

DEBATES EN DROGODEPENDENCIAS

LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES BASADA EN LA EVIDENCIA

10 de Mayo de 2018
Facultad de Medicina y Odontología. Universitat de València



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA
REGIDORIA DE SANITAT, SALUT I ESPORTS



UPCCA
VALENCIA



IUVS
Institut de Informació e
Investigació Social y Sanitària

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

DEBATES EN DROGODEPENDENCIAS

LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES BASADA EN LA EVIDENCIA

Dr. D. Luis Alfonso Bello

Médico psiquiatra y especialista en adicciones y salud pública
Asesor regional de la Organización Panamericana de Salud

Valencia, 10 de Mayo de 2018



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA



ingenio
CSIC-UPV
Instituto de gestión de la innovación
y del conocimiento

Editores:

Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Luis Alfonzo Bello

Rafael Aleixandre Benavent

Agradecimientos:

Lourdes Castelló Cogollos

Andrea Sixto Costoya

Edita:

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

Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD)

Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes

Ajuntament de València

ISBN: 978-84-9089-135-3

Imprime: Martín Impresores SL

Depósito legal: V-2404-2018

Índice

Bienvenida	3
Dr. D. Francisco Javier Chorro Gascó Decano de la Facultad de Medicina y Odontología Universitat de València	
Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral Jefe de Servicio de Drogodependencias Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-Valencia) Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD) Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes Ajuntament de València	
Presentación	6
Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (CSIC-Universitat de València). Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (Universitat de València-CSIC).	
Conferencia	8
“La prevención de las adicciones basada en la evidencia”	
Dr. D. Luis Alfonso Bello Médico psiquiatra y especialista en adicciones y salud pública Asesor regional de la Organización Panamericana de Salud	
Debate	25
Moderadores: Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent	
Preguntas: Los asistentes	
Respuestas: Dr. D. Luis Alfonso Bello	



Bienvenida

Prof. Dr. D. Francisco Javier Chorro Gascó

Decano de la Facultat de Medicina y Odontología
Universitat de València

Buenas tardes a todos.

Vamos a dar comienzo a este **Debate en Drogodependencias** que lleva por título **“La prevención de las adicciones basada en la evidencia”**.

Como Decano les doy la bienvenida a este Salón de Grados de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universitat de València y expreso mi agradecimiento a los doctores Rafael Aleixandre y Francisco Bueno por la organización de estos Debates que aportan conocimientos científicos en un tema tan actual y tan importante como las drogodependencias.

La información, la formación y la difusión de los conocimientos científicos tienen en la actualidad una gran relevancia académica y social. El formato que están ustedes desarrollando en estos Debates sobre Drogodependencias, con la exposición de un tema de actualidad por parte de un reconocido experto y el posterior debate de los temas candentes sobre el mismo por los profesionales de ciencias de la salud y de la educación asistencial, es dinámico y muy útil para contrastar opiniones, resolver dudas y plantear cuestiones que tienen interés para un futuro desarrollo. Les animo a seguir organizando este tipo de actividades académicas.

Le doy la bienvenida también al Dr. Luis Alfonso Bello, Médico psiquiatra y especialista en adicciones y salud pública y Asesor regional de la Organización Panamericana de Salud como ponente de este Debate, a la vez que agradezco su participación en el mismo.

Deseo que este Debate sea útil y provechoso para todos ustedes y les reitero mi agradecimiento por su presencia.



Bienvenida

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

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

Muy buenas tardes y bienvenidos a este **Debate en Drogodependencias “La prevención de las adicciones basada en la evidencia”**.

Muchas gracias por vuestra asistencia.

En primer lugar quiero disculpar la ausencia de Dña. Maite Girau Meliá, Regidora de Sanitat, Salut y Esports del Ajuntament de València, que por obligaciones inexcusables surgidas a última hora no nos puede acompañar esta tarde en este Debate.

En segundo lugar agradezco al Prof. Dr. D. Francisco Javier Chorro Gascó, Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, Catedrático de Universidad, en el área de conocimiento de Medicina y Decano de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universitat de València su asistencia a este Debate. Es para mí un honor y una gran satisfacción como médico que me he formado en esta Facultad, que su actual Decano esté con nosotros esta tarde participando en el Debate en Drogodependencias. Muchas gracias Sr. Decano.

Agradezco al Dr. D. Luis Alfonso Bello, que es médico psiquiatra y especialista en adicciones y salud pública, y Asesor regional de la Organización Panamericana de Salud, su amabilidad para aceptar participar en este Debate.

El Dr. Luis Alfonso trabaja en Washington y ha venido a España esta semana para participar en el “XX Seminario Iberoamericano sobre Drogas y Cooperación: 20 años compartiendo y aportando soluciones desde la sociedad civil”, organizado por la Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogas y adicciones (RIOD) y financiado por la Delegación del Gobierno de España para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Teniendo conocimiento previo de su estancia en España, le invitamos a venir a Valencia para que participara en este Debate en Drogodependencias y que nos expusiera sus puntos de vista sobre la situación actual de la prevención de las adicciones. Agradezco al Prof. Dr. Juan Carlos Valderrama Zurián su implicación y generosidad para la realización de este Debate.

Igualmente agradezco al Prof. Dr. Rafael Aleixandre Benavent la continua colaboración con el PMD/UPCCA-València en todos los temas incluidos en el Convenio de Colaboración anual entre el Ayuntamiento de Valencia y la Universitat de València, pues la información, la investigación y la difusión permanente de los conocimientos sobre un tema tan dinámico como el de las adicciones, es fundamental para todos los profesionales de ciencias de la salud, de la educación, etc.; así como para los ciudadanos en general.

BIENVENIDA

Como cada vez que iniciamos un nuevo Debate en Drogodependencias, me veo obligado a recordar como surgieron estos Debates, sobre todo para información de los nuevos asistentes, que no han venido a los anteriores. Lo explico brevemente. Estos Debates surgieron hace años por el creciente interés profesional por las adicciones en general y por las drogodependencias en particular, y por la necesidad de encontrar un foro reducido y cómodo, donde los profesionales que están trabajando en estos temas pudiesen aportar sus experiencias laborales; así como los profesionales asistentes pudieran formarse en temas puntuales relacionados con las diferentes conductas adictivas y debatir sobre el tema elegido para cada uno de los Debates, que versan sobre asuntos de actualidad en adicciones tanto con sustancia como sin sustancia. Espero que a lo largo de los años hayamos cubierto las expectativas de todos los profesionales asistentes a los Debates en Drogodependencias, así como los que no habiendo asistido hayan podido leer los mismos en las publicaciones que hemos realizado y que las podéis consultar y descargar en formato pdf en la Base de Datos, apartado Publicaciones del PMD del Centro de Documentación sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos “Dr. Emilio Bogani Miquel”, www.cendocbogani.org.

Muchas gracias a todas y a todos por vuestra asistencia.



Presentación

Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent

Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (CSIC-Universitat de València). Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (Universitat de València-CSIC).

Buenas tardes y bienvenidos a esta nueva edición de Debates en Drogodependencias que habitualmente se desarrollan en la Sala de Conferencias del Palacio de Cerveró de la Universitat de València bajo los auspicios del Plan Municipal sobre Drogodependencias (PMD) / Unitat de Prevenció Comunitària en Conductes Addictives (UPCCA-València) de la Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes del Ajuntament de València y la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria-UISYS (Consejo Superior de Investigaciones Científicas-Universitat de València).

En esta ocasión por estar ocupada dicha Sala de Conferencias, nos hemos trasladado a este Salón de Grados de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universitat de València. Por lo que agradezco doblemente a su Decano el Dr. Francisco Javier Chorro Gascó, primero por las facilidades que nos ha otorgado para celebrar este Debate y segundo por su presencia en el mismo, a pesar de sus múltiples ocupaciones como Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valencia y como decano de la Facultad de Medicina de la Universitat de València. Muchas gracias Javier por acompañarnos en este Debate.

Me corresponde a mí presentar al Dr. Luis Alfonso Bello que tiene una amplia y exitosa carrera profesional.

Luis Alfonso Bello es Doctor en Medicina y Cirugía y especialista en psiquiatría de las adicciones y salud pública por la Universidad Central de Venezuela.

En la actualidad es Asesor Regional sobre Consumo de Sustancias en Salud Pública en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ha desarrollado una amplia trayectoria profesional en actividades docentes y en cargos de organismos nacionales e internacionales, que paso a enumerar brevemente:

- Fue Coordinador Nacional del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela desde el año 1999 hasta el año 2002.
- Fue Profesor Instructor de la Cátedra de Salud Pública en la Universidad Central de Venezuela en Caracas del año 2003 hasta el año 2006, donde impartió asignaturas como: “La psiquiatría infanto-juvenil” debido a su formación como psiquiatra. También pero impartió docencia sobre “Problemática del uso de sustancias psicotrópicas” en el Curso de Especialización en Derechos de los niños niñas y adolescentes en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas.
- Fue Profesor en la Maestría Iberoamericana en Drogodependencias del año 2004 a año 2007.

PRESENTACIÓN

- Fue Especialista de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y de la Organización de Estados Americanos (OEA) desde el año 2006 hasta el año 2012, siendo además Asesor a los Estados Miembros en materia de políticas públicas y programas de reducción de la demanda de drogas.

Doy las gracias al Dr. Luís Alfonzo por su presencia en este Debate en el que nos va a hablar sobre “La prevención basada en la evidencia”.



CONFERENCIA

LA PREVENCIÓN BASADA

EN LA EVIDENCIA

Dr. D. Luis Alfonso Bello

Médico psiquiatra y especialista en adicciones y salud pública
Asesor regional de la Organización Panamericana de Salud



Conferencia

Dr. D. Luis Alfonso Bello

Médico psiquiatra y especialista en adicciones y salud pública
Asesor regional de la Organización Panamericana de Salud

Muy buenas tardes.

En primer lugar deseo agradecer la generosidad de mis anfitriones., al Sr. Decano de la Facultad de Medicina, y a los doctores Juan Carlos Valderrama Zurián, Francisco-Jesús Bueno Cañigral y Rafael Aleixandre Benavent, por haberme invitado a participar en los clásicos **Debates sobre Drogodependencias** que organiza el Ayuntamiento de Valencia y la Universidad de Valencia.

Y como no, agradecerles a todos ustedes su amable presencia.

Al Dr. Rafael Aleixandre le agradezco la presentación que ha hecho acerca de mi trayectoria profesional. En un principio no le recordaba, pero ha sido verlo en esta Facultad de Medicina y reconocerlo inmediatamente. Me acuerdo de él y de Juan Carlos Valderrama de hace unos cuantos años cuando tuve la oportunidad de venir a Valencia como visitante a conocer el trabajo de la Comunidad Valenciana en materia de prevención y abuso de sustancias, que fue una experiencia muy importante y que considero que cambió en ciento ochenta grados lo que había sido mi experiencia como gestor en el ámbito de la de la salud.

Por ejemplo, la experiencia de las Unidades de Conductas Adictivas (UCA), la experiencia de la integración del abordaje del uso de sustancias en el ámbito de los servicios de salud, que era algo que nosotros habíamos de alguna manera predicado y ya hablado en términos teóricos, pero que no lo habíamos visto nunca funcionando.

Desde entonces el modelo de la Comunidad Valenciana ha sido siempre un referente y de aquella visita que realicé a Valencia y a Alicante en el año 2003 quedaron muchas cosas muy importantes para mí a nivel profesional. Pero quedó sobre todo un vínculo, que hemos seguido alimentando a lo largo del tiempo y que es lo que justamente hace que yo esté aquí.

Yo no estoy aquí porque soy un experto en el área de la prevención, yo creo que cuando se habla de experiencia queda como muy presuntuoso. Hemos tenido una experiencia de trabajo y en el ámbito de las Américas fundamentalmente, pero quizás lo que enriquece mucho más a los profesionales es la oportunidad de intercambiar y de mirar este proceso de abordaje de un tema en el cual la última palabra no está dicha, porque es un tema que cambia constantemente. Y donde no siempre estamos apuntando todos en la dirección correcta.

Cuando se me planteó la posibilidad de que viniera a compartir este día con ustedes, Juan Carlos Valderrama me dijo: te voy a pedir que hablemos sobre prevención y evidencia científica. No me lo puso muy fácil. Porque yo no soy investigador, sin embargo dentro del área en la que yo trabajo, en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y específicamente en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de la Agencia de Salud para el Sistema

Interamericano, es decir, es una agencia que trabaja con las autoridades nacionales de salud de todos los países de las Américas y no solamente los latinoamericanos, sino en todos los países que forman parte de los sistemas interamericanos y que tiene cerca de 103 a 104 años de existencia desde su fundación. De hecho es la Organización Internacional más antigua, fundada antes que la OMS, antes que la ONU. Por eso tenemos una doble identidad, somos por una parte la Oficina Sanitaria Panamericana, y por otra somos la rama en las Américas de la OMS.

Mi propuesta es que logremos conversar un poco aquí acerca de la idea de qué cosas se sabe que funcionan en el ámbito de la prevención y en el ámbito de la salud pública para el abordaje de uso de sustancias. Y esa es una pregunta que nos hicimos hace algún tiempo también en la Organización. Lo que yo les voy a presentar hoy forma parte de una revisión sistemática que nosotros encomendamos en aquel momento para justamente valorar esas intervenciones de salud pública en el ámbito de la evidencia.

Espero que podamos aportar algo, que es difícil a veces cuando uno está en el ámbito académico, donde la gente está permanentemente preguntándose cosas, pero en todo caso la idea es que podamos conversar al final un poco acerca de todo esto y tratar de apuntar hacia cómo nosotros podemos mejorar nuestro desempeño diario, en función de lo que vamos viendo y lo que la investigación nos va diciendo.

En primer lugar hay una especie como de mantra actual en el ámbito de las políticas sobre el uso de sustancias que es el promover el enfoque desde la salud pública. Eso se repite constantemente.

Si ustedes revisan cualquier documento que en estos momentos estoy planteando en el foro internacional de los ámbitos del país, todos apuntan a mencionar el enfoque de salud pública como uno de los pilares fundamentales del abordaje del tema de las adicciones.

No tenemos muy claro exactamente a qué nos estamos refiriendo muchas veces cuando se habla de salud pública. Solemos pensar en muchas cosas, pensamos en servicios de salud, pensamos en vacunas, pensamos en tratamientos, pensamos incluso con una mirada un poco reduccionista en el enfoque médico o en el abordaje médico hegemónico y entonces me dije, bueno, pero entonces estamos medicalizando un tema social.

Lo cierto del caso es que una de las cosas que tratamos de promover es que todo el saber acumulado a lo largo de siglos en el ámbito de la salud pública se pueda aplicar al manejo de un problema que desde el ámbito de la salud es un problema relativamente nuevo si uno lo compara con el cólera, o con cualquiera de las enfermedades transmisibles, que han sido el objeto tradicional de trabajo de la salud pública.

Además, cuando hablamos de enfoque de salud pública estamos hablando de un enfoque amplio e inclusivo, mucho más después de lo que en el ámbito de salud pública se ha llamado el **“estudio de los determinantes sociales de la salud”** y como los problemas no solamente se reducen a una interacción entre un agente patógeno y un organismo; sino como es el contexto, como la gente vive o cómo la gente accede a los servicios de salud, como le toca interactuar en digamos los valores sociales y los valores culturales, ya que todo esto influye mucho sobre el estado de bienestar de estas personas. Pero no siempre se ha entendido así.

Como estamos en confianza lo puedo decir, cuando a los responsables de los ministerios de salud de algunos países les dicen: **“el tema de drogas es un tema de salud pública”** se aterran. Todo el mundo piensa en Pablo Escobar, todo el mundo piensa en el narcotráfico, todo el mundo piensa en los cárteles, todo el mundo empieza a verlo como un problema que tiene más que ver con seguridad de los estados que con la salud individual y colectiva. Y piensan **“cómo voy a manejar yo esto”**. Es por tanto un tema social. Entonces piensan que lo lleven más bien los responsables de bienestar social, o que lo lleven los responsables de la seguridad del estado, pero el tema de salud pública no lo ven muy claro. Porque normalmente pensamos que el enfoque debe ser pendular, que si antes era de seguridad pública, ahora es de salud pública, cuando lo que promueve el enfoque de salud pública es más bien de integridad total, tomando en consideración la multiplicidad de factores que intervienen en este problema en particular, pero también en la dinámica misma del problema.

Cuando yo vine aquí hace diez años la dinámica de este tema, o los problemas que se presentaban en mi región con respecto al uso de sustancias, no eran los mismos que existen actualmente. Por ejemplo, en este momento hay una enorme preocupación por la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, sustancias que entran al mercado, productos químicos que tienen efectos sobre los cuales todavía no se dispone de evidencia suficiente para saber cuál es digamos su efecto patógeno y qué tipo de consecuencias pueden tener a mediano y a largo plazo.

Las cosas han cambiado mucho. Porque en la actualidad no hablamos de uno o de dos cambios en las sustancias, sino que se hacen doscientas o trescientas variaciones químicas del mismo compuesto, que con la idea de saltarse controles o de obtener determinado espacio en el mercado de las drogas, se van incorporando paulatinamente y que han cambiado un panorama que tradicionalmente se restringiría a siete u a ocho sustancias, que eran las que en ese momento aparecían como sustancias clave.

De hecho, la misma Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), cuando ubica los trastornos por uso de sustancias dentro del capítulo de las Enfermedades Mentales, identifica varios tipos de dependencia de acuerdo al tipo de sustancia ya finalista en una lista más o menos de sustancias genéricas, pero que en este momento una lista de ese tipo sería imposible realizar, porque tendríamos que hacer casi algo como un directorio telefónico, de esos antiguos de páginas amarillas, en relación con la cantidad de sustancias que se van incorporando, o que van saliendo al mercado dependiendo de diversos factores.

Entonces, en este enfoque de salud pública no solamente hablamos de causas, no solamente hablamos de manifestaciones, sino también del tipo de respuesta que existe a través de los sistemas de salud.

Desde la perspectiva de los organismos internacionales, el tema ha sido reconocido en el ámbito de Latinoamérica y en el Caribe. Así se reconoció como un problema de salud pública, fundamentalmente tomando en consideración los efectos sobre la salud física y mental de la población. Las repercusiones en diferentes ámbitos, en el ámbito individual pero también como fenómeno social, colectivo o familiar que incluso puede conllevar a repercusiones de tipo legal, en cuanto a si deben o no ser sancionados los consumidores y las consecuencias del consumo, que pueden identificarse como delitos deben ser sujeto de

castigo o de medidas alternativas al encarcelamiento, como los famosos tribunales de droga, es decir, lo que sí está claro es que es un problema que tiene una enorme carga sobre los sistemas de salud. Es decir, en la relación en la región de las Américas, nosotros tenemos el principal mercado consumidor de sustancias psicoactivas a nivel global.

Mi intervención no va a abordar hoy el contexto norteamericano, aunque Estados Unidos y Canadá son los principales consumidores de sustancias a nivel global. Sin embargo, si nos movemos un poco hacia el sur, donde la realidad es dramáticamente diferente a lo que se vive en estos dos grandes países de alto nivel de desarrollo. Sin embargo, a día de hoy se estima en unos dos millones las personas que tienen problemas de salud relacionados con el uso de sustancias psicotrópicas en Latinoamérica y el Caribe. Y esto equivale en términos de años de vida con discapacidad o en términos de los años de vida perdidos, no sólo por discapacidad, sino por mortalidad prematura en cerca de dos millones de años de vida perdidos, que es como se miden cosas en salud pública, ya que el impacto de una enfermedad, la carga de una enfermedad, se calcula con base a las consecuencias que una enfermedad tiene sobre la población. Esto se realiza utilizando estimaciones, porque no siempre se dispone de los datos precisos. Por lo tanto las estimaciones que se realizan ya indican que estamos ante un grave problema de salud pública.

El cannabis, sus derivados o sucedáneos, fundamentalmente la marihuana, que es la mezcla de flores y ahora más recientemente los derivados que tienen que ver con los aceites cannábicos, pero fundamentalmente marihuana como sustancia ilícita o sustancias bajo control, como los opiáceos, son las sustancias comúnmente más consumidas en las Américas.

Sin embargo, si nosotros nos preguntáramos cuál es el problema de consumo o cuál es la droga más problemática en las Américas; pudiéramos pensar que no es necesariamente la marihuana, sino que fundamentalmente es la cocaína. A diferencia de lo que ocurre a nivel global, donde el tema de derivados opiáceos es un tema que sigue siendo muy importante, cuando analizamos políticas globales, nos encontramos que muchas incluyen estas recomendaciones específicas y le dedican una enorme energía al manejo de los opiáceos. Esta no es la realidad para Latinoamérica y Caribe.

Nosotros tenemos una realidad que está marcada, fundamentalmente, por el consumo de cocaína o de sus productos derivados. Más de la mitad de los consumidores de cocaína a nivel mundial se localizan en el ámbito de las Américas, y además de eso, la zona de producción de casi el cien por cien de la cocaína que se consumen a nivel mundial se produce en Sudamérica. Entonces por razones de accesibilidad, por razones de mercadeo, tenemos una serie de problemas que han variado del consumo de clorhidrato de cocaína hacia las formas fumables de cocaína derivados de la pasta básica, lo que es, digamos, un producto intermedio en el proceso de producción del clorhidrato de cocaína, que es un producto altamente adictivo. Este potencial adictivo se debe a su forma de consumo fumada, ya que al calentarse la pasta básica de cocaína se evapora muy rápidamente y se inhalaba y tiene un efecto muchísimo más violento pero muchísimo más breve que el que produce el clorhidrato de cocaína. Por lo tanto, los trastornos de tipo compulsivos son mucho más frecuentes mucho más rápidos.

Este fenómeno lo vivimos en algunos países del Caribe y del altiplano andino durante la década de los años ochenta y durante los años noventa. Ahora probablemente el mayor

consumo sea el crack, que es una forma similar pero que se produce posterior al desarrollo del clorhidrato de cocaína. Nosotros lo asociamos mucho a la analogía de lo que ocurre con la caña de azúcar; cuando alguien va a producir azúcar se muele la caña de azúcar y saca jugo, luego ese jugo se calienta y eso produce como una melaza que se solidifica, eso sería el equivalente a la pasta básica. Cuando nosotros refinamos, producimos azúcar refinada. En el caso de la producción del clorhidrato cocaína, se obtiene un producto refinado pero que se absorbe por otra vía. Si nosotros calentamos el clorhidrato de cocaína, vamos a obtener una especie de sustancia como el caramelo, pero que tienen las mismas características fisicoquímicas que tiene la pasta básica.

Otra cosa que les quiero relatar es que el consumo de pasta básica de coca se ha incrementado en los países del Cono Sur desde hace unos diez años, concretamente, en las zonas de Argentina, Uruguay y Chile. Al sur de los centros de producción que se ha incrementado de manera notable; pero aunque no ha desplazado a otras formas de consumo sí que tiene una carga muy importante desde el punto de vista social y desde el punto de vista sanitario.

La importancia de esto tiene una explicación, ya que fundamentalmente se han incrementado los envíos de esa sustancia hacia Europa a través del continente africano y la vía de salida es por la zona del sur; a través de la frontera de Brasil y Paraguay, que como está mucho menos controlado, entonces da pie a un excedente que desarrolla el mercado local.

Les doy toda esta explicación solamente para decirles, que como ya saben, las drogas no son como las bacterias, sino que tienen un elemento que tiene que ver fundamentalmente con la vía de producción, con la vía de mercado y, desde el punto de vista epidemiológico, tenemos que interpretar un poco esa realidad porque este no es un agente patógeno que se esté vehiculizando través del agua o del aire, sino que tiene una muy cercana asociación con la manera como se produce, con la manera como se comercializa, como se trafica y como se mueve de un sitio a otro del mundo. Que no es casual por ejemplo que España tenga los niveles más altos de consumo de cocaína de todo el continente europeo, fundamentalmente porque la vía de entrada es a través del mar Mediterráneo, ya que vienen subiendo por África. Entonces tenemos la puerta de entrada más importante, si las drogas entrasen por el norte, probablemente serían los países nórdicos, los que tendrían mayormente este problema.

Aunque no tenemos muchos problemas con opiáceos, sin embargo, sí que tenemos algunos problemas que están focalizados en determinadas zonas. Al norte, de México en la frontera con los Estados Unidos ha sido tradicionalmente una zona de producción de amapolas y donde se surtía de manera preferente al mercado norteamericano de uso de opiáceos. Pero también en la zona del eje cafetero en Colombia, donde se desarrolló el cultivo de la amapola y donde hay un mercado local y ya hay digamos problemas serios en los últimos siete u ocho años, porque ha habido un incremento significativo del consumo de una forma de heroína local. Que se mezcla con una cantidad de sustancia y donde nosotros podemos encontrar en ese momento la zona de la costa pacífica del Ecuador y en la zona del eje cafetero Colombia. Incluso, se han comenzado programas de reducción de daños, programas de metadona que en esta zona era una cosa absolutamente atípica, ya que nosotros cuando pensábamos en reducción de daños y pensábamos en metadona era algo absolutamente exótico, ya que no formaba parte de nuestra realidad en aquellos momentos. En la actualidad los programas de reducción de daños, los programas de metadona, ya no son una excepción, son algo cotidiano.

Ahora bien, **¿qué es lo que nosotros vamos a abordar cuando nos planteamos evaluar este problema desde una perspectiva de salud pública?** Es muy difícil establecer una diferencia clara, un límite claro entre lo que es una intervención clínica individual, lo que es un programa individual y lo que es un programa de salud pública comunitaria. No lo tenemos muy fácil. Uno puede decir, bueno, una intervención clínica, una intervención fundamentalmente centrada en el individuo, un caso clínico y esto me sirve para tratar a un paciente, o no me sirve para prevenir este problema en esta persona.

Hay que tener muy en cuenta que una de las cosas que diferencia ambos enfoques es la escala. Una intervención de salud pública por lo general es pensada, implementada para ser ejecuta con una dimensión colectiva. Algo que debe servir a un conjunto de la población. Hay gente incluso que es un poco radical en eso y que dice que, por ejemplo, el tratamiento no debiera ser incluido como una medida de salud pública. Porque por lo general el tratamiento se maneja desde una perspectiva individual y no desde una dimensión colectiva. Sin embargo, uno puede pensar en un sistema de tratamiento para cubrir una población en un territorio concreto y entonces ya desde esa perspectiva, uno puede pensar en que el abordaje es como un hecho colectivo, como un hecho público, como un hecho que trasciende lo individual para pasar a lo comunitario.

Quiero que entiendan que es en ese contexto en el que nos estamos moviendo y cuando en su día nos planteamos esta revisión decíamos, **¿pero qué es lo que vamos a entender como una intervención?** Y por eso construimos esta definición operativa para la revisión, que era considerar como intervención de salud pública aquella intervención que consideraba mediante un proceso claramente definidos para ser utilizado en escala pública, en escala colectiva y que fuera ejecutable para que fuera susceptible de ser llevado a la práctica en escalas territoriales más amplias, eso implica una amplia gama de intervención.

Las intervenciones en salud pública que tienen que ver con el uso de sustancias psicoactivas se pueden catalogar en tres categorías diferentes:

Primera: La que está menos relacionada con el sector salud, que es la llamada **reducción de la oferta**, que son todas aquellas medidas que tienen como propósito disminuir la accesibilidad de determinadas sustancias, sobre todo las sustancias sometidas al control y fiscalización internacional por convenciones, que son las que tradicionalmente uno llama drogas en el ámbito de política de drogas.

Segunda: Tenemos otra categoría con la cual probablemente nosotros en el ámbito de la salud y de la salud mental nos vamos a ver como mucho más identificados, son las llamadas intervenciones de **reducción de la demanda** y todo aquello que conocemos como prevención, ya sea prevención concebida de la perspectiva universal, selectiva o indicada; pero también las intervenciones que tienen que ver con la reducción del impacto de los efectos adversos de los factores adversos.

Tercera: Esta última categoría la ponemos aparte porque digamos que está como en una especie de terreno intermedio, que son las llamadas intervenciones de **reducción de daños**. Les recuerdo, que como saben, cuando se está hablando en Europa de reducción de daños, todos los profesionales lo asumen como una cosa muy natural, pues llevan muchos años

haciéndolo; pero en el continente americano el término “reducción de daños”, ha estado vetado de alguna manera durante muchos años por razones e intereses políticos.

Fundamentalmente, para los Estados Unidos, que marca un poco la orientación de la política de drogas en el continente americano, o la marcó durante mucho tiempo, el término reducción de daño resultaba un término inaceptable. Porque se suponía que las políticas eran de tolerancia cero a las drogas y todas las políticas iban orientadas hacia la abstinencia como objetivo primario y además prioritario. Esto es un enfoque radical en contra de la salud pública, porque en salud pública siempre hemos tenido muy claro que el objetivo de una intervención de salud es reducir la mortalidad y reducir la discapacidad y plantearse la abstinencia sin hacer nada más, nunca ha aportado soluciones al problema.

En este sentido, perfectamente una intervención correspondiente a este concepto de reducción de daños cabe perfectamente como una intervención de salud pública, pero en el continente americano y para el sistema político de integración entre los países de América el término reducción de daños no ha sido fácil de manejar. De hecho, incluso en el ámbito internacional cuando uno habla de convenciones globales sobre drogas, no es la droga como la miran los europeos, no son los conceptos que manejan ustedes aquí.

Es decir, el tema de reducción de daños ha venido teniendo un espacio recientemente, pero tras mucho forcejeo durante años, porque hay posiciones muy duras en contra de la política de reducción de daños por parte de un gran número de países que pertenecen y que votan en las Organización de Naciones Unidas. Estamos hablando de los países del mundo árabe, de China, de Rusia, etc., que tienen muchísimo peso en la ONU y que están digamos a favor de políticas mucho más duras, mucho más punitivas en el ámbito de control de las drogas. Sin embargo y a pesar de estos problemas, en la OPS podemos clasificar y trabajar en las políticas o las intervenciones de salud relacionadas con las drogas en las tres grandes áreas antes expuestas.

En el contexto que os vengo explicando, para los fines de una revisión, nos colocaba en un escenario donde encontramos un gran número de intervenciones que pueden ser calificadas como intervención en salud pública. Para la revisión contabilizamos más de cien actuaciones, que estaban orientadas a controlar el impacto sanitario de uso indebido de sustancias.

Por otro lado, nos encontramos que los **métodos de evaluación** que se han usado para estos programas no son métodos uniformes, sino que son métodos muy variados y con mucha diferencia en cuanto a la rigurosidad, en cuanto a la consistencia de la evidencia científica que se obtenga de él. Es decir, desde estudios con casos y controles, estudios con un diseño experimental, hasta estudios observacionales o estudios de caso, hay una enorme variación con una enorme flexibilidad en cuanto a la interpretación de los resultados.

Cuando buscamos reportes acerca de efectividad de los programas, la mayoría de los programas que se etiquetan como programas eficaces han sido digamos, catalogados así con ciertos criterios que son un poco complicados de descender desde el punto de vista estricto. Por ejemplo, destacan entre los estudios los que se hicieron más evidentes en este proceso de revisión respecto a los resultados. La mayor parte de los reportes de eficacia se basan en la significación estadística de los resultados. Pero el tamaño de los efectos no se incorporan en este análisis, ni tampoco la duración de este efecto en el tiempo.

Se reduce el consumo y eso es una reducción del consumo que estadísticamente es significativa con un alto rango. Pero hay que preguntarse ¿De cuánto es el efecto? ¿De cuánto estamos hablando?, y ¿Durante cuánto tiempo? Porque a veces uno dice, bueno sí, nos ha pasado a veces con los programas de detección temprana de intervención breve en los cuales se evalúan a los tres meses y se observa como un buen impacto, pero si tu prolongas el periodo de observación, te vas dando cuenta de que la magnitud del efecto obtenido por la intervención se va reduciendo en el tiempo. O sea, al año no tiene la misma efectividad que tiene a los tres meses.

Por lo tanto, si estamos hablando de un problema crónico, de un problema que se asocia a una relación entre una variable de oferta de accesibilidad y una variable resultante de consumo, este es un elemento importante, que hay que tener en cuenta. Además deberemos considerar todos los factores de riesgo y todos los factores protectores ante los consumos de sustancias. Por otro lado, en estas revisiones, en estos reportes no siempre se consideran de manera adecuada la calidad científica de los estudios que se han reportado.

Tenemos otro problema, que es la poca disponibilidad de evidencia en la literatura científica sobre este tema. Así como encontramos con mucha frecuencia la recomendación del enfoque de salud pública para el abordaje de los problemas por uso de sustancias, encontramos también una frase, que es muy fácil decirla, que es muy fácil escribirla, pero que es muy difícil llevar a la práctica: **“El desarrollo de políticas con base en la evidencia”**.

Uno dice, bueno, y **¿Qué es evidencia?** y cómo se construyó esa evidencia, de dónde se sacó esa evidencia. Entonces quienes están familiarizados con los programas de prevención saben que para evaluar evidencias reales de que hay diferentes grados de consistencia de la evidencia. Y eso, digamos, es muy difícil de obtenerlos cuando hay escasa producción y publicación de trabajos científicos, ya que uno encuentra que la mayor parte de los trabajos que se producen son trabajos desarrollados en el contexto de países de alto nivel de desarrollo, pero que escasean en otro países.

Pero generalmente, entonces uno encuentra que la mayor evidencia de la que se dispone para programas de tratamiento tiene que ver con este programa de reducción de daños, programas de metadona; porque es donde se produce investigación y la publicación que aparece cuando tú haces la revisión.

Hay mucha variabilidad en cuanto al diseño de los estudios, en cuanto a la validez, en cuanto al tipo de intervenciones, en cuanto a la población sobre la cual se hacen ese tipo de intervenciones, lo cual hace muy difícil poder hacer este estudio metaanalítico, que conduzcan hacia una conclusión definitiva y, por supuesto, las técnicas de análisis son limitadas.

Sin embargo, de lo que se pudo realizar, que es poco, sí que se pudieron identificar algunas cosas que son interesantes. Voy a comenzar por las malas noticias. Porque quienes trabajamos en prevención tenemos la convicción, que a veces es una convicción que no es expresa, sino que es una convicción como interna, de que si uno hace las cosas con buena intención y si uno procura hacer las cosas bien, al final del proceso las cosas van a salir bien. Pero para nuestro trabajo, los buenos deseos no son suficientes.

¿Qué es lo que uno se encuentra por ahí? Las famosas campañas informativas en medios de comunicación. Quizás el producto más difundido, el más costoso el más vistoso, pero el menos eficiente. Hoy en día no hay evidencia de soporte para la efectividad de las campañas en medios de comunicación, por lo menos en términos de reducción del uso de sustancias.

Y lo que estoy diciendo no es que no sirvan, es que no hay evidencia porque es muy difícil construir evidencias porque la mayor parte de las veces se hacen campañas de comunicación a través de los medios de poster en las paradas de autobuses, pero no se obtiene una línea base para comparar. Ni se tiene muy claro exactamente cuál es la finalidad, cuál es el resultado que se va a medir como impacto. Lo que se observa como impacto de esta campaña es que aumenta la información de la población sobre las sustancias. Es decir, si tú quieres informar a la población sobre nuevas sustancias, sobre el daño en la sustancia, es un método altamente efectivo. La gente obtiene información sobre eso, pero si tu interés es reducir el consumo no hay nada en este momento que justifique invertir un euro en una campaña de medios de comunicación.

Ahora bien, si la finalidad de estas campañas de comunicación es que los ciudadanos, las administraciones y el Gobierno tengan un cambio de opinión pública favorable en relación a que el Gobierno está haciendo algo contra las drogas; muy probablemente van a ser muy efectivas las campañas en los medios de comunicación para conseguir este objetivo; quizás por eso que se mantienen en el tiempo.

Un ejemplo sobre este tema es el del Gobierno de Caracas, que está actuando duro contra la droga, porque ahora hay charlas en todas partes, porque hay programas de radio, programas de televisión y piezas audiovisuales que apuntan acerca de las drogas. Pero en realidad, nadie puede decir que disminuyó el consumo de drogas en determinada población del país, que disminuyó la prevalencia o la incidencia del consumo de cocaína, anfetaminas o marihuana. Además conocen ustedes cuál es la situación actual de mi país.

Los programas dirigidos a jóvenes en institutos de enseñanza superior no se han demostrado que sean eficaces. No tienen un factor de efecto suficientemente fuerte. Igualmente, las medidas punitivas o las amenazas de medidas punitivas como base de un programa de una campaña de mano dura contra las drogas, se demuestra que no disminuyó el consumo; quizás el tráfico, pero no el consumo. Entonces podemos pensar que muchas veces la evidencia científica se usa, pero de una manera inadecuada y a veces la evidencia científica nos muestra a nosotros la posibilidad de que estemos haciendo las cosas al revés.

Recuerdo que en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre Drogas que tuvo lugar del 19 al 21 de Abril de 2016 en Nueva York, reuniendo a los ciento noventa y tres estados miembros de ONU, agencias de la ONU y representantes de la sociedad civil, intervino en una mesa de científicos la Dra. Nora Volkow, que como saben es la Directora del Instituto Nacional de Drogas los Estados Unidos (NIDA), psiquiatra e investigadora ilustre, que probablemente es la persona que más haya publicado acerca de neurobiología en el ámbito de las drogas. En su intervención mostraba los estudios acerca de lo que ocurría en modelos de estudio animal con el funcionamiento del lóbulo frontal y la privación y el aislamiento de los animales y su relación con el uso de sustancias.

Lo que Nora Volkow mostraba con estos trabajos era que cuando un animal de experimentación lo someten a condiciones de aislamiento y de privación, un factor de riesgo que está asociado con el desarrollo de la dependencia como es el número de receptores de dopamina en el lóbulo frontal, se veía disminuido y se aumentaba el factor de riesgo porque disminuye el número de receptores.

Nora Volkow decía que si se hace la analogía, entonces no tiene sentido poner preso a un drogodependiente, porque se están agravando sus condiciones básicas biológicas y se le hace más susceptible a la droga. Eso es una hipótesis de trabajo. Muy interesante. Pero que nos coloca también en cómo impacta la sanción judicial en el tema del consumo, tanto en la anticipación del consumo como en el resultado del tratamiento, que también es una forma de prevención a fin de cuentas. Entonces nos damos cuenta de que con la base de las evidencias, no se justifica el aislamiento de un sujeto dependiente de droga.

Hay otras intervenciones que no son demostradamente malas, sino que sobre las mismas no existe suficiente evidencia científica para decir que son buenas. Caerían en un territorio que podíamos denominar como de dudosa efectividad. Son aquellas en las que uno dice, bueno, no se ha demostrado que no sirva pero tampoco se ha demostrado que sirva, por lo que valdría la pena investigar un poco más acerca de eso.

En este tipo de intervenciones se encuentran los programas de atención temprana e intervención breve en atención primaria, en el ámbito escolar, los cuales han sido evaluados con buenas variables de resultado, pero que no hay suficiente consistencia en evidencia, para decir sí cuando yo aplico la intervención breve o la entrevista motivacional a esta persona, el resultado global de salud pública ha demostrado tener un impacto lo suficientemente grande como para ser recomendado como un programa de salud pública.

Otro ejemplo es la estrategia de prevención en los lugares de trabajo. No es que no sirva, es que no tenemos en ese momento estudios suficientes para decir que estas estrategias funcionen en el ámbito laboral.

Existen también estrategias de prevención orientadas a la familia que tienen en principio propuestas prometedoras, como por ejemplo el **“Programa familias fuertes”**, que está siendo muy promovido en este momento por la Oficina de Naciones Unidas. Es un programa de fortalecimiento de la familia, que es muy positivo como factor de protección frente a los consumos, pero en el cual en su relación con el uso de sustancias, no ha mostrado tener una magnitud de efecto suficiente como para considerarlo un programa recomendable con base en la evidencia.

Las estrategias de prevención o tratamientos basadas en el ejercicio de la actividad física, como las caminatas contra las drogas o un partido de fútbol contra las drogas, etc., pueden servir para aumentar la sensibilidad de la población ante los riesgos de las drogas, puede servir para promover la información acerca de un tema complejo y para posicionarlo socialmente de forma adecuada, pero estas estrategias no están asociadas con una reducción del consumo de sustancias.

Otro de los temas que debemos conocer son **“Las Cortes de Drogas”**. Hoy en día es uno de los temas que ha estado muy de actualidad, en el sentido de decir, bueno mira

vamos a mejorar las alternativas de tratamiento bajo supervisión judicial para los sujetos transgresores o que cometen delito de determinada magnitud y que son sujetos que tienen un trastorno por uso de sustancias, debieran ser manejados con programas de tratamiento bajo supervisión judicial, en lugar de encarcelar a estos sujetos. Es una medida que resulta lógica, que resulta incluso bastante aceptable desde el punto de vista de los derechos humanos, pero no se ha demostrado que funcione mejor que nada. La efectividad de esta medida está en otra área. Es decir, desde el punto de vista criminológico hay una reducción de la comisión de delitos. Pero no hay una reducción de los consumos de sustancias. Es decir, como estrategia de tratamiento no está fortalecida o respaldada por una evidencia científica.

Hacemos estos comentarios refiriéndonos a contextos distintos a los Estados Unidos, porque en el análisis de programas que se llevan a cabo en los Estados Unidos, ellos han demostrado que el tratamiento obligatorio, es decir, cuando un juez dictamina e indica tratamiento, eso es un buen indicador de tratamiento. También se ha observado mayor retención en el programa de tratamiento, menos abandono. Claro no abandona, porque si abandonaba va preso y esto es un condicionante muy importante para seguir el tratamiento. Eso les ha funcionado y desde el punto de vista de análisis y de evidencias son dos variables que han podido correlacionar y qué les funciona como programa.

Cuáles son entonces las intervenciones más promisorias. En la actualidad parece que se demuestra que los **programas de prevención realizados en la escuela pueden ser efectivos**. Ahí podemos respirar un poquito porque ya todas las otras cosas las habíamos hecho. Habíamos repartido balones, habíamos dado charlas de diferentes tipos y contenidos, hemos tenido programas de radio, hemos pagado anuncios de prensa, radio y televisión, etc.

Entonces dices, los programas en la escuela son efectivos. Se ha demostrado que sumando todo lo que se hace, da una efectividad que dice que el programa funciona. Ahora bien, el grado, la magnitud de ese efecto no es el que uno esperaría. La magnitud del efecto que se obtiene con los programas de las escuelas que apuntan en una dirección muy importante: Desarrollar habilidades genéricas de rechazo a las drogas, con aumento de las competencias individuales. Estamos hablando de desarrollar ampliamente habilidades para la vida. Tienen un tamaño de efecto positivo, por el tamaño equivale a un caso evitado por aula de aproximadamente treinta estudiantes.

No es lo que quisiéramos. Algo no está bien allí. O no estamos valorando bien o no tenemos criterios buenos de evaluación o sencillamente eso es lo que hay. Por lo que queda muy claro qué tenemos que mejorar y que no podemos conformarnos solo con eso. Porque lo que nosotros observamos muchas veces es que se recomienda la ampliación de cobertura para programas de prevención, pero muy pocas veces se hace esta ampliación de cobertura sobre la base de una evaluación de impacto.

Entonces nosotros vemos analizando programas de gobiernos, que por ejemplo nos indican que han aumentado la cobertura, que han pasado de 18.000 estudiantes a 150.000 estudiantes en los tres años, porque ahora el programa de prevención, "Aprende a vivir sanamente", el nombre que le queramos poner, está llegando a sitios donde antes no llegaba. Eso es un indicador de proceso, es un indicador de ejecución, pero esto no es un indicador de impacto. Porque si es un programa de reducción del uso de drogas, debiera reducir el uso de drogas.

Y esto no está pasando. Cuando se mide, no es lo que ocurre. ¿Cuáles son los moderadores que se han encontrado? No se han encontrado, por ejemplo, moderadores positivos en cuanto al nivel de interacción, o sea ¿Qué tanto interactúan los programa?, ¿Qué frecuencia tienen las sesiones?, ¿Cuántas áreas cubre el programa de prevención?, etc.

Estas actuaciones no se ha demostrado que mejoran de manera importante. Pero si que se ha demostrado que funcionan mejor con agentes internos, es decir programas dictados por profesores, programas dictados por personal del ámbito educativo, en lugar de aquel que llega de fuera del colegio y que desarrolla un programa. Es decir, que contratar a una organización externa para que ejecute programas, parece que no es efectivo.

Y además no está clara la relación entre el número de sesiones, la intensidad del programa y efectividad del mismo. Es decir, no está demostrado que un programa que se desarrolle con tres sesiones semanales sea mejor o peor que uno que se hace con una sesión semanal. La lógica me dice a mí que debiera funcionar mejor, pero eso no es lo que la evidencia me muestra.

Las Cortes de Droga, como decía, reducen la reincidencia de delitos generales a corto plazo. Han demostrado tener una evidencia positiva en adultos, sin embargo en infractores juveniles y sobre delitos relacionados con drogas, la evidencia es incierta, incluso hay resultados mixtos. No hay datos confiables sobre el efecto de las Cortes de Drogas sobre el consumo. Ni se han identificado moderadores de impacto hasta el momento. Intervenciones más promisorias, desde el punto de vista de reducción de daños siguen teniendo muy buena prensa, los programas de reducción de daños, los programas de metadona, de sustitución de agujas y jeringas en usuarios de drogas por vía intravenosa, han demostrado ser efectivo en la reducción de infecciones y complicaciones infecciosas por VIH. Pero no modifican las conductas de riesgo

¿Con qué nos confronta esto? Nos confronta con la necesidad de investigar, nos confronta con la necesidad de establecer nosotros previamente cuáles son las variables, qué tipo de cosas se van a medir, sobre qué estamos pretendiendo actuar y cómo lo vamos a medir después.

Yo soy de los que sostengo que muy probablemente, el principal problema al que nos enfrentamos quienes trabajamos en prevención o quienes queremos hacer investigación aplicada a la prevención, es un tema de método, es un tema de cómo diseñamos los estudios para evaluar, de qué manera medimos la variable que estamos interviniendo. Y algunas veces, por qué no, saltas algunos elementos que son básicos cuando uno trata de establecer relaciones causales entre variables. Porque a veces la intención o el deseo de que algo funcione prevalece sobre la evidencia real de que eso es capaz de actuar sobre lo que nosotros estamos pretendiendo modificar. Debiera servir. Si yo te informo a ti sobre las consecuencias de este u de otro método, seguramente eso va a evitar que las cosas ocurran. Es una cosa así como decir que las charlas prematrimoniales previenen los divorcios. Nadie sabe, nadie lo mide, pero la Iglesia Católica obliga a la gente que haga un cursillo prematrimonial, pero como la Iglesia Católica no acepta el divorcio entonces no hay un impacto que se pueda medir bien. Si se utilizó el divorcio, ya tengo un factor que confunde.

Sí tantas personas que se casaron recibieron cursillos prematrimoniales, ninguna se divorció o muy poca se divorciaron.

En definitiva se preparan tesis, se evalúan tesis y probablemente se le presentan proyectos de este tipo u otro van, y hay que decirse y hay que preguntarse muchas cosas sobre lo que estamos haciendo:

¿Cómo es que esto funciona?

¿Por qué esto otro no funciona?

¿Cómo funciona el reparto de balones de fútbol en relación con el consumo de sustancias?

¿Porque vía ha funcionado?

¿Es por una vía de psicología experimental?

¿Es por un condicionamiento?

¿Es por una alteración neurobiológica?

Etc.

Es decir, tenemos que construir una hipótesis y que la hipótesis esté fundamentada desde un elemento que sea demostrable, que sea susceptible de ser aplicable. Todas estas cosas que se aplican para la ciencia, pero no solamente con buenas intenciones. Entonces, es muy importante investigar sobre todas aquellas cosas, sobre aquellos elementos que les mencionaba anteriormente y que todavía no tienen evidencia suficiente, pero que uno dice, esto debiera funcionar y entiendo porque no funciona, pero es que hay algo que no está funcionando bien, porque no está bien planteado, no está bien implementado, u por otras razones.

Por otro lado, todas aquellas estrategias que se desarrollen para llevarlas a escala poblacional, tienen que haber demostrado previamente evidencia positiva a escalas individuales. Eso es una vía interesante. Porque yo digo, esto ha funcionado en el ámbito privado, en experiencias individuales, pues vamos a implementarlo a la comunidad. Como por ejemplo lo que ocurre con los grupos de autoayuda, estilo Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, que parecieran tener un impacto particular y que les funciona. Si yo logro descubrir cuáles son los elementos que están allí, cuáles son las variables que están trabajándose, ¿Cómo puedo convertir yo algo como esto en una política pública?

De qué manera se pueden llevar a otras escalas cualquier tipo de intervenciones y nos podemos plantear además, de qué manera monitoreo lo que estoy haciendo, de modo que pueda saber si realmente eso es un objeto que pudiera ser manejable desde una perspectiva de política pública de salud.

Hay intervenciones que tienen sustento teórico sólido y alguna base empírica pero que no han sido evaluadas. Hay unas cuantas que pueden estar funcionando por allí y no sabemos exactamente cómo funcionan. O investigaciones sobre sustancias altamente polivalentes que no han sido estudiadas. Es decir, tenemos que preguntarnos ¿Qué ocurre?, y estudiarlo para obtener respuestas válidas.

Hay algunos trabajos interesantes que se han iniciado por ejemplo, en Brasil donde tienen una muy grave problemática con la cocaína fumada y con el manejo de la abstinencia a través

del uso de cannabis. Pero son trabajos en grupo, en estudio piloto o pruebas de muestras muy pequeñas, con muy mal control de variables.

Es decir, será que estamos viviendo lo que no es, será que los indicadores que estamos utilizando para medir el impacto no son los indicadores adecuados para medir la realidad de lo que está ocurriendo, o sea, qué tipo de praxis estamos utilizando para valorar estos estudios, que me están dando estos muy malos resultados. Es el caso de la maestra que le pone mala nota permanentemente al muchachito en lectura porque dice que no sabe leer, pero resulta que no le está preguntando cómo es el muchacho, o no está viendo qué le interesa leer o lo está evaluando de manera inadecuada. Entonces uno dice, bueno pero es que a mí me parece que él está leyendo bien, sí pero es que en la prueba de lectura no está saliendo bien, no obtiene buena nota.

Debemos por tanto realizar una identificación de los factores pronósticos relevantes para el ajuste de covariables, ya que muchas veces nosotros colocamos una variable y pretendemos medir esa variable y no estamos viendo lo otro. Nos pasa a veces con los programas de tratamiento, cuando utilizamos solamente la abstinencia como criterio de éxito de un programa de tratamiento. Y uno dice, bueno está bien valorar la abstinencia, él no está totalmente abstinentes, ha seguido consumiendo, pero redujo la intensidad del consumo, o ahora está consumiendo pero está trabajando, ya no delinque, está en una residencia estableciéndose, etc. Entonces, tenemos que preguntarnos ¿La persona está mejor o no está mejor? Pero sin embargo, si lo evaluamos en términos de abstinencia, probablemente el resultado va a ser muy malo y no va a encontrar ningún elemento positivo que hable a favor de ese programa en particular y de sus teóricos avances.

Esto indudablemente que sigue siendo un enorme desafío para la salud pública. Nosotros nos encontramos con la desagradable realidad de que muy pocos centros de investigación tienen líneas de investigación específica sobre este tema. Cuesta mucho que los centros de investigación, que los centros académicos, se aboquen a invertir energía en dilucidar la problemática relacionada con el uso de sustancias y con las intervenciones preventivas y de los tratamientos.

Existen miles de intervenciones, probablemente el número más reducido eran aquellas que se ajustaban a la definición operativa que nosotros habíamos utilizado para la revisión. Pero existen muchas que parecieran estar dando buenos resultados a escala individual, pero que necesitan como una aproximación mucho más sistemática para poder llevar a escala de salud pública.

Por otro lado, muchas veces el problema es lo que estamos midiendo, por qué existen muchos problemas primero para contactar las muestra, hay circunstancias que tienen que ver con el carácter ilícito de la sustancia o con la pertenencia de los usuarios de sustancia a grupos excluidos de la población general, poblaciones ocultas, de las que nos cuesta mucho poder hacer el seguimiento adecuado. Entonces la investigación es un desafío importante en relación con esto. Es decir, no necesariamente porque el estudio sea bien intencionado nos va a funcionar, no necesariamente porque sea bonito, porque sea costoso o porque venga con una marca o incluso, muchas veces puede venir con un certificado de efectividad,

pero lamentablemente en principio, ninguna de estas cosas no nos va a garantizar un buen resultado en nuestro trabajo.

Yo creo que siempre, el elemento de valoración de impacto o deficiencias, debe estar incluido dentro de la propuesta de programas y debe ser abordado en una manera sistemática. Yo creo que hay, en el ámbito de las ciencias sociales y las ciencias de la salud, suficientes elementos que nos permitirían abordar este tema desde una perspectiva mucho más precisas.

Pero es importante que este aspecto se tenga en cuenta desde el punto vista de la aplicación de políticas. Es decir, cualquier inversión de recursos en estas intervenciones, que se han planteado como definitivamente no eficientes, bajo la premisa de que vamos a ampliar la muestra mucho para ver si ampliando la muestra los resultados mejoran, o vamos a incluir este elemento nuevo, o vamos a reformular este programa, debe ser muy bien sustentada y debe ser sometida a un proceso de monitoreo estricto porque ya está claro que eso no funciona así tan claramente. Sí lo sabemos, sí yo quiero insistir en la metodología de medios de comunicación como estrategia de prevención, yo tendría que armar un esquema en el cual pudiera tener la garantía de que no voy a seguir perdiendo dinero, recursos y esperanza en relación con esto.

Por otro lado, si nosotros quisiéramos utilizar algunas de estas experiencias, o a la inversa, experiencias que se han utilizado y que han resultado positivas para sustancias de uso lícito como el tabaco o los psicofármacos y aplicarlas a sustancias ilícitas, debe hacerse una valoración importante porque los resultados esperables no necesariamente son los mismos, ni se puede medir de la misma manera. Entonces hay que hacer un ajuste, no porque el programa sirvió para cocaína, va a servir para el alcohol; o a la inversa, no porque sirvió para tabaco, no necesariamente va a servir para el consumidor de cannabis, o sí.

Lamento si piensan que les traje malas noticias respecto a las evidencias científicas en prevención, no era mi intención. Lo que he tratado de explicarles es que como ustedes saben bien, este es un tema muy complejo, con diversas variables que influyen en él y que además son muy cambiantes. Pero también ocurre con los tratamientos de las adicciones. Cada vez se busca más la evidencia científica en todas las ciencias de la salud, tarea que requiere mucho estudio, tiempo y recursos económicos y humanos. Confío que sigamos avanzando entre todos en estos campos de conocimiento para mejorar la sociedad.

A partir de ahora podemos discutir cualquier aspecto que les interese, o hacer preguntas y comentarios.

Muchas gracias por su atención.

DEBATE

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

Preguntas: Público asistente.

Respuestas: Dr. D. Luis Alfonzo Bello

Debate

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

Preguntas: Público asistente.

Respuestas: Dr. D. Luis Alfonzo Bello

Interviene el Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Gracias al Dr. Luis Alfonzo Bello por esta extraordinaria exposición, que como ha dicho no es muy alentadora. A partir de ahora, ustedes tienen la palabra. Empezamos ahora el coloquio, el Debate propiamente dicho, para que podáis formular cualquier pregunta, exponer vuestras opiniones, para que se pueda ampliar, aclarar o complementar lo expuesto por el Ponente.

Para empezar el Debate, me permito hacer la primera pregunta.

¿Hay algún programa de prevención que esté evaluado de forma adecuada y que demuestre, al menos, algún tipo de evidencia?

Responde el Dr. Luis Alfonzo Bello

Lo que mencionaba, es decir programas escolares llevados a cabo por profesores. No realizados por personal externo. Se reduce significativamente la eficacia de los programas cuando el personal es externo. Lo que funciona mejor es cuando tú habilitas profesores, orientadores del mismo ámbito educativo y son ellos los que realizan el programa.

Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

¿Y eso se hizo a través de estudios longitudinales?

Dr. Luis Alfonzo Bello

Se hizo a través de estudios longitudinales. Yo te puedo mandar la revisión de evidencia que hay sobre esto.

Asistente

¿Si en vez de dotar a los profesores se dotara a los delegados o secretarios de las clases no se mejoraría esto al ser entre iguales, entre compañeros?

Dr. Luis Alfonzo Bello

Eso es así, hay una estrategia de prevención que es en base a padres, que han demostrado resultados positivos. Ahora bien, como te decía, cualquier iniciativa, eso que tú planteas es hipótesis trabajo, entonces yo digo, bueno si yo tengo evidencia, ¿será posible que si yo sustituyo esto por estas razones me funciona mejor?, está abierta la posibilidad. Hay algunos programas de pares, sin embargo, la mayor evidencia se ha obtenido con profesores. ¿Que esto se deba a conocimiento o se deba a que el proceso de entrenamiento de capacitación

de los padres que van a participar en el proceso de prevención no se hizo adecuadamente?, yo lo puedo revisar, yo lo puedo proponer. Pero la recomendación que se hace es que, si yo introdujo una nueva variable, o modifiqué una variable para hacerla más potente, que lo haga del modo que yo pueda ir monitoreando lo que está ocurriendo y pueda hacer los ajustes necesarios un momento dado, ya no tengo garantizado el resultado. Es una hipótesis perfectamente válida como tú la estás planteando.

Dña. Andrea Sixto Costoya

En primer lugar, muchas gracias por su intervención. Los temas sobre prevención y evidencia siempre son complicados de abordar y este tipo de charlas con expertos son muy ilustrativas para seguir avanzando. Mi pregunta es si tiene conocimiento sobre los cambios que se están llevando a cabo en Ecuador sobre el nuevo Plan Nacional de Prevención de Drogodependencias que se está poniendo en marcha en el país desde hace apenas unos meses. Desde mi punto de vista, son buenas noticias que países como Ecuador, que nunca se habían planteado la prevención desde la evidencia como línea base, se posicionen y comiencen a actuar desde esta perspectiva.

Dr. Luis Alfonso Bello

Mira yo visité Ecuador el año pasado, justamente a raíz de la de la elaboración del plan, porque la coordinación de la elaboración del plan se le asignaron a la Ministra de Salud. Entonces nos pidieron apoyo a nosotros en relación con esto. La dificultad que puede tener un país para encontrar evidencias sobre la cual fundamentar sus programas de prevención, es la misma que van contra cualquiera de ustedes que se dedica a hacer una revisión sistemática. Es decir, cuando yo te estoy diciendo esto, no te estoy diciendo que la evidencia que pudieron haber encontrado Ecuador en ese momento adolece de las mismas dificultades. Entonces trabajamos con un rango de incertidumbre muy amplio.

Una de las cosas con las que estaba trabajando la comisión que está elaborando el plan, era una propuesta que le había hecho Islandia en relación con modelos prevención islandés que ha tenido, aparentemente, muy buenos resultados en el ámbito europeo. Además lo están replicando, en ese momento, en Chile también en cinco comunas chilenas porque están un poco impactados acerca de los resultados que Islandia dice que obtuvo o que ha obtenido con su programa. Las cifras las miras y es impresionante lo que está ocurriendo en Islandia. ¿Cómo pasa? Y no hay ninguna propuesta que sea de tecnología espacial, son cosas sencillas, de como promover el acercamiento de los padres con las autoridades escolares y conocer lo que están haciendo los hijos en el colegio, etc., tener mayor participación.

¿Qué estamos haciendo nosotros en este momento con Chile? Estamos trabajando conjuntamente, con el equipo de la Universidad de Chile, que está replicando el modelo islandés que fue presentado en Ecuador; para desarrollar un marco de monitoreo y evaluación que nos permita saber lo que está ocurriendo allí y de qué factores depende. Porque, bien es cierto que, Islandia es un país pequeño, con unas características particulares, que no son replicables al contexto regional latinoamericano y a algunos contextos particulares. A lo mejor en una población urbana, o en una comuna de Santiago de Chile, podrían ser. Islandia es un país con un nivel educativo alto y con un nivel socioeconómico un poco por encima del resto de Latinoamérica, por lo que veremos si funciona o no. Lo que dudamos es que pueda ser

un modelo talla única que sirva para todo el mundo. La vacuna para la polio sirve para todo el mundo. Pero los programas de prevención, ojalá pudieran servir para todos. Si pudiéramos pasar un helicóptero y fumigar, o agregar flúor en el agua, y de esta forma genérica actuar en la prevención de los factores de riesgo. Aquí los factores de riesgo son mucho más complejos. Pero tienes que incorporar esas variables. Es un tema muy interesante y la gente de Ecuador está aproximándose a ese tema. Yo no estoy muy seguro si ese plan lo terminaron aprobando finalmente o no.

Dña. Andrea Sixto Costoya

Claro, están empezando y aún les queda un largo recorrido. Pero bueno, creo que es buena noticia que se empiece algo, que tengan en mente que la prevención debe estar basada en la evidencia. Sobre lo que comentabas de Islandia, a mí me comentó una amiga que está trabajando en la Secretaría Técnica de Drogodependencias de Ecuador lo que decías sobre este país. Es verdad que cuando llegaron los miembros de la delegación de Islandia y contaron lo que estaban haciendo, todo el mundo se quedó alucinado y enseguida dijeron, aquí hay que hacer lo mismo. Claro, no es tan fácil porque lo que tú comentabas, de que las variables sociodemográficas totalmente diferentes u opuestas. Pero en mi opinión es una buena línea a seguir.

Dr. Luis Alfonso Bello

En Chile ya se comenzó la implementación de ese modelo islandés de prevención, en una comuna de Santiago. En Ecuador, no sé y no creo que todavía se haya empezado. Porque además coincidió la aprobación del plan con una crisis de gobierno importante, con vicepresidente preso y con una crisis económica por la caída de los precios del petróleo, que es otro elemento que además uno tiene que considerar cuando uno pasa de la dimensión individual a la dimensión pública. Es decir, existen una serie de factores que no dependen del método o de la intervención en sí mismas, sino del contexto en el cual se aplica la intervención.

D. Ricardo Pérez Gerada

El método islandés, se está aplicando desde el año 1998 hasta la actualidad y realmente han conseguido reducir el consumo. Islandia, como decías, es un país pequeño, pero Malta también tiene el mismo volumen de población y sin embargo siguen con los mismos valores de consumo. El triunfo del método islandés no es el haber hecho un programa que actúa sobre las actitudes del individuo, lo que han hecho es cambiar las estructuras sociales para liberar al individuo de la necesidad de consumir. Son dos conceptos diferentes.

Dr. Luis Alfonso Bello

A mí me impresionó mucho el artículo que trataba sobre este tema. Me impresionó tanto que comencé a dudar, dentro de una duda razonable. Es decir, porqué estoy de acuerdo con lo que tú dices, algo está ocurriendo aquí, es decir, ¿Cuáles son las variables diferenciales? Yo creo que en un problema tan complejo como es el problema del uso de sustancias, con tantas variables desde el punto de vista socioeconómico. El reto es cómo incorporar, en el diseño de la investigación y de monitoreo, las variables que sean pertinentes. Porque, tú mismo lo decías, Malta e Islandia son dos países que tienen más o menos la misma cantidad de población, pero hay un factor que yo no sé si influye o no. Es decir, un país está en el Mar

Mediterráneo y el otro está en Europa del Norte. Desde el punto de vista ambiental, desde el punto de vista de las influencias, desde el punto de vista histórico, ¿Qué valor tiene para unos y para otros el uso de sustancias?, ¿Qué valor tiene para uno para otros variables desde el punto de vista, por ejemplo cultural y familiar? Porque una de las cosas que hay que tener en cuenta en todos los modelos, no solamente en el islandés, es la estructura externa y también el grado de involucramiento que tienen los familiares en la dinámica del muchacho o adolescente.

Entonces, ¿Cómo funciona eso? ¿Cómo va a funcionar eso? Será diferente lo que ocurre en Tarragona a lo que ocurre por ejemplo en Galicia, en Extremadura, o en Asia. Son realidades que dentro de un mismo país pueden ser mucho más complejas. No digamos entre diferentes continentes

D. Ricardo Pérez Gerada

Hay que reconocer que muchos controles de la accesibilidad a las sustancias han funcionado y otros han fallado y que muchos programas preventivos que inciden en las actitudes de las personas han fallado. Sin embargo el método islandés ha conseguido en Islandia cambiar las estructuras sociales, modificando el posicionamiento de los individuos respecto a los consumos. ¿Qué opinas de esto?

Dr. Luis Alfonso Bello

Yo apuesto mucho a eso, yo quisiera que fuera así. Yo apuesto tanto que programé una visita a Chile para acompañar esa experiencia con el pensamiento de que, bueno, si esto funciona de esa manera para para alguien de algo tiene que servir. En el caso particular del alcohol por ejemplo, la evidencia que se tiene sobre los métodos de prevención más eficiente son aquellos que tienen que ver con la reducción de la accesibilidad: incremento del costo, incremento de la edad de acceso, restricción sobre las cantidades, etc. Que no tienen nada que ver con el individuo en sí mismo pero que tiene que ver con unos mecanismos de control social que son una forma de prevención que se ha llamado presión ambiental.

Incluso, hay alguna gente que plantea que los programas de prevención que están basados en elementos cognitivos son muy poco efectivos en población adolescente por el proceso de desarrollo y maduración, por lo que tienen que ir acompañados de medidas de control ambiental.

Entonces, ponía como ejemplo el no permitir que dos adolescentes vayan solos conduciendo en el coche, y eso reduce la posibilidad de accidente. Esto es porque está demostrado que hay más posibilidades que haya un accidente sin van varios adolescentes en un coche, que si va con ellos un adulto. O incluso cuando va el adolescente solo, ya que cuando va solo es mucho más respetuoso con las normas que cuando va acompañado por otros.

Son teorías que tienen posibilidades de aplicación en la práctica, pero que aun siendo intervenciones que tienen un impacto sobre la salud pública no son intervenciones que corresponden al sector salud. Se pueden intentar muchas cosas. Pero hay que ser metódico en cuanto a la implementación. Esto funcionó en Islandia, pero que hubiera funcionado allí no es garantía de que eso funcione bien en ningún otro sitio. Por ejemplo, puede ser bueno para los islandeses pero no para los catalanes, podrían decir algunos, pero... ¿por qué no? Si yo

doy con aquellas variables de validez y aplicación universal, pues probablemente funcionen, yo soy optimista en relación con eso.

D. Ricardo Pérez Gerada

En Holanda, Uruguay y otros países americanos, está legalizado el consumo de marihuana. Hace poco salió en un periódico español que supermercados Lindl iba a comercializar productos que contienen cannabis en un 1% a un 3%. En Suiza el debate está en si se legaliza o no el consumo, en este caso de la marihuana. Mi pregunta es: ¿Este tipo de legalizaciones se hacen por condicionantes políticos o en base a una evidencia científica que muestre si realmente legalizar va a reducir el consumo y los daños?

Dr. Luis Alfonzo Bello

Las decisiones sobre legalización de una sustancia son decisiones políticas. Estas decisiones no las toman los Ministerios de Salud, sino que las toman los órganos de gobierno. Incluso, si en las convenciones internacionales se toman decisiones en relación a cómo se incorpora una sustancia a la lista de sustancias controladas, las razones por las cuales se están tomando algunas decisiones en relación al cannabis responden a distintos actores.

En el caso de Uruguay, y esto lo conversé yo directamente con las gente de la Junta Nacional de Drogas de Uruguay, es que están apostando por una ruptura del mercado de sustancias ilícitas. Ellos tenían un serio problema de drogas, pero no tenían un problema serio con el cannabis, el problema de Uruguay eran fundamentalmente con el alcohol y con la pasta base de cocaína. Entonces la apuesta del Gobierno Uruguayo es que ellos dicen: si nosotros controlamos el tema de la marihuana en todas sus fases, y teniendo en cuenta que Uruguay es el único país a nivel mundial donde el Estado ha asumido todo el control de una sustancia, conseguiremos hacerla legal pero totalmente bajo la regulación del estado. Ahora. Uruguay es un país pequeño también, con una historia de regulación y de eficiencia regulatoria muy amplia y reconocida, mediante la cual han tenido un éxito interesantísimo en relación con el tabaco. Ellos están apostando a que van a poder romper el mercado y que la persona que va consumir marihuana que la consideren como una droga con un menor impacto, que la pasta base de cocaína, no se vea expuesta a un sujeto que le vende droga ilícita y que le pueda vender droga problemática y descontrolada. Yo no sé si les va a funcionar o no.

Los holandeses lo hicieron con los *coffee shop* y en realidad el problema era la heroína. Mucha gente piensa que Holanda tiene una legislación muy laxa en relación con el uso de sustancias, pero no es así, tiene una de las políticas anti-drogas más duras de toda la Comunidad Europea. Pero digamos que con el tema del cannabis y de los *coffee shop* lograron, en conjunto con otras medidas que se usaron para reducir el uso de opiáceos, romper el mercado de los opiáceos. Y eso, sin embargo, les trajo algunos problemas que están todavía regulándose, por ejemplo, tuvieron que establecer restricciones acerca de quién podía comprar y en qué cantidad.

Otro tema es de países que, sin haber resuelto el problema que tiene con el uso de sustancias, se apuntan a la moda del cannabis medicinal. Un caso reciente de países, no voy a nombrar ninguno para no ser políticamente incorrecto, pero que aprueban regulaciones sobre el uso de cannabis medicinal y hacen recomendaciones en relación a la garantía que deben tener las personas que están usando cannabis medicinal, de tener tratamiento en el caso que desarrollaran una dependencia. Y sin embargo, son países con los cuales nosotros llevamos

entre diez y quince años tratando de montar una estructura mínima de servicios de atención para usuarios de cualquier sustancia, que no ha sido posible montar.

Pero hay mucha presión desde los lobbies, que están promoviendo que negocios con el uso de cannabis medicinal y que se están apuntando a la posibilidad del cannabis recreativo. Canadá por ejemplo, tiene un compromiso político de aprobar cannabis recreativo a partir de julio de este año 2018.

Por otro lado, también hay alguna publicación interesante por allá acerca de unas recomendaciones, como una guía clínica para reducir el impacto, una especie de guía de uso seguro de cannabis recreativo donde el acento se está poniendo sobre todo en dos puntos: Restringir el acceso a las poblaciones más vulnerables, incluidas población adolescente, poniendo un límite de acceso y de compra de esa sustancia de la misma manera que para el alcohol, que son dieciocho años; y estrategias para reducir el uso frecuente de un intensivo plan, para entonces ahí poner restricciones en relación etiquetado, mercadeo, publicidad, sitios donde se puede comprar, mecanismos que, en definitiva, suponen como una especie de embudo.

La realidad es que los uruguayos no han podido reducir significativamente el uso de marihuana ilícita, han incrementado el uso de marihuana legal pero siguen teniendo problemas con el uso de marihuana ilícita. El problema es, por ejemplo, que si el Estado está vendiendo marihuana lícita con una concentración de un 3%, pues el mercado ilegal se las arreglará para venderla de manera ilegal con más concentración, menor calidad pero también menor precio. Ahora ¿Cómo controlo eso y con qué mecanismos?

D. Ricardo Pérez Gerada

¿Existe alguna relación entre la calidad de las acciones preventivas y el nivel económico de un país?

Dr. Luis Alfonso Bello

De donde tengo la evidencia es de los países que tienen mayor nivel socio económico. No tengo evidencias científicas de lo que sucede en países pobres. Pero, hipotéticamente, el impacto en salud pública para estos países pueden ser mucho más graves ya que la población está sometida a condiciones de vulnerabilidad. Son líneas que están pendientes de abordar. Pero sí que se podría decir que no es lo mismo que tú te tomes un vino porque lo escoges entre varias opciones de bodegas, a que tú te tomes alcohol de destilación casera porque es la única posibilidad que tienes. Es un tema que tiene que ver mucho con los determinantes sociales.

D. Ricardo Pérez Gerada

Claro, tiene todo el sentido. Otra cuestión que me viene a la cabeza sobre lo que comentabas antes de los intereses socioeconómicos que puede haber para legalizar el cannabis es pensar en qué grandes lobbies se ven beneficiados, y claro, eso me lleva directamente a pensar en Monsanto como gigante de las semillas y de la industria agroalimentaria. Las presiones son muy fuertes.

Dr. Luis Alfonso Bello

La presión es muy fuerte en todo lo relacionado con el tema cannabis. En noviembre en el portal de la OMS, alguien preguntaba sobre el tema del cannabis medicinal y había una

respuesta que decía que es probable que con el cannabidiol, que es otra cosa de la que no se suele hablar, ya que no se suele decir que cuando hablamos de cannabis medicinal no se está hablando necesariamente de tetrahidrocannabinol (THC), pues esta persona respondía que el cannabidiol es con lo que se conseguirá mayor posibilidad de efectos terapéuticos, ya que no tiene efectos psicotrópicos. Entonces decía este texto de la OMS que es posible que el cannabidiol pueda tener alguna utilidad terapéutica en alguna situación, pero son necesarios mayores estudios al respecto.

En Panamá, una persona aparece un programa de televisión de horario premier diciendo que la OMS ya se pronunció en relación al cannabis medicinal y hay una recomendación específica de la OMS para eso y para lo otro... Pero es no es del todo cierto, ya que la OMS comisionó una pre revisión de literatura sobre cannabis terapéutico en los diferentes productos cannábicos. El primer informe, se va a presentar al Comité de Expertos de Drogodependencias de la OMS en junio para ir a una segunda revisión de evidencias. Lo que puede ser que ocurra es que el cannabidiol como compuesto pueda ser sacado de las sustancias bajo control y pueda ser incluido en las sustancias con utilidad terapéutica, pero eso no significa que la OMS vaya a aprobar el cannabidiol. Aunque yo creo que se va a aprobar.

El ejemplo está en la legalización del cannabis de manera paulatina en diferentes países, aunque hay países, como Jamaica, donde el cannabis terapéutico se aprueba a través de presiones sobre el Ministerio de Economía y Comercio, aun cuando el Ministerio de Salud no tiene un criterio favorable a este tema, pero se termina aprobando pues son países que tienen dificultades económicas y que ven un planteamiento de negocios con este sistema. Entonces sí es importante tener cuidado con ese aspecto y saber por qué se hacen las cosas.

Dña. Sonia Herrero Cervera

Quería preguntarte sobre lo que habías comentado antes de tu postura de la eficacia del deporte como medida para prevenir el consumo, de que no había evidencias de que funcionase.

Dr. Luis Alfonso Bello

No es mi postura. Lo que comentaba es lo que se dice en la revisión, y es que no existe suficiente evidencia o evidencia contundente que relacione la actividad física con una reducción o eliminación del consumo. Es decir, que el hecho de que tú practiques natación y que formes parte de un programa de prevención no está relacionado, en base a la evidencia disponible, con una evitación del consumo o con una reducción de consumo.

Que los estudios estuvieran mal diseñados, o que la pregunta de investigación no haya sido correcta es otro de los retos que nosotros tenemos. Pero realmente es difícil medir que por ejemplo, el hecho de que estés nadando evita que en ese momento te fumes un porro, muy difícil, aunque mientras estás nadando no puedes estar fumando, entonces mientras más horas nades realmente esas horas no consumes. De acuerdo, eso puede tener alguna utilidad.

Por ejemplo, yo a mis pacientes que tenían problemas con el consumo de alcohol, -yo soy de Venezuela y en Venezuela bailamos mucho-, yo les decía, pues si usted no sabe bailar, usted tiene más riesgos de beber alcohol, porque cuando bailas no consumes. Es una perspectiva, pero que también se puede tomar como que si tú vas a bailar es probable que por el

ambiente, porque te da sed, tú bebas más. En definitiva, son dos hipótesis de trabajo y tú piensas, qué será lo que ocurre.

A lo que voy es que a la evidencia que existe, no podemos adjudicarle un valor suficiente para poder decir este programa es totalmente recomendado y debemos invertir un millón de euros en llevar a cabo este programa en toda la Comunidad Valenciana. No, porque no está basado en la evidencia.

Dña. Sonia Herrero Cervera

Volviendo al tema de la prevención y el deporte, recientemente hemos visto como el denominado “método islandés”, que apostaba, entre otras cosas, por juventud y deporte para prevenir el consumo sí que funciona y da muy buenos resultados.

Dr. Luis Alfonso Bello

Bueno, pero el reto del método islandés es saber si es una efectividad que solamente existe en Islandia o es una efectividad que pudiera ser llevada a una escala mayor. Debemos saber si depende de factores que son propios de ese contexto y situación particular o factores que puedan ser generalizables. La vacuna de polio sirve para todo. Pero a lo mejor la primera vacuna de polio que se hizo no era extensible a todo el mundo, sino que hicieron falta varias pruebas hasta llegar a una que fuese realmente válida. Entonces, si el método islandés les funcionó a ellos, perfecto, me alegro mucho, y si funcionase también en Chile me alegraría mucho también. ¿Servirá eso para Bolivia, para la población de las favelas de Río de Janeiro, servirá para los colombianos de la costa y de la sierra...? No lo sé. Tendría que investigar. Tendría que hacer los estudios necesarios. Y tenemos la investigación que nos serviría para hacer unos diseños de investigación que aportaran la evidencia necesaria.

Lo de la política basada en evidencia más que una recomendación que es casi una plegaria. No existe evidencia suficiente para sostener todas las intervenciones que en este momento se hacen “supuestamente” basadas en la evidencia. Lo que ahora mismo existe corresponde a determinados grupos, pero no son extensibles. Es decir, ¿En qué se parecen los islandeses, la población de Tailandia, o del Congo, o de Honduras o Nepal? No lo sé.

Asistente

Actualmente la evidencia dice que las intervenciones deben de ser tempranas para que funcionen. Sin embargo, mi duda es, si se le plantean ese tipo de intervenciones a los padres puede ser negativo porque pensarán, mis hijos son demasiado pequeños para hablarles ya de drogas. Entonces yo me planteo si no sería necesario hacer previamente un trabajo de concienciación o sensibilización con los padres.

Dr. Luis Alfonso Bello

Lo primero que hay que definir en este planteamiento es cuál es el problema. Una vez que piensas en el problema, tienes que definirlo lo suficiente. Cuando digo definido, no solamente nombrarlo, es además caracterizarlo y mirar cuáles son los elementos que están relacionados. En el problema que tu planteas, que podría ser el inicio de consumo de alcohol a determinada edad o antes de determinada edad, estamos hablando de una serie de factores que pueden tener algún grado de incidencia, están las que pueden ser internas o externas al sujeto: están la accesibilidad, la valoración social del consumo por parte de grupos significativos

de personas, etc., y esas variables dependen de lo que vas a tratar de medir. Para entonces tu poder saber qué tipo de intervención es la más recomendada. Primero tienes que hacer un estudio y dices, bueno, de esta población obtuve mi muestra y escojo los que están por debajo de esa edad y los que están por encima de esa edad y de acuerdo a la revisión de literatura que tienes, debes mirar cuáles son las variables que se van a investigar, ver qué tipo de asociación y saber que fuerza de asociación existe entre unas variables y otras. De esas, es necesario saber cuáles son variables modificables o no y porqué vía se pueden o no modificar. Cuales son susceptibles de ser intervenidas y en qué momento. Entonces, de ese planteamiento te pueden surgir veinte proyectos de investigación diferentes.

Hay gente que no lo hace así, que se lanza directo y que dice, este problema se soluciona haciendo “Una escuela de padres”. Y eso puede ser un factor importante. Pero quién te dice que ese factor se modifica o quien te dice que ese factor es susceptible o no, o es más costoso o menos costoso, o más fáciles de hacer. Entonces, digo, es más fácil decir “se prohíbe la venta de alcohol a menores de edad”, se hace una recomendación operativa de que el alcohol no esté accesible a la población X, Y o Z, y a lo mejor en un logro para manejar el problema.

Es una pregunta abierta, yo no tengo la respuesta. Si el problema aparece en ese momento y yo voy a prevenir debo intervenir, pero también hay cosas que tienen que ver con el contexto. Cuando se establecen la restricción de venta de alcohol para menores de 18 años, estoy haciendo una intervención en el momento, pero eso puede ir acompañado de otras medidas. Puede ir acompañado de una campaña de publicidad sobre los efectos del alcohol o sobre actividades que yo puedo hacer alternativamente pero lo que asocia un determinado elemento del programa de prevención con un resultado, es lo que yo, desde un punto de vista metodológico, tengo que aprender a valorar. Cuando yo digo que tengo dudas en relación a muchas de las observaciones que se hacen con la falta de evidencia, no estoy diciendo que no sirvan, sino solamente decía que no servían aquellas donde se habían mostrado evidencia que no servían. Lo otro es susceptible de ser resultado de un problema metodológico, de la manera como se planteó la evaluación o de cómo se reportan los resultados.

Dr. Francisco J. Bueno Cañigral

Quiero comentar un tema que hemos debatido muchas veces y que has comentado hoy tú también. El de la educación. Se ha hablado del tema de Islandia, de las políticas estructurales sociales. Creo que aquí en España tenemos un grave problema con las políticas estructurales, que conforman en estado del bienestar. Me refiero ahora sólo a la educación, que en treinta años se han aprobado siete leyes educativas diferentes en las que siempre ha imperado la transversalidad. Hubo un intento en su momento, de que hubiese una asignatura troncal desde el principio de la etapa educativa, por lo menos hasta el acceso a la universidad, como existe en otros países, donde en cada uno de los cursos se fuesen introduciendo conocimientos relacionados con la salud, la higiene, la anatomía, educación afectiva, alimentación, etc. Podríamos llamarla Educación para la vida, aprender a vivir, educación para la salud, etc. Todo ese proceso dentro del sistema educativo, podría aportar muchos conocimientos a los estudiantes para luego promover su salud y prevenir las enfermedades. ¿Conoces tú alguna experiencia de algún país donde siguiendo ese modelo, haya influido de alguna manera en el consumo?

Dr. Luis Alfonso Bello

De acuerdo a la revisión de los programas que se hacen desde el punto de vista de educación en las escuelas, no tienen un impacto mayor sobre el consumo, tienen un impacto mayor sobre el conocimiento. Entonces, son programas en los que eso te lo reportan los resultados de la evaluación. En general, los programas de prevención aplicados al tema drogas mejoran el conocimiento con respecto al problema, pero con respecto al consumo no hay un resultado significativo.

Dr. Francisco J. Bueno Cañigral

Pero yo me refiero a una asignatura en concreto que trate temas de salud, entre los que se incluyan temas relacionados con las adicciones, igual que hay una asignatura para matemáticas, inglés, conocimiento del medio..., pues una asignatura que fuera de educación para la salud o de promoción de la salud. ¿Conoces alguna experiencia del país que tenga esas asignaturas troncales en el modelo educativo y si tiene algún de influencia en las variables de consumo?

Dr. Luis Alfonso Bello

No, en la revisión no se menciona una asignatura troncal tal y como tú dices. Pero se menciona la inclusión de contenidos en el currículum escolar. Algo como habilidades generales de vida o habilidades sociales y son variables que en general, todas suman un factor de efecto positivo frente a las drogas. He visto algunas revisiones por ahí en las que los resultados han arrojado que las personas que se lavan los dientes, que usan el cinturón de seguridad, tienen mejores respuestas a los programas de prevención para el consumo de tabaco y marihuana que los que no. Yo creo que el tema es complejo, porque además los diseños experimentales son muy difíciles porque las variables de confusión son muy altas y entonces son variables que no se pueden controlar. Decir, con un criterio definitivo, este programa funciona en el 40% de los expuestos de esa manera, no lo puedes decir. Lo que ocurre entonces puede ser debido al azar, o puede ser debido al programa, pero no lo puedes decir con seguridad.

Dr. Francisco J. Bueno Cañigral

Claro, porque en relación a lo que comentaba antes Sonia Herrero, una persona que cuida su físico, que hace deporte de forma regular, tiene una serie de factores favorables que son protectores del consumo. A priori, eso es lo que se supone.

Dr. Luis Alfonso Bello

Pero a lo mejor tu puedes ir más allá y decir, bueno, pero es que la persona hace ejercicio físico porque valora su salud, entonces no es el ejercicio sino la valoración de la salud lo que está actuando como variable: Pero por eso hace falta, digamos, un análisis multivariado que logre precisar con instrumentos buenos de diseño experimental. Yo lo que creo es que el tema ha sido que el clima en general está muy excluido de la dimensión real de los problemas, que siempre se le da una característica como mágica particular y que puede ser solucionable con intervenciones. Por ejemplo, a nadie se le dice que le van a quitar la tuberculosis aconsejando que no se ponga enfermo. Pero, sin embargo, se puede utilizar la valoración, por ejemplo, para cumplir el tratamiento, para alimentarse bien, esos son factores de protección con respecto a la enfermedad, aunque en ese caso es una enfermedad infecciosa que está muy fuertemente asociada a condiciones de vida. Es muy importante tener en cuenta que

no todos nos enfermamos de la misma manera, que es muy importante tener en cuenta la variable del contexto.

Es igual con el consumo de drogas, tú puedes probar la droga y no hacerte adicto. Por ejemplo, hay personas que repiten el consumo y no se hacen adictos, entonces eso está sujeto a determinadas circunstancias. De cien sujetos que consumen marihuana antes de los 18 años, pues el 10% se hace consumidor y el 8% se hace dependiente. La pregunta es: ¿Qué es lo que hace que el otro 90% no enferme?, ¿Qué es lo que hace que los otros 90 no desarrollen la dependencia?

Aquí entra en juego otras variables que son las genéticas, los antecedentes que tenga una persona en su familia de trastorno por dependencia, que pueden llevarnos a hablar de una predisposición neurobiológica. Hay un grupo que entrará por ahí, otros que son factores de tipo social, es decir, en cuanto a la valoración social del consumo, en cuanto al momento en que se inicia la enfermedad, tu nivel adquisitivo, tus posibilidades de cambiar de residencia a un sitio donde no estés tan expuesto. Creo que es un tema que desde el punto de vista de la investigación puede resultar fascinante y valdría la pena dedicarle tiempo, porque probablemente nos vamos a encontrar con estas dos variables: las genéticas y las de contexto.

Yo soy de los que estoy convencido de que el problema no debe ser tan complicado. Si nosotros hemos tenido, por ejemplo, organizaciones como Alcohólicos Anónimos, que trabajan desde hace décadas sin conocer mucho del tema, sencillamente con un tema de aproximación y de psicoterapia de grupo, y consiguen que la gente salga del consumo, incluso intervenciones terapéuticas no profesionalizadas y sin mucha claridad logran resolver en un porcentaje X, el problema no debe de ser tan difícil.

Debe haber casos muy complejos, muy difíciles de abordar, pero creo que es mucho más sencillo de lo que parece. A veces, construimos toda una ideología alrededor de un problema, lo hacemos muy difícil con la intención de mantener determinados nichos de control y de poder. Yo creo que es un tema que puede y que debe ser resuelto desde el ámbito de los servicios normales de salud y bienestar social, que no deberán requerir de un tratamiento especial que se ha ido manteniendo por razones de estigma, de mercadeo y de poder; con el ansia de mantener determinadas valoraciones o términos de consenso que se efectúan alrededor de una condición donde, digamos, nos nutrimos de la estigmatización.

¿Qué voy a hacer yo con mi vida si se acaban las adicciones? ¡Pero si no se van a acabar! ¿Me tendré que dedicar yo a otra cosa? Pues es muy cínico, pero muchas veces funcionamos así. El gran negocio del mercadeo de estas cosas requiere de alguna manera todo esto se mantenga. Había una paciente mía de psicoterapia que era muy inteligente y me decía: Mira Luis, es que nosotros tenemos un primo que es oncólogo y nosotros cuando estamos en la casa de fiesta y comemos, hacemos chistes con él y le decimos que nosotros desconfiamos del padre nuestro, porque cuando un oncólogo dice “dame hoy nuestro pan de cada día” es que hay alguien que tiene un problema serio.

Entonces esto es una mirada un poco cínica y un poco de humor negro la relación con un problema grave de salud. Yo creo que en la medida en que nosotros entendamos que este es un problema que puede ser resuelto y que responde a actores que pueden ser manejables, sin tantas medicinas, sin tanto rollo negativo alrededor, pues entonces vamos a buscar soluciones. Pero tenemos que ser sistemáticos.

Dr. Francisco J. Bueno Cañigral

El debate se ha centrado mucho en las adicciones con sustancia querría saber si en la OPS tenéis algún programa de adicciones sin sustancia.

Dr. Luis Alfonso Bello

El tema entró en agenda en una reunión el año pasado en Estambul en relación con el tema de los Trastornos Adictivos Comportamentales. No existe una política específica a nivel global desde la OMS sobre sustancias psicoactivas ilícitas, seguimos estando inmersos dentro del programa de Salud Mental con una coordinación para alcohol y sustancias psicoactivas. En las américas y la OPS hay una resolución con una estrategia y un plan de acción específico para el uso de sustancias psicoactivas.

Dr. Francisco J. Bueno Cañigral

Pero aparte de la reunión de Estambul, ¿Se ha hecho algo más con respecto a las adicciones comportamentales?, ¿Nos podrías decir cuál sería el posicionamiento técnico?

Dr. Luis Alfonso Bello

Sí, se sigue tratando, sigue apareciendo en la agenda. El posicionamiento sería incluirlas dentro del abordaje, para que esté dentro de la misma coordinación.

Dr. Francisco J. Bueno Cañigral

Si no hay más preguntas, simplemente agradecer a Rafael Aleixandre, a nuestro Decano Javier Chorro que ha estado aquí todo el Debate, y por supuesto a Luís Alfonso, por sus explicaciones muy oportunas e interesantes. También, muchísimas gracias a todas vosotras y a todos vosotros por vuestra asistencia.

Dr. Luis Alfonso Bello

Muchísimas gracias a todos. Para mí ha sido un placer compartir esta tarde con todos ustedes.

Dr. Francisco J. Bueno Cañigral

Para finalizar este Debate, en nombre de la Concejala de Sanidad, Salud y Deportes, Dña. Maite Girau Melià, en el mío propio y en el de todo el personal del PMD / UPCCA-València muchísimas gracias a todos ustedes por asistir y participar en este interesante Debate, en el que como siempre se han quedado temas por ampliar y debatir, pero hemos cumplido con creces el horario previsto. El texto completo del mismo lo publicaremos en formato papel, lo pondremos en pdf en la página web, www.valencia.es/pmd y lo distribuiremos por correo electrónico a todas las personas que habéis asistido y a quien lo solicite, para que tengan toda la información por escrito y la puedan utilizar en lo que deseen.

Muchísimas gracias al Dr. Luis Alfonso Bello por su excelente exposición, al Dr. Rafael Aleixandre Benavent, al Dr. Juan Carlos Valderrama Zurián y a los miembros del CSIC-Universitat de València por extraordinaria su colaboración.

Gracias a todos los compañeros del PMD/UPCCA-València por su colaboración.

Y a todos ustedes, muchas gracias por su asistencia y participación.

Buenas tardes a todas y a todos.



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA
REGIDORIA DE SANITAT, SALUT I ESPORTS



**PLA MUNICIPAL DE
DROGODEPENDÈNCIES**

**UPCCA
VALÈNCIA**



**VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA**