

Segundo Foro Académico
Gestión de Riesgos
y Reducción de Daños:
Un desafío de las políticas públicas



Uruguay
Presidencia



**Junta Nacional
de Drogas**
Salud, Libertad y Solidaridad

Segundo Foro Académico Gestión de Riesgos y Reducción de Daños: Un desafío de las políticas públicas

Sala de Actos de Presidencia de la República
Montevideo, 2 de diciembre de 2021



Uruguay
Presidencia



**Junta Nacional
de Drogas**
Salud, Libertad y Solidaridad

Autoridades

Dr. Rodrigo Ferrés

Prosecretario de la Presidencia de la República, Presidente de la Junta Nacional de Drogas

Dr. Daniel Radío

Secretario General de la Junta Nacional de Drogas

Organización del evento

Área Formación - Secretaría Nacional de Drogas

Lic. Gustavo Misa, Psic. Ana Castro, Lic. Leticia Aszkinas, Lic. Diana Meerhoff.

Coordinación académica

Psic. Ana Castro

Moderador del foro

Lic. Alfonso Arocena

Maestra de ceremonias

Lic. Soledad Rodríguez

Comunicación y prensa - Secretaría Nacional de Drogas

Sr. Eduardo Cannizzo

Lic. Federico Montero

Sr. Leonardo Carugati

Coordinación de la publicación

Lic. Gustavo Misa

Sr. Eduardo Cannizzo

ÍNDICE

I.	PRESENTACIÓN	5
II.	APERTURA.....	7
	i. Dr. Rodrigo Ferrés.....	7
	ii. Dra. Carolina Ache.....	9
	iii. Dr. Leonardo Cipriani.....	13
	iv. Dr. Daniel Radío	17
III.	PONENCIAS.....	21
	i. Dr. Mauricio Roberto Campelo de Macedo, Brasil.....	21
	ii. Dr. Roberto Canay, Argentina.....	27
	iii. Dr. Ricardo Bernardi, Uruguay.	33
	iv. Dra. Raquel Peyraube, Uruguay.....	39
	v. Dr. Antonio Pascale, Uruguay.....	45
IV.	COMENTARIOS.....	51
	i. Dr. Javier Sánchez Arroyo, España.	51
	ii. Dr. Pablo Fielitz, Uruguay.....	59
	iii. Dr. Gabriel Eira, Uruguay.	63
	iv. T.S. Paula Goltzman, Argentina.	67
	v. Lic. Roberto Gallinal, Uruguay.	71

Los “Foros Académicos” implementados por la Junta Nacional de Drogas (JND) son una iniciativa de su secretario general, Dr. Daniel Radío, con el objetivo de profundizar el vínculo entre la producción académica y la elaboración de la política pública, promoviendo la generación de evidencia científica y su aplicación en el contexto de las políticas de drogas.

En este marco se invita a prestigiosos expertos de universidades nacionales y extranjeras a exponer sus conocimientos y puntos de vista sobre las problemáticas abordadas.

Los objetivos específicos de esta segunda instancia fueron:

- Problematizar acerca de la concepción de “Gestión de riesgos y reducción de daños” en el escenario actual, en el campo de políticas públicas asociadas a usos de drogas
- Difundir e intercambiar sobre la evidencia científica y fundamentos disponibles, en el abordaje integral de la temática desde el mencionado enfoque.

Las ponencias, comentarios y debates tuvieron como referencia las siguientes preguntas guía:

1. Reducción de riesgos y gestión de daños: ¿“paradigma”; “modelo interpretativo” como marco de intervención en política pública o “estrategia” de intervención? ¿Desde qué lugar se constituye en un abordaje adecuado de los problemas de salud pública referidos a consumos problemáticos de drogas?
2. Encuentros y desencuentros: Gestión de riesgos y reducción de daños y abstencionismo. ¿Qué evidencia científica o fundamentos se encuentran disponibles de cara a las distintas intervenciones?
3. Cambió el escenario.... ¿qué hacemos? Repensando la Gestión de riesgos y reducción de daños en la nuevas coyunturas mundiales y poblaciones sobre vulneradas por la pandemia.

II. MESA DE APERTURA

Dr. Rodrigo Ferrés

Prosecretario de la Presidencia de la República
Presidente de la Junta Nacional de Drogas

Buenos días, bienvenidos a la Presidencia de la República, es un gusto para nosotros dar la bienvenida en este segundo foro académico que organiza la Junta Nacional de Drogas. La importancia de este evento, entre otras cosas, radica en que estamos convencidos de que, para cuestiones complejas, como las que vamos a tratar en esta jornada, necesitamos ámbitos amplios y fecundos de conocimiento basados en la evidencia científica. En este sentido, es importante la promoción de diferentes aportes desde el ámbito académico, tanto nacional como internacional, ya que constituye una herramienta privilegiada para convocar la conjunción de las distintas perspectivas que enriquezcan y fortalezcan las políticas públicas y la eficacia de las respuestas en materia de adicciones.

En esta oportunidad, el foro abarca la temática de la gestión de riesgos y la reducción de daños, priorizando un enfoque pragmático, asumiendo el desafío de pensar en forma conjunta sobre los consumos de drogas y la problemática de la adicción, desde una perspectiva plural y muy fundamentada, sobre todo en lo científico. De esta forma, el gobierno entiende que se deben dar respuestas a problemáticas muy sentidas por la sociedad en su conjunto, las que deben contar con evidencia y fundamento. Elegimos de forma estratégica no centrarnos en lo que debería ser, sino en la realidad tal cual se nos presenta día a día; compleja, difícil, sensible, como lo que tiene que ver con el consumo de drogas. Con relación a este punto, proponemos una agenda de trabajo orientada a valorar en forma conjunta qué hacer una vez que la problemática se ha identificado, aproximarnos cada día de mejor forma a poder encontrar respuestas, y para ello consideramos que la academia es un actor estratégico y protagónico en este sentido. Asimismo, este foro propone trascender la mirada diagnóstica para instalarnos en el terreno fecundo, y en ocasiones hasta incómodo, de qué hacer con aquello que primero diagnosticamos, identificamos y caracterizamos. A eso los invitamos, a pensar en forma conjunta, a colaborar desde diferentes perspectivas, pero sobre todo a intercambiar, a dialogar, con base en el conocimiento científico, buscando ese diálogo con la realidad, tal como se nos presenta, de forma compleja, de forma

difusa, muchas veces desafiante. Un diálogo que termina siendo interdisciplinario, porque la problemática en la que tenemos que enfocarnos tiene muchas aristas.

Desde la Junta Nacional de Drogas, y sobre la base de la Estrategia Nacional de Drogas, proponemos, entonces, una mirada integral y científica de esta temática. Fundada en principios de derechos humanos, en principios de salud pública y desarrollo; todos pilares fundamentales de esta política. A nuestro juicio, necesitamos mayor conocimiento, mayor racionalidad, mejor sensibilidad, planificación y evaluación.

Por último, agradecemos profundamente la disposición de los prestigiosos panelistas y comentaristas que con su presencia y aporte van a garantizar, sin duda, el éxito de esta jornada. Muchas gracias.

Señor prosecretario de la Presidencia de la República, doctor Rodrigo Ferrés, señor presidente del directorio de ASSE, doctor Leonardo Cipriani, señor secretario general de la Junta Nacional de Drogas, doctor Daniel Radío; autoridades presentes, señoras y señores, muy buenos días para todos.

Hoy nos convoca el Foro Académico Gestión de Riesgos y Reducción de Daños: Un desafío de las políticas públicas, es un tema trascendente que está vinculado a la cuestión de las drogas, y es también una importante herramienta para mitigar los riesgos y los daños asociados al uso problemático de las drogas. Además, es una forma eficaz de construir puentes entre la cultura del usuario y los servicios o los dispositivos que abordan estas problemáticas. Para mí es un verdadero honor poder estar en esta jornada con tan calificados referentes académicos, que van a compartir su experiencia y su conocimiento, que sin duda son fundamentales a la hora de establecer y delinear políticas públicas.

En los últimos años el debate en cuanto a las drogas se ha extendido a gobiernos, a comunidades y a organizaciones gubernamentales, en particular a partir de nuevas concepciones que buscan promover una mirada basada en un abordaje más integral, que va más allá de una visión netamente sanitaria y represiva. Este es el enfoque que Uruguay ha sostenido en distintos foros internacionales tales como la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, el Mercosur o el mecanismo de cooperación Unión Europea, América Latina y el Caribe, priorizando una visión integral de las políticas de drogas con perspectiva de Derechos Humanos.

En esta línea, Uruguay ha promovido intercambios en todos los niveles. A nivel regional, este año se llevaron a cabo encuentros técnicos con distintos países de la región como Perú, Chile y Colombia. A nivel multilateral, en diciembre de 2020, se participó en el 64 período de sesiones de la Comisión de

Estupefacientes, de la que Uruguay es miembro hasta el 2023. Igualmente, se participó en la vigesimoséptima reunión especializada de autoridades de aplicación en materia de droga del Mercosur, y en la vigesimosegunda reunión de alto nivel en el marco de mecanismo de coordinación y cooperación en materia de drogas, CELAC-Unión Europea. Además, Uruguay contó con la participación, a través de su misión de participación permanente en Ginebra, en el Foro de Brandenburgo, concebido como un espacio de debate confidencial en temas de drogas y de derechos humanos.

Desde la Cancillería de la República se continúa promoviendo un diálogo abierto y dinámico con los diferentes Estados, agencias y organismos internacionales, así como también mediante la participación activa en los ámbitos tanto regionales, como mundiales. En esa línea y conjuntamente con la participación técnica de la Junta Nacional de Drogas, hemos liderado a nivel mundial la inclusión de la perspectiva de Derechos Humanos en asuntos de drogas, la regulación y el control del mercado del cannabis, y el debate sobre la aplicación de los resultados de las políticas de corte prohibicionista. Quiero destacar el trabajo realizado por la junta con relación a la elaboración de la Estrategia Nacional de Drogas para el período 2021-2025, fruto de un proceso de continua consulta y trabajo interinstitucional con diversos actores vinculados. Desde la cancillería en general nos toca coordinar, y hemos coordinado, en conjunto con la secretaría de la Junta Nacional de Drogas, las actividades en el marco del Programa Global CRIMJUST, fortalecimiento de la cooperación en materia de investigación y justicia penal a lo largo de las rutas del tráfico de drogas y Operación Azure, de la oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD). En este programa participaron funcionarios del Ministerio del Interior, Fiscalía General de la Nación y jueces del Poder Judicial.

En otro orden, quiero señalar, muy especialmente, la coordinación por parte de la Cancillería junto con las instituciones nacionales competentes de la incorporación de Uruguay a través del puerto de Montevideo en el Programa de Control de Contenedores de la ONUDD y la Organización Marítima Internacional. Con relación a la cooperación en materia de políticas públicas vinculadas a la regulación del cannabis con otros países, se destaca la firma de la Carta de Entendimiento entre la Junta Nacional de Drogas y Help Canadá, el 17 de noviembre de este año. En este ámbito, se ha promovido el intercambio entre expertos de ambos países, propiciando diversos intercambios en temáti-

cas de interés para el Uruguay, como la experiencia canadiense en el desarrollo del sistema de licenciamiento y seguimiento o tracking. Esto fue un pedido del Instituto de Regulación y Control del Cannabis.

El Estado uruguayo ha sido históricamente defensor del derecho internacional, principio fundamental de nuestra política exterior que también se extiende al tema de drogas, y en tal sentido el país posee una visión integral del derecho y de las obligaciones asumidas, no solo en el ámbito de las convenciones de Viena, sino también en el ámbito de la protección de los Derechos Humanos.

Uruguay sostiene que las convenciones internacionales resultan herramientas privilegiadas para encausar la acción común entre los Estados. No existe una sola realidad y por tanto tampoco existe una sola solución para los problemas vinculados con las drogas. Cambian las realidades en cada región y en cada país, por lo que creemos que no existe solamente una respuesta para cada problema. También es un firme defensor del multilateralismo, reafirmando el principio de que cada país es soberano para establecer sus propias políticas tendientes a mejorar la salud pública.

Quiero destacar un importante hito a nivel internacional, producido en diciembre del año pasado. En virtud de los cambios que comenzaron a generarse en la legislación de los distintos países la Comisión de Estupefacientes, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, aprobó la exclusión del cannabis y su resina de la lista 4 de la Convención de Estupefacientes de 1961, con 27 votos a favor, incluido el de Uruguay. La citada comisión abrió la puerta para el reconocimiento del potencial medicinal y terapéutico de esta droga. Esta nueva clasificación es un paso hacia la desestigmatización del uso de la marihuana, y sobre todo el reconocimiento de su potencial terapéutico.

Para finalizar, en el marco de la actual pandemia nosotros vamos a seguir favoreciendo el intercambio de conocimientos y experiencias estableciendo espacios de cooperación vinculados al abordaje y a la actuación de los diferentes actores regionales e internacionales en la temática. Quiero felicitar a la Junta Nacional de Drogas y a todos los participantes por dedicar este tiempo en algo que es tan importante como este intercambio. Les auguro una excelente jornada, con excelentes exposiciones. Muchísimas gracias.

Dr. Leonardo Cipriani

Presidente de la Administración de los
Servicios de Salud del Estado (ASSE)

Buenos días para todos, es un gusto poder integrar esta mesa como representante de ASSE. Me acompaña el doctor Pablo Fielitz, que es nuestro director de Salud Mental, y que está muy preocupado y ocupado con este tema, como lo está toda la institución. De hecho, propusimos un pedido del propio Presidente de la República, Luis Lacalle, tenemos que trabajar con el tema de adicciones.

¿Por qué tenemos que trabajar con el tema de adicciones? Por lo que genera y por el aumento en las personas con problemas de abuso de sustancias que ha habido en las últimas décadas, ni hablar que con este tiempo de pandemia, que hemos vivido, se pudo haber incrementado. Lo importante a tener en cuenta del por qué hay un aumento, nos interpela a todos nosotros, los que estamos acá, en tener que pensar en nuevas estrategias y nuevos abordajes para poder solucionar este problema. Es obvio que el problema a nivel de salud y de salud pública, que esto genera, es muy grande, pero también genera problemas sociales, intrafamiliares, nos trae problemas a todo el Uruguay en conjunto.

ASSE es un socio fundamental de la Red Nacional de Atención de Drogas, porque atendemos al 43 % de la población y estamos distribuidos en todo el país con más de 900 puntos de atención. Apostando en ASSE, y apoyándonos en el medio privado, porque esto no es solo de una institución, sino que como parte del sistema podemos lograr, si logramos los recursos, mayor accesibilidad de la población a consultar.

En la institución tenemos centros de desintoxicación en casi todos los hospitales generales grandes, y estamos aumentando. En Montevideo en el Portal Amarillo, ya comenzamos una serie de obras en las que pensamos agregar unas 18 camas para desintoxicar. También tenemos dispositivos residenciales, contamos con 35 camas en el Portal Amarillo, 20 camas en El Jagüel, 17 camas en Casa Abierta en Artigas, la que estuvimos recorriendo hace poco. También contamos con convenios con privados, como es el caso de Izcali con convenio por 17 ca-

mas que lo llevamos a 22, y tenemos con el Mides un trabajo en conjunto para poder abrir dos centros diurnos; uno para pacientes con consumo de sustancias, y otro para pacientes con alcoholismo, que estamos ahora en la espera de que se destranquen unos llamados de psicólogos, pero esto tenemos que tratar de solucionarlo rápidamente porque son temas urgentes. Además, trabajamos a nivel ambulatorio con los dispositivos Ciudadela y con nuestros equipos de salud mental, en actividad individual y también con tareas grupales.

Nos falta mucho y de todo, somos conscientes de que las camas para desintoxicación las tenemos que aumentar, que tenemos que incrementar los dispositivos residenciales, y es ahí que estamos proyectando oportunidades que el Estado brinda como, por ejemplo, las colonias. Por la propia Ley de Salud Mental estas van a ir desapareciendo, y de hecho esto ya está ocurriendo. Nosotros cada vez estamos bajando más el número de pacientes, cuando ingresamos teníamos unos 610, y ahora estamos con alrededor de 500 o un poquito menos. Uno recorre las colonias y no es esa imagen espantosa que a veces la población suele tener, sino que nos encontramos con un centro con un espacio muy grande, tenemos 300 hectáreas en un lugar con un índice CONEAT muy alto (en la cual podemos comenzar a vender predios, ya estamos trabajando en eso), para trabajar sobre las propias colonias, para empezarlas a reconstruir, y uno de los objetivos puede ser empezar a trabajar en lugares de residencia para pacientes con consumo de drogas.

Somos conscientes de que solo desde la salud no se puede afrontar este problema, esto es algo interdisciplinario, y el Estado tiene muchísimas estructuras y muchísimos recursos, que si nos organizamos bien se pueden hacer muchísimas cosas. Tenemos que trabajar con el Codicen, con la gente de la educación, porque una vez que un paciente de éstos se rehabilita hay que reformarlo. Tenemos que trabajar con el Mides, estamos trabajando con ellos, y sin temor de no entrar en temas de laicidad, pero se tendría que pensar hasta con organizaciones que aumenten la espiritualidad de las personas para que la gente se proyecte hacia un futuro con esperanza. Si nos organizamos, y con los recursos que tenemos creo que podemos hacer mucha cosa.

En ASSE hoy en día tenemos un problema, logramos en el presupuesto nacional, presupuesto para trabajar en salud mental, y nos pasa ahora que nos cuesta conseguir los recursos humanos. Tenemos para 126 cargos con funciones de alta

dedicación para psiquiatras, por ejemplo, y no se consiguen. Estamos pagando 1300 pesos por hora, igual que en un medio privado. A su vez, en el presupuesto nacional, nosotros trabajamos con el escalafón J que nos permite educación para poder contratar a los operadores terapéuticos que nos ayuden en esto.

El desafío es grande, pero estamos convencidos de que, con el apoyo entero del Estado, tenemos que trabajar para el cese de consumo de sustancias de nuestros pacientes, pero también en tratar de disminuir el riesgo, para entrar a compensar a ese paciente y después seguir trabajando, poder pesquisarlo, que se entusiasme y de esa manera nosotros poder convencer para poder seguir trabajando en este tema.

Desde ASSE, tanto para la JND, como para todo el resto de los organismos, les queremos decir que tienen una institución de puertas abiertas, y que estamos preocupados y ocupados en el tema. Muchas gracias por la invitación.

Señor prosecretario, señora subsecretaria, señor presidente de ASSE, quiero decirles que me siento muy honrado de compartir la mesa con ustedes y quiero agradecerles a todos los que han aceptado la invitación a participar, ya sea de manera presencial o vía telemática, particularmente a los académicos que han sido convocados y que han aceptado la invitación de quienes nosotros tenemos mucho para aprender.

En esta jornada vamos a estar hablando de cosas vinculadas con el uso problemático de drogas. Las sustancias, contrariamente a lo que se cree, no son lo importante. Llevamos mucho tiempo dedicados a luchar contra las drogas sin advertir que las sustancias no son el problema. Llevamos un siglo de prohibicionismo, un siglo repitiendo el mensaje de “no consumas drogas”, de todas las formas posibles. Se las ha ilegalizado, y constantemente en todo el mundo se inician campañas para erradicar el consumo de drogas. Un siglo de campañas en todos los medios de comunicación y ahora, además, en las redes sociales, a través de conferencias motivacionales de personas más o menos famosas que han logrado salir del uso problemático a través de la abstinencia. Constantemente se repite el mensaje: “no tomes drogas, jamás las pruebes, las drogas son malas...”. Además, llevamos un siglo invirtiendo mucho tiempo y dinero, mucho dinero, muchos millones para combatir la oferta de drogas, procurando eliminar la producción, la distribución, la comercialización, dificultando lo más posible el acceso. Esta estrategia no parece haber funcionado demasiado bien. Los problemas ni siquiera han disminuido, y en este último siglo, coincidente con esta estrategia de combate, se han creado nuevos problemas que antes no existían.

Parece que no queremos tomar nota de que el asunto es que hay y habrá demanda. Y que mientras haya demanda, habrá oferta. Y que cuanto más difícil sea el acceso, más altos serán los precios, como indican las reglas más elementales del mercado y, por lo tanto, más apetitoso será el negocio para los narcotraficantes que no escatimaran esfuerzos ni sacrificios humanos para lograr sus objetivos. Deberíamos asumir, de una vez por todas, que no podemos

acabar con el consumo de drogas de la humanidad. Un mundo sin drogas no existió nunca y no existirá jamás. Las drogas están allí y son uno de los riesgos con los que habremos de convivir. Podremos no relacionarnos o podremos vincularnos mejor o peor con ellas, indistinto a lo largo del tiempo podemos aprender y también podemos caer en un pozo sin fondo de esos de soledad y de depresión. La realidad es que hay gente que usa drogas legales o ilegales. Es algo que sucede, está pasando y seguirá pasando. Hay gente que consume sustancias y que consigue experiencias placenteras y hasta, en algunos casos, espirituales; gente que consume sustancias de manera medida, ordenada, hasta podríamos decir responsable, pero también hay usos problemáticos. Y estos no se interrumpen por la voluntad de los integrantes de un equipo de salud, por más que estos sean enérgicos, y aunque transmitan un mensaje cargado de componentes morales. Estamos frente a una persona, y frente a esa persona que ha desarrollado una necesidad indispensable de consumir una droga, y no quiere o no puede dejarla ¿qué hacemos?, ¿la damos por perdida?, ¿cerramos los ojos y pretendemos que no existe? ¿Vamos a sostener que en realidad todos son susceptibles de compartir nuestra concepción teórica y de asumir nuestro plan terapéutico y que todos pueden y por lo tanto deben hacerse cargo de que ya no tienen que consumir nunca más porque nosotros les explicamos que les hace daño?, no, definitivamente, no. La verdad es que no. La verdad es que hay personas que no pueden salir de ese consumo o que no desean hacerlo y que, además, en lo posible, no lo van a hacer en el futuro, pero que igualmente, lo mismo que el que aquel que decidió que ya no va a consumir nunca más, necesita que se le cuide. Es por eso que como comunidad tenemos el deber de diseñar intervenciones sociosanitarias para trabajar sobre los factores de riesgo y sobre los factores de protección, procurando mitigar las consecuencias de los efectos, tanto de orden físico y psicológico, como de orden emocional, el hecho de sentirse disminuido, excluido, prestar atención cuando hay un trabajo para cuidar, cuidar las características del relacionamiento y de la convivencia. Se necesitan, además, acciones dirigidas a los referentes socioafectivos y particularmente a su familia, que puede llegar a tener un rol fundamental y central en el acompañamiento en el camino de retorno. No es verdad que estas personas no están interesadas en cuidarse aún cuando no quieran o no puedan abandonar su consumo. No es verdad que necesitan tocar fondo para que resurja en ellas el interés de no seguir cayendo. No es verdad.

En primer lugar, es preciso no juzgar, sabiendo que detrás de cada persona que tiene un consumo problemático hay una historia de vida, no solamente individual, hay una historia de vida familiar y social que muchas veces está en la base de su vínculo inadecuado con una sustancia o con otra cosa. Mientras estamos pensando en estrategias que están por encima de su voluntad, deberíamos tener en cuenta que es imprescindible un trato respetuoso, digno, humano, sensible, oportuno, que genere confianza y que tenga como norte cualquier caso, con o sin uso de sustancias, la inclusión a formar parte. Estoy seguro de que esta actividad nos puede llevar a encontrar algunas respuestas. No se trata de teoría, se trata de personas con nombre y apellido, de carne y hueso, que aún sin saberlo esperan por esas respuestas. Entonces, en lugar de cerrar los ojos habría que abrirlos. En lugar de buscar la forma de alejarlos de las sustancias, deberíamos estar preguntándonos hacia dónde tenemos que virar esta estrategia que vinimos desarrollando hace un siglo para no seguir teniendo los mismos resultados. ¿Cuáles son las inversiones que debemos realizar como sociedad? De recursos económicos, sí, por supuesto, pero sobre todo de inteligencia, de neuronas, de tiempo, de iglesias, de puentes, de poemas, de plazas, de parques, de espíritu, de lo que sea. ¿Cómo hacer para que esa persona recupere esa cuestión de reconocer en el mundo un lugar valioso? Porque en la misma medida que reconoce un lugar valioso, empieza a relacionarse de otra manera y empieza a rescatarse de la cultura de la instantaneidad, y eso implica la posibilidad de proyectarse, de reconstruir la esperanza, que es lo que a mí me parece que en algún momento se quiebra.

Tenemos que seguir buscando las respuestas, yo estoy seguro de que esta actividad nos puede ayudar a encontrarlas, pero me parece que antes sería un gran paso aprender a formularnos las preguntas. Muchas gracias, y vamos a escuchar a los que saben.

Dr. Mauricio Roberto Campelo de Macedo Brasil

Doctor en Medicina, máster en Medicina Social, doctor en Salud Pública, profesor titular del Departamento de Salud Colectiva y Coordinador del Observatorio de Salud Mental de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte.

Buenos días a todos y a todas, en primer lugar, quisiera agradecer a la Junta Nacional de Drogas de Uruguay, por invitarme a participar en este seminario. Es un placer para mí contribuir de alguna manera a este hermoso país donde he hecho varios amigos.

La idea de gestión de riesgos y reducción de daños surgió en un contexto de dudas y cuestionamientos sobre la efectividad del carácter eminentemente represivo, de prohibicionismo, dominante en las políticas públicas. Mientras que en el prohibicionismo el centro de la preocupación son las drogas que causan daños a las personas y necesitan ser combatidas, en la reducción de daños el centro se convierte en el sujeto, la persona humana que tiene una biografía, una subjetividad, una familia, un trabajo, una cultura y una vulnerabilidad. El concepto de vulnerabilidad expresa como los individuos en una sociedad compleja están expuestos a muchos prejuicios sociales con diferentes niveles de intensidad en el espacio y en el tiempo, y que requieren una mirada más amplia que integre las diferentes dimensiones de esta condición. Para Beck vivir en la modernidad tardía es estar sujeto a riesgos constantes, esta es la vida normal y esta es una de las vulnerabilidades que está asociada con esta normalidad. Así, la perspectiva de la gestión de riesgos y reducción de daños apunta a la necesidad de contextualizar, siempre, el uso problemático de drogas en cada situación concreta, en diferentes territorios y escenarios históricos, para comprender el significado que puede tener en cada sociedad.

La noción de gestión del riesgo se asocia a la visión epidemiológica de pensar los problemas de salud desde una perspectiva probabilística, pero también contingente, que puede inferir posibilidades de acción para prevenir o mini-

mizar los daños a la salud de las personas. Este conocimiento es muy útil para planificar y formular políticas públicas, pero señalamos que una probabilidad no es una certeza, sino un indicador de posibilidades. Estos indicadores de riesgo siempre deben ser validados mediante análisis cualitativos de la situación, especialmente cuando se trata de fenómenos de gran complejidad como es el caso del consumo problemático de drogas. Esos análisis deben incorporar lo contingente, del orden del contexto social, cultural, familiar, del territorio existencial, lo que no se puede medir, que es parte de las circunstancias, lo inesperado, dejando siempre un lugar en la realidad a las incertidumbres. Adoptar una visión bio, pero ingenua del análisis epidemiológico sin ahondar en los conceptos contingentes, significa tomar el riesgo de intervenir en la vida de los individuos o grupos sociales a partir de una probabilidad que puede no manifestarse concretamente en un individuo o un grupo. Esto podría contribuir al surgimiento de estigma y de exclusión social.

A su vez, la reducción de daños surge como prácticas de estrategias desarrolladas en espacios territoriales locales a partir de proyectos aislados, de prescripción sustitutiva de medicamentos más leves, de cambios o distribución de insumos, entre otras acciones para minimizar el daño a la salud sin requerir la abstinencia. Pero progresivamente se empieza a resignificar en diferentes contextos y se va transformando en una perspectiva de salud pública a través de diferentes prácticas y estrategias.

A partir de las décadas de 1970 y 1980 las prácticas de reducción de riesgos y daños comenzaron a ganar más fuerza con la introducción de la idea de riesgo aceptable y riesgo inaceptable, y la asociación con el riesgo de que los consumidores de drogas intravenosas contraigan enfermedades transmisibles como hepatitis y SIDA. La reducción de riesgos, entonces, se integra a la gestión de riesgo y se convierte en una política pública amplia e intersectorial, también orientada a desarrollar estrategias para reducir el sufrimiento individual subjetivo, promover la calidad de vida y tomar a los socialmente invisibles.

Los primeros enfoques siguen siendo importantes y se sitúan en el contexto micropolítico con acciones preventivas y de educación sanitaria. Mientras que el enfoque colectivo es parte de una macropolítica de Estado con acciones más estructuradas que no se limitan a la acción del sector salud, sino a una perspectiva de largo plazo.

Estas políticas ancladas en la reducción de daños no tienen sentido si no se definen con base a los territorios y sus situaciones concretas, y se integran en estos territorios con otras políticas públicas como las de educación, vivienda, transporte, generación de ingresos, cultura, seguridad pública, entre otros.

Es en el universo concreto de los territorios, donde los proyectos individuales y colectivos cobran vida, y se realizan las posibilidades de cambio. Se trata, por lo tanto, de actuaciones integradas de gran complejidad, que no requieren de un gran esfuerzo de actuación por parte de las entidades públicas. El sujeto, el contexto de consumo y las características de cada sustancia deben ser consideradas en una perspectiva integral y dinámica.

Es un cambio de mirada, desde una perspectiva que solo percibe a la enfermedad y la infraccionalidad, hacia una nueva mirada que va hacia percibir la problemática valorando el sufrimiento del sujeto, el contexto social y económico, político, cultural, los derechos humanos de la ciudadanía que el Estado debe garantizar. Es decir, se trata de una epistemología de la complejidad... que integra saberes y prácticas diversas, transdisciplinarias, intersectoriales, y que sustituyen la causalidad lineal y buscan dar respuestas complejas a un problema muy complejo.

El objetivo ya no es exclusivamente la abstinencia, que se convierte en una de las posibles soluciones. En este caso, los objetivos se evalúan, se negocian, se reevalúan dentro de un proyecto terapéutico. Lo que se espera es que la realización del potencial de autonomía de cada persona que sufre del consumo problemático de drogas, basada en una ética de solidaridad, la aceptación de las vulnerabilidades, la reducción del sufrimiento y el respeto a los derechos humanos de cada sujeto.

Tomando el ejemplo de Brasil, que me es familiar, se crearon dispositivos de asistencia específica dentro del sector salud para el tratamiento de problemas derivados del consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas. Los centros de atención psicosociales de alcohol y drogas, llamados CAPES, y se adoptaron también estrategias de reducción de daños integradas a las redes de atención psicosocial, las RAPS de nuestro sistema único de salud. Estas redes tienen como principal puerta de entrada la atención primaria de salud, y existen líneas de cuidados que asegura el flujo de estos usuarios en el sistema, para garantizar una atención integral en todos los niveles de complejidad.

Cuando el individuo presenta problemas derivados del consumo de drogas, que trasciende la capacidad de atención clínica de la atención primaria de salud, se le deriva al centro CAPES más cercano a su territorio. Por lo tanto, la reducción de daños es parte de una clínica ampliada, adquiriendo un nuevo significado dentro del sistema de salud pública.

En este sentido, adquiere el significado de una práctica que articula el proyecto terapéutico singular de los usuarios con el proyecto terapéutico de los dispositivos de cuidado. En este contexto, la población que vive en la calle es identificada como la más vulnerable, exigiendo políticas específicas para garantizar su dignidad y aceptar su sufrimiento.

Ante las dificultades de acceso de esta población a los servicios de dispositivos asistenciales del sistema de salud, se crearon consultorios de calle, para brindar atención y acciones para reducir los daños en los territorios. Consiste en dispositivos móviles que llevan los dispositivos de las unidades de salud y familia a los principales escenarios de uso identificados en las ciudades, para tratar de abordar, identificar y acoger el sufrimiento de las personas, además de buscarles respuestas más inmediatas e intentar que estas personas se adhieran a ellas

Como nos dice Antonio Nery Filho, la reducción de daños en este caso adquiere también el significado de una oportunidad de encuentro entre profesionales y usuarios de alcohol y de otras drogas, que viven en la calle, de reconocimiento mutuo, de un diálogo que permita a estas personas llenar, aunque sea profesionalmente, un vacío. La búsqueda de la droga por parte del sujeto vulnerable puede ser vista como una estrategia desesperada para reducir el sufrimiento que, eventualmente, tiene un final trágico y que debe ser acogido. Además, me gustaría referirme a varias experiencias brasileras de reducción de riesgos y daños como, por ejemplo, la política pública dirigida al bienestar y la dignidad de las personas en condiciones de vulnerabilidad para responder a los problemas de la población sin hogar en un territorio. Como es el caso del Programa Brazos Abiertos en el municipio de San Pablo. El Programa Actitud, y tantos otros que desarrollaron estrategias entre las cuales destaco la oferta de vivienda mediante alquiler social, empleo en servicios integrales de salud sin requerir de abstinencia. Esa sería una forma de gestionar el uso problemático de drogas en el marco de cuestiones más amplias que son constitutivas de la

exclusión social de esta población que necesita sobre todo apropiarse de su vida con autonomía y autoridad.

Finalmente, nos enfrentamos a la cuestión del rol del Estado con relación a la atención de las drogas que plantea el uso problemático de sustancias psicoactivas y los desafíos para la formulación de políticas públicas que den respuesta a la problemática social que ha planteado el consumo. Primero, entiendo el desafío de la complejidad. El problema de las drogas se niega a reducirse a una cuestión restringida a los conocimientos de la práctica de una profesión de un sector o incluso un solo tipo de disciplina científica. Es un problema típico que requiere de la integración de conocimientos, de prácticas y de profesiones, y de diferentes sectores del Estado.

En resumen, la transdisciplinariedad, la multidisciplinariedad, la intersectorialidad, una integración de esfuerzos que es más fácil de gestionar. La propia fragmentación del conocimiento científico, de la máquina administrativa del Estado, las representaciones sociales sobre el problema, nos pone frente al desafío de la integración para atender las demandas de la complejidad.

En segundo lugar, destaco dos grandes desafíos que están estrechamente entrelazados: el desafío del cuidado y el desafío de la formación. Teniendo en cuenta la complejidad del problema, es necesario trazar un diseño organizacional e institucional que permita la prestación de una atención adecuada en los territorios, dentro de una red de atención que garantice la integridad y fluidez de los usuarios dentro de ella, respondiendo a sus necesidades. A nivel de planificación y programación local, se deben identificar las vulnerabilidades de los vulnerados de los distintos sectores, y en cada punto de la red se necesita un profesional con la formación adecuada para desarrollar una atención con calidad, con eficacia y respeto a los derechos humanos.

En estos términos, además de las redes de atención de los sistemas de salud, es necesario la formación a través de cursos, de capacitaciones, dirigidos a profesionales de los distintos sectores involucrados con la problemática; médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud, pero también docentes, profesionales en el ámbito de la justicia y la seguridad pública, líderes comunitarios, entre otros agentes sociales involucrados. El mismo encuentro entre esta diversidad de actores en estos cursos, puede servir como catalizador para soluciones innovadoras y la adhesión de

formas de tratar más eficientes las relaciones humanas. Por ejemplo, en Brasil tenemos un curso que trataba de las cuestiones de esta forma, integrada con todos los agentes.

Además, tenemos el desafío de la sustentabilidad que necesita una reflexión del papel del Estado con relación al problema social que plantean las drogas, que se vuelve más complejo al organizar la intervención independientemente de cada gobierno, las coaliciones políticas en el foco, los distintos colores políticos ideológicos. La experiencia internacional nos muestra una tendencia que se ha seguido en el marco de un proceso civilizador, incluso conviviendo con políticas prohibicionistas en mayor o menos medida, la gestión de riesgos y daños se viene imponiendo como política de Estado, que trasciende las políticas gubernamentales.

Finalmente, destaco el desafío del cambio cultural, rompiendo con los prejuicios establecido y presentes.

Uruguay es un país pequeño que ha dado grandes ejemplos para el Cono Sur. Creo que este seminario es una oportunidad para encontrarnos en diálogo que pueda resultar en la promoción de un pacto que trascienda de las diferencias y consolide una política pública sólida guiada por la gestión de riesgos y reducción de daños, como política que moviliza la solidaridad, el deseo de libertad, democracia, circulación de afectos. Muchas gracias.

Dr. Roberto Canay Argentina

Doctor en Psicología, magíster en Salud Mental, especialista en tratamiento comunitario, director del Capítulo de la Red Nacional de Adicciones de Argentina y director del Instituto de Investigación y Capacitación Forum Vitae de la Obra Social Ferroviaria OSFET, consultor de organismos gubernamentales, no gubernamentales y organismos internacionales. Es docente titular de grado y posgrado en universidades de Argentina, España y Uruguay. Entre el 2015 y el 2019 fue subsecretario de Prevención y de Tratamiento de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (Sedronar), de Argentina. Anteriormente, fue director del Observatorio de Adicciones del gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires e investigador del Programa de Epidemiología Psiquiatra del CONASEV. Miembro del Comité Científico de la revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina y de la revista científica europea Addictology.

Agradezco a la Secretaría Nacional de Drogas por la invitación y felicitarlos por esta iniciativa e intercambio tan necesario. Hablando de reducción de riesgos y daños, creo que es importante situarnos en que esto tiene que ver con una óptica de salud pública. Hablar de reducción de riesgos y daños es hablar de salud pública y, sobre este enfoque, lo que hacen las políticas públicas sobre drogas. Realmente el hecho de un documento como el de UNGASS 2016 marca un precedente fundamental porque, entre otras cosas, habla de equilibrio entre la oferta y la demanda, del enfoque de derechos humanos, perspectiva de género, y como decía el tema de que el abordaje debe ser desde la salud pública.

Sobre esto quiero destacar algo que es sobre cómo ha evolucionado en el tiempo el concepto de reducción de riesgos, y las estrategias y abordajes de la reducción de riesgos y daños. Ha habido una evolución en el tiempo, pero cuando se llega acá es importante saber que a este documento del 2016 se llega a través de un consenso. Para llegar a él se discutió mucho. Hay que destacar que fue una iniciativa de países de Latinoamérica y se llegó a un consenso de los 193 países miembro de las Naciones Unidas. Esto no se discute, porque hay un consenso de

193 países y que llevó mucha discusión, este es un piso básico. Sobre esto hay un acuerdo y a partir de aquí podemos comenzar a hablar.

Cuando hablamos de reducción de riesgos y daños lo pensamos desde una perspectiva de salud pública y ¿qué abarca un enfoque de salud pública en las drogas? Lo que tiene que ver con la prevención primaria, la reducción de riesgos, la rehabilitación, la asistencia.

Como vemos, el enfoque de salud pública contempla siempre todo lo que tiene que ver con reducción de riesgos y daños. Sobre todo, porque cuando hablamos de salud pública también hablamos de un aspecto demográfico, el responsable de un sector de salud es responsable de toda esa población. En esa población siempre tenemos una diversidad inmensa de diferentes situaciones, complejidades, contextos, niveles de severidad de la problemática. Como responsables de salud pública o de una política pública sobre la temática de drogas, hay que contemplar toda esa complejidad y toda esa diversidad.

Estos son los preceptos fundamentales de la salud pública que debe cumplir la política de drogas. Como vemos hay muchas que tienen que ver y que están vinculadas con el enfoque y con las estrategias de reducción de riesgos y daños, por ejemplo, si hablamos de enfoques centrados en las personas y de derechos humanos, desde las estrategias de reducción de riesgos y daños se acerca y respeta que las personas que consumen sustancias psicoactivas no pueden o no quieren dejar de consumir en determinados momentos. En muchos casos el abuso de sustancias permite controlar y hacer frente a determinadas problemáticas psicopatológicas y esto se considera especialmente, y sobre esto hay mucho publicado en revistas científicas, para trastornos de ánimo y afectivos. Si uno está llevando adelante un tratamiento, no se le puede exigir a la persona que abandone el mecanismo principal de soporte, como una condición para acceder a la primera etapa del tratamiento, porque esto puede generar una crisis psiquiátrica, psicológica y, generalmente, esas acciones generan altas tasas de abandono.

Entonces, en estas situaciones la abstinencia debería ser un objetivo secundario, a largo plazo, iniciado con cautela y con el consentimiento de la persona que está en tratamiento.

El tema de determinantes sociales, económicos y ambientales tiene que ver con las estrategias de reducción de riesgos y daños que muchas veces en los

consumos funcionan como soporte a situaciones críticas, el doctor mencionó el ejemplo de las personas en situación de calle, determinados consumos uno los entiende entendiéndolo ese contexto. Por eso muchas veces se plantea y se propone que las políticas no pueden ser independientes de contemplar estos contextos o estas situaciones sociocomunitarias.

El tema de la equidad. Cuando los servicios de reducción de riesgos y daños no son una opción, un consumidor problemático que no está preparado o no quiere dejar de consumir, no tiene opciones de tratamiento, y eso va en contra de la equidad. Entonces, creo que muchos de estos puntos que tienen que ver con la salud pública, se corresponden entonces con lo que tiene que ver específicamente con estrategias de reducción de riesgos y daños. Estos son elementos esenciales de la salud pública en una política integrada sobre drogas, reducción del consumo, reducción de la vulnerabilidad de riesgos, tratamiento y atención de los daños, acceso a medicamentos controlados. Claramente, lo que quiero destacar es que al hablar de reducción de riesgos y daños estamos hablando dentro del enfoque de salud pública, y este enfoque es algo, hoy en día, altamente consensuado por todos los países que firmaron el documento de UNGASS y, por lo tanto, creo que es un tema que a esta altura ya no está en discusión.

Sí queda mucho por implementar, pero no queda lugar a la discusión sobre esa afirmación.

Entonces, ¿qué es la reducción de riesgos y daños? Las políticas de reducción del riesgo se definen como las políticas o programas que se basan en la prevención de riesgo o daño causado por el alcohol u otro uso de drogas, y las estrategias de la reducción de riesgos presentan algunas ventajas en la medida que los comportamientos de riesgos son generalmente más inmediatos y fáciles de medir que los comportamientos que producen daños. Las políticas y los programas de reducción de daños, por otro lado, se centran, directamente, en la reducción del daño causado por el consumo de alcohol y de otras drogas para el individuo y la comunidad. El término se utiliza principalmente aplicado a las políticas y los programas destinados a reducir el daño, sin necesariamente requerir abstinencia. En un documento, Melanie Wall introduce la explicación, para aclarar un poquito la diferencia, en donde dice: “la reducción de riesgos está orientada por el principio de minimizar el potencial efecto ne-

gativo del uso de drogas y en la reducción de daños el objetivo es la reducción de las consecuencias negativas vinculadas al uso de drogas para el individuo consumidor o para la comunidad”.

Algunos de los principios básicos, principios de un documento de la British Columbia Canadiense, donde dice que estos son los puntos principales dentro de los que se enmarca la estrategia de reducción de riesgos y daños. Por un lado, pragmático, la reducción de daños acepta el uso no médico de sustancias. Es un fenómeno humano casi universal, entonces, desde ese punto de vista la reducción de daños es un fenómeno complejo y multicausal, y que abarca un continuo de comportamiento, tanto desde la abstinencia hasta la dependencia crónica, y produce diversos daños a nivel social y comunitario.

Entonces, es un enfoque complejo y diverso que busca intervenir desde lo primero que tengo a mano para trabajar otro tema, es el enfoque de derechos humanos, que es un eje fundamental de la salud pública y que también es una de las definiciones fundamentales de UNGASS 2016. El foco en tratar los daños. La prioridad está en disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas para el usuario, y ahí está uno de los puntos fundamentales. Por ahí se comienza. Maximizar las zonas de intervención, esto tiene que ver con la diversidad y con la complejidad de la problemática, en donde necesitamos cubrir todos los niveles de necesidades y todos los niveles de severidad y complejidad del problema. Priorización de los objetivos inmediatos, en donde la idea es jerarquizar pasos alcanzables. Se comienza por dónde está la persona en el uso de sustancias y con el foco inmediato en las necesidades más urgentes. Depende de la situación y del contexto.

Otro tema importante en la salud pública es el tema de la participación de los usuarios en las intervenciones, lo que no es un tema menor. Esta participación activa es un tema fundamental en la estrategia de reducción de riesgos y daños, y es fundamental el reconocer, el saber que tienen como aporte para todo lo que tiene que ver con sistemas de atención y tratamiento e incluso de prevención. Ahí hay que saber que no se puede desaprovechar. Y, por otro lado, esa participación también empodera al colectivo de usuarios.

Algunas evidencias, y esto es importante, las políticas deben estar basadas en evidencias. Nordt y Stohler son dos psiquiatras suizos que tienen algunas publicaciones de cómo se redujo de manera notable el número de personas

que consumía drogas en la calle. Se disminuyeron a la mitad las muertes por sobredosis y las infecciones por VIH SIDA y hepatitis. Así como también se retrasó el inicio del consumo de heroína y la delincuencia relacionada con la adquisición de la droga. En Australia, Ritter y Cameron coordinan un centro de tratamiento y tienen una publicación en donde hacen referencia en cómo mediante la perspectiva de reducción de daños se pueden desarrollar aproximaciones para abordar violencia y lesiones derivadas de esta, así como accidentes de tránsito, con muy buenos resultados. Quiero destacar que estas son publicaciones de revistas científicas que dan cuenta de los resultados y del impacto de las estrategias de reducción de riesgos y daños.

Este último es un caso de Escocia, en donde la reducción es la estrategia, realmente tuvo un impacto muy fuerte sobre todo porque se focalizó en determinados grupos de hogares y tuvo realmente un impacto importante en la reducción del consumo de alcohol en esta área pragmática.

Creo es importante el tema de la evidencia, en este contexto los desafíos que me parece que podríamos tener a futuro, dado este eje de salud pública estrategia de reducción de riesgos y daños, y de consenso sobre este aspecto. Creo que hoy en día es importante la incorporación en los planes nacionales o en las estrategias nacionales como estrategia transversal, todo lo que tiene que ver con estrategias de reducción de riesgos y daños.

En segundo lugar, el tema del otro punto de desafío es mejorar la cobertura. Se necesitan estrategias que incorporen toda la red de sectores, que trabajen integradamente para ver y tener mayor impacto. Y, por otro lado, hay poca evidencia, y creo que por los relevamientos que he hecho en los últimos años, casi nada publicado en América Latina sobre experiencias de la región. Entonces, es muy importante fortalecer todo lo que tiene que ver con el rol de los observatorios nacionales en lo que hace a estrategias de seguimiento y evaluación de las estrategias de reducción de riesgos y daños. Necesitamos tener más evidencias en la región, sobre todo por este punto.

Uruguay tiene un observatorio bastante robusto desde hace mucho tiempo, tienen un sistema de detección temprana muy bueno, entonces, creo que países de la región como es el caso de Uruguay, tienen todas las condiciones y posibilidades de fortalecer todo lo que son los sistemas de evaluación de impacto de este tipo de experiencia. Pero creo que es muy importante, debido

al consenso y a la importancia del concepto de salud pública, la incorporación en los planes nacionales. Salir de las experiencias aisladas y de vieja cobertura, y realmente fortalecer todo lo que tiene que ver con evaluación y evidencias en la región sobre el desarrollo y el impacto de las estrategias de reducción de riesgos y daños. Muchas gracias.

Dr. Ricardo Bernardi Uruguay

Médico psiquiatra. Magister en Psicoanálisis (APU). Doctor en Psicología (UBA). Profesor Emérito de la Facultad de Medicina. Investigador de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación del Uruguay (ANII). Miembro de Honor de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Miembro de Honor de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Miembro de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay. Consultor del Comité de Observación Clínica de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Premios: Sigourney Award (1999). Extraordinarily Meritorious Service to the IPA Award (2021).

Muchas gracias por la invitación, me siento muy honrado. Quisiera retomar lo que acaba de decir el doctor Canay que me parece muy en continuidad con lo que se planteaba al principio de esta reunión, en la sesión inicial, porque de la estrategia nacional de drogas, que creo que coincidió con lo planteado en la mesa inicial, hay un punto que parece central, que me parece que es ver este fenómeno complejo, dinámico, que abarca distintas áreas, pero que necesita evidencia científica.

No voy a hablar como experto en drogas, no lo soy, aunque me encontré con estos problemas a lo largo de toda mi carrera profesional, sino desde el campo de la salud y salud mental y, sobre todo, que es el trabajo de este año en la Academia Nacional de Medicina, en la mejora de la calidad de la atención en la salud. Por eso, destacamos muchísimo lo que tiene que ver con lo que se hacía referencia al tema evaluación. Creo que también en esto resumo lo que fue el trabajo de la academia. Tenemos que basarnos en evidencia científica. Por ejemplo, si vamos a discutir sobre el uso medicinal del cannabis, tenemos que empezar por graduar el tipo de evidencia, hay distintos criterios, hay expertos en el tema, no lo soy tampoco, pero vamos a ver qué evidencia hay disponible, porque el nivel de la calidad de la evidencia puede ser la fuerza de la recomendación, vamos a recomendar algo en la medida que tengamos mayor apoyo, y

ese apoyo tenemos que graduarlo con acuerdos sobre cómo evaluar primero la calidad de la evidencia. Entonces, creo que el criterio, dicho al principio, del pragmatismo y de usar las neuronas para ver qué hacemos, como dijo muy bien el doctor Cipriani, a problemas que son más grandes que los recursos, necesitamos acuerdos en los procedimientos más que principios doctrinarios, pero muchas veces no tenemos suficientes acuerdos.

Estos dos años me dieron una experiencia muy rica de trabajo en el GACH (Grupo Asesor Científico Honorario) que colaboró con el gobierno en el tema del Coronavirus, y tuve que trabajar con científicos con mucha formación en estos campos, en los cuales encontramos que el lenguaje de la evidencia y de la evaluación era la forma que nos permitía comunicarnos.

Mi experiencia, además, empezó en el 86 como delegado de la Facultad de Medicina en el Plan Institucional de Salud Mental, muy afín a la actual Ley de Salud Mental.

Yo aprendí de una técnica chilena que fue llamada como asesora. Ella preguntó: “¿de qué recursos partimos?, ¿con qué recursos vamos a hacer el plan?”

Esto no era un plan, esto era una expresión de deseo, un ideal. Pero el plan implica qué vamos a implementar, cómo vamos a monitorear y cómo lo vamos a evaluar. Por eso, me alegro mucho de que este tema esté destacado en el Plan Estratégico de la junta, donde se destaca específicamente la necesidad de monitoreo y evaluación.

Pero partamos de la realidad, ¿qué pasó en la pandemia?

El consumo de alcohol, tabaco y cannabis no cambió mucho, curiosamente subió en los consumidores más fuertes y habituales, curiosamente, alcohol subió en algunos grupos y el cannabis en los consumidores más fuertes y habituales, pero en tranquilizantes durante la pandemia aumentó el consumo y un poco en antidepresivo, con prescripción y sin prescripción, o sea, ¡atención!, estamos en una población que aumentó el consumo sobre todo de psicofármacos. Las pesadas, alucinógenos, cocaína, éxtasis y otras, no subieron, más bien tendieron a bajar, comportamiento que tenemos que ir pensando en esta evaluación y monitoreo, y tomar el pulso al enfermo.

Por otra parte, dentro del GACH impulsamos un grupo de trabajo independiente que en el primer semestre del 2021, con un pico de casos más alto,

encontramos datos de la encuesta del observatorio en donde un 28 % de la población en el test de Golberg, que es el test más usado para medir malestar subjetivo que equivale prácticamente a casos que necesitan asistencia psiquiátrica, encontramos un 28,7 %, recuerden que 28,2 % es la prevalencia de vida de los psicofármacos, lo que comprobamos es que el mayor malestar era en los sectores carenciados, mayores en jóvenes y coincide con atención psiquiátrica.

La pregunta fue, ¿qué le estamos ofreciendo a esta población con malestar? ¿Psicofármacos, droga, psicoterapia, apoyo social (que va desde lo material hasta lo espiritual)? La necesidad del Hombre de darle sentido a su existencia, y de la sociedad de sostenerse mutuamente en metas e ideales compartidos.

Tenemos un problema social, tenemos un problema de drogas, tenemos un problema de salud mental, tenemos un problema social mucho más amplio. Creo que vale la pena ver el tema en su conjunto. Partamos de Uruguay que está en este momento en un respiro cuanto a la pandemia.

Planear con base en evidencia científica, en esto es en lo que me quiero centrar, es necesario, pero no alcanza. Porque tenemos que aprender de lo que hacemos de forma progresiva y continua, qué sirve y qué no sirve.

Este ciclo de PDCA (planear, hacer, chequear y actuar), viene después de la Segunda Guerra Mundial, se usó para rehabilitar industrias, países destruidos, se está usando en medio ambiente y en salud hay montones de publicaciones que insisten en que hace falta planear, hacer, verificar y volver a actuar. Y esto es lo que quisiera, humildemente, proponer para las drogas. Partir de objetivos factibles, evaluables, no nos sirven objetivos que no sean medibles, que no sean factibles. Cuando digo medibles también me refiero a investigación cualitativa. Objetivos que sean bien delimitados y según cada caso. Y una gestión de recursos que integre a los distintos actores de la población y de la corrección, porque el paso siguiente, es monitorear si cumplimos con los objetivos. Todos en Uruguay miramos con temor que esta ley de salud mental nos lleve de una gran colonia a mini colonias en que las casas de camino se conviertan en nuevos hospitales o asilos psiquiátricos. Todos tememos eso, pero la única forma de saber que esto no va a ocurrir es monitoreando, y esto nos va a llevar a adoptar, adaptar o a abandonar qué aspectos del plan.

Entonces. ¿Cómo aplicamos esto? Yo creo que tenemos grandes polos en esta evaluación, el monitoreo integrado a la gestión como proceso de mejora continua, los distintos trabajos. Esto exige que tiene que ser parte de la rutina, comprometer a todo el personal y que cada ciclo tiene que guiar los ciclos siguientes. Esto no se opone a evaluaciones externas, independientes, a cargo de agencias nacionales por la junta de drogas, o internacionales, etc. Entonces, ¿Dónde estamos hoy? Tomemos a la experiencia de Uruguay. El alcohol lo pondría en el otro extremo. Si ustedes leen la Ley sobre alcohol del 2019 en el artículo 2 hay un montón de medidas que se establecen, desde prevenir el consumo problemático, etc., etc., qué no sé con qué recursos, con qué personal ni cómo se va a implementar. Si la experiencia en el control de vehículos resultó, según la impresión subjetiva de toda la población, me parece, que algunos ponen en duda y que requerirán de esta evidencia. Lo que estoy proponiendo es tomar conductas de intervención, ir a lo micro y evaluar qué funciona, qué no funciona.

Cannabis es una experiencia piloto en Uruguay, pero no nos olvidemos que en el artículo 1 de la Ley de cannabis se hace referencia a reducir riesgos, reducir daños, promover información, educación y prevención, tratar de rehabilitar y reinsertar. Cuando en el 2018 la Presidencia de la República convocó a la Academia de Medicina, a legisladores, a autoridades de la enseñanza y a diferentes figuras del ámbito nacional para un ámbito multisectorial juntamente para el abordaje de riesgos y daños del proyecto de la Junta Nacional de Drogas, se creó un panel de expertos. Se convocó a todos los que tuvieran que ver con cannabis, vinculados al ámbito académico. Y había, en esto de la reducción de daños, una serie de claro oscuros, una impresión de que era una ley que probablemente estaba ayudando, que había que evaluar sus efectos, una evaluación externa, pero que había puntos muy concretos que había que centralizar. No había consciencia, y no sé si la hay hoy, de que hay una adicción al cannabis, que mucha gente la sufre y con consecuencias, de que había forma de detectar esto, que los envases debían tener una advertencia como los del tabaco, que hacía falta educación, el uso no intencional en niños, y el uso en adolescentes, donde sí está comprobado que afecta en el desarrollo neuronal. Hasta los 20, 30 años, el cerebro está muy vulnerable. Esto no está difundido en la población. Entonces, estos eran puntos donde este ciclo de PDCA había que monitorear y adaptar las acciones a donde se fuera detectando ese monitoreo que es el central eje de lo que se quiere decir.

Monitoreemos qué funciona, qué no y actuemos en consecuencia. Este monitoreo de puntos críticos y evaluación de resultados sería el eje. No hay políticas sin monitoreo.

En psicofármacos todos son trabajo en los últimos años sobre la pregunta de si no habrá un problema de salud pública del uso de psicofármacos, creo que las cifras son bastante claras.

Con las drogas pesadas es un gran drama para el país, un drama personal para los que atendemos y sobre todo para las familias. Queda una lucha larga y difícil en la que tenemos que priorizar lo factible y lo modificable.

En conclusión, metas evaluables para generar procesos continuos y progresivos y mejora de la calidad de las personas.

Dra. Raquel Peyraube Uruguay

Doctora en Medicina, especialista en endocannabinología y uso problemático de drogas, fundó y fue la primera presidenta de la Sociedad Uruguaya de Endocannabinología, miembro del comité ejecutivo de la Asociación Internacional de Medicamentos Cannabinoides y miembro de la Asociación Internacional de Cannabinoides. Es miembro del Consejo Editorial de Publicaciones Científicas especializadas en Medical Cannabis y la Revista Latinoamericana de Ciencias Clínicas y Tecnología Médica, es directora académica de la diplomatura de Estudio Avanzados en Endocannabinología, Cannabis y Cannabinoides de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina, y coordinadora general del diplomado en Endocannabinología de la Universidad Nacional de México.

A lo largo de su carrera estuvo involucrada en capacitación, prevención, tratamiento y reducción de daños con relación con las drogas, y en desarrollos teóricos y metodológicos e innovadores con énfasis en cuestiones éticas que le valieron reconocimiento nacional e internacional. Asesora de proyectos regulatorios de la Ley de Cannabis en distintos países, incluyendo a Uruguay, ha participado en equipos de investigación orientados a trabajar sobre modelos regulatorios del cannabis como el modelo cannabis de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar, y de la Universidad de Georgetown de Washington. Conferencista activa, actualmente dedicada a práctica clínica en endocannabinología, la educación médica y el asesoramiento en la reforma de políticas de drogas hacia modelos más eficientes humanitarios, pragmáticos y basados en la ciencia y la ética de la salud pública.

Buenos días, gracias por esta invitación. Agradezco a los organizadores y, sinceramente, a la selección de los compañeros de palestra. En general nos pasa que no vemos en este tema tanta consistencia y coherencia. A veces es necesario el disenso. No todo el mundo está de acuerdo con la visión de la gestión

de riesgos y la reducción de daños, pero lo cierto es que era importante establecer una línea base conceptual, que fue lo que me pidieron. Lo que se me pidió es que hablara de la sistematización conceptual de definiciones y conceptos y los aspectos éticos. Dado que muchos de los colegas que me precedieron también conocen de estas cuestiones y las citaron, va a ser más sencillo y tal vez eso me permita contarles alguna experiencia de las que he vivido. A veces lo que nos pasa es que hay mucho teórico que habla de reducción de daños, pero los que se hayan remangado y estado en territorio somos muy pocos. Y debo decirlo porque recién uno empieza a entender cabal y empáticamente qué es lo que uno logra hacer con estas intervenciones, es trabajar con los usuarios, y tuve la suerte, como lo planteaban en la presentación, que tanto en el Hospital Universitario de Ginebra, en las entregas de jeringas, en los barrios más marginales de París, en las favelas de Bahía, en el Programa Brazos Abiertos, me puse un poco nerviosa porque en la mayoría de los programas que han nombrado, estuve. Así que, como siempre digo, soy medio UN dinosaurio, pero no en vías de extinción. Estoy en esto desde el año 1987.

Hice todo el tiempo donde empieza a parirse la reducción de daños. Empieza en los ochenta con la epidemia de SIDA. En realidad, no tuvo que ver, seamos honestos, esto fue parte de la discusión que tuvimos con los políticos europeos que fueron los que empezaron estas cuestiones. Empiezan en la Municipalidad de Amsterdam con Ernst Buning, con Annie Mino en el Hospital Universitario de Ginebra, con Lia Cavalcanti en el 19eme *arrondissement* de Paris.

Tuvo que ver con la epidemia de SIDA, y no era porque importaran los usuarios. Hoy Campelo habló de la resignificación y también lo habló Canay y por suerte cuando nosotros empezamos a trabajar en este tema, en los ochenta, el tema era el intercambio de jeringas y el HIV. Cuando los uruguayos, los latinoamericanos, hablábamos de la cocaína, hablábamos de la pasta base, del alcohol, del tabaco, los europeos nos miraban raro, decían ¿cuál es el problema con esas sustancias? No había otra cosa que heroína. Les estoy hablando de la competencia mundial de la reducción de daños, pero, por suerte, rápidamente, cuando ellos empiezan a tener el problema de la cocaína nos empiezan a escuchar a los latinoamericanos y se empieza a resignificar.

Vamos a hacer un pasaje de lo que son las definiciones y a partir de eso ir bajando un poco a tierra, ejemplificando cada cosa. Lo primero es que quiero

declarar mi conflicto de intereses. Yo creo que es algo que debemos empezar a hacer con más frecuencia los latinoamericanos, raramente declaramos nuestros conflictos de interés crudo, y me parece que en honestidad del auditorio debemos decirle cuál es nuestro sesgo. En este tema la verdad es que no tengo conflictos de interés a destacar, y además no he recibido ninguna compensación por participar en este panel.

La política de drogas a mí me gustó siempre. Me salió ese ser político que uno tiene adentro. Por suerte uno empieza a escuchar cada vez más gente que dice que la medicina es política, y es cierto. Ejercer una medicina responsable tiene un impacto político sí o sí. Ese es un gran discurso de cómo se está manejando el tema del cannabis hoy por hoy. Nos olvidamos del tema de salud pública, estamos muy centrados solo en derechos, y luego vamos a ver que no hay un equilibrio entre derechos humanos, y que haya responsabilidad política en cuanto al abordaje de seguridad y salud pública, por cosas que no eran las que habíamos planificado cuando conocimos la ley.

Me gustó mucho cuando habló Ferrés que dijo, la realidad no es lo que me gustaría que fuera, apenas es lo que puede ser, y muchas veces la idealización de la situación es lo que ha hecho de la gran ineficacia de las políticas de drogas. El mundo sin drogas, la idealidad de un mundo ideal, que no tiene que ver con un ideal de ser humano ni con un ideal ético, tiene que ver con un ideal social, judeocristiano, blanco, clase media, y de media para arriba; poco tiene que ver con los diferentes grupos sociales, con las diferentes culturas. Yo siempre digo que las políticas de drogas son hegemónicas, porque lo siguen siendo. No es cierto que Uruguay cambió el paradigma; Uruguay con esa ley del cannabis hizo una excepción para el cannabis a la prohibición, pero solo aplica al cannabis. Entonces, no cambiamos todavía el paradigma, y eso hace que tengamos las dificultades que tenemos para implementar reducción de daños, porque esta reducción va de la mano de un cambio profundo del paradigma.

Es aceptar que el consumo de drogas es una realidad y que no es verdad que siempre sea problemático. Muchos de los que estamos acá consumimos drogas y acá estamos. Muchas de las personas que consumen habitualmente votan nuestras leyes en el Parlamento. Tampoco con un uso problemático está dissociado de la posibilidad de saber, de entender y de intervenir, va a depender del área que se afecte.

El modelo de intervención con el que nosotros decidimos que vamos a actuar, va a ser tanto más adecuado cuanto más modifique esa realidad que pretendemos modificar. Lo cierto es que los modelos basados estrictamente en la reducción de la oferta, en la reducción de la demanda y el prohibicionismo, no funcionan. Todo lo que nos dijo y se nos prometió no se cumplió. Ni que bajó el consumo de drogas, ni que se redujo la cantidad de droga, cada vez hay más cantidad de sustancias, son incontrolables ... Entonces, con los resultados actuales, si no hacemos una revisión, pero ya no teórica, yo espero que este foro sea el piso para empezar a implementar la gestión de riesgos y reducción de daños, no en una expresión de intenciones ni solamente un ejercicio intelectual, si no se baja a tierra con implementaciones en diferentes niveles de intervención sigue siendo una expresión de deseo, pero de ninguna manera una política. Las políticas requieren una asignación de recursos y lamentablemente Uruguay hasta ahora se ha caracterizado por políticas de este tipo, pobres para pobres.

Si queremos cambiar la realidad debemos apostar. Si es un problema que nos está incidiendo en accidentes de tránsito, en costos de salud pública, en violencia de género, en violencia doméstica. Si es tan importante vamos a tener que demostrar con los recursos que asignamos la importancia que le damos. Es una realidad imperativa que venimos diciendo desde los ochenta, y yo sigo diciendo exactamente lo mismo que decía en los ochenta. Nada ha cambiado.

Algunas de las referencias bibliográficas las pasé a propósito, que son muy vigentes, son de los noventa, mi publicación más joven en este tema es del 2003. “*Ética, teoría y práctica de la reducción de daños*” publicada en *Tendencias*, y seguimos diciendo lo mismo, pero no ha habido una sola gestión que no hubiera hablado de la expresión *reducción de daños*. Reducción de daños no es folletería, ¿saben qué hace un usuario de drogas con la folletería que le damos en la reducción de daños? Hace el canuto para esnifar.

La folletería sirve cuando nos sentamos con ellos a conversar. El folleto, el trabajo escrito, porque muchos ni se acuerdan de comprensión lectora, es un instrumento, un vehículo de comunicación, no es la intervención. No debemos tranquilizar nuestra conciencia con que repartimos folletos. Reducción de daños es insumos, boquillas de silicona para que no se quemen con pasta base, intercambio de jeringas, preservativos, vacunación. Reducción de daños

es medicina. Yo sé que ciertos colegas míos se horrorizan con esto, y se siguen horrorizando. Cuando uno dice reducción de daños es la prevención secundaria convencional, la clásica. El problema está ahí, qué hacemos para reducir su impacto.

La reducción de daños se agrega a las demás políticas, a la reducción de la oferta y la reducción de la demanda. En general se dice que son políticas derivadas de la resignación; si hay alguien que no somos resignados somos nosotros, porque no tenemos ninguna duda que todo sujeto, aunque consuma drogas... hay algo positivo que podemos hacer y modificar su calidad de vida y sobrevivida. Eso no es resignación. No competimos con la reducción de la oferta y la reducción de la demanda, simultáneamente se agrega a esos ejes, directrices. No nos olvidemos que en cualquier momento solo 10 % de las personas que usan drogas están preparadas para dejar de consumir; 10 %.

En una oportunidad le dije a una senadora que en realidad me salía caro su salario, porque la verdad pagamos nosotros los salarios, porque solo quería legislar para el 10 % de la población. Cuando uno piensa solamente en reducir la demanda, está parado solamente en el 10 % de la población que usa drogas. La reducción de daños atiende al 90 %, y no es cierto que sea solamente para los usos problemáticos. Reducimos los daños de cualquier consumo, tampoco es de la dependencia, como se suele decir. Si una persona que no es alcoholista hoy fue a una fiesta y tomó alcohol, tiene un accidente, hubo un daño que no se redujo. El uso problemático puede ser dependiente o no dependiente. Lo que tiene de bueno la reducción de daños es que nos alcanza a todos, como nos alcanzó la del tabaco, como nos alcanzó la del alcohol, pero en ellas sí se han tomado medidas porque son drogas lícitas.

O sea que parte del problema es la legalidad de las drogas, y no tengo ninguna duda. La mitad de los problemas que tienen las personas que usan drogas están vinculados a la ilegalidad. No tiene calidad lo que consumen, y eso es reducir daños. La reducción de daños lo que hace es completar el continuum de la política y opera maravillosamente el ciclo de cambio de Prochaska y Di-clemente, que la gente lo usa solo para dejar de consumir. Eso es parte del ciclo de cambio de una conducta adictiva. Lo cierto es que la reducción de daños puede operar en todo el circuito, y los programas de abstinencia deberían incluir educación en reducción de daños, porque la recaída es un evento fuer-

te del proceso adictivo. Vamos a tener que identificar cuál y cuantificar para poder disminuir, pero tenemos que partir de un diagnóstico y planificar las intervenciones. Cuáles son los daños que pretendemos evitar. Hablamos de un uso problemático cuando el consumo de una sustancia ha impactado en una o más de las cinco áreas vitales del sujeto: salud psíquica y la física, relaciones próximas, relaciones ampliadas y pragmatismos complejos, aspectos económicos y legales. ¿Y cómo lo vamos a hacer?, incidiendo en estas cuestiones, pero a partir de intervenciones sumamente pragmáticas. Y cuando a veces se me ponen muy románticos y me dicen que el pragmatismo está vacío de contenidos es una barbaridad. He visto las intervenciones más sublimes, humanitarias, próximas y empáticas a través de entregar un preservativo, de dar una jeringa o, como hice yo, de inyectar heroína a usuarios.

Y el último mito que me voy a ocupar de desarticular es decir que la reducción de daños aumenta los consumos. Todos los países europeos y los suizos los podemos evaluar en sus políticas. En los ochenta se cerraban todos los tratamientos de abstinencia porque no tenían “clientes”, a partir de los noventa sí tuvieron. Después del noventa y cinco se tuvieron que empezar a abrir nuevos programas de tratamiento. No solo los de metadona y heroína, de abstinencia, el gran proveedor de clientes a la abstinencia es la reducción de daños, porque solo quien se encuentra preparado para parar de consumir, que es también lo que podemos hacer en la reducción de daños, va a ser una persona con mayores probabilidades de éxito en abstinencia, sabiendo, además, que la pérdida es un elemento posible y no por eso es un fracasado.

Los tres sentimientos que debemos evitar en un programa de drogas, para evitar la recaída, son los más estimulados: culpa, idea de fracaso y no autoeficacia. “No podés con las drogas”, no autoeficacia; fracaso, “una vez más perdiste”; y culpa, “si me quisieras no lo harías”. Estas son barbaridades que profundizan la no salida. En reducción de daños trabajamos desde la otra perspectiva: desculpabilizando, responsabilizando y con acciones participativas, como hoy bien lo dijeron.

Doctor en Medicina. Especialista en Toxicología Clínica. Profesor del Centro de Ciencias Biomédicas, Coordinador General y Docente del Curso Especializado en Drogodependencias de la Universidad de Montevideo. Miembro del Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud. Ex Profesor Adjunto del Departamento de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, y actualmente Director del Centro Nacional de Información y Referencia de la Red de Drogas Portal Amarillo.

Expreso mi agradecimiento a la Secretaría Nacional de Drogas por la invitación. Nuestra presentación se centra en un enfoque toxicológico clínico sobre la gestión de riesgos y reducción de daños. Voy a referirme a aspectos clínicos generales de estos modelos paradigmáticos que ya fueron analizados, y a algunos aspectos médicos toxicológicos específicos relacionados a la temática.

Existen múltiples definiciones de *gestión de riesgos y reducción de daños*. Hace 20 años se limitaba al término de reducción de riesgos y daños, o reducción de daños, y luego se introdujo, de forma más reciente, el concepto de *gestión de riesgos*. Primer concepto: los clínicos gestionamos riesgos con los pacientes todos los días, en cualquier modelo terapéutico en el cual trabajemos, aún en modelos que pueden ser presuntamente contrapuestos, como los abstinenciales. ¿Por qué no podemos hablar de modelos complementarios en los abordajes, o etapas en un mismo proceso? Surge entonces otro concepto de *integralidad, transversalidad y de estructura complementaria* en la asistencia. Por lo tanto, existen múltiples definiciones.

La reducción de daños puede definirse como aquellas políticas, programas y/o prácticas dirigidas a minimizar el impacto negativo en la salud, en la repercusión biológica, social-familiar, académica-laboral y legal del consumo de drogas. Incluye entonces no solo aspectos médicos, sino también aspectos de gran impacto

social, como la reducción del estigma social, la reducción de la criminalidad relacionada al consumo de sustancias. Una segunda definición guarda relación con aquellas medidas tendientes a reducir la morbimortalidad, la carga global de la enfermedad y de muerte relacionada al consumo de drogas. Esto se aplica cuando la persona, como ya lo expresó el Dr. Radío en su introducción, no quiere o no puede dejar de consumir. Porque todo usuario y usuaria de drogas tiene derecho a no querer o a no poder dejar de consumir. Entonces, en ocasiones tendemos a referirnos a paradigmas distintos (abstinencia vs reducción de daños) que, pueden ser en la práctica clínica, complementarios. La experiencia clínica me ha dado la posibilidad de trabajar en diversos programas terapéuticos, en los cuales la abstinencia o la reducción de daños pueden ser objetivos terapéuticos diferentes, o bien etapas diferentes en el abordaje terapéutico de un mismo proceso, cuando la gestión de riesgos y reducción de daños se plantea con un fin inicial, para lograr la abstinencia a futuro. Podemos concluir que no son políticas públicas de tratamiento que sean opuestas o incompatibles en un proceso.

El abordaje en una persona también debe analizarse desde el punto de vista clínico, en relación al vínculo que tiene el consumidor con cada sustancia, en un contexto, muchas veces, de policonsumo. Una persona puede estar motivada o preparada para dejar de consumir pasta base de cocaína, pero no así tabaco o cannabis. Y de esa forma emplearemos estrategias motivacionales con el fin de lograr pasar a otro estadio de cambio si concluyo que ese o esa paciente tiene un problema relacionado al consumo de cannabis o tabaco. No obstante, también debemos escuchar y evaluar lo que él o la paciente puede en el presente. No podemos dirigir el tratamiento en lo que quiere el técnico, sino considerar lo que él o la paciente puede. Otro punto clave: debemos escuchar al paciente, y no solo basarnos en indicaciones. En este sentido, en una etapa de precontemplación o contemplación, las estrategias motivacionales van a ser fundamentales, así como los modelos de intervención breve en diferentes escenarios, como atención primaria, puertas de emergencia, entre otros. Estrategias que se iniciaron con el abordaje del tabaquismo, y cuya aplicación luego se extendió al resto de las sustancias. Cuando trabajamos motivación, acordamos con los pacientes promover cambios. En dicho contexto, gestionamos riesgos y reducimos el daño, con un objetivo no necesariamente abstinecial.

La gestión de riesgos y reducción de daños no es excluyente para usuarios problemáticos de sustancias. El consumo de riesgo, por definición, no es pro-

blemático, es un patrón de consumo en el cual, ya sea por la dosis, la frecuencia, por el patrón de consumo, la persona tiene mayor riesgo de tener un daño futuro. El consumo perjudicial es lo que antiguamente se llamaba trastorno por abuso; y se refiere a problemas en las áreas biológica, académico-laboral, socio-familiar, legal, sin tener un vínculo de adicción o dependencia con la sustancia. En el consumo de riesgo gestionaré riesgos, porque no hay daños, pero en caso de consumo perjudicial, claramente en caso del alcohol, se trabaja gestión de riesgos y reducción de daños en usuarios no dependientes. Hoy Uruguay cuenta con aproximadamente trescientas cincuenta mil personas con un uso problemático de alcohol, donde no todos son dependientes al alcohol. Gestionar riesgos y reducir el daño en personas sin adicción al alcohol, implica poder intervenir en pacientes que muchas veces no están preparados aún para dejar de consumir, o no lo van a estar. Lo mismo puede ocurrir en un o una paciente con una enfermedad asociada al consumo, por ejemplo, cirrosis: en dicho caso voy a tratar de promover que deje de consumir, pero, si no lo hace, voy a adoptar estrategias para que la progresión de la enfermedad sea menor, o reducir en forma significativa, la mortalidad.

La gestión de riesgos y reducción de daños puede abordarse por sustancias, y el vínculo que tiene el individuo con cada una de éstas, con alcohol, marihuana, pasta base, clorhidrato de cocaína, entre otras; con una sustancia psicoactiva o con la mezcla de ellas. En ocasiones la evidencia científica actual no acompaña en forma sólida prácticas utilizadas. Por ejemplo, el sistema endocannabinoide endógeno influye en la modulación del trastorno adictivo a sustancias psicoestimulantes. No existen revisiones sistemáticas, que apoyen que el cannabis pueda ser una sustancia que demuestre ser eficaz para el tratamiento de la dependencia a psicoestimulantes. No obstante, usuarios y usuarias optan por el cannabis con el fin de reducir riesgos y evitar o reducir la dosis de una droga estimulante. Existen creencias en relación a estos temas y también fundamentos clínicos, en efectos buscados, como un efecto ansiolítico. No obstante dicha creencia, efecto buscado, que puede tener un fundamento neurobiológico también debe ser considerado en cada paciente. Existe un mayor riesgo de consumir cannabis cuando existe una comorbilidad psiquiátrica. El cannabis puede inducir complicaciones psiquiátricas, o ser desencadenante de tales complicaciones y puede utilizarse bajo forma de "automedicación", modalidad que no guarda relación con el cannabis medicinal; habla de aliviar un

sufrimiento fumando cannabis, un sufrimiento, un síntoma psiquiátrico que conlleva, a corto o a largo plazo, a un trastorno por dependencia a cannabis y a no tratar una patología psiquiátrica de base.

En el caso de tabaquismo se han puesto en duda los modelos de reducción de daños. En la actualidad existen productos derivados del tabaco y modalidades de consumo de tabaco, que se venden como productos menos nocivos, y no lo son. De hecho, pueden agravar la patología relacionada al consumo de tabaco, promueven mayor dependencia y patología pulmonar respiratoria, como es el caso del vaping y los cigarrillos electrónicos.

Hay que considerar en qué contexto pueden aplicarse este tipo de medidas. Existen situaciones de mayor riesgo o vulnerabilidad. Como ejemplos, programas de reducción de riesgos y daños en cárceles, modelos de gestión de riesgos y reducción de daños durante el embarazo o la lactancia.

Individuo, sustancia(s) y contexto social determinarán la estrategia de gestión de riesgos y reducción de daños, si ésta es la opción terapéutica.

En la década del ochenta surgen tratamientos farmacológicos sustitutivos como el uso de metadona, en trastornos por dependencia a opiáceos, fundamentalmente a heroína en Europa. Hoy en Uruguay utilizamos tratamientos con metadona para desintoxicación, deshabitación y sustitución de opiáceos y opioides en pacientes con dolor crónico. Un objetivo en la sustitución es evitar la vía parenteral y las complicaciones que implica la vía intravenosa, u otra vía, como la vía subcutánea, que generan tolerancia y dependencia más rápidamente. Otro objetivo es evitar la euforia de algunos opiáceos u opioides parenterales.

Existen otros modelos de reducción de daños a nivel mundial. El programa Insite, en Vancouver, en la Columbia Británica, Canadá, surgió en el año 2003, en el cual el usuario o la usuaria, en estricta confidencialidad, se presenta allí, va con su dosis, se inyecta la misma (opiáceos, estimulantes). Está supervisado por Enfermería y cuentan con médicos. Hay otros programas de dispensación, distribución de jeringas y supervisión *in situ*; el acceso a pipas estériles para crack y para metanfetamina; la distribución de preservativos; el acceso a naloxona; los programas de reducción de daños en alcohol, por el policonsumo; y las terapias de mantenimiento por metadona. Existe evidencia de que estos

programas han demostrado reducir la mortalidad por sobredosis, así como la incidencia de hepatitis a virus C y VIH. Por otra parte, miles de personas son derivadas anualmente a centros asistenciales para tratamientos de deshabitación, por uso problemático de sustancias. Desde el año 2003, el programa Insite incluyó a más de tres millones de consultas.

En la actualidad, las nuevas sustancias psicoactivas, enorme variedad de drogas sintéticas que imitan a las drogas clásicas, constituyen un problema de Salud Pública a nivel mundial. También en el concepto de *nuevas sustancias psicoactivas* se incluyen plantas, pero la gran mayoría son drogas de síntesis, mayoritariamente estimulantes con efecto anfetamino-símil, de gran variedad y heterogeneidad. El riesgo de sobredosis por MDMA u otra droga sintética adulterada o sustituida por otra sustancia, en tabletas, polvo, incluso sellos, es muy alto, y conlleva un elevado riesgo de intoxicaciones graves y muerte.

En ocasiones la detección de adulterantes genera cambios en políticas públicas. El Sistema de Alerta Temprana del Observatorio Uruguayo de Drogas detectó fentanilo en el año 2018, emitiéndose una alerta pública, lo que determinó, como conducta, la disponibilidad de naloxona en todos los centros asistenciales del país.

Hoy consumir este tipo de sustancias es “una ruleta rusa”, porque no sabemos qué contienen esas pastillas o cristales. Asimismo, *pureza* en toxicología no es sinónimo de *mayor seguridad*. Las adulteraciones y sustituciones son muy peligrosas, pero la mayor pureza también puede serlo: para contrarrestar cortes, una tableta de MDMA, puede contener cuatro veces lo que hace 15 años contenía la misma tableta. Los test colorimétricos de detección de adulterantes son útiles, si bien tienen sus limitaciones por su sensibilidad en la detección de nuevas sustancias psicoactivas.

Todo consumo de drogas tiene riesgos, y la gestión de riesgos es una práctica clínica cotidiana para los clínicos. Existe evidencia de que la reducción de daños constituye un conjunto de medidas que reduce la morbimortalidad relacionada al consumo de drogas. Ningún modelo terapéutico siguiendo los principios bioéticos es excluyente. La información que le brindemos al paciente, respetando y preservando un espacio de escucha resultan muy importantes, para trabajar sobre sus creencias y sobre sus vínculos con las sustancias.

IV. COMENTARIOS

Dr. Javier Sánchez Arroyo
España

Doctor en Historia Contemporánea e Historia de la Educación por la Universidad de Zaragoza, fundador y actual coordinador del Centro de Reducción de Riesgos en el Consumo de Drogas, Consumo ConCiencia. En los últimos dieciocho años ha llevado a cabo numerosas charlas y debates sobre drogas, talleres para jóvenes y referentes afectivos y cursos de formación para profesionales dedicados a la educación y a la intervención social. Ha coordinado dos cursos internacionales insertos en el Programa Erasmus, dirigidos a profesionales de la reducción de riesgos y daños con participantes de diez países; participó en la elaboración del Tercer Plan Autonómico de Drogodependencias, así como en conversatorios de la Junta Nacional de Drogas, y es miembro invitado internacional del Grupo Interdisciplinario sobre Sustancias Psicoactivas de la Universidad de la República de Uruguay. Ha elaborado numerosos folletos de reducción de riesgos y publicado decenas de artículos de información y también de debate sobre drogas.

En primer lugar, muchísimas gracias a la JND por la invitación para participar en este foro. Es para mí un auténtico honor intervenir aquí, compartir mesa con ponentes de esta talla y también con todas las asistentes. Yo quisiera trasladar algunas ideas y reforzar o apoyar otras que ya han sido expuestas hoy.

La primera idea, y suscribiendo las palabras de apertura del Dr. Radío acerca de la *doctrina prohibicionista*, es que obviamente el área prioritaria para un abordaje sensato del tema en general y de la prevención en particular debe ser la regulación. Nosotros entendemos que es nuestra obligación ética y parte de nuestro trabajo, y nos gustaría que fuera así por parte de las instituciones, defender la necesidad de acabar con la doctrina *criminal* y *criminógena* imperante y, por tanto, con el abordaje por la vía penal del consumo de *algunas* drogas; un paradigma que no debe ser el nuestro. Sólo dentro de un marco regulado *en base a parámetros de Salud Pública* podemos hablar de algo *digno de ser lla-*

mado prevención. Un marco regulatorio que debe ser estudiado y diseñado de modo específico para cada sustancia o gama de ellas, como ha comentado en muchas ocasiones la Dra. Peyraube: *El experimento social es el prohibicionismo, no la regulación.*

La regulación, por tanto, es en sí misma la mejor base para las políticas de reducción de riesgos y de daños, que obviamente después necesitarán seguir desarrollándose. Y en el *mientras tanto*, podríamos decir, lo recomendable es que las instituciones competentes sigan profundizando en el debate y, en lo que sería el segundo punto que queríamos destacar, aumenten decididamente el apoyo a las asociaciones que ya trabajan de acuerdo a estas políticas, y también que desarrollen más entidades propiamente públicas, para que éstas estrategias puedan ser implementadas en adecuada coordinación entre el tercer sector y la institucionalidad; por supuesto, con la dotación presupuestaria suficiente.

Hago hincapié en esto, porque en el caso español, que como saben no es pionero en Reducción de Riesgos ni en Reducción de Daños (en adelante, R. de RR. y R. de DD.) pero sí cuenta con varias décadas de andadura, el trabajo lo desarrolla casi exclusivamente el tercer sector, con cierto mínimo apoyo público pero con una *clara cesura*, que a menudo llega incluso a la desvinculación, por pura cobardía política ante cualquier atisbo de polémica, y creo sinceramente que esa debilidad puede ser evitada en el caso uruguayo, dada vuestra abrumadora superioridad política en general.

Como decía, y refiriéndome al caso particular de la reducción de riesgos, hasta que se consiga una regulación de sustancias más amplia, esos servicios enfocados en construir educación sobre drogas, (el término “prevención”, de hecho debería ser un concepto a extinguir gradualmente en tanto que política general, puesto que es demasiado parcial), deben poder ofrecer la posibilidad de realizar análisis químicos que nos permitan tanto reducir los riesgos como monitorizar lo que verdaderamente se mueve en las calles uruguayas, y lógicamente facilitar esos datos al Sistema de Alerta Temprana. La verdad es que se podría comentar mucho al respecto de lo que acaba de exponer el Dr. Pascale, suscribo buena parte de lo que afirmaba al final de su intervención. Y para esto, como digo, estos servicios deben estar bien financiados y dotados presupuestariamente. En ocasiones, como ha demostrado en el ámbito particular de la R. de RR. el caso de *Imaginario 9*, se cuenta con el apoyo público verbal pero no con el necesario

sustento. Hay que ser conscientes de que estamos hablando de una Política Pública, y como tal debe ser seria y no depender del voluntarismo ni explotarlo. Es, por tanto, necesaria la estabilidad, la capacitación de quienes realizan estas intervenciones, la formación de formadores y formadoras, y contar los medios materiales y tecnológicos, para realizar, por ejemplo, los mencionados análisis químicos. Nosotros en *Consumo ConCiencia*, yo hablo, más que como académico, en calidad de fundador y coordinador de esa asociación de R. de RR., y por ello también hablo desde la práctica en el terreno... nosotros hacemos testeos, como otras asociaciones del Estado. Y, al respecto de lo que comentaba el Dr. Pascale, sabemos de la cantidad y de la cualidad de lo que circula en el mercado negro gracias a estos servicios de análisis. Y también es cierto que, siendo una práctica de indiscutible utilidad, se queda corto el andar con los reactivos colorimétricos en los festivales. Necesitamos de esas alianzas, sea con la Udelar, con el IIBCE..., para poder realizar análisis de precisión y generar estos insumos de datos. En el caso europeo, por cierto, esta información se sistematiza a través de la *Red TEDI (Trans European Drug Information)*, porque estas prácticas se realizan con éxito en muchos otros países.

Por mentarles sólo un dato: en el último informe publicado por *Energy Control*, la organización española más potente en términos de análisis, había registradas casi 1200 muestras de MDMA en un sólo año; y no me refiero a los análisis que se hacen en los festivales, me refiero a los de precisión, que después pueden ser publicados con la información exacta de si una pastilla contiene 70, 150 o 230 mg, los que sean... Esto por supuesto evita intoxicaciones, sobredosis y, con ello, claramente mejora la salud pública.

Y para todo esto, tanto para la regulación como para el avance y fortalecimiento de las políticas de R. de RR. y de R. de DD., y esta es la tercera idea, lo que es obvio es que Uruguay cuenta con personal más que sobradamente capacitado para que el país sea referente a nivel continental. Como una primera propuesta muy sencilla y muy concreta, siguiendo en el campo específico de la R. de RR., se podrían generar herramientas virtuales en coordinación con entidades de toda América Latina, al estilo de las APPs impulsadas por entidades europeas (*TripApp*, sobre todo, pero también *Knowdrugs* y otras), para compartir información analítica de lo que circula en la calle y hacerla accesible a las personas usuarias. Podría ser un paso sencillo, para después seguir avanzando en espacios de coordinación, intercambio de materiales, de información, etc.

La cuarta idea que les quería compartir es que en base a las excelentes lecturas críticas sobre el *prohibicionismo* que ya existen en el país... Y permítanme un inciso *fuera de guión*: yo siento en primer lugar alegría, en segundo admiración, y casi una puntita de sana envidia por el hecho de que el Secretario de la JND haga en la apertura de este acto un discurso tan impecable al respecto de las políticas de drogas. La verdad es que ojalá tuviéramos en España responsables políticos e institucionales con esta clarividencia. Bien, como les decía, en base a estas lecturas críticas se puede hacer una revisión aún más profunda (y soy consciente de que se ha hecho un apreciable esfuerzo al respecto) de los materiales y los programas oficiales para poder deconstruir más a fondo los presupuestos que siguen presentes en dichos materiales y programas. Desgraciadamente el peso de décadas de abandono de la ciencia, me refiero a nivel global, claro, y de imposición de criterios económico-políticos sobre ella, todavía se deja notar y mucho, pese a los brillantes trabajos de muchos especialistas locales en varias ramas del conocimiento.

Y en relación con esto último, la quinta idea que quería transmitirles inicialmente es que, teniendo en cuenta la evidente necesidad de interdisciplinaria en la aproximación al tema (a la que también hacían referencia el Dr. Campelo, el Dr. Canay) y que es la línea que, de nuevo acertadamente, se está proponiendo desde la Junta y desde la Udelar, se impone profundizar y apuntalar el desarrollo académico, algo que nos consta ya se está haciendo, para sentar definitivamente las bases del conocimiento sobre drogas sobre parámetros científicos, sólidos, centrados efectivamente en la Salud Pública (no como mera *declaración piadosa*), y también en la seguridad y en la protección de los derechos, en la inclusión, en la equidad, etc.

Entonces, recapitulando:

1^a- Avanzar en las regulaciones de sustancias hoy ilegalizadas, en base a los parámetros descritos.

2^a- Apoyar con decisión las políticas de R. de RR. y de R. de DD., incluidos los servicios de análisis de drogas, desde entidades públicas y también en coordinación con el tercer sector, bien financiadas y dotadas presupuestariamente.

3^a- Impulsar avances a escala latinoamericana, empezando, por ejemplo, por liderar proyectos sencillos y concretos de coordinación y comunicación.

4ª- Revisar materiales y programas para poder deconstruir más a fondo los presupuestos del *prohibicionismo* que siguen presentes en ellos.

5ª- Profundizar en el desarrollo académico, para sentar definitivamente las bases del conocimiento sobre drogas sobre parámetros científicos y sobre los pilares citados.

De verdad me parece que si hay un lugar en el que pueden tener espacio estas propuestas es la República Oriental. Y lo digo no sólo desde el más absoluto respeto, sino desde la más profunda admiración y hasta la cierta envidia que a un habitante español le genera la casi inigualable trayectoria de defensa de los derechos de este país, y también la calidad y la profundidad del debate político uruguayo.

Dicho esto, algunos breves comentarios al respecto de lo expuesto anteriormente en las ponencias. Quizá es útil caracterizar específicamente la Reducción de Riesgos; insistir en sus aspectos conceptuales, incluida su sociogénesis. Digamos que ésta aparece para abordar consumos *no necesariamente problemáticos en sí* (y como ahora también se acaba de mencionar, *consumo problemático* es un concepto mucho más amplio que *dependencia* o *adicción*, e incluye otros muchos aspectos). Es una estrategia cuyo nacimiento se suele establecer en los Países Bajos en torno a 1992, pero en la que el Estado español cuenta también con una experiencia de 25 años. Obviamente tiene un claro precedente en la *reducción de daños*, pero respecto a la que, en tanto que *paradigma* y en perspectiva histórica, tiene algunas diferencias, puesto que ésta, la de daños, había aparecido como necesaria respuesta a *consumos que sí eran problemáticos*, fundamentalmente asociados a la heroína en el caso español y europeo, o a la pasta base si nos atenemos al Cono Sur. Aunque la línea divisoria entre ambas perspectivas parece a veces difusa (y que a nivel internacional sólo se reconoce y utiliza el término “harm reduction” para todo) el paso que viene a dar la *R. de RR.* es el de trabajar con una mirada más preventiva que asistencial, para procurar que el consumo sea lo más informado y seguro posible.

Sus caracteres específicos podríamos resumirlos así:

El primero es que se trabaja para la educación en la responsabilidad, y que se ofrece un trato desde el respeto, desde la escucha y sin censuras; por supuesto, sin reproducir estereotipos, sin estigmatizar a nadie. Por cierto que

no hay tiempo para extenderse en esto, pero la expresión “personas consumidoras de drogas” hay ponerla en tela de juicio, porque lo somos absolutamente todas sin excepción. Lo adecuado no es hablar en tercera persona del plural, no *pensar* siquiera en esos términos planteando una falsa dicotomía que además genera barreras, sino siendo conscientes de que todas las personas somos consumidoras, de unas o de otras, legales o ilegales, y para muy diversos fines (sedación, estimulación, analgesia, evasión, psicodelia, etc.). La que corresponde al hablar de consumo de drogas es la primera persona del plural.

La segunda característica es que se hace una *prevención basada en el conocimiento*, ajustando por supuesto la *percepción de riesgo al riesgo real* y no magnificando éste, porque eso resulta contrapreventivo, y realizada desde la precisión farmacológica (lo que incluye el análisis de sustancias) y sin sesgos políticos en lo informativo. Por ello, no pocas veces se nos acusa infundada y muy demagógicamente de promoción del consumo.

Por cierto, que cuando nosotros intervenimos en un festival, la diferencia cualitativa para que la gente se acerque es que observa que le damos un servicio de análisis de drogas. ¿Por los resultados del análisis en sí? Por supuesto que éstos son importantes y cumplen un papel relevante en sí mismos, evitando intoxicaciones y sobredosis, y de hecho decenas de miles de personas cada año solamente en el Estado español hacen uso de estos servicios. Pero si se acercan al ver esto es porque es lo que nos diferencia claramente de otras instancias en las que la gente siente que se censuran sus actos y que además se le da una información sesgada, como suele suceder en la prevención, diríamos, “clásica”. En esas carpas contamos además de con folletos informativos, (sobre sustancias y también sobre leyes; les traje alguna muestra por si quieren llevarse y he dejado por supuesto algunos ejemplares al personal de la Junta), carteles de información sobre mezclas, algunos libros de nuestra biblioteca, preservativos, suero fisiológico, canutos para esnifar *personales e intransferibles* (para evitar contagios, por ejemplo, de hepatitis C o de otras muchas patologías) filtros de carbón activo, tapones de oídos, magnesio (para rigideces musculares...) un alcoholímetro homologado, una báscula de precisión y también los reactivos para hacer los controvertidos análisis. Todo eso necesita, como decía antes, de la financiación y de los medios técnicos adecuados.

La tercera característica es que está basada en la evidencia, hecho bien importante que se ha mencionado repetidas veces en estas ponencias. Y, también en la pedagógica porque, como ha sido expuesto antes, el “simplemente di no”, *en el caso de que fuera posible, y deseable*, pedagógicamente no funciona. Y además la R. de RR. es económicamente sensata porque se emplean métodos de muy alto impacto con muy bajo coste.

Por último, el cuarto rasgo, pero *esto es particularmente relevante*, todas las organizaciones de R. de RR. integradas en coordinaciones internacionales, cuestionamos las políticas y las prácticas que maximizan el daño, esencialmente por tanto las leyes predominantes, y buscamos proteger los derechos humanos y la salud de las personas.

Y es que hay que insistir en que la estrategia de la R. de RR. no constituye una *práctica sectorial sino una mirada integral*, y desde luego no se reduce a un “control de calidad” de drogas ilegales; en absoluto... Pero tampoco es una mera *asesoría* para paliar algunas de las consecuencias negativas de la *Prohibición* desde un punto de vista, diríamos, asistencialista; *parcheando* lo existente. Las organizaciones de R. de RR. trabajamos por trascender la situación actual y para reconstruirla en base a un modelo más sensato.

La buena noticia es que la sociedad va por delante de algunas instituciones y hasta de muchos profesionales, más veces de lo que quizá creemos, y que, cuando hay un mínimo espacio para el razonamiento, no confunde la necesaria “normalización” con la “banalización”.

Esto lo comprobamos a diario en los talleres que hacemos con madres y padres, por ejemplo, y esta conexión esta conexión me sirve para acabar coincidiendo con lo que también plantearon algunos expositores y expositoras sobre la importancia de lo educativo. La relevancia de este ámbito es difícilmente soslayable y, en todo caso, es siempre una línea prioritaria de trabajo. La principal potencia de nuestra Asociación, con esto acabo, está en el terreno formativo. Hacemos muchos talleres, lógicamente desde la propuesta de reconstrucción del conocimiento que les estaba planteando; talleres por supuesto con jóvenes, tanto de la educación reglada como más informales (realizamos incluso un juego de mesa educativo que también hemos puesto a disposición de la JND). Además, y esto es aún más importante, llevamos a cabo talleres con progenitores y sobre todo cursos destinados a educadores y educadoras

de todo tipo, porque creemos que es ahí donde mejor se puede trabajar desde el ámbito de las drogas hacia una transformación general por un mundo más justo y más sensato.

Una última apostilla, si me permiten... Las políticas de R. de RR. y de R. de DD.; las políticas valientes, salvan vidas. Nosotros lo vivimos en los años 80, con la mal llamada “crisis de la heroína”. Cuando se implementaron desde las instituciones medidas como limitar o incluso prohibir la venta de jeringuillas en las farmacias como estrategia para que la gente dejase de consumir, no sólo ésta no funcionó, evidentemente, sino que derivó en que se *compartieran las jeringuillas*, con la lamentable mayor extensión del VIH como principal problema, aunque no el único. Yo no recuerdo responsables institucionales españoles dando explicaciones, no digamos ya dimitiendo, por promover políticas que generaron miles de muertes evitables. Como les decía, las políticas valientes y honestas salvan vidas, y estoy más que convencido de que la República Oriental del Uruguay puede ser una vez más ejemplo de avanzada en este tipo de acciones. Gracias por escucharme.

Doctor en Medicina; psiquiatra; profesor agregado de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República; terapeuta cognitivo-conductual; magíster en Prevención y Asistencia de la Drogodependencia; director de la Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol (Unitra), del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República; y, actualmente, director de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Gracias, en primera instancia, por invitarme a participar de esta mesa. Todas las intervenciones que me precedieron yo creo que fueron muy claras en lo que tiene que ver con las definiciones de reducción de riesgos y daños. Yo quisiera, de alguna manera, profundizar un poco más, en forma breve, que hubo, en determinados momentos, cierta polémica o incluso se intentaba colocar como antagónico la posibilidad de trabajar con reducción de riesgo y daño y trabajar también por lo que sería el consumo cero o la abstinencia. Y yo creo que este tipo de aproximaciones son complementarias y, fundamentalmente, apuntan a poblaciones diferentes. Entonces, yo creo que ese antagonismo, supuesto antagonismo, no es tal, y, en los hechos, muchos de los que trabajamos desde una perspectiva, fundamentalmente, de abstinencia, muchísimas veces recurrimos también a lo que pueden ser políticas de reducción de daño.

Como ejemplo, por ejemplo, tenemos todo el tema de los opiáceos. Hoy no se habló mucho de opiáceos a nivel Uruguay; sin embargo, las cifras, de alguna manera, son preocupantes, porque el consumo de opiáceos aumentó en nuestro país. Nosotros, en los estudios que vamos haciendo en Emergencia del Hospital Pasteur, en el último estudio, que ya tiene cinco años, la tasa de consumo de opiáceos se había multiplicado por ocho. Y no se explicaba porque la persona hubiera recibido un opiáceo en la Emergencia, cosa que es de práctica frecuente frente al dolor agudo, sino por consumo de opiáceo previo a llegar a la Emergencia. Y, no sé la gente que está trabajando en clínica, pero en la prác-

tica clínica, por ejemplo, a nivel mutuo, es cada vez más frecuente el abuso de opiáceos que fueron indicados inicialmente por prescripción y después se transforman en una sustancia de abuso. Yo creo que este es un aspecto sobre lo cual vamos a tener que ahondar en la reducción de riesgos, sobre todo en el cuerpo médico, para la prescripción de opiáceos, y, como, de alguna manera, se va transformando de la prescripción terapéutica al consumo por abuso.

Yo creo que esta es un área en la que vamos a tener que profundizar los estudios para poder tener un diagnóstico más preciso, pero que seguramente ha sido un área de crecimiento, el del abuso de opiáceos. Desde el punto de vista de las políticas públicas, un aspecto en prevención es el interés por retrasar tanto como se pueda el primer contacto con las sustancias. Y, en ese sentido, esto yo ya lo he dicho previamente, creo que tenemos que revisar la edad mínima que habilita legalmente a comprar sustancias. Hay muchos países, en Latinoamérica también, que establecen como edad mínima para la compra, por ejemplo, de alcohol, los veintiún años, y nosotros, de alguna forma, como país, permitimos el acceso al alcohol y en marihuana, bueno, y también tabaco, a partir de los dieciocho. Quizás este sea un tema para ahondar, porque, como bien decía hoy más temprano el profesor Bernardi, a los dieciocho años el cerebro dista de haber completado su maduración. Entonces, yo creo que este es un aspecto sobre el cual tendríamos que poder armar algún tipo de debate, porque interesa, por supuesto, tratar de preservar la salud cerebral de nuestra juventud, y, desde ese punto de vista, quizás esto pueda tener algún tipo de sentido.

Respecto de las políticas de reducción de daño, yo creo que en el país ya se está trabajando, y se trabaja desde hace años, en política de reducción de daño. Esto no es una novedad. Hay muchísimos dispositivos que apuntan al trabajo, de alguna manera, de aproximación del sector que está más marginalizado; muchas veces por fuera del sistema de salud, muchos de ellos en situación de calle, y que, con distinto tipo de alternativas y dispositivos, se va logrando que esa gente, de alguna forma, comience a tener algún tipo de vínculo con los mecanismos de apoyo social o del sistema de salud, o ambos. Entonces, creo que ya existen políticas en este sentido, que quizás tengamos que ampliar, tengamos que, de alguna manera, apuntalar, pero yo creo que este tipo de políticas en general apunta al sector más vulnerable y desamparado de la sociedad, porque la mayoría de los usuarios que llegan a este tipo de dispositivos son

población de calle. Y creo yo que, perfectamente, la idea de reducción de daño para esta población es particularmente adecuada, sobre todo, y fundamentalmente, para aquellos usuarios que no están en condiciones o no están listos, o no quieren integrar un programa, directamente, de tratamiento para su trastorno por consumo.

Entonces, yo creo que una de las primeras aproximaciones, como, por ejemplo, puede ser la evaluación por un médico de primer nivel de atención para pesquisar estado de salud general: con hemograma con funcional hepático, con VDRL, con VIH, con marcadores de hepatitis; no le estamos pidiendo a la persona que deje de consumir, pero sí podemos detectar tempranamente algunas de estas condiciones que pudieran requerir tratamiento. Yo creo que eso es absolutamente positivo. Entonces, la idea es que ya se está trabajando en esto. No es nuevo. Podemos sí ampliarlo y reforzar aquellos dispositivos de reducción de daño, pero creo que ya es tradición en el país, y ya desde hace años, en este sentido. Nosotros no tenemos, como país, un problema con los usuarios endovenosos; en decir, en ese sentido, el reparto de jeringas, etcétera, acá no sería una prioridad, pero sí tenemos otro tipo de problemas, con un nivel de marginalización que provocan algunas de las sustancias de consumo, que implican, de alguna manera, comenzar lentamente a tejer un entramado social que haga que esas personas salgan de la situación de marginalidad.

En algún momento, en una de las presentaciones, se planteaba que es muy cierto que muchas veces las sustancias pueden cumplir un rol de automedicación. Desde el punto de vista del tratamiento, en general, lo que hacemos es abordar ambos problemas: el problema de salud mental que hay y el problema de consumo en forma simultánea. No hacemos primero uno y después el otro, tratamos de abordar los dos en forma simultánea. La experiencia nuestra en la Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol es de altísima prevalencia de trastorno depresivo, y en general siempre vamos a iniciar en forma simultánea el tratamiento de la dependencia de alcohol con el tratamiento del trastorno depresivo que tiene el paciente, u otros; en general esa es la dinámica con la que trabajamos. Para tratar de cerrar, una de las cosas que quería comentar es que es necesario combatir algunos mitos que tenemos a nivel nacional en materia de adicciones. Uno de los mitos es que la gente que no tiene o no cuenta con referentes no es candidato a tratamiento, porque sin apoyo y sin referente no se puede tratar. La experiencia nuestra dice lo contrario. Si nosotros

le pidiéramos a los usuarios de Unitra que tenga referentes, podríamos tratar solamente al 15 % de la gente que nos llega a tratamiento. Y lo que sucede es que después, a lo largo del tratamiento, es el propio grupo terapéutico que se transforma como referente para esa persona, los propios profesionales que trabajamos con ellos. Entonces, excluir a los que no tengan referentes de los programas de tratamiento yo creo que es muy dañino. ¿Es cierto que cuando hay referentes es más fácil trabajar?, sin duda, pero eso no implica que tengamos que excluir a la gente que no tenga referentes, porque de alguna forma es el propio equipo de trabajo, y sus compañeros, los que se transforman en referentes a lo largo del tratamiento

Y el otro aspecto que quería comentar. Hay un trabajo que está online, que lo produjo el NIDA, el National Institute on Drug Abuse, que habla de trece principios para el tratamiento eficaz en adicciones. Es un trabajo ya viejo, pero que cada tanto lo reactualizan. Y hay un punto en particular que creo yo que es interesante poder traer. Ellos plantean que un tratamiento eficaz en adicciones no tiene que ser necesariamente voluntario para que sea eficaz, que a veces el tratamiento no voluntario también puede ser eficaz. Y yo no estoy pensando en judicializar tratamientos, sino en la realidad de que muchísimas de las veces, cuando nos llegan pacientes a tratamiento, no es porque el paciente espontáneamente, simplemente, definió que tiene que tratarse. Muchas veces es la familia la que, de alguna manera, le implora a la persona que vaya a consultar; a veces es desde el lugar de trabajo; a veces, como en el caso nuestro en el Clínicas, son los propios refugios de Mides los que instan a que la persona vaya a consultar, después que ven que en dos, o tres, o cuatro oportunidades llegan intoxicados; y aun cuando esa persona inicialmente es muy ambivalente respecto a iniciar tratamiento, con estrategias de motivación muchas veces logramos retener a esas personas para tratamiento. Entonces no siempre el tratamiento inicialmente tiene que ser voluntario para ser eficaz. Muchísimas veces, la mayor parte de las veces, al inicio los tratamientos son ambivalentes, y, de alguna manera, está en la cancha del equipo terapéutico poder lograr mover la rueda de cambio que hoy muestran, para que la persona pueda tomar acciones y comenzar un tratamiento.

Doctor en Psicología, magíster en Psicología Social, profesor agregado del Instituto de Psicología Social, Facultad de Psicología, y director del Departamento de Ciencias Sociales y Humanas del Centro Universitario Región Este de la Universidad de la República.

Muchas gracias por la invitación, por estar aquí. Hace muchos años que no vengo aquí. Javier (Sánchez), te agradezco tu esperanza, pero creo que la cosa no es tan buena. Si bien estuvo muy bien el secretario, la presentación del secretario fue muy buena, las cosas no son tan así. Coincido con Raquel que hay muchísimo dicho sobre reducción de riesgos y daños, pero hay mucho para hacer, hay muchísimo por hacer. Yo les voy a contar una experiencia, porque mi trabajo es académico, pero esto se empezó con un trabajo de campo. El trabajo de campo que hicimos, lo hicimos coordinando con la Junta Nacional de Drogas, ya hace muchísimos años, cuando el centro de la movida nocturna en la ciudad de Montevideo era la Ciudad Vieja; era donde todos los pubs se movían permanentemente en la Ciudad Vieja, y los “patovicas”, es decir, los guardias de los bares, cada vez que alguien se emborrachaba o se pasaba de algo, simplemente lo agarraban y lo tiraban a la calle. Allí formamos un equipo de gente que eran estudiantes avanzados, que a mí me tocaba supervisar. Teníamos una toxicóloga que los apoyaba en la Junta Nacional de Drogas, y una emergencia médica que fue la única que estuvo dispuesta a apoyarnos, vale que diga el nombre, fue la 1727, porque las demás emergencias no querían apoyarnos. Y con ese equipo lo que hacíamos era montar gente caminando por la calle y recuperando a los que estuvieran en situaciones, llamémosle, límites. Usábamos equipos y guantes azules, por eso nos decían “los del pedo azul”, porque andábamos siempre caminando entre la calle con esos equipos, porque terminábamos vomitados y llenos de sangre.

La primera estrategia que hicimos fue atender a estos usuarios en esas situaciones problemáticas, y, fundamentalmente, a su entorno, porque la movida

nocturna estaba saturada de mitos, con muy buena voluntad, que no hacían más que agravar las situaciones. Por ejemplo, cuando se pasaban de alcohol, darles una línea de cocaína; cuando estaban acelerados con cocaína, darles alcohol para que bajen, lo cual invitaba al cocaetileno. Después, cuando empezaban a hacer convulsiones por estas mezclas, los amigos no encontraban nada mejor que agarrarlos, que apretarlos, entonces terminaban golpeando contra el piso y sangrando, o para quitarles el alcohol, lo que hacían era colocarles hielo en los testículos y ese tipo de actividades. Entonces, lo que hicimos fue trabajar permanentemente en la calle, atendiendo a estos pacientes, pero además con una actitud pedagógica con los que rodeaban al paciente. Entonces, les llevábamos frazadas, les explicábamos que cuando estaban así tenían que estar abrigados, que no podían meterle hielo, que no convenía mezclar ambas cosas al mismo tiempo, que cuando empezaban a convulsionar tenían que buscar que no golpeen contra nada, que no los aprieten. Y esta experiencia duró cerca de dos años, después con una ONG que se hizo la Carpa de Achique, que se hizo en los recitales. Funcionaba también como un hospital de campaña dentro de los recitales, no éramos los del “pedo azul” que andábamos caminando por la calle, eso era un hospital de campaña que teníamos en los recitales. Con el tiempo, lo que fue sucediendo fue que ya no quedaban estos usuarios en esas condiciones en las calles, porque se transformó en parte de la cultura nocturna de la calle. Ya no les echaban... dejaron de echarles hielo, dejaban de apretarlos, los abrigaban. Durante los dos años que esto funcionó, funcionó así.

Me interesaba señalar esto porque reducción de daños es reducción más allá de la reducción médica del daño, lo cual implica un trabajo que va más allá de los propios usuarios en situaciones problemáticas. Y tengo la certeza... o sea, no tengo los datos aquí, pero tengo la certeza, que la mayor parte de los daños que hay asociados al uso de drogas no tienen que ver con adicciones. Esto no implica que no haya adicciones. Creo que hay muchísimo más daños asociados con el producto de droga, con cosas que no son adicciones. Y algunas veces estos daños se los estamos produciendo performativamente (y disculpen que use la palabra técnica), lo estamos produciendo en la realidad, con la forma que denominamos las cosas, porque ¿alguien puede definir exactamente qué es una droga y discriminarlo de otras sustancias? Mi hipótesis es que la droga es aquello que hace mal y que consume el otro, que es un plano de otredad. ¿Con qué criterio podemos llamar droga al clorhidrato de cocaína y no a la sacarosa?

Creo que lo que hay ahí son tradiciones semióticas que lo que hacen es instituir una forma de traducción de la diferencia, y creo que en esto estamos performativamente potenciando esa diferencia.

Este trabajo que hacíamos en la Ciudad Vieja necesariamente es metadisciplinario, yo no lo llamaría interdisciplinario sino metadisciplinario, porque con el tiempo nos fuimos olvidando de que éramos psicólogos, médicos, enfermeros o incluso hasta cirujanos (porque hubo que coser a más de uno), porque teníamos que trabajar entre todos. Y después hay una cosa nomás que me gustaría señalar, Los folletos, estos que enseñaba Raquel por sí solos no sirven para nada, si no están articulados a un montón de cosas más junto con el folleto. Es más, cuando hacíamos los primeros folletos teníamos dificultades porque cuando contenían instrucciones para preparar una pipa de agua, nos acusaban de hacer apología del consumo, pero al mismo tiempo les daban instrucciones para como no quemarse con el cigarro, lo cual era una contradicción, lo que mostraba cuáles eran los juegos que había ahí. Algo que me gustaría señalar es que la palabra legal o ilegal implica necesariamente ley, no licitud o ilicitud. Lo legal o lo ilegal tiene que ver con lo que regula la ley. La ley no regula objetos, regula acciones, por eso no hay sustancias legales o ilegales, lo que es legal o ilegal es lo que se hace con las sustancias. Y creo que al nombrarlas como legales o ilegales lo que estamos haciendo es instituir una división que es ficticia. Es más, en el Uruguay, el uso de las sustancias no es legal, está regulado; no es legal o ilegal, está completamente regulado, desde las benzodiazepinas al tabaco. ¿Cuáles son los criterios de regulación de estos usos? Cosas que se discuten políticamente, son diferentes formas de regulación, pero están regulados, no están prohibidos. Muchas gracias.

Trabajadora Social, miembro fundadora de la asociación civil Intercambios, docente e investigadora de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y Universidad Nacional de Moreno, coordinadora de proyecto de reducción de riesgos y daños en contextos de vulnerabilidad social.

Para mí ha sido muy provocador e interesante las presentaciones de todos los expositores. Fui bastante meticulosa tomando nota... No para ir contestando una a una a las presentaciones, pero sí que me permitan, de alguna manera, ir componiendo unas ideas, quizás, complementarias a lo que les expositores fueron presentando y comentando. Y la primera cuestión que me convoca, fue pensar en dos dimensiones para pensar estas intervenciones o estas políticas de reducción de riesgos y daños. La primera de ellas es una dimensión política, que implica pensar la dimensión política de la reducción de riesgos y daños. Y pensar en esa dimensión política me parece que se ata indudablemente a pensar una perspectiva antipunitivista respecto de los consumos, respecto de las sustancias, y antiprohibicionista. Y eso me parece que es un punto de inflexión, porque si no, el riesgo es que la reducción de daños sea ganada por cierta razón instrumental, por cierta fuerza de los instrumentos, mucho más que su dimensión de los sentidos, de la perspectiva y su sentido, insisto, político.

Y, por otra parte, como el debate de la jornada de hoy tenía mucho que ver con pensar las políticas públicas, las presentaciones de los expositores me provocaron pensar en una pregunta, recuperando un poco esta dimensión política, para pensar quién es el sujeto de las políticas públicas. Y ahí, me parece que toda política pública expresa siempre una lucha por las interpretaciones de las necesidades. Y que esa lucha, por cómo es interpretada la necesidad social, por cómo se define, y luego... recién luego de cómo se interprete, de cómo se define, como se aborda, es una cuestión política. Y, entonces, si pensamos en quién es este sujeto que reclama la necesidad de las intervenciones en clave de reducción de riesgos y daños,

no puedo más que alertar sobre cierta construcción que este sistema hace de los usuarios de drogas como personas infantilizadas, como personas a las cuales se las culpabiliza por su consumo, personas que se las desresponsabiliza de ese consumo. Y, entonces, de alguna manera, esta construcción que se hace del sujeto usuario de drogas, y, en todo caso, que es el sujeto que reclama una política, me parece que en alguna medida puede explicar cierta demora que en muchos casos hay de integrar a la reducción de daños como una necesidad, e integrarla como una necesidad de las políticas públicas.

Y a mí me parece que eso ata, indudablemente, a pensar el sentido sobre todo de las disciplinas, sobre todo de los técnicos, sobre todo de quienes intervenimos en lo social, de quienes intervenimos en el campo de las políticas públicas, en, de alguna manera, hacer jugar en nuestras intervenciones un conjunto de instrumentos, sin que pierdan esos instrumentos su capacidad de politizar esas prácticas, de ubicar al padecimiento de un sujeto en el marco de los padecimientos sociales, en pensar, dicho incluso en palabras de algunos de los expositores, la participación de los propios usuarios, y en promover activamente la palabra de los propios usuarios en la definición de las políticas. No solamente ser considerados, de alguna manera, “clientes” o “beneficiarios” (lo digo como muy entre comillas) de las políticas, sino también como un sujeto que tiene que ser considerado en su palabra y en su voz en el diseño de las políticas.

Y la otra cuestión que me parece ahí interesante de revisar, o que me provocó pensar algunas de las presentaciones que hicieron los expositores, es ciertas exigencias que también viene de pensar la implementación de la reducción de daños en el campo de las políticas, y cierto reclamo que muchas veces hay en términos de pensar a la reducción de daños de manera integral, y pensarla multisectorialmente, multidisciplinariamente. Y yo no puedo más que preguntar ¿cuándo construimos la idea de que esa es una exigencia que hay que hacerle a la reducción de daños, y que esa no es una exigencia necesaria o una condición también para, por ejemplo, las prácticas abstencionistas? Entonces, me parece que ahí hay algo que es medio tramposo, y que también opera muchas veces, digamos, como demora, porque no podemos avanzar en la reducción de daños, porque la reducción de daños (por lo menos es un debate en nuestro país) debería ser integrada a otras políticas.

Personalmente, no creo que sea un atributo que se le tenga que pedir a la reducción de daños, sino que, en todo caso, se le tiene que pedir a las políticas de drogas en general, y a una forma de pensar esas políticas de drogas. Y mien-

tras tanto eso sucede, y acá apelo un poco a Fernando Ulloa, porque también muchas de las presentaciones, sobre todo la de Raquel (Peyraube) me parece que apelan a pensar el camino de lo posible. Y ahí me meto, entonces, en la otra dimensión, que me parece importante señalar, de lo que sería la reducción de daños (hasta ahora hice una mención más de esa dimensión política), que tiene más que ver con pensar la dimensión instrumental. Y esa dimensión instrumental es un poco aquello que podemos o somos capaces de componer en el mientras tanto, algo que transforma a nivel del sistema; esa integralidad va tomando cuerpo y es algo que sucede en un modo de componer las intervenciones en un al mismo tiempo. Me parecía interesante pensar en esta dimensión de la construcción de lo posible, que, de alguna manera, nos interpelaba, sobre todo la presentación de Raquel. Y para mí la construcción de lo posible tiene mucho que ver con la construcción de lo situado, con un pensar situado, que es pensar siempre en tres claves que tienen que ver con la singularidad de las situaciones, con la construcción colectiva de los saberes en torno a las situaciones, y con la responsabilización de “todes” quienes formamos parte de esa situación, por involucrarnos en la transformación de esa situación.

Hay algo que me interesa también pensar en clave de instrumentalidad. Es el reconocimiento de cierta fragilidad común que tenemos que hacer, sobre todos los técnicos en relación a los usuarios. Hay algo ahí de una vulnerabilidad común, nos diría el maestro Antonio Nery Filho, y me parece que ese reconocimiento de una fragilidad, ese reconocimiento de una vulnerabilidad común se convierte también en una opción o un camino para pensar la intervención. Y en esta instrumentalidad, dos cosas más quisiera señalar, que es algo en relación a una ruptura con el modo más histórico en que este tema o este campo del uso de drogas se viene pensando, que es romper siempre con la idea de lo uno. Muchos de los debates que se han construido en torno al campo de los usos de drogas, se han construido en base a pensar una respuesta o, en el mejor de los casos, a construirla dicotómicamente; o es reducción de daños o es abstencionismo; o es una cosa o es la otra.

Y ahí a mí me parece que lo interesante de una construcción, de un pensar situado, en el campo más de la instrumentalidad, nos debería llevar a pensar un poco más en una lógica de lo múltiple. Lo uno, incluso lo dicotómico, es por definición lo anticomplejo, y muchos aquí en sus presentaciones hicieron una apelación a la complejidad o al reconocimiento de la complejidad del fenómeno de las drogas.

Entonces, si reconocemos esa complejidad, ni lo uno, ni lo binario, ni lo dicotómico es una construcción posible para la intervención, sino más bien que hay que entrar en esa lógica de lo múltiple, que es no buscar una solución; no tenemos una única interpretación sobre los problemas. No hay que asumir que hay un único camino, no se le puede pedir todo a un único cuerpo. De alguna manera, hago propia la frase de Deleuze que dice “lo múltiple hay que hacerlo”. Lo múltiple no es una definición, lo múltiple es una práctica, que hay que hacerla.

Y lo último, en todo caso, que también quisiera traer en clave de pensar lo instrumental, es que esa instrumentalidad - así como si pensamos la definición política -, la pensamos en clave de un antipunitivismo o antiprohibicionismo, en clave de pensar la reducción de daños desde su dimensión instrumental, lo vamos a hacer en clave de pensar cierto orden del cuidado del otro. Y ese cuidado, lo pienso (ahí hago un poco un guiño intencional a Mauricio Macedo, de Brasil)... y pensar en ese modo de concebir el cuidado tal como nos lo propone ..., que nos lo propone como un acontecimiento y no como un acto hacia el otro. Y la diferencia en pensar el cuidado como un acto o como un acontecimiento se apoya en esa construcción relacional posible. El cuidado como un acto es el cuidado que uno realiza sobre un otro; el cuidado como acontecimiento es una construcción relacional entre quienes cuidan y entre quienes son cuidados. Y en ese modo de cuidarse, de quienes cuidan... y en esa relación, y en ese vínculo, se construye una otra forma. Entonces, ese modo de pensar el cuidado como acontecimiento me parece que pone en primer lugar, de vuelta, la figura de los usuarios de drogas como protagonistas de ese acto, de ese acontecimiento del cuidado.

Y lo último quisiera decir una reflexión que me convoca algo que estuvo presente en muchísimas de las presentaciones que hicieron, que tiene que ver con la exigencia de la evidencia científica. Yo creo que sería como absurdo absolutamente negar la importancia de la sistematicidad, de la evaluación, de la transferencia de datos, de la transferencia de experiencias, pero también hacer un llamado a la no neutralidad de la ciencia. La ciencia no es neutral, y, entonces, muchas veces, la aplicación de ciertos métodos y la aplicación de ciertos instrumentos para medir, para evaluar, no está ajena a una discusión sobre el poder, no está ajena a una discusión sobre cómo, de alguna manera, los medios socioculturales de interpretación y de comunicación, en palabras de Fraser, condicionan los modos que tenemos de nombrar y los modos que tenemos de abordar algunos problemas. Muchas gracias.

Lic. Roberto Gallinal Uruguay

Licenciado magíster en Trabajo Social, especialista en usos problemáticos de drogas, cuenta con una trayectoria amplia como docente nacional a internacional en la temática en diferentes ámbitos públicos y privados; es exprofesor del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República; exdocente del Diplomado en Políticas Públicas y Drogas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso); ha participado como docente tutor de personal sociosanitario de España y América Latina para el abordaje de poblaciones de alta vulnerabilidad, en particular migrantes, y dispositivos abiertos, en el marco del Plan Nacional de Drogas de España y el Centro de Formación de la Cooperación Española (Aecid); ha participado como capacitador en distintas propuestas junto a la Secretaría Nacional de Drogas, en particular, tutor en cursos del Consejo de Formación en Educación de la Administración Nacional de Educación Pública; es presidente y coordinador del Área de Tratamiento Comunitario en la asociación civil Encare.

Buenos días. Antes que nada, muchas gracias a la Secretaría Nacional de Drogas por la invitación. Es un gusto para mí estar de vuelta, hace mucho tiempo que no estoy por acá, como muchos de ustedes, encontrándome con gente de muchos años. Yo estoy también en el tema desde el año 86, otro viejo en estas ideas, debates y demás. Centré mi trabajo en ir comentando los aportes que fueron haciendo los panelistas que me precedieron. Entonces, no voy a trabajar sobre mi experiencia de trabajo, sino sobre lo que yo fui escuchando, y, a partir de ahí, las cosas que me parece importante anotar. Primera cuestión, me pasa lo siguiente: que por momentos entro en una dicotomía. Yo soy una persona que está muy convencido de los posicionamientos de Uruguay. Me siento cada vez más uruguayo, cada vez que escucho a alguien de las políticas uruguayas. Hoy me conmovió el doctor Radío en su exposición, por su pureza conceptual, por su mirada del hombre. Como siempre que me pasa que vengo a esta casa y escucho al doctor Leonardo Costa (en adelante, a todas las secre-

tarias) y digo “*vamo arriba*, este es el Uruguay, esto es lo que yo quiero, y esto yo cuento”. Desde ese lugar, yo me paro para mirar las políticas públicas en relación al tema drogas, y qué aportes puede hacer uno frente a estas miradas. Pero mientras siento eso y digo yo estoy acá, soy parte de esto, porque soy parte y me considero que he sido parte del debate histórico del país en esta transformación que hemos ido haciendo, me pasa una cosa que en un momento siento un quiebre, y es cuando todo este aporte, estas posiciones políticas que emanan de la Secretaría Nacional de Drogas se traducen, y ahí caemos en un agujero negro. Y este agujero negro me lleva a replantearme cómo sigue esto, cómo conecto el discurso, los posicionamientos de Uruguay a nivel nacional, a nivel internacional... He participado muchas veces en instancias internacionales defendiendo, acompañando y poniendo las posiciones de Uruguay y realmente son muy válidas, desde mi lugar... poca duda. Pero, cuando miro esto, empiezo a ver cómo se instrumenta, y políticas sin financiación no puede haber.

Por lo pronto, el primer agujero negro es que muchas veces los debates quedan en debates, las propuestas quedan en propuestas, los escritos quedan en escritos. Y cuando se traduce a esa política, lo poco que hay y los presupuestos que hay se terminan traduciendo muchas veces en lo contrario a lo definido, lo contrario al supuesto conceptual y la definición política conceptual que tiene el órgano rector de las políticas de drogas, como es la Secretaría. Y ahí me empiezo a cuestionar, me empiezo a cuestionar por qué, qué es lo que sucede. Pero, bueno, ya este cuestionamiento... aprendí, crecí con él, ya tengo treinta años de trabajo en el tema. Entonces ya no me desespera, sino que me invita a seguir proponiendo cuestiones, políticas y prácticas y demás. El doctor Radío hoy dijo “tenemos que entender y aceptar el deseo a no dejar de consumir”. Esta postura es el eje vertebral de cualquier proyección, cualquier diseño de política que se haga; porque si yo no entiendo esto, no estoy entendiendo la realidad de los seres humanos que están siendo abarcados y comprendidos por la política de drogas. Para poder escuchar, para poder entender, para ver sus deseos; porque el deseo en cualquier propuesta de intervención terapéutica es una parte casi fundamental. Para mí es fundamental, le doy matices, porque hay otras miradas con otros condimentos.

Entonces, esta frase del doctor Radío creo que nos ayuda a reubicarnos permanentemente. Aprender a reformular las preguntas. Nos tenemos que pre-

guntar (como decía la doctora Raquel Peyraube) que el 10 % de los usuarios están preparados para dejar de consumir. Y si yo valientemente no me hago esa pregunta y conecto lo que la doctora Peyraube dice, ¿qué hacemos con el 90 %? ¿Desde qué oído, desde qué mirada, desde qué propuestas instrumentales yo voy a trabajar con ese otro 90 %? Estamos trabajando con el 90 %, sí, pero estamos trabajando desde miradas que muchas veces no tienen nada que ver con esta mirada - yo no me animo a llamar *paradigma* - yo prefiero llamarle *mirada* de reducción de riesgos y daños, todavía creo que faltan algunas cosas para que sea un paradigma real, pero es el debate.

Entonces, ¿qué hacemos con ese 90 %? Nos tenemos que preguntar qué prácticas vamos a hacer, porque las que venimos haciendo, las que venimos diseñando, las que venimos instrumentando y las que el Estado paga (paga, y paga mucho a pesar de la pobreza) no están dando los resultados esperados. Porque cuando el Estado define estas políticas, yo tengo que preguntarme quién las va a instrumentar. Entonces, ¿qué hace Salud Pública?, ¿cómo instrumenta Salud Pública esto en los territorios, estas políticas? Conozco los diagramas, conozco las propuestas, de los papeles, pero también conozco... hace veintidós años que estoy trabajando en la zona de Camino Maldonado, todo el eje de la zona este de Maldonado... de Montevideo, básicamente con nuestro centro, en Flor de Maroñas, donde yo hace tres años que no podemos conseguir un psiquiatra, donde derivación a cantidad de lugares resultan muy difíciles. Entonces me pregunto, nos preguntamos, nos tenemos que preguntar: ¿cómo estamos instrumentando esas políticas? Es verdad, hay realidades, está difícil cubrir espacios dentro de la salud. El tema de la plata está también.

Pero también tengo que preguntarme cuando los usuarios de centros asistenciales públicos entran y salen una vez y otra vez. Y quieren entrar de vuelta, y piden ayuda, y les seguimos proponiendo lo mismo. “Anotate, te van a llamar, reunión para tal fecha”, y el mismo protocolo, y la misma pauta de ingreso, y la misma propuesta, y al mismo tiempo con un discurso de reducción de riesgos y daños, pero la práctica termina al minuto, y es percibida por los usuarios... hay una propuesta abstencionista por detrás, y de las más rigurosas, e instituciones que tienen un discurso que convalidan estas propuestas. Está claro. Entonces, son preguntas que nos tenemos que hacer. Y el doctor Radío dice, bueno, “vamos a preguntarnos, animémonos a aprender a reformular las preguntas”. Claro que sí. Las tenemos que reformular, pero entre todos, los

decisores de políticas, los diseñadores de políticas, los que ponemos e instrumentamos las prácticas. Entre todos. Claro, son políticas complejas porque, como están caracterizadas por la incertidumbre y por lo no esperado, a veces tenemos que atravesar por lugares no conocidos, y lo no conocido nos da temor a todos; da temor al que la diseña la política y al que la instrumenta, y en el medio, todos.

Entonces, esto lo tenemos que reconocer: la incertidumbre. Es más fácil adherir a propuestas que supuestamente son menos temerosas, propuestas mucho más abstencionistas, que son menos temerosas; la propuesta es única, no entra en debate, aquí cada paso entra en debate porque implica confrontación con el usuario, confrontación con el núcleo de referencia, confrontación con su contexto social del momento. Entonces, aquí, obviamente, que es difícil generar estas políticas, estas prácticas, pero acordamos con ellas, pero instrumentarlas... Y, al mismo tiempo, son protectoras... mejor dicho, estas propuestas, tengamos claro que no son protectoras para las instituciones. ¿Por qué? Porque no protegen teóricamente. Porque implica que el personal técnico de los lugares, tiene que transitar por nuevos espacios, por nuevas formas de ejercer el poder, por nuevas formas de ejercer su disciplina, por nuevas formas del vínculo con el usuario, y yo lo tengo que aceptar, y, por lo pronto, deja de ser protector, en primera instancia. ¿Por qué? Porque me hace transitar por lugares no conocidos, y me genera incertidumbre.

Entonces, eso lo tenemos que tener presente. Y eso requiere de formación. Las políticas de reducción de riesgos y daños requieren de altísima formación no solamente en lo conceptual y en lo metodológico, sino de altísima formación en cosas no específicas como, por ejemplo, el cómo estar, y la formación no es un yo, cara a cara, con una computadora, es un yo con el otro, y con la experiencia arriba de la mesa, la experiencia como forma de análisis, como forma de procesar el nuevo conocimiento.

Evidentemente cuando hablamos de las políticas y las prácticas de reducción de riesgos y daños, estamos hablando de Derechos humanos. Me parece importante... lo daba por sentado, pero no, son políticas donde tiene los Derechos Humanos en la cúspide, y desde ahí tenemos que seguir pensando los derechos de los usuarios a decir que no, a decir "ni" también, esto sí y esto no. ¿Está claro?, aceptar este tipo de cosas. Los Derechos Humanos a que este

usuario tenga consumos en intermitencia, a que este usuario vuelva muchas veces casi al mismo lugar de partida. Claro que esto produce frustración, dolor y muchas cosas más a los equipos que trabajamos en todo esto, pero debemos trabajarlo, tomarlo como aprendizaje. Son oportunidades, oportunidades para el crecimiento, para el diálogo, oportunidades para encontrar e ir más allá.

Uruguay no cambió de paradigma, la doctora Peyraube lo dijo muy bien, Uruguay tiene el deseo de estar posicionado en un paradigma. Uruguay hizo una muy buena, excelente, excepción en relación con el tema del cannabis, pero el paradigma está enunciado, no está transformado. Pero también saber que Uruguay cuenta con toda la comunidad que está en esto para seguir transformando en conjunto estas políticas. Entonces, como salir de la expresión del deseo a la realidad. Es un desafío que, yo diría - voy a usar una palabra - que amorosamente entre todos tenemos que construir. Cuando digo *amorosamente* es desde el lugar del honesto intercambio, del honesto aprendizaje que estamos haciendo, porque lo estamos haciendo, porque esto requiere de aprendizaje constante, porque esto requiere de transformación, porque los contextos socioculturales están en transformación permanente, y yo tengo que anclar estas políticas en procesos de transformación constante, y esto requiere aprendizaje.

El video del evento está disponible en el canal de Youtube de la JND: <https://youtu.be/gbmkmHCcjeg>



Uruguay
Presidencia



**Junta Nacional
de Drogas**
Salud, Libertad y Solidaridad