones de sufrimiento o vulnerabilidad psico-social

PRINCIPALES INDICADORES

- Acceso servicios de salud y sociales
- Acceso a la ciudadanía.
- Acceso a educación (formal y no formal).
- Acceso a actividades Lúdicas
- Mejoramiento de la situación de salud.
- Obtención de protección de los derechos humanos.
- Acceso al trabajo.
- Mejoría de los ingresos económicos.
- Solución de necesidades básicas.
- Resolución de conflictos interpersonales.
- Acceso a vivienda.
- Participación social.
- Disminución de daños por consumo de SPA.
- Reducción del consumo de SPA.
- Abandono del consumo de SPA.

Bases conceptuales y teóricas

PRINCIPALES INDICADORES

- Se tienen las referencias biblio-hemerográficas de los modelos que clara y explícitamente fundamentan la intervención comunitaria .
- Se puede determinar la coherencia entre el marco teórico-metodológico explicitado y la práctica comunitaria desarrollada.
- Es posible señalar si las hipótesis son reafirmadas o necesitan ser reformuladas.

Jenny Eulog Mora, Corporación Viviendo (Colombia)

Jenny Eulog presenta el caso de Corporación Viviendo, una organización privada sin ánimo de lucro comprometida con la promoción del desarrollo humano integral a través de la investigación, la formación, el fortalecimiento institucional y la incidencia política. Desde esas líneas atiende grupos, organizaciones e instituciones que abordan el problema del consumo de drogas y otros temas asociados en diversos territorios de Colombia, buscando que se avance hacia visiones incluyentes que consideren a las y los sujetos dignos y con derecho a su plena ciudadanía, lo que significa el acceso a oportunidades sociales, culturales, económicas y políticas.



Aspectos claves de los dispositivos comunitarios

- El sujeto del tratamiento comunitario es la comunidad, el contexto en el cual las situaciones se dan.
- El territorio está delimitado, por lo tanto el tratamiento comunitario se da en un contexto específico (cuadras de un barrio, instituciones educativas, universidades, centros penitenciarios, empresas).
- El tratamiento comunitario trabaja sobre las redes y sobre lo que las relaciones de las redes producen (producción de conocimiento, información, recursos, saberes, valores, cultura).
- Las acciones se construyen desde, con, para y junto a la comunidad (Participación comunitaria).



Centros de Escucha

¿Qué son los Centros de escucha? [Vídeo](#)
 Centros de escucha en Colombia [Vídeo](#)
 Ejemplo de Centros de escucha [Vídeo](#)



Miércoles 29 de mayo. 11h30 – 12h00.

Mesa	Políticas de Marco regulatorio: Regulación integral del cannabis en Uruguay.
Vídeo de la mesa	https://youtu.be/rjZrNQw-TNE
Ponentes y ponencias descargables	Diego Martín Olivera, Secretario General de la Junta Nacional de Drogas de Uruguay. Descargar ponencia



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

Normativa sobre Cannabis en Uruguay, regulación y control del cannabis

Ley N° 19172, diciembre de 2013. Establece el marco jurídico para el Control y Regulación del Cannabis y sus derivados por parte del Estado.

- Aprobada en diciembre de 2013
- Establece el marco jurídico para el Control y Regulación del Cannabis y sus derivados por parte del Estado
- Enfoque de Salud Pública, Reducción de Daños y Derechos Humanos
- Reducir la incidencia del narcotráfico y crimen organizado
- Creación de la nueva institucionalidad (IRCCA)

Modificativos a ley 14294:

- Decreto 120/014, Reglamenta la Ley sobre todo lo relacionado a la institucionalidad y al cannabis de uso NO médico.
- Decreto N° 372/014, Reglamenta el cannabis no psicoactivo (cáñamo industrial).
- Decreto N° 46/015, Reglamenta el uso de cannabis para investigación científica y el uso médico.

¿Qué es el IRCCA?

- Persona jurídica de derecho público no estatal.
- Regula y fiscaliza las actividades relativas al cannabis, desde la plantación al expendio, para las diferentes vías: industrial, medicinal, investigación y uso no médico.
- Promueve y propone acciones tendientes a reducir los riesgos y los daños asociados al uso problemático del cannabis, de acuerdo a las políticas definidas por la Junta Nacional de Drogas.
- Asesora al Poder Ejecutivo.

Algunas distinciones importantes

Cannabis psicoactivo y cannabis NO psicoactivo (cáñamo):

- Cannabis psicoactivo: sumidades floridas con o sin fruto de la planta hembra del cannabis, exceptuando las semillas y las hojas separadas del tallo, cuyo contenido de tetrahidrocannabinol (THC) natural, sea igual o superior al 1% (uno por ciento) en su peso.
- Cannabis no psicoactivo: son las plantas o piezas de la planta de los géneros cannabis, las hojas y las puntas floridas, que no contengan más de 1% de THC en su peso, incluyendo los derivados de tales plantas y piezas de las plantas.

El uso medicinal puede ser:

- Especialidad farmacéutica: a todo medicamento simple o compuesto a base de cannabis (psicoactivo y no psicoactivo) con nombre registrado en el MSP de fórmula cualicuantitativa declarada, fabricada industrialmente y con propiedades terapéuticas comprobables, que se comercializa en determinadas unidades de venta.
- Especialidad vegetal: A la hierba de cannabis o mezcla de hierbas cannabis (psicoactivo y no psicoactivo) utilizado con fines medicinales.

DECRETO 46/015: Investigación científica y usos medicinales

- Reglamenta la Plantación, Cultivo, Cosecha, Distribución y Comercialización de Cannabis para ser destinado, en forma exclusiva, a la investigación científica, o a la elaboración de productos medicinales y cosméticos.
- Se requiere autorización del IRCCA (licencia).
- Se requiere Habilitación Funcional de la planta industrial, Registro y Autorización de venta de productos terminados ante el MSP.
- Actualmente hay 19 licencias otorgadas para cultivos con $\geq 1\%$ THC, industrialización e investigación científica.

DECRETO 372/014: Cáñamo industrial

- Reglamenta el cannabis no psicoactivo, THC no mayor al 1% ("cáñamo industrial").
- Es el Ministerio de Agricultura y Pesca (MGAP) quien otorga las licencias y autoriza la importación, exportación y cultivo de cannabis no psicoactivo.
- Actualmente hay 15 licencias otorgadas, con autorización para cultivar más de 1.000 hectáreas y aprox. 15 mil mts. cuadrados en invernaderos.

DECRETO 120/014: Uso No médico

- Establece 3 vías para obtener cannabis psicoactivo de uso no médico:
 1. Cultivo doméstico (7.112)
 2. Clubes de Membresía (116, 3.480 aprox.)
 3. Dispensación en Farmacias (36.164)
- Son vías excluyentes, que requieren registro Condiciones del registro: uruguayos o residentes permanentes, mayores de 18 años

Cannabis de uso NO medicinal: Usuarios que adquieren en FARMACIAS

- Las flores de cannabis provienen de 2 empresas privadas con licencia para la producción y distribución: ICC (Aurora) y Simbiosys. Estas empresas producen desde un predio que el IRCCA les otorga. La seguridad perimetral es brindada por el Ministerio del Interior.
- El cannabis se dispensa como flores (cogollos) envasadas en estado natural, desecadas, sin moler ni prensar.
- Se dispensa en paquetes de 5 gramos, los cuales contienen advertencias sanitarias, recomendaciones. Cuenta estampilla de autenticación que favorece la certificación sobre el origen del producto así como información sobre la trazabilidad.
- Registro ante el MSP como especialidad vegetal.
- Controles de calidad en proceso y sobre el producto final de tipo físico-químico y microbiológicos.
- Sistema de trazabilidad de ciclo completo. De la planta madre al usuario final.





Licencias Otorgadas

IRCCA otorga nueva licencia de industrialización

27/05/2019

La Junta Directiva del IRCCA en su sesión del 22 de mayo resolvió otorgar una licencia de industrialización a la empresa FOTMER.

Esta licencia permite a la empresa la obtención de hasta cinco toneladas de extracto crudo de cannabis psicoactivo para uso medicinal, por el plazo de cinco años.



[\[Leer Más\]](#)

IRCCA aprobó tres nuevas licencias de Investigación

14/05/2019

En su última sesión, la Junta Directiva del IRCCA aprobó el otorgamiento de dos licencias de investigación y una autorización para la ejecución de un proyecto de investigación con cannabis. Estas tres, se suman a las once que están en curso actualmente.



[\[Leer Más\]](#)

Se realizó apertura de ofertas para producir cannabis de uso no médico

13/05/2019

Un total de seis empresas presentaron proyectos acordes al llamado realizado el 11 de febrero a interesados en la producción y distribución de cannabis psicoactivo de uso no médico para su dispensación en los locales habilitados.



[\[Leer Más\]](#)



Licencias Aprobadas:

Cultivos (psicoactivo)	4
Cultivos (no psicoactivo)	15
Industrialización	4
Investigación	14
Adquirentes Farmacia	36.241
Farmacias	17
Cultivo Doméstico	7.137
Miembros de Clubes	3.626
Clubes de Membresía	119

(actualizado: 27/05/2019)



Conclusiones: Se amplió la frontera de lo posible

- Permanente y vertiginosa innovación (legal, social, burocrática, empresarial, etc.).
- Investigación científica y oportunidad para identificar de manera adecuada nuevos usos del cannabis.
- Monitoreo y evaluación permanente de una política muy joven.
- Requiere una fuerte comunicación pública, orientada a los diversos públicos.
- Construcción de una nueva discursividad sobre drogas.
- Cambios significativos en la percepción social del cannabis, sus usos, su interacción con las personas y las comunidades.
- Instalación de un amplio debate sobre drogas en la sociedad uruguaya.
- Regulación de Cannabis como ley sobre drogas - Reforma integral - (educación - tratamiento - generación de información - reforma de la ley penal - regulación de mercado).
- Ha alejado a la mayor parte de los usuarios de la exposición a actividades ilícitas.
- Ha permitido disminuir los daños ocasionados por el acceso a sustancias de peor calidad.
- Ha arrebatado una parte sustancial del mercado a los traficantes.

LA REGULACIÓN DEL CANNABIS ES UN COMPONENTE CENTRAL DE LA REFORMA DE LA POLÍTICA DE DROGAS Y UNA HERRAMIENTA CLAVE PARA LA PROFUNDIZACIÓN DE LA DEMOCRACIA, LA PACIFICACIÓN DE LA CONVIVENCIA Y LA EQUIDAD SOCIAL.

www.infodrogas.gub.uy

www.ircca.gub.uy

www.infocannabis.gub.uy

Miércoles 29 de mayo. 12h30 – 13h30.

Mesa	Las Políticas Internacionales de Drogas y su alineación con la Agenda 2030. Conclusiones del Segmento Ministerial de la CND.
Vídeo de la mesa	https://youtu.be/7c5lIXksYgk
Ponentes y ponencias descargables	• Lola Capdepón, Red de Atención a las Adicciones, UNAD (España). Descargar ponencia • Diego Martín Olivera, Secretario General de la Junta Nacional de Drogas de Uruguay.



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

En este espacio hablaremos de dos cuestiones, en un primer lugar sobre la declaración política de Viena aprobada el pasado marzo y en un segundo lugar sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En cuanto a Viena, lo que me gustaría es compartir con vosotras mi experiencia participando en este proceso, las impresiones que tuve y algunos aprendizajes.

Antes de nada querría explicaros porqué y cómo he terminado yo, sociedad civil organizada, participando en este proceso. Porque la verdad no es nada fácil acceder a estos espacios. Ya sabéis que yo vengo de UNAD, una red de entidades de adicciones que opera a nivel de España. Uno de los mandatos de UNAD como organización es realizar incidencia política para la defensa de derechos de las personas con adicciones y sus familias.

Y así lo ha hecho la desde su nacimiento, principalmente sobre las políticas y leyes de ámbito estatal. Sin embargo, hubo un momento en que desde la red tomamos conciencia de que eso



no era suficiente ya que vivimos en un mundo global e interconectado. Y si bien es cierto que los Estados son soberanos para decidir sobre ellos mismos, no podemos negar que están influidos tanto por la política regional como por la política global. Y aquí quiero matizar, aunque sea una obviedad, que esto es una vía de doble sentido. Así como la política nacional está influida por la política regional y global, la política regional y global está influida por los Estados, que son quienes la construyen conjuntamente.

¿Cómo puede una red de ámbito estatal participar en un proceso internacional como lo es Viena?

Pues a nuestro modo de ver trabajando en red. Para nosotras habría sido muy complicado si no formásemos parte de redes como RIOD, IDPC o el Foro Europeo de la Sociedad Civil Sobre Drogas y os voy a decir porque.

No podemos perder de vista que la política global de drogas es una política de la ONU cuyo diseño y aprobación corresponde exclusivamente a los gobiernos. Solo a partir de 2008 la ONU empezó a dar voz a la sociedad civil, y fue y sigue siendo con un rol puramente consultivo. Muchas habréis oído hablar del Task Force de la Sociedad Civil Sobre Drogas. Bien, pues éste es el único órgano oficial de participación de la sociedad civil en el proceso de Viena. Y como sabéis RIOD forma parte de este grupo en representación de América Latina y El Caribe, lo cual supone una oportunidad enorme para nosotras.

Este grupo lo integran 35 organizaciones quienes representan a las distintas regiones, distintas poblaciones afectadas y distintos ámbitos de la intervención (si queréis saber más sobre esto podéis entrar a la web del task force (<https://www.cstfondrugs.org/>)).

Bien, explicado el cómo acceder a la participación, que es en sí toda una historia, voy a daros algunas claves de lo que ha sido el proceso de Viena 2019 desde el punto de vista de una ONG de ámbito estatal.

- Las negociaciones para alcanzar un consenso entre los países son muy complejas y se hacen previamente y a puerta cerrada. Si no me equivoco, los países miembro de la ONU han estado 1 año reuniéndose periódicamente para negociar los aspectos de lo que es la declaración política de drogas. En estas reuniones la sociedad civil organizada no puede intervenir. Tan solo se han dado algunas reuniones en paralelo y se ha recibido alguna invitación puntual, pero nada más. Acceder a información sobre estas negociaciones es bastante difícil aunque es ahí donde se cuece todo.
- Teniendo en cuenta esto, se entiende que lo que es la reunión de alto nivel que se celebró en Viena en Marzo, es un acto oficial para la firma de la declaración. Pero ésta ya viene negociada desde mucho antes.
- La reunión de Viena es interesante en la medida en que las delegaciones de todos los países ofrecen un discurso del que se puede extraer la posición real que tiene cada uno sobre la política de drogas. Y digo real porque al final la Declaración política que firman los países es un acuerdo de mínimos y se pierde mucha información. Si os interesa leer los discursos de cada país eso está colgado en la web de la comisión de estupefacientes que os puedo pasar si os interesa. Como digo estos discursos no tienen nada de neutral, no hay más que ver el de Bolivia o Uruguay por poner algunos ejemplos para verlo.

Ya para ir terminando con este punto, deciros que el resultado de la Declaración Política de 2019 ha sido bastante decepcionante ya que se mantiene el estatus quo de la llamada “Guerra contra las Drogas”.

Desde algunos sectores se dice que ha habido avances, porque el texto de la declaración incluye aspectos como el respeto a los Derechos Humanos y la integración de los ODS. Pero honestamente es difícil entender cómo será posible hacer esto cuando se mantiene el mismo paradigma. El objetivo continúa siendo el mismo:

- Alcanzar una sociedad libre de drogas.
- Eliminar los cultivos ilícitos, la producción, manufactura, tráfico y el abuso de drogas narcóticas y psicotrópicas.

Esto nos dice que la política global de drogas sigue poniendo todos los esfuerzos en el control de las sustancias, aunque eso haya tenido consecuencias desastrosas para las personas y las comunidades en todas partes del mundo.

La Declaración, además, reitera que los Tratados de Fiscalización de Drogas son la piedra angular del sistema internacional de drogas. Y estos sí son vinculantes para los Estados jurídicamente hablando.

Por último y respecto a los ODS y ya enlazamos con la segunda parte. Es verdad que la declaración indica que deberá articularse con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Pero la realidad es que la coordinación entre agencias de las Naciones Unidas es muy escasa. De hecho esta es una de las demandas más fuertes que hace la sociedad civil organizada, que las distintas agencias de la ONU (UNICEF, OMS, CND, etc,) se coordinen para alcanzar una política de drogas integral que de mejor respuesta a la complejidad en la que nos movemos.



Pasando a los ODS, junto a mis compañeras de la comisión de cooperación de RIOD vamos a hacer un taller que nos permita reflexionar sobre el tema. Lo que se pretende consensuar una mirada, al menos, desde las organizaciones de la sociedad civil, y poder así trasladar nuestra visión a otros actores implicados. Se analizará de qué manera contribuimos al cumplimiento de los ODS, y se identificará cuáles son los retos que tenemos para reenfocar y/o mejorar nuestras acciones.

Se trata más bien de utilizar los ODS como un instrumento que nos puede ayudar a integrar nuestras miradas. Vamos a dividirnos en 4 grupos y cada uno reflexionará sobre un Objetivo en concreto, entre los que no se incluirá el Objetivo 3 sobre salud porque era el más obvio para nosotras.

Finalmente, las conclusiones se compartieron en plenario para intercambiar opiniones y debatir los resultados. Un aspecto a destacar es como los 17 ODS no son conceptos parcelados, sino todo lo contrario, son objetivos que se entrelazan y retroalimentan entre sí, por lo que el impacto de las entidades del ámbito de las adicciones no se reduce al ODS 3 de Salud: permea a todos los Objetivos.



OBJETIVOS **DE DESARROLLO SOSTENIBLE**



Miércoles 29 de mayo. 15h00 – 17h00.

Mesa	Mesa de diálogo “Enfoques necesarios en la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad”
Vídeo de la mesa	https://youtu.be/kC2RpzXhtmE
Ponentes y ponencias descargables	- Habitantes de calle: Carolina Andrea Reyes, Fundación Paréntesis (Chile). Descargar ponencia - Medio carcelario: Paz Casillas, Fundación Atenea (España). Descargar ponencia - Género: Ana María Echeberría, Encare (Uruguay). Descargar ponencia - Niñez: Marcelo Choclín, Proyecto Cambio (Argentina). Descargar ponencia



Habitantes de calle: Carolina Andrea Reyes, Fundación Paréntesis (Chile).

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

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



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

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

Algunas preguntas básicas

- ¿Cuáles son los riesgos y los daños asociados con el uso de determinadas sustancias?
- ¿Qué causa los riesgos y los daños?
- ¿Qué se puede hacer para reducir los riesgos y daños?

(*) tener en cuenta factores de vulnerabilidad tales como la edad, el género, el encarcelamiento, etc.

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

- **Amplia gama** de alternativas de **servicios**
- **Lugar seguro para vivir** a quienes requieren tratamiento
- Medios para **resolver rápidamente necesidades** de las personas (coordinación)
- Tratamiento **SIEMPRE** disponible
- Revisar que las **prestaciones entregadas no vulneran la dignidad** de la personas (servicio a pesar de las personas)
- Integrar mecanismos para **evitar riesgos éticos y legales** en la entrega de los servicios (manejo de la información)
- **Aceptar** que las personas **van a hacer lo que quieran** (¿cómo me siento con eso?)
- **Mantener como centro el servicio** a prestar (especificidad) y que se mantenga independiente de las decisiones de los participantes
- Trabajar **representaciones sociales** de los equipos

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

Medio carcelario: Paz Casillas, Fundación Atenea (España).

La reducción de daños y riesgos en el contexto penitenciario

Se plantean dificultades y retos en la incorporación del paradigma de la reducción de daños y riesgos en una institución cerrada como son los centros penitenciarios, pero hay que tener en cuenta que la población reclusa supera a la población general en el consumo de drogas ilegales.

Acompañar a las personas desde la reducción de riesgos pasa necesariamente por contextualizar la intervención e incorporar en nuestra acción a todos los condicionantes que rodean al consumo de drogas en prisión.

Se desarrollan algunos elementos metodológicos que mejoran la vida de las personas en prisión y fuera de ella más allá del consumo en sí mismo sin perder de vista el objetivo de mejorar las condiciones socio sanitarias de las personas presas y ofrecer alternativas para una mejor reincorporación social tras el cumplimiento de la condena.

Los centros penitenciarios como instituciones en las que se consumen drogas

Los centros penitenciarios son instituciones cerradas, en las que recala mucha gente con largas y problemáticas historias de vida que han sido atravesadas por el consumo de diferentes sustancias.

Los estudios de la propia institución (ESDIP2016) señalan que hasta un 71% de las personas que ingresan en prisión han consumido alguna droga ilegal en su vida (antes de cumplir la pena privativa de libertad), para consumos dentro de prisión esa cifra se rebaja hasta el 20,7% (el 21,5% en el caso de los hombres y un 9,9% mujeres manifiestan haber consumido alguna droga ilegal en prisión).

Partiendo de que tener algún consumo no significa sufrir una adicción, los datos son sorprendentes en el momento en que se comparan con las estadísticas sobre consumo de sustancias ilegales entre la población general.

El consumo en libertad de las personas que se encuentran en prisión es, en todas las sustancias superior a la población general, cuyos datos de consumo se reflejan en la estadística bienal (EADDES) que elabora el Plan Nacional sobre drogas. Así los datos de consumo de cannabis en EADDES 2015 son (42,2% en los últimos 12 meses y 9,5% en población general), cocaína en polvo (30,7% frente a 1,9% para el mismo periodo) o heroína (14,3% frente al 0,1%) se disparan en el caso de la población que se encuentra presa.

En la gran mayoría de los casos son situaciones de vulnerabilidad las que llevan a estas personas a la cárcel, y también al consumo de drogas con consecuencias problemáticas, muy lejos de lo que entendemos como causalidad entre consumo de drogas y comisión de delitos. La falta de oportunidades, las situaciones familiares y sociales de privación, la ausencia de expectativas vitales son mayoritarias entre las personas presas, y así lo confirmamos día a día en el trabajo desarrollado dentro de las prisiones. Una intervención coherente de cara a la reinserción pasa por abordar aquellos aspectos psicosociales e itinerarios vitales que han desencadenado tanto el consumo como la comisión de delitos y el posterior ingreso en prisión.

A menudo se responsabiliza de la conflictividad existente en las prisiones a la presencia de drogas y de personas que las consumen. Es cierto que la sustancia y todo aquello que la rodea influye en las dificultades de convivencia en los Centros Penitenciarios, pero no debemos olvidar que la propia situación de pérdida de libertad y la convivencia en contextos cerrados generan en sí misma niveles de conflictividad que inciden también en el clima dentro de las prisiones.

Adaptarse al medio penitenciario supone adaptarse a una vida en la que se imponen gran parte de las decisiones cotidianas y en la persona tiene que observar buena conducta para llevar una adecuada progresión penitenciaria.

Esto hace que independientemente de la relación que tenga la persona con la sustancia sea conveniente mantenerse abstinente a ojos de la institución. Es más fácil acceder a los beneficios penitenciarios desde una situación de consumo cero de sustancias ilegales. El hecho de acceder a un destino remunerado dentro de prisión o empezar a disfrutar de permisos se puede ver comprometido ante la evidencia del consumo de drogas. Esto produce una situación real de penalización del consumo que no se da entre las personas que no están privadas de libertad.

En el caso de las mujeres presas esta penalización es doble por el incumplimiento de las expectativas de rol que genera el consumo de drogas, de la misma manera que pasa en la sociedad general pero con implicaciones que aumentan la situación de vulnerabilidad en el caso de las mujeres presas (Fundación Atenea 2015). Se deben planificar acciones de reducción de daños y riesgos que incorporen la perspectiva de género, para atender los riesgos específicos persona a persona.

Las drogas y su uso en las prisiones. Interacciones del consumo con la progresión penitenciaria

La Institución Penitenciaria en España desarrolla diferentes programas para el tratamiento de consumo en prisión y es consciente de la necesidad de que el tratamiento sobre las drogodependencias forme parte de la irrenunciable responsabilidad sobre la reinserción de las personas que se encuentran bajo su tutela.

Las consecuencias negativas del consumo de drogas son multidireccionales, y en la prisión, al ser un medio extraordinariamente complejo, operan riesgos específicos para la vida de las personas que trascienden de la situación de salud. Desde que se asume la existencia de drogas en prisión se han ido desarrollando estrategias de abordaje de los consumos con las personas presas enfocadas, por las características de la propia institución, a conseguir la abstinencia. A esta situación se ha sumado la correlación consumo de drogas y delito que se encuentra detrás de muchas de las alternativas desarrolladas para favorecer la reinserción y reducir la reincidencia delictiva de las personas consumidoras.

Los programas y actuaciones de reducción de daños y riesgos deben abordarse en prisión desde una concepción de mejora de la salud pública y de derechos humanos. Lo que supone salvar las dificultades específicas del contexto penitenciario y las inevitables tensiones que supone la convivencia de un régimen disciplinario severo, dirigido a garantizar la seguridad de la institución y de las personas que en ella tienen que convivir con la responsabilidad con la salud y el tratamiento orientado a la reinserción.

La aplicación de actuaciones dirigidas a la reducción de daños y riesgos supone incidir también sobre riesgos que se encuentran fuera del ámbito de lo meramente sanitario, en las prisiones este aspecto es sumamente importante, desde el momento en que el consumo de sustancias ilegales se encuentra penalizado de facto. De la experiencia con políticas prohibicionistas y de “guerra contra las drogas” inferimos que ante contextos de penalización del consumo, los riesgos a los que se enfrentan las personas que deciden consumir son mayores porque genera una mayor ocultación del consumo y dificulta el acceso a la población consumidora y sus necesidades.

No podemos esperar a que los y las presas dejen de consumir drogas, debemos emprender actuaciones que supongan una mejora de la salud de las personas aunque mantengan el consumo.

En el caso de las mujeres por la especial penalización que tienen los consumos el esfuerzo debe ser mayor aún si cabe, no debemos olvidar que en la mayoría de los casos asumen responsabilidades familiares (incluso dentro de la propia institución en el caso de menores de 3 años) por lo que existen mayores reticencias a reconocer consumos de drogas.



Que para la progresión penitenciaria se contemplen aspectos como el buen comportamiento o la abstinencia en el consumo de drogas dificulta el desarrollo de estrategias de reducción de daños y riesgos y el acceso a las mismas. Si ante el consumo de drogas sólo se contempla el binomio consumo/no consumo no se están teniendo en cuenta otros indicadores que conforman una valoración general de la persona y de su progresión hacia la reinserción.

Fundación Atenea lleva más de 20 años desarrollando programas socio sanitarios en los centros penitenciarios en colaboración con los centros en los que tenemos presencia. Además del programa de atención psicosocial para personas drogodependientes en prisión (Ariadna) se han desarrollado escuelas de salud, formaciones a agentes de salud y otras estrategias de educación de iguales como las acciones “Bola de nieve”.

El trabajo que desarrolla la Fundación Atenea en prisiones tiene como objetivo reducir los daños y riesgos derivados del uso de drogas y mejorar la calidad de la atención prestada a las personas con problemas de adicción a las drogas, consiguiendo una coordinación efectiva con las áreas sanitaria y de tratamiento penitenciario para lograr la reincorporación social de las personas con problemas relacionados con las drogas.

Las actuaciones que planteamos en las prisiones contextualizan esta visión de la reducción de riesgos y se adaptan a las personas que se encuentran privadas de libertad. No existen criterios de acceso relacionados con el consumo de sustancias, los criterios de acceso al programa vienen definidos por la disponibilidad de plazas y la prioridad de determinadas situaciones (mujeres, jóvenes, personas penadas a suspensiones de condena....) pero no se introducen

criterios como la abstinencia durante un determinado periodo o la ausencia de partes disciplinarios en el acceso a programa.

No se rechaza la abstinencia como meta en cualquier momento que se desee, ni se convierte esta abstinencia en el objetivo final en cualquier planteamiento sobre el consumo que se haga la persona. Nos gusta decir que en “Ariadna” las personas trabajan desde la libertad y para la libertad, proponemos explorar los márgenes de libertad individual que cada persona tiene sin olvidar que nos encontramos en una institución como la cárcel con todo lo que ello conlleva.

Género: Ana María Echeberría, Encare (Uruguay).

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

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

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

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

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

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

- Género = femenino
- Género y vulnerabilidad. Vulneración de derechos.
- En el campo de las drogas, las relaciones de igualdad de género también se expresan claramente. Son analizadores de esta realidad.

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

1. Mujeres:

- Mujeres y consumo. Estigma (culpa y vergüenza como mecanismos de control social) y prevalencia de consumo de drogas legales
- Consumo invisibilizado, sufrimiento invisibilizado y acallado con fármacos. Este malestar muchas veces se relaciona a los roles asignados de género.
- Exigencias en el campo de los cuidados a la vez que idoneidad y eficiencia laboral, tensiones en el desempeño entre lo privado y lo público, sentirse excesivamente demandadas y agotadas. Adecuación a estereotipos de belleza, maternidad y abnegación, olvido de sí misma, resignación del placer. Condiciones de vida ligadas a violencia intrafamiliar, historias de abuso sexual....

2. Varones:

- Exigencia de demostrar valor, espíritu transgresor, uso de la violencia, dominio, poder.
- Consumos que exaltan lo violento, exaltan la vivencia de poder y espantan el miedo.
- Exigencias del rol de proveedor en contextos de precarización laboral, desempleo, o amenaza. Necesidad de hipertrabajar, competir, duplicación del horario laboral, a costa del descanso, el ocio, los espacios de socialización primaria. Costos de no cumplir estas expectativas.
- Resignación u ocultamiento de los afectos.

3. Personas trans:

- Extrema exclusión que les vincula a estrategias de sobrevivencia vinculadas a lo ilegal, y dentro de las cuales se encuentran la prostitución y el narcomenudeo.
- Para estas personas, en su mayoría mujeres trans, no existen propuestas de prevención y tratamiento que las consideren desde su realidad específica,
- No suele haber espacios diferenciados en el sistema de salud, y resultando especialmente grave la situación de privación de libertad en cárceles de varones.

En relación a tratamiento, a partir de datos de acceso al mismo, se debe reflexionar acerca de las dimensiones por las cuales mujeres y personas trans casi no llegan a los diversos dispositivos.

- Los roles de género impactan de manera diferenciada en mujeres, hombres y personas trans, especialmente en cuanto a los lugares que ocupan cada uno en la comercialización y el tráfico de drogas y la consecuente penalización y encarcelamiento.
- En el circuito del tráfico y la microcomercialización de drogas, el lugar de las mujeres y de las personas trans es subsidiario al de los varones e implica situaciones de sometimiento y violencia.
- Encarcelamiento de mujeres en América Latina.

Prevalencia de varones en los espacios de atención. Conjeturas:

- Mayor representación en el universo de consumidores.
- Estigma. Penalización social, “las mami monsters”.
- Aspectos del encuadre que evidencian otras dimensiones.
- Programas diseñados para un modelo de adicto.
- Dimensiones excluidas de los abordajes, programas que no articulan con los de VD, trata, abuso, explotación.....Violencia obstétrica y en el sistema sanitario en general.
- No espacios pensados para personas trans.

En suma, si acordamos que nos guía una ética de respeto de los derechos de las personas, no podemos no considerar el impacto de las inequidades de género, la dureza y la violencia que conlleva, e incluir esta dimensión en nuestras propuestas, escuchando lo que los consumos de drogas nos dicen al respecto.

Niñez: Marcelo Choclín, Proyecto Cambio (Argentina).

“Hacía una integración”

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

Plantearemos las diferentes tendencias que surgen a partir de la encuesta

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

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

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





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

En la presentación se comparten experiencias donde podemos visualizar el intento de esta integración y, finalmente, se presenta la siguiente declaración consensuada por la Comisión en relación a esta temática:

1. Consideramos en primer lugar que no todo depende de la Prevención ya que los contextos de cada país, las vulneraciones de grandes sectores sociales, las desigualdades, generan condiciones favorables para la aparición de problemáticas en relación al consumo y sus consecuencias.
2. Entendemos que las organizaciones públicas y del tercer sector deberían operar en primera instancia, no solo desde lo asistencial, sino desde la prevención sin quedar esta subsumida a un segundo plano.
3. Son necesarias políticas de estado, que aporten a la coherencia y continuidad en cuanto a objetivos de corto, medio y largo alcance.
4. Vemos fundamental la intersectorialidad, e interdisciplina que apunten a un trabajo complementario desde diferentes instancias: salud, educación, seguridad, justicia y otros sectores para responder a las necesidades y demandas de los sujetos/as desde un enfoque biopsicosocial
5. Vemos necesario tener en cuenta la diversidad de realidades como son las poblaciones marginales urbanas, rurales, el trabajo con poblaciones indígenas y todo tipo de particularidades locales. Evitaremos de esta manera intervenciones que desestimen las definiciones que de su situación tienen aquellos alcanzados por la problemática.
6. Observamos la existencia de amplios sectores en riesgo que a pesar de contar con una inserción socioeconómica más favorable, padecen otra clase de vulnerabilidad, consistente en la orfandad, soledad afectiva y de contención, esto es un denominador común más allá de que sector social se trate.
7. Es menester abocarse a los contextos barriales donde se da el micro y macro tráfico en los cuales están cercenados los derechos de las personas, especialmente los niños y niñas.
8. Creemos importante abocarse a la problemática que traen aparejadas las nuevas tecnologías, que hoy en día se convierten en una realidad y un campo a nuevas modalidades de dependencias en los jóvenes.

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:

- Taller “Fortalecimiento de redes e incidencia para el futuro”, a cargo de Eulalia Alemany, Directora Técnica Centro Reina Sofía de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, y de Inmaculada Gómez, Coordinadora de RIOD.
- Reuniones de Nodos Geográficos de RIOD.
- Presentación de la [VIª Edición de experiencias orientadas a las Buenas Prácticas](#) y ponencia de experiencias por parte de participantes.
- Realización de la Asamblea General anual de la RIOD:
 - Apertura de la Asamblea.
 - Elección de la Mesa de la Asamblea integrada por una presidencia, una secretaria y dos vocalías.
 - Lectura y aprobación de la redacción del Acta de la Asamblea General Ordinaria de 2018.
 - Aprobación, si procede, del Informe de Gestión 2018 de la Junta Directiva.
 - Aprobación, si procede, de Cuentas correspondientes al ejercicio 2018.
 - Presentación de Plan Anual 2019.
 - Presentación de Presupuesto ejercicio 2019.
 - Aprobación de modificación estatutaria para incorporación del cambio de domicilio social.
 - Propuesta de modificación de cuotas anuales.
 - Altas y bajas de entidades socias.
 - Ruegos y Preguntas.



Evaluación por parte de las personas asistentes al XXI Seminario de la RIOD

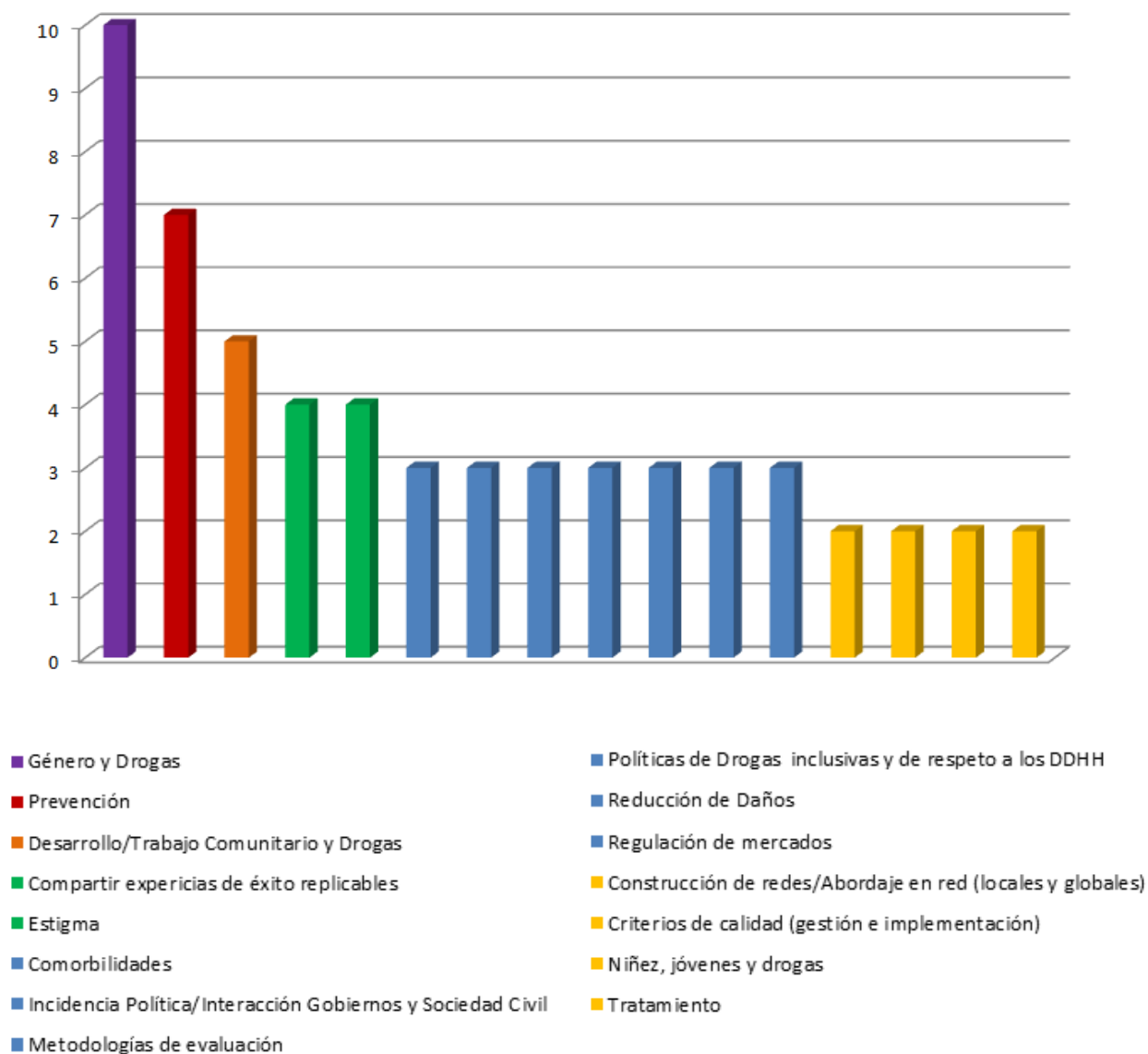
Se distribuyó una encuesta online para evaluar el Seminario a todas las personas que participaron en el mismo. A cada tema a evaluar se solicitaba al encuestado su valoración de 0 (peor puntuación) a 4 (máxima puntuación), a continuación se presenta una sistematización de los resultados:

	Puntuación media	Porcentaje de satisfacción
Aspectos Logísticos	3,78	94,46
1. El apoyo recibido por la RIOD para el procedimiento de inscripción en la plataforma AECID me ha parecido satisfactorio:	3,80	95,00
2. La atención recibida por la organización, previa y durante el Seminario, me ha resultado adecuada:	3,97	99,29
3. La difusión del evento me ha parecido clara y suficiente:	3,63	90,71
4. La localización e instalaciones me han resultado acertadas:	3,71	92,86
5. El material entregado a cada asistente me ha parecido el adecuado:	3,63	90,71
Valoración de los contenidos	3,46	86,43
1. Los temas tratados me han resultado interesantes:	3,54	88,57
2. Los temas tratados me han aportado nuevos conocimientos:	3,34	83,57
3. Los debates y las conclusiones me han resultado interesantes:	3,40	85,00
4. Los conocimientos adquiridos en el seminario son útiles para mi trabajo:	3,54	88,57
Valoración de los/las ponentes	3,44	86,04
1. La intervención de Milton Romani en la mesa "El camino hacia una atención universal basada en el paradigma de Salud Pública y los Derechos Humanos", me ha resultado adecuada/de interés:	3,43	85,71
2. La intervención de Luis Alfonso Bello en la mesa "El camino hacia una atención universal basada en el paradigma de Salud Pública y los Derechos Humanos", me ha resultado adecuada/de interés:	3,09	77,14
3. La intervención de Ítalo García en la mesa "Ética, calidad y rigor en la atención de problemas derivados del uso de drogas", me ha resultado adecuada/de interés:	3,26	81,43
4. La intervención de Analía Caraballo en la mesa "Ética, calidad y rigor en la atención de problemas derivados del uso de drogas", me ha resultado adecuada/de interés:	3,46	86,43
5. La intervención de Victoria Eugenia Correa en la mesa "Ética, calidad y rigor en la atención de problemas derivados del uso de drogas", me ha resultado adecuada/de interés:	3,34	83,57
6. La intervención de Alfonso Arocena en la mesa "Intervenciones basadas en la evidencia y en la práctica evaluada. Complementación y condición para la calidad", me ha resultado adecuada/de interés:	3,23	80,71
7. La intervención de Juan José Fernández en la mesa "Intervenciones basadas en la evidencia y en la práctica evaluada. Complementación y condición para la calidad", me ha resultado adecuada/de interés:	3,23	80,71
8. La intervención de Luis Alfonso Bello en la mesa "La atención integral y centrada en la persona", me ha resultado adecuada/de interés:	3,17	79,29
9. La intervención de Alfonso Abarca en la mesa "La atención integral y centrada en la persona", me ha resultado adecuada/de interés:	3,26	81,43
10. La intervención de Felisa Pérez Antón en la mesa "La atención integral y centrada en la persona", me ha resultado adecuada/de interés:	3,49	87,14

11. La intervención de Ana M. Echeberría en la mesa "La atención integral y centrada en la persona", me ha resultado adecuada/de interés:	3,66	91,43
12. La intervención de Josep Rovira en la mesa "Reducción de daños. Concepto y buenas prácticas", me ha resultado adecuada/de interés:	3,86	96,43
13. La intervención de Ernesto Cortés en la mesa "Reducción de daños. Concepto y buenas prácticas", me ha resultado adecuada/de interés:	3,60	90,00
14. La intervención de Juan José Fernández en la mesa "Introducción a la detección y el manejo de comorbilidades psíquicas y físicas", me ha resultado adecuada/de interés:	3,23	80,71
15. La intervención de Gloria Bodnar en la mesa "Introducción a la detección y el manejo de comorbilidades psíquicas y físicas", me ha resultado adecuada/de interés:	3,00	75,00
16. La intervención de Fabián Tonda en la mesa "Experiencias de intervención y modelos de tratamiento", me ha resultado adecuada/de interés:	3,57	89,29
17. La intervención de Raydiris Cruz en la mesa "Experiencias de intervención y modelos de tratamiento", me ha resultado adecuada/de interés:	3,63	90,71
18. La intervención de Roberto Gallinal en la mesa "Experiencias de intervención y modelos de tratamiento", me ha resultado adecuada/de interés:	3,20	80,00
19. La intervención de Josep Rovira en la mesa "Experiencias de intervención y modelos de tratamiento", me ha resultado adecuada/de interés:	3,74	93,57
20. La intervención de Silverio Espinal en la mesa "Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas", me ha resultado adecuada/de interés:	3,63	90,71
21. La intervención de Juan Machín en la mesa "Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas", me ha resultado adecuada/de interés:	3,51	87,86
22. La intervención de Diego Martín en la mesa "Políticas de Marco regulatorio", me ha resultado adecuada/de interés:	3,63	90,71
23. La intervención de Lola Capdepón en la mesa "Las políticas internacionales de Drogas y su alineación con la Agenda 2030. Conclusiones del Segmento Ministerial de la CND", me ha resultado adecuada/de interés:	3,60	90,00
24. La intervención de Carolina Reyes en la mesa "Enfoques necesarios en la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad", me ha resultado adecuada/de interés:	3,54	88,57
25. La intervención de Paz Casillas en la mesa "Enfoques necesarios en la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad", me ha resultado adecuada/de interés:	3,51	87,86
26. La intervención de Ana M. Echeberría en la mesa "Enfoques necesarios en la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad", me ha resultado adecuada/de interés:	3,66	91,43
27. La intervención de Marcelo Choclín en la mesa "Enfoques necesarios en la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad", me ha resultado adecuada/de interés:	3,46	86,43
En general el XXI Seminario de RIOD me ha resultado interesante/útil:	3,60	90,00

En general y a modo de conclusión, la media del porcentaje de satisfacción es de un 87,25%.

Por otro lado, se preguntaba al encuestado/a por propuestas que le resultasen de interés para abordar en próximos seminarios; en base a la coincidencia de respuestas, se muestra la gráfica a continuación de temas más mencionados:



Otros temas mencionados, aunque con menor coincidencia en las respuestas, fueron los siguientes:

- Centros penitenciarios y drogas
- Contexto sociopolítico global y drogas
- Cooperación Internacional y Drogas
- Descriminalización del consumo de drogas
- Edad en los consumos de drogas
- Evaluación de procesos tras el tránsito por diferentes dispositivos de atención
- Inserción sociolaboral
- Intervenciones familiares
- Maras y narcotráfico
- Nuevas Adicciones
- ODS y Drogas
- Realidad de las ONG en ALC
- Realidad de las personas usuarias
- Sostenibilidad económica de las ONG
- Violencia y Drogas

Principales conclusiones del XXI Seminario de la RIOD

En respuesta a las demandas recibidas, tras nuestro XX Seminario, centramos este encuentro en profundizar en temas que nos ayudaran a analizar la situación del sistema de intervención en drogas en la región, planteando la necesidad de una red asistencial de drogas, que permita la coordinación y complementariedad de las respuestas ofrecidas desde los gobiernos y la sociedad civil.

Además, aprovechamos el espacio para fomentar intervenciones basadas en la ética, la calidad y el rigor científico, y desde un abordaje integral que contemple los enfoques pertinentes en la atención a personas en situación de vulnerabilidad, que sufren la exclusión y el estigma.

En este sentido, comenzamos el Seminario tratando el tema de la necesaria atención universal basada en el paradigma de Salud Pública y los Derechos Humanos, que nos acompañó como hilo conductor durante todo el seminario ya que no podemos entender las políticas de drogas sin estos dos pilares fundamentales.

Por otro lado, las respuestas que ofrecemos desde la sociedad civil a los problemas relacionados con el uso de drogas deben estar enmarcadas en acciones y proyectos diseñados bajo criterios éticos, de calidad y con el debido rigor científico y metodológico. Las personas y comunidades con las que tratamos merecen intervenciones testadas, evaluadas y basadas en la evidencia. En ese sentido, compartimos y colaboramos con el trabajo que desde el Programa COPOLAD II se está realizando para que, desde los gobiernos y la sociedad civil, consigamos que los dispositivos, programas y acciones recojan unos mínimos que garanticen una intervención de calidad y adecuada a las personas y sus circunstancias.

Continuamos la segunda jornada del encuentro abordando la importancia de que la atención que se ofrece sea integral, integrada e integradora, lo que en RIOD llamamos “Modelo de Atención Triple I”, que nos habla de una atención integral fundamentada no sólo en los aspectos biológicos sino también en sus emociones, sus relaciones familiares y sociales, sus circunstancias socio-culturales, sus roles, sus valores y creencias, su espiritualidad, etc. Es un enfoque de atención centrado en la persona que tiene en cuenta todas las esferas (biológica, psicológica, social, y educativa), lo que implica trabajar desde el respeto y la dignidad, incorporando a la persona desde el análisis de su trayecto vital, su complejidad y como sujeto capacitado y responsable de sus decisiones.

También tiene que ser una atención integrada, que se base en la integración de servicios como respuesta, la coordinación de profesionales e instituciones para mejorar la experiencia de las personas atendidas y de sus familias, así como mejorar su calidad de vida. Tejer una red específica de atención a las adicciones, que a su vez, debe estar relacionada y coordinada con otras redes de sanidad, justicia, educación, servicios sociales, etc.



Por último, será integradora porque se busca una atención que sea accesible a toda la población, adaptando los servicios a los diferentes colectivos para “no dejar a nadie atrás”, y donde las personas usuarias participan como miembros activos de la sociedad. En este punto será necesario prestar una atención especial a colectivos en situación de vulnerabilidad con mayores dificultades en el acceso.

Para profundizar más en esto, pudimos hablar de enfoques necesarios para tratar a la persona en el momento en el que se encuentra como lo es el de reducción de daños, o el de trabajo con base comunitaria, y de cómo conseguir una atención que nos ayude a detectar comorbilidades psíquicas y físicas para poder ofrecer respuestas más eficaces.

Asimismo, y precisamente siendo conscientes de la necesidad de acercarnos a las personas en especial situación o riesgo de vulnerabilidad, compartimos experiencias de intervenciones dirigidas a habitantes de calle, personas privadas de libertad, niñez, e incorporación de la perspectiva de género.

Muy útil también fue la exposición de diferentes experiencias de intervención y modelos de tratamiento a través de un debate en el que se analizaron el tratamiento ambulatorio, tratamiento residencial, la prevención, y la reducción de daños. Posteriormente se llevó a cabo un taller en el que se realizó un decálogo de mínimos de cada modelo, especificando qué se debe contemplar en la intervención.

Los cuatro decálogos comparten la necesidad de trabajo en red implicando a los distintos actores de la comunidad, las intervenciones centradas en la persona y el momento vital por el que está pasando, y la importancia de tener en cuenta y hacer partícipes a las personas de sus propios procesos.

No podíamos cerrar el Seminario sin antes hablar de modelos regulatorios y nuevas propuestas alternativas a las políticas contra las drogas, de las que se viene observando que no han logrado la reducción en la oferta, a pesar de los grandes recursos invertidos, y sin embargo sí que han repercutido negativamente en las personas y comunidades, viéndose estas más vulneradas en sus derechos que protegidas por este tipo de legislaciones.

Tuvimos la oportunidad de compartir con la Junta Nacional de Drogas de Uruguay la experiencia de este país con la regulación del cannabis y comprobar cómo 4 años después se ha alejado a la mayor parte de los usuarios de la exposición a actividades ilícitas. Se ha permitido disminuir los daños ocasionados por el acceso a sustancias de peor calidad. Se ha arrebatado una parte sustancial del mercado a los traficantes. En definitiva, cómo la regulación del cannabis está siendo una herramienta clave para la profundización de la democracia, la pacificación de la convivencia y la equidad social.

Siguiendo con las políticas internacionales de drogas, pudimos debatir sobre los últimos acontecimientos a nivel internacional: el Segmento Ministerial de la Comisión de Estupefacientes en marzo de este año y sus conclusiones, a menos de tres años de un proceso aún más amplio como fue el de la UNGASS 2016. Analizamos el rol que la sociedad civil ha tenido -cada vez más integrada en estos procesos-, de la importancia del trabajo del Civil Society Task Force que se impulsa desde el Comité de ONG de Drogas de Viena -del cual RIOD es parte siendo una de las dos representantes de América Latina y el Caribe-, y del camino que nos queda aún por recorrer para conseguir ser el altavoz de las personas para y con las que trabajamos.

Y con el objetivo de la Agenda 2030 de “No dejar a nadie atrás”, nos comprometimos a alinear nuestras estrategias, acciones y programas con los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus 169 metas sobre los que profundizamos en una dinámica de estudio del caso que nos ayudó a comprender mejor la necesidad de observar los ODS desde una visión global y a ser conscientes de cómo todas nuestras acciones se relacionan inevitablemente con todos y cada uno de ellos. Finalizamos nuestra semana de encuentro y reflexión, compartiendo experiencias exitosas y orientadas a las buenas prácticas de nuestras entidades socias y los resultados de un estudio que estamos realizando y que nos permitirá crecer como red, fortalecernos como entidades y mejorar la calidad de nuestras intervenciones a través del análisis de nuestro entorno, los retos a los que nos enfrentamos y las soluciones que estamos planteando. Este análisis ha demostrado que, como red, tenemos mucho trabajo por hacer y nos anima a seguir camino de un nuevo encuentro en 2020.

Acompañados de diferentes representantes de gobiernos y actores de la sociedad civil, junto con personalidades e instituciones de relevancia en el ámbito de drogas de Iberoamérica y personas expertas con trayectorias vinculadas a organismos internacionales, nos hemos acercado, un año más, a través de este diálogo birregional, a respuestas más oportunas y eficaces.



Memoria Económica

La realización del XXI 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, Consumo y Bienestar Social de España, que ha subvencionado este encuentro con una cantidad total de 55.000,00 euros; y a la financiación de la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica y el Caribe del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, que ha subvencionado este encuentro con una cantidad total de 8.819,07 euros.

Por otro lado, si bien no se percibió directamente otra fuente de financiación, sí fue crucial para el desarrollo del Seminario la inestimable colaboración en el desarrollo del evento a la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo (AECID), a través del Plan Interconecta.

Asimismo, destacamos el apoyo, respaldo y cooperación de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD-OEA), el Programa COPOLAD II, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Junta Nacional de Drogas de Uruguay, la Intendencia de Montevideo, y de nuestra entidad socia Encare de Uruguay.

La suma total de todas las aportaciones económicas y colaboraciones mencionadas anteriormente han permitido el desarrollo del XXI Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación y su Asamblea General 2019.

Financiado por:



Con la colaboración de:



Memoria gráfica

[Vídeo de galería de fotos del XXI Seminario RIOD](#)





