

DEBATES EN ADICCIONES

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE DIFICULTAN LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS Y TRATAMIENTOS DE LAS ADICCIONES

Valencia, 15 de mayo de 2024

Dra. Dña. JÉSICA VANESA SUAREZ

Directora General de Políticas Sociales en Adicciones de la Ciudad de Buenos Aires.



Editores:

Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jésica Vanesa Suarez

Rafael Aleixandre Benavent

Juan Carlos Valderrama Zurián

Adolfo Alonso Arroyo

Agradecimientos:

Betlem Ortíz Campos

Celia Martínez Córdoba

Andrea Sixto Costoya

Yiming Liu

Antonio Vidal Infer

Edita:

Servicio de Adicciones

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

Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD)

Concejalía de Servicios Sociales

Ajuntament de València.

ISBN: 978-84-9089-520-7

Imprime:

Depósito Legal: V-2785-2024

Índice

INTRODUCCIÓN **3**

Dr. D. Juan Carlos Valderrama Zurián

Catedrático de la Universitat de València. Director de la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València

Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent

Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València- Ingenio (CSIC-Universitat Politècnica de València).

INAUGURACIÓN **9**

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

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

CONFERENCIA

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE DIFICULTAN LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS Y TRATAMIENTOS DE LAS ADICCIONES **15**

Dra. Dña. Jéssica Vanesa Suarez

Directora General de Políticas Sociales en Adicciones de la Ciudad de Buenos Aires.

DEBATE **31**

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

Dr. D. Juan Carlos Valderrama Zurián

Preguntas: **Los asistentes**

Respuestas: **Dra. Dña. Jéssica Vanesa Suarez**



Dra. Jéscica Vanesa Suarez, Dr. Francisco J. Bueno, Dr. Juan Carlos Valderrama

INTRODUCCIÓN

Dr. D. Juan Carlos Valderrama Zurián

Catedrático de la Universitat de València. Director de la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València

Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent

Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València- Ingenio (CSIC-Universitat Politècnica de València).

Buenas tardes a todas y a todos por acompañarnos una vez más en una nueva edición de los **Debates en Adicciones**. Una actividad conjunta entre el Servicio de Adicciones de la concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia y el Grupo de Investigación UISYS de la Universitat de València. Nos acompaña el Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral, jefe del Servicio de Adicciones y la Dra. Jéscica Vanesa Suarez, que nos va a hablar de los **“Factores socioculturales que dificultan la accesibilidad a los servicios y tratamientos de las adicciones”**.

Los factores socioculturales que se relacionan con el consumo y abuso de sustancias e incluso con el mantenimiento de la adicción son amplios. Entre ellos, podemos mencionar los conflictos familiares, la violencia, la situación económica, el contexto donde se vive o la influencia de los pares, entre otros. Por ejemplo, la severidad del abandono en los primeros años de vida predice el desarrollo de síntomas internos relacionados con el uso de sustancias en la adolescencia. Asimismo, la exposición a entornos de alta tensión y trauma aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos por uso de sustancias, presentando la mitad de los pacientes en tratamiento un trauma físico o sexual en su vida (Keyser-Marcus et al., 2015), y habiéndose mostrado que la ausencia de apoyo familiar puede exacerbar los problemas de adicción (Lardier et al., 2018).

Pero también hay factores socioculturales que dificultan la accesibilidad a los servicios y al tratamiento de las personas con problemas de adicción. Estos factores deben ser analizados y abordados minuciosamente, siendo necesario desarrollar políticas públicas y programas de prevención y tratamiento plausibles y efectivos. Entre dichas barreras socioculturales, se pueden encontrar las relacionadas con la discriminación racial, la falta de cohesión familiar, las influencias del entorno, el género y la estigmatización, pero también la pobreza, el bajo nivel educativo, el escaso apoyo social, la falta transporte y vivienda, la distancia geográfica y el bajo nivel de alfabetización en salud (Adeniran et al, 2023; Hall, Majmudar & Mihalopoulos, 2021). Además, existen factores culturales que pueden dificultar el acceso al tratamiento, como que el consumo de sustancias este más aceptado socialmente, lo que puede dificultar la identificación de la adicción como un problema de salud que requiere intervención profesional, o que la adicción puede ser vista como un fallo moral en lugar

de una enfermedad, lo que estigmatiza aún más a los individuos afectados y los disuade de buscar ayuda (Mulia et al., 2014). De hecho, las ideas falsas son uno de los obstáculos para el tratamiento de las personas, pues creen que lo pueden dejar por su cuenta o consideran que no tienen un problema de salud que requiera la búsqueda de tratamiento (Farhoudian et al, 2022).

Las personas pertenecientes a minorías raciales y étnicas se enfrentan a menudo a prejuicios y estereotipos negativos que influye en la calidad de la atención recibida, pudiendo ocasionar, a pesar de presentar un alto reconocimiento del problema, un escaso acceso a los servicios y, debido a experiencias previas negativas con el tratamiento de salud mental o del abuso de sustancias, muestran una desconfianza que les lleva a no buscar asistencia o a subutilizar los servicios (Otiniano Verissimo & Grella, 2017). Esta discriminación se correlaciona positivamente con la ansiedad social y el uso de alcohol como mecanismo de afrontamiento para manejar el estrés y la ansiedad derivados de estas experiencias negativas (Buckner et al., 2022). Este tipo de estrés, si se mantiene en el tiempo, eleva el riesgo de problemas de salud mental y el uso de sustancias en poblaciones minoritarias. En algunos países, las personas afro-americanas o los latinos esperan más tiempo para ser admitidos a tratamiento y tienen menos probabilidades de recibir los servicios necesarios (Guerrero et al., 2013). Asimismo, la falta de servicios culturalmente competentes puede desalentar a las personas de diferentes orígenes culturales a buscar tratamiento, ya que no se sienten comprendidas o atendidas adecuadamente, por lo que los profesionales de la salud necesitan estar capacitados en competencias culturales para ofrecer un tratamiento sensible y eficaz, adaptado a las necesidades específicas de cada grupo cultural (Mulia et al., 2014).

La estigmatización constituye otra barrera importante que puede llevar a la exclusión social y al aislamiento. Los estereotipos que aplican los profesionales sanitarios pueden originar una menor adherencia al tratamiento (Joseph, Pearson, & Witkiewitz (2024). La vergüenza y el temor al juicio social pueden dificultar la búsqueda de tratamiento, perpetuando así el ciclo de la adicción. Este fenómeno puede ser particularmente problemático en comunidades pequeñas donde la privacidad es limitada y el temor a ser juzgado por conocidos puede ser una barrera adicional. Se trata de una estigmatización que, tal y como vimos en el Debate en Adicciones del Dr. Telmo Mota Ronzani de la Universidade Federal de Juiz de Fora de Brasil, no solo afecta al paciente, sino también a la familia y a los profesionales implicados en su abordaje.

La familia y el entorno social son factores que también pueden dificultar el acceso a los recursos. En el marco familiar destacan la falta de apoyo familiar, las relaciones disfuncionales y el consumo de sustancias entre los miembros de la familia, situación que se agrava con factores como el género de la persona con adicción, una circunstancia que pueden afectar a la persistencia de los problemas relacionados con la sustancia y la progresión de la enfermedad (Mulia & Bensley, 2020). Por todo ello, es fundamental que los servicios de tratamiento incorporen componentes que fortalezcan el apoyo social y familiar para mejorar los resultados del tratamiento. Esto incluye programas de educación para las familias y la creación de redes de apoyo comunitarias que faciliten la integración social de los individuos en recuperación, siendo necesario considerar las creencias religiosas y los vínculos comunitarios (Davis & O'Neill, 2022; Yang et al., 2023).

Respecto a estos factores, tuvimos la ocasión de visitar el barrio popular de los Piletones de Buenos Aires, donde disponen de un recurso, la Casa Lucero, que cuenta con espacios terapéuticos y de recreo, ofrece la posibilidad de estudiar para finalizar los estudios escolares y talleres de formación en profesiones con salida laboral. Este centro realiza una labor impresionante en la captación y sensibilización de personas con dependencia para facilitar su acceso a los centros asistenciales.

Otro aspecto destacable que influye en la búsqueda de servicios y tratamiento son los problemas económicos, pues pueden representar una barrera significativa debido al coste del tratamiento (Hall, Majmudar & Mihalopoulos, 2021). La falta de recursos financieros para un tratamiento privado y la insuficiencia de programas públicos de rehabilitación accesibles y de calidad, limitan las opciones de tratamiento para las personas de bajos ingresos, pues los servicios gratuitos o de bajo coste suelen estar saturados y no siempre pueden ofrecer una atención continua y de calidad. Por ello, las políticas públicas deben considerar los desequilibrios económicos para garantizar que los servicios de tratamiento sean accesibles para todos, independientemente de su situación económica (Yates, 2023), ya que unas políticas inadecuadas que no priorizan la salud mental y el tratamiento de adicciones contribuyen a esta brecha. Por suerte, en España no se da esta situación porque disponemos de una asistencia gratuita y universal.

Para hablarnos de estos factores socioculturales que dificultan el acceso a los servicios y el tratamiento de las adicciones tenemos la suerte esta tarde de contar con una profesional de alto nivel, aparte de amiga, con quien hemos tenido la oportunidad de dialogar en Buenos Aires y en Bolivia. Se trata de la psicóloga **Jésica Vanesa Suarez**, posgraduada en Antropología social y Políticas públicas. Además, está especializada en políticas públicas de infancia y adolescencia, y es profesora de la Universidad Favaloro, una universidad que comparte un convenio de colaboración con la Universitat de Valencia.

Para quienes no lo recuerden, el doctor René Gerónimo Favaloro fue un cardiólogo de gran importancia a nivel mundial, conocido por introducir el bypass cardíaco con el empleo de la vena safena magna. La Universidad Favaloro está centrada en ciencias de la salud, y Jessica pertenece a la Cátedra de Psicología Sanitaria. Su formación como profesora universitaria, junto al puesto que desempeña actualmente como directora de Política de Drogas de la ciudad de Buenos Aires, le proporciona una perspectiva amplia sobre los factores socioculturales que influyen en el acceso a los servicios de prevención y tratamiento.

Este tema es de suma relevancia, por lo que podemos hacernos ya preguntas para el debate posterior, como: ¿Es esta situación trasladable a nuestro entorno? Probablemente, hay circunstancias en que las que sí y otras en las que no. Creemos que este es un punto importante que podremos debatir.

Muchas gracias.

Referencias

- Adeniran, E., Quinn, M., Wallace, R., Walden, R. R., Labisi, T., Olaniyan, A., ... & Pack, R. (2023). A scoping review of barriers and facilitators to the integration of substance use treatment services into US mainstream health care. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 7, 100152. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2023.100152>
- Buckner, J. D., Lewis, E. M., Shepherd, J. M., & Zvolensky, M. J. (2022). Ethnic discrimination and alcohol-related problem severity among Hispanic/Latin drinkers: The role of social anxiety in the minority stress model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 138, 108730. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108730>.
- Davis, C. N., & O'Neill, S. E. (2022). Treatment of alcohol use problems among rural populations: a review of barriers and considerations for increasing access to quality care. *Current Addiction Reports*, 9(4), 432-444. <https://doi.org/10.1007/s40429-022-00454-3>.
- Farhoudian, A., Razaghi, E., Hooshyari, Z., Noroozi, A., Pilevari, A., Mokri, A., ... & Malekinejad, M. (2022). Barriers and facilitators to substance use disorder treatment: an overview of systematic reviews. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 16, 11782218221118462. <https://doi.org/10.1177/11782218221118462>.
- Guerrero, E. G., Marsh, J. C., Duan, L., Oh, C., Perron, B., & Lee, B. (2013). Disparities in completion of substance abuse treatment among racial and ethnic minority groups. *Health Services Research*, 48(4), 1450-67. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12031>.
- Hall, N.Y., Le, L., Majmudar, I., & Mihalopoulos, C. (2021). Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108651. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108651>
- Joseph, V. W., Pearson, M. R., & Witkiewitz, K. (2024). Internalized stigma measurement in substance use treatment settings: a narrative review. *Addiction Research & Theory*, 32(3), 160-166. <https://doi.org/10.1080/16066359.2023.2227090>.
- Keyser-Marcus, L., Alvanzo, A., Rieckmann, T., Thacker, L., Sepulveda, A., Forechimes, A., Svikis, D.S. (2015). Trauma, gender, and mental health symptoms in individuals with substance use disorders. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(1), 3-24. <https://doi.org/10.1177/0886260514532523>
- Lardier, D. T. Jr., Barrios, V. R., Garcia-Reid, P., & Reid, R. J. (2018). Preventing Substance Use Among Hispanic Urban Youth: Valuing the Role of Family, Social Support Networks, School Importance, and Community Engagement. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 27(5-6), 251-263. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2018.1466748>.
- Mulia, N., & Bensley, K. M. (2020). Alcohol-related disparities among women: Evidence and potential explanations. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40 (2), 1-16. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.09>.
- Mulia, N., Tam, T. W., & Schmidt, L. A. (2014). Disparities in the use and quality of alcohol treatment services and some proposed solutions to narrow the gap. *Psychiatric Services*, 65(5), 626-633. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300188>

Otiniano Verissimo, A. D., & Grella, C. E. (2017). Influence of gender and race/ethnicity on perceived barriers to help-seeking for alcohol or drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 54-61. doi: 10.1016/j.jsat.2016.12.013.

Srivastava, S., Kumar, P., Rashmi, Paul, R., & Dhillon, P. (2021). Does substance use by family members and community affect the substance use among adolescent boys? Evidence from UDAYA study, India. *BMC Public Health*, 21(1), 1896. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11911-5>.

Yang, C.-Y., Shen, A. C.-T., Hsieh, Y.-P., Huang, C.-Y., Wei, H.-S., Feng, J.-Y., & Hwa, H.-L. (2023). Parent-youth relationships and youth alcohol use: The moderating role of parental alcohol use. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01177-w>.

Yates, J. R. (2023). *Determinants of addiction: neurobiological, behavioural, cognitive and sociocultural factors*. Academic Press.



Dra. Jèstica Vanesa Suarez, Dr. Francisco J. Bueno, Dr. Juan Carlos Valderrama

INAUGURACIÓN

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio de Adicciones

Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (PMD/UPCCA-València).

Concejala de Servicios Sociales. Ajuntament de València

Muy buenas tardes y bienvenidos y bienvenidas a este nuevo Debate en Adicciones.

Tengo que disculpar la ausencia en este acto a **Dña. Marta Torrado de Castro, concejala de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia**, que en estos momentos se encuentra cumpliendo un compromiso ineludible, que le ha surgido a última hora y no puede estar en esta Inauguración del Debate como era su interés.

Agradezco muy sinceramente a la **Dra. Jéssica Vanesa Suarez** el estar aquí con nosotros, tras un viaje tan largo a Europa, cumpliendo diversas obligaciones. Ella tiene una amplísima trayectoria en el campo de las adicciones. Comenzó desde la base, realizando una cantidad impresionante de actividades sociales en Buenos Aires. Tuve la ocasión de participar con ella en una conferencia online organizada por la OEA-CICAD, OPS/OMS y el Ayuntamiento de Valencia el 26 de junio de 2020 (Día Internacional contra el Uso Indevido de Drogas), titulada **“Seminario COVID-19 y la política sobre drogas. Experiencia de la COVID-19 desde el ámbito local”**. donde comparamos cómo se vivió la pandemia de la COVID-19 en la ciudad de Buenos Aires y en la ciudad de Valencia, considerando factores económicos, sociales y sanitarios, y cómo se abordó el tema de las adicciones.

Dado que esta conferencia online fue un éxito de participación, abordamos el tema de la pandemia en dos Debates posteriores, dado el interés generado y la importancia que había tenido la pandemia en la salud de las personas y las diversas repercusiones individuales y comunitarias de la postpandemia.

El primer Debate fue el 20 de octubre de 2020, sobre el tema **“Consumos durante el confinamiento. análisis y retos”** con la participación del **Dr. Francisco Pascual Pastor**, presidente SOCIDROGALCOHOL

El segundo Debate fue el 13 de mayo de 2021, sobre el tema **“COVID-19 y salud mental en jóvenes”** con la participación del **Dr. Bartolomé Pérez Gálvez**, director Unidad de Alcoholología Hospital San Juan de Alicante y Profesor de la Universidad Miguel Hernández de Alicante

Esto nos proporcionó una visión del tema muy certera, que fue seguida por muchas personas, pues lo que se nos contó en su momento por las autoridades sanitarias y por los medios de comunicación, no se ajustaba a la realidad vivida por los ciudadanos, etc.

Hablo ahora de esto en presencia de la **Dra. Jérica Vanesa Suarez**, para agradecerle su participación entonces en la conferencia online, su visión clara de la realidad, ya que analizáramos entre ambos, en junio de 2020, unos factores muy importantes desde diferentes ópticas y que el tiempo nos ha dado la razón en cuanto a la evolución de los acontecimientos.

Para nosotros, hablar de los factores socioculturales es de gran importancia en esta época de cambio constante de paradigmas. Las circunstancias son muy cambiantes y, posiblemente, lo que dijimos hace tres años ya no sirva ahora, y lo que decimos ahora, dentro de unos años, tampoco sirva. Tenemos una realidad totalmente diferente, tanto en las adicciones con sustancias, como en las adicciones sin sustancias, y los factores socioculturales tienen muchísima importancia, más de lo que imaginamos.

Ahora que el **Dr. Juan Carlos Valderrama** ha hablado de las Casitas Rosas, y sus permanentes problemas de convivencia entre otras razones por el tráfico y consumo de drogas; puedo yo comentar algo de cuando era estudiante de Medicina. El **Dr. Vicente Mirabet Hipólito**, que era el director de la Cruz Roja en Valencia, nos mandaba a los estudiantes a hacer educación para la salud en el recién creado barrio de la Fuente de San Luis. Allí se construyeron varias torres de viviendas de unas doce alturas cada una para la etnia gitana. Nosotros, compañeros jóvenes, dábamos charlas por la tarde sobre educación sanitaria a este grupo de personas. Les hablábamos del calendario de vacunaciones, de alimentación saludable, evitar los consumos abusivos de alcohol, de las prácticas higiénicas básicas, de los riesgos de accidentes en el hogar, de acudir al consultorio de salud cuando tuviesen algún problema, realizar revisiones médicas periódicas, etc.

¿Cuál era la realidad? Muy diferente a la que os imagináis ahora, pensad que hablamos de 1977, y que eran personas que habían vivido en el campo o en espacios con bastante amplitud y que los metieron en edificios de unas doce alturas con ascensor, con pisos de noventa metros cuadrados, etc.

La cabra estaba en la terraza y le daban de comer los restos de las verduras que compraban o hierbas que cogían en las huertas cercanas; eso sí la ordeñaban y les daba leche. Los conejos y las gallinas también estaban en la terraza en jaulas. Algunas familias utilizaban la bañera para plantar patatas, que regaban y abonaban adecuadamente para que crecieran y luego comérselas. Muchas de las cosas de la casa que se podían vender en los sitios de venta ambulante se utilizaban, se quitaban los apliques y/o las lámparas y se vendían, dejando un portalámparas y una bombilla, se quitaban las placas embellecedoras de enchufes e interruptores y se vendían, etc. En cada vivienda se metían muchas personas, había colchonetas por el suelo de las habitaciones, las familias eran muy extensas, etc. La subsistencia era más importante que la higiene o las normas de convivencia urbana.

Todo esto significaba que las circunstancias socioculturales de ese momento no eran las adecuadas para ubicar a estas personas en ese tipo de viviendas. Posiblemente, podrían haber hecho viviendas más abiertas, con espacios libres, etc., para que sus tradiciones culturales y sus necesidades sociales se pudieran desarrollar mejor.

Rocío Benito y Asunción Hernández recordarán que vino al Servicio de Drogodependencias uno de los patriarcas de la etnia gitana a hablar con Ricardo Pérez Gerada, responsable de Prevención Comunitaria, con el objetivo de que en Valencia creásemos una Unidad de

Conductas Adictivas (UCA) específica para la etnia gitana, porque tenían problemas. En teoría no consumían, porque lo tenían prohibido, decían que lo tenían controlado, pero como bastantes vendían hachís al menudeo, tenía algunos jóvenes con adicción, por lo que la realidad era muy diferente.

Nos reunimos y les expliqué que no podíamos hacer una UCA para ellos, eso era segregarlos de la sociedad, que era mejor la integración, etc., como vosotros sabéis. Nos costó bastante esfuerzo convencerlos de que no podíamos estigmatizar a la etnia gitana creando exclusivamente para ellos una UCA. Lo que sí podíamos hacer era formar al personal que ellos quisieran, con el objetivo de poder realizar las actividades necesarias desde dentro del colectivo, para poder actuar sin sesgos ni diferenciaciones.

Durante un tiempo Ricardo Pérez realizó actividades formativas con las personas que ellos designaron en Valencia, para que fueran ellos quienes realizaran actividades de prevención, detectaran el problema y en caso necesario acudieran a las UCA ya establecidas en la ciudad.

Sirvan estos ejemplos antiguos, pero muy reales, para justificar el porqué del **Debate** de hoy que considero que es muy importante, interesante y actual: **FACTORES SOCIOCULTURALES QUE DIFICULTAN LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS Y TRATAMIENTOS DE LAS ADICCIONES.**

Estos temas tienen cada vez más importancia desde el punto de vista social y mucho más desde el punto de vista cultural. El avance de las tecnologías, por ejemplo, hace que cualquier niño o niña que no tenga un iPhone de última generación sea visto como un pringado en su grupo, lo cual es también una forma de estigmatización. Además, muchas personas no han podido acceder a los servicios sociosanitarios, lo cual sigue siendo un problema no resuelto.

Tenemos mucha experiencia en estos temas y esperamos que, poco a poco, esta brecha que existe en los diferentes factores socioculturales en nuestro sistema se vaya reduciendo. Es cierto que nuestra realidad puede ser muy diferente a la de cualquier país de las Américas. Muchas modas de Estados Unidos llegan aquí atenuadas, lo cual condiciona una forma de comportarse diferente a la nuestra.

Este sigue siendo un debate muy interesante, especialmente en estos momentos, cuando se habla mucho de la brecha de género y de las diferencias en la accesibilidad. Esto es algo que he comentado anteriormente y llamó la atención, pero aquellos que estáis en la universidad ya lo sabéis.

Hay estudiantes que están más deprimidos en primero o segundo de carrera, con más frustración, más problemas y mayores consumos de tranquilizantes y antidepresivos. Ante un examen, lógicamente, tienen crisis de ansiedad porque no están acostumbrados a pasar dos horas delante de unos apuntes o de un libro, no están acostumbrado a estar en silencio una hora en la biblioteca estudiando, etc. Por lo tanto, tienen bastantes problemas de adaptación, lo cual es un reflejo de una tendencia cultural y social, de una forma de comunicarse y comportarse que no es adecuada.

Además, hay intentos de suicidio que, en otras épocas, no se plantearían en profesionales universitarios de los primeros años de carrera. Antes, no era frecuente que hubiera problemas de intentos de suicidio o ideas suicidas en primero, segundo o tercero de carrera.

Le pregunto a una profesora muy experta, **Dña. Josefa Gómez**. En tu carrera profesional, ¿has visto Pepa alguna vez que un/una estudiante se te ponga a llorar tres días antes del examen y te diga: «Profesora, es que estoy muy mal, no me concentro, no me voy a poder presentar a su examen porque tengo una gran crisis de ansiedad...» Parece ser que es la tendencia actual. Ha habido varios intentos de suicidio.

¿Qué ocurre? Que ese tipo de factores son los que dominan en la actualidad, esas actuaciones sociales y culturales, son las que están determinando las conductas en nuestro ambiente. No tiene nada que ver con lo que son las adicciones con sustancias y las adicciones sin sustancias.

Estos comentarios personales a modo de Inauguración sirven para enmarcar el tema de una excelente ponencia que a buen seguro nos expondrá la Dra. Jéssica Vanesa Suárez y que luego generará un amplio Debate con vuestra participación.

Agradezco a los doctores Rafael Aleixandre y Juan Carlos Valderrama, a todo el personal de la UISYS y a todos los profesionales del Servicio de Adicciones de la concejalía de Servicios Sociales del Ajuntament de Valeència su implicación en la realización de este Debate.

Muchísimas gracias por vuestra presencia y atención.

Le cedo la palabra la **Dra. Jéssica Vanesa Suarez**.

CONFERENCIA

“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE DIFICULTAN LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS Y TRATAMIENTOS DE LAS ADICCIONES”

Dra. Dña. Jéssica Vanesa Suarez

Directora General de Políticas Sociales en Adicciones de la Ciudad de Buenos Aires



Dra. Jélica Vanesa Suarez

CONFERENCIA

Dra. Dña. Jéssica Vanesa Suarez

Directora General de Políticas Sociales en Adicciones de la Ciudad de Buenos Aires.

Buenas tardes a todos y a todas.

Yo soy latino, entonces hay una parte afectiva muy importante para mí, estar acá con ustedes. La idea es presentarles lo que hacemos y algunos puntos principales sobre el estigma, que es un tema muy importante que nos compete no solo a mí, personalmente, como investigador y docente en el sistema, sino a varios organismos internacionales como Organización Mundial de Salud (OMS), y otros organismos que han comentado antes.

Muchas gracias por la invitación. Realmente para mí es un placer estar acá. Agradezco a la Universidad de Valencia y al Ayuntamiento de Valencia por la invitación y el cálido recibimiento. Es un placer estar aquí entre amigos, así que muchísimas gracias. Me parece que lo más interesante de esta instancia, más allá de lo que pueda contar, es lo que podemos debatir e intercambiar. Creo que eso es lo que nos va a nutrir a todos y nos hará reflexionar sobre los desafíos constantes que enfrentamos en las políticas de adicciones.

Lo que he conversado con Juan Carlos cuando me invitó a participar en este **Debate**, fue hablar de los factores socioculturales que dificultan la accesibilidad a los servicios de prevención y tratamiento de las adicciones. Mencionaré algunos de estos factores, aunque hay muchos más, para empezar a pensar en el **Debate** con algunos datos de estudios que tenemos a nivel nacional en Argentina, y particularmente en la ciudad de Buenos Aires, donde dirijo la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones. Les contaré un poco más sobre el área de gestión en la que estoy a cargo para introducir este tema.

La accesibilidad a los tratamientos es una cuestión fundamental en la reducción de la demanda de drogas. Existen múltiples barreras, que incluyen estigmatización social, discriminación de género, obstáculos institucionales y deficiencias en la oferta de servicios, que dificultan que las personas accedan a la atención que necesitan. También existen deficiencias en termino de calidad de los servicios e inequidad.

Cuando hablamos de barreras de acceso, hay algunos aspectos de particular interés, como son:

- La fragmentación y la deficiencia en la gestión de los servicios de salud. La fragmentación puede llevar a la superposición de servicios y a la falta de articulación o conexión entre la información de diferentes áreas. Este es un gran problema, ya que muchas veces los usuarios de drogas pueden acceder a un servicio como puerta de entrada y, al continuar en otro servicio de otra área de gobierno, la información no está integrada. Esto es una dificultad importante que tenemos en Argentina en general.
- Los problemas de cobertura de los servicios, principalmente en grupos vulnerables: Hay poblaciones con mucha vulnerabilidad social que no tienen servicios cercanos. En este sentido, cuesta mucho que alguien se traslade largas distancias para llegar a un servicio

o que pueda dejar otras obligaciones para acudir a un servicio de atención en temas de adicciones, fundamentalmente en los grupos vulnerables.

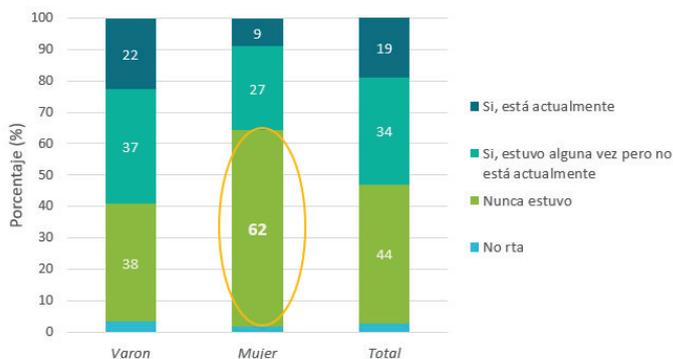
- El prejuicio y el estigma vinculado al consumo de sustancias en general. El estigma social que rodea a las personas con problemas de adicción sigue siendo una barrera importante para que busquen y reciban tratamiento. El prejuicio y la discriminación dificultan el acceso a la atención necesaria.

También abordaré casos más específicos, como las barreras de género, especialmente en mujeres embarazadas o mujeres a cargo de familias, que enfrentan una doble estigmatización relacionada tanto con el uso de sustancias como con su rol social. Para comprender las barreras a nivel nacional respecto a la accesibilidad, en 2017, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) realizó un estudio a través del Observatorio Argentino de Drogas. Este organismo, encargado de la rectoría de la política de drogas en Argentina, lleva a cabo estudios poblacionales periódicos de carácter epidemiológico.

En el estudio de 2017 sobre la accesibilidad a los tratamientos, se observó que del 100% de las personas que buscaron tratamiento para el consumo de sustancias, el 52.9% pudo acceder efectivamente al tratamiento, mientras que el 47.1% no lo logró. Esto significa que casi la mitad de la población que necesita tratamiento no puede acceder a él, evidenciando importantes barreras de acceso.

Al analizar los datos por género, se observa que el 38% de los hombres nunca estuvo en tratamiento, mientras que, en el caso de las mujeres, el 62% no ha recibido tratamiento. Esto indica que la mayoría de las personas que necesitaron tratamiento y no lo recibieron fueron mujeres.

Distribución de personas que está o estuvo en tratamiento en los últimos 12 meses, según género. Población de 12 a 65 años con consumo en el último año. Argentina, 2017.



Fuente: Sedronar (2017). *Estudio Nacional Población de 12 a 65 años sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Informe de los principales resultados sobre demanda de tratamiento.* Disponible en la web: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2017_estudio_nacional_en_poblacion_sobre_consumo_de_sustancias psicoactivas resultados sobre demanda de tratamiento.pdf

En cuanto a aquellos que alguna vez estuvieron en tratamiento, pero no lo están actualmente, el 37% son hombres y el 27% son mujeres. De las personas que actualmente están en tratamiento, el 22% son hombres y solo el 9% son mujeres. Esto sugiere que, aunque algunas mujeres acceden al tratamiento, muchas lo abandonan rápidamente.

Estudios adicionales cualitativos revelan que esta barrera de acceso también está vinculada a otros factores socioculturales.

A menudo, el rol de cuidado de las mujeres y la dificultad de que los servicios de tratamiento para el consumo de sustancias no están adaptados a un enfoque de género actúan como barreras.

Las principales barreras de acceso por género son de índole:

- Económicas y/o geográficas: Imposibilidad de llegar y sostener este espacio de tratamiento.
- Socio-culturales: Estigmatización familiar y social. Mayores cargas familiares. Menor visibilidad del consumo.
- Institucionales: Escasez de oferta asistencial. Prácticas y dinámicas institucionales pensadas para un consumidor hombres.
- Inherentes al sistema: Servicios con falta de adecuación a las diferencias de género.

Las mujeres enfrentan una mayor crítica de la familia y menos apoyo que los varones (suelen ser acompañados de sus madres/parejas). En general, tienen miedo a develar la adicción por pérdida de custodia hijo/as a su cargo.

Las mujeres enfrentan una mayor crítica de la familia y menos apoyo que los varones (suelen ser acompañados de sus madres/parejas). En general, tienen miedo a develar la adicción por pérdida de custodia hijo/as a su cargo.

No sé si aquí ocurre de la misma manera, pero los servicios públicos de tratamiento suelen tener horarios reducidos, funcionando hasta la tarde (alrededor de las 15:00 o 16:00 horas). Después de este horario, hay muy pocos servicios que puedan brindar atención a quienes lo necesiten, lo cual es una barrera importante. Esto se cruza con la necesidad de mantener el hogar económicamente y con las dificultades geográficas, ya que los servicios están dispersos o no están ubicados en áreas poblacionales donde más se requieren.

Además, hay aspectos socioculturales vinculados a los roles sociales y a ciertas poblaciones particulares. En Argentina, tenemos una gran población migrante de países cercanos como Bolivia, Paraguay y Perú, y a veces hay barreras culturales que impiden que estas poblaciones accedan a los servicios. Como mencionaba el doctor Bueno, hay barreras institucionales relacionadas con los horarios de apertura de los servicios y con las dificultades para obtener turnos. Si una persona necesita un primer abordaje y se le da un turno demasiado distante, es posible que no vuelva.

Un desafío mayor ha sido abordar las barreras de tratamiento y realizar la prevención, un tema que me planteó Juan Carlos. Lo que estamos observando en relación a la prevención es la **baja percepción de riesgo**. Me interesaría saber si aquí también ocurre lo mismo. En nuestra ciudad, hemos visto que la percepción de riesgo, es decir, la medida subjetiva del daño causado por el consumo de sustancias, es baja. Esto se reflejó en un estudio nacional

de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas y en otro estudio realizado en 2022 en la ciudad de Buenos Aires.

La percepción de riesgo aumenta cuando se indaga sobre consumos frecuentes para una misma sustancia, y por consiguiente, es más baja la percepción de gran riesgo frente al consumo experimental (de una o dos veces).

Percepción de Riesgo
Medida subjetiva de percepción del daño
asociado al consumo de determinada sustancia.

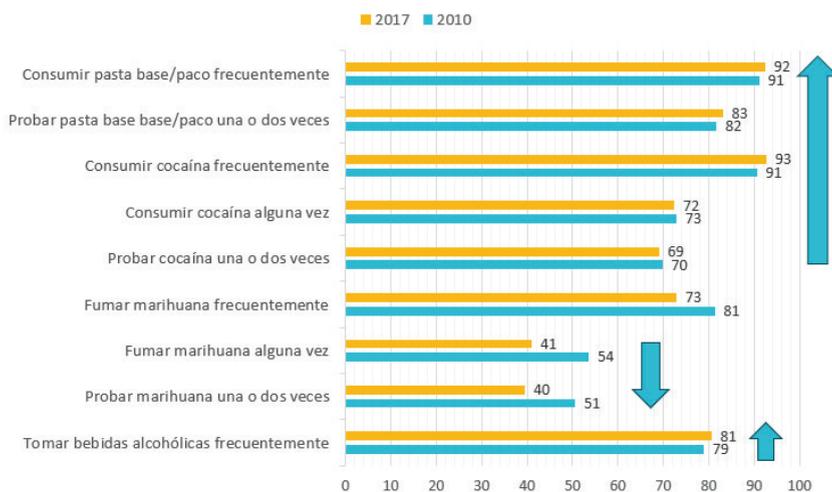
Distribución de la población según percepción de riesgo. Población de 12 a 65 años									
Sustancia/Percepción de riesgo	Ningún riesgo		Riesgo leve o moderado		Gran riesgo		No sé qué riesgo corre		
	Año	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2017
Tomar bebidas alcohólicas frecuentemente		2,1	1,6	16	15,7	78,9	80,6	3	1,5
Probar marihuana una o dos veces		14,1	23	25,5	29,2	50,6	39,5	9,7	7,5
Fumar marihuana alguna vez		13,6	21,7	24	29,2	53,6	41	8,8	7,5
Fumar marihuana frecuentemente		2,3	4,6	9,9	16,7	81,3	72,9	6,6	5,3
Probar cocaína una o dos veces		5,2	4,9	16,6	19,5	69,8	69	8,5	6
Consumir cocaína alguna vez		5,3	4,5	13,3	17	72,9	72,4	8,5	5,6
Consumir cocaína frecuentemente		0,2	0,3	3,1	2,7	90,6	92,7	6	3,8
Probar pasta base base/paco una o dos veces		2,4	1	7,5	8,8	81,7	83,1	8,3	6,5
Consumir pasta base/paco frecuentemente		0,2	0,2	1,9	1,6	91,1	92,4	6,8	5,1

Fuente: Elaboración propia. Estudio Nacional de Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. 2010 y 2017. Sedronar. Disponibles en la web: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/area-de-interes/consumo-de-drogas-en-la-poblacion-general>

Los primeros datos indican que se percibe un menor riesgo cuando se consulta acerca del uso experimental o ocasional de una sustancia. Sin embargo, cuando el uso empieza a ser más frecuente, aumenta la alarma respecto al riesgo. Pero hay otro dato significativo: el uso de marihuana. Todos estos datos son del mismo estudio de 2017. Cuando se consulta acerca del uso de marihuana, la percepción de riesgo ha disminuido en los últimos estudios. En el estudio anterior de 2015, y comparado con el de 2017, la percepción de riesgo respecto al uso de marihuana bajó 10 puntos. Esta disminución abarca tanto el uso ocasional como el uso frecuente.

Por otro lado, la percepción de riesgo es alta cuando se habla de sustancias como la pasta base de cocaína, una forma fumable de cocaína. La alta percepción de riesgo con esta sustancia contrasta con la baja percepción de riesgo de la marihuana, lo cual presenta una dificultad al momento de pensar las políticas preventivas. Si la percepción de riesgo es baja, es difícil trabajar en detecciones tempranas y en la identificación de problemas.

Distribución de personas que consideran de gran riesgo el consumo de sustancias. Población de 12 a 65 años con consumo en el último año. Argentina, 2017.

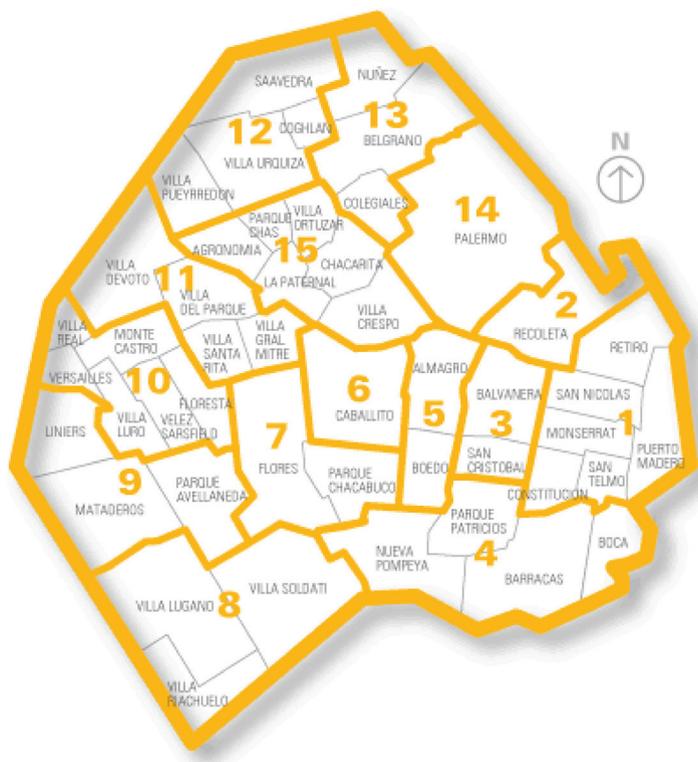


Fuente: Sedronar (2017). Estudio Nacional de Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Disponible en la web: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/area-de-interes/consumo-de-drogas-en-la-poblacion-general>

Voy a centrarme más específicamente en cómo todos estos datos se reflejan en la gestión en la **ciudad de Buenos Aires**. Argentina es un país federal con 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como una jurisdicción adicional, totalizando 24 jurisdicciones. Estas jurisdicciones son las encargadas de llevar adelante las políticas públicas sanitarias y socio-sanitarias. Las políticas nacionales son más de rectoría y legislación, mientras que las jurisdicciones aplican estas políticas a nivel local.

La Ciudad de Buenos Aires, con aproximadamente 3 millones de habitantes, enfrenta un gran desafío: cada día, aparte de sus habitantes, entran 3 millones más de personas a trabajar. Así, durante los días laborales, la población se duplica, haciendo que la ciudad sea muy distinta de día y de noche. **La ciudad está dividida en 15 comunas, las cuales son bastante dispares. Las comunas en la zona sur, como la 1, la 4 y la 8, son las más pobres y las que presentan mayor demanda de tratamientos.**

En Argentina, el sistema de salud está dividido en tres sectores: el sistema privado, el sistema de seguridad social y el sistema público. El sistema privado es pagado por las personas para recibir servicios de salud privados. El sistema de seguridad social cubre a quienes tienen un trabajo formal y contribuyen a través de sus aportes. El sistema público atiende a quienes no pagan por servicios privados ni tienen un trabajo formal, recibiendo atención en el sistema público.



Comunas de la ciudad de Buenos Aires

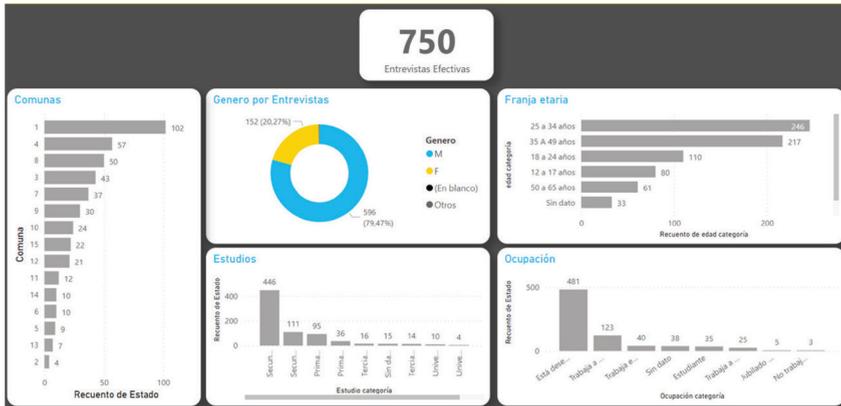
Personas que demandaron tratamiento el año 2023

Los datos sociodemográficos reflejan que el sistema público atiende a una población específica. Durante el año pasado, 1,050 personas solicitaron tratamiento y se evaluó su ingreso. De estas, el 70% completó la primera entrevista, mientras que el 30% se perdió en el sistema o decidió no continuar.

La mayoría de los atendidos, el 80%, son varones. Esto no se debe a que las mujeres consuman menos sustancias, ya que los datos nacionales muestran consumos equiparados entre varones y mujeres, sino a que las mujeres llegan mucho después a los tratamientos. En relación a la educación, casi el 50% de quienes consultaron tienen el secundario incompleto y están desempleados.

○ sea, tenemos como perfil de población, la gran mayoría son adultos, aunque también atendemos a menores de edad. Respecto a los menores, se requiere una intervención más específica, de la cual hablaré más adelante. Hay dos aspectos importantes a destacar: primero, ha disminuido la edad de consulta considerablemente. Anteriormente, recibíamos consultas de mayores de 18 años y, ocasionalmente, de juzgados de adolescentes de 16 o incluso 15 años. Recientemente, hemos tenido muchas consultas de niños de tan solo 12 años por

consumo de sustancias. Esto destaca la necesidad de adaptar nuestros abordajes a estas edades, especialmente en contextos de vulnerabilidad socioafectiva.



Caracterización de la población que demanda tratamiento. CABA

Volviendo a lo discutido anteriormente, una dificultad fundamental es el abordaje y la respuesta inadecuada en la atención a mujeres, debido a la falta de servicios adaptados a este enfoque. Respecto al nivel de complejidad, el 50% de las personas atendidas presentan comorbilidades con problemas de salud mental. Existe una notable ausencia de apoyo afectivo en sus redes vinculares, lo cual dificulta aún más el proceso de tratamiento. Las numerosas problemáticas clínicas a menudo requieren atención prioritaria, específicamente en el tratamiento del consumo de sustancias.

Un punto particular en el que profundizaré más adelante es la situación de las personas en situación de calle o sin hogar. Utilizamos diferentes términos para describir a esta población, como **“personas en situación de calle”**. Respecto a otra barrera, la adherencia al tratamiento y su efectividad, **la falta de apoyo vincular es crucial para los procesos a mediano y largo plazo**. Nuestros sistemas incluyen tratamientos ambulatorios y residenciales en comunidades terapéuticas. Sin embargo, la falta de respuestas a otras necesidades sociales puede dificultar el éxito del tratamiento. A pesar de que contamos con una ley nacional de salud mental que establece que ningún tratamiento debe prolongarse por cuestiones sociales, en la práctica esto a menudo sucede debido a las complejidades sociales adicionales.

Estas complejidades no se limitan únicamente al consumo de sustancias, sino que también abarcan la falta de vínculos, dificultades en la inserción laboral y otras capas de problemas. Estas complejidades pueden hacer que la acción terapéutica sea muy compleja en muchos casos. En este sentido, me gustaría enfocarme un poco más en el tema de las **personas en situación de calle**, del cual hemos estado discutiendo anteriormente en otra reunión, para contarles que esta es una problemática no solo de Argentina en general, sino particularmente de nuestra ciudad. Como mencioné antes, la ciudad recibe y alberga a una gran población todos los días.

La ciudad limita con la provincia de Buenos Aires, donde viven 13 millones de personas, lo que hace que la población sea considerable en la provincia. Muchas veces, las personas se trasladan a la ciudad en busca de mejores recursos económicos o alternativas de subsistencia, lo que lleva a que algunas de ellas permanezcan en la ciudad de lunes a viernes, debido a la economía informal que prevalece o porque carecen de vivienda propia.

Distribución porcentual de la población en Centros de Inclusión Social por sexo. Ciudad de Buenos Aires. Abril 2023



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). REPSIC 231, abril 2023.

En este sentido en el año 2022, se llevó a cabo un censo anual en agosto para evaluar la **población en situación de calle**, entender su situación y considerar las políticas públicas y respuestas necesarias. En 2022, se censaron 2,611 personas en situación de calle, mostrando un aumento del 35% respecto al período anterior de 2019, que registró a 3,511 personas. Aunque aún no se ha realizado el censo de 2024, se anticipa un aumento significativo en este número. Esta problemática requiere servicios y atención adecuados que aborden efectivamente las necesidades de esta población. Afecta principalmente a hombres solos, pero también incluye a mujeres y familias en situación de calle. La política estatal se enfoca en la implementación de centros de inclusión social, donde las personas pueden hospedarse, comer y permanecer por un tiempo, sin necesidad de salir al día siguiente. Inicialmente destinados solo al alojamiento nocturno, estos centros se han expandido a una propuesta diurna para abordar otras problemáticas sociales que enfrenta esta población. La mayoría de estas personas, adultos y algunos niños, se encuentran en diferentes categorías en las veredas, agrupados en grupos. Su subsistencia frecuentemente depende del cartoneo, la recolección y venta de cartón.

Además, la ciudad ofrece un servicio conocido como **“Buenos Aires Presente”**, mediante camionetas que visitan diferentes áreas para ofrecer ingreso a centros de inclusión social a las personas que se encuentran allí. De las más de 3,000 personas mencionadas, aproximadamente 1,000 no desean ingresar a los centros sociales o de intervención, lo que complica aún más la búsqueda de soluciones. Esto se ve agravado por problemas de consumo de sustancias y de salud mental asociados con esta población.

Primer Acercamiento (DIPA)

Dispositivo de atención social primaria

Prestaciones

- Atención médica primaria (control general)
- Contención psicológica
- Comida y vestimenta.
- Traslados a CIS y a centro de salud (remedios y atención)
- Higiene y cuidado personal (ducha y peluquería)

Finalidad → Promueve la adhesión a un CIS como solución habitacional transitoria.

Ubicación

Combate de los Pozos 1280
(Sede central de BAP)

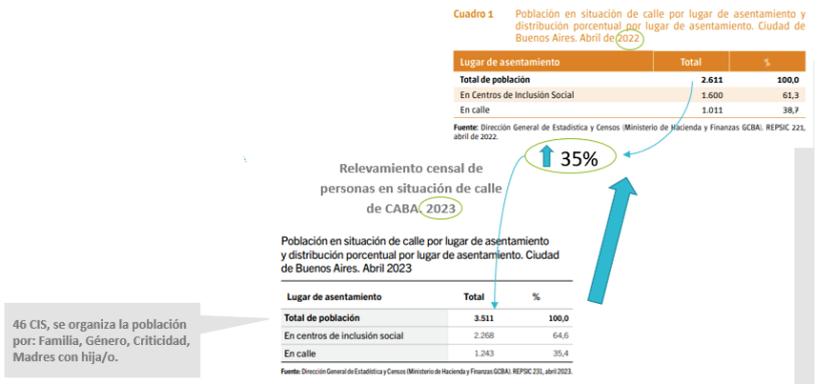
Atención

Lunes a viernes de 16 a 22 hs por demanda espontánea

Si la persona requiere un **remedio**, el personal médico del DIPA determina si ese medicamento es una **condición indispensable, o no, para el ingreso a un CIS**.

Si se presentan **niños** sin mayores a su cargo, dar aviso a la **Línea 102**.

Principalmente, para destacar algunos puntos de las personas que están en situación de calle, entendemos que se genera un doble estigma y situaciones de mucha más vulneración social que otros usuarios de drogas, quienes tienen más probabilidades de contraer enfermedades y contagios. Muchos de ellos sufren violencia física e institucional en los servicios, y son arrestados con más frecuencia en el contexto de la vía pública, enfrentando mayores inequidades y barreras de acceso a los servicios de salud.



Está claro que las personas en situación de calle que usan drogas...

...tienen más probabilidades de infecciones como HIV, hepatitis C (Chiedozié Arum et al 2021; Salomón, Pando, Durán & Rossi, 2014; Bastos and Bertoni, 2014; Friedman et al., 2003).

...es más probable que sean víctimas de violencia física y simbólica tanto social como institucional (Allison & Klein, 2019; National Alliance to End Homelessness, 2020; Asamblea por los derechos de las PSC, 2021 RUV, Di Iorio, 2022).

...tienen más probabilidades de ser arrestados y encarcelados (Police Executive Research Forum, 2018).

...enfrentan más inequidades en salud y barreras de acceso a servicios (Padgett et al 2008, FEANTSA, 2012; Cerdas & Fernández, 2021).

...experimentan barreras vinculadas al género (Rizzo et al 2022) Estudios con perspectiva de género. Personas trans/travestis en situación de calle invisibilizadas.

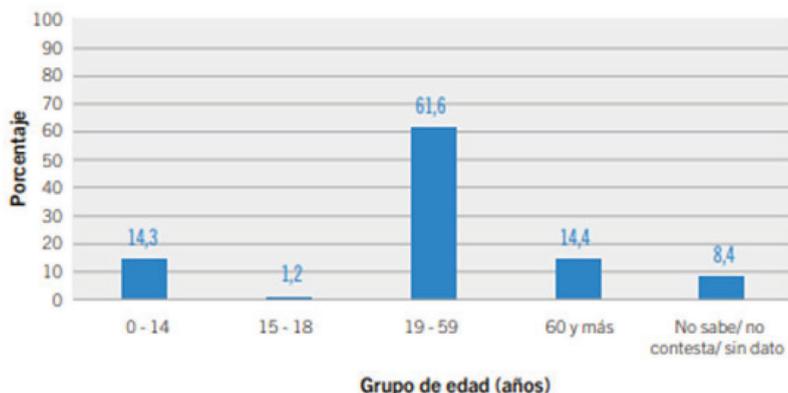
...son estigmatizados, incluyendo por parte de los efectores de salud y de servicios socio-asistenciales (Belcher & DeForge, 2012; IGH, 2015, Doran et al 2013, Di Iorio et al 2019).

Distribución porcentual de la población en Centros de Inclusión Social por lugar de nacimiento. Ciudad de Buenos Aires. Abril 2023

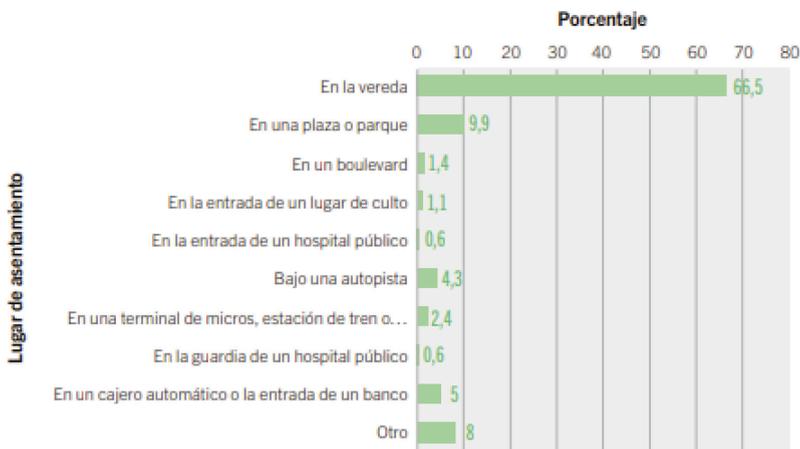


Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). REPSIC 231, abril 2023.

Distribución porcentual de la población en Centros de Inclusión Social por grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires. Abril 2023



Distribución porcentual de población registrada por observación por lugar de asentamiento. Ciudad de Buenos Aires. Abril 2023



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). REPSIC 231, abril 2023.

¿Realmente esta población no llega a los servicios de salud?

Llegamos muy poco.

¿Las barreras vinculadas al género también son mayores en este sentido y el estigma?

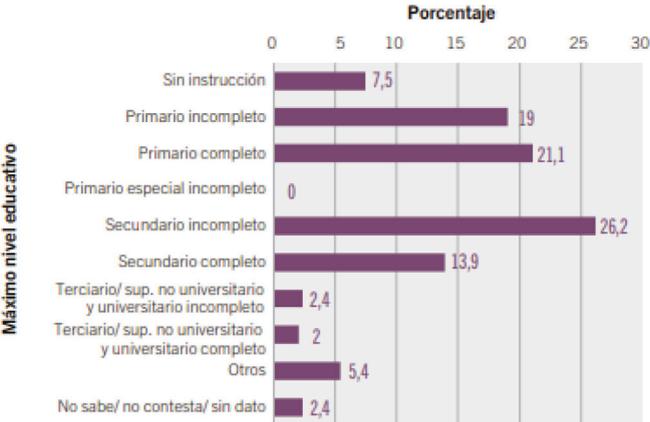
Hay dos estudios realizados en la ciudad de Buenos Aires específicamente sobre personas en situación de calle, que muestran que la mayoría consume alcohol, marihuana y cocaína. La cocaína fumable es especialmente popular entre la gente sin hogar, además del alcohol, que es la sustancia psicoactiva más accesible. La pasta base de cocaína es también muy consumida en ciertos grupos, generando mucho estigma. En muchas ocasiones, las mujeres que se encuentran en la calle intercambian sexo por sustancias psicoactivas, mientras que los hombres lo hacen por alojamiento. Estos estudios replican las representaciones sociales que tienen los profesionales del sistema de salud, siendo en general estigmatizantes hacia estos usuarios de sustancias y personas en situación de calle. Esto se entiende debido a ciertos sesgos y percepciones de peligrosidad o falta de deseo de salir de la calle. Se han desarrollado servicios específicos para esta población, como dispositivos móviles que acercan servicios sanitarios a las personas en diferentes ubicaciones. Estos servicios incluyen curaciones y pruebas de enfermería, buscando facilitar el acceso a la atención sanitaria directamente en las comunidades que las necesitan. Este enfoque interministerial y colaborativo con **Desarrollo Humano, Hábitat** y el **Ministerio de Salud** busca no solo acercarse al sistema de salud, sino también abordar las respuestas sociales necesarias para esta población. Otro dispositivo relevante es el **Centro de Tratamiento Tapa Fátima**, ubicado en un barrio con alta vulnerabilidad social, que ofrece servicios específicos para grupos de personas que buscan apoyo y tratamiento.



Casa Fátima y Lucero
Dispositivos ubicados en la Comuna 8, en el barrio Fátima y Piletones,
zona de alta vulnerabilidad.

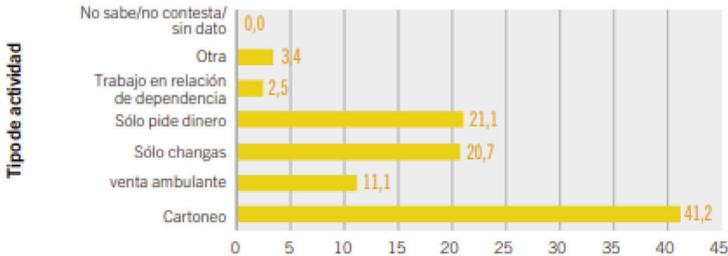
Entonces, son grupos que están en la calle, que se juntan para el consumo de drogas y para la subsistencia. Este espacio de tratamiento también realiza recorridos por todos estos grupos para invitarlos al centro de tratamiento y comenzar a establecer un vínculo con estas personas. Los objetivos del tratamiento son de muy bajo umbral, porque en primera instancia se espera que la persona pueda dejar de consumir drogas, aunque ese objetivo sea a largo plazo. A corto plazo, el objetivo es que puedan alimentarse, recibir una primera escucha y orientación psicológica, acceder al sistema de salud y salir de la situación de calle. Se van trabajando estos objetivos intermedios hasta que muchas de ellas puedan acceder a un tratamiento más estructurado o a una internación.

Distribución porcentual de la población observada de 19 años y más según máximo nivel educativo. Ciudad de Buenos Aires. Abril 2023



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). REPSIC 231, abril 2023.

Distribución porcentual de la población de 10 años y más que realizó actividad remunerada por tipo de actividad realizada. Ciudad de Buenos Aires. Abril 2023



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). REPSIC 231, abril 2023.

En lo que respecta a los niños y adolescentes, hay un organismo especializado que interviene cada vez que un niño se encuentra en situación de vulnerabilidad social. Este organismo coordina con el resto de los organismos para dar intervención en estas situaciones complejas que enfrentan estos niños, quienes están en la ciudad de Buenos Aires. Muchas veces, las intervenciones anteriores habían fallado, ya sea al enviarlos a un hogar especializado o a una familia sustituta temporalmente, sin obtener resultados positivos. Se diseñó un protocolo compartido entre los distintos organismos de salud y desarrollo social para registrar todas las intervenciones y discutir los casos individualmente, con el objetivo de mejorar las respuestas futuras.

Posteriormente, surgió un centro de tratamiento especializado para los niños en estas circunstancias. Este centro está orientado al abordaje integral para personas en situación de calle, similar al equipo móvil que ofrece servicios durante la pandemia. El equipo está conformado por psicólogos, enfermeros, médicos, psiquiatras y operadores socio terapéuticos, buscando intervenir tanto desde una perspectiva sanitaria como social, conociendo las necesidades específicas de las personas y ofreciendo distintas propuestas de apoyo.

Además, se desarrolló otro dispositivo para personas que no desean ingresar a los centros de inclusión social y que consumen drogas.

Es el **dispositivo de atención social primaria**. Es un espacio que funciona de lunes a viernes de 16 a 22 horas, justo cuando todos los servicios están cerrados. Aquí las personas pueden bañarse, recibir atención médica inicial con psicólogos y psiquiatras, y se les ofrece la posibilidad de acceder a otros servicios como alojamiento permanente, aunque a menudo tardan un tiempo en poder hacerlo. Este servicio es una puerta de entrada importante porque está disponible todos los días y permite realizar un seguimiento continuo de la situación de cada persona. Este es el espacio del que mencioné antes, el **Centro Fátima**, ubicado en un barrio con alta vulnerabilidad social.

Aquí se trabaja en la concienciación sobre la situación y en la coordinación de la red de servicios sanitarios. Además, se abordan otras temáticas relacionadas con la salud general, la identidad y la alimentación. Principalmente, las poblaciones que se acercan son aquellas que consumen alcohol y pasta base de cocaína, y en Retiro, otro barrio vulnerable, se encuentra otro espacio de abordaje y tratamiento.

Quiero mencionar el **Protocolo** y el **dispositivo especializado para niños**. El Protocolo tiene como objetivo la atención de niños y adolescentes en situación de extrema vulnerabilidad y con graves problemas de salud debido al consumo sostenido de sustancias desde una edad temprana, quienes han pasado por varias intervenciones sin obtener la respuesta adecuada. No todos los niños en esta situación cumplen con los criterios para entrar en el Protocolo; hay criterios específicos y ciertos hospitales de la red sanitaria donde se realiza la primera intervención en salud cuando se detecta una situación así.

Como mencioné anteriormente, se ha desarrollado un **dispositivo específico con dos equipos**: Uno en el **centro de alojamiento y día**, y otro **territorial** que realiza visitas domiciliarias para mantener el contacto con los niños que eventualmente regresan a casa, con el objetivo de continuar brindando apoyo y, si es necesario, reintegrarlos al dispositivo.

Descripción:

El Programa Especializado comprende una **unidad formada por un Equipo Territorial y un Centro Especializado de Atención** que trabajan de manera conjunta a fin de contactar, intervenir, evaluar y garantizar el abordaje de los NNyA en situación de extrema vulnerabilidad social y de salud. Además de estos equipos propios del CDNNyA se cuenta con el apoyo técnico de DGPSA y DGSAM a fin de generar alianzas que redunden en profesionalizar las intervenciones atento a ser los expertos en la materia.



Dispositivo de Alojamiento y Centro de Día

- Aloja 12 Adolescentes incluidos en Protocolo: Alojamiento- Centro de Día.
- RRHH especializado.
Perfiles: Coordinación, Ts, Psi, Psiquiatra, Talleristas, Operadores/as con formación AT, Enfermeros/as, Administrativo/a, Seguridad, personal de cocina y limpieza.
- En articulación:
 1. Con ONG´s para realizar actividades de integración social.
 2. Con efectores de DGPSA
 3. Supervisión por parte de la DGSAM



Equipo Territorial Especializado

- Alcance - 30 NNyA aprox.
Abordaje territorial y especializado 24/7 de los/as adolescentes incluidos en Protocolo + Medida de Salud + Centro Cerrado.
- Movilidad propia
Para la búsqueda activa de los/as adolescentes y traslados a los efectores intervinientes.
- RRHH especializado.
Perfiles: Ts, Psi, administrativo/a, abogado/a, choferes, coordinación, AT.

Finalmente, quiero reflexionar sobre la necesidad de **promover una mayor articulación intersectorial** en esta temática, dado que la fragmentación de los servicios a menudo impide una respuesta adecuada.

El tema de las estrategias de continuidad de cuidados es fundamental. Como mencionábamos antes, aproximadamente el 50% de las personas que necesitan tratamiento realmente lo solicitan. En el caso de la ciudad de Buenos Aires, el porcentaje que asiste a la primera entrevista es del 70%. Esto indica que hay una gran parte de la población que necesita tratamiento pero

que se pierde en el proceso. Es necesario ajustar y evaluar qué está sucediendo aquí, si tiene que ver con los servicios o con la respuesta que se brinda.

Además, todas las estrategias de integración social son clave, como hemos visto durante la presentación. Es un gran desafío para nosotros, especialmente en Argentina y en la ciudad de Buenos Aires, debido a las situaciones de pobreza y desigualdad social que realmente impactan mucho en este tema. La presentación se centró en poblaciones vulnerables, pero esto no significa que sean las únicas poblaciones que usan drogas. Sin embargo, son las que más enfrentan barreras de acceso y estigmatización. Es crucial pensar también en las barreras relacionadas con el género y en las personas que usan drogas y están en situación de calle, ya que estas barreras se suman a la complejidad de esta problemática.

Hasta aquí llega mi presentación.

Creo que el diálogo y la colaboración mutua son fundamentales para abordar estos temas, así que ahora los escucho y agradezco mucho la atención prestada.



DEBATE

Moderador:

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio de Adicciones

Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (PMD/ UPCCA-València)

Concejalía de Servicios Sociales

Ayuntamiento de Valencia

Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Muchísimas gracias a la Dra. Jéscica Vanesa Suarez por esta extraordinaria exposición, que pone de manifiesto las diferencias existentes entre las ciudades y los países, generándose una asimetría social muy problemática y que tardará en solucionarse dado los diversos aspectos económicos, culturales, políticos etc.

Reitero, muchas gracias Jéscica por tu conferencia, es un placer escucharte.

Para empezar el **Debate**, comento un tema y haré una pregunta.

En muchas ocasiones, la baja percepción de riesgo ante los consumos, se asocia al nivel de interés o preocupación que la sociedad pueda tener hacia ese problema. Como sabéis en España el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) hace periódicamente encuestas, una de ellas es el Barómetro, donde hay una pregunta que es ¿Cuál es, a su juicio, el principal problema que existe actualmente en España? ¿Y el segundo? ¿Y el tercero? En los años noventa de siglo pasado las drogas estaban el tercero, tras el paro y el terrorismo. En este siglo XXI ha ido disminuyendo la preocupación de los españoles ante las drogas, hasta desaparecer en los últimos Barómetros del año 2023.

Esto indica que, en nuestra sociedad, el tema de las drogas no es una preocupación social destacada, lo que evidencia una alta tolerancia y una baja percepción de riesgo en ciertos sectores de la sociedad española.

¿Cuál es vuestra visión desde Buenos Aires respecto a esta percepción de riesgo o preocupación social?

Dra. Jéscica V. Suárez

Sí, efectivamente, parece que no preocupe a nadie.

Aunque no contamos con este tipo de encuestas, el año pasado se realizó un estudio junto con el INDEC, nuestra Agencia de Estadística. En ese estudio se consultaba específicamente sobre las drogas. Se identificó que, en los barrios con otras vulnerabilidades sociales como pobreza, hacinamiento, bajo nivel educativo y clima educativo en el hogar, hay una mayor

percepción de que el consumo de drogas es un problema en el barrio. En estos barrios también se observan cuestiones vinculadas al microtráfico y situaciones de violencia derivadas del consumo, que afectan más a estos sectores que a otros donde el consumo ocurre de manera más privada y menos comunitaria o pública, sin otras problemáticas concomitantes.

En cuanto a la percepción de riesgo, se nota que el consumo de marihuana no se problematiza tanto, especialmente entre adultos que tienen jóvenes o adolescentes consumiendo. Sin embargo, se marca una mayor alerta frente al uso de otras drogas.

En Argentina, los datos muestran una baja percepción de riesgo en relación al consumo de marihuana. Se observa cierta tolerancia social hacia su uso, aunque cuando se trata de otras drogas, se establece un límite y surge la preocupación. Los eventos específicos, como el último día de clases, son momentos donde los jóvenes participan en fiestas y consumen alcohol.

Dr. Francisco J. Bueno

Muchas gracias Jélica.

Es muy importante tener en cuenta todos los factores educativos y sociales que condicionan determinadas conductas, en función de las predisposiciones. Individuales y grupales; pero también los políticos.

Aquí en Valencia, la realidad es completamente diferente y la situación aquí está modificándose cada vez más en algunos aspectos. Uno de ellos, es que hay temas que sí que están en la agenda política de España. Para ilustrar, puedo dar dos ejemplos. Uno es que el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo aprobó en su momento el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2024-2027 Posteriormente, pasó a la Comisión de Salud Pública, donde fue aprobado con algunas diferencias respecto a algunas comunidades autónomas. El tema quedó pendiente. El Consejo de ministros también lo aprobó, aunque aún no se ha promulgado. Veremos cómo se desarrolla para su publicación, lo cual podría llevar un año, según algunas estimaciones. Este es un ejemplo de cómo se manejan estos temas en la agenda política.

Otro ejemplo conocido por todos es el tema del cannabis terapéutico, que lleva tres años en discusión en una comisión del Congreso. Se han emitido muchas opiniones, se ha elaborado un dictamen por parte de la Agencia Española del Medicamento sobre las enfermedades específicas para las cuales se puede utilizar cannabis terapéutico, aunque no ha pasado todavía por la Comisión de Salud Pública, ni ha sido aprobado por el Consejo de ministros, etc.

En resumen, estamos en una situación política compleja, con temas pendientes de resolver que condicionan muchas actuaciones en adicciones.

Me callo y os pido por favor que intervengáis vosotros. Adelante, por favor, levantar la mano, se os acerca el micrófono y hacer preguntas, curiosidades, comentarios, diferencias en vuestras actividades profesionales, etc. Muchas gracias.

Asistente I

Me interesa plantear el tema de las mujeres.

¿Has dicho que llegan menos mujeres, ¿no? La población que nos has descrito, es una población que vive en la calle, con mucha dificultad. Entonces, la pregunta es, ¿es que hay menos mujeres viviendo en la calle y es por eso que hay menos mujeres que acceden al tratamiento?

Y en las poblaciones que tienen más nivel, ¿también llegan menos mujeres al tratamiento? Es que a la mujer se la oculta porque consume y entonces de alguna manera se le niega el acceso al tratamiento por ese ocultismo porque es mujer.

Dra. Jéssica V. Suárez

Muchas gracias.

Lo cierto es que muchas veces las mujeres que están en situación de calle acceden a tratamiento cuando están embarazadas y van al sistema de salud por este motivo, generalmente también muy tardíamente, y es ahí donde se detecta la situación de consumo de sustancias y es ahí donde ingresan. O en situaciones peores, aun cuando directamente van a la institución a tener a su hijo y se detecta la situación de consumo de la mujer y la sustancia en sangre del bebé. Entonces, la realidad es que el caso de mujeres en situación de calle y consumo de drogas es muy complejo y son las que definitivamente diría, casi ni acceden al tratamiento.

Después, en población general, para valorar un poquito lo que había mostrado, es un dato de población general de todas las personas que necesitaron tratamiento, varones y mujeres, y en el caso de las mujeres que necesitaron tratamiento, muchas nunca lo tuvieron. Esto pone en juego varias cuestiones, como la naturalización de cierta medicalización de la vida cotidiana.

Como he comentado en los datos de consumo de sustancias de la población general del estudio de 2017 se ve que, por ejemplo, en el caso de psicofármacos, hay un mayor uso por parte de mujeres que de varones, tanto con prescripción médica como sin ella.

También hay mucho estigma ligado al rol social de la mujer y mucho miedo a veces y ocultamiento de que, si la mujer accede al sistema de salud por el tema del consumo de drogas, puede ser apartada de sus hijos, lo cual ocurre. Es una posibilidad que ocurre cuando esto no sucede con el varón. Nunca se cuestiona si un varón consulta por consumo de drogas si está en condiciones de mantener el vínculo con sus hijos, pero sí se cuestiona y se toman medidas al respecto con las mujeres.

Hay muchas medidas tomadas en ese sentido y también porque a veces la mujer no consulta por ella misma, sino por el varón, el hijo u otro miembro de la familia que consume. Entonces, el rol de cuidados también está muy instalado. Nosotros tenemos una línea telefónica que funciona las 24 horas del día. Lo que vemos es que la mayoría de los llamados son de mujeres. Somos muchas más mujeres que varones las que llaman, pero la consulta no es por ellas mismas. Es por o para otra persona. Y a veces, cuando hay una continuidad en esta llamada, con esta escucha, se pueden dilucidar problemáticas de consumo también por parte de la mujer, aunque no haya consultado directamente por eso. Todos estos factores se ponen en juego al momento de estas barreras y de estos accesos al tratamiento.

No sé si eso aclara un poco tu pregunta.

Asistente I (continuación)

Si que lo aclara, pero escuchándote me ha surgido otra pregunta, referente a la percepción que tienen las mujeres sobre las sustancias. ¿Da igual qué tipo de sustancias consuman o es diferente su actitud, según la sustancia que consuman?

Dra. Jéssica V. Suárez

Hay sustancias que están más aceptadas que otras en el consumo. Por ejemplo, está más aceptado el consumo de alcohol, que el consumo de pasta base de cocaína, especialmente en las mujeres. Principalmente el consumo de alcohol y psicofármacos. Y hay una población específica que consume pasta base de cocaína, que por lo general está asociada con vivir en la calle y llegar muy tarde a los servicios sanitarios.

Asistente I (continuación)

¿Y se ve igual a la adicta al alcohol que a la adicta a la cocaína, o una vez se han tratado la adicta a la cocaína ha superado un problema, pero la adicta al alcohol sigue siendo una “viciosa”?

Dra. Jéssica V. Suárez

El alcohol se asocia mucho más a un vicio que a un problema, digamos, de consumo de sustancias y un problema de salud. Y por eso también es mucho más difícil identificarlo a veces en la familia, o sea, problematizar este tema en las familias. Pero bueno, este consumo no es un consumo esporádico ocasional, es un problema realmente.

Asistente I (continuación)

Cuando has hablado de los temas de atención, has descrito una serie de centros de atención. Yo pregunto, en los otros sistemas, ¿tienen otros centros? O son los mismos centros a los que acceden a los específicos de tratamiento para drogodependencias. ¿Son los mismos para todos los sistemas, o no?

Dra. Jéssica V. Suárez

Algunos sí y otros no.

Los que describí pertenecen al sistema público y están destinados a personas que no tienen otra cobertura social. En realidad, terminan siendo bastante dirigidos a esta población debido a su extrema vulnerabilidad. Es posible que alguien que tiene trabajo y otra cobertura social no necesite este tipo de estrategias de abordaje.

Además, existen centros de tratamiento ambulatorios y residenciales, como las Comunidades Terapéuticas, que pueden pertenecer tanto al sistema público como al privado. En nuestro caso, en el sistema público, establecemos convenios basados en una cantidad de cápita y pagamos por esas cápita, pero también colaboramos con el sistema privado de atención. Por lo tanto, las poblaciones se entrecruzan considerablemente. No son servicios específicos solo para una población u otra, sino para toda la población en general.

Asistente

Yo quería preguntar sobre la tasa de éxito de la terapia en los diferentes sistemas que has comentado.

Dra. Jéssica V. Suárez

La tasa de éxito es bastante pareja, aunque baja en algunas poblaciones. Esta es la realidad, o sea, lo que hemos comenzado a abordar debido a quizá nuestra formación universitaria no tan específica en relación a la temática del consumo de sustancias comparado con otras tradiciones universitarias. Existe una formación más amplia. Por lo tanto, a veces son muy pocos los profesionales que se dedican específicamente a esta área, y a menudo provienen de otros campos, como la psicología clínica o la intervención, lo que a veces limita las herramientas disponibles para intervenciones sociales.

Comenzamos a enfocarnos en el cumplimiento de objetivos para que la persona pueda ver con mayor claridad los avances en su tratamiento. Observamos que la tasa de finalización del tratamiento es muy baja; la gran mayoría de las personas que lo inician no lo completan. Generalmente, el primer mes es crucial y es cuando la mayoría de los usuarios del sistema abandonan el tratamiento.

Para abordar esto, empezamos a diseñar módulos específicos con objetivos terapéuticos claros, lo que nos permitió observar mejor los avances en los tratamientos. En ocasiones, los tratamientos ambulatorios muestran una tasa de éxito mayor o más altas tasas de finalización que los tratamientos residenciales. Esto se debe a que la demanda de tratamiento residencial a menudo encubre otras necesidades, como la vivienda o la vulnerabilidad social de la persona, más que el deseo real de seguir ese tipo de tratamiento.

Nuestros centros de tratamiento residencial a menudo están ubicados en zonas más alejadas de la ciudad de Buenos Aires, a 60 o 70 km de distancia de la vivienda de la persona. Esto puede dificultar la continuidad del tratamiento debido a razones sociales u otros compromisos. En esos casos, los tratamientos ambulatorios a menudo funcionan mejor, aunque terapéuticamente se considere que la persona necesita un tratamiento residencial.

Dr. Antonio Vidal

Es muy interesante ver la realidad de un país que geográficamente está muy alejado pero que culturalmente es muy similar al nuestro.

Quería hacerte un par de preguntas. Hace tiempo participé en unos cursos de manejo de paciente drogodependiente, desde la Atención Primaria. Una de las cosas que abordábamos fueron las barreras de accesibilidad. Hablamos de cuáles eran las principales y las más graves barreras de accesibilidad y son las que no conocemos. Lo habitual es que, si ves a alguien que ya está dentro del sistema, le preguntas ¿Con qué barreras te has encontrado? ¿Pero y las personas que no han llegado al tratamiento y que nunca sabremos quiénes son, por qué no han estado ahí?

Entonces, cuando estás trabajando con médicos de Atención Primaria, con personal de medicina, de enfermería, gente que tiene mucho trato con el paciente todos los días aquí en España. Supongo que en Argentina será algo parecido. La medicina primaria va muy saturada de personas, y contaban muchas anécdotas relacionadas con mujeres por eso, por el tema

del estigma, indirectamente van por una causa, pero después le preguntan a al personal de Atención Primaria, pero sin atreverse demasiado...

La pregunta iba más por el tema de las poblaciones ocultas, que no necesariamente son colectivos marginales, sino que muchas veces están entre nosotros. ¿Hay algún tipo de estudio lanzado desde la figura de Buenos Aires?

Dra. Jéssica V. Suárez

La realidad es que no hay un estudio específico respecto a la población general y lo que sucede con las personas que no logran acceder. El estudio que tenemos sobre las barreras de acceso del 2017 seguramente ha cambiado en varios aspectos, algunas cuestiones se han agravado respecto a las barreras de acceso, pero no contamos con mucha más información que esta.

Dr. Francisco J. Bueno

Como sabemos todos, uno de los problemas es la disponibilidad de recursos y la posibilidad o no de acceso a los mismos. La accesibilidad al sistema genera desigualdades. Y muchas veces, la accesibilidad está muy condicionada por esas mismas desigualdades sociales. Si hay programas de búsqueda activa porque tenemos recursos suficientes, sí que podemos, a través de las personas que están accediendo, hacer búsqueda activa y poder llegar a colectivos o a personas que en un momento determinado han pasado completamente desapercibidas. El problema es que hace falta equipos estructurados, programas de búsqueda activa en las diferentes zonas donde sospechamos del problema. Cuando se han hecho trabajos de estas características, son exitosos porque afloran cosas que, como tú bien has dicho Toni, ni nos imaginábamos. Lo que pasa es que eso depende de los recursos que tengamos y de los temas que estén o no en la agenda política y en la preocupación social.

Uno de los problemas de aquí y de ahora es la salud mental. Parece que tras la pandemia han descubierto que esto de la salud mental era un problema serio, con Planes de Salud Mental aprobados, sin dotar ni económicamente, ni de recursos profesionales, ni desarrollar, etc. Grandes manifestaciones teóricas, pero muchas diferencias entre las diferentes Comunidades Autónomas de España.

El gobierno aprueba un Plan de Salud Mental Infantil y no hay psiquiatras infantiles para llevarlo a cabo. Se está demandando que existan profesionales de psicología clínica, por ejemplo, que estén integrados en los equipos de salud mental apoyando la actividad del psiquiatra, que hace la prescripción farmacológica durante un tiempo y vuelva usted a los seis meses. ¿Ese paciente con un problema de salud mental, necesita psicoterapia de apoyo durante esos seis meses de tratamiento farmacológico, o las pastillas van a solucionar sus problemas?

¿En atención primaria existen suficientes profesionales de trabajo social? ¿Hay psicólogos clínicos?

Considero que los psicólogos clínicos van a tener en este país una labor extraordinaria en el transcurso del tiempo, porque se ven cada día mayores necesidades en el ámbito escolar, de atención primaria de asistencia especializada, etc.

Alguno/a de vosotros/as se acordará de la salud escolar, la enfermería escolar, los gabinetes psicopedagógicos escolares con profesionales suficientes, etc., que en la base hacía detección temprana de problemas, educación sanitaria, orientación, etc..

En conclusión, es lo que decía Avedis Donabedian referente a la calidad, lo importante y fundamental es la estructura, los procesos y los resultados. Y la estructura no es ni más ni menos que medios económicos y buenos profesionales, que son ambos escasos. Los procesos están mal definidos o se demoran en el tiempo y forman largas listas de espera. Y los resultados no se evalúan para no hacer en ocasiones el ridículo.

Sabéis que en algunos temas soy muy crítico y que defendiendo las políticas estructurales con planificación y medios suficientes, para realizar actividades en beneficio de toda la sociedad.

Dra. Jéssica V. Suárez

Comento algo del caso de Argentina.

Puntualmente, la seguridad en el ejemplo que estábamos hablando, todo el sistema de atención primaria de la salud es bastante fuerte en todas las comunas que vimos antes. Hay un Centro de Atención Primaria de la Salud de referencia y hay dentro de los equipos profesionales, psicólogos. Y ahí creo que el problema de la detección temprana, el problema de identificar, digamos, el consumo de sustancias, que está solapado por otras problemáticas que sí se consultan y no por esta problemática. Creo que ahí sí hay una barrera cultural porque los profesionales de la salud mental de los centros de atención primaria de la salud no suelen trabajar la problemática del consumo. Entonces la dejamos pasar, y ahí se pierde la oportunidad de hacer muchísima detección temprana, que es lo que se está necesitando en el sistema. Porque todo lo que hablé por ahí sí bien hay toda una parte, no conté la política pública de la ciudad, hay otras áreas, hay áreas de prevención también. Pero digamos, focalicen la población con más salud problemática, ¿verdad? Pero es cierto que los recursos, la mayoría de los recursos, están enfocados hacia esas problemáticas. En la detección temprana hay muy poco, pero hay equipos. Pero hay una cuestión, digamos, de las barreras mismas que los profesionales tienen para hacer esa detección, porque los equipos están en los centros de atención primaria. Sí, quizás tiene que ver con formación, quizás tiene que ver con sensibilización...

Dr. Antonio Vidal

Las personas que en algún momento hemos o habéis trabajado en epidemiología, sabemos que existen dos encuestas nacionales EDADES (domiciliaria de 18 a 65 años) y ESTUDES (escolar de 14 a 18 años) y siempre nos hemos quejado de que empezar a mirar las prevalencias de consumo a los 14 años es un poco tardío, porque gran parte de la población escolar empieza incluso antes. Entonces, siempre hablábamos de hacer la encuesta uno años antes.

De hecho, en la diapositiva que has mostrado, hay que pensar que estamos hablando de una población de 12 a 65 años, con lo cual ya estáis cubriendo ese rango, me llama la atención y por eso me ha surgido la pregunta, es que estamos hablando ya de demanda de tratamiento.

¿Hay gente de 12 años demandando tratamiento?

Dra. Jéssica V. Suárez

En realidad, el dato es mínimo. No es principalmente una demanda de tratamiento por parte del adolescente o del niño, sino que es una demanda institucional de tratamiento. Es decir, el pedido de tratamiento viene del sistema sanitario, del sistema judicial o del sistema de protección de derechos de los niños. Pero es mínimo, es muy poco en relación a lo general.

Asistente

Ella ha hablado de acceso. Evidentemente, yo he comentado sobre adicciones con sustancias y adicciones sin sustancias, no sobre los problemas conductuales. En este momento, tal y como está el desarrollo de todas las tecnologías, ¿Consideráis que es una limitación el acceso a terapias para enfocar, solucionar, orientar todo este tipo de problemas conductuales? Porque lógicamente existe muchísima deficiencia de centros donde se pueda tratar la adicción a los diferentes tipos de pantallas. Yo quisiera saber un poco tu opinión. ¿Dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos? Porque es una demanda tremenda que aquí no se está cubriendo. Lamentablemente, y es un tema que va a más. Quisiera saber la opinión de Toni Vidal.

Dr. Antonio Vidal

Mi opinión es que la pregunta debería ir un pasito hacia atrás.

¿Es porque no hay profesionales de salud mental en adolescencia?

Porque es casi imposible encontrar profesionales en salud mental en general.

Dr. Francisco J. Bueno

Ya lo he comentado anteriormente, hay un Plan de Salud Mental Infantil aprobado por el Gobierno Central, pero no hay psiquiatras infantiles en España. En el Hospital Doctor Peset de Valencia, por ejemplo, hay uno para todo el hospital. El problema es de recursos, de asignación de recursos y de planificación. No hay, lógicamente, ese tipo de profesionales, porque nunca se han preocupado por la formación y capacitación en el sistema MIR de ese tipo de profesionales. A partir del año pasado se creó el bloque de psiquiatría infantil en el MIR, que antes ni existía. Por lo tanto, vamos detrás en esos temas en la incardinación de estos profesionales en la Unidades de Salud Mental.

Dra. Josefa Gómez Moya

Había psiquiatría infantil, incluso en el Hospital Psiquiátrico, pero había un servicio de psiquiatría infantil y, cuando se hizo la sectorización, se crearon unidades de psiquiatría infantil, una o dos en toda la ciudad. Lo que ocurre es que esas unidades atendían ya casos, por decirlo de alguna manera, muy conflictivos.

Lo que creo que estáis hablando es de prevenir o intentar captar desde la prevención las posibles conductas que ahora nos están apareciendo. Lo que creo es que lo que nos ha pasado siempre en nuestra sociedad es que hasta que no se considera un auténtico problema, no se actúa. Hasta que no hay problemas gordos, no se dice «esto hay que atenderlo». Vamos tirando, porque ha pasado lo mismo con el alcoholismo, con otras sustancias, con la heroína, con todo. Hasta que no fue un problema serio, no se tomaba en serio. Estoy utilizando un lenguaje muy coloquial, pero he visto la Unidad de Psiquiatría Infantil en el Hospital

Psiquiátrico y era horrorosa, tanto aquí como en otros lugares. Era algo muy deficiente. Eso no es lo que estamos hablando ahora de psiquiatría infantil.

Asistente

Correcto, yo me refiero, por ejemplo, y pongo un ejemplo que todos conocemos perfectamente. ¿Cuántos diagnósticos de TDAH ha habido durante los últimos 15 años? Muchísimos. ¿Se justifican todos? Cuando hablamos de psiquiatría infantil, hablamos de la percepción holística del ser humano, de lo que debe ser la salud mental en la infancia y del enfoque de su desarrollo hacia la adolescencia.

Asistente

La psiquiatría y la psicología infantil existen porque tienen un rango de edad bastante definido. En adultos, el rango de edad es más amplio, pero hace 20 años la adolescencia abarcaba un periodo de 4 años. Hoy en día, la adolescencia dura aproximadamente 15 años, desde los 10 años, porque quieren crecer rápido, hasta los 25 años, cuando empiezan a pensar en emanciparse, aunque no puedan.

Entonces, creo que la adolescencia dura más o menos 15 años. El problema es que, en mi opinión, no existen suficientes especialistas, ni siquiera en la práctica privada, que se enfoquen en la adolescencia. Es difícil encontrar psicólogos especializados en adolescentes, porque no saben si tratarlos como niños o como adultos, ya que no se sabe muy bien qué son precisamente. Esta es la gran dificultad que tienen.

Asistente

Muchas gracias por tu excelente conferencia Jélica.

Quería preguntarte por ¿Cómo intervenís cuando detectáis factores de percepción de riesgo en las comunas de Buenos Aires?

Dra. Jélica V. Suárez

Muchas gracias.

Justo he hablado un poco en una de las diapositivas. Nosotros tenemos un dispositivo en el barrio 31, que es también un dispositivo muy similar. Está ubicado en la Comuna I, en el barrio 31, sector Retiro. Realmente ahí trabajamos con un acercamiento a las ranchadas, no tenemos un espacio físico; contamos con profesionales que entran al barrio para trabajar con la gente local. También tenemos un equipo contratado del barrio como operadores, quienes nos acompañan en el proceso de trabajo en el barrio. No podríamos hacerlo sin ellos, realmente, por razones de seguridad, culturales y de entendimiento del territorio. Ningún profesional externo que llegue ahí podría comenzar a trabajar de inmediato sin este articulador territorial. Así que tenemos un equipo compuesto por personas del barrio con cierta formación en salud comunitaria, y un equipo técnico que se encuentra fuera del barrio pero que comienza el proceso de trabajo en el mismo.

Lo que hacemos es un acercamiento a las personas que están dentro del barrio, entre ellos consumidores de pasta base de cocaína, personas en situación de calle, y aquellos que se han reencontrado con sus familias después de 20 años de estar desaparecidos y que se pensaba

que estaban muertos porque se perdieron dentro del barrio. Han pasado años viviendo en la calle, recogiendo cartones. Es un trabajo muy arduo y requiere mucha adaptación a las circunstancias locales.

Jugamos con un sinfín de variables para tratar de generar espacios e instancias donde no medie la sustancia, donde no haya consumo. Armamos también una radio comunitaria y realmente funcionó muy bien. O sea, se sentaban, se armó un equipo con los usuarios del barrio que en ese momento no consumían, estaban dentro de nuestro espacio, trabajaban en la radio, hacían preguntas realmente interesantes. Fue una tarea muy ardua y desafiante.

Esa es la realidad. Volviendo a los éxitos del tratamiento, para nosotros es un éxito que una persona que antes nos hablaba sentada en la calle ahora nos hable desde adentro. No necesariamente dejó de consumir, pero para nosotros es un objetivo cumplido que haya ingresado a nuestro espacio, que no tengamos que hablar con ellos en una esquina mediando el consumo de sustancias. Es realmente una posibilidad de trabajo en esta instancia.

Así que tenemos este espacio y realmente estas personas no salen del margen; hay muchas poblaciones que no salen de sus barrios y esta es la única posibilidad de atención, aquí en el territorio. Después hay todo un trabajo por hacer una vez que se inicia este proceso, que es poder vincularlos con otros lugares de la ciudad, como el Obelisco en Buenos Aires. Hay muchas personas que viven en Buenos Aires durante años y nunca han pasado por allí porque no salen de su barrio. Esto también es un desafío para la siguiente fase del tratamiento, generar una mayor integración.

A nivel jurídico penal, en Argentina existe una ley de drogas que data de los años 80 y que no ha sido modificada desde entonces. Ha habido varios intentos de diálogo para su modificación, pero nunca se ha avanzado. Esta ley penaliza la tenencia en una situación que no queda demasiado clara, dependiendo de la definición del juez. Cuando detienen a alguien con tenencia de drogas y el juez evalúa si es para consumo personal o para venta, la realidad es que muchas personas ingresan al sistema judicial bajo esta ley de drogas y reciben una medida socio-sanitaria. ¿Qué es mejor? ¿Iniciar un tratamiento por haber sido encontrado con drogas en la vía pública o por haber sido detenido con drogas? Estos tratamientos no son demasiado exitosos porque muchas veces las personas cumplen con su medida judicial y luego no continúan. Sin embargo, a veces esta instancia se percibe como una oportunidad para empezar a trabajar algo con esa persona, dado el contexto y la realidad en la que se encuentra.

Posteriormente, todo lo relacionado con lo penal sería otro capítulo de diálogo, pero también importante.

Asistente

Quería comentar acerca de la preocupación que les marcó al grupo, que creo que hay un factor importante que es el ocio de calidad, pero también hay otro que no se trabaja, que es la producción de un tiempo de ocio de calidad. Creo que, al final, esa falta también contribuye a muchos problemas, especialmente las adicciones a las pantallas, porque creo que con todo lo que implica Internet y la tecnología avanzada, hemos avanzado tan rápido y aceleradamente que no hemos tenido tiempo de aprender a usarlas de manera saludable.

Principalmente, creo que los sistemas educativos tampoco se proponen actividades más allá de lo que se promueve en casa o en la cultura, como un espacio para el desarrollo de valores familiares, etc. Desde los propios sistemas a los que cualquier persona menor de edad tiene que ir. Entonces, como se queda un poco a la suerte de que le ha tocado una familia que se ha ocupado de esa serie de cosas. Por lo tanto, el sistema institucional debería intervenir.

Y bien, el tema de la salud mental que hemos comentado no es un problema solo social, de momento, por ejemplo, en la pantalla solo está siendo un problema social, de momento, porque no es disruptivo, pero yo sí pienso que se está viendo muchos problemas que influyen en lo mental, pero también la forma de socializar, claramente.

Dra. Jérica V. Suárez

Hay un comentario. Coincido absolutamente con el tema del uso de las pantallas. Me parece que es algo que, como mencionaba anteriormente, no está suficientemente problematizado. Veo que los padres no cuestionan el uso de pantallas en sus hijos muy pequeños. Existe una cuestión de inmediatez constante y el contenido es interminable e infinito. Entonces, me pregunto acerca de la capacidad de espera de estos niños cuando sean adolescentes.

Pero algo que está sucediendo mucho en mi país y ahora les pregunto a ustedes si también está ocurriendo aquí es el tema de las apuestas online. En Argentina, hemos tenido casos de jóvenes que se han suicidado debido a las deudas generadas por las apuestas, y esto era algo que no estaba problematizado en absoluto. ¿Están los jóvenes apostando incluso durante las horas escolares? Los maestros no nos han informado que, en los intervalos, que son breves, se abren oportunidades para apostar y los estudiantes abandonan el aula o el baño rápidamente para apostar. Esto está siendo identificado con gran preocupación.

Me interesa saber si ustedes también están observando esta situación. ¿Está sucediendo aquí?

Dña. Rocío Benito

Trabajo en el Ayuntamiento de Valencia y sí, tenemos talleres específicos sobre juegos online. Básicamente se habla mucho de las apuestas deportivas en la población, especialmente en jóvenes. Es un problema que ha ido en aumento desde que se aprobó la ley en España en 2011. Estamos intentando limitar el acceso a estas apuestas y juegos online en general, pero la problemática sigue aumentando.

Personalmente, en los centros con los que trabajo directamente no he escuchado que los estudiantes se levanten y se vayan durante una hora determinada para realizar apuestas, pero puede que haya momentos en los que esto ocurra, aunque no sea en el ámbito escolar.

También me interesa saber si en otros centros y en otras ciudades están viendo esta progresión ascendente de las apuestas.

Dr. Francisco J. Bueno

Simplemente añadir que, aunque hagamos un esfuerzo por tratar de evitarlo, no vamos a conseguir erradicar ese problema. Como bien ha dicho Rocío Benito, es un problema que fue en aumento, entre otras razones porque hay muchos intereses empresariales, económicos involucrados, tanto de los patrocinadores como de las entidades colaboradoras, además del

Ministerio de Hacienda, que recauda muchísimo dinero cada año. Es un problema irresoluble. Eso si hablamos de juego regulado en España, que, si nos referimos al online, eso es otro mundo como todos sabéis.

Dña. Rocío Benito

Y también quiero señalar que no podemos pretender resolver estos problemas con un único taller en un colegio, está claro. Hay muchos factores poderosos que influyen en el avance de estas problemáticas. Respecto a lo que mencionaron sobre la tecnología, estoy de acuerdo en que nos ha superado a una velocidad impresionante y no hemos tenido tiempo suficiente para reaccionar adecuadamente. Ahora estamos empezando a reaccionar un poco más, pero aún falta mucho por hacer. Vamos a enfrentar más problemas de los que ya tenemos.

Asistente

Quiero señalar también que el tema de las adicciones, incluidos los juegos entre jóvenes, probablemente se vea incrementado por la accesibilidad que nos ofrecen las pantallas y dispositivos. Ya no es necesario ir a un lugar específico, sino que desde la comodidad de tu casa y sin los juicios de otras personas, se prefiere esta posibilidad de estar constantemente expuesto a estos estímulos. Además, esta accesibilidad se ve aumentada desde una edad temprana con los videojuegos que incluyen compras dentro de la aplicación, que presentan elementos coleccionables con un factor aleatorio y están permitidas desde los 6 años en adelante.

Entonces, ¿Cómo gestionamos esta completa accesibilidad?

También quería retomar la pregunta anterior sobre el nuevo espectro político en Argentina: ¿Cuáles son las expectativas de progreso en relación con todos estos problemas que hemos mencionado?

Dra. Jéssica V. Suárez

Esta pregunta es bastante complicada. La realidad es que, como mencioné anteriormente respecto al tema de las adicciones, en el 2022 vimos un aumento significativo, y creemos que esto va a continuar incrementándose debido a varios factores, especialmente la situación socioeconómica en Argentina.

Esta variable es crucial y se encuentra en una situación delicada; muchas personas han perdido sus empleos y están recurriendo al sector público para recibir atención, como mencioné antes respecto a estos tres subsistemas de salud. Esto representa un desafío importante para el sector público en términos de atención a una población que antes no era atendida.

En mi opinión, estamos en un momento crítico. Actualmente, creo que esta problemática no está suficientemente en la agenda del Gobierno nacional ni de las políticas nacionales, por lo tanto, no espero una evolución muy favorable en esta situación. Pero bueno, quizás el próximo año veamos cambios.

Dr. Francisco J. Bueno

Si me permites, quiero comentarte algo respecto a tu pregunta de ¿Cómo gestionamos esta completa accesibilidad a los videojuegos?, para que tengas una opinión muy ajustada a la realidad de cómo está el tema.

Organizado por Prevención Escolar del Servicio de Adicciones organizamos todos los años a finales del mes de septiembre una Jornada con la Comunidad Educativa de la ciudad de Valencia en el Centro Deportivo-Cultura “Petxina” de Valencia. Entregamos documentación, exponemos las actividades para el curso escolar, explicamos los programas, las novedades y realizamos un coloquio.

Hace dos años la directora de un centro educativo no pidió que hiciéramos un programa específico de prevención del uso de los videojuegos. Le explique que en el año 2009 ya hicimos una jornada específica sobre el riesgo de las adicciones sin sustancia, de los riesgos del uso continuo de las pantallas y de la importancia de que las familias que son las que compran los aparatos, supieran lo que compraban y el uso que daban sus hijos/hijas de dichos aparatos. También era importante que en los colegios los profesores estuvieran al tanto del uso de teléfonos en las aulas y que conocieran el uso de las TIC por sus alumnos/as, en las AMPA, etc.

Tras esta explicación le pregunté porque ahora solicitaba un programa específico para la prevención del mal uso de los videojuegos. ¿A que no sabes que me contestó?

Pues que en los centros de Bachiller y de Formación Profesional, tenían un problema muy serio que era el absentismo escolar a las primeras clases de la mañana y que los pocos alumnos que iban se dormían, porque habían estado jugando hasta altas horas de la madrugada con videojuegos y eso había que explicarlo con un programa específico.

En el Servicio de Adicciones, conjuntamente con el Profesor Mariano Chóliz de la Facultad de Psicología, hemos desarrollado el programa Gamers que estamos realizando en los centros educativos.

Tienes toda la razón del mundo, el de los videojuegos es un tema muy complejo, que ha ido a más por la facilidad que se puede hacer por las cajas botín, por los premios y por un montón de cosas.

Asistente

Trabajo en este tema de percepción y de tanto tecnoadicciones como en los juegos de azar, y es fundamental que no hay ningún tipo de conciencia de la percepción del riesgo. Debemos darle esa concienciación. Cuando creemos que un problema ya lo hemos asociado muchos años, creemos que es un problema únicamente de la persona mayor que está pegada a una máquina tragaperras. Pero no es un problema que yo esté jugando a juegos de ataque con estas cajas, esos cofres que se obtienen, ya en plena percepción de juegos de azar. O todas esas apuestas y cómo me las asocian con un futbolista, con al final figuras que representan el éxito. Para mí no es un problema, no puede ser un problema.

Pero la realidad es que el juego les engancha con ese tipo de asociaciones, para que los jóvenes entren de lleno y se habitúen a ellas, porque tienen asociadas cosas positivas. Y lo que sí es un problema que no soy solo una persona pegada a la máquina, sino que mi conducta se vuelve problemática, dependo de los estímulos que me da el juego, no percibo el riesgo y sigo jugando, porque soy un experto y controlo. Mentira.

Asistente

Y otra de las cosas que también quería comentar es que la visión de la droga se ha normalizado más. No digo que se consuma más ahora o menos que antes, sino que se ha normalizado más y las limitaciones que tenía el consumo, ya no existen, no está mal visto, no hay tanto prejuicio.

El consumo de drogas se ve como algo normal asociado a la fiesta, a la diversión, etc., no es visto como un problema, algo que antes era muy claro. Antes se asociaba a las drogas a la figura de la persona de calle, como un fracaso escolar, social, etc., entonces había claramente más una visión del problema de que si consumes, vas a acabar así. Ahora, cualquier persona puede consumir, aparecen consumidores en muchos medios de comunicación y son vitoreados por sus fans, es un personaje famoso, etc. y ese consumo es normal en determinados ámbitos.

Asistente

Muy bien el Debate, en general, les felicito.

Yo quería hacer dos preguntas. Una es: ya has comentado sobre varones cis y mujeres cis, ¿Qué pasa con las personas transgénero? Y la segunda pregunta es si tenéis un programa de inteligencia artificial para el tema de pedir tratamiento y ubicar a las personas, etc. Quiero decir, ¿Habéis hecho una geolocalización de las demandas de tratamiento o de algún tipo de asistencia? Porque claro, hoy en día, aunque estés en una zona vulnerable, seguramente la gente tenga algún dispositivo móvil; no tendrán otras cosas, pero un dispositivo móvil seguro que tienen, ¿no? Es decir, ¿habéis hecho algún estudio de localización? ¿Si con esta metodología de inteligencia artificial llegáis a estos barrios y les genera resultados?

Antiguamente se hacían muchas campañas y aún vemos campañas en los medios de comunicación tradicionales con mensajes como «llama a este número si tienes un problema de violencia de género», «si tienes un problema de drogas, llama a este teléfono», etc. ¿No tenéis alguna campaña para poder hacer algún tipo de difusión o utilizando redes sociales que permita llegar a estas personas? Porque los jóvenes, si estamos hablando, como decía Toni Vidal y has comentado tú, ya lo que hay, aunque sea mínimo, ya vienen porque les obligan a venir, pero seguramente hay un gran porcentaje, tal vez el 90%, de jóvenes de 12 años que están consumiendo hachís, marihuana o lo que sea.

Dra. Jéssica V. Suarez

Voy respondiendo a todo.

En relación a la población LGTB, no la incluí en la presentación porque era una experiencia muy puntual. La realidad es que es una población que aún accede menos a los servicios y tienen muchos problemas vinculados a la prostitución y al uso de drogas. Hay una experiencia de trabajo en un lugar llamado **Casa Trans**, que inicialmente era un hotel donde las mujeres trans ejercían la prostitución y luego se transformó en un hogar gestionado por ellas mismas. Allí se logró hacer un primer abordaje grupal con las mujeres para problematizar su consumo. Lo cierto es que muchas de ellas, al ejercer la prostitución, enfrentan la situación en la que los mismos clientes les piden que consuman drogas o que tengan drogas para venderles. Es realmente un contexto de muchísima complejidad. Es una población que accede muy poco a los tratamientos. De hecho, es necesario ir a trabajar directamente en esos espacios.

Es una población muy difícil de alcanzar porque también se encuentran en muchas situaciones de ilegalidad. La cuestión de la venta de drogas como parte del ejercicio de la prostitución, y el pedido de los clientes, es muy compleja. En Argentina hay una ley de drogas lo que genera mucho temor a abrir esta situación y trabajarla por miedo a la penalidad. Realmente es una población con la que hemos tenido muchísimas dificultades para poder hacer un acercamiento y para trabajar con ellas.

Respecto a lo de la inteligencia artificial, lo que tenemos es un bot que sirve para muchos temas de la ciudad de Buenos Aires. Si alguien pone alguna palabra vinculada a la temática, como drogas, consumo, sustancias, etc., se activa una respuesta automática vinculada a los servicios de atención. Después de la respuesta automática, se puede chatear con un operador, que son parte del equipo que atiende la línea telefónica y este servicio. La realidad es que hace muy poco tiempo que está implementado y apenas se está empezando a medir. No tenemos muchas consultas por ahora, son muy pocas, pero quizá se deba a que hace muy poco tiempo se implementó este servicio.

Asistente

¿La vinculación respecto a niñas, niños y adolescentes en situación de calle de larga duración es así? ¿O lo he entendido mal? ¿Es cierto que hay una cantidad considerable de niñas, niños y adolescentes viviendo en la calle por mucho tiempo? ¿Eso ocurre en Buenos Aires?

Dra. Jéssica V. Suárez

Pasa en la ciudad de Buenos Aires.

Hace poco tiempo se implementó un protocolo de «niños cero en calle». La realidad es que los niños no están solos, sino que están con sus familias, y muchas veces estas no quieren ingresar a los centros de inclusión. Si la familia no quiere entrar a estos centros, hay un nuevo protocolo que asegura que los niños sean trasladados a un espacio de cuidado, ya que no pueden permanecer en la calle.

También hay adolescentes de 15-16 años que piden dinero en la calle y consumen drogas en la calle. Estos casos han tenido muchas intervenciones de tipo social. Cuando se revisa la historia de estos adolescentes, se ve que llevan mucho tiempo desvinculados de sus familias, han estado en instituciones de alojamiento para niños sin cuidados parentales, y por algún motivo han logrado salir de esas instituciones y han entrado en el sistema penal. Son casos sumamente complejos.

Aunque este tema está monitoreado de cerca, en términos de política pública, las respuestas actuales no han sido adecuadas para esta población. Las soluciones propuestas no han dado la respuesta necesaria debido a la fragmentación de la información y los servicios. Por ejemplo, un niño puede entrar al sistema de salud, pero el sistema de niñez no siempre se entera o lo hace de manera muy colateral. Esta falta de coordinación ha dificultado un buen abordaje de esta problemática. Se han implementado protocolos específicos y un centro especializado pensando en los perfiles de estos chicos, quienes además tienen problemáticas de salud mental muy graves. Esta iniciativa está en implementación desde hace poco tiempo, y hay que ver si efectivamente dará los resultados esperados.

Asistente

¿Quisiera saber si tenéis campañas de prevención de drogas?

Dra. Jéssica V. Suárez

Hace mucho tiempo que no hay campañas a nivel de la ciudad ni a nivel nacional. Las últimas creo que fueron en 2010 y 2017. Fue una campaña a nivel nacional y fue la última que se realizó. Ahora se está discutiendo en la ciudad hacer una nueva campaña, pero puede que ocurra o no. Hace muchísimos años que no se han realizado.

Dr. Francisco J. Bueno

Muchísimas gracias a la **Dra. Jéssica Vanesa Suarez**, por tu grandísima aportación, por tus excelentes explicaciones y por tus respuestas.

A los doctores Juan Carlos Valderrama Zurián, **Rafael Aleixandre Benavent**, Antonio Vidal Infer, a todos los profesionales de la UISYS, a todo el personal de Servicio de Adicciones de la concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia, muchísimas gracias por el excelente trabajo que habéis realizado.

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

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

Muchas gracias y buenas tard