

# DEBATES EN ADICCIONES



## POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS

**Dra. Jimena Kalawaski**

**3 de Diciembre de 2019**  
**Palacio de Cerveró. Universitat de València - CSIC**



**AJUNTAMENT DE VALÈNCIA**  
REGIDORIA DE SALUT I CONSUM



**UPCCA**  
VALENCIA



**Cendoc Bogani**



**UISYS**  
Unidad de Información e  
Investigación Social y Sanitaria

**VNIVERSITAT**  
**D VALÈNCIA**

# DEBATES EN ADICCIONES

---

---

## POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS

Dra. Dña. Jimena Kalawski

Jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda  
Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)  
Organización de los Estados Americanos (OEA)

Valencia, 3 de Diciembre de 2019



**AJUNTAMENT DE VALÈNCIA**  
REGIDORIA DE SALUT I CONSUM



UISYS  
Unidad de Información e  
Investigación Social y Sanitaria

VNIVERSITAT  
DE VALÈNCIA

**Editores:**

Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jimena Kalawski Isla

Rafael Aleixandre Benavent

Juan Carlos Valderrama Zurián

**Agradecimientos:**

Lourdes Castelló Cogollos

Andrea Sixto Costoya

**Edita:**

Servicio de Adicciones

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

Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD)

Concejalía de Salud y Consumo

Ajuntament de València.

**ISBN:** 978-84-9089-284-8

**Imprime:** Martín Gráfico

**Depósito Legal:** V-1398-2020

## Índice

<b>Bienvenida</b>	<b>3</b>
<b>Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent</b>	
Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València-CSIC.	
<b>Presentación de la Ponente</b>	<b>5</b>
<b>Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral</b>	
Jefe de Servicio de Adicciones Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-València) Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD) Concejalía de Salud y Consumo Ajuntament de València	
<b>Inauguración</b>	<b>7</b>
<b>Ilmo. Sr. D. Emiliano García Domene</b>	
Concejal de Salud y Consumo Ajuntament de València	
<b>Conferencia</b>	<b>9</b>
<b>“Políticas de reducción de la demanda de drogas”</b>	
<b>Dra. Dña. Jimena Kalawski</b>	
Jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) Organización de los Estados Americanos (OEA)	
<b>Debate</b>	<b>29</b>
Moderadores: <b>Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral</b> <b>Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent</b>	
Preguntas: Los asistentes	
Respuestas: <b>Dra. Dña. Jimena Kalawski</b>	



**Palau de Cerveró, situado en la Plaza de Cisneros de Valencia**



**Escalera isabelina del siglo XVIII en el interior del Palau de Cerveró**

## Bienvenida

### **Dr. D. Rafael Alexandre Benavent**

Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València-CSIC.

Buenas tardes.

En esta nueva edición de los **Debates en Adicciones** tenemos el placer de contar con la doctora Jimena Kalawski, que presentará la ponencia **“Políticas de reducción de la demanda de drogas”** y compartirá su experiencia en este campo con nosotros.

Las consecuencias del uso indebido y el tráfico ilícito de drogas afectan a todos los países y los efectos negativos para la salud y para las relaciones humanas son devastadores. Este problema produce, además, un enorme gasto sanitario por la utilización de los servicios de salud y un gran consumo de recursos humanos y financieros que se podrían utilizar para otros fines. Se trata de un problema muy complejo y en transformación permanente, ya que continuamente se producen cambios en los patrones de consumo de drogas, su abastecimiento y distribución.

Por ello, para combatir el problema, es fundamental diseñar e implementar programas y políticas de reducción de la oferta y la demanda que contemplen todas las variables que intervienen en el abuso de sustancias. Estos programas deben, además, implantarse a nivel mundial, implicando tanto a los gobiernos como a las organizaciones no gubernamentales y teniendo como base la cooperación internacional.

Desde la Universitat de València y desde el Servicio de Adicciones de la Concejalía de Salud y Consumo del Ajuntament de València queremos agradecer la participación en este Debate de la doctora Jimena Kalawski, experta en reducción de la demanda y ponente en numerosos foros internacionales sobre esta temática.



Dr. Francisco Bueno, Dr. Jimena Kalawky, D. Emiliano García, Dr. Rafael Aliexandre



## Presentación de la Ponente

### **Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

Jefe de Servicio de Adicciones  
Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-València)  
Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD)  
Concejalía de Salud y Consumo  
Ajuntament de València

Muy buenas tardes, es un honor presentar a la Dr. Jimena Kalawski.

La **Dr. María Jimena Kalawski Isla** tiene una amplia trayectoria profesional, ya que desde el año 1997 trabajó en el campo de las adicciones, el uso de sustancias en diferentes contextos. Primero como directora de varios programas de tratamiento, luego desarrolló e implementó diferentes programas de ayuda, además de actividades de psicoterapia individual y grupal.

Obtuvo su Máster de Adicciones y además realizó su Tesis Doctoral sobre “Adherencia al tratamiento en personas con drogadicción”. Desarrolló programas activos de prevención escolar y también actividades de políticas públicas.

Diseñó e implementó cursos para médicos y técnicos en el campo de la rehabilitación en el marco del acuerdo entre el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y el Ministerio de Salud de Chile así como para profesionales y técnicos del Servicio Nacional de Menores del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Chile (SENAME).

El CONACE funcionó desde 1991 hasta 2011, como ustedes conocen, siendo remplazado posteriormente por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

Durante los años 2011 y 2012, la Dr. Jimena Kalawski trabajó como Directora Clínica del Centro de Tratamiento Casa Mispah en Chile que se basa en el Programa del Centro Betty Ford en los Estados Unidos.

Desde el año 2015 al año 2018, fue Jefa de la División de Programación del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) del Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile. Estuvo a cargo de la Sección de Reducción de la Demanda que incluye diferentes áreas como prevención, tratamiento e integración social, desarrollo del capital humano, formación, estudios, etc.

Ha participado en diferentes foros nacionales e internacionales y como Presidenta del Grupo de Expertos en la Reducción de la Demanda de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), destacó, no solamente en su país en 2017 en todas las actividades que realizaba Chile en estos cometidos, sino también en su capacidad de coordinación y de implicación de otros países del continente sudamericano, para implicarlos a todos ellos en la temática de prevención de las adicciones y, específicamente, de la reducción de la demanda.

Desde el 1 de julio de 2019 es la jefa de la unidad de reducción de la demanda de la CICAD como todos ustedes conocen.

Yo quiero destacar una pequeña frase que refleja su sinceridad, su claridad y su profesionalidad y además de su conocimiento y compromiso frente a un tema que conoce perfectamente y que se lo cree. Esta frase es de una profesional que tiene un cargo relevante a nivel internacional es para nosotros, que estamos a pie de obra, de suma importancia, doctora Kalawski. Ella dijo *“Nada nos gustaría más que el consumo de drogas y alcohol no existiera, principalmente entre niños y jóvenes, pero existe y es una realidad que debemos afrontar con un relato creíble y un diálogo directo, que nos permita contar con la confianza de la ciudadanía. El consumo de drogas es un tema social que nos afecta a todos, en donde el apoyo de la comunidad, de madres y padres y apoderados es fundamental. En esta tarea nadie sobra, todos somos responsables”*. Evidentemente esta frase define claramente una vocación profesional y una vocación por el bien común que es muy importante resaltarla aquí.

Como Jefe del Servicio de Adicciones de la Concejalía de Salud y Consumo de l’Ajuntament de València, agradezco, en nombre de todos los profesionales de mi servicio la participación de la doctora Jimena Kalawski en este debate de hoy, agradezco a todos ustedes su presencia, nos enorgullece que estén personas tan relevantes del tema de las adicciones de la Comunitat Valenciana presentes aquí y, como ha dicho el concejal, reitero el agradecimiento a los doctores Juan Carlos Valderrama Zurián, Bartolomé Pérez Gálvez y a Rafael Aleixandre Benavent por su trabajo, por su colaboración.

## Inauguración

**Ilmo. Sr. D. Emiliano García Domene**

Concejal de Salud y Consumo

Ajuntament de València

Buenas tardes y muchas gracias a todos y a todas por asistir a este **Debate en Adicciones**, organizado por el Servicio de Adicciones (PMD/UPCCA-València) de la Concejalía de Salud y Consumo del Ajuntament de València y la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València.

Agradezco al Dr. Rafael Alexandre Benavent, al Dr. Juan Carlos Valderrama Zurián, la extraordinaria labor que realizan desde la Universitat de València al amparo de nuestro convenio de colaboración, que nos sirve para estar en diversos foros profesionales y profundizar en la información, en la formación y en la difusión de los conocimientos relacionados en la prevención de las adicciones, tanto con sustancia como sin sustancia.

Agradezco también al Dr. Bartolomé Pérez Gálvez su continua y muy cualificada colaboración con el Servicio de Drogodependencias de la Concejalía de Salud y Consumo de l'Ajuntament de València.

El título de este Debate en Adicciones es muy sugerente, **“Políticas de reducción de la demanda de drogas”**. La Dra. Jimena Kalawski es una gran experta internacional por lo que seguro que nos resultará muy interesante tanto su exposición como el coloquio que realizaremos después.

La Delegación de Gobierno Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de Gobierno de España, elaboró los Objetivos de la *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2007-2024*. En el Área de Actuación I, *Prevención y reducción del riesgo*, destaca los siguientes:

1. Reducir la presencia y promoción de las drogas y de otras conductas susceptibles de generar adicción.
2. Limitar la accesibilidad de las y los menores a las drogas y a otras conductas susceptibles de adicción.
3. Promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas (juego, tecnologías de la información y comunicación) y contar con la participación ciudadana a este propósito.
4. Reducir la injustificada percepción en la sociedad y especialmente en menores, sobre la “normalidad” de los consumos de drogas, fundamentalmente de cannabis y de alcohol.
5. Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción.

6. Promover conductas y hábitos de vida saludables, el uso saludable de las nuevas tecnologías y las alternativas de ocio sanas, incompatibles con el abuso de sustancias y otras conductas adictivas.
7. Detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo (consumo por parte de menores, embarazadas, durante la conducción de vehículos...).

Estas siete actuaciones encaminadas a la prevención y a la reducción de riesgos son muy importantes y deben guiar todas las labores de los responsables políticos y a los profesionales que nos ocupamos de las adicciones.

La Reducción de la Oferta es una actividad muy importante que requiere de la colaboración permanente de todos los países y de la coordinación política, policial y judicial internacional, pero que se nos escapa de nuestras tareas diarias.

La Reducción de la Demanda comporta tareas fundamentales en las que estamos involucradas todas las Administraciones Públicas, los Organismos, las Asociaciones y las Sociedades Científicas para poder lograr una sociedad más saludable e informada.

La Promoción de la Salud de las personas y la Prevención de las Adicciones tanto con sustancia como sin sustancia, tiene cada vez más importancia en nuestra sociedad y van encaminadas, entre otros objetivos, a que todos vivamos con ausencia de sustancias tóxicas. Para ello, son fundamentales las políticas de Reducción de la Demanda de drogas.

Como saben, en la Concejalía de Salud y Consumo, llevamos a cabo el Plan Municipal sobre Trastornos Adictivos 2016-2021, con programas de prevención comunitaria, prevención escolar, prevención familiar y alternativas de ocio y tiempo libre.

Agradezco muy especialmente a la Dr. Jimena Kalawski su participación en este debate que a buen seguro cumple con todas nuestras expectativas sobre el tema de hoy que repito es muy importante.

Reitero mi agradecimiento a todos vosotros por vuestra asistencia, muchas gracias.

Tiene la palabra Tiene la Dra. Dña. Jimena Kalawski.

## **CONFERENCIA**

### **POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS**

**Dra. Dña. Jimena Kalawski**

Jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda  
Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)  
Organización de los Estados Americanos (OEA)



## Conferencia

### **Dra. Dña. Jimena Kalawski**

Jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda  
Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)  
Organización de los Estados Americanos (OEA)

Muchas gracias a todos, estimado Concejal D. Emiliano García, estimados doctores Rafael Aleixandre y Francisco Bueno por estas bellas palabras; llega a ser intimidante cuando a alguien le leen así un currículum tan impresionante y le recuerdan sus actividades profesionales de manera tan elogiosa.

Bueno, la verdad es que sí llevo bastante tiempo trabajando en este tema, más de lo que me gusta reconocer y he tenido, yo creo, el privilegio de trabajar en lo que me gusta y poder vivir de eso. Para mí es muy importante, me encanta fuertemente este foro, ojalá podamos tener tiempo para conversar, pero además me encanta ver personas de distintas generaciones. No tengo idea ni de dónde vienen, ni qué hacen, pero por lo menos veo caras de distintas generaciones y es un orgullo ver que es un tema que pasa el tiempo, sigue importando. Cambia la forma, cambia a lo mejor el tipo de sustancias pero sigue importando.

Durante muchos años, por lo menos desde mi país, desde Chile, mirábamos con mucha atención lo que estaba haciendo España en el tema de drogas. Era una manera también de orientar hacia dónde teníamos que ir nosotros avanzando y hacia dónde se estaba desarrollando todo el conocimiento que existía de ese tema.

Cuando comencé a trabajar por supuesto no había ni congresos, ni publicaciones ni nada y bueno, éramos un grupo de profesionales que organizábamos nuestros propios congresos e invitábamos a españoles para que vinieran a contarnos su experiencia.

Yo empecé a trabajar en este tema porque, cuando yo estaba en el colegio, en las Teresianas, me tocaba salir a hacer trabajo de calle y, en algunas ocasiones, me encontré con personas que dormían afuera de la Catedral Metropolitana de Santiago. Y me quedaba conversando con ellos y me parecían que eran personas muy mayores, con mucho deterioro y, hablando con ellas, no eran ni tan mayores, eran profesionales, pero eran personas que llevaban muchos años consumiendo alcohol. Eso me llamó muchísimo la atención y nunca voy a olvidar uno de ellos que me dijo que yo debería trabajar en este tema porque se sintió muy cómodo hablando conmigo. En realidad, eso nunca se me ha olvidado, después trabajé en todo tipo de programas más profesionales, no profesionales, le contaba a Bartolomé Pérez Gálvez ayer, que llegué a trabajar a una comunidad terapéutica de sesenta hombres técnicos en rehabilitación, y yo era la única mujer como de veintiún años, en unas terapias de grupo gigantes, que no tenían hora de término entonces, claro, finalmente, la gente cambiaba o se cansaba. Mi labor ahí fue que tenía que profesionalizar el trabajo que hacía la comunidad terapéutica.

Antes de profesionalizar nada, yo tuve que conseguir que me creyeran, que confiaran en mí, que no me sintieran como una amenaza, porque este era un trabajo que se llevaba haciendo muchos años con las personas que habían estado en este consumo de sustancias y habían salido adelante, y habían ido manteniendo como tradición, ese tipo de tratamiento durante muchos años. Hoy en día son muy buenos amigos.

Traigo una presentación que espero, como decimos en Chile, no latearlos, que es como aburrirlos. Si hay alguna palabra que no se entienda, me avisan, porque los chilenismos todavía abundan.

Bueno, cuando nosotros hablamos del tema de drogas siempre tenemos que mirar que consciente o inconscientemente, o explícita o implícitamente, todos tenemos una percepción respecto al tema o venimos de origen con una percepción respecto al tema. Una percepción que puede ser más religiosa, más ceñida por lo moral, con más datos, con menos datos, con más información, con experiencias personales y eso ha significado que, durante un largo período las decisiones que se han tomado no han tenido que ver tanto con evidencia o con elementos o con conocimientos científicos, sino que más bien con percepciones, con prejuicios respecto al tema.

Pero, desde que lo definimos con un problema público, o sea un problema que nos afecta a todos como sociedad, es que nosotros decimos, bueno esto es un problema que es multidimensional, es decir, que afecta a muchas dimensiones de la vida humana; tiene que ver con la seguridad, tiene que ver con la salud, tienen que ver con la estabilidad de los Estados. Nosotros tenemos países donde el Estado no funciona básicamente porque la corrupción vinculada al tráfico de drogas es fortísima, no hay nadie que no pueda ser comprable por los intereses del tráfico de drogas y, cuando digo tráfico de drogas, sí, pienso en las drogas ilegales pero también tenemos drogas que están legalizadas y que también ejercen una gran presión sobre los ciudadanos para que sean consumidas.

En resumen, **¿Qué es una política de drogas?** Una política de drogas son las leyes, los planes, los programas que establece un Estado cuando decide definir si se va a acceder o no a determinadas sustancias, cómo se va a acceder y cuáles son los límites de este consumo y cómo vamos a trabajar o abordar las consecuencias que tiene. Por lo tanto, las políticas de drogas pueden ser muy similares de un país a otro o pueden ser muy diferentes de un país a otro porque tiene que ver con su cultura, en primer lugar, tiene que ver con su ubicación estratégica, tiene que ver con las prioridades que tiene ese país con el nivel de desarrollo, etc.

Por lo tanto, hay políticas que, efectivamente, uno podría replicar de un país a otro, como en el caso de ustedes, de una Comunidad Autónoma a otra, pero hay otras que no se pueden replicar, porque efectivamente hay diferencias que son importantes de un lugar a otro. Por ejemplo, si yo decido poner un lugar de venta o de consumo libre de drogas o de venta libre de drogas cerca de la frontera con un país vecino, no solamente estoy afectando a mi propio país, sino que lo más probable es que voy a tener personas que van a cruzar la frontera para venir a consumir.

Ahora que llevo un poco de tiempo, seis meses ya viviendo en Estados Unidos, también es interesante ver las restricciones que hay, por ejemplo, entre los diferentes Estados para acceder al alcohol. En algunos Estados tú encuentras que el alcohol se vende libremente en el supermercado y en otros solamente en los comercios de venta de vinos o licores embotellados, que tienen un horario específico que no funcionan los domingos.

Me sentí muy orgullosa cuando fui a comprar una botella de vino y me pidieron mi pasaporte para corroborar la edad, lo tienen como norma, y me llamó la atención que fui al cine con mi hija, a un horario de las doce del día, y en la taquilla del cine, donde compran las palomitas y las otras cosas, sí se vende alcohol, vino y cerveza.

Me llamó la atención, en mi país, que es un país que consume muchísimo alcohol, y que las botellerías te atienden las veinticuatro horas del día, que te llevan todo el alcohol a tu casa, uno no se encuentra con venta de alcohol en el cine, por ejemplo. Pero también depende de cómo es la conducta de los ciudadanos respecto a los distintos tipos de sustancias. O sea, si en mi país tuviéramos acceso al alcohol en el cine, habría mucho desorden en el cine. Probablemente, en Estados Unidos, todavía no lo he visto, pero la gente se puede tomar tranquilamente una copa de vino mientras ve una película y probablemente no pase mucho.

Por eso es importante que cuando nosotros miramos las políticas de drogas también miremos cuál es la cultura y cuáles son las condiciones que están permitiendo desarrollar esa política o esa estrategia.

Sin duda alguna, cuando nosotros estamos hablando de Estados, estamos hablando también, de qué compromisos internacionales que están suscritos por los Estados, están vigentes. Por lo tanto, una de las primeras cosas a considerar es que yo debo, como Estado, saber cuáles son esas políticas, esos convenios, esas estrategias que están ratificadas por mi país y debo ajustarme a eso y, si no me gusta, tendré que hacer todo el trabajo de gestión suficiente para poder influir respecto a esos convenios. Porque nosotros tenemos que instalar las políticas en los Estados, porque nosotros tenemos en los Estados la capacidad y los instrumentos que nos van a permitir ordenar todas las acciones relacionadas con este tema; tenemos los recursos, tenemos la posibilidad de modificar leyes, tenemos financiamiento, debemos tener capacidad de análisis, de revisar las estrategias, de evaluar los resultados, etc.

Pero hoy en día estamos hablando de que las políticas deben ser basadas en la evidencia. Los recursos que tenemos en los diferentes Estados, en América Latina, el Caribe y también, por supuesto en Europa. Yo creo que no hay ningún país que diga, yo tengo unos recursos ilimitados para esto. Nos hace que, cuando tomemos una decisión política, tenemos que mirar si vamos a implementar tal o cuál programa, tal o cuál estrategia, no solamente el impacto como lo ocasional que pueda tener, sino que además, ver si eso va a funcionar o no, si esto está demostrado que funciona o no, qué documentación tenemos sobre este tema, qué análisis, qué buenas prácticas se han estado realizando, etc.

Por lo tanto, no es cosa de llegar y decir, a mí se me ocurrió, no sé, que el fútbol previene el consumo de drogas, el consumo de alcohol y me pongo a hacer canchas de fútbol, y me pongo a hacer partidos de fútbol preventivos frente a las drogas. Con una colega, ella siempre se reía del asunto, no sé si acá llegó la zumba, que es una clase de gimnasia más tropical, la zumba preventiva, y teníamos el país lleno de zumbas preventivas que en realidad iban las mamás a bailar, mamás que habitualmente no consumen y lo único que se hacía era que las personas bailaban un rato y le decían no a las drogas; pero eso no cambia ni la actitud, ni la percepción de nada, pero cumple un rol comunicacional importante, que es decir nosotros nos estamos haciendo cargo de este tema, por lo tanto estamos desarrollando una actividad visible para todos.

Entonces, cómo nosotros, como tomadores de decisiones, podemos tomar una decisión respecto a lo que puedo hacer políticamente mostrable, visible, comunicacionalmente relevante e impactante y que además tenga resultados, tenga evidencia y podamos sustentar estas decisiones en el tiempo.

Una de las cosas que más nos cuenta es poder mantener políticas y programas el tiempo suficiente para que nosotros podamos evaluar sus resultados. Habitualmente lo que vemos en nuestros países es que se instala un programa o determinado país construye un programa, revisa la evidencia, hace la adaptación, revisa los materiales, adapta el lenguaje, que eso ya es realizar demasiado trabajo, dedicarle muchos recursos y tiempo. Se empieza a implementar, pero hay un cambio de gobierno, y entonces, esto no tuvo resultados, pero resulta que recién llega a dos o tres años y estamos hablando de una temática que está vinculada al desarrollo, por lo tanto, los resultados los vemos en el medio-largo plazo y no se cambia. Una de las dificultades que tenemos justamente para poder evaluar, tiene que ver con la continuidad de los programas.

¿Qué les voy a contar? Que en las Américas nosotros tenemos el mecanismo de evaluación multilateral, que en el año 1998 los presidentes de los Estados miembros tuvieron una cumbre y decidieron que iban a evaluar multilateralmente los resultados de las estrategias regionales sobre drogas. Nosotros nos vamos a evaluar a nosotros mismos como Estados. Entonces, es desde ese momento cuando nosotros tenemos ese mecanismo de evaluación multilateral, que lo lleva la OEA-CICAD, que es un mecanismo que se construye basado en la confianza, en el diálogo, en la cooperación y ya lleva siete rondas de evaluación. Lo que pretende, tal como dice, es medir el progreso, la implementación de la estrategia hemisférica sobre drogas, y es un buen instrumento para estimular el desarrollo en la asistencia técnica, para los programas de capacitación, para las buenas prácticas, etc.

A mí, como Jefa de Reducción de la Demanda de la OEA-CICAD, este es un instrumento que me sirve, porque son las declaraciones que hacen los países respecto a lo que ellos están implementando o no. Esto no es un instrumento que me habla de epidemiología, sino que es un instrumento que me dice, venga usted, cuénteme lo que está haciendo, cómo está. Por supuesto que no me pueden contar puras maravillas, esto pasa por un grupo de expertos que luego conversa con cada uno de los países, le dice, bueno, cuénteme qué tanto, qué tan poco, cómo lo estás haciendo, etc.

Es un instrumento que tiene, yo creo, algunas dificultades porque se basa solo en las declaraciones y en la evidencia que los países presentan, pero no es un estudio como de investigación respecto a lo que está haciendo el país. Pero en la declaración política de los países por lo tanto a mí me sirve como un instrumento de entrada para poder decir, de acuerdo, al parecer acá ustedes sí tienen un avance en esto, pero sería importante que avanzaran en esto otro, qué les parece si vemos cuáles son sus necesidades para avanzar más aún en la estrategia, en el plan de acción.

**El Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas** con el que estamos trabajando termina el año 2020, así que el próximo año vamos a tener muchísimo trabajo evaluando el Plan de Acción y estableciendo los objetivos para el próximo período. Este Plan de Acción vigente está estructurado en cuatro Ejes: 1. Fortalecimiento institucional. 2 Reducción de la demanda.

3 Reducción de la oferta. 4 Medidas de control y 5 Cooperación internacional. Tiene 30 objetivos y 129 acciones prioritarias, no les voy a leer todos los objetivos, así que no se asusten, además pueden encontrarlo en el siguiente enlace:

[http://www.cicad.oas.org/mem/Activities/PoA/PoA-Version\\_Final-ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/mem/Activities/PoA/PoA-Version_Final-ESP.pdf)

Voy a comentarles un par de objetivos y a considerar las recomendaciones operacionales de **UNGASS 2016** (Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas celebrado en Nueva York, 19-21 de abril de 2016. Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas) y los objetivos de desarrollo sostenible de la **Agenda 2030 de Naciones Unidas**.

**¿Qué es importante acá cuando nosotros hablamos de UNGASS?** Estamos diciendo que acá hay un reconocimiento, que esto es una enfermedad crónica que afecta gravemente a la salud, a la seguridad de los países, que no existe un tipo de tratamiento que sirva para todo el mundo, así que el tratamiento debe de ajustarse a la persona y no la persona al tratamiento, que necesitamos realizar acciones basadas en la evidencia, con enfoque de género, etc.

Es importante para los países empezar a incorporar eso en sus políticas. Nos hemos encontrado con que no todos los países lo siguen, la mayoría de los países de la región tienen políticas de droga, pero no todos las tienen. Entonces en los países que no las tienen, estamos haciendo un trabajo con fortalecimiento institucional también de la OEA-CICAD para ayudarlos a desarrollar sus propias políticas, planes y estrategias de drogas para que las acciones que ellos implementan tengan una continuidad y tengan una dirección y un sentido y no sean solamente como flash de, hago esto por aquí, hago esto por acá, esto de aquí no sale y es algo más bien como comunicacional, a que tenga un efecto propiamente como tal.

Algunos resultados importantes, por ejemplo, para la gestión que estamos haciendo ahora, es el primer objetivo de la estrategia hemisférica, establecer políticas para reducción de la demanda de drogas con enfoque de salud pública, sustentarse en la evidencia, integrales, multidisciplinaria, multisectoriales, respetuosa con los derechos humanos, considerando los lineamientos y/o recomendaciones de organismos internacionales especializados. Es un objetivo tremendo, gigante.

Cuando estamos pensando todavía en sociedades o países que piensan que esto es un vicio, es un pecado, es un trastorno solo de conducta, que la persona solamente con voluntad o por castigo va a dejar de consumir, etc.

En este sentido esto significa realmente un esfuerzo grande para los países. **¿Qué es lo que la Acción Prioritaria I.1., nos dice que deberán los países contar con contenido de programa de reducción de la demanda?** Pues que deben tener programas de prevención en sus políticas de reducción de la demanda.

Y, ¿Qué es lo que nos declaran los países? Todos los Estados miembros cuentan con problemas de prevención, todos reconocen tener programas de prevención, cuando uno se pasea por las regiones se encuentra que, más o menos, hay distintos niveles de programas de prevención y muchas veces el concepto de programa de prevención probablemente no responda a lo que uno esperaría de un programa que tiene un marco teórico detrás, unos objetivos claros,

mecanismos de evaluación inicial, intermedio y de resultados, sino que más bien son iniciativas que van más por la línea comunicacional. Todos reconocen que cuentan con programas de prevención, la gran mayoría dice que cuentan con programas de tratamiento en integración social, treinta y dos programas que en casi todos los Estados miembros dicen que tienen programas de tratamiento en sus países. Acá no estamos preguntando en cuanto a la calidad, en qué consisten, pero sí a los que les interese, esto está publicado en la página de la OEA-CICAD, y uno puede sacar el informe de cada país, ahí ya hay más detalle.

Integración social en treinta y un países, lo que es bastante difícil porque todos conocemos el estigma que va asociado con el consumo de sustancias y a veces los programas de integración social no los ve y más que programa de integración social propiamente tal, es una estrategia de búsqueda de empleo, por ejemplo.

Algo que en mi experiencia en Chile aprendimos que no basta con que la persona se emplee, muchas veces emplearse es muy fácil. A veces, alguien en la familia, por lo menos en mi país alguien en la familia tiene un negocio y te dice, bueno, tú ven y cubre algunas horas del día. Lo que necesitamos es que la persona tenga un salario que le permita vivir y que pueda hacer un proyecto que pueda sustentarse, al menos, en el medio plazo.

Pero, si te doy un pequeño trabajo para hoy, pero mañana no tienes trabajo, no tiene nada que hacer, no lo estamos haciendo bien. Hay que buscar y dar trabajos que les ayuden en el sustento económico diario, pero que además le dé sentido a su vida

Sigmund Freud decía que “El tratamiento no podrá proponerse otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y de goce”. Hoy debemos valorar también la importancia de amar y de trabajar, ya que el trabajo es también una manera de darle sentido a la existencia, que está necesitada y basada en el amor. Por lo tanto, en nuestra tarea estos dos objetivos amar y trabajar tienen mucha importancia.

Fue muy importante la creación de un **Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM)** que formulara recomendaciones periódicas a los Estados Miembros de la OEA a los efectos de mejorar su capacidad de controlar el tráfico y el abuso de drogas y reforzar la cooperación multilateral fue propuesta en la Segunda Cumbre de las Américas en 1998. Los Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas convirtieron el concepto de evaluación multilateral en un mandato, declarando en el Plan de Acción que sus países llevarían medidas específicas.

### **¿Qué encontramos en el MEM?**

Los países declaran que no contemplan todos los enfoques en los programas de prevención o de tratamiento como derechos humanos, la interculturalidad, las diferencias en las diferentes generaciones y género. Esto es muy importante, pues todavía encuentras países que tuvieron muy buen desarrollo institucional en tratamiento, pero que hay programas que no necesariamente están relacionados con la estructura de tratamiento que tiene el programa, sino que más bien son programas que están por fuera, que responden a la necesidad de familias desesperadas que no acceden a tratamiento por distintas razones. En la Américas la atención de salud no está necesariamente garantizada por el Estado, la cobertura sanitaria no es necesariamente dada por el Estado, y entonces las familias hacen lo que sea con tal de ayudar a un familiar que está con este problema de adicción.

Ahí uno se encuentra con cosas complejas, como esta que les comento. Me tocó estar en un país haciendo una capacitación y ya cuando llevábamos como dos semanas o tres, los pacientes ya tenían más confianza y como por supuesto no eran personas de la institución, pues se sinceraron conmigo. Y me cuentan que existen unos dispositivos, no en la institución, sino por fuera, que se llaman la morgue. Me llamó la atención ese nombre, y entonces les dije ¿pero, de qué se trata esto? Entonces me explican que a la persona la meten en un cubículo de dos por dos metros, la encierran varios días, hasta que se le pasen las ganas de consumir drogas. Esto existe hoy en día. Entonces no se respetan los derechos humanos fundamentales, ya no hablamos de derechos humanos sofisticados, por decirlo de alguna manera, hablamos de derechos mínimos de las personas.

Me voy a otro país, que también tiene lo que se llama *los anexos*. La familia ya no sabe qué hacer, está desesperada, llama y paga, entonces el personaje que consume va por la calle, llegan otros, lo agarran a la fuerza, lo toman y lo meten en un *container* con varias personas más durante varios días, y se da la misma situación, hasta que se le pase las ganas de consumir drogas. Una vez pasado ese trance, inicia un programa de tratamiento.

A mí me tocó trabajar en un programa en Chile donde venían personas de otros países que habían pasado por estos *anexos*. Gran parte de la recuperación que ellos debían hacer era recuperarse del trauma de esa situación, o sea, ya con toda la historia que traían previa, sumémosle esto. Realmente, respecto al tema de derechos humanos a veces damos por supuesto que esto ya estaba, en base a lo que ha tenido la humanidad, pero no está. Aquí es donde uno dice, bueno, cuáles son los enfoques, las miradas que hay detrás del consumo de sustancias para que yo a una persona la trate así, sin la misma dignidad que pueda tener yo al enfrentarme a un servicio de salud, por ejemplo. El enfoque tiene que ser velar por los derechos fundamentales de las personas.

Otra acción prioritaria es que los programas estén evaluados, que haya evaluaciones. Pero acá fíjense que solo siete Estados miembros han realizado evaluaciones de impacto. **¿Qué significa eso?** Que estamos implementando programas y políticas y no sabemos qué impacto tienen. No quiere decir que sean malos, probablemente son muy buenos, pero no tenemos la evidencia porque además, cuando uno tiene que ir donde alguien que toma una decisión política o una decisión de presupuesto, los Ministerios de Hacienda son los más difíciles en eso porque uno tiene que transformar un problema humano en un dato numérico y además convencerles. Hay que explicarlo, hay que decir, mirar, yo estoy implementando este programa, esta actuación, que cuesta tantos millones, pero directa e indirectamente te estoy ahorrando muchos más millones, porque no te los vas a gastar en gastos de salud, de seguridad, de asistencia social, etc. Pero para argumentar todo esto ante un Ministerio de Hacienda, necesitamos tener evaluaciones del impacto de los programas.

Me acuerdo de alguna reunión en el Ministerio de Interior, que el Vicesecretario me dice, bueno, cual es el gasto per cápita del programa de prevención. Y yo no tenía respuesta porque no habíamos hecho, ni siquiera una evaluación. Sabíamos cuánto costaba el programa y cuántas personas estábamos atendiendo, pero no sabíamos el dato del gasto per cápita, y esto es muy importante, ya que tiene que ver con un tema presupuestario de la nación.

Muchas veces nos pasa que, cuando estamos metidos en el programa, la asistencia, etc., nos olvidamos de que tenemos que validar y conseguir recursos, tenemos que conseguir financiamiento y que los programas se sustenten con evidencia, con datos. Esto es muy relevante para los países.

**¿Qué otro dato es importante?** Poco más de la mitad de los Estados miembros realizan evaluaciones de procesos o de resultados intermedios. Acá uno puede encontrar que sí, hay un poco más de evaluación de resultados y uno también puede encontrar que hay países que diseñan programas donde su sustento y bases teóricas están basadas en la evidencia. Cerca de un tercio no realizan una evaluación de los programas que implementan, ni antes, ni durante, ni después; lo que es preocupante dada la escasez de recursos.

El Objetivo número 3, es establecer y fortalecer, según corresponda, un sistema nacional de tratamiento, rehabilitación e inclusión social de personas con consumo problemático de drogas, nuevamente, incorporando el enfoque de derechos humanos y género y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente. **Atención prioritaria 3.1, programas y dispositivos integrales y especializados.** Eso es un poco lo que a nosotros nos interesa mirar acá.

Fijense que género aparece en varias partes y efectivamente nos encontramos, como ya les comenté en prevención, que no hay programas que aborden el tema de género ni de prevención ni de tratamiento y sabemos que el consumo en hombres y mujeres tiene características distintas. El estigma social de consumo en mujeres, hace que muchas veces no puedan acceder a tratamiento porque no se atreven a pedir ayuda, no se atreven a reconocerlo con su familia y a una mujer socialmente se la castiga más cuando consume que al hombre.

Yo me acuerdo cuando trabajaba en esta comunidad terapéutica que después se empezó a abrir a que entraran mujeres y finalmente se separó para crear una de hombres y una de mujeres. Era residencial, pero ellos salían el fin de semana y luego volvían. Cuando les preguntábamos en la evaluación qué habían hecho el fin de semana, los hombres habían llegado a casa, habían descansado, la esposa le esperaba con una rica comida, la mamá también, los hijos no hacían ruido porque él venía cansado después de estar toda la semana en terapia. Cuando llegaban las mujeres, mismo programa, misma metodología, bueno, no siempre ha sido la misma, pero en ese momento era la misma, a su casa, el fin de semana, ¿qué hacían?, pues lanchaban, labores de aseo, cuidaban a los niños y llegaban finalmente más agotadas al inicio de la jornada y era como que la familia la estaba esperando para que ella hiciera en dos días lo que no había hecho en toda la semana y el hombre descansaba y hacía deporte. Por supuesto las mujeres iban subiendo más de peso porque decían que lo primero que recuperaban era el peso y no tenían tiempo para hacer deporte el fin de semana.

Quizás vemos que gran parte de los Estados miembros cuentan con este tipo de programas integrales especializados que declaran que tienen un sistema nacional de tratamiento. Cuando nosotros hablamos de un sistema nacional de tratamiento, estamos diciendo que las personas tienen acceso a atención de salud, multidisciplinaria y que aborda todos los aspectos relacionados con el consumo de sustancias. Sabemos que la salud se afecta en varias áreas y que ellos reciben la atención correspondiente. Sin embargo, no sabemos cómo está instalado, cuánto es el tiempo, la lista de espera, cuál es la cobertura.

En Chile sí teníamos una estimación de la cobertura, decíamos, bueno, hay 80.000 personas que quieren tratamiento, no que necesitarían, sino que ellos reconocen que quieren tratamiento en base a nuestros estudios, y nosotros solamente llegamos a 20.000. Sabíamos que había una brecha todavía por cubrir. Pero ha sido difícil que los Estados tengan esa claridad de cuánto es lo que necesitarían cubrir y cuánto es lo que están cubriendo. Por lo tanto, sí que es un trabajo que empezamos a conversar ahora con otras áreas de la CICAD y que vamos a retomar.

Ellos declaran que hay programas de intervención temprana, que tienen distintas modalidades de tratamiento, residencial, ambulatorio, intensivo, básico, etc., que trabajan con patología dual, esto también llama la atención de que sea un número tan alto, pero no nos dice, y ahí ya hay que mirar el dato país por país, la calidad del programa o si es un programa de patología dual que tiene diez camas para atender una población de veinte millones de personas, no sabemos. Pero sí declaran eso y que cuentan con intervención en crisis, intervención social y que además se consideran los estándares internacionales. Como ven, tengo arduo trabajo por hacer en este período que estoy comenzando.

### **¿Qué sabemos de cómo está el tema de consumo de drogas hoy en día en América?**

Tenemos el último **“Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019”**. La OAE-CICAD entrega asesoramiento a los distintos Estados para mantener una estandarización de las encuestas epidemiológicas nacionales de manera que podamos comparar lo que ocurre en los distintos países y afortunadamente la mayoría de los países utilizan los instrumentos sugeridos por la OAE-CICAD. Tenemos El Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) es la unidad de investigación de la CICAD, que proporciona apoyo a los Estados Miembros de la OEA en la recopilación y análisis de datos sobre el problema de las drogas para que puedan diseñar políticas de drogas más efectivas. El informe ofrece una visión general del consumo de drogas en el Hemisferio basado en datos presentados por 33 Estados Miembros de la OEA. Las cuatro principales áreas relevantes para la política de drogas hemisférica son:

- Tendencias en el consumo de drogas
- Inicio temprano del consumo de drogas
- Consumo según sexo
- Nuevos retos.



## Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019

### Principales conclusiones y recomendaciones

#### Inicio temprano del consumo de drogas

- El consumo de drogas está apareciendo a edades muy tempranas, en muchos países tan jóvenes como en el octavo grado.
- Mientras más joven se comienza a usar drogas, mayor es el riesgo para la salud y otras consecuencias.
- Los programas de prevención y las intervenciones que puedan retrasar la edad de primer consumo de drogas, deben ser de alta prioridad.



### Tendencias en el consumo de drogas

-  El consumo de cannabis en la población general está aumentando en la mayoría de los países que tienen datos de tendencias.
-  El consumo de cannabis entre los estudiantes de enseñanza secundaria está aumentando también en la mayoría de los países.
-  El tabaco es la única sustancia que muestra una disminución sistemática del consumo a lo largo del tiempo, en la población general.



### Tendencias en el consumo de drogas

-  Alrededor de la mitad de los países muestran aumentos en el consumo de cocaína en la población general.
-  La cocaína muestra más variabilidad en el consumo de los estudiantes de enseñanza secundaria: aumenta, disminuye o se mantiene estable en diferentes países.



### Cambios en el consumo por sexo

- El consumo de drogas históricamente se ha visto como un fenómeno masculino, pero los datos recientes muestran que las mujeres en algunos países ahora están utilizando ciertas drogas en la misma o en tasas más altas, que los hombres.
- El uso indebido de fármacos tranquilizantes es mayor entre las mujeres de todas las poblaciones de casi todos los países.



Tranquilizantes 

---

Tranquilizantes 

Proporción de países con **prevalencia de último año mayor entre mujeres**

 62%	 70%	 86%
Población general	Estudiantes de enseñanza secundaria	Estudiantes universitarios



### Nuevos desafíos para las políticas de drogas

La prevalencia de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), opioides y benzodiazepinas presenta nuevos desafíos para el tratamiento de drogas y la salud pública.

Los Estados Unidos y Canadá están experimentando serias epidemias de opioides y NSP, lo que resulta en algunas de las tasas de sobredosis más altas en la historia del consumo de drogas.

Los comportamientos de alto riesgo asociados con el consumo de alcohol, como la iniciación temprana y el consumo nocivo, son una preocupación en toda la región.

Los cambios en el estado legal y regulatorio de la marihuana han continuado sin disminuir en todo el Hemisferio y la despenalización de la marihuana con fines recreativos o medicinales ha conducido a un mayor acceso para los adultos.



Acá están algunos de los programas y algunos hallazgos. No se los voy a contar todos, no les quiero cansar, porque los tienen todos en nuestra página web <http://www.cicad.oas.org> para que los consulte quien le interese obtener más información y datos más desglosados por países. Nosotros miramos cuáles son algunos indicadores relevantes como la prevalencia, la percepción de riesgo, la oferta, etc. Voy a comentar las tendencias, el inicio temprano, el consumo según sexo y algunos desafíos.

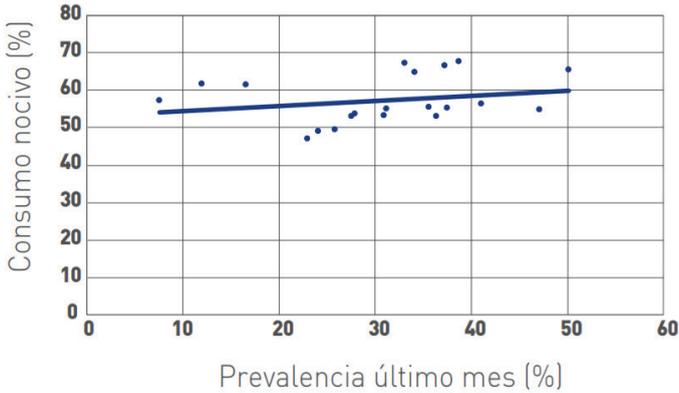
¿Qué sabemos en la región? Hay un aumento de consumo de **cannabis** en la población general, en estudios de población general que habitualmente se hacen en hogares, puerta a puerta. Además, hay un aumento de consumo de cannabis en estudiantes de enseñanza secundaria y lo único que ha disminuido de manera sostenida a lo largo del tiempo es el consumo de **tabaco**.

Alrededor de la mitad de los países muestran un aumento en el consumo de cocaína en la población general, aunque la prevalencia no es tan alta en relación con la prevalencia que tenemos de alcohol y marihuana, por ejemplo. Si bien la pasta base de la cocaína que es similar al crack, no es lo mismo pero similar, que tiene un efecto e impacto en la salud y genera dependencia más rápidamente. En Chile, los consumidores de pasta base le dicen la angustia, porque es más el tiempo que pasan en situación de angustia, una vez que ya han desarrollado una dependencia y el consumo es muy compulsivo.

Lo que muestra más variabilidad es la cocaína. Habitualmente se ve que hay países en donde han aumentado mucho los recursos, el país es muy pujante, y tiende a aumentar el consumo de cocaína. En general, sabemos que también las redes de tráfico van hacia donde hay más consumidor y donde hay más recursos disponibles.

En los estudiantes de enseñanza secundaria, el **alcohol** se consume menos o su consumo es estable; sin embargo, lo que sí ha aumentado es el *binge drinking* que es cuatro o más tragos en una ocasión.

**Asociación entre el consumo nocivo de alcohol, como una proporción de los consumidores del último mes, y la prevalencia del último mes (cada punto representa a un país)**



Esto significa que el consumo nocivo es un patrón que se establece independientemente del nivel de uso de alcohol. Cuando los estudiantes consumen alcohol, la mayoría lo hace en exceso.

El **cannabis** presentó aumento y tendencia a la variación en cocaína. Fijense que el tabaco ha mostrado un descenso sistemático, lo cual es importante por todos los daños asociados al consumo de tabaco, pero tenemos el desafío ahora de empezar a medir el consumo de cigarrillos electrónicos que ha entrado muy fuertemente. En Estados Unidos hubo unas muertes el último mes de jóvenes de 16-17 años, pero que ya llevaban cuatro años consumiendo y todavía no sabemos, no está muy claro, no hay estudios en ese sentido porque es mucha la variabilidad de que están compuestos los cigarrillos electrónicos. Así que, inicialmente, como muchas otras sustancias, dicen no, esto es agüita, no hace nada, es puro vapor de agua. En estos jóvenes que murieron los que se encontró fue una insuficiencia respiratoria importante y se encontró como aceite, un tipo de aceite que está impregnando los pulmones. Como la industria siempre intenta buscar nuevos consumidores, encontramos, por ejemplo, en los cigarrillos electrónicos, mi hija de quince años la otra vez que íbamos por la calle y me dice, mira mamá, huele. ¿Sientes el olor? Este es el olor del cigarrillo electrónico, vapex, creo que me dijo. Y yo, ¿qué? Sí, sientes ese olor como a frutilla, frambuesa, fresa o a menta, pero mira ese olor, ¡qué rico! Por supuesto, si yo estoy consumiendo algo que no me deja con el olor a pucho, a cigarro como decimos en Chile, y encuentro algo que me deja oliendo a fresas, qué mejor. Es como cuando tenemos una sustancia a la que le ponemos de nombre éxtasis, ya solo con el nombre ya quiero consumir esto. Son las estrategias de mercado que hay detrás de las distintas sustancias.

También es impresionante, por lo menos si uno lo mira, la adicción al consumo de alcohol y cómo ha ido aumentando el consumo de alcohol en las mujeres, si una va a la botellería y encuentra unas botellas maravillosas; rosadas, con chispitas de colores, tragos dulces que

nos gustan más, no quiero generalizar, pero nos suelen gustar más a las mujeres. Acá hay una intención. Cuando me toca trabajar con jóvenes les digo que eso no es solo romanticismo, sino que aquí hay una industria que le interesa que yo consuma y que compre. Igual que la que me vende el teléfono celular, lo que pasa es que muchas veces actúa por otro mecanismo; con aspectos culturales, la deseabilidad social, etc.

Cannabis. Hay un consumo en aumento en la población general en las Américas, en los estudiantes de secundaria se mantiene estable en pocos países, pero en la mayoría aumenta y, fíjense, que estamos hablando de prevalencia de 20 por cien o más en el último año. El consumo por sexo está muy similar, la percepción de riesgo ha disminuido, probablemente, con todo el marketing indirecto que hay cuando tenemos personalidades públicas que salen a destacar los beneficios medicinales de una sustancia sobre los efectos en la salud y hay una percepción justamente de que hay mucha facilidad de acceso.

Desafío acá importante: medir la frecuencia y la intensidad del consumo para los observatorios de drogas, no solamente el dato de último año, sino que también, ok, ¿usted consumió en el último año? Sí. ¿Cuánto?, ¿con qué frecuencia?, ¿con qué intensidad? Además, otro dato importante. ¿Qué concentración de tetrahidrocannabinol (THC) es la que está usted consumiendo?

Me acuerdo que había una feria artesanal en un balneario en la zona central de mi país y, a veces está este tema como que está regulado, no está regulado, se aprovecha como el espacio que queda en la legislación y había un puesto donde se vendían semillas de cannabis. No la hierba, sino las semillas porque el resquicio legal es que las semillas si se podían comprar. Entonces yo digo, oye mira, yo nunca he fumado, no sé, tú me podrías contar qué es esto, cuéntame. Entonces me dice, bueno, es que depende si tú prefieres el efecto no sé qué o el efecto no sé cuántos, es que si tienes más THC o más cannabidiol (CBD) y yo decía, esta mujer cómo sabe tanto. Pensando en que hemos trabajado nosotros en laboratorios, etc. y no tenían tanta información respecto y había una semilla que se llamaba amnesia total y le digo, cuéntame esa amnesia total. Esa realmente tú no te acuerdas de nada. Ah, dame esa. No, me dice, si tu no has fumado nunca, yo no te recomiendo que lleves esa. Yo le digo, dame esa, si tú me dices que no hace nada. No, no, no, pero yo te recomendaría que mejor no empieces por esa. Yo pensaba, por supuesto no compré nada, pero yo pensaba ¿cómo será el efecto?, o ¿qué concentración de qué cosa tendrá para que ella mismo me haya dicho que mejor no me comprara la amnesia total? Eso está porque aprovecha un resquicio legal para eso. Justamente aquí vemos que, cuando aumenta el consumo, está asociado a una baja percepción de riesgo. No necesariamente esto significa que sea la causa, pero hay una asociación: a más baja percepción de riesgo, más aumento de consumo y, a mayor percepción de facilidad de acceder, también hay mayor consumo. Lo mismo pasa con el alcohol.

Fíjense que aquí hay algunos países tomados al azar. Lamentablemente podrán mirar a mi país con el dato estadístico impresionante respecto al consumo de marihuana en los últimos años. Si se dan cuenta, una dificultad que tenemos es que los países no necesariamente mantienen una secuencia de estudios entonces, a veces uno dice, bueno, no se, Chile tiene una mayor prevalencia en relación con no sé cual país. Claro, pero el dato que tenemos de ese país es de hace diez años porque parece que en diez años no levantan una escuadra. Pero bueno, más o menos nos sirve para mirar cómo está la región. Por eso aquí decimos,

necesitamos hacer, al parecer, un esfuerzo. Piensen que estos son estudiantes de secundaria de 13-14 años a los 18. Tenemos que hacer un esfuerzo en prevención acá importantísimo. Sabemos que mientras más retardamos el inicio en el consumo de sustancias, menos riesgos hay y acá nos encontramos con esto y con este otro dato: el inicio de consumo de sustancias se da cada vez más temprano de alcohol y de otras drogas.

El dato alcohol también es importante. La prevalencia es alta en toda región, pero además, aunque la prevalencia sea alta, no ha aumentado mucho más es el tipo de consumo que ustedes acá llaman el botellón que es este consumo en exceso. Debemos reconocer, en general, que la prevalencia es alta cuando la percepción de riesgo es baja. Y que la prevalencia es baja cuando la percepción de riesgo es alta.

En mi país, los jóvenes dicen *me voy a borrar*, esto es, voy a beber hasta emborracharme, hasta perder el sentido, para quedar borrado. También uno se pregunta qué calidad de vida estamos llevando para que necesite borrarme a esa edad. O sí, yo creo que uno también escucha en adultos que han trabajado toda la semana, que se emborrachan hasta el día lunes y dicen, yo me lo merezco. ¿Es una recompensa o es una manera de bajar la tensión, de aliviar la tensión de borrarme? Ahí, uno empieza a mirar también cómo las políticas de drogas de un país, conversa o no conversa con las políticas de salud mental, de calidad de vida de todos los otros aspectos que están relacionados también con el consumo de sustancias.

Otro dato importante, las mujeres tomamos más tranquilizantes que los hombres. Esto es un consumo más bien femenino, a dosis más altas y la automedicación es mucho más frecuente en mujeres que en hombres, probablemente, ya lo comentamos, acá es cuando decimos que tenemos que trabajar con enfoque de género porque, al parecer, en Chile está mal pelao el chanchún, o sea, el trabajo está más distribuido. Acá es muy importante, no solo por el efecto diferente que puedan tener las drogas en un hombre y en una mujer, sino que también tenemos que mirar los factores que rodean en nuestra cultura, la vida del hombre, la vida de la mujer, qué hace que las mujeres necesitemos consumir tranquilizantes con mayor frecuencia y con mayor cantidad.

La prevalencia del consumo alcohol e inhalables y similares por sexo en los estudiantes secundarios. Los hombres registran un mayor consumo de cocaína y de cocaína fumable aunque la prevalencia nunca es muy alta, hablamos de un 1-2% nada más de prevalencia y el consumo de benzodicepinas es más alta en mujeres en todas las poblaciones. Si ustedes miran, mayoritariamente las mujeres usamos más tranquilizantes, ahí la barra lo muestra que la diferencia es enorme, en relación a otras sustancias.

**¿Cuáles son los nuevos desafíos en relación a estos datos?** Todo el informe lo pueden encontrar en la página web, hay muchísimos más datos muy interesantes, pero la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, eso ocurre todos los días. Este es un mercado que se mueve con mucha agilidad, por lo tanto, es fácil. Yo no sé si aquí alcanzó a llegar, pero en Estados Unidos había unos videos de unas personas que le llamaban zombi, la droga zombi. Nadie sabía qué es lo que estaban consumiendo, pero el comportamiento de las personas que andaban psicóticas, desnudas, corriendo, confusas, por la calle era impresionante. Si uno hace un mal diagnóstico de eso, hace un mal tratamiento de eso también. Es un desafío como política pública el estar constantemente actualizados y tener sistemas de alerta temprana.

Me acuerdo que en Chile algún momento llegaron, cuando estaba en SENDA, un sector no tan pobre de Santiago, pero nos decían que la población que vivía en calle se estaba intoxicando con alcohol barato y me traen una botella de este tamaño, maravilloso, porque decía Ron no sé qué cosa y salía una dirección atrás de un registro, una dirección que no existía y se vendía a 1000 pesos, un poco más de un euro. Este ron barato, lo que ellos decían es que la persona tomaba, pero no padecía efectos del alcohol sino más bien se tendía a agitar, tenía una expresión más maniaca que si, efectivamente, hubiera sido solo alcohol.

Yo me fui, no alcancé a ver los resultados, pero lo mandamos, efectivamente, para que el servicio médico legal indagara qué era o qué clase de alcohol era, también era lo que contenía esto. Claramente, ahí teníamos discusión con otros presentes que decían, esto no es alcohol, no puede ser que una persona dure tomando un ron de estos, vas a quedar agotado, pero no vas a salir corriendo, gritando, etc. y eso es lo que estaba pasando en las personas de calle que consumían esto.

Poco relevante estadísticamente, sí, muy llamativo, también y ojo que muchas veces las políticas públicas se pueden hacer en función de lo que es llamativo, pero no necesariamente en lo que es relevante. Cuando uno tiene una información de que tienes una prevalencia, como en el caso de Chile por ejemplo, de un 30% de consumo de cannabis, pero tienes un 0,001 que consume este ron, pero resulta que la persona hace algo mucho más llamativo, llega a todas las cámaras y la personas que toman decisiones políticas se ven tentados a decir, bueno, voy a hacer un programa de tratamiento específico para este elemento, muchos recursos, algo que no digo que no sea necesario pero que necesariamente tenemos que mirar dónde debemos invertir la plata, porque si tenemos un 20-30% de personas con problemas asociados al consumo de alcohol u otras drogas, ¿ponemos ahí o ponemos acá en esto solamente porque es más llamativo?

Hay sustancias que provocan un deterioro tan rápido que efectivamente la población dice, bueno, ayúdenlos tenemos que salir de esto, hágalo rápido. Entonces acá son todos como las peticiones o los criterios que hay que considerar en el momento de tomar una política pública. Está apareciendo en las Américas, cosa que no teníamos antes, el consumo de heroína. Lo miramos en Europa así como, estos señores tan raros que les gusta las jeringas. A nosotros, no, nosotros somos de otra cultura, esto no va a pasar. Bueno, ya tenemos, se demoró, pero ya tenemos, no en tal cantidad, pero sí tenemos algunos casos importantes en Canadá, en Estados Unidos, México, Ecuador ya está documentado. No significa que en los otros no haya, pero no está documentado. Tenemos los grandes problemas de los opioides que en Estados Unidos. En este año ya llevan 70.000 muertes por sobredosis de opioides. Aquí hay un gran problema con el fentanilo, con el tramadol y otros donde han entrado fuertemente por la industria, luego más por una vía más ilegal. Uno ahí se pregunta, ¿por qué tenemos tantas personas con la que un médico para un simple dolor de muelas, que probablemente todos hemos tenido, un dolor de estómago, la primera medicación que le entrega es un opiáceo, sin probar? Me acuerdo haber tenido una videoconferencia con un laboratorio y éramos varios que trabajábamos en el tema y había una que decía, ¿pero usted señor que me está diciendo que el derecho a tener un analgésico de esta potencia, usted señor nunca ha probado el requil ese?, ¿su mamá no le ha hecho cariñitos, no le dormía?, ¿por qué tan rápidamente vamos a llegar a estos medicamentos que tienen estos efectos secundarios?

Hay un tema como de nuestra cultura, de nuestra exigencia en el trabajo, de rendir, de estar bien, que no nos damos tiempo de pensar, bueno, este dolor tal vez me está recordando que hay algo que no debo hacer, o que debo cuidar más mi salud o que, efectivamente, debo ir a ver qué está detrás de este dolor que tengo. El tema de los opioides, de los analgésicos ha entrado muy fuertemente y es un problema en el hemisferio norte, específicamente en Canadá y Estados Unidos y ya está empezando a bajar hacia el sur también.

El consumo de benzodiazepinas, como ya comentamos, los adulterantes tóxicos que se encuentran presentes en las pastillas y que se pueden consumir, o sea, la cantidad. El otro día estábamos en la presentación de unos estudios que se hicieron en diferentes países con la misma pastilla, con un mismo nombre y la cantidad de adulterantes tóxicos era increíble, y por eso son importantes los sistemas de alerta temprana.

Cuando miramos los datos del observatorio, ¿qué desafíos tenemos para la política de drogas? Los opioides, las benzodiazepinas, las sobredosis de opioides, el consumo de alcohol es muy alto en la región y hay que mirar y observar los cambios en el estado legal del sistema regulatorio de marihuana. Aquí tenemos el dato, por ejemplo, de intoxicación por nuevas drogas ilícitas en Estados Unidos. Fíjense en el gran aumento que ha tenido en relación al consumo en medicamentos, estamos hablando de los opioides versus la cocaína, por ejemplo. Esto realmente es una epidemia.

Algunas conclusiones y recomendaciones: mientras más jóvenes se empieza, mayor el riesgo para la salud. Los programas de prevención deben retrasar la edad de inicio, tenemos que trabajar fuertemente con los médicos, con la población general para el tema de los opioides y las políticas de salud tenemos que mirarlas también porque tenemos cada vez mayores riesgos de intoxicación.

Aquí vuelvo como a las reflexiones iniciales: muchas veces accedemos más a atender a una persona que tiene un problema de salud, por ejemplo, un infarto al corazón, una diabetes, que alguien que tiene un problema de salud asociado a un problema de sustancias porque consideramos que él se lo buscó y qué lo mandó a buscarse esto, que se desvió del camino, que cayó en la adicción, etc. La manera de cómo miramos al consumidor de drogas no es lo mismo de cómo miramos a otros consumidores o a otras enfermedades de salud o salud mental.

Esta es nuestra página web, donde pueden mirar toda la información y un poco, de manera bastante condensada, cómo está el estado del arte en la región. Tenemos desafíos importantes, programas basados en la evidencia, darle continuidad a los programas. ¿Dónde están ubicadas las comisiones de drogas? Se recomienda a todo lo que está relacionado con el tema drogas, corrupción, seguridad, tráfico, consumo... Muchas veces se dice, para tomar decisiones rápidas, las comisiones de drogas deben estar al más alto nivel político; Ministerio de Interior, Presidencia en algunas partes. Eso está muy bien, pero la otra parte que es la atención de salud. Muchas veces, cuando estamos en el Ministerio de Seguridad Pública o el Ministerio de Interior se descuida lo que tiene que ver con la atención de salud y, cuando estamos fuertemente abocados a la atención de salud, que es muy importante, y la comisión de drogas está ahí haciendo programas preventivos o no, muchas veces es un poco más lento responder a esa necesidad mucho más rápida y emergente. El trabajo relacionado entre distintos ministerios o sectores del Estado es muy importante porque aquí hay una

multicausalidad, la prevención la hacemos todos, nadie está fuera, por eso nosotros debemos involucrar a los diferentes actores del Estado.

Yo creo que eso va a abrir el debate y prefiero dejarlo para las preguntas porque, como les digo, puedo seguir hablando todo el día. Muchas gracias.

## DEBATE

**Moderadores:** Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral  
Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent

**Preguntas:** Los asistentes

**Respuestas:** Dra. Jimena Kalawski



## DEBATE

### **Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

Muchísimas gracias a la doctora Jimena Kalawski por toda esta brillante y pormenorizada exposición. A partir de ahora, como siempre empezamos el debate, con las preguntas, interpelaciones o comentarios al respecto. ¿Quién empieza abriendo el fuego?

### **Dr. Rafael Aleixandre**

Muchas gracias, por la exposición, por contarnos tu experiencia. Aunque mi pregunta no forma parte del contexto de la demanda, sí querría saber algo de los Estados americanos, porque hay Estados con un sistema público de salud y un sistema privado. Así que mi pregunta es, si este tipo de sistema sanitario influye luego en los éxitos en los tratamientos y también en la prevención. Se supone que, si el sistema es privado y tienes que pagar, acudirás menos a un centro de tratamiento o de prevención. ¿Cuál es tu experiencia al respecto?

### **Dra. Jimena Kalawski**

Bueno, obviamente ustedes tienen un sistema sanitario de lujo. Yo estos días me voy con una envidia gigante porque nosotros, primero, en todos los países no tenemos asegurada la asistencia y el tratamiento para las personas con consumo de sustancias. En otros países mayoritariamente, hay excepciones, no está considerado como parte de los planes de salud a los que las personas deben tener acceso.

Por lo tanto, ¿qué es lo que tú te encuentras? Que los centros pueden ser con financiamiento público, pero no están integrados en la red de salud, por lo tanto, tienes poco acceso y en lugares lejanos, feos, como apartados, lo que no favorece la asistencia, ni la integración social, ni disminuir los prejuicios que hay asociados y no hay cobertura. Y además, muchos seguros no te cubren nada y lo tienen súper claro, estableciendo, cuando es una enfermedad que está asociada al consumo de sustancias, incluso el alcohol que es una droga legal. O sea, si tú declaras cuando vas a tomar un seguro de salud, te preguntan ¿cuántas copas tomas al día? tú dices, yo no tomo. Tienes que decir que te tomas una de vez en cuando, casi una vez al año, para el año nuevo, porque si declaras más y después tienes algún problema, como una diabetes, por ejemplo, no te va a cubrir porque se considera que hay un factor de riesgo del cual tú te tienes que hacer cargo. La dificultad de acceso en la cobertura es muy grande, porque no está ni financiado por el Estado, ni financiado por los seguros privados, no hay cobertura para estos tratamientos.

En Chile, lo que se logró es asegurar una canasta de atención en el tema de consumo de drogas y alcohol, que está garantizado por el Estado, al cual tú tienes acceso, pero esa oferta está mucho más disponible en el sistema público. El sistema público atiende principalmente a personas de clase media-baja. La clase media en general no tiene acceso a eso, porque el sistema te obliga a que tú contrates un seguro privado que se llama ISAPRE. Pero, los seguros privados no lo contemplan, lo tienen como exclusión, incluso la salud mental la tienen como

exclusión. Si alguien se tiene que hospitalizar por una depresión, eso no lo cubre el seguro privado, por ejemplo. Entonces, una dificultad para el tratamiento, que yo creo que es porque hay un enfoque moral detrás de estas actuaciones. Nosotros tenemos enfermedades de distintas categorías, enfermedades que sí debemos atender y enfermedades que no, poca consciencia de lo que implica, poca consciencia de lo que se ahorra cuando a una persona se la atiende a tiempo, etc.

### **Ana María Puiu**

Hola, mi pregunta es, si han aumentado las políticas de prevención, las charlas, la información que tenemos, ¿por qué crees que cada vez hay más consumo entre la población joven y cuál es el motivo para que aumente este consumo de drogas y qué se puede hacer?

### **Dra. Jimena Kalawski**

Es multicausal de partida. Hay factores de riesgo, de hecho, hay algunos estudios sobre estos temas. El otro día se presentó uno en Colombia muy bonito. Entonces son, entre muchos de los factores de riesgo que tenemos hoy en día, justamente tiene que ver con las madres y los padres, con la poca supervisión familiar, con la poca cercanía, con el poco conocimiento padres-hijos. Por lo menos en nuestros países, todavía nosotros mantenemos una estructura familiar importante. No te quiero decir que esto sea madre, padre, perro, gato y así como la imagen de la familia, no, la familia como esté compuesta. En nuestros países, tú tratas de hacer un genograma y te queda una cosa que, hasta la vecina está incluida en el genograma. Pero, por un lado, tenemos muchas horas de trabajo, muchísima exigencia, tiempos de desplazamiento muy largos, niños muy solos, un sistema educacional que no da respuesta a las necesidades que no sea solamente cognitivas, no desarrolla otro tipo de habilidades, poco uso y mal uso del tiempo libre, y una industria que le interesa, además, aumentar el consumo, la industria legal del alcohol y del tabaco, eso está claro.

Y por otro lado, sí, yo creo que no tenemos disponibilidad de programas universales, selectivos e indicados como nos gustaría que estén en los países. Más bien la tendencia es, se empieza a implementar, tenemos cambios de la Administración Pública y hay que ver si se sigue o no se sigue con ese programa. Entonces ¿la evidencia qué nos dice? La charla no sirve, ¿es un evento comunicacional que nos puede permitir poner atención sobre un tema? Sí. ¿Podemos relevarlo en la agenda? Sí. Pero efecto preventivo no, porque no cambia conductas, actitudes, creencias, valores respecto al consumo de sustancias, no nos sirve. Sabemos que las charlas de ex consumidores para adolescentes, más bien tienen el efecto opuesto porque el adolescente que dice, si él pudo salir, yo puedo. Yo me voy a reventar hasta los veinte años y total, después hago un tratamiento y salgo adelante. Estas charlas tienen un efecto boomerang. La zumba, todas esas cosas, sí, comunicacionalmente sí que sirven, pero preventivamente no tienen ningún efecto.

Muchas veces hay un divorcio entre la sociedad científica, la academia, las personas que están en el terreno y los tomadores de decisiones y entonces es muy importante que todos conversen, porque para el tomador de decisiones, puede tener una presión de hacer algo por el tema de drogas y alguien le puede decir, oye, ¿por qué no haces?

Yo me acuerdo que llegaron con la idea de que le iban a hacer test de orina a todos los jóvenes en los colegios. Y dije, ¿para qué?, ¿qué efecto tiene eso?, ¿para qué vas a hacerles

test? Y, además, ¿te vas a meter en los colegios con menores de edad, a entrar con ellos a los baños, para hacerles test de orina? o sea, de repente uno se encuentra unas ideas que alguien las puede encontrar geniales, que se le ocurrió en una conversación de amigos, pero estas ideas no están basadas en la evidencia o se hacen porque siempre se hizo así, o porque, no sé qué razón. El alcalde anterior hizo un maratón más grande de la historia, entonces yo quiero hacer un maratón tres veces grande, eso puede quedar muy bien o no, pero no nos sirve porque estamos luchando contra las drogas.

Sabemos que, por lo menos en nuestros países, que en el fondo tenemos al tercer tiempo que es cuando las personas se reúnen después del partido fútbol a tomar alcohol hasta quedar borrados. Esto es un factor de riesgo. Porque el deporte ayudó a prevenir los consumo cuando tú lo enfocas en generar actitudes, valores, etc. Así sí que puede servir, pero no por sí solo, porque tú hagas más canchas deportivas, no vas a hacer prevención. Entonces, en este como en otros temas creo que tenemos todavía un desafío importante.

Lo primero que sabemos, que años atrás no se sabía, es que la prevención sí que funciona, pero tiene que estar basada en la evidencia y hay programas con evidencia científica. No es necesario que yo haga un programa súper e hiper específico para mi población, con todas mis características; pero sí que tengo que tener un programa que tenga un sustento y de que a donde yo estoy apuntando eso sí da resultado.

### **Andrea Sixto Costoya**

Primero felicitarle y agradecerle por haber sintetizado en tan poco tiempo tanta cantidad de información. Mi pregunta es, a nivel de política de drogas, sé que quizás no es una pregunta sencilla, pero salvando las distancias culturales, geográficas y yo diría también legislativas, ¿qué políticas de drogas nos podrían servir aquí en España de referencia?, ¿qué ideas del conjunto de los países de América, si hubiera alguno que nos pudiera servir de referencia para aprender y para ver aquí de cómo aplicar aquí ese tipo de políticas basadas en la evidencia, que nos pudieran servir para mejorar? Yo me centraría sobretodo en el tema de prevención.

### **Dra. Jimena Kalawski**

Fíjate que voy a recomendar la de Chile. ¿Por qué? He comentado antes las últimas estadísticas de consumo en estudiantes que iban creciendo y que por suerte han ido bajando en el consumo. No es una magnitud importante, pero estadísticamente significativa según todos los estudios. Entonces, ¿qué fue lo que hicimos? Algo muy simple. Retomamos algo que se había hecho antes y que se dejó de hacer: Prevención familiar, un programa de prevención familiar. ¿Por qué? Al menos, lo que pasó en Chile, la vida moderna a nadie le enseña a ser papá, ni mamá, pero sí que se te puede enseñar, porque efectivamente hay recursos disponibles. Ustedes tienen unas campañas de la FAD maravillosas. Como por ejemplo “Habla con tu hijo”, me acuerdo de esa perfectamente. Cuando hacía clases en la Universidad yo ponía esa. El contraste de la guerra contra las drogas a este que decía “habla con tu hijo” y ponía distintas situaciones. Eso es una campaña comunicacional, pero tú haces la bajada de eso a toda la prevención familiar. La prevención universal en los colegios, desde la más tierna infancia con contenidos apropiados y sostenida en el tiempo, es muy útil. Yo creo que estas son estrategias de prevención importantísimas.

Y luego, que ya tiene que ver más con legislación, todo lo que está relacionado con lo ambiental, o sea, el generar entornos amigables, usables, entornos que muchas veces están tomados por el consumo, ubicarlos de otra manera y usarlos adecuadamente. Porque hay cosas relevantes, como, por ejemplo, mirad en la cercanía de los colegios, ¿cuántas botellerías hay? Porque estamos hablando de drogas legales e ilegales. Y además ¿cuántas botellerías hay, cerca de los colegios?, ¿cuántas son las imágenes a las que está sometido un niño, un joven, respecto al consumo de sustancias legales en sus primeros años de vida?

Yo te diría que no hay modelos perfectos, tal vez hay más iniciativas, yo creo que, por ejemplo, lo que podemos compartir entre España y Chile es que somos productores de vino. Y eso es una gran realidad social y económica. Pero, como me decían ayer en un programa que visité, ¿por qué la cajetilla de cigarrillos tiene las advertencias de que es perjudicial para la salud y el alcohol no las tiene?

Porque curiosamente sabemos mucho más del daño que genera el consumo de tabaco, que el daño que genera el consumo de alcohol, por ejemplo. Retardar la edad de inicio es fundamental, el mensaje debe ser claro para los niños: esto es alcohol o es vino. Cuando son más chicos, esto es vino y no debes tomarlo, porque es para los adultos, que tienen que tomarlo en poca cantidad.

Ese mensaje es muy importante, “en poca cantidad”. En mi época, iba a decir, va a sonar tan de viejo, pero en mi época los padres pensaban que se podía enseñar a tomar vino o que se podía educar la cabeza. Entonces a nosotros nos daban a la hora de la cena una copa de agua con un chorrito de vino para que fuéramos acostumbrándonos a tomar. Hoy en día sabemos que eso baja la percepción de los riesgos y que el efecto del alcohol en el cerebro infantil es muy importante. Genera ahí un daño en el medio y en el largo plazo.

También hay que mirar las prácticas culturales que tenemos. No por ser culturales son buenas. También tenemos buenas prácticas culturales, que no son buenas, que son desafiantes, con importantes riesgo para las personas.

### **Dr. Bartolomé Pérez Gálvez**

Ratifico lo que ha dicho respecto a Chile, que conozco desde hace muchos años, y quizás haya que agradecerse a los equipos anteriores. Yo sí puedo ser menos diplomático y decir, bueno, tengo mis dudas. Pero el trabajo que se ha realizado, no ya en Chile, parte del Observatorio de la CICAD, de la capacidad para continuar los datos epidemiológicos para evaluar es variable, pero para introducir como decías antes, la asistencia dentro de un sistema de salud es muy complicado en Latinoamérica. Introducir la asistencia, aunque ésta sea limitada como decías, es muy importante, incluso lo hablamos en su día, aún con el objetivo de pagar más de lo que pagamos aquí en los centros, no es fácil.

Quisiera destacar una cosa de las que has comentado porque hay cosas que quizás en España nos olvidamos y para nosotros es básico: las políticas basadas en la evidencia. Aquí la gente barre para cada uno, aquí trabajamos en políticas basadas en las opiniones y la realidad es que en las Américas cuanto menos se intenta, con mediaciones internacionales, trabajar en esas medidas, en políticas basadas en la evidencia y eso es importante. No vale decir, tengo una evaluación pero aunque le falte la evidencia, que las políticas las incorporen. Algo que quizás aquí también nos suene también un poco a siglas chinas, UNGAS 2016, Asamblea General de Naciones Unidas 2016, donde hay un cambio, no dramático, dramático de positivo, en política de

drogas, empieza como tú comentabas, y eso hay que recordarlo, a que se acabaron los modelos políticos. Donde se dice muy claro, y que yo veo positivamente, es en el uso terapéutico de la marihuana. En el que se habla de derechos humanos, pero se identifica que derechos humanos se violan aquí en España, no solamente en las Américas, por eso hay que revisarlo. Tú decías, bueno no es como ha hecho, está bien, pero hay que revisarlo un poquito. Y dónde se regula también efectivamente que el enfoque debe ser desde la salud pública, que al menos en España, el enfoque que hay del nuevo discurso predominante es, ¿legalizamos o ilegalizamos? Eso déjalo aparte, vamos ahora a discutir aquí si intentamos evitar el daño a la salud pública, ese discurso, yo personalmente lo he visto mucho allá y aquí en España lo veo, lamentablemente, cada vez menos. Yo creo que sí podemos aprender de vosotros, valorar estos temas desde la salud pública de todas las personas.



Dr. Bartolomé Pérez Gálvez

Y finalmente algo que, consta que es poca la distinción entre países, solamente la población de impacto es algo de lo que nadie quiere saber. Hablo de políticas. Este programa vale para no más de diez, vale, pero la política es qué impacto tiene. Entonces viene el problema de que, al haber cambios políticos, ya no de ciclos, hablo de posicionamiento político, de partidos; se empieza de nuevo, se cambia, y darse cuenta de que las políticas públicas están para eso, para valorar el impacto que tienen en la población y, efectivamente, ni vas a medir en esta parte si existe evaluación de impacto.

Desconozco país, comunidad autónoma, municipio, nadie que haya hecho una evaluación de impacto, que efectivamente valore que esto sirve como política de prevención. ¿Por qué motivo? La discontinuidad de las políticas, circunstancia que no debe ser así y tienen que ser temas totalmente consensuados. Simplemente recordar este aspecto, que considero muy importante, el acuerdo el consenso de las políticas de prevención.

Una cosa que me ha gustado mucho es ese concepto de promoción de la salud mental, pero preocupándose efectivamente de la base. Estamos viendo problemas puntuales en los más jóvenes. Hablamos de drogas, pero hablamos de formación, de promoción de la salud individual y colectiva y para esto es fundamental trabajar de verdad todos juntos en la formación de seres humanos. A muchos les puede sonar a chino, pero tenemos el sistema educativo que tenemos, necesitamos una base más sólida del sistema para poder funcionar mejor; tenemos muy buenos profesores, pero a la sociedad parece que no le interese mucho eso de la formación. Esto es una reflexión muy personal en base a lo que tú has comentado.

### **Dr. Francisco Bueno**

Muchas gracias Bartolomé por tu aportación. Estamos convencidos que la base de una sociedad es la educación, como se ha dicho esta tarde, podemos en el ámbito educativo hacer promoción de la salud y prevención de las adicciones, pero es necesario el consenso político, la crítica constructiva, la uniformidad de criterios y que la sociedad sea consciente que no hay que ser tolerante frente a las drogas y que con todos sus medios apoye los programas de prevención, que son en definitiva para una mejora de la salud de toda la sociedad.

Los debates no solamente son para preguntar a la ponente en este caso, sirven también para opinar de forma absolutamente libre, para discrepar, para aportar experiencias personales, etc.

¿Alguna intervención más?

### **Ricardo Pérez Gerada**

Jimena, has comentado que hay nuevos desafíos, como por ejemplo el uso de los opioides, especialmente tramadol y fentanilo. Además has dicho que en Estados Unidos causan hasta 70.000 muertes. Yo he visto varios documentales y, efectivamente, los efectos son devastadores y el problema que tienen además es que estos opioides son más potentes que la heroína y cuesta diez dólares, una dosis poco más que un combinado de alcohol. En Estados Unidos ya tienen este problema, pero estabas diciendo que está descendiendo hacia el sur, en Latinoamérica. Aquí en Europa parece que el problema aún no es tan brutal como en Estados Unidos. Entonces, ¿qué pueden hacer los Estados, la administración pública para evitar lo que parece que va a venir aquí? Porque los narcotraficantes buscan su mercado y su mercado, tarde o temprano, va llegar aquí.

### **Dra. Jimena Kalawski**

Estuve en una reunión hace como un mes atrás y me tocó ver unos programas, que eran como unos mensajes comunicacionales para el tema de los opioides que, justamente, apuntaban a esto. La pregunta que en estos programas dirigidos a padres, hacía era, ¿usted le daría a su hijo heroína después de extraerle una muela? Entonces, pregúntale al médico lo que le está recetando, qué le está dando en la dosis, hay otros medicamentos de elección menos lesivos. Lamentablemente, este consumo de opioides se inicia mucho más por la preinscripción médica, que porque tú lo compres por la calle. Después las personas van ya a comprar a la calle. Entonces, yo creo que hay que hacer un esfuerzo muy importante por trabajar con la sociedad médica, con la sociedad de pediatría, fuertemente y con educar a la población general también de que tiene que tener un rol activo, no solamente pasivo en lo que el profesional te está recetando.

Es verdad que hoy en día, con toda la comunicación, el acceso que tenemos, de repente a uno le dan un medicamento, lo busca en Internet y uno puede tener unos efectos adversos espantosos y no se toma el medicamento cuando lo necesita. Pero también hay que tener una conducta responsable. En este sentido, todo lo que tenga que ver con analgésicos y anestésicos, lo que está relacionado con disminuir el dolor, porque pasamos de cero a un opioide y se nos olvidó la aspirina tan antigua que servía para tantas cosas, como yo digo, la bolsa de agua caliente, todos los otros mecanismos intermedios y quién dijo además que la vida sin dolor está bien cuando una persona está con enfermedades crónicas o grave o terminal.

Sí se entiende, son decisiones que además tradicionalmente ya llevamos varios años que se toma esa decisión de darle a la persona un medicamento fuerte cuando se trata de una etapa terminal de una enfermedad. Pero ¿por qué por sacarte una muela, por quitarte un dolor menstrual, etc. te van a dar como primera elección una medicación con esta potencia, con estas características? Entonces, insisto, creo que sí podemos empezar a trabajar con las sociedades médicas, las sociedades científicas, sobre todo para que ellos pongan la alerta en esto, porque lo que ha ocurrido, es que esto ha empezado por la mala preinscripción de los médicos y después porque las personas una vez adictas, lo han buscado en la calle.

Y en esta misma videoconferencia que estábamos la otra vez, que nos trataban de introducir el concepto de derecho a no sentir dolor y a ponernos unas imágenes espantosas de gente muy dolorida, muy mutilada, etc. Yo decía, bueno, ya está bien, pero esos son casos extremos para los cuales sí que se justifica, pero no para el dolor de muelas, no para el dolor menstrual, no para la lumbalgia, etc.

Creo que esa sí que es una buena manera de prepararse, de blindarse y, algo muy importante, en lo que coincido con lo que dice Bartolomé en ese sentido, yo creo que de todas maneras nosotros tenemos que educar para la salud, educar en valores, para no romper el contacto, el vínculo entre las personas. Yo les decía hace un rato, qué agradable llegar a un país donde la gente te da besos, porque tenemos otras culturas en las cuales eso no existe, el contacto es más lejano. Puede ser que haya otras en las que tengan otro tipo de contacto que les parezca más adecuado, pero a mí me gusta este, es más próximo, es más nuestro.

Entonces, un mecanismo de protección y de prevención es saber pedir ayuda, somos seres próximos, no tenemos por qué rascarnos con nuestras propias uñas, para eso tenemos amigos, familia, servicios de apoyo, el sistema de salud, etc., podemos pedir ayuda, podemos ser solidarios, pero debemos saber pedir ayuda. Porque pedir ayuda, no es señal de debilidad, es una fortaleza y es un exquisito factor protector. Entonces, tal vez, un mensaje para trabajar con niños desde muy pequeños es, inténtalo tú mismo, y si no puedes, pide ayuda, y fortalecer la pedida de ayuda como algo central, compartido, algo por lo que yo creo que el vínculo entre las personas es algo que es irremplazable. Tenemos muchas tecnologías, muchas cosas que nos facilitan el vínculo, pero el vínculo personal directo es absolutamente irremplazable.

### **Dr. Francisco Bueno**

Aunque aquí en la sala hay personas evidentemente más cualificadas que yo para hablar de este tema, sí que quiero decir que en España la dispensación de sustancias estupefacientes y psicótrópicas, y dentro de ellas los fármacos analgésicos opiáceos, está regulada por ley y controlada por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, existiendo además en

los hospitales para controlar su prescripción las Guías de Gestión de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y de manera ambulatoria la receta de estupefacientes, como todos sabéis.

Por lo que considero que no hay una prescripción elevada y descontrolada de opiáceos, y por lo tanto no hay búsqueda de estos fármacos en la calle por las personas que puedan ser adictas, ni comercialización subterránea. Parece que sí que hay compras por internet, sin ningún tipo de control de seguridad de dichos fármacos.

En nuestro entorno, el problema es el consumo cada vez mayor de antidepresivos, ansiolíticos, hipnosedantes, etc., que son más frecuentes en las mujeres y hay quienes los están tomando de por vida, en muchas ocasiones sin una indicación terapéutica adecuada.

Más preguntas por favor.

### **Dr. Víctor Agulló**

Una pregunta sobre los nuevos desafíos. Es el tema de la legalización, pero no recuerdo que saliera el caso de Uruguay. Sí que me parece que tiene un sistema jurídico más ágil y que al asignar las sustancias por familias, cubre mejor la problemática que nuestro sistema jurídico, que va un poco lento y eso dificulta el debate de la legalización.

El sistema de Uruguay, en ese sentido, me parecería más indicado y, dado que no ha salido el tema de la legalización que han hecho del cannabis en este país, lo comento. Hemos intentado buscar estudios de esas evidencias y nos ha costado mucho. Quisiera saber en qué punto está la situación actual de Uruguay con este tema y si ese modelo podría servir a otros países. Esas dos cuestiones me parecen interesantes, por eso quisiera saber su opinión.

### **Dra. Jimena Kalawski**

Fíjate que, aunque lo que pasa en Uruguay está desde hace bastante tiempo en discusión, la implementación lleva muy poco tiempo, por lo tanto, también desde la CICAD, nosotros estamos observando a la espera de datos más amplios. Sacaron algunos datos preliminares, pero realmente llevan muy poco tiempo de implementación, entonces estamos observando. No sé si conocen Uruguay, pero tiene unas características bien particulares. A mí me encanta Uruguay, es un país pequeño, amistoso, la gente es encantadora, pero tienen muy poca población, un uruguayo me decía el otro día, tenemos más vacas que personas. La población uruguaya tiene muy buen nivel educacional, las características son muy específicas. Por lo tanto no te puedo responder con datos, es un modelo muy reciente, estamos observando, esperamos resultados y estudios más amplios para poder ver si ese modelo es fácilmente exportable o no.

### **Alumno del Master**

Buenas tardes. Yo más que una pregunta, quería hacer un razonamiento y después una sugerencia, aprovechando que hay aquí personal del Ayuntamiento de Valencia. Mi razonamiento es que sí, que se invierte en prevención, pero creo que se invierte tarde. Las personas, cuando ya les damos el cartelito les decimos que no consuman, ya han consumido la mayoría de ellas. No es por generalizar, pero la mayoría de las personas ya hemos pasado por el consumo. Entonces, mi razonamiento también es que, cuando consumimos cualquier tipo de sustancia, lo que estamos buscando es un tipo de sensaciones que nos permiten,

por ejemplo, hablar más con el otro género o con el otro sexo, poder intimar, a buscar sensaciones de diversión, porque no nos han enseñado desde pequeños a hacerlo.

Entonces, cuando ya vamos a la prevención, yo ya he sentido todo eso con la droga, todo eso que me da el alcohol, por tanto, por mucho que me digáis, voy a seguir haciéndolo, porque es la única forma que tengo, que sé, para llegar a ese punto, a ese estado tan bueno.

Entonces, mi propuesta o mi sugerencia sería implementar en los colegios asignaturas de psicología, autoestima, asertividad, resolución de conflictos, etc. Porque así, en unos años podríamos invertir mucho dinero ahí, pero dentro de varios años, diez, quince o veinte años, seguramente nos ahorraríamos mucho dinero en prevención, porque esas personas, a lo mejor ya dirían no, porque ya tienen esas herramientas para poder hacer frente a todo lo que se le viene encima. El grueso de mi propuesta es que se instaure en los colegios, las escuelas, desde edades muy tempranas para poder ayudar a las personas a desarrollarse cognitivamente, intelectualmente, pero humanísticamente también.

### **Dr. Francisco Bueno**

Muchas gracias. Has aludido al Ayuntamiento de Valencia y podríamos contestarte cualquiera de nosotros, pero quiero pasarle tu propuesta al Profesor Jaime Sieres Sala, Catedrático de Didáctica de las Ciencias Experimentales de la Universitat de València, para que dé una respuesta más adecuada, como te mereces. Adelante don Jaime explíquele al joven.

### **Dr. Jaime Sieres Sala**

Paco, esto es casi un golpe bajo. Lo del joven que no se preocupe, que se le pasará con la edad. Yo, por mi edad, ya soy un fósil viviente.

Cuando yo llegué al mundo de la educación, era la época en que, cuando un alcalde llegaba, un presidente llegaba, un ministro llegaba, decía; voy a erradicar las drogas. Fue una batalla muy dura explicarles que, erradicar no, vamos a tratar de, como dicen en Francia, salvar los muebles. Cuando hay una inundación, hay que subir la nevera para que no se moje. Vamos a procurar salvar los muebles o reducir los daños. Entonces, tú decías que, ¿me permites que te tutee? (sí, claro) ya han consumido, entonces vienen lo que se dice la prevención secundaria, el mal, el menos. Entonces, ahí hay que trabajar. Yo he sido profesor en la Escuela de Magisterio y monté e impartí una asignatura que se llamaba “Educación para la Salud”. Funcionaba bien, tenía mucho éxito, me jubilé y ha desaparecido. Pero no pasa nada, otro vendrá, que eso, yo me cabré durante ochos días, pero luego todo se pasa.

Lo que sí está claro, voy a hablar en nombre, no sé si hay maestros aquí, pero voy a hablar en nombre de los maestros y de los asistentes sociales. Son buena gente, yo a mis alumnos les decía atrocidades, pero eran muy buena gente, no se enfadaban conmigo y son gente que puede aportar, creo que una asignatura de toxicología me parece un poco fuerte cuando es mucho más rentable que a lo largo de la educación, una palabra dicha a tiempo, una actitud dicha a tiempo, hace más efecto.

En Suecia, resulta que los suecos, aquellos de camisas a cuadros de leñadores morían de infartos de miocardio. Resulta que esta gente tenía la costumbre de usar, como bebida habitual, leche y leche que no estaba cortada. La leche buenísima, con lo cual, tomaba una cantidad de grasa brutal. Y a los niños, en los colegios, se les tenía siempre una botella de leche para poder usarla. ¿Qué hubiera hecho un gobierno mediterráneo? Pues hay que quitar

la leche a los niños. ¿Qué hicieron los suecos? Educaron a la maestra. Entonces, la maestra de repente paraba la clase y decía, que tengo la garganta seca e iba a por una botella de agua. Voy a beber el agua, qué buena está. Si hubiera bebido leche creo que me hubiera sentado mal, pero el agua no y ahora me encuentro con más energía. En un curso, los niños ya no bebían leche y así siguieron.

Te quiero decir que yo voto a favor de los maestros, que es un trabajo callado, continuado, insistente y, que si además están en relación con la familia, ya es el sumo, para la completa educación de los hijos. Maestros, trabajadores sociales, educación, implicación familiar, etc. Gracias por vuestra atención.



Prof. Jaime Sieres

**Dra. Jimena Kalawski**

Quiero comentar que en Chile, a mis estudiantes universitarios les enseñaba la educación para la salud.

**Dr. Francisco Bueno**

Más preguntas, por favor.

Sí no hay más preguntas, quisiera hacerle la última a la Dra. Jimena Kalawski ¿Hay conocimiento de algún estudio longitudinal, de alguno de los programas, de alguno de los países que han llevado a la práctica, para conocer exactamente la evaluación del impacto, como ha dicho anteriormente el Dr. Bartolomé Pérez Gálvez?

**Dra. Jimena Kalawski**

No, no tenemos ninguno de los programas que se estén implementando que tenga una evaluación en las Américas longitudinal. En Estados Unidos sí hay, pero si estamos hablando del habla hispana no hay. Eso no está disponible por ahora. Sí que hay algunos programas y seguimientos longitudinales y lo que tiene muchísima importancia es lo que tiene que ver con los factores de riesgo. Trabajar sobre los factores de riesgo como algunos de los que tú has señalado, que tienen que ver justamente como afectan a las personas finalmente.

Les voy a contar una anécdota, no me voy a alargar mucho. Yo era muy tímida, muy tímida en el colegio. Tenía una amiga y hablaba bajito, no hablaba. En quinto básico, que vendría a ser 9-10 años, alguna vez hubo un conflicto en mi curso y yo estaba muy enojada. Yo creo que por primera vez yo levanté la mano, me dieron la palabra, yo hablé y me aplaudieron y después me eligieron como presidenta de curso. Lo que yo supe años después, bueno, después fui presidenta de curso varios años, otros no, fui presidenta del centro de alumnos que es como la asamblea de mi colegio y yo salía al patio y hablaba por 2.000 alumnas. Y ahora sí, estuve en México y le hablé a 5.000 personas. Me da un poquito de nervio, pero ya lo puedo manejar. Lo que yo supe años después, es que la profesora, por eso muy importante la formación de los profesores, llamó a mis papás, les dijo que no quería que yo fuera presidenta porque era muy tímida. Mis papás, afortunadamente, no me dijeron eso, y más bien me dijeron, bueno mañana tienes que hablarle a tu curso, ¿qué vas a decir? No, yo voy a decir esto, esto y esto. Ya, que bueno, y ¿cómo te fue ese día? Poquito a poquito, mis padres me fueron ayudando, empujando y acompañando en ese proceso que yo tenía que hacer. Probablemente la profesora no quería que yo sufriera, que no lo pasara mal. Yo no creo que ella lo hiciera con mala intención, sino porque veía que yo en ese momento no tenía las habilidades, pero tenía nueve años y muchas ganas de aprender.

Entonces, por eso puedo coincidir en que, efectivamente todos los factores de protección son importantes, lo que uno tiene que querer trabajar es importante, porque en las edades tempranas es cuando uno va desarrollando la personalidad y las estrategias para enfrentar la vida finalmente. Así que para finalizar les quería compartir esta anécdota personal, que para mí fue muy importante.

**Dr. Francisco Bueno**

En nombre de todos los profesionales del Servicio de Adicciones de la concejalía de Salud y Consumo del Ajuntament de València, muchísimas gracias a la Dra. Jimena Kalawski por sus enseñanzas, al Dr. Rafael Aleixandre por su excelente acogida en este extraordinario Palacio de Cerveró y a todos vosotros/as por vuestra asistencia y participación en este Debate sobre Adicciones. Para clausurarlo tiene la palabra el Ilmo. Sr. D. Emiliano García Domene, Concejal de Salud y Consumo del Ajuntament de València.

**Ilmo. Sr. D. Emiliano García Domene**

Muchas gracias Paco. En primer lugar, quiero agradecer al Dr. Francisco Bueno y a todos los profesionales del Servicio de Adicciones por tanta iniciativa y tanto buen trabajo que desarrollan. También y especialmente quiero agradecer a Jimena, la Dra. Jimena Kalawski, por haber aceptado nuestra invitación, por tan magnífica y pedagógica ponencia; y por su naturalidad y sencillez.

Y de una forma muy especial, a los doctores Rafael Aleixandre y Juan Carlos Valderrama, y a todos ustedes, a todos vosotros, por acudir siempre a nuestra llamada y al ver lleno siempre este salón, la verdad es que me asombro cada vez que vengo. Por lo tanto, creo que este es un tema que interesa mucho, que estoy seguro que se van a seguir impartiendo conferencias de este tipo. Muchas gracias por vuestra participación.

Yo siempre digo que se deberían dar clases, deberían haber asignaturas como la empatía, la autoestima, la educación para la ciudadanía o la educación para la salud, que deberían ser troncales; por lo menos la empatía y la educación por la ciudadanía.

Pero no nos olvidemos que hay una asignatura que es fundamental, que a veces nos olvidamos desde nuestra posición de padres, que es la ejercer de padres. La primera formación que se debe impartir es la de padre y madre, eso es fundamental. Ese es un lazo que si se ejerce con rigor y con cariño, difícilmente se nos olvide nunca. Yo tuve la buena y mala suerte de ser padre a los veinte años y a esa edad estaba yo para que me educaran a mí y no para educar yo, pero por suerte lo aprendí bien y lo puse en práctica todo lo bien que supe y pude. Así que yo también hago un voto porque los padres ejerzan más su labor de educar en familia y no nos dejen a las instituciones públicas toda la responsabilidad.

Muchas gracias por vuestra asistencia y participación.







**AJUNTAMENT DE VALÈNCIA**  
REGIDORIA DE SALUT I CONSUM



UPCCA  
VALÈNCIA



Unidad de Información e  
Investigación Social y Sanitaria

VNIVERSITAT  
DE VALÈNCIA