



Federación de ONG de la Argentina
para la prevención y el tratamiento
del abuso de drogas

FEDERACIÓN DE ORGANIZACIONES NO
GUBERNAMENTALES DE LA ARGENTINA PARA LA
PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE DROGAS

**INFORME SOBRE LA SOCIEDAD CIVIL Y EL
ABORDAJE DE LAS ADICCIONES EN EL CONTEXTO
DEL COVID-19**

**Herramientas, estrategias y dispositivos desarrollados por las Ong's
miembros de FONGA con el objetivo de garantizar la continuidad de
la atención psicosocial y educativa en el contexto del COVID-19**



Federación de ONG de la Argentina
para la prevención y el tratamiento
del abuso de drogas

Personería Jurídica N° 000576/91

PROYECTO

“RELEVAMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS Y ESTRATEGIAS DESARROLADAS POR LAS ONG’S PARA GARANTIZAR EL CUIDADO DE LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO Y LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION PSICOSOCIAL Y EDUCATIVA DE EN EL CONTEXTO DEL COVID-19”

OBJETIVO

El presente proyecto se plantea recoger información sobre dispositivos y estrategias surgidas de las prácticas cotidianas de los equipos de los centros de rehabilitación afiliados a FONGA para afrontar la situación de la pandemia y la cuarentena.

METODOLOGÍA

Se elaboró una encuesta que luego se formalizó como formulario de Google Docs y se entregó vía mail, watts app y en forma personal a las autoridades y representantes de las organizaciones.

Se realizaron preguntas abiertas y preguntas cerradas. Se analizaron cuantitativa y cualitativamente los datos.

COORDINACION GENERAL DEL PROYECTO

Lic. Fabián Chiosso

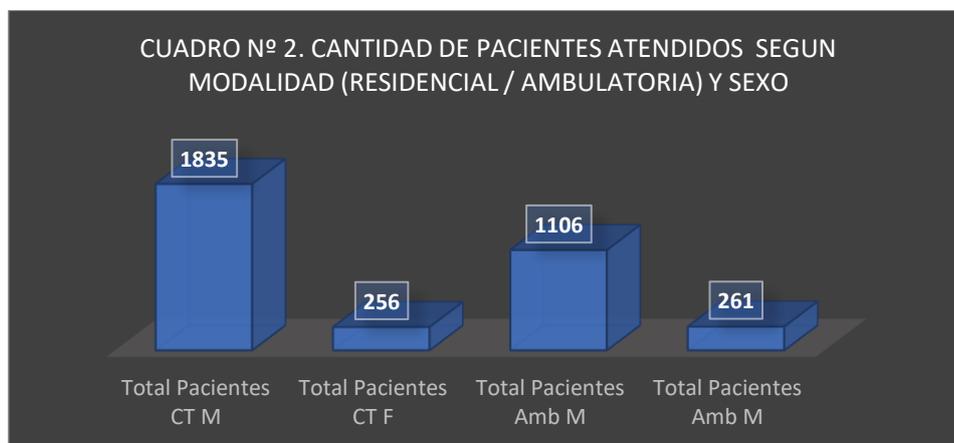
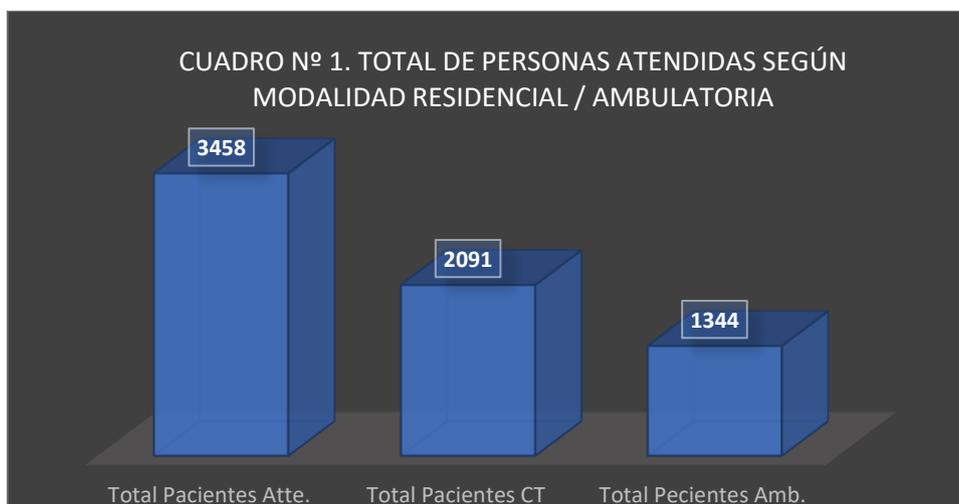
ALCANCE

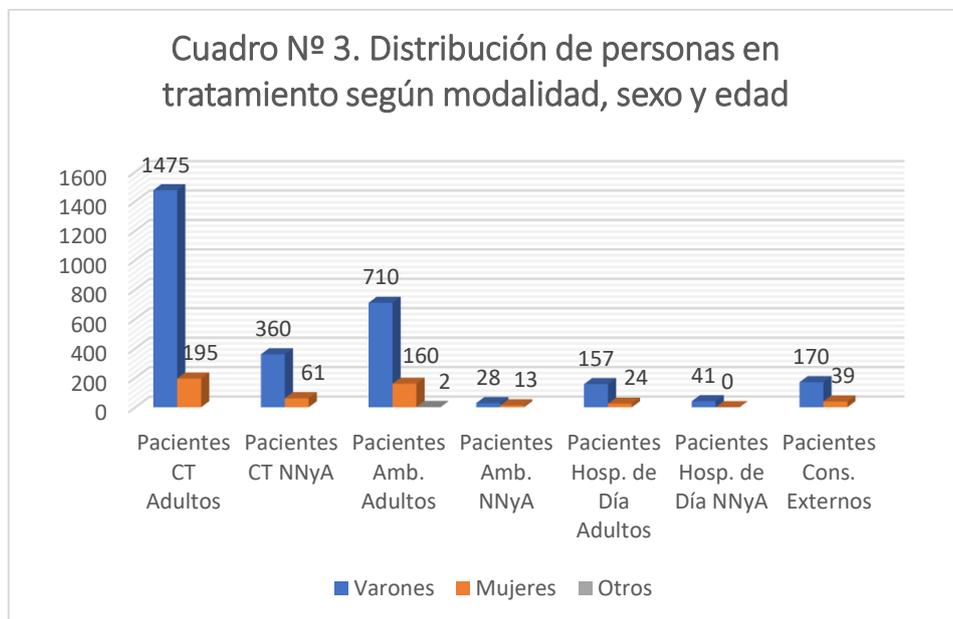
El relevamiento de datos para la elaboración de este informe se realizó entre el 3/5 y el 4/6 de 2020. Las conclusiones y comentarios deben entenderse en ese contexto. Debido a la dinámica de la pandemia, algunos datos ya no reflejan de manera apropiada la situación correspondiente al momento de la publicación del informe.

INFORME

A. PERFIL DE LAS INSTITUCIONES.

1. En las organizaciones vinculadas a FONGA se atienden actualmente 3458 personas entre dispositivos ambulatorios y residenciales. De ellas 2941 son varones, 517 son mujeres y 2 responden a otra orientación sexual. En la modalidad residencial se encuentran alojadas 2091 personas, mientras que en las diferentes modalidades ambulatorias realizan tratamiento 1344 personas (Cuadro 1). La distribución por sexo muestra una amplia mayoría de personas en tratamiento de sexo masculino en todas las modalidades (Cuadro 2) (Cuadro 3).

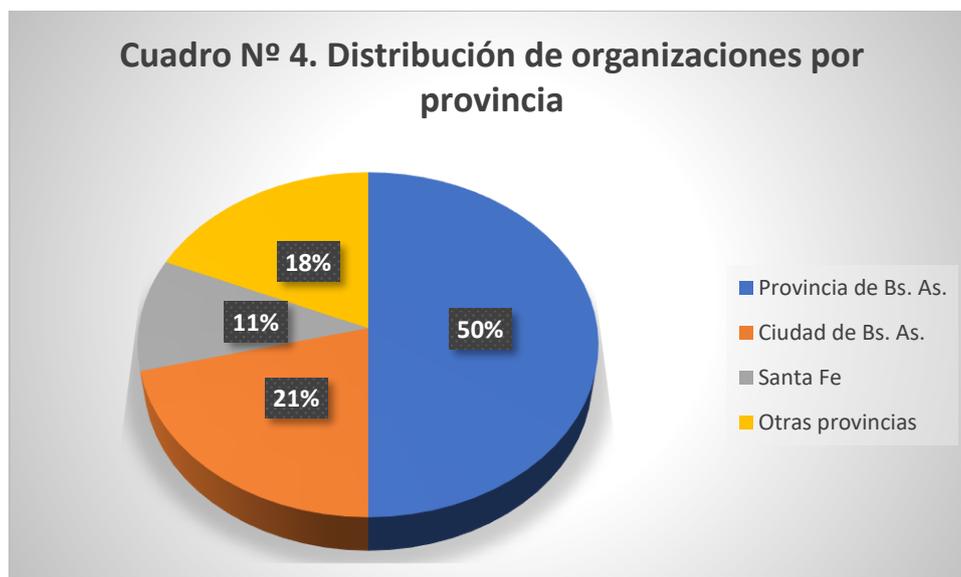




Comentario: No se incluyeron en estas notas las personas alcanzadas de forma directa e indirecta en la modalidad de tratamiento comunitario, que actualmente desarrollan 10 organizaciones. Tampoco se han incluido las familias y miembros de la red social de las personas en tratamiento que reciben atención en los diferentes grupos complementarios a los programas de tratamiento (de familia, amigos, hijos, etc.) Estimamos que aproximadamente 13500 familiares reciben hoy algún tipo de tratamiento (grupal o individual) o son beneficiarios de alguna intervención preventiva o educativa en el marco de las estrategias complementarias de los programas de tratamiento. De la misma forma, consideramos que aproximadamente 5000 personas miembros de las redes sociales de amistad de los pacientes también reciben algún tipo de intervención dentro de los programas. En el marco del abordaje comunitario, estimamos que 6000 personas reciben intervenciones preventivas, educativas o terapéuticas.

- 2. La distribución geográfica indica que la mayoría de las instituciones se encuentra en provincia de Buenos Aires (19), CABA (8) y Santa Fe (4). El resto se encuentra en Chubut, Chaco, La Pampa, San Luis, San Juan, Santiago del Estero, La Rioja y Ushuaia. Todas están habilitadas por autoridad sanitaria nacional, provincial y**

municipal, y cumplen con las normativas establecidas por la autoridad para su funcionamiento y supervisión.



3. Aproximadamente el 80% de las organizaciones han desarrollado un modelo de dispositivos integrados de atención donde se articulan un dispositivo residencial (Comunidad Terapéutica) con dispositivos ambulatorios (Hospitales de Día, CT Ambulatoria, Ambulatorio Tradicional) y consultorios externos.

Solamente un 23 % de las organizaciones presenta una sola modalidad de atención. Por otra parte, se observa un incipiente desarrollo de dispositivos territoriales y comunitarios (Un 26% de las organizaciones desarrollaron en los últimos años este tipo de dispositivo).

Aproximadamente el 70% de las instituciones tiene entre una y dos sedes, en tanto que un 15 % tiene 5 o más sedes donde desarrollan diferentes tipos de intervenciones.

Cuadro Nº 5. Tipos de dispositivos ofrecidos por las organizaciones



Comentario: De las 40 organizaciones encuestadas, solamente 3 tienen dispositivo de CT como única modalidad de abordaje y 6 trabajan solamente con abordaje ambulatorio. Prácticamente el 90 % de las organizaciones encuestadas articulan su trabajo con organismos del campo de la salud pública municipal, provincial o nacional. Casi un 20% articula su trabajo con el sistema de promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes.

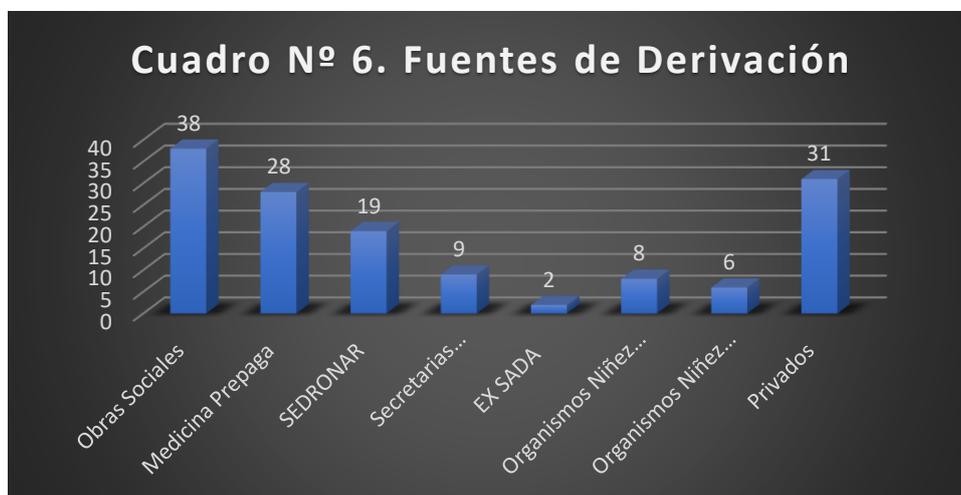
- 4. Todas las organizaciones presentan equipos interdisciplinarios conformados por médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, y operadores socioterapéuticos. Los profesionales de las ciencias sociales comienzan a incluirse desde hace unos pocos años y son minoría, entre otras cosas por falta de recursos.**

El 97% de las organizaciones tiene un equipo constituido por un médico psiquiatra como Director Médico, 3 o más psicólogos -uno de los cuales asume la Dirección Terapéutica-, y 3 o más operadores socioterapéuticos)

Comentario: Las organizaciones comienzan a fortalecer sus equipos a partir de los dos procesos más importantes de inclusión en el sistema formal de salud: la creación de la SE.DRO.NAR el 17 de julio de 1989, en reemplazo de la Comisión Nacional Coordinadora para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas, y la posterior creación de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la provincia

de Buenos Aires en 1993. Esta última inició un proceso sistemático y programado de normalización e incorporación de las Ong's que trabajaban en el campo de la rehabilitación de las adicciones al sistema formal de atención del estado. Mas tarde, con la resolución conjunta de 1997 (SEDRONAR – MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN), la SEDRONAR inicia un proceso similar a nivel nacional. Ambas secretarías implementaron un programa de trabajo donde el tercer sector debía cumplir con normativas específicas del campo de la salud pública pero se las reconocía como un sector específico diferenciado del sistema formal de salud y del de la asistencia social.

5. **Las fuentes de derivación en primera instancia son organizaciones vinculadas a la seguridad social (94% trabaja con Obras Sociales; 73% empresas de medicina prepaga); hay un 81% que trabaja con pacientes privados; 47% con el Estado nacional (SEDRONAR), 21 % con organismos provinciales, 18% con la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la provincia de Buenos Aires, y un 6% con secretarías de drogas provinciales (Ver cuadro N° 6)**



Comentario: Es importante destacar la diversificación de las fuentes de derivación, lo que fortalece la sustentabilidad de los programas y amplía las vías de acceso a los tratamientos. Por otra parte, los datos permiten inferir que en general no existen situaciones de dependencia de los organismos estatales.

B. TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y COVID-19

- 6. Solo hubo dos casos sospechosos de COVID-19 entre los residentes de todas las instituciones, que luego fueron descartados. Y solamente un familiar dio positivo para COVID-19. En todos los casos se cumplieron con los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias.**

- 7. El 50% de las instituciones tomaron medidas de seguridad restrictivas antes del inicio de la cuarentena. El resto lo hizo cuando se decretó la cuarentena.**

Comentario: Si bien el 50% de las organizaciones prácticamente iniciaron la cuarentena antes del decreto presidencial y el otro 50% lo hizo cuando se promulgó el decreto, la gran mayoría comenzó a tomar medidas de seguridad sanitaria previamente. Restricción de visitas y control de ingreso y egreso de personas a la institución; utilización de barbijos; distanciamiento social tanto en los espacios de convivencia como en los de atención individual y grupal; la mayoría señala la restricción del mate (de uso habitual en los espacios residenciales y ambulatorios) como una de las medidas básicas adoptadas junto al control del uso de utensilios de mesa y la implementación de medidas de higiene extraordinarias (se señala la diferencia entre limpiar y desinfectar los ambientes, útiles, muebles, etc.). Los dispositivos ambulatorios en su mayoría continuaron sus actividades por medios electrónicos y comenzaron a restringirse los ingresos a tratamiento residencial.

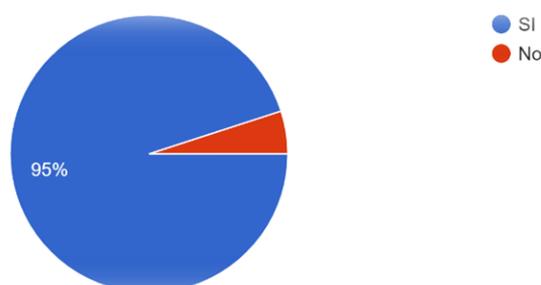
En la etapa previa a la cuarentena surgen los primeros protocolos específicos para el COVID-19. Pensamos que las medidas que se fueron tomando a medida que se conocía información de la pandemia y las características del COVID-19, pueden analizarse como uno de los factores que favoreció el hecho de que hasta el momento no se hayan registrado contagios dentro de los programas terapéuticos.

- 8. El 94% de las instituciones organizaron alguna instancia de gestión de la situación de crisis provocada por la pandemia: en casi el 40% de los casos esa instancia fue la dirección de la institución; en el 23,7% fue el equipo técnico; en el 13 % un profesional idóneo en el tema y en casi el 8 % lo hizo un comité de crisis.**

Comentario: Se puede pensar que estas formas de organización frente a la pandemia colaboraron también en evitar el contagio entre las personas en tratamiento y los equipos técnicos.

9. **El 95% de las instituciones desarrollaron protocolos específicos en línea con las autoridades nacionales y provinciales. (El 76% adoptó los protocolos de la autoridad sanitaria; el 73% tiene sus protocolos formalizados por escrito). También se desarrollaron protocolos para el abordaje de la familia (60%), el ingreso y egreso del equipo técnico (76%) y el ingreso de pacientes (57,9%)**

Cuadro N° 7. Instituciones que desarrollaron protocolos específicos para COVID-19



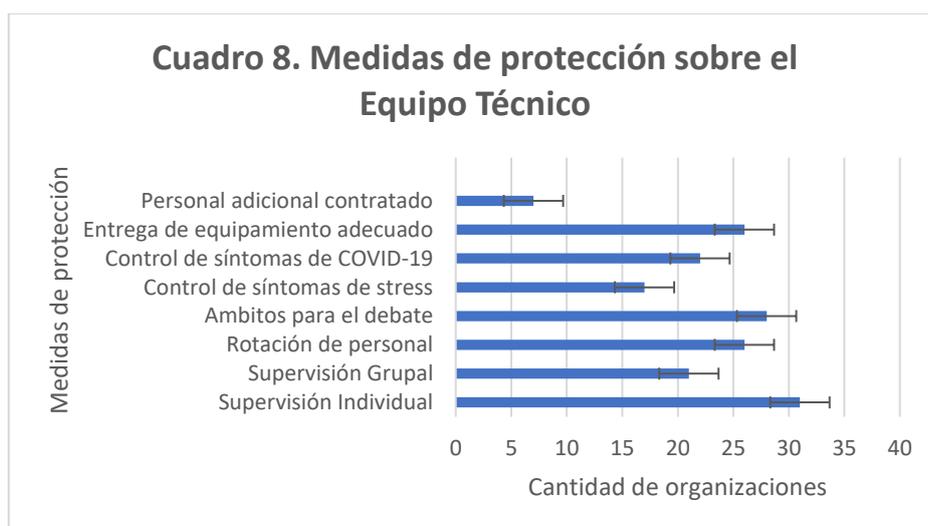
Comentario: Si bien las organizaciones no ingresaron nuevos pacientes durante la cuarentena, igualmente desarrollaron protocolos para el ingreso de personas a tratamiento ya que ese es el punto central por resolver en el futuro cercano. **Los ingresos a tratamientos residenciales tienen una demanda sostenida que no puede ser absorbida por el sistema público ni por modelos ambulatorios, comunitarios y/o puramente virtuales.** Uno de los programas desarrolló un modelo de cuarentena institucional para el ingreso de residentes, con un espacio y un conjunto de intervenciones terapéuticas y rigurosa supervisión y seguimiento médico que contó con la aprobación de SEDRONAR.

En la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la provincia de Buenos Aires se presentó un modelo de protocolo específico para garantizar el ingreso a tratamientos residenciales de niños, niñas y adolescentes, y de jóvenes en conflicto con la ley penal. Ese modelo es que hoy se está utilizando en toda la provincia.

El desarrollo e implementación de medidas formales e informales relacionadas con el cuidado de las personas en tratamiento y los equipos fue amplio. Se restringieron las visitas familiares y el ingreso de nuevos pacientes; se establecieron en la vida cotidiana de los dispositivos residenciales las pautas de cuidado como el distanciamiento social, el uso de barbijos (en algunos casos), el lavado de manos, la limpieza y desinfección de lugares, utensilios de cocina, ropa; en algunos programas se implementó la toma de temperatura al ingreso y egreso de personas, equipo y proveedores, y el cambio de ropa al ingreso de los miembros del equipo técnico.

También se mantuvieron las herramientas educativas y terapéuticas adaptadas a la situación actual, se crearon nuevas herramientas de contención, uso del tiempo libre, educación y terapia. Las herramientas virtuales (Watts App, Zoom, Skype, Jitsi, Google, etc.) se incorporaron a las prácticas habituales de los equipos y fueron esenciales en garantizar la continuidad de las personas en tratamientos de tipo ambulatorio. Fue necesario reconvertir drásticamente a los equipos para trabajar en las condiciones impuestas por la pandemia.

- 10. La gran mayoría de las organizaciones implementó medidas de cuidado para los equipos técnicos como supervisiones grupales (78%) e individuales (52%), rotación de turnos y tareas (63%), ámbitos de debate y actualización sobre la pandemia (68%), y provisión de equipo adecuado para las intervenciones (68%). En menor medida se realizan controles de COVID-19 y de stress personal.**



Comentario: Este ha sido un punto crítico en todo este proceso y lo será en el futuro inmediato. La conformación de los equipos (profesionales de la salud, de las ciencias sociales, técnicos y operadores socioterapéuticos), su experiencia, su formación y supervisión y la propia dinámica que un equipo adquiere en el trabajo en organizaciones del tercer sector, son elementos que facilitaron, a nuestro entender, el alto desempeño en la contención de las situaciones críticas planteadas por el cambio abrupto en las condiciones y encuadre del tratamiento.

Se debe tener en cuenta que los equipos debieron gestionar a la vez la situación profesional e institucional, la situación personal y familiar propia, y la incertidumbre económica y laboral que trajo aparejada la pandemia, en muchos casos con recursos mínimos y en tiempos extremadamente reducidos.

- 11. La retención de pacientes fue alta ya que un 49% de las organizaciones no tuvo abandonos de pacientes y un 29% tuvo entre 1 y 3 abandonos (Cuadro 9). Es muy importante resaltar esto porque representa un alto número de personas que se mantienen en condiciones de cuidado que podemos relacionar con la efectividad de las medidas adoptadas. En el caso de que un paciente en tratamiento residencial no quiera transitar al proceso de cuarentena en la institución, el 71,4% de las organizaciones ofreció diferentes alternativas para su continuidad ambulatoria.**



12. Casi un 44% de las organizaciones refiere no haber recibido colaboración por parte del estado para lograr la continuidad de los tratamientos en tanto que el 39% refiere que sí. Las obras sociales han tenido una respuesta más favorable ya que el 51 % de las organizaciones refiere haber recibido su apoyo.

13. Las estrategias principales de los dispositivos ambulatorios para fortalecer la continuidad de los tratamientos fueron las reuniones individuales y familiares por medios electrónicos y el seguimiento telefónico. Los dispositivos residenciales utilizaron las habituales herramientas de Ct's, mas las reuniones virtuales con familiares, y la restricción de ingresos y egresos acordadas con los pacientes, las familias y el equipo.

Comentario: Se desplegaron una variedad enorme de recursos lúdicos, educativos, artísticos, musicales, preventivos y terapéuticos. En varios casos se replantearon las estructuras y cronogramas de actividades diarias para hacerlas más flexibles y acordes con el manejo del tiempo y el espacio que requiere una situación de cuarentena con muchas personas conviviendo. Según manifiestas las organizaciones, “Se realizan seminarios, talleres, meditaciones, entrevistas, lectura de cuentos, juegos, teatro, todo utilizando herramientas de diferentes plataformas.” “Se promovieron instancias de capacitación y formación vía virtual, acompañamiento a las actividades escolares, ampliar dispositivos de Educación física, entre otras.”

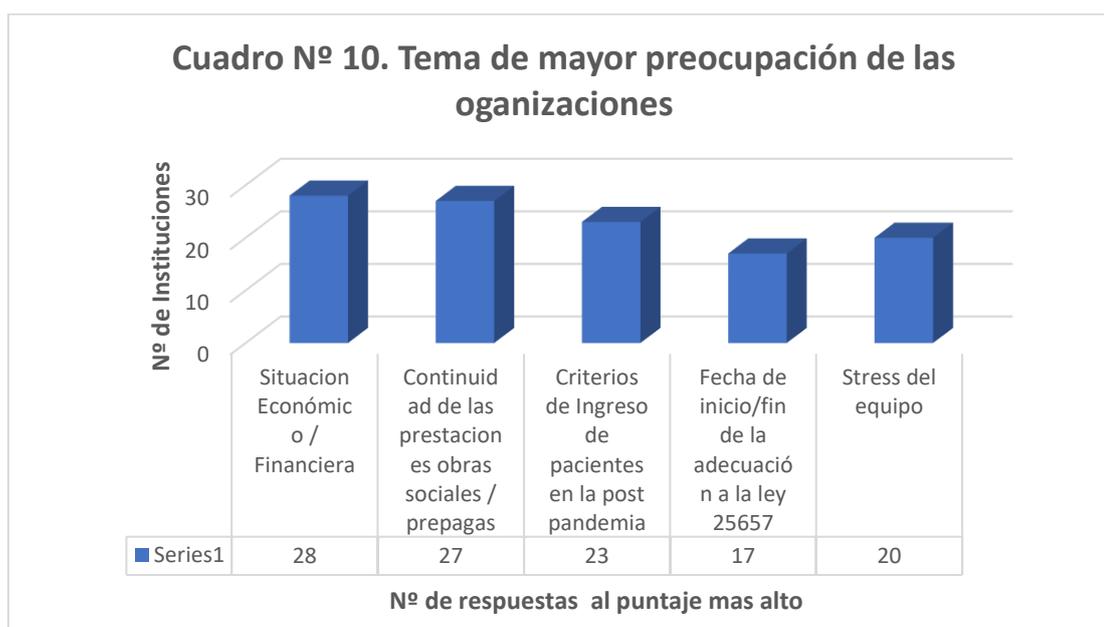
“Sobre todos abordajes de contención e información clara para la comprensión de las nuevas medidas adoptadas”

14. En cuanto a los criterios utilizados para el manejo de la información relacionada con el COVID-19 y las medidas adoptadas, los residentes fueron informados adecuadamente sobre las medidas e implicancias de la cuarentena (95%), reciben información actualizada sobre el COVID-19 (82,5%) y sobre la marcha de la cuarentena (85%). El 70% de las organizaciones trabaja informando y asesorando a las familias con respecto al COVID-19. Asimismo, los equipos técnicos reciben información actualizada y veraz sobre el Covid-19 (87%).

Comentario: El adecuado manejo de la información es uno de los elementos centrales para garantizar que las personas en tratamiento puedan sostenerlo. Las dimensiones de la información sobre los que se trabajó en la mayoría de las

organizaciones fueron: brindar información clara sobre los fundamentos de las decisiones relacionadas con la cuarentena y las restricciones adoptadas; asesorar y brindar información a las familias sobre los tratamientos, las medidas adoptadas, las características del COVID-19 y de la cuarentena; capacitar permanentemente a los equipos técnicos y brindarles información precisa sobre la pandemia, la cuarentena y las experiencias de otros países en el abordaje de situaciones similares. Una dimensión muy importante sobre la que se trabajó es la de la llamada “infodemia”, con el objetivo de que la información errónea o directamente falsa no genere condiciones de ansiedad y preocupación extra.

- 15. En cuanto a las preocupaciones que manifiestan las organizaciones respecto del futuro inmediato, la situación económica/financiera es una preocupación alta para el 70%, junto a incertidumbre sobre la continuidad de las prestaciones de obras sociales y organismos del estado (67,5 %). También existe una preocupación por los criterios a utilizar para el ingreso de pacientes tanto a tratamientos ambulatorios como residenciales (57,5%). La definición de la fecha de inicio y finalización del período de adecuación de las organizaciones a la ley Nacional de Salud Mental y Adicciones es la preocupación del 43,5% de las instituciones. El stress de los equipos es otra de las cuestiones que preocupan a las instituciones (50%).**





Federación de ONG de la Argentina
para la prevención y el tratamiento
del abuso de drogas

Personería Jurídica N° 000576/91

Comentario: Las preocupaciones relacionadas con la dimensión económica de la pandemia son mayoritarias. La gran incertidumbre sobre la continuidad de los convenios con las obras sociales y con el estado, es uno de los factores de inestabilidad institucional, ya que se pone en juego al trabajo de mucha gente y la propia supervivencia de la organización. Las respuestas poco satisfactorias de una parte importante de las Obras Sociales y de algunos organismos estatales en el contexto de la pandemia generan un nivel alto de incertidumbre respecto de cómo se comportarán en los próximos meses donde el marco económico presentará dificultades significativas.

El otro punto que señalan las organizaciones es la definición de la fecha de inicio y finalización del proceso de adecuación de las instituciones a las normativas de la ley Nacional 26657. Aún no se han tomado decisiones formales sobre este punto, y la preocupación se potencia con las condiciones que impone la cuarentena. Se torna necesario como mínimo posponer para fines del 2021 la fecha tope para la presentación de los planes de adecuación de las organizaciones (en la medida en que las condiciones económicas generales hayan mejorado sustancialmente). **Y junto con esto replantear la categorización de las instituciones que trabajan con el modelo de Comunidad Terapéutica como monovalentes. Esta categoría perteneciente al campo médico/hospitalario no permite dar cuenta de manera adecuada del abordaje multidimensional que se ofrece en estos dispositivos.**

Como veremos más adelante, las organizaciones de la sociedad civil dedicadas en la atención de las drogodependencias han tenido un rol estratégico en la cuarentena conteniendo a una población que por su perfil y características no sólo no tienen acceso al sistema de salud, sino que además están altamente expuestos al virus. En esta línea, la definición de protocolos que regulen y establezcan criterios para el ingreso y egreso de pacientes, así como para la circulación de los mismos, es un tema sumamente urgente y se presenta como el gran desafío hacia el futuro inmediato. Las bases de estos protocolos han sido formuladas por las organizaciones de la sociedad civil.

ALGUNAS CONCLUSIONES

1. La conformación mixta de los equipos técnicos con profesionales del campo de la salud, la ciencias sociales, técnicos y operadores socioterapéuticos con una sólida formación y gran experiencia en el trabajo especializado en adicciones, sumada a la mística de la solidaridad y la autoayuda (valores centrales dentro de la filosofía

institucional de la mayoría de las organizaciones), es un factor que podría explicar la celeridad en las respuestas y el alto nivel de las mismas con la generación de protocolos, y estrategias específicas para actuar en dos campos absolutamente desconocidos: **por un lado, la atención de personas en modalidad residencial en un contexto de fuertes restricciones a la circulación de las personas que debieron permanecer 55 días en asilamiento absoluto (aceptado voluntariamente en todos los casos y con la aprobación de la familia); por otro, la atención y contención masiva de los residentes en modalidades ambulatorias por medios electrónicos.**

Ambos escenarios representaron desafíos técnicos, profesionales y personales de altísima exigencia que en general se cumplieron con éxito. Todo esto incluyendo y conteniendo a los grupos de familiares y de redes sociales cercanas.

El futuro inmediato depara una pregunta clave: ***¿cuánto tiempo pueden aguantar los equipos técnicos estos niveles de presión sin que el estrés los ponga en situación de crisis que atraviesen tanto lo personal como lo profesional?***

2. El discurso que une en el nivel conceptual la atención de la *salud mental* y las *adicciones* en los sistemas públicos de salud, no se traduce en la práctica: los sistemas públicos prácticamente no reciben la demanda de problemas relacionados con las adicciones (algo que es histórico pero que se ha agravado con la pandemia).
3. La contención de esta problemática ha quedado en gran medida en manos de las Ct`s y de las organizaciones con programas ambulatorios por dos vías: la contención de las personas en tratamiento y sus familias, con un inmediato despliegue de protocolos de cuidados de la salud y el desarrollo de estrategias de intervención grupal e individual acordes al contexto de confinamiento determinado por las cuarentenas en cada país. Por otra parte -y en particular en los programas ambulatorios-, mediante el desarrollo de estrategias de intervenciones virtuales también individuales y grupales.
4. Las intervenciones virtuales se han tornado una herramienta muy importante en este contexto, que seguramente quedará incorporada a las estrategias de trabajo terapéutico y educativo de las instituciones. Sin embargo, consideramos que su eficacia es mayor cuando se trabaja con personas, grupos o familias que ya tienen



Federación de ONG de la Argentina
para la prevención y el tratamiento
del abuso de drogas

Personería Jurídica N° 000576/91

un trabajo previo y con los cuales se ha establecido un vínculo presencial significativo.

5. Las organizaciones de la sociedad civil especializadas en la atención de las adicciones serán claves en el futuro inmediato de la transición hacia condiciones menos restrictivas de las cuarentenas en los distintos países. **La demanda (contenida) de tratamientos residenciales y ambulatorios ha crecido de manera sostenida y las organizaciones han comenzado a generar propuestas de protocolos de ingreso a tratamiento desde su experiencia práctica que deberían ser consideradas por las autoridades de salud.** El punto más complejo por resolver en el futuro inmediato es el de la movilidad de las personas en tratamiento, sus familias y los equipos técnicos. Ese es el núcleo duro de la problemática que plantea el COVID-19 a los tratamientos. En especial en poblaciones con altos niveles de deterioro en sus condiciones de vida.

FIN

Buenos Aires, 8 de junio de 2020.