DEBATES EN ADICCIONES

NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, FENTANILO Y DESAFÍOS PARA LA ATENCIÓN

Valencia, 15 de abril de 2024

Dra. Dña. JIMENA KALAWSKI

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

Cendoc Bogani

UISYS Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria

Vniversitat de València 525 anys

AJUNTAMENT DE VALÈNCIA SERVICIS SOCIALS

PMD Pla Municipal de Drogodependències UPCCA València

Editores:
Francisco-Jesús Bueno Cañigral
Jimena Kalawski Isla
Rafael Aleixandre Benavent
Juan Carlos Valderrama Zurián
Antonio Vidal Infer

Agradecimientos:
Celia Martínez Córdoba
Betlem Ortíz Campos
Andrea Sixto Costoya
Lidya Groppi Bosch
Lydia García Gómez

Edita:
Servicio de Adicciones
Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-València)
Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD)
Concejalía de Servicios Sociales
Ajuntament de València.

ISBN: 978-84-9089-519-1
Imprime:
Depósito Legal: V-2782-2024

Índice

BIENVENIDA 3

Dr. D. Antonio Vidal Infer
Profesor Titular de Biblioteconomía y Documentación del Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación de la Universitat de València.
Miembro de la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València-CSIC.

INAUGURACIÓN 5

Dña. Marta Torrado de Castro
Concejala de Servicios Sociales
Ajuntament de València

Dr. D. Bartolomé Pérez Gálvez
Responsable de la Oficina Autonómica de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad Valenciana

PRESENTACIÓN DE LA PONENTE 11

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral
Jefe de Servicio de Adicciones
Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (PMD/ UPCCA-València)
Concejalía de Servicios Sociales
Ayuntamiento de Valencia

CONFERENCIA
NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, FENTANILO Y DESAFÍOS PARA LA ATENCIÓN 15

Dra. Dña. Jimena Kalawski
Jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda
Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Organización de los Estados Americanos (CICAD-OEA)

DEBATE 33

Moderadores: **Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

Dr. D. Antonio Vidal Infer

Preguntas: **Los asistentes**

Respuestas: **Dra. Dña. Jimena Kalawski**

BIENVENIDA

Dr. D. Antonio Vidal Infer
Profesor Titular de Biblioteconomía y Documentación del Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación de la Universitat de València.
Miembro de la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València-CSIC.

Buenas tardes.

Bienvenidos todos a este Debate en adicciones, titulado **"Nuevas Sustancias Psicoactivas: fentanilo, desafíos para la atención"** y muchas gracias por vuestra asistencia, que espero que sea provechosa y que vuestra participación sea amplia al final del mismo en el coloquio y debate, propiamente dicho.

En esta mesa inaugural contamos con:

La **Dra. Jimena Kalawski**, jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estado Americanos (CICAD-OEA), que es la conferenciante de hoy.

La concejala de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia, **Dña. Marta Torrado de Castro**, que ha hecho un gran esfuerzo por estar esta tarde aquí con nosotros, lo que agradecemos muy sinceramente, pero que dada su apretada agenda en cuento acabe la Inauguración tiene que acudir a otra reunión, por lo que no nos acompañará en el Debate. Será sustituido por el **Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**, jefe de Servicio de Adicciones de la concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia

El **Dr. Bartolomé Pérez Gálvez**, que es el responsable de la Oficina Autonómica de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad Valenciana, que es un honor que nos acompañe esta tarde

Tiene la palabra Dña. Marta Torrado de Castro, concejala de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia.

INAUGURACIÓN

Dña. Marta Torrado de Castro
Concejala de Servicios Sociales
Ajuntament de València

Buenas tardes Antonio y muchas gracias por tu presentación.

Muy buenas tardes a todos ustedes, a todos vosotros.

Permítanme que les tutee, queridas amigas, queridos amigos, porque veo entre el público muchas caras conocidas y muchas personas jóvenes.

Muchísimas gracias, como les decía, por asistir a este Debate que hemos organizado conjuntamente entre el Ayuntamiento de Valencia, a través del Servicio de Adicciones, en colaboración con la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València.

Agradezco a los doctores Rafael Aleixandre y Juan Carlos Valderrama, que no pueden estar ahora con nosotros, por encontrase en el extranjero, pero que han colaborado activamente en la planificación de este Debate.

Por supuesto, agradezco al **Dr. Antonio Vidal Infer** que nos acompaña en esta inauguración, la extraordinaria labor que realizan desde la UISYS de la Universitat de València, al amparo de un convenio de colaboración que tenemos con ellos desde el Ayuntamiento de Valencia y que nos permite estar y formar parte de diversos foros internacionales, foros donde se profundiza y donde la información, la formación y la difusión de los conocimientos consideramos que es algo muy importante en la prevención de las adicciones, tanto con sustancia como sin sustancia.

Agradezco a todos los profesionales del Servicio de Adicciones, capitaneados por el doctor Francisco-Jesús Bueno Cañigral, al cual tengo la suerte de conocer desde hace muchos años, una persona muy experta y con un conocimiento extraordinario, les quiero agradecer su dedicación tanto a él como a todos los técnicos que tenemos en el Ayuntamiento de Valencia, su labor diaria para poner en marcha programas, jornadas y Debates como este.

Por supuesto, muchísimas gracias al doctor Bartolomé Pérez Gálvez, responsable de la Oficina Autonómica de Salud de Mental y Adicciones de la Generalitat Valenciana, por el excelente trabajo que está realizando y por acompañarnos esta tarde, a pesar de sus múltiples obligaciones. Muchas gracias Bartolomé.

Como saben el título del **Debate** de hoy es muy importante, interesantísimo y muy actual: **"NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, FENTANILO Y DESAFÍOS PARA LA ATENCIÓN"**. Estos desafíos los tenemos todos, las administraciones públicas, las asociaciones, todas las entidades. En definitiva, la sociedad en general.

Según la definición realizada por Naciones Unidas, las nuevas drogas psicoactivas serían *"Toda sustancia de abuso en forma pura o de preparado no incluida en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, ni en la Convención sobre Sustancias Psicoactivas de 1971, pero cuya acción puede suponer una amenaza para la salud pública"*.

Los consumos más frecuentes son los del alcohol y el tabaco y, por desgracia, los vemos todos los días, no hace falta nada más que salir a la calle. Pero, cada vez se consumen más sustancias psicoactivas, algunas como fármacos de uso habitual y otros como derivados de fármacos antiguos o de derivados de anfetaminas, como son: Benzodiacepinas, Opioides, Cannabinoides sintéticos, Plantas y sus extractos, Feniletilaminas, Cationonas, etc.

Estamos en un mundo globalizado y asimétrico como el actual y, por lo tanto, nos corresponde hoy hablar de sustancias viejas que están causando problemas nuevos y que, por desgracia, cada vez son más graves.

Tenemos en nuestra sociedad las drogas clásicas, mal clasificadas como legales e ilegales, pero también tenemos las nuevas sustancias psicoactivas. El mercado de las drogas está lleno de intereses, sobre todo económicos y está en continua evolución, manifestando un gran dinamismo y una gran capacidad de adaptación, para generar nuevas sustancias adictivas. Pese a ello, los consumos de estas nuevas sustancias, menos mal, por ahora son muy minoritarios en España. Esperamos que la tendencia siga así o que puedan desaparecer.

Uno de los problemas que presentan estas sustancias es la dificultad de detectarlas con los métodos normales de los laboratorios clínicos, dado que los test usados actualmente no detectan muchas de ellas. Desde el punto de vista sanitario, nos enfrentamos a un enorme reto, tanto en la prevención del consumo, como en el diagnóstico y el tratamiento de las intoxicaciones por estas sustancias.

Por lo que agradezco especialmente que esté con nosotros, tras un largo viaje, la **Dra. Jimena Kalawski** Isla, la jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA), su participación en este Debate, ya que para nosotros es un lujo tenerla aquí y que como gran experta internacional que es, seguro que les resulta a todos ustedes muy interesante, así como el coloquio que mantendrán después de su intervención.

Les pido disculpas porque no voy a poder escucharla en vivo y en directo porque tengo otro acto al que tengo que acudir, por desgracia. Mañana a primera hora ya estaré preguntando para que me cuenten en qué ha consistido su conferencia y como tengo una reunión con ella, hablaremos detenidamente sobre este tema que nos preocupa y nos ocupa desde el Ayuntamiento.

Estoy segura, como les decía, que su charla va a resultar muy interesante y seguro que también luego ese coloquio posterior va a ser positivo y enriquecedor para todos los que esta tarde están aquí asistiendo a este Debate.

Para el Ayuntamiento de Valencia la promoción de la salud de las personas y la prevención de las adicciones, tanto con sustancia como sin sustancia, como les decía, tienen importancia, porque en nuestra sociedad está ahí. Para ello es fundamental que todos nos adaptemos a las

nuevas realidades sociales y tenemos que dar para ello respuestas adecuadas y para ello qué mejor que escuchar la voz de los expertos.

No me quiero extender porque ustedes han venido a escuchar a la doctora, no a escucharme a mí, pero yo no quería dejar de estar aquí esta tarde con todos ustedes para agradecerles su trabajo, para agradecerles su presencia y para desearles todo lo mejor de parte del Ayuntamiento y espero que esta jornada y este debate y posterior coloquio y también, por supuesto, escuchar al doctor Bartolomé es un lujo. Hoy no nos podemos quejar, estamos en excelentísima compañía, muy buena compañía y estoy segura de que todos vamos a aprender un poco más.

Muchísimas gracias por su presencia atención, doy la enhorabuena a todos por la organización de esta jornada.

Le cedo la palabra al **Dr. Bartolomé Pérez Gálvez**.

Dra. Jimena Kalawski, Dr. Bartolomé Pérez, Dña. Marta Torrado y Dr. Antonio Vidal

Dr. D. Bartolomé Pérez Gálvez
Responsable de la Oficina Autonómica de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad Valenciana

Buenas tardes.

En primer lugar y cada vez que estoy en esta mesa siempre digo lo mismo, pero al César lo que es del César.

Agradecer, no y felicitar, agradecer a la Universitat de València y al Ayuntamiento de Valencia que haya seguido año tras año luchando. Ahora el tema va a empezar otra vez a interesar a mucha gente, por eso la importancia de estas iniciativas.

Para mí, evidentemente, es un lujo también estar con Jimena, a la que conozco de anteayer o hace 2 días, para no decir la edad que tenemos. Es una profesional que he visto desarrollarse desde que la conocí hasta hoy.

Sobre el tema que nos ocupa, cuando hablamos de fentanilo nos suena una gringada, no suena que solo pasa en los Estados Unidos, que son unos 70000 muertos ya por su causa. Una guerra de Vietnam cada año, lo que están perdiendo allí. Pero aquí nos parece una cosa extraña, parece como que no tiene que ver con nosotros. Yo quiero llamar la atención de ciertas cosas, lo de menos es si es fentanilo u otra cosa.

En primer lugar, estamos en una tierra, y me refiero a la zona mediterránea, que somos los fabricantes, los fabricantes de drogas sintéticas. Esto al final es un comercio simple y lirondo. Yo hoy estoy fabricando metanfetaminas, nuestra famosa ruta del bacalao de hace años. Cuando luce menos esto, me pongo a producir cualquier opiáceo que pueda meter en el mercado.

Por lo tanto, a quienes les suene un poco extraño o lejano esto, que sepa que cuanto menos, estamos en una zona que ya tiene sus décadas de historia de introducir este tipo de sustancias, de probarlas, de tirar para adelante.

Otro aspecto que Marta Torrado decía, es el tema de intereses económicos. Esto va más allá de eso. Hace ya bastantes años, creo que lo sabéis y algunas películas hay, se criticó y parece ser que es verdad, que el Gobierno estadounidense introdujo la heroína en ciertos barrios, fundamentalmente de raza negra. Yo soy de los que piensan que, efectivamente, fue así porque era muy casual que estuviera en ciertos sitios concretos.

Eso, quieras que no, es una forma de trabajar. Veíamos como DAESH se financia con drogas sintéticas. La única diferencia con otras es que estas sí generan dependencia rápida. Y es la gran diferencia. En consecuencia, nosotros, por ejemplo, lo que les hemos planteado, y fue una cosa que llamó la atención, es que los centros de baja exigencia se refuercen. Si surge el problema, estaremos preparados para responder y si no surge, no pasa nada. Pero debemos tener la idea y, sobre todo en Valencia ciudad, de que ese riesgo existe, de que pueden venir

problemas muy similares, cuando no peores, a los que tuvimos el tiempo de la heroína y que hay muchos componentes sociales que, lamentablemente, acompañan.

Entonces, repito, tenemos que estar pendientes y no pensar que cuando nos sale el tema del fentanilo es algo externo. La historia en Estados Unidos empezó, efectivamente, por una mala praxis médica, con una gran corrupción generalizada de clase médica. Pero la historia no se mantiene por eso, no se mantiene por recetas, se mantiene porque la gente está fabricando con fines de desestabilizar y con fines, evidentemente, de conseguir clientes.

Por tanto, repito, estemos sin ser alarmistas. Pero que no nos caiga tampoco la guardia, seamos conscientes de lo que hay.

Yo quisiera acabar es con ese aviso general y esa atención especial hacia los adolescentes porque, lamentablemente, este tipo de sustancias, no son tan fáciles de prevenir, no son tan simples. Tengamos especial cuidado en las instituciones educativas con esto. Son sustancias que cualquier comerciante con lógica usaría para fidelizar. Y creo que aquí, una vez más, repito, los abuelos tenemos que recordar el pasado porque los mecanismos son exactamente los mismos. Si esto cotizara en bolsa no tengan duda alguna que vale la pena invertir porque es conocido lo que va a pasar y conocido lo que nos puede ocurrir.

Por tanto, insisto, no bajemos la guardia con el fentanilo y similares.

Los opioides tienen el problema respecto a otras sustancias que rápidamente van a generar adicción y es muy fácil en colectivos que vemos como alejados, esto siempre lo identificamos con colectivos socialmente deprimidos, pero no es el caso, va a ser con todos, como con algunos que vemos muy alejados como los adolescentes.

Pero insisto, no porque un chaval quiera consumir, sino porque, lamentablemente, es un colectivo fácil para introducir otras sustancias. Tengamos mucho cuidado con ello y en esa línea vamos a intentar trabajar los próximos años, muy orientados a la prevención general, a prevención digamos universal, pero también a la prevención indicada, que es la gran abandonada, pero que es objeto de otro discurso.

Muchísimas gracias por vuestra asistencia y por vuestra atención.

PRESENTACIÓN DE LA PONENTE

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral
Jefe de Servicio de Adicciones
Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (PMD/ UPCCA-València)
Concejalía de Servicios Sociales
Ayuntamiento de Valencia

Muchas gracias, Dr. Antonio Vidal por su presentación y muchas gracias, Dr. Bartolomé Pérez por su intervención.

Muchísimas gracias a todas y a todos por estar presentes en este **Debate en Adicciones**. Aquí, como siempre, prima la calidad, en todos los efectos. Muchas caras conocidas y de altísimo nivel, aspecto que es muy gratificante y además muy satisfactorio.

Para mí es un honor presentar a la **Dr. María Jimena Kalawski Isla**, que es una gran persona que estudió Psicología en la Universidad Central de Chile y tiene una amplia trayectoria profesional, ya que desde el año 1997 trabaja 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 diversos programas de ayuda y además, realizó programas de psicoterapia individual y psicoterapia grupal.

Obtuvo su Máster de Adicciones y además realizó su Tesis Doctoral sobre la "Adherencia al tratamiento en personas con drogadicción". Desarrolló programas activos de prevención escolar y también actividades de políticas públicas, diseñó e implementó cursos paramédicos y técnicos en el campo de la rehabilitación, en el marco del acuerdo entre el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes 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. Funcionó desde 1991 hasta el 2011, siendo reemplazado posteriormente por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Droga y Alcohol.

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

Desde 2015 a 2018 fue jefa de la División de Programación del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol del Ministerio de Interior y Seguridad Pública de Chile, y estuvo a cargo de la Sección de Reducción de la Demanda, que incluye diferentes áreas como la prevención, el tratamiento, la reinserción social, el desarrollo del capital humano, la formación, estudios, etc. Participó en diferentes foros nacionales e internacionales y como presidenta de este grupo de expertos en la reducción de la demanda de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas destacó no solamente en su país en el año 2017, sino en todas las actividades

realizadas en Chile y en otros países colindantes que sirvió, además, de inspiración para otros países del continente sudamericano para, lógicamente, introducir políticas de reducción de la demanda, que son un tema tremendamente importante.

Desde el 1 de julio de 2019 es la jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda de la CICAD-OEA. Durante estos años ha desarrollado una amplia labor tanto de representación como profesional, con participación en debates, conferencias, seminarios, jornadas, etc.

Para mí esa grandísima satisfacción que tengamos ya durante cuatro años un Memorando de Entendimiento el Ayuntamiento de Valencia con la OEA-CICAD y que nos permita periódicamente realizar conferencias online donde participan diferentes profesionales tanto de España como de las Américas y que nos sirve de intercambio para conocer cuál es la realidad de lo que sucede, no solamente en España, sino en Europa y lo que sucede también, lógicamente, en las Américas. Para nosotros es muy importante, por lo que agradezco a la Dra. Jimena Kalawski su implicación y ayuda, así como la colaboración de los profesionales de la UISYS, como del Dr. Bartolomé Pérez Gálvez.

Nuestro público objetivo y a quien más le interesan estos temas que estamos desarrollando es a profesionales y a estudiantes universitarios de Estados Unidos, principalmente de habla hispana, que son los que visitan más ampliamente en nuestra web. Descargarse estas monografías en PDF, servir, lógicamente, de difusión en sus ámbitos laborales, etcétera, etcétera, tiene mucha importancia. Luego está el hecho de que participen diferentes profesionales con temas de actualidad y que sirva de intercambio y confrontación, incluso de debate de ciertos aspectos, tiene para nosotros una gran importancia que el Ajuntament de València por primera vez tenga este tipo de actividades de relación internacional.

Por eso agradezco muy sinceramente a la doctora Jimena Kalawski todas las facilidades que me dio como jefe de Servicio de Adicciones para poder convencer a las autoridades, y que D. Emiliano García Domene como concejal de Salud y Consumo, firmara del Memorando de Entendimiento en nombre del Ayuntamiento de València. Nuestra intención es seguir trabajando en este campo.

Por lo tanto, como jefe de Servicio de Adicciones agradezco muy sinceramente todas las actividades realizadas y la participación del Embajador Adam Namm, Jimena Kalawski, José Luis Vázquez, Luis Alfonzo, todos los ponentes y conferenciantes, etc.

Les cuento un pequeño secreto, como saben las conferencias online no se organizan solas, por lo que muchos viernes por la tarde nos reunimos en videoconferencias, planificamos cosas y nos contamos tal por Washington (Jimena Kalawski, José Luis Vázquez, Luis Alfonzo) y que tal por Valencia (Juan Carlos Valderrama y yo), que tiempo hace, qué vamos a hacer y qué no, etc. Mantenemos esta tarea los viernes por la tarde que nos sirve de planificación de las conferencias online y de comentar diversos temas relacionados con nuestras respectivas instituciones y con las adicciones.

Agradezco, en nombre de todos los profesionales del Servicio de Adicciones la participación de la **Dra. Jimena Kalawski** en este Debate de hoy. Agradezco a todos ustedes su presencia. Como ha dicho Dña. Marta Torrado de Castro, reitero el agradecimiento a los doctores **Antonio Vidal Infer, Bartolomé Pérez Gálvez, Juan Carlos Valderrama Zurián, Rafael Aleixandre Benavent** por todo su trabajo y colaboración.

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

Dra. Jimena Kalawski

CONFERENCIA

NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, FENTANILO Y DESAFÍOS PARA LA ATENCIÓN

Dra. Dña. Jimena Kalawski
Jefa de la Unidad de Reducción de la Demanda
Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Organización de los Estados Americanos (CICAD-OEA)

Muchas gracias, muy buenas tardes.

Gracias Paco por la presentación.

Es verdad, son los viernes en la tarde para ustedes, para nosotros es mediodía y siempre los envidiamos porque ustedes ya están empezando el fin de semana y nosotros todavía nos queda un rato de trabajar.

Por supuesto agradecer a la Universidad de Valencia por esta invitación, al Ayuntamiento de Valencia, a la Generalitat Valenciana. Hay que contar que, gracias al entusiasmo de Francisco Bueno, de Paco, tenemos este Memorando de Entendimiento que nos ha servido para mantener el contacto permanente y no llevo la cuenta de cuántos webinars llevamos, yo creo que son unos diez.

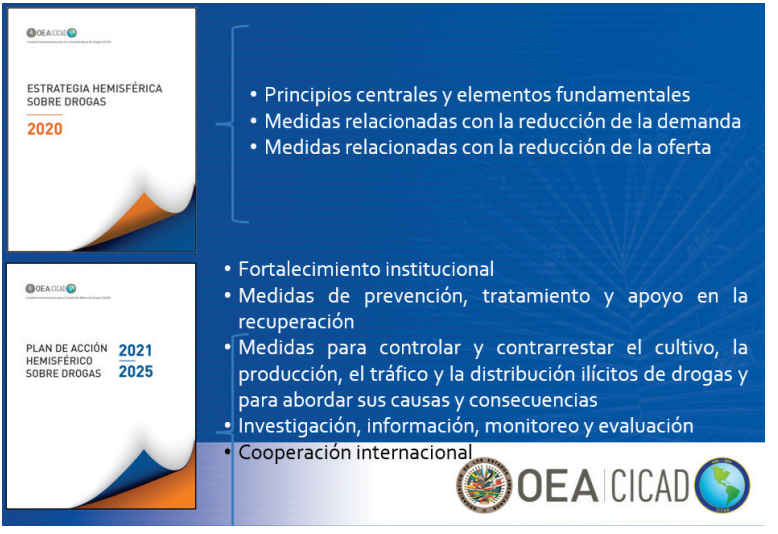
Cuando empezó la pandemia nos pusimos rápidamente en coordinación porque vimos que se venían desafíos importantes y descubrimos este instrumento, el Zoom famoso, y todas las plataformas que nos permitían llegar a mucha más gente de lo que habitualmente hacemos los organismos internacionales, porque por un tema de costo hacemos reuniones y finalmente participan expertos, con mucha suerte veinte o treinta, pero nuestra misión tiene que ver con toda la región de las Américas y el Caribe y por supuesto que había mucha información que no estaba llegando a terreno.

En mi caso en particular, soy una profesional que parte trabajando en terreno en comunidad terapéutica en centros de tratamiento, en escuelas, haciendo prevención hace bastantes años y todo este desarrollo profesional me llevó a trabajar en un organismo internacional donde los organismos internacionales en general tienen pocos expertos. Es más bien personas que van siguiendo la carrera diplomática. Entonces, uno de los objetivos que yo me propuse al estar a cargo de reducción de la demanda, que es prevención, tratamiento, integración social en el tema de droga, fue acercar mucho más a la comunidad que trabaja en la temática, todo el conocimiento que a veces se discutía a nivel internacional y viceversa también. Llevar mi experiencia, mi cercanía, con lo que pasa en el terreno, llevarla a los organismos internacionales, porque a veces se diseñan programas o políticas con muy buenas intenciones, basado en la evidencia, pero la realidad siempre supera la ficción. Los programas es necesario que sean adecuados y estén ajustados.

Es un poco difícil hacer una conferencia después de la comida o del almuerzo, así que trataré de no ser muy aburrida y también entendiendo que probablemente muchos de los temas que

yo voy a mencionar, ustedes tienen mucha más experiencia que la que tenemos nosotros en las Américas, lamentablemente, por la epidemia de la heroína. No se asusten con la cantidad de láminas que yo nunca las leo enteras ni todas y no las leo tampoco.

Un repaso breve, que es la CICAD. La CICAD tiene un nombre raro porque dice la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, que para mí ya la palabra control y abuso de drogas me suena un poco extraña, pero era una manera de tener junto, o tratar de tener junto, todo lo que tiene que ver con la temática de drogas.



La CICAD es el principal foro político de la región de las Américas que tiene sus reuniones periódicamente y que se establece, se autoimpone, un una estrategia hemisférica y un plan de acción, y dentro de esta estrategia hemisférica y plan de acción, hay medidas que tienen que ver con la reducción de la demanda, pero también hay medidas que tienen que ver con reducción de la oferta. Yo tengo al lado en la oficina a un señor que habla todo el día con las policías, que hace unos talleres y van en helicóptero, en aviones y van a las oficinas postales, etc. Es un trabajo muy diferente al mío, pero del cual yo me beneficio cuando conversamos y escuchamos lo que está ocurriendo.

En periodo de pandemia fue, además, especialmente interesante empezar a darnos cuenta, como mientras nosotros nos demorábamos en ajustar las prácticas, los procedimientos que teníamos, los traficantes ya se manejaban con herramientas tecnológicas con una rapidez increíble y nosotros todavía estábamos pensando que íbamos a hacer.

Cuando me refiero a nosotros, me refiero a los países de la región, porque por supuesto, como trabajamos con gobiernos, hay una burocracia que de por sí es lenta y cuesta mucho más mover. Nosotros estamos acostumbrados a trabajar con las **drogas tradicionales**, entre comillas, que es alcohol, marihuana, tabaco, por supuesto, y cocaína, pasta base de cocaína, etc.

La región de las Américas, aparte del alcohol que, por supuesto que es el principal problema de salud pública, hemos tenido los últimos años un alza en el consumo de marihuana,

principalmente. El consumo de cocaína, pasta base, crack, etc., se mantuvo al alza y más menos estabilizado a niveles importantes. No tiene, yo diría, un estrato social determinado, pero sí, por supuesto, las sustancias de peor calidad, con más impureza, con más sustancias de corte, etc., siempre están en los sectores más vulnerables de la población, como la pasta base de cocaína.

Esta tarde no vamos a hablar de eso, vamos a hablar desde las **drogas sintéticas** que habitualmente en la región de las Américas, cuando se hacen estudios de prevalencia. estas son las que quedan como en la parte baja del gráfico porque tienen una prevalencia bastante menor en comparación con las otras sustancias. El problema que tienen y que ya lo señalaron en las palabras anteriores, es que son muy letales y con dosis muy bajas pueden generar un gran impacto en la salud pública, por lo tanto, hay una dificultad que es cómo compatibilizamos los estudios epidemiológicos con los países con la relevancia que le tienen que dar los tomadores de decisión. Ya nos cuesta que el tema drogas se mantenga en la agenda, que se le destine presupuesto. Habitualmente en nuestros países y, además, por la por el tema relacionado con la coca, hay mucha más preocupación o se entregan más recursos para el trabajo en reducción de la oferta, erradicación de cultivos, etc., que los fondos que se destinan a prevención, a tratamiento. Eso es ya un problema, el ver cómo conseguimos apoyar más las estrategias de reducción de la demanda.

No digo que control de la oferta no se tenga que realizar, por supuesto, pero siempre luce más o es más noticioso un decomiso de no sé cuántas toneladas de cocaína en un puerto que un nuevo programa de prevención que se lanza en escuelas, en colegios.

El año 2011 la OEA-CICAD firmó un convenio con Naciones Unidas para preocuparse también de poder levantar información respecto a la existencia de nuevas sustancias psicoactivas o sustancias sintéticas en la región de las Américas. Desde 2011 hasta ahora ha habido un aumento en los datos, por supuesto, en el consumo y, sobre todo en el 2013, esto ha aumentado en velocidad. Como decía la concejala, las nuevas sustancias psicoactivas, justamente la definición tiene que ver con eso.

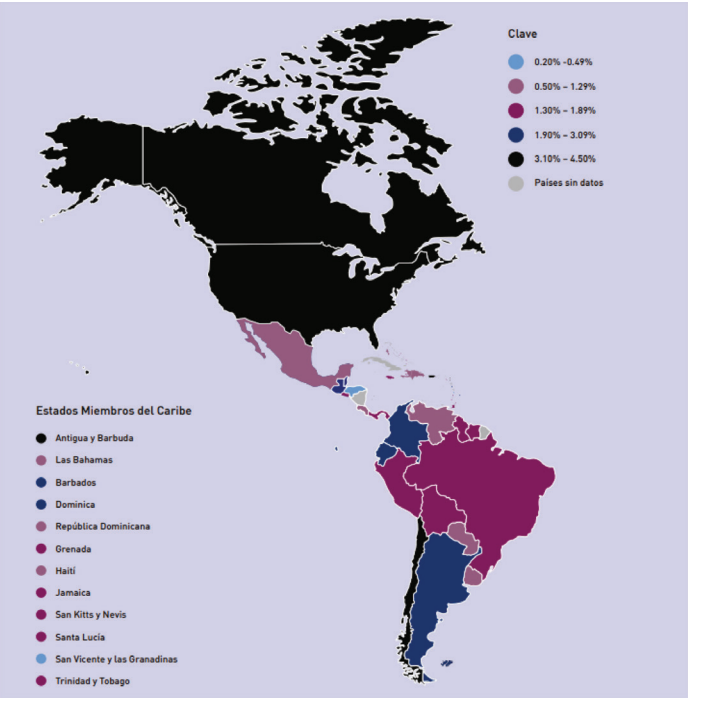
La Comisión de Estupefacientes (CND) de Naciones Unidas, se reúne anualmente para examinar y adoptar una serie de decisiones y resoluciones. También se convocan periódicamente reuniones entre sesiones. Al final de cada año, la CND celebra la continuación del período de sesiones para tratar asuntos presupuestarios y administrativos como órgano rector del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas.

Pero estamos ante una industria de la droga muy rápida, que hasta que llega la reunión que se hace todos los años la CND, donde se proponen las sustancias y se van votando para pasar a la lista de sustancias controladas y se cumplen todos los procesos, las sustancias nuevas han aumentado mucho. Se imaginarán ustedes conocer cuál es la sustancia, cuáles son sus componentes y estudios químicos, los efectos, etc. Hasta que llega a agotarse. En ese momento ya se han producido trescientas más.

Todos me dicen que es aburrido, pero a mí me encanta estar en esa sesión de la CND. No me acuerdo cuántas se propusieron este año, pero siempre son veinte o treinta. Proyectan la fórmula química, los efectos, los daños, etc. y luego los países votan. Habitualmente todas se aprueban. A mí me permite ir escuchando nombres de sustancias que probablemente no habíamos escuchado porque corresponden a otras regiones o también químicamente, como se pueden llamar.

Llegamos a hablar de fentanilo, pero en este momento los medios están cada vez más disponibles. Es bastante fácil que uno pueda producir en su casa, armarse un laboratorio y producir alguna sustancia. Por supuesto, está la serie Breaking Bad, donde eso pasó a ser casi glamuroso por todo el contenido de la serie, pero empieza a ser muy fácil y eso también es un problema que tenemos en la región, no solamente en la región de las Américas.

Este es el último estudio del 2019, está por salir el siguiente. Nosotros tenemos en la CICAD, el Observatorio Interamericano de Drogas como una de sus unidades de trabajo y el Observatorio consolida la información que los diferentes países van enviando, van sacando, y entonces arma unos mapas. Además de eso, el Observatorio ha desarrollado en función justamente de las nuevas sustancias psicoactivas, todo un sistema de alerta temprana en los países donde, en una mesa de trabajo que se reúnen regularmente, están presentes los servicios de urgencias, las escuelas, la sociedad civil que trabaja con diferentes sectores, hospitales, policías, etc., para poder utilizar rápidamente la información respecto a qué sustancias están circulando y poder tomar las medidas rápidamente, aunque estas sustancias no hayan pasado por todo este proceso que yo digo de Naciones Unidas, estar formadas y puestas en alguna lista de control. Esto permite poder tomar decisiones rápido respecto a lo que ocurre con la Comunidad.



Prevalencia de vida de consumo de "éxtasis" entre los estudiantes de enseñanza secundaria. Fuente: CICAD, Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019

El año pasado, por ejemplo, ocurrió que en un día hubo 30 muertes en Buenos Aires por cocaína que fue alterada con carfentanilo. Resulta que se logró, gracias al sistema alerta temprana, ubicar rápidamente en el mismo día. Había una ONG que trabajaba en determinado sector de la ciudad de Buenos Aires, donde se empezaron a ocurrir estas muertes. Se contactó con esa ONG que, por supuesto, conocía a las personas que habían fallecido en ese día, en ese momento. Sabían a quién le podían estar comprando y empezaron de boca en boca a buscar a las familias, a las personas, a informarles que algo pasaba con lo que se estaba vendiendo. Lograron evitar que hubiera muchas más muertes. Les pidieron que desecharan esa droga. De ahí sacaron para saber después qué es lo que estaba ocurriendo y, efectivamente, era carfentanilo.

Hay que tener un sistema de respuesta bastante rápido porque, efectivamente, nos encontramos con distintas sustancias que probablemente están alterando las sustancias tradicionales de consumo. En los sistemas de alerta temprana y en los estudios que tenemos en la CICAD nosotros podemos ver cómo, efectivamente, **en el hemisferio norte ha habido** un aumento del consumo de éxtasis, mucho más focalizado entre los jóvenes, el consumo ha estado presente en toda la región de las Américas y hay una intensificación del tráfico y que, por supuesto, las sustancias están adulteradas, cortadas con una amplia variedad de sustancias químicas.

Respecto a la metanfetamina, el consumo se da en toda América del Norte, hay muchas incautaciones provenientes, probablemente, de México porque las incautaciones se están haciendo en la frontera con México y el tráfico va hacia Canadá y los Estados Unidos. También hay un aumento del uso y de la venta de precursores de la metanfetamina, no considerados en la lista de sustancias controladas. Estos precursores son sustancias que se usan para producir metanfetamina. Dependiendo del tipo de sustancia, los precursores pueden ser sustancias que se ocupan para producir, pero que no necesariamente son inocuos. Más bien, también son dañinos para la salud y es algo sobre lo que hay que establecer algún tipo de restricción. Fuente: OMS/MCD, Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México, 2021.

¿Qué son las Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP)?

Es una nomenclatura que incluye a múltiples sustancias. El nombre NSP permite poder clasificarlas, estudiar y comprender el fenómeno. No están controladas por las convenciones internacionales de drogas. Están asociadas con serios riesgos para la salud. Imitan los efectos y se venden en los mercados de drogas tradicionales.

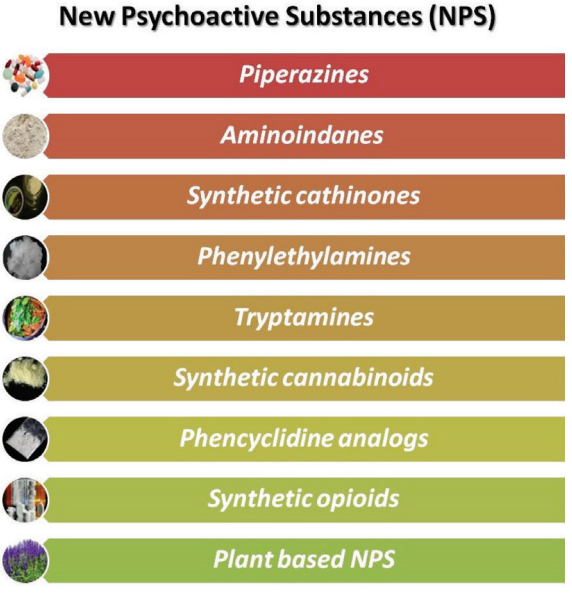
Lo importante es que sobre esta nomenclatura que se crea o este nombre de nuevas sustancias psicoactivas, nos permite ir trabajando mientras nos damos la vuelta larga y poniendo las alertas en los momentos necesarios y reaccionar de manera rápida mientras ocurre todo el otro proceso. Muchas de estas sustancias por supuesto que tienen grandes efectos y daños en la salud. A veces imitan los efectos de otra droga o están mezclados, cortados con otra sustancia, etc.

El pasado 9 de abril hicimos un webinar, como los que comentábamos anteriormente Paco y yo, titulado **"Experiencias de prevención ambiental para abordar nuevas formas de consumo de sustancias"** con varios panelistas, porque queríamos ver como todas las estrategias ambientales que se habían utilizado para el tabaco, cuáles de esas podíamos usar con las drogas ilegales.

En una presentación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) era increíble ver con el mismo tipo de etiquetado en una serie de productos o subproductos que contienen nicotina que se venden. Al final siempre es la misma estrategia. Se sugiere un supuesto uso medicinal, aunque ya tenemos bastante historia y sabemos bastante sobre el tabaco, empezaron a ver distintas formas de venta, no solamente los cigarrillos electrónicos, sino que había dulces masticables, gominolas, para los niños con empaques llamativos.

La industria siempre te dice que esto va destinado a los adultos, pero tú ves los dibujos del empaque y tú dices, esto no está destinado a los adultos. Por qué la industria tabacalera sí que está perdiendo consumidores por toda la normativa y la reglamentación que ha hecho que efectivamente baje, sobre todo en el Cono Sur en América decían que ya se había declarado zona libre de tabaco, que no significa que no se fume, sino que se han ido implementando todos los acuerdos, pensiones, normativas, etc. Pero ¿Por qué yo, productor, voy a querer reducir mi negocio? Por supuesto que me voy a generar nuevos dependientes a la nicotina, al alcohol, etc. Era increíble como nos mostraban las nuevas formas en que se está empaquetando y vendiendo el tabaco.

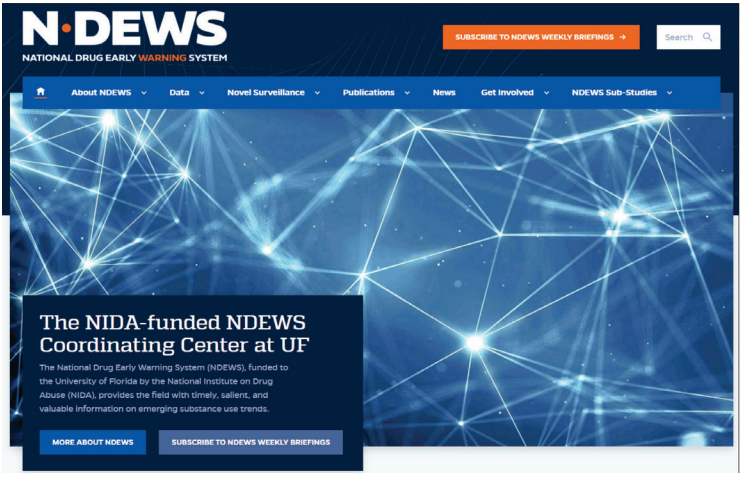
No voy a entrar a todas las **Nuevas Sustancias Psicoactivas**, porque eso ya se los dejo para su inquietud personal y como digo, probablemente acá hay mejores expertos que yo que puedan hablar de cada una de estas sustancias.

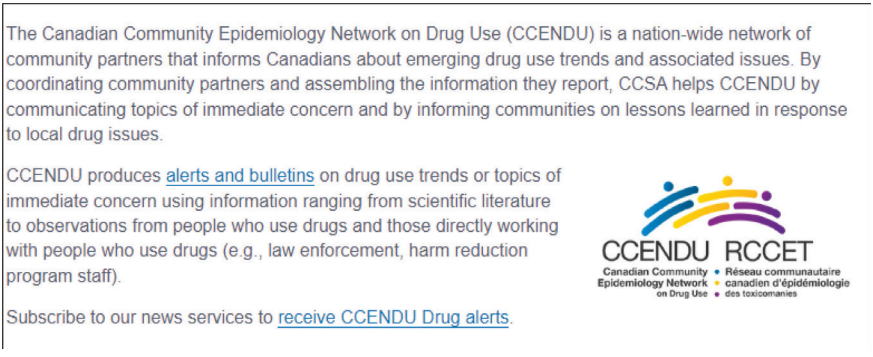


Habitualmente tenemos estas categorías de nuevas sustancias psicoactivas, que aparecen en la tabla. Varios aspectos importantes, como son nuevas y se desconocen y son de rápido aparición, incluso hay unas que aparecen y luego desaparecen, no se conocen los efectos, no se conoce bajo qué cantidad, cuál es la dosis letal, no se conoce cuáles son los riesgos de sobredosis o de intoxicación, y hay muy poca información.

Con un mercado comparativamente pequeño, las NSP pueden llegar a ser más letales que otras drogas. Los consumidores de NSP no conocen la cantidad ni la dosificación de sustancias psicoactivas que contienen estos productos. Esto expone a los consumidores a graves riesgos de intoxicación y muertes por sobredosis. Es escasa o nula la información científica disponible para determinar los posibles efectos de esas sustancias y la mejor manera de contrarrestarlos.

Entre el 2009 y el 2021, 134 países informaron al Sistema de Alerta Temprana (SAT) de la Oficina de Naciones Unidas para la Droga y el Delito (UNODC) informó la aparición de 1127 Nuevas Sustancias Psicoactivas. Solo en el año 2021 se informó de cuarenta y ocho NSP.





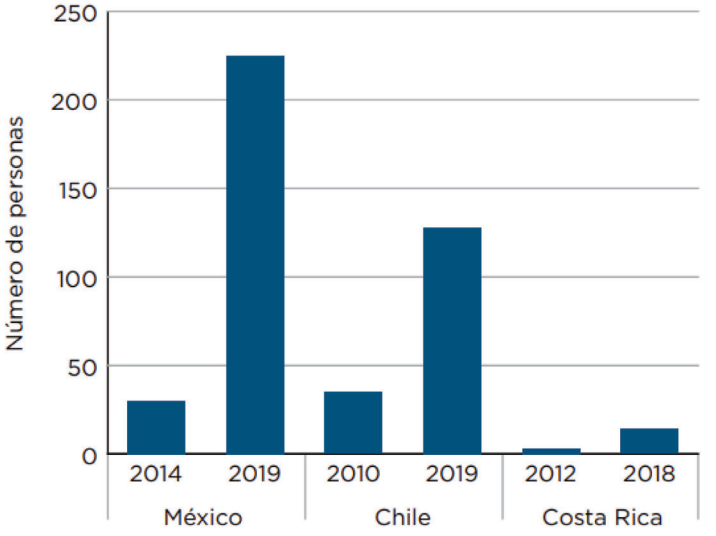
Cuando estaba en el Centro de Tratamiento Casa Mispap de Chile, en algún momento una ONG nos trae una botella pequeña de alcohol barato, que es un alcohol que se vende barato. Chile es productor de vino, por lo tanto, los precios que tenemos no son caros. Aun así, existe un alcohol que es muy barato y que, habitualmente, las personas de la calle van y compran. Esta ONG nos trajo una botella y nos decía que les llamaba la atención porque las personas tomaban esto y no parecía la embriaguez habitual, más bien tenían alucinaciones, estaban exaltados, etcétera. Enviamos a revisión, digamos análisis, la botellita que nos habían llevado. Yo después me fui, así que nunca supe los resultados, pero me imagino que alcohol no era, al menos el alcohol que conocemos nosotros.

Clasificación de las Nuevas Sustancias Psicoactivas según sus efectos

Desde el año 2014 en adelante, hemos ido viendo cómo va en aumento el consumo de **opioides sintéticos** en la región de las Américas, pero con más énfasis, muchísimo más énfasis, en Estados Unidos y Canadá. Empieza a haber una fuerte presencia entre los grupos médicos, una fuerte presencia de la industria donde se estimula que se receten nuevos opiáceos. Yo creo que la sociedad estadounidense es una sociedad que no están acostumbrados al dolor o son poco tolerantes al dolor o hay un tema cultural ahí, pero con mucha facilidad se recetan opioides.

Yo vengo de Chile, estoy viviendo en Estados Unidos, en Washington, desde hace cinco años y, por ejemplo, yo me vine con mi hija de quince años, llegamos y me tocaba sacarle las muelas del juicio. En Chile a uno le sacan la muela del juicio poniéndole anestesia local, si es que, más bien viene el cirujano dentista con un alicate y apunta de tirones te va sacando la muela. Uno queda bien inflamado, se va a la casa con hielo y un par de medicamentos para el dolor que alivian un poquito y el concepto es aguántate. Todos hemos sobrevivido a una extracción de muela, aguántate. Por supuesto que hay dolores que son mucho más fuertes, más intensos, sobre los cuales hay que recetar otro tipo de medicamentos. Pero poniendo el ejemplo, llego a Estados Unidos y a mi hija le toca sacarse las muelas. El primer impacto era a cuánto me iba a salir la extracción de muela, después lo comentaré, y con anestesia general. O sea, me llamó la atención que la extracción fuera con anestesia general, en Chile nunca hemos puesto anestesia general para extraer las muelas. Se sacó las muelas y me dan la prescripción para que vaya a comprarle el analgésico y fentanilo para tomarlo durante tres días. Menos mal que sé del tema y no se lo di, pero eso es lo que habitualmente se receta y se consume, fentanilo, oxicodina, tramadol, etc., con mucha facilidad. Los primeros reportes que hay es personal a los cuales el médico les indicó usar algún opioide y que se hacen dependientes y los primeros reportes son de un desvío desde el uso médico al uso no legal. Luego empieza a haber más

oferta, más demanda, más oferta y, de repente, aparece esta epidemia donde empieza a ver con distintas formas. La posibilidad de que sea inyectada, de que sean pastillas sublinguales, en polvo, etc.



Aquí, por ejemplo, podemos ver el número de personas que pidió tratamiento para el uso de fármacos opioides entre el 2014 y el 2019 en México, que es la frontera con Estados Unidos, en Chile y en Costa Rica. Solamente para poner un ejemplo, para que vean como casi en diez años el aumento fue sideral. Habitualmente nosotros lo que vemos es que tenemos un aumento del uso que está mucho más promovido por la demanda. Empieza a haber muchas más personas que empiezan a demandar una sustancia y entonces el mercado ilegal empieza a producir más. La discusión que hay, y distintos análisis allá en Estados Unidos también, es que esto más bien ha sido un problema que ha sido producido por la oferta porque hubo mucha presión inicialmente. De hecho, hoy en día, el fentanilo es más barato que la morfina, por ejemplo. Ahora está indicado para el cáncer de los niños el fentanilo porque es más barato y hay más facilidad de acceso que la morfina, por ejemplo.

En los Estados Unidos, el número anual de muertes por sobredosis relacionadas con el fentanilo, a nivel nacional, aumentó de 5544 en 2014 a 56516 en 2020 (y 70404 con carácter provisional en 2021), lo que supone un incremento del 919% en siete años. Se han detectado opioides sintéticos en productos vendidos como heroína y LSD: Los consumidores de toda la región podrían estar consumiendo opioides sintéticos sin saberlo. Un estudio realizado en el norte de México determinó que: El 93% de las muestras de heroína en polvo blanco, recogidas de 89 consumidores de heroína, contenían fentanilo. Un estudio realizado por CICAD en 2019 confirmó el uso de fármacos opioides, como tramadol, morfina y suboxone, con fines no médicos, en algunos países de la región.

Características del fentanilo.

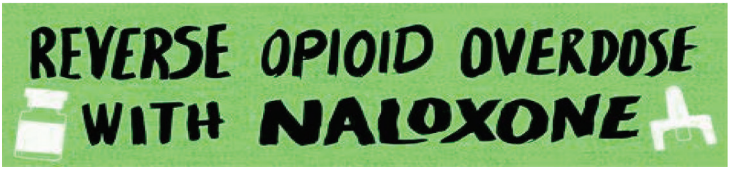
La discusión en esta epidemia es cuál ha sido la responsabilidad de la industria farmacéutica en generar esta fuerte explosión que ha habido de consumo de fentanilo. Se habla de que es aproximadamente 100 veces más potente que la morfina, 50 veces más potente que la heroína como analgésico y, por lo tanto, se requieren dosis muy bajas para que haya una sobredosis, entre comillas, es muy difícil manejar una dosis segura y, además, en este mercado de nuevas sustancias psicoactivas que nunca sabemos realmente qué es lo que las personas están consumiendo.

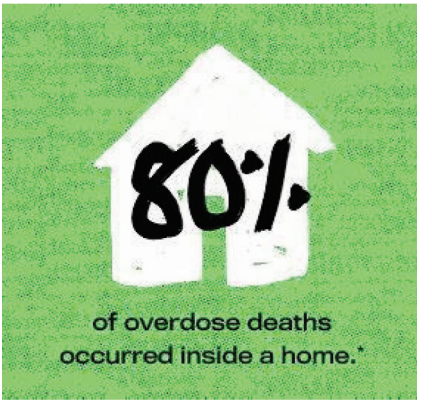
Debemos tener en cuenta los **signos de sobredosis de fentanilo**:

- Pupilas pequeñas y contraídas al tamaño de un punto (puntiformes).
- Cara muy pálida o que se siente fría o húmeda al tacto.
- El cuerpo se vuelve flácido
- Uñas o labios de color morado o azulado
- Vómitos o ruidos de gorgoteo
- La persona no puede despertarse o no puede hablar
- La respiración o los latidos del corazón se vuelven lentos o se detienen

Nos encontramos en un país como Estados Unidos, donde se ha tenido en los últimos años un aumento de la regulación o legalización del cannabis en varios Estados de Estados Unidos sin una preparación o con la escasez de estrategias de reducción de riesgo, porque, por supuesto, trabajar con cannabis, no es lo mismo que trabajar con opioides. Los pilló absolutamente desprevenidos, primero no sabían qué era lo que estaba pasando y luego, cuando hubo que desarrollar una estrategia de reducción de daños para prevenir las muertes por sobredosis, que solamente el año pasado hubo 70000 muertes por sobredosis, no había estrategia. La Casablanca sacó una estrategia que han estado implementando los Estados y lo que han estado haciendo fuertemente es difundir cuáles son los signos o las señales que nos permiten visualizar que hay una posible sobredosis. Esta información uno ya la ve disponible en muchos lugares porque acá los minutos significan días. Con 70000 muertes o nos tomamos esto en serio o el país se nos va a acabar en pocos años.

Uno de los temas que hubo que abordar fue la naloxona, que es un antagonista que inicialmente tenía una regulación que debía venderse con receta médica, ahora ya se vende en el mostrador, se puede sacar ya directamente y se puede comprar directamente sin ningún otro trámite. Ha habido una gran difusión para que haya naloxona disponible en todos lados. Hay que tener naloxona y estar familiarizados con su uso, ya que es un medicamento que puede revertir una sobredosis de opioides, incluidos heroína, fentanilo y medicamentos opioides recetados.





Inicialmente, se trabajó con las ONG que trabajaban en calle, con los sistemas de urgencia, para que hubiera naloxona, pero no fue suficiente. Hoy en día puedo pedir que me manden a mi casa para tener naloxona. Es una distribución masiva porque realmente el problema es gigante. Ustedes lo van a ver en Estados Unidos en distintos lados, en los colegios había muertes por sobredosis en los baños porque puede ser otra sustancia que está contaminada, que está cortada, puede ser alguien que está consumiendo por primera vez, porque además tú sabes que un traficante te puede vender marihuana, pero saca toda su oferta.

Como ejemplo diré que, al terminar en el colegio, mi hija tuvo su fiesta de graduación. Mucho aviso de que, por supuesto, si hay un niño que llega con consumo de alcohol o consumo de droga va a ser expulsado, no se va a certificar, etc., etc. Mucha advertencia, pero la fiesta de graduación tenía personal paramédico, por si acaso. Es realmente un desastre en la sociedad. Nuestra preocupación es para el resto de la región de las Américas. Todavía sigue siendo muy focalizado en el norte.

La semana pasada salió un reporte del Observatorio Colombiano, que creo tiene como dos años de retraso, habían detectado treinta muertes por fentanilo en los servicios de urgencias. Saber la causa de la muerte no es algo que todavía tiene un mecanismo rápido de informar. Aparte las noticias sensacionalistas que siempre existen. Yo comentaba que en Chile hace unos meses atrás se incautó fentanilo y al final era veneno para ratas. Siempre salen las noticias del desmentido, pero nunca se publican igual. Además de la alarma, es una preocupación que tenemos en la región, que en el fondo nos pille bien preparados. Ojalá que no nos llegue con la dimensión que tiene Estados Unidos, pero la experiencia, sobre todo si nosotros miramos lo que ha pasado con el clorhidrato de cocaína, en la medida que las fronteras se empiezan a cerrar y hay mejores mecanismos de control, empieza a haber otro tipo de sustancias. Esa droga que no puede pasar para el norte o que no puede llegar a Europa vía el norte, se queda. Tenemos en el cono sur, por supuesto, un fuerte de consumo de cocaína y pasta base. Tenemos puertos tanto por el Pacífico como por el Atlántico que, curiosamente, lo escáneres estaban mal y no funcionaban, de los escáneres para los cárteles hace como cinco años que nadie ha informado. El temor que tenemos es que en la medida que se empiecen a endurecer los controles en el norte eso también empiece a bajar.

Se sabe que hay un ingreso de fentanilo, siempre hay un desvío del uso médico, pero en este momento ese desvío del uso médico es una cantidad muy baja. Hay una producción muy fuerte que viene de China, hay otra producción que entra por México, ahí está la discusión de si se produce ahí o es de China, la que entra por México, pero nuestra preocupación es que nuestros países estén preparados.

¿Cómo salvar una vida?

- Llame al 911 de inmediato.
- Intente despertar a la persona.
- Dele a tomar naloxona, si dispone de esta.
- Comience con reanimación cardiorrespiratoria.
- Voltee a la persona de lado para evitar que se ahogue.
- Permanezca con la persona hasta que lleguen los servicios de emergencia.

Los **desafíos** con los que nos encontramos el día de hoy y sobre los cuales estamos trabajando son:

- Los reforzamientos de los Sistemas de Alerta Temprana, tanto a nivel nacional, y también estamos impulsando aquí a nivel local, en las comunidades, en los municipios, puede haber sistemas locales de alerta temprana.
- Aumentar los medios de los laboratorios para que ellos aumenten los trabajos de detección.
- Por supuesto que no es suficiente la cantidad de equipos de profesionales que hay en nuestros países para detección, no dan abasto.
- La formación y la capacitación es muy necesaria: No tenemos a nuestros profesionales formados y ahí es donde yo vengo a buscar recursos de acá para buscar personas que tengan mucha experiencia y que puedan ayudarnos a formar a los profesionales, a los médicos, a los que están en primera línea, ver el trabajo con Universidades porque, efectivamente, necesitamos formar en la detección, pero también en cómo podemos usar medicamentos, aparte de la naloxona, cómo se puede trabajar con el tema de reducción de daños.
- Mejorar el acceso a los programas de tratamiento.
- Tener centros de tratamiento: Estando atentos a quienes demandan atención por drogas sintéticas que son o serán los potenciales usuarios de NSP.
- Difusión de los riesgos, acceso a la información en especial en grupos determinados.

El otro tema importante es la **reducción de daños**, que en las Américas no ha sido como la reducción de daños acá, ya que la reducción de daños acá viene de la epidemia de los opioides. En cambio, en las Américas, como no habíamos tenido opioides, salvo en algunas regiones específicas, el trabajo de reducción de daños se ha hecho más bien para el otro tipo de droga, yo creo que con bastante poca evidencia y más bien fue un discurso político, sin menospreciar el trabajo que se hace. Ha habido poco desarrollo técnico en lo que tenía que ver con la reducción de daños. Nuestra región no está tan bien preparada para eso. Los centros de tratamiento tampoco.

Todavía estamos trabajando para, en la región de las Américas, que la oferta de servicios está más bien en la sociedad civil, esté más en los Estados. Los Estados no tienen tantos recursos disponibles. Hay mucha sociedad civil que, o recibe subsidio público, muy escaso, o son financiados por las familias o fundaciones de beneficencia vinculadas a las iglesias, etc., que dan el servicio. Por lo tanto, no necesariamente están articulados con la red de salud. Parte del trabajo que me toca hacer en los países es que estos servicios conversen con los servicios de salud y que se entienda que las personas que están en un programa de tratamiento son personas que tienen derecho a la atención de salud y que se las atienda, porque todavía hay mucha discriminación, exclusiones, estigma hacia las personas que consumen droga. Todavía se piensa que esto es un vicio, que no deja de consumir porque no quiere.

Todo ese trabajo hace que haya dificultad para acceder a la red de salud y por lo tanto nos está pillando bastante mal. En la sesión de Naciones Unidas en Viena, en marzo, Estados Unidos presentó una propuesta de resolución que fue aprobada, donde por primera vez se menciona las estrategias de reducción daño debido a los problemas con los opioides, por supuesto

el fentanilo en particular, y se acepta. Se aprueba una resolución, que todavía no tengo la redacción final como quedó porque, por supuesto, que en el debate y en las conversaciones los países empujaban hacia un lado o hacia otro, pero quedó en una resolución. Por lo tanto, significa que en las nuevas orientaciones y a la bajada más técnica se le va a tener que dar una relevancia y un campo de trabajo a todas las estrategias de reducción de daños.

El tema de **prevenir los riesgos** es muy importante. Las estrategias de prevención, probablemente, no son las habituales que conocemos y tenemos que hacer mucho énfasis en torno a la **comunicación de los riesgos** porque, efectivamente, una persona puede tener una sobredosis la primera vez que consume. No necesariamente es un problema, entre comillas, de consumidores habituales. La dosis letal es muy, muy baja. Es importante poder hacer bastante difusión de los riesgos y los daños.

Lo que dicen que muchos usuarios de NSP no llegan a tratamiento, porque desconocen lo que han tomado, porque a veces el consumo de una nueva sustancia psicoactiva se da en un contexto recreacional, en alguna fiesta electrónica, etc., o que consumen una nueva sustancia y no llegan a tiempo a ser atendidos y fallecen por intoxicaciones fatales.

Los retos para los equipos de reducción de la demanda de drogas son:

- Salas de emergencia: una persona con intoxicación por cualquier droga, puede serlo por NSP, ya que las drogas se adulteran con NSP, las que tienen efectos opioides suelen ser las más fatales.
- Estar atentos a las alertas y en lo posible participar de los SAT.
- Conocimiento de las NSP, sus efectos y sus riesgos.
- Disponibilidad de servicios de atención en emergencia.

Tenemos que conocer los servicios de emergencia, es súper importante que puedan tener un acceso rápido a pruebas de laboratorio para saber cómo actuar con una persona que está llegando con una sobredosis. Esa es, más menos, la realidad con la que nos encontramos hoy en día.

Cada vez hemos tenido conversaciones con distintos países del mundo, cada vez que hablamos con Europa nos miran diciendo no, eso de las NSP no va a llegar acá. Esto es una gringada y ojalá. Ojalá, espero que no, espero que no estemos en la vía de algo que va a ocurrir acá, porque efectivamente, cuando hubo la epidemia de heroína eso no se trasladó a las Américas con las dimensiones en que ocurrió acá. Ojalá sea lo mismo, pero en el en el momento actual donde nosotros tenemos muchos movimientos entre los diferentes continentes, tenemos mucha oferta, si no se puede vender allá, se va acá, o buscar otro sitio donde vender.

Yo tengo la impresión de que acá están mejor preparados. Puede que, los profesionales que les tocó trabajar fuertemente en la epidemia de la heroína ya no estén en el campo o se estén retirando. Es muy importante mantener esa formación, exigirla, promoverla, para que estemos preparados. Si no pasa nada, no pasa nada y seremos felices, pero la evidencia indica que eso, mientras haya un mercado que sea rentable, probablemente eso si puede ocurrir.

Le agradezco al Observatorio Interamericano de Drogas (OID) de la CICAD que me haya facilitado muchos de los datos para armar esta presentación. Por supuesto que hay muchos

más datos también disponibles que ustedes pueden encontrar en nuestra página web, además de información de nuestra organización:
https://www.oas.org/ext/es/principal/oea/nuestra-estructura/sg/ssm/cicad/Inicio

Creo que los desafíos que nos quedan son inmensos. Como digo, esto es una estrategia que se está implementando en Estados Unidos y en Canadá. En Canadá también tienen muchas muertes por sobredosis, no tantas como en Estados Unidos, pero sí con muchísimas, o sea, efectivamente esto afecta a nuestro hemisferio norte. Estamos haciendo lo mejor que se puede, en el mundo en general, pero yo puedo hablar por la región de las Américas. Tenemos una buena cantidad de profesionales, que los incentivos para trabajar en esta temática no son muchos, me imagino que acá también, pero definitivamente personas que están muy, muy comprometidas con su profesión.

Uno de los temores que teníamos y que, por supuesto, seguimos teniendo con la pandemia, es que se incrementaron los niveles de pobreza en la región. Tuvimos algunos webinars con Valencia, donde hablamos de eso y discutimos estos temas por ser un problema social grave.

Uno de los problemas grandes que se mantiene hoy en día, es que debido a la gran cantidad de colegios que suspendieron las clases, que sucedió en todo el mundo, pero que en la región de las Américas ha costado mucho que los niños vuelvan al colegio, que vuelvan a sus clases. Existe una alta dosis de deserción escolar, por lo que tenemos un factor de riesgo gigante para las conductas adictivas y, además, tenemos el incremento de la pobreza y la existencia de más exclusión escolar. Estos jóvenes, son presa fácil de las bandas del narcotráfico, que te dan dinero de manera fácil, bueno arriesgan su vida, pero es de manera fácil y rápida, seguramente mucho más de lo que en un trabajo tradicional se puede obtener y, como los niños son inimputables ante la ley, también hay un abuso de esas circunstancias en nuestra región.

Muchas gracias por vuestra atención.

Quedo disponible para preguntas.

OEA | CICAD

DEBATE

Moderadores:

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Dr. D. Antonio Vidal Infer

Preguntas: **Los asistentes**

Respuestas: **Dra. Jimena Kalawski**

Dr. Francisco J. Bueno

Muchísimas gracias a la doctora Jimena Kalawski por toda esta brillante y pormenorizada exposición de un tema muy importante y preocupante en América del Norte, pero que no sabemos si va o no a extenderse masivamente a Europa. Por lo que esta valiosa información, nos sirve para estar vigilantes. Excelente conferencia Jimena, muy útil para todos los asistentes a este Debate.

A partir de ahora, como siempre empezamos el Debate, con las preguntas, interpelaciones o comentarios al respecto.

¿Quién empieza?

Asistente

Yo quería preguntar, ¿Habéis detectado vosotros la presencia de nitazenos, estos nuevos opioides, en los decomisos o en los pacientes que demandan tratamiento?

Dra. Jimena Kalawski
Sí que se han detectado.

Como sabéis los nitazenos son un grupo de opioides sintéticos que han aparecido en los últimos años. Son análogos al clonitazeno y al etonitazeno. El isotonitazeno fue el primer nitazeno no sometido a fiscalización internacional notificado al Sistema de Alerta Temprana sobre Nuevas Sustancias Psicoactivas (SAT) de UNODC. Desde ese primer informe en 2019, el número de nitazenos notificados ha aumentado, pasando de una sustancia en 2019 a 13 nitazenos diferentes en 2023. Hasta febrero de 2024, se han notificado nitazenos procedentes de América del Norte, América del Sur, Asia, Europa y Oceanía.

Asistente 1
Pero, ¿no es un problema que tengáis emergente?

Dra. Jimena Kalawski

No. En este momento no está sonando. Son como esos informes de sustancias que van apareciendo, pero todavía no alcanza a ser un problema global. No sé en qué momento la detección se define como un problema, pero sí se han notificado.

¿Acá parece que también?

Asistente 1

Pasa lo mismo, sí que hay ciertas muertes en algunos países de Europa, pero tampoco está bien determinado. Yo no tengo la información, por eso te preguntaba.

Dr. Bartolomé Pérez

Hace ya unos meses nosotros pensábamos lo mismo y, de hecho, se ha realizado una declaración al respecto.

No hay presencia detectable de prácticamente nada, pero yo coincido en eso, que aparecerán NSP.

Estamos, como decía antes, en una situación de que puede estar mañana y ya la tenemos liada. Ahora mismo yo creo que está más en el marco de la prensa rosa, que viene siendo en nuestro campo la mayoría de lo que sale hoy, lo que sale mañana. Espérate, que llegue verano, ya sabes. Tenemos otros problemas más serios. Pero la realidad es que, yo creo, que están como sacando, probando introducirse en el mercado.

Dr. Antonio Vidal

Muy bien este inicio del Debate. Felicito igualmente a la Dra. Jimena Kalawski por su excelente conferencia.

Si queréis intervenir, os ruego que levantéis la mano, iremos dando el turno de palabras, se os estrega el micrófono y hablar alto, por favor, porque así se oye mucho mejor en la sala.

Además de preguntar a la doctora Kalawski, si lo deseáis, también pueden preguntar a los doctores Bartolomé Pérez Gálvez y Francisco-Jesús Bueno Cañigral, que ya saben que son grandes expertos.

Asistente 2

Gracias doctora Jimena Kalawski, ya le había escuchado varias veces a usted porque yo soy de Latinoamérica. Muchas gracias por los datos que nos ofrece.

Cuando se habla del fentanilo, ¿Hay alguna diferencia en relación con cómo se aborda, a nivel de protocolo con respecto a los opiáceos? Lo que veía ahí es que la diferencia es que, al ser más letal, lo importante es identificar que se está consumiendo para salvar las vidas de las personas, que es lo principal. Con lo que con menos dosis se pue tener una sobredosis y puede morir.

Pero una vez que se identifica, a nivel de prevención, a nivel de tratamiento, ¿Se necesita seguir el protocolo como con respecto a los opiáceos? Entiendo que engancha más este tipo de sustancias. Supongo que con el paso del tiempo también requiera un tratamiento mucho más intensivo.

En Ecuador lo que pasaba era que la gente está muy asustada porque en las noticias sale que ahora se está empezando a consumir fentanilo, allá lo que se consume es un componente de la heroína, que es lo más complejo que tenemos. El asunto es que este tema de la comunicación, de los medios de comunicación, exacerban mucho el tema.

No sé si es que hay algo más que se tenga que hacer en relación con este tema del fentanilo, que sea diferente al tema de opiáceos, ese es mi duda.

Dra. Jimena Kalawski

En Estados Unidos ya se cuenta con un protocolo. Por un lado, para el tratamiento médico, que yo diría que es similar, no igual, pero es similar a lo que hay que hacer con otros opiáceos desde el punto de vista médico en términos de fármacos. Con los opiáceos el trabajo con metadona y otros medicamentos.

Pero, definitivamente, la alarma o el foco está puesto en la prevención de las sobredosis. Son las muertes, está bien, pero tenemos personas que están enganchadas con los opiáceos y que requieren tratamiento. algo que nos ha costado, no solo con los programas que están en la sociedad civil, sino que incluso con los programas estatales, nos ha costado y por eso ponemos mucho énfasis en la formación, es el uso de metodologías y estrategias que tengan evidencia.

Tú puedes visitar un país y te vas a encontrar con un programa de tratamiento donde todavía se resisten a usar medicamentos de cualquier tipo. Está lo psicosocial, el trabajo con familia, la psicoterapia individual o grupal, la prevención de recaídas, etcétera. Por supuesto que hay que hacer eso, pero todavía encuentras a alguien que entra a un programa y que resulta que tiene epilepsia y el director del programa o el terapeuta X se le ocurrió que como los medicamentos son una droga, no debe tomar los medicamentos para la epilepsia. Hay otros que te dicen que mi enfoque es psicosocial, está bien, mi enfoque también es psicosocial, soy psicóloga, me dedico a eso.

Pero no se puede excluir el apoyo médico, con fármacos si es preciso, yo creo que si siempre es importante en el trabajo con una dependencia, más aún lo es el el tratamiento de los consumos de opiáceos.

Estamos haciendo un trabajo muy importante en Colombia, en Pereira, estuve hace diez días ahí y ellos tienen heroína. Hay una población de 900 personas. Personas desnutridas, inyectándose en basureros. Primera pregunta, acceso a la salud. Hay programas de intercambio jeringas, sí, pero las personas vienen, les entregan, o sea, les entregan las jeringas y la persona se lleva la jeringa, porque como además no hemos hablado de reducción de daño, cada uno hace lo que puede o lo que cree que es mejor. El alcalde me decía, es que a estas personas les entregan las jeringas, van y las venden en una farmacia. Y con esa plata ganada, compran y consumen. No quiero ni saber cuántas enfermedades hay en ese grupo. Yo realmente los vi y eran cadáveres andando, o sea, en los huesos.

El desafío que tenemos en la región de las Américas es inmenso. Yo a veces digo, ustedes no saben lo que tienen. Tienen un acceso a la atención de salud, un acceso a los fármacos cuando te prescriben, que eso realmente ya lo quisiera yo para alguno de los países de nuestra región. Formación falta mucha y yo creo que nos va a obligar, la epidemia de fentanilo nos va a obligar, aunque sea por pánico, aunque sea porque la prensa nos pone el tema ahí, a estar preparados. Recibimos una solicitud de Ecuador de la Comisión de Droga para que los ayudemos a desarrollar un protocolo de atención.

Asistente 2

Por esto lo comentaba, porque hay bastante susto en la población.

Dra. Jimena Kalawski

Por un lado, mal, porque sabemos que hay mucho de aprovechamiento de la prensa.

Hay dos cosas que me gustan a mí cuando la prensa genera estas alarmas, por un lado, porque ahí a veces es como una ventanita que uno tiene para volver a posicionar el tema, porque ya como a nadie le importaba, entonces uno vuelve a posicionar el tema y pueden lograr tener más financiamiento. Por otro lado, en la región de las Américas me gusta cuando hay cambios de gobierno porque en las Américas despiden a todos los profesionales y me quedan de consultores a mí que me queda fantástico porque son profesionales que tienen muy buena formación. Cuando hay cambio de Gobierno, yo voy buscando cuáles son los buenos profesionales para poder compartir sus experiencias con el resto de la región.

No es la idea, por supuesto, la idea sería que siguieran trabajando para cierta continuidad, pero es la realidad en algunos países.

Dr. Bartolomé Pérez

Me ha gustado la diferencia que has hecho de mortalidad y de lo otro.

Vuelvo a pensar en la historia, en el tiempo de la heroína. Entenderme lo que voy a decir, bendita heroína por los muertos que se llevó. Eso nos consiguió medios. Cuando cayeron los muertos ya no hubo medios porque la gente lo único que le preocupa es el problema que hay en la calle, no las personas que consumen drogas, no nos engañemos.

Una cosa es el tema mediático, que efectivamente lo único que está preocupando son los muertos. Evidentemente, al narco de mayor o menor pelaje no le interesa que haya muertos porque me quedo sin los clientes. Aquí el problema no es la mortalidad, como bien decía Jimena, el problema es toda la sordidez, toda la capacidad adictiva que tiene ese tipo de sustancias que son opiáceos. Esto no son las tonterías de los últimos años, y ese es el miedo de los que los que hemos visto la heroína, nos da cierto respetito.

Eso no quita que haya que desarrollar programas, aunque algunos de los dirigentes de algunos países que no voy a citar por respeto, confundan a la naloxona con la heroína. Alguno muy conocido que pide perdón por ahí. Es evidente que hay que hacer programas de naloxona. Acá, por ejemplo, no es que lo vayamos a hacer, vamos a hacer la disponibilidad.

La realidad es que los profesionales tenemos que ser conscientes de eso, o sea, la mortalidad nos va a abrir una ventana de oportunidad, muy triste y ojalá pase en otros países y no acá en los muertos. Evidentemente tenemos que ser conscientes que el problema no está en los muertos, sino en las decenas, centenas, los miles de personas que pueden quedar muy seriamente dañadas con esto. Si todas las sustancias son peligrosas, estas con más capacidad adictiva, son más peligrosas. Y repito, al narco no le interesa que haya muertos. Todo lo contrario.

En ese sentido, tenemos que volver a recuperar la metodología del tiempo de la heroína, pero de los últimos tiempos. No empecemos de cero. Si el día de mañana hay que volver a sacar encima de la mesa la heroína como tratamiento espero que no vuelva a tener que aguantar que me digan que soy un camello de bata blanca por si el día de mañana hay que hacer programas diferenciales donde el fentanilo, o lo que estén tomando, tengamos que sintetizarlo y dárselo a la persona. No tengamos los mismos errores que lamentablemente tuvo este país con la heroína tantos años.

Posiblemente, lo que podemos aportar en España al resto del mundo en esto es la experiencia que tenemos, el final de la experiencia cuando aprendimos a tortas. En ese sentido, lo que Jimena también comentaba, basándose en la evidencia. Buenas acciones tenemos todos, pero hay que tener ya claramente, con nuestra historia, qué tiene resultados a priori, que puede conseguirlo, que se basa en la evidencia y que no. Nos va a exigir un cambio de mentalidad porque es volver a otras circunstancias, el perfil que tenemos es bastante distinto. Ojo avizor, puede ser una ventana de oportunidad, aunque lamentablemente, como siempre, a fuerza de muertos, pero nos debe preocupar la extensión del problema cuando aparezca, si no, vale más la pena aquí que a uno le acusen de alarmista que a lo contrario.

Yo siempre valoro que una sustancia que llegó a tener una prevalencia en aquel momento del 0,5, o del 1 % de la población como cosa más elevada, el daño que ha hecho a esta ciudad. En términos de morbilidad o de mortalidad asociada a esa morbilidad. Creo que debemos aprender de la experiencia y decir, bueno, cuidado, esto no es una sustancia que difunde la prensa, como noticia, como novedad; no, esto es diferente y hay que tener cuidado con lo que viene.

Dr. Francisco J. Bueno

Te agradezco la aclaración Bartolomé.

Hay mucha gente joven que a lo peor no conoce el tema, que es muy sencillo. En su momento la epidemia de la heroína en España, no solamente eran los adictos a drogas por vía parenteral, que tenían una adicción a una sustancia, es que además tenían VIH, tenían sida, o tenían tuberculosis, tenían hepatitis, tenían enfermedades de trasmisión sexual, etc. Eso fue un boom no solamente en España, sino en otros países. La mortalidad inicial por adulteraciones, por sobredosis, etc., fue tremendo.

A lo que creo que se refiere Bartolomé, muy acertadamente, es que la adicción, las patologías concomitantes y sus secuelas, pusieron en la agenda política la epidemia por heroína y gracias a la alarma social que se generó, las administraciones pusieron fondos para que los profesionales pudieran hacer tratamientos y programas específicos.

Creo que no queda nadie vivo de aquellos Adictos a Drogas por Vía Parenteral (ADVP), pero tuvo de positivo que sirvieran para aprender mucho los profesionales y supieran lo que había que hacer y se hicieran buenos programas de reducción del daño.

Como sabéis, en Estados Unidos, por primera vez se han distribuido los famosos kits entre la población con la naloxona, para paliar de alguna forma la epidemia del fentanilo, como ha comentado Jimena.

Las preguntas que te hago son:

¿Tienes información de cómo ha ido este programa?

¿Qué tal la implantación, qué resultados ha tenido, están llegando los kits a muchos adictos, lo saben utilizar, han evitado muertes, etc.?

Me gustaría que comentarás este tema, para que lo conozcamos mejor.

Dra. Jimena Kalawski

No tengo el número a mano, pero efectivamente, hay datos de las muertes que se han prevenido porque han tenido un acceso rápido a la naloxona. Las que se registran, porque hay muchas que se atienden en la calle y que no necesariamente se registran, pero aquellas que son vinculadas a algún programa de grupos que trabajan en población de calle, programas de salud o programas de iglesia o de ONG, sí hay datos de la cantidad de personas que se han atendido. Lo mismo en los servicios de urgencia.

A ver, no se ha reducido el número de muertes, lamentablemente año tras año, en los últimos tres años, más o menos, se mantenían a 70000, pero no ha aumentado. Yo no podría decir si es a causa de la estrategia, porque siempre hay muchos factores que influyen, pero sí la percepción de la Comunidad, que ha sido muy positiva. Hay como un convencimiento de que hay que tener esto disponible, sobre todo los papás de adolescentes, como de no importa lo que tú opines, lo que tú pienses, debes tener esto porque le puede pasar a tu hijo, un amigo de tu hijo.

Es muy impresionante porque en los colegios que, habitualmente, a uno le piden la charla de drogas, que no sirve para prevenir, sirve para poner el tema sobre la mesa, para discutir, para que los papás se enteren más o menos lo que está pasando, que conozcan estas drogas. Pero ahora ya no es esa charla, sino que la charla es, mire, aquí está la naloxona, lo que les mostré, identifique esta sustancia nueva y si usted ve esta droga, atienda a su hijo, por ejemplo. Llame al 911, que para eso funciona muy bien. Atiéndalo, hágale reanimación cardio pulmonar, póngale la naloxona. Estamos de camino los del 911, llegamos en seguida y le ayudamos.

Sí, hay un registro, pero no lo tengo, de la cantidad de personas o de usuarios que han sido atendidos con esa metodología.

Dr. Bartolomé Pérez

Estaba mirando los datos del programa de Naciones Unidas.

Ahora parece que los gringos son muy lucidos. Los gringos simplemente han hecho lo que en el año 2016-2017 OMS y Naciones Unidas hicieron en varios países con unos resultados excepcionales, yo creo que 90,30 % de sobredosis o de mortalidad evitada. Esto es lo que han hecho, ha sido replicar ese estudio. Eso ya existía.

El problema está que Europa, curiosamente, no ha hecho caso y se hizo en Europa. Ellos han aplicado lo mismo. Yo creo que, en Estados Unidos, quizás, puede ser un poco más complejo el resultado. También es verdad que, poco antes de la pandemia, había imágenes de policía que la segunda dosis no la ponían porque era muy cara. Desde la mentalidad, digamos, de protección de ciudadanos no es la misma que tiene Europa, pero precisamente por eso en Europa sí se puede poner en marcha estos programas. Igual que tenemos un aparatito por

si nos da un infarto o lo que sea. Sobre todo, en sitios de proximidad, que es lo que dice en este programa, que es muy interesante, realmente los padres consumidores, el tendero de la esquina, o sea la gente que está en zonas que eso lo veía.

Además, hay países donde para llamar al SAMU es importante, pero va a tardar un ratito. La naloxona no va a disminuir mortalidad, nos interesa que disminuya la extensión del tema. Ahora, datos en esta Unión no sé, en Europa en el proyecto original los datos son espectaculares. Posiblemente sea la única vez que puede ser de verdad que un tratamiento de urgencia, un programa de un tratamiento de urgencia ha salvado vidas de verdad, es muy llamativo.

Asistente

Quería hablar de la situación en España.

Soy farmacéutica, padezco dolor crónico de hace treinta años y, finalmente, se me pautó Tramadol. El médico me dijo que me lo tomara de por vida. Yo creo que a veces ni te dicen los aspectos secundarios, yo porque ya lo sabía, me costó la vida deshabituarme.

Aquí en España la gente va de Tramadol hasta las cejas. Dolor de muelas, Tramadol, dolor de dedos, Tramadol. Sin saber los efectos secundarios.

¿Qué ocurre con el fentanilo? Los pacientes con fibromialgia están tomando fentanilo, no les quita el dolor. Médicos de cabecera prescriben fentanilo. ¿Por qué no prescriben analgésicos menores y van directamente al fentanilo y morfina? Yo creo que es un error. ¿Qué está pasando?

Dr. Francisco J. Bueno

Si me permites. Le pido a la doctora Lucía Hipólito que nos dé su opinión de experta, porque es un lujo tenerla aquí.

Adelante Lucía, por favor.

Dra. Lucía Hipólito

Muchas gracias, Francisco por darme la palabra.

Usted ha puesto sobre la mesa un problema actual que se está produciendo en España y al cual en muchos casos le estamos dando un poco la espalda. Esto lo voy a hilar también con algunas de las estrategias que la doctora Kalawski nos ha comentado.

Es evidente que falta una formación en adicciones al profesional de la salud, al profesional de la salud que va a tratar con pacientes con dolor crónico o con pacientes con trastornos de tipo afectivo negativo en el caso de las benzodiacepinas, etc. En las facultades, por lo menos en la Facultad de Farmacia, donde soy profesora, puedo decir que se dedica una hora u hora y media a hablar de adicciones durante los 300 créditos que tiene la carrera. No tengo ni idea en Medicina cuantas horas se dedicarán, porque no tengo el lujo de dar clase de Medicina, pero advierto que no será mucho más.

Eso, por una parte. Esto es un concepto importante a tener en cuenta porque el profesional que va a tratar el dolor crónico, en primera instancia, va a ser el profesional de Atención

Primaria y, una pequeña parte de esos pacientes va a ser derivada a las Unidades del Dolor, en las cuales puede estar hasta varios años esperando a que sea tratado en Unidades del Dolor.

Es cierto que los datos muestran que estamos aumentando el número de dosis diarias de fentanilo, de Tramadol y de otros opioides. Además, las investigaciones muestran que el hecho de padecer dolor no te quita, no te previene, de que tú no puedas desarrollar un trastorno de consumo de drogas. Es más, en los últimos datos que hemos obtenido en la Unidad de Dolor del Hospital General, hemos observado que la media de los pacientes tiene un puntaje en una escala que mide el mal uso de opioides, que indica riesgo de trastorno al consumo de drogas.

Con todo esto le doy la razón, hay que promover el uso racional de los medicamentos dentro de los contextos de indicación. No salirnos de los contextos de indicación. Hay muchas patologías en las que la evidencia muestra, como es el caso de la fibromialgia o un dolor de espalda, que los opioides a largo plazo no tienen ningún efecto. Y que, además, se aumenta el número de dosis, se aumenta la dosis al paciente tranquilamente sin hacer un control de la dosis, lo cual es imprescindible. Desde mi punto de vista, falta esa información a los pacientes y una formación más extensa sobre el tema a los estudiantes durante los cursos de Grado de Farmacia y de Medicina.

Dr. Francisco J. Bueno

Muchísimas gracias a la **Dra. Jimena Kalawski** por su extraordinaria conferencia y por sus respuestas en este Debate, que no solamente ha abordado un tema muy actual, sino que también es un tema que puede tener mucho recorrido en el futuro. Muchas gracias Jimena y sabes que en Valencia serás siempre bien acogida en tus visitas.

A los doctores **Antonio Vidal Infer, Bartolomé Pérez Gálvez** y a los ausentes **Juan Carlos Valderrama Zurián y Rafael Aleixandre Benavent**, a todos los profesionales de la UISYS, a todo el personal de Servicio de Adicciones de la Concejalía de Servicios Sociales muchísimas gracias por su excelente trabajo que habéis realizado.

Y a todas vosotras y vosotros por asistir y participar activamente en este Debate, muchísimas gracias. Os recuerdo que tenéis todas las publicaciones de los **Debates en Adicciones** en las páginas web del Ayuntamiento www.valencia.es/pmd y www.cendocbogani.org, para quien desee descargárselos en PDF.

En nombre de la concejala de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia, **Dña. Marta Torrado de Castro**, clausuramos este **Debate en Adicciones**.

Muchas gracias y buenas tardes.