

Aportes para una nueva
política de drogas
V y VI Conferencia Nacional
sobre Políticas de Drogas

Aportes para una nueva política de drogas

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

Graciela Touzé y Paula Goltzman
COMPILADORAS



intercambios

Asociación civil para el estudio y atención
de problemas relacionados con las drogas



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales

Aportes para una nueva política de drogas : V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

compilado por Graciela Dora Touzé y Paula Marcela Goltzman. - 1a ed. - Buenos Aires : Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2010.

318 p. ; 24x16 cm.

ISBN 978-987-98893-6-7

1. Políticas Públicas. 2. Salud Pública. 3. Drogas. I. Touzé, Graciela Dora, comp. II. Goltzman, Paula Marcela , comp.
CDD 320.6

Fecha de catalogación: 18/05/2010

Autor: Graciela Touzé y Paula Goltzman (compiladoras)

Edición técnica: Silvina García Guevara

Diseño gráfico y diagramación: Diego Bennett

Diseño de tapa: Javier Basevich

Intercambios Asociación Civil

Corrientes 2548 2º D (1046) Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

Marcelo T. de Alvear 2230 (1122), Ciudad de Buenos Aires, Argentina

ISBN: 978-987-98893-6-7

Primera edición

500 ejemplares impresos

© Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad de Buenos Aires

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Libro de edición argentina

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización y otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Los contenidos de las presentaciones incluidas en esta publicación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Agradecimientos

A todos los autores de las ponencias reunidas en esta publicación, por sus inestimables aportes y su disposición al debate.

Al Comité Organizador de las Conferencias Nacionales: Alberto Calabrese, Horacio Cattani, Pablo Cymerman, María Felicitas Elías, Silvia Faraone, María Pía Pawlowicz, Diana Rossi, Graciela Touzé y Mercedes Weissenbacher, por su compromiso permanente.

A todas las instituciones que apoyaron la realización de las Conferencias Nacionales:

La Comisión de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, que cedió su Salón Auditorio. El Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnología, de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, y el Proyecto RLA/ARG/04/H78 “Fortalecimiento de los programas municipales de prevención del abuso de drogas y del VIH/sida en los países del Cono Sur” – ONUDD/Gobierno Nacional, que colaboraron financieramente con la organización de la V Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas.

El Programa Global sobre Políticas de Drogas del Open Society Institute, que colaboró financieramente con la organización de la VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas.

La Oficina Regional para Brasil y el Cono Sur de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, por apoyar la participación de panelistas extranjeros.

A la Honorable Cámara de Senadores de la Nación, a la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y a la Legislatura del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que declararon de interés legislativo las Conferencias Nacionales.

A todas las instituciones que otorgaron su auspicio o adhesión a las Conferencias Nacionales:

Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación Argentina; Ministerio del Interior; Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto; Ministerio de Salud de la Nación Argentina; Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina; Procuración General de la

Nación Argentina, Ministerio Público Fiscal; Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación; Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRO-NAR); Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación Argentina; Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo, Ministerio del Interior; Subsecretaría de Servicios de Salud, Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD); Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA); Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Asociación de Fiscales y Funcionarios Nacionales (AFFUN); Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina para la prevención y el tratamiento de abuso de drogas (FONGA); Fundación de Estudios para la Justicia (FUNDEJUS).

Asociación Internacional de Reducción de Daños (IHRA); Transnational Institute (TNI).

Índice

Introducción

Graciela Touzé y Paula Goltzman.....11

Contexto socio cultural del fenómeno de las drogas

Presentación

Gonzalo Ralón.....15

El contexto es el fenómeno: procesos de despolitización de los usos de drogas en la Argentina

Mario Pecheny..... 17

Vulnerabilidades, turbulencias y posibilidades

Graciela Zaldúa..... 23

Educación y políticas de Estado: de la escala macrosocial a lo singular de la experiencia educativa

Gabriela Diker 31

Un método posible de análisis de la complejidad del fenómeno drogas

Alicia Stolkiner..... 39

Notas sobre el fenómeno de las drogas y el ámbito educativo

Daniel Korinfeld 47

Los sentidos de la práctica del uso de drogas “desde afuera” y desde la perspectiva del “nativo”

Pablo Alabarces.....55

Construcción de sentidos en el campo de las políticas sociales

Patricia Digilio 61

El problema de “La Droga”. Un acercamiento a la sustancia del asunto

Sebastián Basalo.....69

Argumentos para un debate sobre políticas de drogas

Presentación

Pablo Cymerman 77

El cambio de paradigma no tiene marcha atrás

Anibal Fernández..... 79

¿Legislar para qué? Sentidos y desafíos de la legislación actual

Juan Héctor Sylvestre Begnis85

El ocaso de la política del flagelo

Leonardo Gorbacz 89

La polaridad del discurso: entre la autonomía y la heteronomía

Samuel Cabanchik..... 95

Derecho al consumo de sustancias. La perspectiva del usuario <i>Edith Moreno</i>	99
Informe crítico sobre la política de drogas en Brasil <i>Dênis Petuco y Regina Bueno</i>	103

Legislación sobre drogas: de la letra escrita a su aplicación

Presentación <i>Alejandro Corda</i>	111
Necesidad de actualizar y reformular la legislación sobre drogas <i>Horacio R. Cattani</i>	113
Jurisprudencia en materia de penalización de la tenencia de estupefacientes <i>Graciela Giannettasio</i>	119
Política legislativa y política criminal: colisiones técnico-políticas en el escenario actual <i>Mónica Cuñarro</i>	123
Funcionamiento y fracaso del sistema penal federal en el tema drogas <i>Carlos Alberto Rívolo</i>	129
Impacto de la ley de desfederalización en materia de estupefacientes en la provincia de Buenos Aires. Rol del Ministerio Público <i>María del Carmen Falbo</i>	133
Proceso de modificación a la ley de drogas en Brasil <i>Maurides de Melo Ribeiro</i>	139

Problemas de salud y políticas socio-sanitarias

Presentación <i>Diana Rossi</i>	143
Uso de drogas y problemas de salud <i>Marcelo E. Vila</i>	145
Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión del VIH <i>Ana María Mendes Diz</i>	153
Políticas públicas desde el Área de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación <i>Aldo Dománico</i>	161
Políticas públicas en adicciones. Secretaría de Programación de la Prevención de las Adicciones y Lucha contra el Narcotráfico <i>Alejandro Gregori</i>	165
“Abriendo Caminos”, experiencia de trabajo desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación <i>Laura Inés Lonatti</i>	171
Intervenciones desde la Subsecretaría de Adicciones de la provincia de Buenos Aires <i>Patricia Segovia</i>	175

Políticas públicas desde la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la provincia de Buenos Aires	
<i>Alfredo Macrade</i>	181
La ley como política pública. Ley 2318/07	
<i>Lidia Saya</i>	185
Políticas públicas en la cuestión del acceso a la atención.	
La experiencia desde el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	
<i>Gracia Nüesch</i>	189
La estrategia de reducción de daños asociados al uso de drogas y el VIH/sida. Una experiencia local	
<i>Claudia Petracca</i>	195
Políticas Públicas en VIH/sida. El Municipio de Rosario	
<i>Damián Lavarello</i>	203

Dispositivos asistenciales

Presentación	
<i>Araceli Galante</i>	209
De la tensión de la guerra contra las drogas a la construcción de ciudadanías	
<i>Roberto Gallinal</i>	211
Bioética y derechos humanos en dispositivos asistenciales	
<i>Patricia Sorokin</i>	217
El modelo argentino de comunidad terapéutica. Origen y actualidad	
<i>Rubén González</i>	227
Intervención militante y movilización comunitaria	
<i>Alexis Medina</i>	233
Construyendo entre todos una alternativa de respuesta. La experiencia de la Consejería "Mézclate Conmigo"	
<i>Alicia Salman</i>	235
La experiencia de trabajo del Centro de Día "La otra base de Encuentro"	
<i>Eduardo Bogliano</i>	239
La comunidad terapéutica y los desafíos actuales	
<i>Fabián Chiosso</i>	243
Intervención comunitaria en reducción de daños. La experiencia de trabajo de Intercambios	
<i>Julia Recchi</i>	249
Barreras de acceso a los servicios públicos de salud en la población usuaria de drogas. La perspectiva y las propuestas de los trabajadores de la salud	
<i>María Pía Pawlowicz</i>	253

Política internacional y sistema de Naciones Unidas

Presentación

Marcela Vitarelli Batista **263**

Drogas, democracia y derechos humanos en América Latina

Coletta Youngers..... **265**

Geopolítica regional del narcotráfico y las políticas antidrogas

Ricardo Soberón Garrido..... **277**

Uruguay: promotor en Naciones Unidas de un enfoque integrado de los derechos humanos con la política mundial de drogas

Milton Romani Gerner **289**

El rol de la Cancillería en la problemática de las drogas

Ricardo Alberto Di Lelle..... **297**

Más allá del 2008. La sociedad civil y la revisión de las metas de UNGASS

Graciela Touzé **301**

Evaluación de las metas de UNGASS. Dificultades en torno a los sistemas de información existentes y a los criterios de evaluación de las políticas en materia de drogas

Mariana Souto Zabaleta..... **309**

Introducción

Desde su primera edición en el año 2003, las Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas, organizadas anualmente en el Salón Auditorio de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina, sostienen el objetivo de propiciar un debate social informado, basado en evidencias científicas, a fin de contribuir a la consolidación de una opinión pública favorable a políticas de drogas alternativas a las perspectivas predominantemente punitivas.

Este objetivo responde a que, durante demasiado tiempo, hemos visto cómo los prejuicios, los dogmas y el engañoso sentido común han hecho que la investigación rigurosa no sea siempre tenida en cuenta en el diseño y la planificación de las políticas. Todo ello ha tenido como consecuencia la aplicación de políticas que fracasan, incluso en sus propios términos, aumentando así los problemas que pretenden resolver. Hemos constatado que las políticas de drogas han potenciado una construcción estigmatizante, centrándose en las categorías de delito y enfermedad, ocultando así las profundas raíces sociales del problema y consolidando procesos de criminalización y medicalización, que han acarreado tanto sufrimiento.

Creemos poder afirmar, sin temor a equivocarnos, que el debate sobre las políticas de drogas se ha instalado en la Argentina. El tema ocupa la agenda pública, convoca a los más altos funcionarios de los tres poderes de gobierno, salta desde los titulares de los medios de comunicación, circula por todo el entramado social. Pero el hecho de que el debate esté instalado no nos exime de exigir que se lleve adelante sobre la base de evidencias científicas y en el marco del más pleno respeto por los derechos humanos, ni nos releva de seguir contribuyendo a la concreción de políticas, planes y programas acordes a las necesidades.

Por ello, esta publicación, resultado del esfuerzo conjunto de Intercambios Asociación Civil y el proyecto de investigación UBACyT S044 “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas” con sede en la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, pretende mantener vivo y estimular este debate, aportando orientaciones concretas para la acción. El libro reúne las ponencias de un reconocido grupo de expertos, nacionales e internacionales, que participaron de la V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas, que tuvieron lugar en 2007 y 2008, respectivamente, en la Ciudad de Buenos Aires. Las presentaciones fueron especialmente preparadas por los panelistas o tomadas de las desgrabaciones de sus exposiciones, y han sido organizadas por ejes temáticos.

En primer lugar, el análisis del contexto sociocultural que, desde múltiples

perspectivas, permite una mejor comprensión del sentido y significación del fenómeno de las drogas. Fenómeno que por global no debe hacernos perder de vista los particulares escenarios territoriales en los que se despliega. Luego el debate se anima con una diversidad de argumentos, tantos como diversos son los actores sociales que convoca; no obstante, una idea fuerza recorre los textos: la crisis de los paradigmas. Los marcos normativos son sujetos a revisión por varios autores que afirman la necesidad de su reformulación, a la vista de los resultados de la aplicación de las leyes de drogas. Los problemas de salud y las políticas socio-sanitarias son abordados por investigadores y funcionarios nacionales, provinciales y de distintos municipios, que desde el ámbito ejecutivo y legislativo, y desde los sectores Salud, Desarrollo Social, atención a drogas y al VIH/sida, han encarado diversas respuestas. La experiencia de distintos dispositivos asistenciales amplía la mirada sobre la expresión del fenómeno drogas en los territorios, e interpela las mediaciones de las políticas en el ámbito local, poniendo, además, en discusión el respeto de los principios bioéticos y los derechos humanos al interior de estos dispositivos. Por último, se abordan el complejo fenómeno del narcotráfico desde una perspectiva regional y las consecuencias de las políticas de la Organización de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos, en particular el impacto de iniciativas como el Plan Colombia y el Plan Mérida. Asimismo, se detalla el proceso de evaluación de las metas de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, United Nations General Assembly Special Session) de 1998 sobre el problema mundial de las drogas, que condujo a la Reunión de Alto Nivel realizada en Viena en marzo de 2009.

Esta publicación apunta a fortalecer una agenda de trabajo que contemple los siguientes aspectos:

- ┌ En primer lugar, ampliar los puntos de vista del análisis del problema en una perspectiva interdisciplinaria, reconocer su complejidad en los múltiples contextos y redefinir las terminologías, los argumentos y las intervenciones.
- ┌ En segundo término, y considerando la compleja interacción entre las cuestiones de salud, la dimensión legal y las condiciones socio-económicas y políticas, instar al trabajo multisectorial entre distintas áreas del gobierno con la participación de la academia, la sociedad civil y los propios usuarios de drogas.
- ┌ En tercer lugar, y teniendo en cuenta las barreras producto del deterioro de las condiciones de supervivencia y desamparo de los mínimos derechos de los usuarios que viven en condiciones de pobreza, articular propuestas que combinen la despenalización de la tenencia de drogas para uso personal con sistemas de protección social, dado el problema de la superposición entre la criminalización de los usuarios de drogas y sectores empobrecidos y vulnerables en contextos sociales de crisis.
- ┌ En cuarto lugar, y entendiendo que la salud es una cuestión indisoluble del respeto de los derechos humanos fundamentales, desarrollar políticas

para la atención integral de la salud de los usuarios y usuarias de drogas, así como la diversificación de la oferta de cuidados para quienes utilizan drogas. Esto, necesariamente, debe conllevar el incremento de los recursos y las prioridades para la reducción de la demanda, incluyendo una amplia gama de acciones que abarquen prevención, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños e integración social, en el marco de programas de inclusión social que reduzcan la pobreza y la marginación que se enlazan al problema de las drogas. Asimismo, insistir en la definitiva incorporación de las estrategias de reducción de daños al repertorio de intervenciones preventivas y asistenciales promovidas por las políticas públicas, así como en la necesidad y pertinencia de vincular las estrategias de reducción de daños a otros problemas sanitarios y de salud, y no exclusivamente al VIH/sida.

Esperamos que este libro contribuya a repensar los modelos regulatorios y ayude a identificar políticas que protejan el orden público, la salud pública y los derechos humanos, garantizando la vigencia de estos valores para todos los ciudadanos. Tenemos la certeza de que debemos continuar con los esfuerzos en el control de las drogas, pero es necesario preguntarnos qué clase de esfuerzos y en qué combinación tendrán el mayor impacto positivo en su uso problemático, y en el tipo, gravedad y distribución de los daños. La persecución a los usuarios de drogas, persecución que por otra parte se aplica en forma desigual recayendo particularmente sobre los sectores pobres, dificulta su acceso al cuidado de la salud y los somete a intolerables situaciones de discriminación.

Graciela Touzé y Paula Goltzman

Graciela Touzé es presidenta de Intercambios Asociación Civil. Co-directora del Proyecto UBACyT S044, “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Paula Goltzman es coordinadora del Área de Intervención de Intercambios Asociación Civil e investigadora del Proyecto UBACyT S044, “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Contexto sociocultural del fenómeno de las drogas

La sociedad argentina ha experimentando durante los últimos años un original proceso de debate sobre el problema de las drogas. Quizá por primera vez en la historia de nuestra sociedad desde ciertos espacios políticos, desde algunos ámbitos oficiales y desde algunas esferas del Estado, se ha empezado a asumir la insuficiencia e incluso el fracaso de los modelos de regulación e intervención basados en los paradigmas tradicionales del abstencionismo, la penalización y el tratamiento compulsivo de los usuarios de drogas.

Esta apertura del debate no es casual. No surge por generación espontánea ni a partir de la voluntad iluminada de algunos de sus protagonistas. Por el contrario, se da en un tiempo histórico en el que la sociedad argentina aún no ha terminado de solventar los costos sociales –y quizá habría que preguntarse hasta qué punto ha comenzado a solventarlos– de los cambios estructurales implementados en las últimas tres décadas, especialmente desde la última dictadura militar, y que desembocaron en la crisis del modelo neoliberal en 2001. En este sentido, resulta urgente e impostergable repensar críticamente el fenómeno para comprender cómo impactan en los distintos grupos sociales, tanto las prácticas del uso de drogas como las políticas de drogas, en función de las desiguales inserciones en la estructura social.

Pero también, el debate se reanima en este momento histórico, en buena medida, como resultado del trabajo de diversas organizaciones sociales con varios años de trayectoria y de un conjunto de profesionales, docentes e investigadores de los campos de la salud, la justicia, las ciencias sociales y la educación, y militantes y trabajadores involucrados en la problemática, que vienen reclamando desde hace tiempo una apertura orientada al cambio de las políticas de drogas. La originalidad del proceso tiene que ver con el hecho de que, de un modo en buena medida inédito, las discusiones empiezan a incluir a un conjunto de voces, de discursos y de posiciones frente al fenómeno de las drogas que ciertamente no han sido los hegemónicos en su definición como problema.

Hablar sobre el contexto sociocultural de las drogas implica poner en cuestión, como lo hacen los textos que presentamos en esta ocasión, los sentidos dominantes, los discursos y las prácticas sociales que le dan sustento, para abarcar desde una diversidad de perspectivas la complejidad del fenómeno. Implica también discutir y ubicar las posibilidades de intervención y los límites de cada uno de los actores e instituciones –los distintos ámbitos del Estado, el sistema educativo, el sistema de salud, y las organizaciones sociales– comprometidos en la problemática; reconocer e integrar las perspectivas de muchos de los sujetos que han sido tradicionalmente marginados del debate para comprender los sentidos que ellos construyen alrededor de sus prácticas, para comprender sus lógicas; e implica, finalmente, distinguir cuáles son los intereses sociales comprometidos y en pugna alrededor de la cuestión. Hablar del contexto sociocultural, entonces, es hablar de cómo la cuestión de las drogas es definida como problema en el marco y desde adentro de las tensiones que atraviesan nuestra sociedad.

La apertura del debate es reciente. Todavía son escasas sus repercusiones en lo que hace a cambios en materia legal y de políticas públicas. Y su continuidad, por otra parte, no está asegurada. Los textos que presentamos incluyen algunas perspectivas críticas que cuestionan los sentidos construidos alrededor del asunto, para profundizar el proceso mediante una comprensión amplia del fenómeno y de su complejidad.

Gonzalo Ralón

Sociólogo por la Universidad de Buenos Aires. Es integrante del equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil y del Proyecto UBACyT S044, “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

El contexto es el fenómeno: procesos de despolitización de los usos de drogas en la Argentina

Mario Pecheny

Doctor en Ciencia Política por la Universidad de París 3. Investigador del Conicet con sede en el Instituto Gino Germani, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Coordinador del área de Salud y Población y del Grupo de Estudios sobre Sexualidades, de dicho instituto. Profesor titular de Ciencia Política en el Ciclo Básico Común de la UBA y profesor adjunto de Filosofía y Métodos de Ciencias Sociales de la Carrera de Ciencia Política de la misma casa de estudios. Investiga y ha publicado sobre temas de salud, sexualidad y derechos humanos.

Esta presentación intenta transmitir que el contexto es el fenómeno, no es un contexto que rodea al fenómeno sino que lo produce y es parte de su reproducción. Quiero compartir algunas reflexiones en curso, no voy a dar datos.

Primero voy a referirme a los usos de drogas, planteando la pregunta sobre los sujetos y los contextos, y a pensar a estos últimos como contextos de intervención. El segundo eje remite a pensar los usos de drogas desde una economía política, es decir, a recuperar la idea de pensar a los procesos y a los fenómenos en su totalidad y en un devenir histórico. En tercer lugar, adelantaré una pregunta sobre los procesos de despolitización, con la idea de discutir procesos que sacan a los fenómenos de sus condiciones de política de producción y reproducción. Por último, simplemente concluiré que para contextos específicos lo que se necesitan son políticas específicas.

Los usos de drogas: sujetos y contextos de las intervenciones

Desde los últimos años se está tratando de volver a pensar la idea de promoción de la salud ligada a la de los derechos humanos; sin embargo, la pregunta sobre los sujetos de la prevención y de la intervención todavía está pendiente. En Brasil hay autores, como Vera Paiva y José Ricardo Ayres, que quizás están tomando la iniciativa, pero aún se continúa pensando en los sujetos de la

Salud Pública como población objetivo. Población objetivo es la traducción de *target*,¹ es decir que todavía se piensa a los sujetos como a personas a las que hay que apuntar, incluso para su propio bien.

Nuestra idea es pensar a los sujetos como ciudadanos, es decir, como sujetos activos con voz, con voto y con su propia racionalidad. Pensar a los sujetos en este sentido, implica reconocer que las personas tienen sus propios fines vitales y sus propias búsquedas de felicidad, que no siempre son los mismos que tenemos desde la Salud Pública. Pero estos objetivos tienen que ser, al menos, compatibles. Si no, nuestras intervenciones van a estar siempre condenadas al fracaso. Si no escuchamos a estos sujetos, no vamos a saber cuáles son sus propios fines de felicidad y nuestras acciones no sólo van a caer en el vacío sino que hasta pueden llegar a provocar daños.

Por otra parte, quiero referirme a esta idea de los contextos, que siempre son pensados como el lugar, el dónde de las intervenciones; lo que propongo es pensarlos como una estructura que constituye el fenómeno, no como algo externo sino como algo que lo produce. Vamos a hacer un ejercicio para poner el contexto en escena; vamos a hablar del tema drogas en primera persona, no en tercera como siempre solemos hacer.

Piense en alguna vez que usted consumió alguna droga (puede ser la última o la primera) o conciba una situación imaginaria. ¿Dónde está? ¿Está solo o sola, con alguien, con mucha gente? ¿Qué hora del día o de la noche es? ¿De qué sustancia se trata? ¿Dónde la consiguió? ¿Es cara o barata, fácil o difícil de conseguir? ¿Es legal? ¿Qué lo o la llevó a consumir esa droga? ¿Qué efectos le está produciendo ahora? ¿Hay algún otro personaje en la escena?

Ahora imagine que usted tiene una situación económica muchísimo mejor, o muchísimo más pobre, ¿estaría usando esa misma droga, en esas mismas circunstancias? Ahora usted es alguien que apenas lee y escribe, o del sexo opuesto, o mucho más joven, o de mucha mayor edad. ¿Estaría usando esa misma droga, en esas mismas circunstancias? Ahora usted está usando una droga de peor calidad, o una más tóxica, o cuyos efectos son muchísimo más fuertes, ¿sería en ese mismo contexto?

Volviendo a la situación inicial, ¿usted controlaba la situación o estaba fuera de control? ¿Qué pensaría en esa situación si le propusieran tratarse para evitar hacer lo que estaba haciendo? ¿Y si lo obligaran? ¿Y si terminara preso o presa por eso? Y si se trata de intervenir para que esos usos sean menos nocivos, o para controlarlos o interrumpirlos para siempre, ¿qué estrategias usaría? ¿De qué dependería usar una u otra? ¿Cuáles circunstancias habría que priorizar en la intervención?

La idea de este ejercicio es poder conectar estas cosas con la experiencia propia y no siempre hablar de los otros y las otras que usan drogas, poder

conectar esta experiencia personal desde una perspectiva que se pretende de totalidad y más global.

Una “economía política” de los usos de drogas

Al analizar los enfoques de prevención y de intervención en Salud, podemos reconocer tres enfoques.

Primero, uno individualista, que trata de intervenir sobre los individuos dándoles información, generándoles temor sobre determinados comportamientos que pueden ser de riesgo o llevarlos a un daño para sí mismos o para los demás. Estos enfoques individualistas, en mayor o menor medida, reconocen a estos individuos con racionalidad, es decir, con capacidad de pensarse a sí mismos y a sus contextos, reconociendo que uno puede actuar sobre sus condiciones y modificar comportamientos. Esta idea individualista mostró sus bondades pero también sus limitaciones y un nuevo enfoque señaló que las prácticas de las personas tienen lugar de acuerdo con valores que guían sus acciones, en determinados grupos culturales.

Finalmente, la gente no sólo se comporta por su información y por sus temores o valores, sino también por los recursos con los que cuenta. En este sentido, los recursos no sólo son el acceso a los preservativos o a algún otro insumo, sino que están ligados a estructuras sociales, económicas y políticas que determinan en alguna medida que estos comportamientos y estas vulnerabilidades se reproduzcan, en un sentido de sinergia de estigmas y vulnerabilidad.

Nosotros sabemos que la estructura social no es una estructura igualitaria y que es una estructura no sólo de privilegiados y no privilegiados sino de relaciones sociales que reproducen estas desigualdades. La más famosa y conocida es la de clase, pero también tenemos que pensar en términos de género, de orientación sexual, de etnia y de edad.

La pregunta, entonces, es cómo integrar estos tres tipos de enfoques, cómo integrar las acciones a nivel individual, a nivel cultural y a nivel estructural. Es necesario pensar las condiciones sociales, económicas, políticas y legales de los usos de drogas en la Argentina. Para citar un ejemplo, en el contexto legal, la criminalización del uso de drogas ¿es contexto externo al uso de drogas o es productor y reproductor del fenómeno de los usos de drogas? En este sentido, se debe pensar el estatus legal, la criminalización de los usuarios de drogas y de los pobres, la cuestión del mercado de trabajo, la propia formación de nuestros sistemas políticos latinoamericanos, donde el narcotráfico financia muchísima de la actividad política y de los políticos, financia muchos de los poderes locales y atraviesa hasta el propio estado de derecho.

Pensar el uso de drogas desde las economías familiares de los sectores populares y no populares; pensar el uso de drogas, también, ligado a la sexualidad, al uso de la sexualidad; y con esto, pensar drogas como el Viagra, que tienen que ver con los propios mandatos sexuales de nuestra sociedad.

Pensar, entonces, en los usos de drogas en plural y ver cómo es difícil reducirlos a cuestiones de seguridad, de salud o de destino. Y en este sentido, una distinción básica es la de usos problemáticos y usos no problemáticos, donde el problema social son los primeros, y al mezclar ambos usos, lo que hacemos es crear problemas donde no los hay.

Procesos de despolitización: medicalización, judicialización y victimización

Finalmente, quiero referirme a la despolitización, que es sustraer a un problema social, como los usos de drogas, de sus condiciones estructurales (políticas) de producción y reproducción. Tres son los procesos que hacen pensar los problemas como no políticos y ocultan ideológicamente las condiciones de su producción.

Uno es el proceso de medicalización, que lleva a pensar los problemas como susceptibles de ser resueltos mediante la intervención médica, de la Medicina y de la Salud Pública. Un segundo proceso que saca a un problema social de sus condiciones políticas es la judicialización, como si fuera posible resolver un problema con la apelación a los tribunales, a un juez. Y un tercer proceso es la victimización, que porta la idea de que las personas son víctimas de circunstancias y eso es lo que las hace sujetos de derechos; no hay así una idea de ciudadanía: alguien tiene derecho a algo por ser víctima y no por ser un ciudadano. Incluso esta es una estrategia de movimientos sociales que compiten con otros movimientos sociales por el acceso a recursos, a lugares, a dinero; y en este sentido hay una competencia perversa entre víctimas que es bastante funcional al neoliberalismo.

Lo que pasa con este tipo de estrategias de victimización, de medicalización y de judicialización, es que justamente descontextualizan, sacan de las condiciones sociales de producción a problemas que luego terminan siendo reducidos a cuestiones individuales, privadas, por fuera de las relaciones sociales.

Estas víctimas de las circunstancias aparecen como irresponsables, no en un sentido moral, sino que se les saca la capacidad de ser sujetos racionales, de ser sujetos de acción. Plantear un problema político desde la víctima es una manera de plantearlo de forma irresoluble.

¿Cómo hacer política desde el lugar de víctima? Pienso en una chica violada que quiere reivindicar su integridad física, corporal y moral. Pero cuando va a hacer la denuncia, si parece sexualmente activa, sexualmente deseable y sexualmente deseante, aparece más sospechosa que si fuera una menor de edad, con sus capacidades y facultades mentales limitadas, que fue violada por su padrastro. Cuanta más capacidad de acción y de racionalidad tiene, más se vuelve sospechosa la víctima y menos sujeto de derecho; esto se aplica también para los usuarios y las usuarias de drogas.

Si bien la medicalización, la judicialización y la victimización funcionan (por algo los grupos e individuos acuden a esas formas) y resuelven situa-

ciones individuales, a largo plazo simplifican los problemas, contribuyen a reproducir las condiciones sociales de producción del problema; al individualizar las cuestiones desarticulan redes sociales y anulan la agencia y la racionalidad.

Contextos específicos, políticas específicas

Quisiera recuperar el ejercicio inicial de pensar diferentes escenas de los usos de drogas. Quienes pensaron en el paco no tuvieron situaciones parecidas a algún uso de drogas en un contexto de clase media; pensemos en un ama de casa, una travesti, una persona en situación de prostitución, una persona viviendo con VIH, si estaban en una casa, en la discoteca, en la cárcel, si estaban usando una droga tradicional en el norte argentino, si era una droga de uso medicinal. Si tomaban una droga para ser más eficaces en su trabajo o porque estaban muy angustiados o porque la abstinencia les producía tal dolor que necesitaban consumir algo.

En definitiva, lo que hay son usuarios diversos y solamente vamos a poder intervenir si estamos al tanto del conocimiento que tiene la persona que usa drogas, si reconocemos que los valores y finalidades no están predeterminados, ni son los mismos para todos; y que la única manera es conocer las experiencias subjetivas de las personas.

En este sentido, resulta útil recuperar la idea de que el sufrimiento personal está producido socialmente y que incluso, a veces, los usos de drogas no están ligados al sufrimiento; en este sentido el inventar sufrimiento en donde no lo hay también puede ser complicado.

La cuestión, entonces, es ver cómo llevar a la práctica ese triple enfoque de la intervención a nivel individual, cultural y estructural, desde una perspectiva multisectorial, y reconocer, como en otros temas de salud (como lo mostró la experiencia en VIH), quiénes son los expertos y las expertas, siendo que cada uno y cada una es experto en su propia experiencia. El tema es que, como el uso de drogas está tan criminalizado y tan estigmatizado, es muy difícil siquiera escuchar a los expertos. De hecho, siempre se dice: “los expertos en el uso de drogas son los propios usuarios de drogas”, pero es muy difícil que una persona se presente como usuario de drogas a hablar de su experiencia, cuando sabe que casi podría hasta quedar presa por dar su testimonio.

La conclusión que podemos dar es más que nada una invitación a pensar al daño y a las respuestas al daño como una cuestión compleja. Comprender las experiencias siempre en su diversidad, entender que el contexto es el fenómeno, es lo que lo produce y lo reproduce, recuperar experiencias subjetivas en contexto para poder intervenir y pensar estas intervenciones políticas en un sentido estructural e histórico. La cuestión de la penalización y despenalización no es contexto externo sino productor del fenómeno y en este sentido es necesario pensar estos temas.

Aportes para una nueva política de drogas

Cuando no se intenta resolver políticamente, es decir, democráticamente, los problemas, estamos en problemas.

Buenos Aires, 27 de agosto de 2007.

Referencias

- Ayres, J. R., "Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones", Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquía, 20(2): 67-82, 2002.
- Manzelli, H. y M. Pecheny, "Prevención del VIH/sida en 'hombres que tienen sexo con hombres'", en Cáceres, Pecheny y Terto (org.), *Sida y sexo entre hombres en América Latina y el Caribe: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción*. Lima, UPCH/ONUSIDA, 2002.
- Paiva, V., "Analizando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos", en Cáceres, Careaga, Frasca y Pecheny (org.), *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima, FASPA/UPCH, 2006.

Vulnerabilidades, turbulencias y posibilidades

Graciela Zaldúa

Psicóloga por la Universidad Nacional de La Plata y fonoaudióloga. Especialista en Planificación y Políticas de Salud CENDES de la Universidad Central de Venezuela. Profesora titular regular de Psicología Preventiva y de Epidemiología, de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Profesora invitada de Maestrías de Salud Mental de la Universidad Nacional de Entre Ríos y de la Universidad Nacional de Rosario. Coordinadora del programa de extensión “Observatorio de Prevención y Promoción de Salud Comunitaria” en la Facultad de Psicología de la UBA.

A pesar de la enunciación de mi lugar como profesora de Epidemiología y de Psicología Preventiva, no voy a abundar en datos ni en políticas no realizadas, sino, más bien, voy a tratar de trabajar sobre tres ejes problematizadores de una ética de responsabilidad y compromiso social.

Vulnerabilidades, turbulencias y posibilidades. Tres palabras que pretenden interpelar al fenómeno de las drogas hablado por las disciplinas, por las Políticas Públicas, por los discursos morales, represivos, preventivos y también asociados en las representaciones sociales a estereotipos amenazantes, prejuicios y sanciones. A modo de puntuación muy general, incluiré cuestiones sobre las Políticas Públicas que deben ser integrales, participativas, consensuadas; pero, sobre todo, superadoras de las atribuciones dicotómicas que generalmente se dan a nivel de las disciplinas y de las representaciones sociales sobre el sano-enfermo y sobre éste a ser tutelado y judicializado. ¿Cómo puede apostarse a otros sentidos y a otros entramados colectivos, para pensar otros *ethos* de cuidados y las nociones de autonomía y de responsabilidad?

Vulnerabilidades

Hace poco tiempo, en un espacio de intervención preventiva, escuché una frase provocativa: “están ahí, en los muros de la escuela, con el pegamento siempre, están en la calle, pero viviendo al lado de la escuela, son chicos de la calle”. Esta escena cristalizada y estas palabras, dichas por maestros, convocan a interrogarnos. Son los pibes en situación de calle, que ni la trama escolar ni la familiar soportan ni sostienen. Están para ser vistos pero no

son mirados ni hablados. Son cosificados y no sabemos qué hacer con ellos. Asocio esta escena con una experiencia que tuve hace treinta años, siendo exiliada en Venezuela y trabajaba en un programa psicosocial. Un chico de trece años, que transgredía desafiante, en la búsqueda de objetos cambiables para consumir o ser y tener, fue asesinado tras un arrebato de una cadenita en una situación de justicia por mano propia. El fatalismo familiar, el fatalismo escolar, el silencio sobre esa situación de impunidad y la resignación fueron efectos como de una muerte anunciada.

En Argentina, era el momento del “en algo andarían”, época de la Triple A, López Rega y, luego, la dictadura militar. Y allá, en Venezuela, democracia reducida; pero también los discursos de: “en algo andaría este chamo”, “su destino estaba marcado”. Similitudes en las representaciones y en las instituciones impotentes, dispuestas a proyectar culpas con retóricas preventivas cruzadas por matrices morales y pedagógicas. Diferencias en los tiempos y espacios para referirse a los daños en las tramas simbólicas. En los enfoques hegemónicos se pone el eje en la función parental y en responsabilizar y culpabilizar a la familia. Sobre todo, se penaliza la función materna a través de la falta de una épica materna reparatoria de salvación, aunque en muchos casos llegan con frecuencia hasta el agotamiento en la búsqueda de instituciones que contengan el problema de sus hijos. Es decir, en ese modo de deambular y fracasar, muchas veces se desliga o se demanda el encierro, la internación, para la cura de la desmesura de hijos e hijas con conflictos con las drogas.

Frente al problema pueden suceder múltiples trayectorias. Algunas, como en los relatos, no pueden apuntalar al otro u otra en sus crisis; supuestamente, no cumplen con el mandato amoroso de sostén, de protección, porque han estallado como modelo tradicional de familia. Otras trayectorias se caracterizan por la insistencia en el acompañamiento y las búsquedas terapéuticas. Y otras, que ante la impunidad se asocian para demandar atenciones y denuncian los nexos del consumo en los territorios, en los barrios, donde los *dealers* o los rufianes conviven con las instituciones que aceptan, acuerdan y negocian los beneficios del estrago y no son sancionados por la ilegalidad del tráfico. Las madres del paco son un ejemplo. Son algunas de las distintas maneras de direccionar las acciones, de enfrentar los conflictos, el desconcierto, las múltiples vulnerabilidades,

Ahora bien, todo discurso articula “decires” como dimensiones semánticas y “haceres” como dimensiones prácticas-pragmáticas, que le dan sentido a estas cosas. Un autor, Ibáñez, dice que “todo comportamiento de un ser humano no sólo cuando habla es significativo”. En este caso no sólo es significativo lo que se dice de los adictos y contra ellos, sino que es significativo lo que se hace con el problema de las drogas, cómo se trata a los sujetos en situación de vulnerabilidad y qué se piensa sobre ellos. No verlos también es una manera de negación, de remitirlos a la expulsión, de transformar ese estado en cotidiano. En última instancia, con márgenes de libertad y opciones

nulas para ellos. Subjetividades sacrificables, *nuda vida*² donde no se espera nada de ellos. Los mecanismos de exclusión, discriminación y descalificación se vinculan con la invisibilidad, la pérdida de la nominación, el no reconocimiento en la trama social, la deshumanización y el descrédito social.

Los análisis críticos de los discursos y de los contextos socioculturales del fenómeno drogas son el primer eje básico de esta puntuación a considerar en las Políticas Públicas, que deben ser siempre integrales y participativas y no fragmentarias ni criminalizantes. Diagnósticos participativos y contextualizados, que den cuenta del sentido de las dificultades subjetivas y objetivas, deben facilitar acciones terapéuticas, preventivas y promocionales integrales de salud en el campo de las Políticas Públicas.

Segundo punto a abordar: el riesgo. Las modalidades de lazo social, las modas, los códigos, los ideales, la sexualidad y las preferencias sexuales, o algunas prácticas como el consumo recreativo de drogas, en particular el alcohol, se manifiestan en la cultura juvenil de diversa manera. Algunas de las expresiones, como la cumbia villera, los *graffiti*, el rock barrial o las tribus urbanas, se asocian a los excesos y descontrol que requieren ser controlados. Sin embargo, estas expresiones juveniles creativas implican pertenencia y reconocimiento en el otro o la otra, constituyen lazos afectivos y modalidades de socialización. Sus dinámicas tampoco están ajenas a la sociedad capitalista y el mercado, con la cultura del consumo de la noche, con los objetos marca, con la inmediatez y el vacío de proyecto. Se dan lazos fusionales con grupos y emblemas o llenando con estimulantes, lícitos o no, su búsqueda de lugar de pertenencia identitaria. Focalizando en situaciones de exceso y violencias en los boliches se generan discursos alienantes que tienden a psicopatologizar y criminalizar a todos o se construyen asociaciones a manera de “factores de riesgo”, que convierten a una probabilidad de que algo suceda en una causalidad inevitable de que eso suceda, con una retórica diagnóstica y una supuesta prevención de la peligrosidad de los actos.

Desde una clínica de casos se suele generalizar un campo de fenómenos sociales, en particular el de los sectores en situación de vulnerabilidad, expropiados de sus proyectos escolares y laborales, es decir, de su futuro; en el marco de la declinación de las instituciones como la escuela o la familia que

² N. del E.: El concepto de ser de *nuda vida* lo desarrolla Giorgio Agamben en *Lo que queda de Auschwitz* (Valencia, Pretextos, 1999) y representa a un ser determinado al que se le han consumido todas sus posibilidades y sus potencias. Un ser que no se realiza en una multiplicidad de identidades. Silvia Duchatzky y Cristina Corea lo retoman en *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones* (Buenos Aires, Paidós, 2001) para describir cómo los adolescentes han ido perdiendo referencias en el marco de situaciones de vulnerabilidad social. “La expulsión social produce un desexistente, un ‘desaparecido’ de los escenarios públicos y de intercambio. El expulsado perdió visibilidad, nombre, palabra, es una ‘*nuda vida*’, porque son sujetos que han perdido visibilidad en la vida pública, porque han entrado en el universo de la indiferencia, porque transitan por una sociedad que parece no esperar nada de ellos”.

les daban sentido a los proyectos para un porvenir. Nos encontramos entonces con conceptos que soslayan lo histórico-social y las significaciones que dan sentido a la vida de chicos, chicas, jóvenes, varones y mujeres.

Es fundamental diferenciar aquello relacionado con el sufrimiento, síntomas y trastornos, y las nuevas modalidades de producción subjetiva. Circulan así nociones de omnipotencia, narcisismo, trasgresión, perversión, puntos de desviación, desorientación, etcétera. Pero, ¿puede pensarse un sujeto producto de identificaciones conflictivas sin relación de ese yo con sus valores y metas? ¿Cómo operan las diferencias entre el ser y el tener, en el contrato identificatorio y las distintas relaciones de objeto? Por tanto, esto es el complejo y largo trayecto entre la indiferenciación narcisista y la aceptación de una alteridad, de un otro, de un devenir. En última instancia, una permanencia y un cambio que permiten ser identificado e identificante en una construcción subjetivante. Retomemos esta idea de subjetividad en un tiempo sociohistórico. Tentativamente, podemos señalar que a ciertas organizaciones psíquicas se les dificulta reconocer esa alteridad. Existe una dificultad para aceptar traumas y heridas narcisistas, las diferencias de los sexos, las generaciones y la muerte, inevitable para todos. Y muchas veces coexisten, entonces, soluciones adictivas, depresivas y compromisos somáticos, trastornos de alimentación, adicciones, compulsiones e impulsiones, como expresiones del sufrimiento. De esto estamos hablando cuando decimos “fronteras inciertas” de estas subjetividades en la trama de la cultura actual y sus ideales. Pero no puede obviarse el efecto devastador de la expulsión social, herencia del modelo neoliberal, en la subjetividad, en los valores, en los vínculos y en las maneras de concebir el mundo social.

Otro elemento importante, que muy poco se releva en las Políticas Públicas son las cuestiones de género. Estas son relaciones estructurantes que posicionan al sujeto en el mundo y condicionan las trayectorias, identidades, oportunidades, elecciones, percepciones y vivencias vinculadas a las diferencias sexuales. Cuestiones como los *estereotipos de género* refuerzan los poderes sociosimbólicos que se atribuyen a los sexos y no se entiende como concepto relacional atravesado por dimensiones culturales, sociales, económicas y psicológicas. “Adolescencia”, “juventud” o “culturas juveniles” son citadas reiteradamente pero habitualmente disociadas del género, la clase y la subjetividad. El fenómeno de las drogas y las “fronteras inciertas” nos advierten acerca de otras complejidades, que incluyen las condiciones históricas, sus vicisitudes socioeconómicas, su tiempo y su espacio socio-subjetivo. Por tanto, me parece básico contextualizar situaciones complejas y contingentes, y habilitar criterios de construcciones que nos permitan prácticas sociales alternativas y sustitutivas de los dispositivos tutelares y disciplinadores para la abstinencia. Frente al vacío, frente al desvalimiento, frente a ese porvenir incierto, podemos recordar algo que dice Burroughs (1980), cuando dice que: “el adicto busca con la ingesta hacer predecible el acontecer, rechazando el carácter azaroso de la vida dia-

ria al ponerse en un estado y sufrir unos efectos que son siempre los mismos, es decir buscar una permanencia y no el cambio permanente”.

“Autenticidad”, “ser uno mismo”, “no caretear” son frases recurrentes que los chicos plantean, como forma de estar incluido en un grupo, en una banda, buscando pertenencia, comunicación con otros y autocontrol para saber llevar lo que impone la pertenencia. Hay también modalidades omnipotentes y destructivas, que nos plantean algo en nuestros contextos de incertidumbre.

Articulando teorización y problemas podemos entonces analizar las opacidades de las causalidades complejas y las formas de reproducir las repeticiones y las “encerronas” que clausuran sentidos; y señalar la ineficacia de intervenciones que sólo recortan el nivel manifiesto y plantean focalizar acciones específicas para problemas sintomáticos y patologías emergentes. Por lo tanto, lo heterogéneo, lo necesario, lo singular, lo diferente queda negado en una identidad adjudicada socialmente de “falopa”, “pibes chorros”, “peligrosos” o distintas formas que socialmente se adjudican desde el prejuicio, la discriminación y la estigmatización. Sobre estas identidades es bueno recordar a Adorno (1990) cuando dice que “la identidad es la forma originaria de la ideología, adecuación como sumisión bajo objetivos de dominación y en este sentido está su propia contradicción”. Es necesario un pensamiento que rescate las contradicciones encerradas en estos procesos, en estos problemas y pensando en una anti identidad discriminatoria y criminalizada; es decir, otra posibilidad de ser.

En este sentido, el segundo punto que quiero subrayar es la necesidad de develar todos aquellos regímenes de asignaciones dicotómicas donde se plantean lo bueno-lo malo y lo sano-lo enfermo, con sus correspondientes regímenes de verdad como asignaciones de saber-poder. Si retomamos vulnerabilidad, *vulnerare*, “algo que se daña o se perjudica”, advertimos un frecuente deslizamiento de esta vulnerabilidad asociada a la pobreza y a grupos vulnerables y de consumo de drogas. Así, la dimensión del riesgo obvia la estructural inequidad y la vulnerabilidad al acceso del derecho de ciudadanía. No se puede hablar del riesgo sin hablar de estas inequidades y estas diferencias en el acceso a la ciudadanía.

La problematización de los programas centrados en la llamada “categoría de riesgo” y “comportamientos/grupos de riesgo” ha mostrado sus límites aquí, en Venezuela, y en muchos otros países. Y su carga es fuertemente discriminatoria. Por lo tanto, reconceptualizar “vulnerabilidad” como categoría construida y constructora es un desafío que nos lleva a pensar otras praxis en salud con un sentido más dinámico, sin pasivizar a los actores afectados y resignificando esas tensiones y conflictos de las subjetividades en los contextos sociohistóricos.

Los estereotipos y desigualdades exigen una interrogación de género, también como una construcción cultural-relacional de las jerarquías y los atributos socialmente construidos en una sociedad patriarcal como es la nuestra. Por lo tanto, no es sólo visibilizar las desigualdades sociales y los distintos

accesos de ciudadanía sino las desigualdades de género, porque esto también conspira contra la sensibilidad y la accesibilidad simbólica a las distintas prácticas sociales. Los atributos de la masculinidad muy ligada a los consumos y la fragilidad de lo llamado “femenino” son también elementos centrales relacionados a otros tipos de consumo y de dominación. Por lo tanto, es importante ver qué campos de fuerza y de poder se juegan en el orden de género que fijan prescripciones, posiciones y sanciones a través de las instituciones y de las ideologías expresadas en los discursos políticos, religiosos y también científicos.

Es importante incluir en la agenda pública tanto la necesidad de develar la naturalización, patologización y judicialización en los encuadres y dispositivos de las múltiples expresiones de vulnerabilidad en los diversos contextos, como las modalidades de construcción de subjetividad, de estructuración psíquica y de definiciones identitarias con componentes sexistas y no de género. Asimismo, propiciar discursos y prácticas que planteen otros modelos, que cuestionen las hegemonías de control social y habiliten espacios facilitadores de la accesibilidad a las demandas asistenciales y preventivas. Esto no puede dissociarse de la participación por una sociedad equitativa e igualitaria.

Turbulencias múltiples

En este tópico empleo “turbulencias”, palabra que alude a los problemas meteorológicos. La utilizo como metáfora de movimiento, de salto, de alteración de las cosas claras, de alboroto. También la asociamos a múltiples modos de pensar, discursos que incluyen una lectura de las coordenadas socio-históricas y subjetivas. Turbulencias por desconciertos, cercanías y lejanías que los adultos tenemos con los jóvenes, con sus culturas, con sus proyectos y con el malestar social donde se instala el problema de las drogas y los jóvenes, y se lo dimensiona o no en función de políticas de control social. Turbulencias con los artefactos para pensar los problemas, no sólo de los jóvenes con los consumos y/o abusos.

Cercanía y lejanía con los cambios comunicacionales, con los accesos a los lugares y a los mundos tecnomediáticos; a las distintas velocidades en las que nos comunicamos (algunos con más lentitud y dificultades, definidos como nativos o inmigrantes al mundo tecnológico). Cercanía y lejanía con estos lenguajes breves que nos cuesta descifrar, con los códigos de la sexualidad, con las expresiones, gustos, deseos o intereses. Generalmente, les damos una atribución desde nuestros enfoques, generando contactos difíciles con estos nuevos códigos. Pero también muchas veces en nuestros sectores medios, que generalmente son los que acudimos, a estos también estos espacios universitarios y públicos,³ observamos también una búsqueda muy fuerte de la

postergación de la adultez. Consumos adictivos quirúrgicos o dietéticos para los cuerpos ideales que no generan tanta alarma social, ni tampoco hacen ruido para pensar lo intergeneracional.

Interrogarnos sobre los imaginarios generacionales y sociales es preguntarnos sobre contextos y cambios socioculturales y simbólicos, que producen efectos en la subjetividad y generan culturas diferentes. Por ejemplo, efectos diferentes en sectores adolescentes de diferentes orígenes, lugares, tribus, que tienen emblemas, gustos musicales, ropas, pertenencias (como callejeros, rolingas, etcétera). Es decir que son adolescencias y juventudes múltiples y diversas en las que circulan significaciones imaginarias y se entrelazan identidades marcadas en cuerpos, lazos sociales, sueños o carencias. Hay que pensar en esas diferencias. Las diversidades familiares con múltiples configuraciones multiparentales, ensambladas, monoparentales, homosexuales, etcétera, y otros actores extra familiares partícipes en la socialización y transmisión, plantean otras modalidades de lazo social. A su vez, los consumos actuales ofertados para pertenecer se juegan en los cuerpos y objetos idealizados y otras formas alienantes como las drogas, que constituyen formas diversas de atrapamiento en los ideales de época.

Turbulencias por los cambios en las realidades sociales y subjetivas, y también en nuestros modos de interrogarnos ante los problemas emergentes, que desafían a los paradigmas tradicionales y exigen otras aperturas interdisciplinarias y desafíos ético-políticos. Es urgente generar dialoguicidad y pensamiento crítico en los encuadres y las propuestas frente a las situaciones de turbulencias.

Posibilidades

Frente a estos instituidos pueden pensarse o propiciarse otras posibilidades y trayectorias, sin encarnarse en esas significaciones imaginarias más alienantes, y generar, tal vez, otras posibilidades instituyentes para la transmisión y tramitación de duelos y pérdidas, así como la construcción del horizonte utópico del porvenir. Es decir, propiciar lugares que no coagulen el presente en un presente único frente a los vacíos, las angustias o manifestaciones del cuerpo; que puedan ampliar sentidos y que puedan ampliar las capacidades metafóricas del lenguaje; es creatividad, riqueza de opciones, sentidos y posibilidades de trayectorias diversas deseadas. Las prácticas de autonomía y cooperación, que la sociedad civil se dio y se da frente a la crisis, muestran otros modos de asociatividad creativa y productiva.

En algunos movimientos sociales incluyeron el problema de las drogas porque interfería, preocupaba, afectaba. Se dieron ámbitos para reflexionar, actuar y demandar al Estado. Los obstáculos en la accesibilidad a la atención, la calidad y eficacia reducida de las propuestas públicas y privadas, y la escasa promoción de espacios de bienestar, son un cuestionamiento y problemati-

zación crítica de nuestras prácticas técnicas y de las dimensiones políticas, éticas y jurídicas que atraviesan el problema.

Posibilidades de pensar en otros actores solidarios y al Estado garante de espacios promocionales, preventivos y asistenciales. Los efectos del modelo devastador neoliberal en las subjetividades no puede ser excluido de la reflexividad crítica. La construcción de valores, sentimientos y modos relacionales fracturados del semejante, la capilarización de las corrupciones e inmoralidades institucionales y la aceptación acrítica de las inequidades, pueden ser interpeladas como trama constitutiva de las intersubjetividades.

Generar un horizonte utópico y las condiciones de posibilidad de *otro vivir*, de *otros sentidos*, *otras potencias* para posibilitar la dignidad y el respeto. Dar centralidad a la condición humana relacional del semejante, con identidad y futuro, al surgimiento de nuevos modos de subjetividad que den mayores condiciones de posibilidad a la riqueza representacional que el psiquismo puede desplegar, tal como nos recuerda Silvia Bleichmar (2005).

Considero que es urgente transformar las Políticas Públicas que tiendan a la justicia distributiva y promotoras de inclusión y empoderamiento subjetivo y comunitario. Es importante la despenalización y la legalización de la tenencia y uso personal, pero entiendo que no alcanza con la norma jurídica si no va acompañada de Políticas Públicas promocionales, preventivas y asistenciales. Estos temas deben tener visibilidad y enfrentar los supuestos catastrofismos frente a la despenalización, ver las experiencias internacionales; pero también conocer nuestras limitaciones y los fracasos de lo recorrido con las políticas y dispositivos actuales de coacción terapéutica y penal. Este es un desafío de la sociedad, de la Salud Pública/salud colectiva y compartimos una frase emblemática del Foro Social “una salud y una sociedad distinta es posible”. Pero, además de posible,⁴ ¡es necesaria!

Buenos Aires, 27 de agosto de 2007.

Bibliografía

- Adorno, T., *Dialéctica negativa*. Madrid, Taurus, 1990.
Burroughs, W., *Yonqui*. Barcelona, Bruguera, 1980.
Bleichmar, S., *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires, Topía, 2005.
Duchatzky, S. y C. Corea, *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires, Paidós, 2001.

⁴ N. del E: Parafrasea el lema del III Foro Social Mundial Social 2003, realizado en 2003 en Porto Alegre, Brasil, del que participaron más de cien mil personas y que fue: “Un mundo mejor es posible”.

Educación y políticas de Estado: de la escala macrosocial a lo singular de la experiencia educativa

Gabriela Diker

Doctora en Educación. Vicepresidenta de la Fundación Centro de Estudios Multidisciplinarios. Codirectora del Diplomado de Estudios Superiores “Derechos del niño y prácticas profesionales” de la Universidad Paris 8. Investigadora docente de la Universidad Nacional de General Sarmiento.

Me parece bueno aclarar que yo no trabajo en particular sobre el tema adicciones, pero trabajo con chicos y adolescentes que transitan situaciones complejas y con profesionales que trabajan con ellos en distinto tipo de instituciones. Como soy pedagoga, mi aporte a este armado de la situación sociocultural va a poner el acento en la situación educativa de los adolescentes y jóvenes en la Argentina de hoy.

En el último tiempo se ha acentuado una perspectiva preventiva de la educación de adolescentes y jóvenes frente a las drogas o frente a otras problemáticas sociales. De hecho, proliferan hoy en día discursos, políticas y prácticas educativas que ponen el acento en la capacidad preventiva de la educación frente a problemáticas de muy distinta naturaleza: prevenir el consumo de drogas, prevenir la delincuencia, prevenir el embarazo precoz, prevenir el desempleo futuro, entre otras.

Este discurso que asocia educación con prevención no es nuevo, hace más de cien años, por ejemplo, Joaquín V. González decía: “Si no quieren construir escuelas prepárense para ensanchar nuestras cárceles”. Si aquellos discursos que tienen más de cien años, que estaban articulados con ese principio sarmientino de “civilización o barbarie”, concebían a la escuela como creadora de sujetos de nuevo tipo, de sujetos modernos, autónomos y gobernables, los discursos actuales sobre la prevención en el terreno educativo muestran a la educación como “gestión del resto”, educación como prevención, como modo de gestionar, de abordar, de hacer algo con aquello que desbordó los límites de la escuela, aquello con lo que la escuela no pudo.

En estos discursos actuales que asocian prevención con educación, lo que aparece también es un componente compensatorio de lo que el entorno de-

bería asegurar y no asegura. En este sentido, Débora Kantor ha asegurado que la educación como prevención aparece muchas veces constituyendo un espacio compensatorio, no sólo de las propias deficiencias, sino también de las problemáticas y de las vacancias del entorno: las familias que no se hacen cargo, el contexto que cercena posibilidades, la calle que entraña peligros, los peligros que entraña los jóvenes.

Me interesa enfatizar, con relación a la asimilación entre educación y prevención, que la idea misma de prevención supone una intervención que se anticipa a un efecto que se pronostica. Al respecto, una pedagoga argentina radicada en España desde hace muchos años, Violeta Núñez, señala que en una población dada cualquier diferencia que se objetive como tal puede dar lugar a un perfil poblacional. Luego viene la gestión de esos perfiles a través de procesos de distribución y circulación en circuitos especiales, recorridos sociales bien definidos para esos perfiles poblacionales previamente establecidos. De esto se desprende una imputación implícita a cada uno de los sujetos pertenecientes a estos perfiles poblacionales, imputación sobre su comportamiento futuro del tipo, “madre soltera engendra hijos con riesgo”. De manera tal que se le atribuye, se prevé un paso al acto, resultando así justificada la intervención preventiva sobre esa persona. No es necesario esperar para prevenir.

Mientras que en algunas áreas está claro que no es necesario esperar para prevenir, como puede ser el caso de la salud, en el caso de la educación, cuando ésta se carga de propósitos preventivos deja de ser tal. Cuando la educación deja de ofrecer un ámbito de inscripción y de reconocimiento, cuando, en lugar de contrarrestar, refuerza representaciones y prácticas arraigadas y generalizadas que se sustentan tanto en el estigma como en propósitos reventores de la juventud descarriada o de la juventud amenazante, se renuncia a lo propio de educar. Hay discusiones en relación a la prevención y a la educación que son necesarias de dar, especialmente cuando esa relación se estrecha en propuestas educativas dirigidas a ciertos sectores de adolescentes y jóvenes, en propuestas educativas que tienen a la prevención casi como un propósito excluyente.

Hace algunos meses, en relación con la campaña para la elección de jefe de gobierno de esta ciudad, hemos escuchado propuestas educativas de algunos candidatos, propuestas de educación profesional cuyo principal propósito era la prevención de la delincuencia, y estaban destinadas a perfiles poblacionales muy claramente definidos en grupos de edad y origen socioeconómico.

Por otra parte, y más allá de estas discusiones políticas e incluso éticas acerca de la vinculación educación y prevención, también es cierto que es un tanto absurdo suponer que la educación es una especie de antídoto contra el abanico de problemáticas sociales que afectan a adolescentes y jóvenes.

Uno lo podría decir así: la drogadicción, los conflictos con la ley o los embarazos adolescentes no son privativos de poblaciones no escolarizadas; por el contrario, cada vez se manifiestan con mayor visibilidad dentro de

las escuelas o incluso entre chicos que asisten a propuestas educativas escolares y no escolares.

Ahora bien, al mismo tiempo, también es cierto que algunos fenómenos se agudizan y complejizan en poblaciones más castigadas por la pobreza y por la falta de educación; y que, de hecho, la falta de educación en general y la educación escolar en particular será la que bajo ciertas condiciones pueda contribuir a habilitar oportunidades, a romper pronósticos, a discutir destinos sociales y a discutir también destinos educativos preasignados. Entonces, la situación educativa, y en particular la situación escolar de los adolescentes y jóvenes, se convierten en un problema, en una deuda todavía pendiente en la Argentina. Aunque no desde la perspectiva de la prevención, sino desde la perspectiva de la habilitación. En relación con la situación educativa, y cuando uno piensa o intenta describir la situación educativa de un grupo poblacional, aparecen dos escalas posibles, que a mi juicio es necesario poner juntas porque dan lugar al diseño de propuestas de intervención de diferente naturaleza. Una es la macro escala, el problema masivo de la situación educativa, y el otro es la escala individual de la experiencia escolar, de la experiencia educativa que transita cada adolescente y cada joven. En relación con la gran escala, me gustaría darles algunos datos sueltos que espero compongan algún panorama de la situación y de algunas problemáticas y cuestiones pendientes.

Para tomar los datos censales disponibles y comparables en los últimos dos censos, hay que decir que más adolescentes y jóvenes están en la escuela. Entre 1991 y el 2001, la población de 15 a 18 años que están en el nivel medio se incrementó, a nivel nacional, en un 18 %, y la tasa de escolarización en el nivel medio pasó de cerca del 50 % al 67 %; es decir, hay más adolescentes en la escuela media. Desagregando los datos por edades simples, está claro que el mayor incremento de escolarización ocurrió en los segmentos más altos de edad, en las poblaciones de 17 y 18 años, que eran los más rezagados hace 15 años. Paralelamente al aumento de la escolarización en el nivel medio, se produjo también una disminución de la población entre 15 y 18 años que no está en el sistema educativo en ningún nivel y que ha pasado del 40 % en el 1991 al 25 % en el 2001. Esto es, hay más chicos en la escuela y hay más chicos en particular en el nivel educativo que corresponde al segmento de edad. Otro rasgo para destacar en términos de cobertura, en términos de la escala macro de la situación educativa, es que hasta los 15 años por lo menos, el sistema educativo presenta en Argentina una capacidad de retención bastante alta: casi el 80 % de la población de 15 años está en el nivel medio. La población de 15 años que no está escolarizada en ningún nivel es del 13,9 %; y entre los 15 y 16 años cerca del 8 % de los chicos están en el nivel primario, lo cual nos habla de una trayectoria educativa conflictiva. Es decir que hay más chicos en la escuela y el sistema educativo demuestra ser más capaz de retener a estos chicos en la escuela. Pero las trayectorias escolares dentro del sistema siguen presentando complejidades importantes.

En cuanto a la salida de la escuela, si nos detenemos en el grupo de chicos de 18 años entre los que es esperable que un porcentaje considerable haya terminado la escuela secundaria, hay que señalar que entre estos chicos más del 40 % está fuera del sistema educativo, no se encuentra en ningún nivel educativo y del total de la población de esta edad, el 14 % se encuentra asistiendo al nivel superior. De todos modos, la probabilidad de completar el nivel medio sigue siendo aún muy baja para el total de la Argentina. Todavía alrededor del 40 % de los chicos no logran completar este nivel.

En relación con la incidencia de la pobreza en la escolarización, todas las hipótesis sostenidas en los últimos treinta años de estudios sociológicos sobre la educación se siguen confirmando, no hace falta acá dar demasiados datos. Me interesa señalar que tanto entre los chicos provenientes de hogares pobres como los provenientes de hogares no pobres, para tomar la categorización que usa la Encuesta Permanente de Hogares, las tasas de escolarización aumentaron en los últimos años, pero la brecha entre chicos provenientes de hogares pobres y no pobres se sigue manteniendo.

Y, finalmente, me gustaría destacar algunos datos que dan cuenta de las dificultades en la trayectoria educativa dentro de la escuela con dos indicadores muy clásicos para mirar el problema en la macro escala: uno es la repitencia y el otro es la sobre edad. Todavía en el nivel medio el porcentaje de repitencia es bastante alto, el promedio es del 8 %, pero su concentración en los dos primeros años de la escuela secundaria es muy alta y en algunos casos supera el 20 %. En lo que refiere a la sobre edad, para el conjunto de la población que está en la escuela, un poquito más que el 35 % presenta sobre edad. Esto da cuenta de alguna trayectoria que por ingreso tardío o por acumulación de repitencia se fue complejizando dentro del sistema educativo.

Ahora, más allá de los datos de cobertura, de los datos duros de la situación educativa escolar de por lo menos ciertos segmentos de adolescentes y jóvenes, encontramos también muchos chicos que buscan opciones educativas fuera de la escuela. Me interesa señalar que dentro del total de pibes entre 15 y 18 años que asisten a actividades educativas no escolares en el conjunto del país, el 77 % se concentra en la oferta de formación laboral o profesional, mientras que el 20 % se concentra en actividades educativas de tipo artístico. Este sesgo hacia la formación profesional habla también de una función primordial que cumplen las ofertas educativas no escolares basadas de alguna manera en una anticipación de posición social, trayectoria social, o de futuro.

Este pequeño muestreo de datos nos señala que estamos frente a un problema de gran escala. Cualquier problema a nivel del sistema educativo es de gran escala porque, justamente, el problema del sistema educativo es la gestión de las masas, del conjunto de la población. Si tenemos en cuenta que no mucho más del 40 % de la población logra terminar sus estudios secundarios; que la trayectoria dentro de la escuela refleja, para muchos pibes, dificultades en el avance y en la posibilidad de terminar; que aunque mejoren las tasas de

escolarización las diferencias entre pobres y no pobres se mantienen en los últimos veinte años; que, en total, suman unos trescientos mil los adolescentes entre 13 y 17 años que no asisten a la escuela; y que las salidas por ofertas educativas no escolares presentan un énfasis en la formación para el trabajo; tenemos que la escala de lo que clásicamente se llama el tema de la cobertura, nos pone frente a la necesidad de una intervención desde el nivel político.

Políticas educativas no focalizadas sino universales son obviamente necesarias. Recientemente se aprobó en la Argentina la ley de Educación Nacional, que extiende la obligatoriedad escolar a todo el nivel medio. Sin embargo, está claro que en la Argentina, las altísimas tasas de pasaje entre el nivel primario y el nivel medio revelan la voluntad de la familia y de los chicos por continuar los estudios. Esto nos pone, entonces, frente a la incapacidad del sistema educativo de generar condiciones para que estos estudios puedan completarse. Esto quiere decir que una ley de obligatoriedad escolar tiene menos efectos sobre la voluntad de las familias de asegurar la continuidad en los estudios de sus hijos, y obliga más al Estado a generar políticas capaces de asegurar una oferta de nivel medio para todos.

Ahora, hasta acá, tenemos datos educativos puros; si a estos datos les agregáramos otros datos no estrictamente educativos, el problema se complejiza y se agudiza. Les quiero presentar algunos datos de distinta naturaleza que habría que sumar a los anteriores. Por ejemplo, la principal causa de defunción de jóvenes entre 15 y 24 años son causas externas; casi un millón de jóvenes entre 15 y 24 años no estudian ni trabajan; cerca del 50 % (aunque esta tasa bajó un poco en el último año) de los menores de 18 años son pobres; un poco más de 30 mil jóvenes en la Argentina son analfabetos; las madres adolescentes suman el 10 % de las jóvenes de entre 15 y 19 años; alrededor del 80 % de las madres adolescentes provienen de hogares de los dos quintiles de menores ingreso per cápita; alrededor del 85 % de las jóvenes que han atravesado la experiencia de la maternidad precoz no han terminado la escuela secundaria y el 9 % de éstas no concluyó la escuela elemental.

Si se considera alguno de estos datos, resulta que no podemos pensar ni podemos abordar la situación educativa de los adolescentes y jóvenes sólo desde las políticas educativas.

La situación es más compleja si miramos el problema en otra escala, si consideramos lo que significa para cada chico en su experiencia vital “poder o no poder con la escuela”. En esta escala encontramos que poder completar o no la escolaridad tiene para los pibes un efecto decisivo sobre la representación de sí y sobre la formulación de un proyecto posible de futuro. En algunas entrevistas que realizamos hace algún tiempo en instituciones penales de menores, encontrábamos chicos que dentro de la institución penal sostenían que cuando salieran iban a ir a la escuela. “Ir a la escuela” es lo que ayudaría a evitar que se vuelva a ese lugar. Los chicos dan cuenta de lo que significa en su propia vida y en su propia historia no haber podido. Algunas investigaciones

sobre chicos que han abandonado la escuela muestran el peso que tiene para el resto de sus vidas la dificultad de no poder con esa institución.

Ahora bien, para complejizar un poco más y para ir cerrando, tenemos entonces un problema que se puede definir en su escala masiva a nivel educativo; un problema que no es sólo educativo, que en la escala singular de las trayectorias individuales de los chicos tiene un peso que no es abordable desde las políticas educativas estatales o, por lo menos, desde las macro políticas. Tenemos, también, que así como a nivel estadístico las variables se correlacionan (se correlaciona la variable pobreza con la falta de educación, con la falta de atención sanitaria, etcétera), cuando se cruzan estas distintas variables en las vidas particulares, nos muestran que la intervención y el abordaje de estos problemas en la escala macro política y en la escala singular es urgente.

Para terminar, quiero relatar un pequeño caso, de una historia, de una vida en la que todas estas variables se correlacionan. Es una historia que conocí hace algún tiempo. Trata de un adolescente al que agarraron en un robo y que recibió dos tiros policiales en una pierna. Lo trasladan al hospital, en donde sin curarlo lo enyesan y lo ingresan al instituto penal Almafuerde. El pibe iba a una escuela de José C. Paz¹ y los profesores le armaban su tarea para mandarle al penal, así no perdía el año. La mamá las llevaba a diario pero a veces la dejaban entrar y otras veces no. Le decían que ahí ningún chico recibía tareas escolares ni visitas diarias, el juez que intervenía en la causa no se expedía, al chico se le empezó a pudrir la pierna, su mamá no sabía a quién recurrir. Fue entonces que recurrió al director de la escuela, quien le dice que no puede involucrarse y que no tiene ninguna vinculación con las instituciones de la justicia. Finalmente, al pibe le amputaron la pierna.

Traigo aquí esta historia, que a mí me conmovió particularmente, ya que me la contó una profesora de esa escuela en una jornada sobre el tema adolescencia. Ahí estábamos un montón de gente que se suponía que sabíamos de lo que estábamos hablando y lo que había que hacer frente al problema. Pero esta historia conmueve porque es un chico con nombre y apellido, conmueve cuando la historia es de carne y hueso, pero también conmueve la frecuencia de su repetición, impacta el número, impacta la categoría censal.

Quiero señalar que estamos frente a un problema que es urgente abordar en estas dos escalas. Un problema que, pensado en la gran escala, es un problema que presenta una complejidad para el abordaje político que no es menor; y pensando en el ámbito de la escala singular, es un problema que presenta un dramatismo casi insoportable. Frente a este dilema me parece que hay que poder plantearse qué tipo de políticas de Estado son las que hace falta para abordar la gran escala y la escala singular, qué tipo de intervenciones son necesarias para mejorar la experiencia escolar singular, cotidiana de los pibes, y a la vez mejorar las posibilidades para que el conjunto de la pobla-

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

ción esté dentro de las escuelas. Estoy convencida que no alcanza con pedir, simplemente y masivamente, más políticas de Estado, más políticas públicas. En el caso de la historia que cuento, el Estado había intervenido fuertemente teniendo un protagonismo notable en la historia de ese pibe.

Si lo pensamos bien, el Estado es el que había intervenido en su cuerpo, la policía había disparado, el Estado a través del hospital deja que su pierna se pudra, el Estado a través de la escuela se desentiende, el Estado a través del juez lo abandona a su suerte. Entonces me parece que parte de lo que tenemos que discutir es no sólo más políticas de Estado, sino qué políticas de Estado; qué pasa cuando el mismo Estado despliega al mismo tiempo políticas que parecen contradictorias en sus efectos, y qué pasa con la necesidad de intervención en una escala que en muchos casos requiere del cuerpo a cuerpo.

Buenos Aires, 27 de agosto de 2007.

Un método posible de análisis de la complejidad del fenómeno drogas

Alicia Stolkiner

Profesora titular de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y de la maestría y del doctorado en Salud Mental de la Universidad Nacional de Lanús. Profesora de postgrados y miembro de la Comisión Académica del doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Entre Ríos. Directora de proyectos de investigación financiados por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA, la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC-CIID) de Canadá. Coordinadora del Nodo Argentina de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. Coordinadora del Equipo Interdisciplinario Auxiliar de la Justicia de la Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad (CONADI) de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación.

Si bien el problema de las drogas no es mi especialidad, como me dedico a las temáticas de salud/salud mental he aceptado el desafío de esta convocatoria y agradezco la invitación. En esta exposición, trataré de aplicar al fenómeno de las drogas, el método de análisis con que abordamos las problemáticas de salud/enfermedad/cuidado en nuestras actividades de investigación.¹ Más que un fenómeno, el problema de las drogas es un proceso sociocultural complejo. Intentaré, entonces, introducir un método posible que reconozca la complejidad de este problema, delimitando distintos niveles y distintas dimensiones de análisis.

Básicamente, mi objetivo es deconstruir el modelo de análisis y prácticas centrado en el consumo y en el individuo. Creo que quienes nos dedicamos al problema del padecimiento humano, debemos darle particular relevancia a la problemática del consumo, pero no del consumo de sustancias o del consumo

¹ Se trata de cinco proyectos trienales sucesivos financiados por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires, uno financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (1996-98) y tres por el International Development Research Centre de Canadá.

de drogas, sino del consumo como práctica social. Debemos atender al lugar que el consumo general de mercancías ocupa en las vidas de las personas en la sociedad capitalista actual. El modo adictivo es una tendencia genérica del consumo actual y tiende a expandirse a casi todas las esferas de la vida. Por ejemplo, en este momento van a producir más padecimiento, enfermedad y muerte en los sectores medios de la sociedad estadounidense las tarjetas de crédito y los créditos hipotecarios, que las drogas. Este uso compulsivo de las tarjetas de crédito produjo un endeudamiento que parece replicar en el corazón de cada hogar de clase media estadounidense lo que fue el problema de endeudamiento en los países latinoamericanos en la década de 1990. Este proceso en el que se entregaron tarjetas (y créditos hipotecarios) a personas que, claramente, no las podían pagar. “El primero te lo regalo”, frase que siempre hemos dicho de las drogas, no sólo va a producir un efecto en la vida cotidiana de esas personas, sino que va a producir un impacto general en la economía, va a formar parte de una crisis de la economía que terminará repercutiendo en la vida cotidiana de nosotros, que estamos en la otra punta del continente. Entonces, este es un fenómeno bastante complejo.

Es totalmente cierto, entonces, que tenemos un problema con el consumo; pero es con la forma particular que en nuestra vida societal ocupa el consumo en general. En él, las drogas legales, ilegales, las tarjetas de crédito, los zapatos, las papitas fritas, cortadas de tal forma con lo cual se desperdician toneladas de alimentos mientras hay quienes a su vez padecen hambre, y muchas cosas más (casi todas las cosas) son promovidos como depositarios de una investidura que propugna un consumo compulsivo o fácilmente adictivo. Así como no se le puede asignar a la capacidad de seducción de un zapato la conducta de un fetichista, no es por una propiedad de los objetos en sí que sucede el fenómeno social del consumo compulsivo. Tampoco puede explicarse por la sumatoria de conductas adictivas individuales, más allá de que exista una dimensión de análisis posible de lo individual y lo singular de la adicción. Aún para que se produzca una adicción a nivel individual, debe haber una producción de sentido alrededor del objeto que la facilite. Me detendré en este punto con algunas ejemplificaciones.

Cuando Daniel² hablaba y leía esos textos sobre la escuela previniendo el alcoholismo, recordaba que fui educada en una escuela normal, en Córdoba, de las fundadas por Sarmiento en el siglo XIX, una institución paradigma de la educación argentina. Siendo pequeña tuve un período en que llegaba a clase y me daba “dolor de panza”, entonces me mandaban a la enfermería y la enfermera me daba una copa de Licor de las Hermanas, una bebida dulce de alta graduación alcohólica que era el medicamento genérico aplicado en estos casos. Creo que se lo consideraba medicamento por dos razones absolutamente

² N. del E.: Se refiere a la presentación de Daniel Korinfeld, con quien compartió la mesa “Contexto sociocultural del fenómeno de las drogas”, y que está incluida en este libro.

discursivas, uno porque era un licor “espiritoso” y segundo porque era “de las Hermanas”, lo cual suponía que había sido producido por unas monjitas encerradas y por lo tanto venía de la religión a mi estómago en ayunas. Y de ahí me devolvían a la casa de mis padres donde dormía el resto del día. Sin embargo, era la misma escuela en que nos hablaban no sólo de los peligros de la adicción al alcohol sino al mate, que se consideraba un enemigo del trabajo y heredero del polo bárbaro del dilema de civilización o barbarie. Y allí estaba el alcohol en la escuela, considerado un medicamento así como hoy en día, a la inversa, tenemos medicamentos cuyos riesgos e índice de consumo adictivo están en aumento. No fui alcohólica pese a que la escuela, justamente la escuela, y la medicina me introdujeran en el mundo del alcohol durante la infancia. Ni siquiera tuve, en la adolescencia, ese modo de consumo tóxico de alcohol de algunos grupos de jóvenes actuales que ingieren gran cantidad en poco tiempo, antes de entrar al lugar bailable. Eso parece ser de esta época.

Sigamos observando cómo estas cosas se imbrican: cuando estaba en la universidad las anfetaminas eran de venta libre y cualquier menor de edad podía entrar en una farmacia y pedir las. Había las que se promocionaban para bajar de peso y otras para evitar el sueño al manejar. Los estudiantes universitarios las usaban para estudiar. Muy pocos jóvenes las tomaban para ir a bailar o las ligaban a la diversión, eran una herramienta que se usaba para robarle horas al sueño y dedicarlas al estudio. Hoy los estimulantes, herederos de las anfetaminas, están ligados a un tipo de fiesta o a una forma de diversión que en esa época no existía, además de persistir como recurso en la búsqueda de alto rendimiento, pero de un alto rendimiento connotado culturalmente de otra manera. Tuve algunos, pocos, compañeros que se volvieron adictos, probablemente los que encontraron en las anfetaminas un alivio a un padecimiento subjetivo singular y/o los de particular vulnerabilidad orgánica. Pero, en esa misma época, la mayoría comenzamos a fumar tabaco sin que las anfetaminas, tan accesibles, ocuparan ningún lugar en nuestras vidas. Finalmente, recuerdo que en una práctica en terreno con alumnos en el interior de México, un campesino nos explicó que ellos para divertirse tomaban alcohol y que los alucinógenos eran para “otra cosa”. Entonces, el problema de las drogas es de una complejidad que nos impide definitivamente centrarnos en el consumo o en la sustancia.

Pensemos otra dimensión de tal complejidad, una buena parte de los capitales financieros que se salieron de la burbuja de las hipotecas y se desplazaron a la compra a futuro del valor de los granos, disparándolo y produciendo hambre en los sectores más vulnerables, probablemente salen de la droga. Resulta absolutamente insuficiente centrar el problema en lo que sería el consumo o la adicción de sustancias ilícitas por parte de sujetos particulares. El problema de las drogas, como veremos luego, produce muchísimas más víctimas, y formas de daño, que las de la adicción.

Me detendré, finalmente, a cuestionar la aplicación de la palabra contexto en este caso. No resulta, a mi gusto, adecuado hablar del contexto social del

fenómeno de la droga, porque sería considerar a lo social como algo externo que permite la comprensión del sentido. O sea, el contexto en el cual Mendieta le dice a Inodoro Pereyra “negociemos, don Inodoro”³ es tal porque transforma en cómica una frase que en otro momento podría no serlo; es, por ejemplo, el contexto de estar rodeados, ellos dos solos, por una multitud de indios. Pero el fenómeno de las drogas es un recorte de una determinada manera de organización de las relaciones sociales. En este caso, lo social no es su contexto, es su materia misma, el escenario en el cual recortamos metódicamente el problema a los fines de comprender y actuar.

Voy a tratar de hacer el ejercicio de aplicar un método, uno posible entre varios, para pensar este fenómeno. Creo que para actuar de una manera distinta es necesario pensar de una manera distinta y esto implica romper estereotipos o representaciones hegemónicas. El método que propongo es el que utilizamos para investigar en salud, para abordar situaciones de alto nivel de complejidad. Se trata en primer lugar de interrogar y deconstruir la pregunta y de realizar un cuidadoso proceso de reflexividad sobre los supuestos y representaciones en los que se asientan las prácticas, en especial sobre aquello que es “lo obvio”; porque desde allí formulamos la pregunta y es por donde tenemos que iniciar la deconstrucción. En segundo lugar, se trata de abordar el problema en una multirreferencialidad teórica o de manera interdisciplinaria. Nuestro punto de partida para los estudios interdisciplinarios ha sido el abordaje de sistemas complejos⁴ y para ello reconocemos la necesidad de diferenciar metódicamente distintos niveles de análisis y diversas dimensiones. En nuestra actividad de investigación tratamos de trabajar permanentemente con una articulación entre niveles de análisis y entre dimensiones. Las dimensiones de análisis que aplicamos son las de lo económico, lo institucional y la vida cotidiana. Se trata de recortes metódicos que permiten delimitar un foco sin transformarlo en un objeto aislado. También introducimos aspectos ético valorativos en la toma de decisiones de la investigación, introducimos la lógica de derechos y, con ello, reconocemos que no hay una producción de conocimientos que no se realice en el campo de los vínculos societarios, en el que se ponen en juego fuerzas, intereses y actores. Apliquemos ahora, como un ejercicio, este referencial al problema de la droga. Ya he explicitado que el objetivo es descentrarlo del consumo y, particularmente, del consumidor individual. La dimensión político ética del enfoque se centrará en la recuperación de derechos. La deconstrucción también implica revisar la serie de supuestos aparentemente obvios que subyacen inclusive a la toma de decisiones políticas, como por ejemplo la penalización del consumo.

Clarifiquemos los niveles de análisis. Primero, hay un nivel macro o global, que en este caso sería preguntarse el lugar que esta forma particular de

³ N.del E.: Se hace referencia al personaje de historieta *Inodoro Pereyra*, de Roberto Fontanarrosa.

⁴ Tomamos como punto de partida la propuesta de Rolando García.

producción y comercialización ocupa *virtuosamente* –utilizando el término “virtuoso” como lo utilizan los economistas–, en qué circuito económico entra en la fase actual de “financiarización” del capitalismo. El punto de enlace entre lo legal y lo ilegal está en el movimiento de capitales y, sin embargo, hoy en día hay un máximo de libertad para ello. A la vez que se encierra a los sujetos que consumen, se le otorga cada vez mayor libertad a la circulación del capital a nivel mundial. En esta circulación se borran los límites entre lo legal y lo ilegal, y difícilmente hay penalización.

Segundo, hay un nivel meso, en este caso podríamos pensarlo como nacional, el lugar que el país ocupa en este circuito, y los actores locales, las formas particulares de articulación entre lo legal y lo ilegal y sus permeabilidades. La forma en que el problema es definido y construido, y las herramientas jurídicas, institucionales, que el Estado y la sociedad despliegan para afrontarlo. En el caso de la Argentina, buena parte de la energía y los recursos han estado destinados a penalizar el consumo o a cortar el circuito en la esfera de los pequeños o medianos proveedores. Eso se ha acompañado de un sentido común que homologa el consumo a la adicción y la adicción al delito. Cabe señalar que ese sentido común tiene lagunas por las cuales el abuso de sustancias legales y socialmente legitimadas carece de la connotación moral y criminalizante que se le asigna al de las ilegales, aunque las barreras sean, en términos de sus efectos, realmente borrosas.

Y, finalmente, hay un nivel micro o singular, que son los caminos por los que grupos sociales específicos, familia y sujetos, resultan afectados por la construcción social de este fenómeno y de qué manera resultan afectados. Entiendo que la comprensión psicopatológica de la adicción ocupa algo así como el 0,01 del análisis comprensivo del problema, lo cual no quiere decir que no sea útil en el momento del abordaje clínico singular de lo que le pasa a un sujeto.

Quiero contarles una viñeta: con cierta regularidad viajo a trabajar a la Fio-cruz,⁵ que es uno de los centros de investigación, producción y capacitación sobre salud colectiva más importantes de América Latina. Está situada en la avenida Brasil, al norte de Río de Janeiro. En los últimos años sucedió, a veces, que a la hora de salida nos sorprendió un tiroteo. La institución está rodeada de dos favelas gigantescas, con enfrentamiento entre las distintas bandas relacionadas con el tráfico de drogas y de éstas con la policía. Estos espacios permiten pensar la funcionalidad de la economía de la droga que ha sido el motor financiero de la aparición de “estados paralelos” en espacios societales que fueron abandonados por la lógica de la inclusión del Estado. Entonces, lo que funciona allí son mercados de trabajo, sistemas de protección social–no hay en esto valoración de que sean buenos, simplemente se señala su existencia– que constituyen una suborganización social y donde las fuerzas de seguridad también configuran el sistema.

⁵ N. del E.: Se refiere a la Fundación Oswaldo Cruz con sede en Río de Janeiro, Brasil.

Cabe preguntarse sobre la forma particular de subjetivación que se produce en estos colectivos humanos y en los cuales, como vuelvo a decir, la cuestión del consumo es lo de menos. ¿Por qué? Porque el eje centrado en el consumo o peor aún, el eje centrado en el consumidor, por no decir el enfermo, el adicto, etcétera, es el más encubridor de los ejes.

La centralidad puesta en este eje, lo primero que hace es desconocer que el consumo es un momento de un proceso complejo de producción, comercialización e introducción de capital en circuitos de superficie. Segundo, al hacerlo oculta que se produce una gran cantidad de daño humano en el proceso de producción y comercialización mismo. Existen y están investigados “los trabajadores de la droga”. Pequeños productores, pequeños distribuidores, las mulas, los que trasladan los cargamentos, que en realidad si uno lo quisiera definir, son emergentes del proceso de marginalización que encuentran un mercado de trabajo en la ilegalidad y en él se someten a situaciones de altísimo riesgo. Son trabajadores ilegales y muchos de ellos, en este campo de trabajo ilegal que es el que aparece como posible en su lugar de marginalidad, dejan la vida y son víctimas de ello, como víctima de ello pueden ser las personas destruidas por el consumo.

Hay un daño mucho más grave producido socialmente, ya no directamente en costo en vidas, sino el costo en deterioro de las formas institucionales de la sociedad. Y que es también el que queda oculto cuando todo el mundo, con el estilo lamentoso de Doña Rosa, habla de los jóvenes adictos y de sus familias (aprovecho para señalar como subproducto de estas representaciones la culpabilización de la familia). Se trata del costo institucional de generar un subgrupo con privación de derechos, a los que se aplica la lógica del estado de excepción. Cada vez que se genera un grupo con excepción de derechos, genera la posibilidad de que sean exceptuados en general los derechos y, por lo tanto, se perjudica al conjunto de la sociedad. También se percibe este costo institucional en la creación de instituciones de lucha contra el problema que suelen convertirse en parte del mismo. Recuerden el conflicto oscuro de financiación de la contra nicaragüense con dinero obtenido por tráfico de armas y por la DEA, en el proceso de ataque a un país que estaba intentando una transformación social no aceptada por la potencia hegemónica. Toda institución, cuando se genera y empieza a vivir de algo, termina subordinando sus objetivos a su supervivencia; tiene que hacer para reproducirse.

El costo institucional se ve también, a través de un efecto de alto costo social que es la corrupción. La masa de capitales ilegales que se mueven en este problema facilita enormemente la corrupción de instancias de gobierno y de seguridad, y, por lo tanto, vulnera las instituciones democráticas.

Y hay un último elemento que es de alto riesgo y pésimo impacto social, una vez caído el mundo bipolar, la cuestión de la droga sirve para construir el imaginario del enemigo en función del cual se legitima la intervención militar de Estados Unidos en países latinoamericanos.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

Finalmente, ¿cuál debiera ser la forma de abordaje de toda esta problemática en lo que a nosotros respecta? Obviamente, se trata de cómo en lo político institucional y con todos aquellos actores que propugnan profundizar la lógica democrática y de derechos, se pueden construir los mecanismos de control societal sobre la transparencia de las acciones de gobierno, y sobre la desinvisibleización de los movimientos financieros. Una de las medidas más importantes que habría que hacer para abordar radicalmente este problema sería trabajar sobre la legislación que transparenta, a nivel nacional e internacional, los capitales financieros. Curiosamente, hace unos cuatro años terminé diciendo esto mismo en un panel sobre trata de personas. Porque estamos construyendo un circuito de entrada y salida de capitales financieros absolutamente permeable entre lo legal y lo ilegal, donde lo ilegal se alimenta de drogas, armas, personas y, dentro de poco, mercenarios. Mientras tanto, tratamos de contener semejante problema penalizando sus eslabones más débiles. Es tratar de tapar el mar con un dedo.

Otro paso a pensar es la transformación de las representaciones con respecto al sujeto que consume y su familia. Romper con la culpabilización y la criminalización es indispensable para buscar formas de inclusión social: se trata de reinstalar a los sujetos como sujetos de derechos; la estrategia de reducción de daños puede ser incorporada en ese aspecto.

Me faltó, quizás, pero estará en las otras presentaciones, insistir en las formas sociales de producción de padecimiento que encuentran en el consumo abusivo de sustancias una forma de alivio funcional a la permanencia de cómo son las cosas.

Buenos Aires, 25 de agosto de 2008.

Notas sobre el fenómeno de las drogas y el ámbito educativo

Daniel Korinfeld

Licenciado en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid, España. Magíster en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina. Es psicoanalista y, junto a su actividad clínica asistencial con adolescentes y adultos, se ha desempeñado en el ámbito de las instituciones educativas, el asesoramiento a los equipos técnicos y en torno a las problemáticas de la infancia y la adolescencia. Miembro del Centro de Estudios Multidisciplinarios (CEM) e integrante de su equipo docente. Coordinador Académico de la Diplomatura de Estudios Superiores de Universidad (DESU): “Jóvenes en dificultad. Enfoques interculturales y prácticas profesionales”, Paris VIII/CEM, sede Buenos Aires. Director de *Punto Seguido*, espacio de formación e intercambio en salud y educación.

Preparando esta exposición me encontré con un texto que, como director y coeditor de una revista dirigida a profesionales de los equipos técnicos en educación y salud, publicamos en 1999 (Korinfeld, 1999).¹ Con el título de *Diga usted si hay urgencia de que la escuela primaria luche contra el alcoholismo. Exponga cuáles son los medios para que esta lucha sea eficaz* había sido editado originalmente por el Monitor de la Educación Común, una publicación oficial dirigida a educadores. Permítanme realizar sumariamente un repaso por ese texto, como introducción y modo de desplegar algunas reflexiones sobre el fenómeno de las drogas y el ámbito educativo.

El texto habla del alcoholismo en la época actual como una de las plagas más funestas y bochornosas: “Ruina económica en energías y hombres, fatal para el individuo, la familia y la raza, que hay que evitar bajo pena de desgracia nacional y envilecimiento moral. La lucha contra el alcoholismo es una lucha penosa y poco fructífera [...] cuando hay que convertir a bebedores inveterados. [...] un proverbio sostiene –advierte el autor– que: ‘quien ha bebido, beberá’ [...]. La mejor propaganda es la que puede hacerse entre la juventud. Se trata de preservar y poner en guardia a la juventud y a la infancia de esa plaga y de las múltiples tentaciones. Existe una enseñanza antialcoholista, la escuela puede tener parte muy grande en esa lucha, su acción puede ser muy eficaz [...] aun-

¹ En el año 2001 dedicamos una coedición precisamente al tema reducción de daños.

que –aclara– no hay que esperar todo de la escuela”. Plantea allí que en esa enseñanza existe un punto de vista científico y un punto de vista moral, el primero busca la adhesión intelectual del niño a la causa antialcoholista pero no es suficiente, agrega, hay que tocar el sentimiento moral. Y más adelante aclara: “la escuela está en estado de operar un violento sentimiento de horror y de repulsión contra la embriaguez. Habrá que explicar que es un hábito tiránico que se adquiere fácilmente. La escuela sabrá tocar el corazón del niño y armarlo de resolución para lo que tiene que afrontar [...]”.

Al hablar de métodos y procedimientos, la opinión del autor es que se deberán procurar pocas lecciones científicas, es necesario plantear algunas ideas claras y algunos sentimientos esenciales, sobre los que se volverá frecuentemente a fin de grabarlos “[...] en la memoria, en el espíritu y en el corazón. Una enseñanza concreta, con ejemplos vivos, el maestro tratará de no herir a nadie con ellos, pero actuará con convicción. Se trata de una plaga mortífera para la nación como una guerra con el extranjero. El maestro dictará y serán aprendidos de memoria resúmenes cortos, seguido de resoluciones enérgicas. [...] La escuela puede preparar un mejor porvenir para el individuo, la familia y la sociedad, trabajando para hacer odiar la embriaguez, por hacer amar la templanza; hombres y mujeres más fuertes, más dignos y más felices”.

Cuando explica con ejemplos la fisiología del alcohol en el cuerpo, aclara cómo es que el alcohol parece que da calor, parece que da fuerza, cuando pone un ejemplo, dice que el obrero no tiene ya la misma impresión del frío exterior “[...] insensibilizado el obrero no tiene más la sensación de hambre, de fatiga, de humedad, de frío [...]. Un hábito vicioso más fuerte que la voluntad que compara con otros tics irresistibles”. Finalmente, la conclusión de “[...] no beber jamás, jamás, ni ajenjo, ni aguardiente, porque la necesidad se vuelve de golpe tiránica, sin podernos detener en la pendiente”.

El texto, escrito en 1907, hace más de un siglo, fue material de circulación entre educadores, seguramente junto con otros escritos de autores nacionales y extranjeros, y hoy nos produce distintas resonancias. Muchas cuestiones han cambiado en un siglo, nos llama la atención la vigencia de algunas observaciones y la permanencia de ciertas concepciones que bajo nuevos lenguajes se mantienen inmovibles.

Es indudable que la educación, a través del dispositivo escolar, a principios del siglo XX portaba una promesa de transformación y progreso de un vigor que se fue debilitando hacia finales del siglo. Imaginarios de emancipación, de libertad e igualdad, de progreso y de poder de transformación de los hombres en ciudadanos libres, libres incluso “de las plagas como el alcoholismo” que no quedaba por fuera de la capacidad pedagógica de la escuela, aunque, como observamos en el texto, ya se expresa cautela, un parcial reconocimiento de sus límites cuando dice que “no hay que esperar todo de ella”, aunque tenga un gran papel en esa lucha en la que “ha de ser muy eficaz”. Un primer punto, entonces, es precisamente registrar la antigua data de una múltiple y

diversa demanda hacia la escuela, como dispositivo central de la educación, demandada por un conjunto de problemas sociales y culturales. Son muchos los problemas caracterizados como eminentemente educativos y que, por lo tanto, podrían ser trabajados en el ámbito escolar; del orden de la salud, de la sexualidad, de la conducta ciudadana, del comportamiento vial; la lista podría ser muy extensa.

Referida a este tema, y a otros temas y problemas con los que se enfrenta cotidianamente la escuela de hoy, existe una frase que es posible escuchar en boca de maestros y profesores, directivos y asesores: “No estamos preparados”. Una frase que puede sintetizar una posición-reacción de los educadores. La frase irrumpe muchas veces con desesperación al afrontar situaciones de extrema vulnerabilidad o problemas que se presentan muy complejos o como inéditos, como nunca antes vividos, ante los cuales la experiencia parece no ofrecer líneas de pensamiento y de acción. Situaciones y hechos vinculados a los usos y abusos de alcohol y drogas, aún cuando forman parte del paisaje de las ciudades y por tanto de las escuelas, efectivamente cuestionan “lo preparado”, es decir, los enfoques habituales, estabilizados en la formación y transmisión institucional, generando sensaciones de inermidad e impotencia.

En una sociedad polarizada como la nuestra, las problemáticas preponderantes, en cada polo o sector social tienen sus diferencias –no es menor aquí la desproporción entre los sectores–, y no plantean las mismas urgencias, ni generan la misma zozobra en los actores institucionales, aún cuando compartan ciertos elementos de ese paisaje. No es fácil desentrañar y deshacer el nudo que esta frase parece expresar: posiciones y declaraciones que denotan impotencia y desistimiento motivados por situaciones extremas que deben afrontar en soledad desde instituciones y comunidades fragilizadas. La frase articula un conjunto de demandas y tensiones del sistema educativo: desde el presupuesto global a los salarios, de las condiciones de trabajo y salud a las currículas, desde las estrategias de formación y capacitación hasta las condiciones edilicias, demandas a las políticas en educación que indudablemente atraviesan las prácticas escolares.

Puede ser leída, entonces, como un modo de resistencia que expresa diversos sentidos, algunos en el interior de las lógicas tensiones y conflictos de la propia institución educativa, otros dirigidos a esa depositación masiva que cree encontrar en la causa educativa la razón y la potencial solución a todos los males sociales; bastaría un repaso por el promedio de las declaraciones de funcionarios, políticos y formadores de opinión, y la llamada opinión pública, anunciando que la educación es la llave maestra para la solución de la mayoría de los graves problemas que nos aquejan como sociedad. Nadie se equivoca al pensar que es un tema en el que la educación puede tener su lugar, el equívoco es comenzar a pensar que el tema es eminentemente educativo. Es necesario leer ese desplazamiento, desplazamiento de responsabilidades, desimplicación, idealización de un espacio, devaluación de la complejidad de una cuestión social y sensible de la subjetividad de la época.

Es que afuera, en el exterior, “está el mal”, “la tentación”; pero también en otro lugar se encuentran las soluciones, no en el micropoder de cada sujeto y de cada lugar, en cada instancia. La noción del alcoholismo o de las drogas como una plaga (una figura de lo monstruoso de orden animado no humano), la idea de lucha, de guerra con el extranjero, un extranjero que nos va a colonizar, son modos de imaginarizar aún hoy un fenómeno que amparado en la ajenidad y lo siniestro pretenden ocultar su rostro tan humano como familiar.²

El alcoholismo ayer, las drogas ilegales hoy, arrastran un imaginario de desestructuración social y psíquica completa, suscitando un tipo de compromiso pasional que encuentra en la idea de lucha su mejor expresión. Esta proyección al exterior que señalamos puede alcanzar al mercado cuando destacamos su importancia en la constitución de una subjetividad de consumidores, el modelo consumista de interacción, diría Zygmunt Bauman (2007), en tanto pura exterioridad puede sostener la misma lógica que desubjetiviza y despolitiza la cuestión de las drogas.

El tipo de relación que lo educativo y lo social establecen es contingente: pueden ser articulaciones de determinación, de traducción, de subordinación, de independencia, de ambivalencia, ente otras. No son inmutables ni fijas, y están sujetas a múltiples variables y contextos.³ En ese sentido, entonces, no se trata de contextos sino de los textos mismos en los que se escribe cotidianamente el fenómeno de la droga.

Es en la vida cotidiana de las instituciones sociales en que se escriben los textos de la vida social, de la vida de los sujetos, y en el que las relaciones que establecen con las sustancias legales e ilegales se inscriben, desde las generales a las más específicas. No parece posible pensar el fenómeno de las drogas sin analizar sus relaciones con la educación como institución social, sin analizar sus relaciones con la escuela, en tanto modo institucionalizado para el pasaje entre las generaciones. Del mismo modo que al analizar la escuela hoy, el tema de las drogas ocupa un lugar.

Son muchas las diferencias con la escuela y la sociedad de hoy, pero algo de la promesa que la educación implicaba, aún si hoy caracterizamos a las instituciones educativas como fragilizadas, que han perdido su centralidad (la existencia de otras agencias con mayor pregnancia en la socialización), aún con la erosión de su autoridad simbólica, se espera de la escuela que convierta, como el texto refería, a los sujetos en resistentes a las tentaciones que suscitan las sustancias.

² La puesta en cuestión de la noción de lucha, cierta distancia facilitada por una retórica fuera de época, no implica desconocer la complejidad, el sufrimiento y el daño que pueden generar las relaciones que algunas personas establecen con las sustancias legales e ilegales, y los efectos en sus familias y las instituciones. El objetivo es revisar los modos de abordaje del fenómeno en una perspectiva diacrónica puntual, en este caso en el ámbito educativo, para buscar posiciones y caminos alternativos a las ya establecidos y recorridos, por cierto, con magros resultados.

³ Sobre las relaciones entre la sociedad y la escuela ver Pablo Pineau “¿Por qué triunfó la escuela” en P. Pineau, I. Dussel y M. Caruso, *La escuela como máquina de educar. Tres escritos sobre un proyecto de la modernidad*. (Buenos Aires, Paidós, 2002).

Aunque parece ser necesario que el mal esté encarnado en sujetos que, según el proverbio que citan, tiene su destino ya prefijado –“quien ha bebido, beberá”– no es que, lo penoso y poco fructífero no sea familiar en las prácticas, es que la noción de irreversibilidad nos resulta también muy conocida, viene soldada a otras figuras estigmatizadas como la del loco o el delincuente. El alcoholista ayer y el adicto hoy, son figuras que condensan y, al mismo tiempo, reducen el complejo fenómeno de las drogas. En la entrevista que le realizó Fernando Savater (1985), Thomas Szasz sostiene que los actuales criterios frente a la adicción son asombrosamente parecidos a algunos de los antiguos prejuicios sobre el sexo, la idea de que la adicción es irreversible, es como cuando nos decían que la masturbación reblandece la médula espinal. Para completar el cuadro no podía faltar una tercera figura asociada al alcoholismo, si nos guiamos por el único ejemplo que el texto que estamos comentando presenta, personificado en el obrero, asociando alcoholismo con sectores populares, algo que aunque sin enunciarlo sostienen ciertas políticas.

Se abre aquí un punto nodal que es el de la prevención, sobre el cual se ha dicho mucho pero por lo visto queda mucho por pensar aún. La apelación al miedo: “plaga mortífera”, “operar un violento sentimiento de horror y de repulsión contra la embriaguez”, “odiar la embriaguez”, ¿acaso no persiste como una matriz a la cual resulta difícil renunciar en las políticas de drogas aun bajo nuevos ropajes? Parecen eslabones de una cadena, un serie de significantes que organizan un discurso.

Una vez más, es interesante recordar una de las provocadoras sentencias de Thomas Szasz (Savater, 1985) cuando nos sugiere que la divulgación de la brujería se debió más al trabajo de los cazabrujas que al esplendor de la brujería, aludiendo a que el prestigio de la droga está en relación con su persecución. Más allá de nuestra posición respecto a la radicalidad de Szasz, su advertencia no nos puede pasar desapercibida. Entre el prestigio y el ridículo, algo que es sencillo observar cuando se reconstruyen los esfuerzos didácticos a través del cine en la lucha contra “el flagelo” realizado en Estados Unidos en las décadas de 1940 y 1950, que se utilizaron en escuelas estadounidenses hasta los setenta y que hoy circulan y forman parte de colecciones de cine bizarro (cine de terror y erotismo clase B).⁴

Es que, como dice en el texto ya citado, “entre la información científica y el sentimiento moral” prontamente se percibió que ese mal externo era algo que tocaba algo muy íntimo del sujeto, su voluntad, por lo tanto, el terror podría ser una herramienta eficaz junto con algunas pocas ideas claras que, a la moda pedagógica de la época, tendría en la repetición y memorización sistemática la garantía de su aprendizaje.

⁴ Ken Smith, *Mental Hygiene: Classroom Films 1945-1970*, Blast Book, New York citado en “*Drogas, ¿Para qué? Los cortos educativos del gobierno norteamericano*”, Alfredo García, Suplemento Radar, *Página 12*, 18 de junio de 2000.

La relativización del valor de la información como factor exclusivo para la asunción de conductas de autocuidado se fue registrando lentamente en el amplio y heterogéneo abanico de las políticas preventivas. La valorización de aspectos que denominan sentimientos morales ¿está en sintonía, por ejemplo, con técnicas activas que apunten a la adquisición de habilidades psicosociales? Desde luego que las políticas preventivas circulan siempre por un borde filoso entre la moralización y el control social, dejando un estrecho sendero sobre el que son posibles algunas alternativas.

Si el primer movimiento implica analizar y desestimar la idea de la educación como llave maestra en esta problemática, amortiguando las expectativas y la nostalgia por su promesa social, un segundo movimiento es reconocer la centralidad de la tarea escolar respecto de los procesos de enseñanza y aprendizaje, y registrar las tensiones y debates inherentes a la escuela para poder abrir el debate sobre los modos de abordar el fenómeno de las drogas.

La escuela debe estar abierta a un conjunto de temas y problemas de los que hace tiempo que no está ajena, en tanto reenfoquemos el reconocimiento de sus prioridades, sus posibilidades y sus límites. Una institución que tiene sus tensiones y debates urgentes tan nodales como el propio formato escolar o las modalidades de relación pedagógica, que se ve en dificultades para resignificar conceptos como autoridad y legalidad, y asumir los riesgos que toda relación asimétrica plantea: arbitrariedad, autoritarismo, dependencia, sometimiento, anomia y violencia. Una escuela en la que también se reproducen miradas estigmatizantes y en la que la medicalización y psicopatologización de las conductas de niños y jóvenes no son infrecuentes. Una escuela que es diversa y heterogénea, y que también despliega un sinnúmero de prácticas, gestos, experiencias y exploraciones que desafían la matriz formativa y su propia crisis.

A la escuela la pensamos como un espacio donde se juegan algunas dimensiones del pasaje y la transmisión cultural entre las generaciones, y estos debates pendientes, según nuestra perspectiva, son solidarios con el abordaje del fenómeno de las drogas. Un fenómeno del cual la escuela, como decíamos, ya no está ajena, no puede excluir u ocultar, algo que ocurría frecuentemente.

Se funden los debates cuando observamos la posición de objeto de las políticas en los que se ubica a los niños y a los jóvenes, más allá de los enunciados, y cuando sabemos que una de las dimensiones de la cuestión de las drogas tiene que ver con las diferencias entre las generaciones, en este registro de las diferencias e interferencias en la transmisión intergeneracional.

Esto implica revisar las concepciones que, como en el documento que hemos comentado sucintamente, se sostiene ya no en los modos de intervenir desde la escuela sino en la perspectiva global del fenómeno. Una perspectiva moralizante incapaz de estar a la altura de un fenómeno de múltiples facetas.

En el contexto real del sistema educativo, la incorporación de una agenda de contenidos diversos resulta difícil de integrar en las currículas, así como hay límites para una agenda extracurricular. Pero el otro aspecto importante

alude al tema de la formación para el abordaje pedagógico didáctico de ciertos temas y problemas psicosociales, así como de la capacidad para realizar intervenciones pertinentes ante su creciente presencia en las instituciones.

Un discurso hegemónico plagado de mitos, estereotipos, prejuicios, sentido común, no construye una instancia de diálogo con los jóvenes. Como si fuera un efecto del aplanamiento del mundo simbólico que es capaz de generar la dependencia a ciertas drogas, se producen los supuestos consensos. Desarticular mitos, darle al tema toda su densidad y complejidad como fenómeno social y humano, está más cerca de lo que pensamos que la escuela podría ofrecer; la posibilidad de multiplicación de los sentidos, desplegando sus potencias de producción simbólica.

La ausencia o la precariedad de un debate social sostenido y consistente, más allá de las informaciones “amarillas” de los medios de comunicación, incluye a la educación y a los educadores, máxime cuando ciertos presupuestos e ideales están muy arraigados en las matrices de formación.

La sensibilidad imperante no debe ser diferente de las sensibilidades que conforman la llamada opinión pública. Una sensibilidad que, por lejanía o estrecha cercanía con el fenómeno, no parece muy dispuesta a apartarse de la idea de la lucha contra un mal externo.

Se trata entonces de abrir nuevos debates sobre esas sensibilidades, concepciones y éticas, es decir, las acciones concretas en las prácticas. Como dice Eherenberg (1995), de producir consensos más que de suponerlos; producir consensos es establecer diferencias, desacuerdos y puntos en común. Politizarlo, politizar el tema es habilitarlo como espacio de confrontación, de debates y de acuerdos. Y toda política no se hace sino junto a los actores que habitan las instituciones: maestros, profesores, directivos, asesores, niños, jóvenes y familias. Subjetivizar, darle espacio a la palabra de los sujetos, presuntos objetos de aquella enérgica propaganda y hoy de múltiples anhelos y acciones de políticas preventivas; subjetivizar y repolitizar el fenómeno de las drogas.

La escuela no puede renunciar a su lugar de formación y de procesamiento y elaboración de información, pero precisamente requiere del encuentro con otras instituciones y otros sujetos para ese desafío que implica salir de su propio encierro.

El enfoque de reducción de daños es una vía para renovar-instalar los debates pendientes en las instituciones educativas. Parte de la complejidad de los fenómenos sociales, no elude los interrogantes, los enigmas ni el dinamismo de los fenómenos psicosociales, plantea una perspectiva democrática de los lazos sociales, propone un lugar distinto para los sujetos, implica una convocatoria a su participación activa en las políticas de educación y salud que les son dirigidas, y construye acciones que buscan efectos específicos.

Referencias

- Ayres, J. R., "Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones", Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 20(2): 67-82, 2002.
- Bauman, Z. *Vida de consumo*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.
- Ehrenberg, A. *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1995.
- Korinfeld, D: "Consumo de drogas, función de la educación y la escuela", en *Ensayos y experiencias*, año 5, n° 29. Buenos Aires, Novedades Educativas, julio-agosto, 1999.
- Savater, F., "El año Szasz", entrevista en *El País*, Madrid, 1985, y reproducida por *Página 12*, Buenos Aires, 18 de febrero de 2000.

Los sentidos de la práctica del uso de drogas “desde afuera” y desde la perspectiva del “nativo”

Pablo Alabarces

Doctor en Sociología por la Universidad de Brighton, Inglaterra. Profesor titular de Cultura Popular de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires e investigador independiente del Conicet. Ha sido profesor visitante en universidades de Brasil, México, Uruguay, Colombia y Gran Bretaña. Es uno de los fundadores de la sociología del deporte en América Latina. Publicó: *Fútbol y patria. Fútbol y las narrativas de la nación en la Argentina* (Prometeo, 2006), *Crónicas del aguante. Fútbol, violencia y política* (Capital Intelectual, 2004), *Hinchadas* (Prometeo, 2005) y, como compilador y con María Graciela Rodríguez, *Resistencias y mediaciones. Estudios sobre cultura popular* (Paidós, 2008).

Voy a comenzar repitiendo algo que dije hace poco cuando vine a discutir sobre la violencia en el fútbol en este espacio: es fantástico que los debates se den en el lugar del debate, como debe ser el Parlamento. A pesar de eso, debo empezar diciendo que no entiendo del todo el por qué estoy acá. Quiero decir, no soy especialista en el tema de drogas ni de adicciones; quiero decir que no soy un drogólogo, no soy un fenomenólogo, no hay contextos, por lo tanto no soy un contextólogo. Tampoco soy un consumidor o un adicto, inclusive me he liberado de la adicción al tabaco, lo que me ha vuelto un adicto a los caramelos de menta. Quiero denunciar acá, ¡lástima que el Ministro se haya ido!,¹ tengo que plantear una profunda denuncia contra el peligro que significa la adicción a los cañoncitos de dulce de leche, especialmente para los ex fumadores. Yo creo que al dulce de leche habría que prohibirlo tanto o más que al tabaco y, eso seguramente nos generaría una serie de problemas que ¡otra que las retenciones agropecuarias!

Pero, como el único sociólogo de la mesa, quiero creer que me han pedido que intervenga como socio-culturólogo dentro del marco general que define el título del panel. Dentro de esa socio-culturología que practico, sociólogo y sociólogo de la cultura, tengo un pliegue que es el “aguantólogo”: tengo bastantes años trabajando en torno, entre otras cosas, de la categoría del

¹ N. del E.: Se refiere a Anibal Fernández, ministro de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos.

“aguante” como categoría nativa que define una serie de prácticas, no sólo en nuestras hinchadas, sino también en nuestras banditas de rock, en nuestros aficionados a la discoteca, e inclusive hemos descubierto en las últimas tres semanas que el canal público oficial de la televisión estatal argentina es aguantador. El slogan oficial que rigió la transmisión de los juegos olímpicos de Beijing fue “le hacemos el aguante a nuestros deportistas”, lo cual demuestra entonces que el problema del aguante no es un problema simplemente de algunos hinchas más o menos zarpados.

Sin embargo, el diario *La Nación* demuestra la vinculación entre aquello en que trabajo y aquello sobre lo que me han pedido que hable. Porque una hermosa foto, que la mayoría de ustedes no podrá alcanzar a ver en este momento, pero que puede consultar en la página 2 del suplemento deportivo,² se titula, bueno es un título general: “Mil palabras”. Dicen que una imagen vale más que mil palabras, entonces, como una imagen vale más que mil palabras, por las dudas le agregan mil palabras, en itálica, “Raros humos en la tribuna”: “el clásico de Avellaneda, entre Racing e Independiente ofreció calor, color e intensa adrenalina. Quizás para atravesar los momentos más inciertos algunos simpatizantes optaron por alternativas ilegales, una escena lamentablemente común en las canchas argentinas.” La escena es dos manos pasándose una tuca. Es claro que esto no es un filtro muy consumido, no se están pasando un Marlboro. Mi vieja posiblemente diría “están fumando”, pero cualquier ojo más o menos experto, especialmente de practicante, puede definir que eso es una tuquita.

Entonces, los pibes se están pasando una tuquita en medio del que debemos suponer es el partido de Independiente y Racing, podría haber sido Defensores de Cambaceres versus Deportivo Lamadrid o lo que fuere. Cualquiera que circula por una cancha sabe que lo que ocurre ahí no es “para atravesar los momentos más inciertos algunos simpatizantes optaron por las alternativas ilegales”, lo cual demuestra que el escribió el epígrafe no tiene la menor idea de lo que significa consumir marihuana. Porque uno no consume marihuana en los estadios para “atravesar los momentos más inciertos”, considerando que se fuma antes, durante, después, etcétera. Ese es uno de los problemas cuando hablamos de estas cosas, que no se sabe de qué estamos hablando cuando hablamos de estas cosas.

Hace ya 12 años publiqué el primer texto justamente sobre estas cosas: se llamó “Fútbol, droga y *rock and roll*” (1995) y lo que yo creía ver cuando empezaba a trabajar con los fenómenos del consumo, alcohol, drogas, etcétera, eran las relaciones que había entre la cultura futbolística y la cultura del rock; lo que yo pensaba era que había una continuidad definida por los actores y lo que había que entrar a analizar era la lógica de estas prácticas tal y como la definían los actores. Y acá perdonen el desvío metodológico, justamente lo que aprendemos cuando hacemos ciencias sociales es que hay algo básico,

que es la pluralidad de perspectivas, lo cual no quiere decir el relativismo absoluto. Quiero decir que todo fenómeno permite ser observado desde puntos de observación distintos, uno puede mirar desde afuera una práctica y también puede mirarla desde los sentidos del nativo.³

Uno puede pensar los fenómenos “desde afuera”, que es en lo que suelen abundar nuestros periodistas y políticos, y también pensarlo desde los sentidos del nativo, lo cual tampoco quiere decir sustancializar esos sentidos. Quiero decir, conocer esa lógica no significa hacerla una lógica irrefutable, lo cual nos llevaría a pensar que tenemos que entender y comprender por qué Bussi y Menéndez se entretenían matando gente. Había una lógica en esa práctica, lo cual no quiere decir que tenga que ser una lógica absolutizada o sustancializada.

Lo que sí es muy fuerte cuando trabajamos en estas disciplinas es que tenemos que saber minuciosamente que no hay producción de saber que no atienda, en su conjunto, a esa pluralidad de perspectivas, de métodos, de disciplinas. Solamente así se produce saber de una manera adecuada y convincente.

Retomando qué es lo que quiero decir, “Fútbol, drogas y *rock and roll*” lo pensé hace 12 años desde una lógica muy exogámica, desde una lógica que desde afuera del fenómeno trataba de pensar: ¿qué estaban haciendo esos chicos cuándo porreaban, se pegaban con Rohypnol”, con pegamentos, se empastillaban, se ponían locos, o se ponían de la cabeza?, es decir, todos los términos que definen la práctica desde la lógica de los nativos en el campo del rock, en el campo del fútbol, pero mirándolo desde afuera, con una lógica exogámica.

Entonces, la primera interpretación que pensaba era: esta acción sobre el cuerpo de los sujetos lo que busca en última instancia –no necesariamente de manera consciente pero sí significativamente en última instancia– es sustraer el cuerpo de la lógica del capitalismo. Si el cuerpo es, y la reproducción de la fuerza de trabajo es la lógica última del capitalismo, este tipo de prácticas lo que hacía –y ahí lo estaba pensando de una manera resistente, impugnadora, transgresora– era pensar a la lógica del consumo como una lógica resistente a la lógica básica del capitalismo, que exige de los cuerpos la reproducción para hacer fuerza de trabajo.

Con el tiempo y con la aparición de antropólogos dentro del equipo de trabajo, pudimos pensar otro tipo de cuestiones, que son básicamente la lógica de las prácticas en el sentido que los nativos le dan a ese tipo de acciones. Esto puede ser tanto en el viejo sentido que tipos como Escohotado o Ehrenberg⁴ han trabajado, lo que podríamos llamar un sentido poético del consumo y la adicción. Perdonen el pliego autobiográfico, pero mi primer porro me lo fumé cuando

³ En antropología, el nativo define al practicante, al sujeto activo de la práctica que se está investigando o a la comunidad dentro de la cual uno está investigando.

⁴ Se refiere a Antonio Escohotado, filósofo español, autor de *Historia de las drogas*, (Madrid, Alianza, 1989), y Alain Ehrenberg, sociólogo francés, autor de *Individuos bajo Influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos* (Buenos Aires, Nueva Visión, 1994).

hace muchos años un tipo me lo dio y me dijo: “y vos decís que sos poeta y no fumaste”. Esto era elemental: uno no podía pensarse al interior de la lógica poética por fuera del consumo o de la adicción. Solamente era posible la práctica poética abriendo las puertas de la percepción; y esa apertura se conseguía fundamentalmente por la acción de ciertas sustancias más o menos químicas, más o menos naturales. Y ahí hay un sentido en esta lógica del consumo.

Esto puede derivar en un exceso de la práctica que es el reviente y es aquello que Capusotto⁵ captura de una manera fantástica con el personaje de Nicolino Roche: pasado de pastillas se llega a ese nivel en el cual ni siquiera puede haber una articulación fluida del discurso.

Por otro lado, lo que hemos encontrado, y esto es muy claro en el trabajo mencionado, es ya no el sentido poético, sino el sentido “fierita” del asunto. Es el sentido básicamente aguantador que lleva a los chicos a desparramarse por los vericuetos del Rohypnol. ¿Cuál es ese sentido aguantador? El sentido aguantador que nosotros hemos visto en este terreno consiste simplemente en que, si aguantar es resistir todas las inclemencias, todas las contrariedades, el frío, el calor, la lluvia, pero especialmente el cuerpo del otro que a uno lo ataca, que lo obliga a combatir, que lo obliga a demostrar continuamente la masculinidad: en el exceso de demostrar esa masculinidad el consumo de drogas se torna perfectamente lógico. Para los pibes, beber y consumir lo que venga es simplemente demostrar que se tiene aguante, demostrar que se es macho, demostrar que puede construir colectividad, construir subjetividad, construir sociabilidad en ese énfasis aguantador.

Esto es lo que nosotros venimos trabajando, venimos insistiendo desde hace varios años, en estos sentidos que tienen que ver con las propias lógicas que los nativos asignan a sus prácticas. Desaparece todo tipo de irracionalidad, desaparece todo tipo de compulsión mágica, para tratarse de prácticas que tienen una lógica absolutamente irreprochable, absolutamente comprensible, absolutamente verificable y observable.

Sobre eso viene la otra parte, que es la interpretación de los fenómenos. En la interpretación de los fenómenos lo que estamos tentados de encontrar, y hemos escrito más de una vez, es que no se trata de prácticas impugnadoras o resistentes. Acá me desdigo de mis viejas hipótesis de 1996, en el caso de la “lógica fierita” no se trata de una acción politizada que señala el carácter hipócrita del capitalismo. Y sin embargo, por oposición, simplemente por estar ahí, por constituirse como una moralidad que se presume alternativa de la moralidad hegemónica, está señalando la hipocresía del sistema dominante. No es que nuestros chicos consumen lo que venga para decir que el capitalismo es malo. Pero en el hecho de hacerlo y afirmar que esa práctica es legítima, es moral, tiene consistencia y responde a lógicas, están señalando, a pesar de ellos mismos, ese pluralismo, por decirlo de alguna manera, esa mayor democraticidad de los

sistemas morales que debiéramos entender en nuestras sociedades.

El consumo de drogas para nuestros pibes señala, usando términos de ellos, una “tensión anticareta”. Frente a eso, está Mariano Grondona diciendo que cuando le pegaron, lo amenazaron, lo asaltaron, “debían estar drogados”. Esto son los dos cuadros: por un lado, los pibes que después de fumar y beber van a la cancha y se pasan una tuca para pasar “los momentos más inciertos” como dice el idiota que escribió ese epígrafe; y del otro lado, Mariano Grondona diciendo “debían estar drogados”. Ahí, en la exhibición de ambos polos aparece claro lo que quiero señalar. No se trata de mayor conciencia o mayor reflexividad respecto de la práctica; nuestra interpretación consiste en decir que ahí se está señalando una pluralidad de sistemas morales. Y en eso resiste lo transgresor de aquello que estamos hablando.

Quiero terminar con lo siguiente. Como no soy especialista en el tema, no sé qué es lo que hace falta hacer, no sé qué es preciso hacer, no sé ni siquiera si es necesario hacer algo, fuera de no seguir en la misma. Me importa señalar no lo que hace falta sino lo que es preciso saber, que es necesario seguir investigando sobre esta cuestión de la lógica del consumidor, la lógica del presunto adicto. ¿Qué sentido tiene consumir, ser adicto, experimentar, transgredir, abrir las puertas de la percepción o, simplemente, estar de la cabeza para acompañar al equipo?

Yo agregaría una cosa más y con esto cierro. Creo que hace falta mucha más investigación sobre la representación del consumo de sustancias psicotrópicas, adictivas. Esto es, ¿cómo la gran máquina de generación de los discursos sociales, la gran máquina representacional de las sociedades contemporáneas, que son los medios de comunicación, forja estas representaciones más o menos estereotipadas sobre las que todos aquí hemos hablado? Vuelvo a citar a este famoso epistemólogo contemporáneo que es Peter Capusotto, porque la aparición de una manera tan estruendosa de una parodia del discurso sobre las drogas está señalando una tensión muy interesante. ¿Qué quiero decir? La aparición de una parodia tan sutil nos puede estar hablando de la clausura de un discurso, la parodia sobre el texto censor en última instancia nos está revelando y, perdonen por la provocación, que el texto del censor en realidad habla del deseo del censor, por aquello que intenta reprimir, por aquello que intenta prohibir. En última instancia, digamos, es el deseo de la Iglesia por la sexualidad, es el deseo de la derecha y de la burguesía por fumarse un buen porrito.

Buenos Aires, 25 de agosto de 2008.

Referencias

Alabarces, P., “Fútbol, droga y rock and roll”, en *Ciencias Sociales*, Boletín de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA), 24. Buenos Aires, noviembre de 1995.

Construcción de sentidos en el campo de las políticas sociales

Patricia Digilio

Profesora en Filosofía por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales y magíster en Políticas Sociales por la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Profesora de grado y postgrado de la UBA, la Universidad Nacional de Luján y otras universidades nacionales. Desde 1994 participa como investigadora y directora de distintos proyectos de investigación UBACyT y PIP-Conicet. Se ha desempeñado como consultora en el área de Derechos Humanos y ha sido expositora en congresos y jornadas en el país y en el extranjero. Es autora de artículos publicados en revistas especializadas y de divulgación, y de capítulos en libros colectivos publicados en el país y en el extranjero. También, realizadora de documentales.

Propongo tratar el tema que nos reúne a partir de la consideración de ciertos tópicos comunes en el campo de las políticas sociales. Si consideramos que las políticas sociales forman parte de las modalidades que adoptan las relaciones entre Estado y sociedad, la forma que una política social adopte se configurará según el vínculo que establezca con la cuestión que la origina, el ámbito de acción en el que se inserte y, por supuesto, según quiénes intervengan en el proceso de su formulación, elaboración y ejecución. Pero estos elementos no se articulan de una manera unívoca. Esa articulación dependerá de los sentidos, de las significaciones que alcance cada uno de ellos en esa relación.

Con esta introducción intento señalar la importancia que adquieren las definiciones, la producción de conceptos con los que se construye un léxico y una semántica que siempre es ético, social y político, y que es la clave de la interpretación de los “fenómenos” sobre los que se pretende intervenir cuando se diseña una política social. Creo importante detenernos en las palabras con las que hablamos de los “fenómenos”. Creo que es importante detenernos en las palabras cuando intentamos reflexionar sobre nuestras prácticas. Y creo que es importante porque volver sobre las palabras que usamos nos permite dar un paso más y así no sólo reflexionar sobre nuestras prácticas sino también reflexionar sobre los conceptos que informan y dan sentido a esas prácticas. Se trata entonces de dar cuenta o, mejor, de “darse cuenta”. De hacer visible ese “esqueleto conceptual” que sostiene

nuestras prácticas. Y eso requiere volver sobre esa doble condición del lenguaje que siempre revela pero también oculta.

Sobre la base de estas prevenciones, me gustaría entonces hacer una invitación y es detenernos en el nombre que lleva este panel: “Contexto sociocultural del fenómeno de las drogas”. Es muy posible que este nombre no tenga las mismas resonancias para todos. También que, para algunos, algunas y muy probablemente para quienes dieron a esta mesa este nombre, éste constituya una significación compartida. Y me atrevo a sugerir más, esa significación compartida puede estar apuntando a la necesidad de un cambio de paradigma para la comprensión de ese “fenómeno”, y para dotar de nueva relevancia a ese contexto sociocultural. Pero el lenguaje nos tiende trampas, ya lo sabemos, ya lo dijimos. Revela y oculta. Por eso es preciso forzarlo para que revele lo que oculta.

Pongamos las cosas de esta manera: ningún sistema de organización político, económico, social se sostiene solamente en la fuerza, requiere de la conformación de ese sistema simbólico que lo refuerza, lo mantiene y lo reproduce pero, sobre todo, lo naturaliza. Su efecto consiste en la imposición de formas de pensamiento, razonamiento y creencias, sistemas de valores, sistemas jurídicos y demás, que legitiman el orden existente pero que además se configuran según ese mismo orden. Su poder radica en que las relaciones de fuerza que están allí presentes no se expresan como tales, sino que se manifiestan de una manera que las vuelve irreconocibles, puesto que toman la forma de relaciones de sentido. De esa forma, clasificaciones, taxonomías, sistemas, instituciones, organizan la vida cultural, social y política de tal manera que éstas aparezcan como naturales y no como propias de ese orden. Y, por lo mismo, como si fuesen únicas y universales, imposibles de ser cambiadas o transformadas.

Un discurso que se naturaliza impregna de manera sutil, invisible y persistente nuestras prácticas, esas que, entiendo, queremos modificar. Pero que sólo podemos modificar si se transforman los discursos que les dan sentido y por las cuales las comprendemos. Buena parte de la desazón, el desconcierto y la incertidumbre que parece reinar hoy en las ciencias sociales, en la ciencia política, la filosofía y demás, parece provenir de cierta incapacidad para dar cuenta de los profundos cambios y transformaciones que tienen lugar en nuestro tiempo, en nuestro presente. Este presente en el que ese orden simbólico parece desconfigurarse, el orden político y el económico se transforman, y los sistemas axiológicos de referencia se vacían de contenido.

Y buena parte de esa incapacidad para dar cuenta de esos cambios se traduce en políticas erráticas y, en algunos casos, hasta destinadas al fracaso desde su concepción misma. Esta incapacidad, entiendo, tiene que ver con la condición de seguir sosteniendo forzosamente determinadas representaciones de lo social, conceptos y categorías para su comprensión que parecen, al menos, obsoletas. Pero esta misma situación puede y debe interpretarse como posibilidad de generar nuevas formas de interpretación y, por supuesto, de

acción. De manera que si, efectivamente, existe el interés de producir cambios es necesario dar disputa por los sentidos y el significado de los términos con los que se definen y, por lo mismo, son interpretadas las cuestiones sociales. Porque de esa interpretación dependerá la forma de relacionarnos con ellas. Y para eso habrá que pedirle cierta osadía al pensamiento y, más que conformarnos con aproximaciones descriptivas, diagnósticos o evaluaciones, internarnos en la propia estructura de esas aproximaciones descriptivas, diagnósticas, evaluativas.

Vuelvo entonces sobre el título de la mesa para compartir algunas observaciones: “Contexto sociocultural del fenómeno de drogas”. En el diccionario, la palabra “fenómeno” tiene distintas significaciones. Específicamente en los diccionarios de filosofía, porque es este un término propio de la tradición filosófica, una de sus acepciones es: “lo que aparece, aquello que se manifiesta, aquello que se hace patente por sí mismo” (Ferrater Mora, 1988). En un diccionario no especializado podemos encontrar que la palabra “fenómeno” es definida como: “manifestación, apariencia, cosa sorprendente, extraordinaria. Persona, animal monstruoso” (Sopena, 1968). Y aquí la cosa parece ponerse interesante para pensar la relación con ese otro término que forma parte del título de este panel: “contexto”, término rico en sinónimos, puesto que quiere decir, entre otros significados, “texto, contenido, trabazón, enlace, lío, distribución, estructura, narración, descripción, circunstancias, ambiente, medio, realidad” (Sopena, 1968).

Consideremos ahora la primera definición del término “fenómeno” a la que hemos hecho referencia. Si un fenómeno es algo que se hace patente por sí mismo, no necesita de ningún contexto, texto, narración, contenido para su comprensión, interpretación o tratamiento. Ahí está, ahí se manifiesta por sí mismo. Y es ésta una perspectiva que se lleva muy bien con esa *racionalidad técnica* que propone “soluciones técnicas” para el tratamiento de “esos fenómenos” que son las *cuestiones sociales* a través de una forma de gestión de lo social que supone la despolitización de lo social. Y que despliega toda una serie de procedimientos con pretensión de validez universal, a los que se les atribuye la extraordinaria propiedad de poder ser aplicados de la misma manera en distintas regiones, países, lugares, y en los más diversos ámbitos, sin que medie reflexión alguna, ni se tenga en cuenta *ningún contexto* y, mucho menos, tenga lugar el cuestionamiento del sistema político y social en los que esas “cuestiones” se producen.

Procedimientos, a su vez, sumamente aptos mediante monitoreos, medidas de resultado y todos los procedimientos que conocemos para el ejercicio de formas de gobierno a distancia. Si, en cambio, tomamos la segunda acepción de la palabra fenómeno a la que hemos hecho referencia, aquella que remite a extraño, excepcional y monstruoso, entonces el contexto cobra un gran significado, es decir, la relación entre fenómeno y contexto cobra un importante significado, puesto que es el contexto la matriz de interpretación

del fenómeno. Como ya Michel Foucault se ocupó de mostrar, en toda sociedad el discurso es regulado, seleccionado, organizado, a fin de controlar la emergencia de lo extraño, de lo diferente, de lo *otro*. Y también sabemos, no solamente por Foucault sino por experiencia propia y casi cotidiana, que la figura de ese *otro* habrá de modelarse según soplen los vientos de la tolerancia y según crezca en importancia la vaga noción de seguridad y su errático correlato anímico; la sensación de inseguridad. Esa regulación del discurso a la que hago referencia se hace efectiva en el régimen y en las estrategias de las prácticas discursivas legitimadas institucionalmente.

En los saberes y en las disciplinas científicas, que permiten identificar y distinguir en toda sociedad entre lo sano y lo enfermo, lo normal y lo anormal, lo productivo y lo improductivo. Esa producción de saber coexiste, da sentido y significación a acciones reales de control, regulación, integración y disciplinamiento del cuerpo social. Es decir, se trata de un discurso que tiene efectos extradiscursivos y que da lugar a acciones reales de inclusión, exclusión, asimilación y demás. En toda sociedad *lo diferente* debe ser detectado para *ser normalizado*. Sobre esta noción y esta acción de *normalizar* se sustentan buena parte de esas formas de protección social que ponen en funcionamiento una dinámica de control de lo social que se expresa en una forma de tutela en la que los especialistas, actuando en nombre de la normalidad, toman a su cargo la gestión de la vida de los *otros*. Pero estas acciones profesionales, en muchos casos acciones que procuran la denominada “integración social”, nunca son percibidas como formas de integración al orden dominante, sino como acciones favorecedoras del acceso a la normalidad, dejando, por lo tanto, intacto al sistema político, económico y las instituciones de socialización existentes, generando de este modo una suerte de exclusión controlada en la que la marca de la particularidad permite la construcción de estereotipos sociales. Y también sabemos que los estereotipos sociales son construcciones sociopolíticas que, encadenando a los sujetos a una identidad predeterminada, forman parte de ese bagaje con el que las sociedades procuran inmunizarse ante los conflictos que la diferencia suscita.

Entonces, propongo lo siguiente: ni fenómeno, ni contexto para pensar las políticas sociales. Sino considerar esa abigarrada trama en la que se entrelazan condiciones políticas, económicas, culturales, atravesadas siempre por asimetrías y profundas desigualdades sociales que hacen a las condiciones de existencia en la que la vida de las personas se desarrolla. Las políticas sociales no se orientan, no deberían orientarse hacia esa abstracción llamada *problemas sociales*, sino hacia sujetos concretos, heterogéneos, que portan historias de vidas propias y distintas, con experiencias, elecciones y capacidades diferenciadas. No beneficiarios, no víctimas, no usuarios, tampoco clientes, sino sujetos portadores de derechos, autónomos. Pero aquí también hay que hacer una advertencia. El reconocimiento de esta singularidad, que es también el reconocimiento de la autonomía y de los derechos que portan

los sujetos, no debería resultar una coartada pseudo democrática, que habilita ese deslizamiento de sentido que transforma responsabilidades sociales y políticas en responsabilidades individuales. De manera que es preciso tomar algunas precauciones para el efectivo cumplimiento del principio de respeto a la autonomía, porque invocar un principio no es un sortilegio que lo hace efectivo. Y es que el principio de respeto por la autonomía, tan a menudo citado, parte de un supuesto en el que conviene detenerse: que los individuos son básicamente independientes y auto dirigidos. Un supuesto que no deja de ser problemático cuando se inserta en contextos prácticos definidos, esto es, en sociedades desiguales cuyos miembros se vinculan en relaciones de poder asimétricas y se encuentran en desventaja unos respecto de otros. Pero, además, numerosos trabajos¹ han servido para advertir que en la práctica este supuesto sirve para proteger los privilegios de quienes tienen más poder (que son los que realmente ejercen su autonomía) y echa sombra sobre la legitimidad de los reclamos de una mayor igualdad, al darla por supuesta. Además, la autonomía es una noción que se adscribe a las personas que son consideradas racionales y la racionalidad ha sido históricamente construida de manera tal que ha excluido no solamente a los niños, sino también a las mujeres y a otros grupos oprimidos, subordinados o estereotipados como “diferentes”.

La complejidad del problema aumenta si tenemos en cuenta que quienes están oprimidos, en relación de desigualdad o de sus elecciones, no se inscriben en los parámetros delimitados por ese indicador variable en su contenido que es la noción de normalidad, enfrentan barreras sistemáticas a su libertad. De manera que sus posibilidades de elección encuentran serias limitaciones al encarnar en la cotidianidad de su vida en general. Resulta, entonces, por lo menos engañoso hablar de autonomía cuando las alternativas se presentan seriamente limitadas de antemano.

No tener en cuenta las condiciones reales en que la existencia de las personas se desenvuelve, sus lazos y conexiones, su situación social, económica y cultural, no conduce necesariamente a la autosuficiencia, ni construye por la pura negación de esas condiciones el ser autónomo. Invocar el principio de respeto por la autonomía, cuando este principio es enarbolado en el vacío, puede representar un serio peligro en sociedades como las nuestras profundamente desiguales, en la medida que puede conducir al *abandono a su autonomía* de aquéllos sujetos considerados social y económicamente menos

¹ Para un análisis del concepto de autonomía pueden verse, entre otros textos, Code Lorraine, *What can She Know? Feminist Theory and the Construction of knowledge* (New York, Cornell University, 1991), Virginia Held, “Feminism and Moral Theory” en Kittay y Meyers (eds.) *Women and Moral Theory* (New York, Rowman & Littlefield, 1987), Annette Baier, *Postures of the Mind: Essays on Mind and Morals* (Minneapolis, University of Minnesota, 1985) y Genevieve Lloyd, *The Man of Reason: “Male and Female” in Western Philosophy* (Minneapolis, University of Minnesota, 1985).

aptos para la integración. Obviamente, y quiero dejar esto muy en claro, que no se trata de negarles su autonomía, sino de generar las condiciones materiales y simbólicas para su ejercicio, que no es lo mismo y que es una tarea pendiente de la política social.

Es también ilusorio creer que basta con reemplazar unos términos por otros para lograr transformaciones substantivas. Se requiere de transformaciones subjetivas y objetivas, elaboradas y sostenidas en el tiempo para alcanzar efectos simbólicos y materiales que incidan en las prácticas y en las formas que adoptan las instituciones. El pasaje de un tipo de conceptualización a otro no constituye un cambio si esa conceptualización sigue ordenando el tablero de las diferencias sobre la base de esa dicotomía entre lo que se define *como lo mismo* y lo que es definido *como lo otro*, y a partir de la cual se declinan los pares axiológicos-normativos sano/enfermo, normal/anormal, productivo/improductivo y demás, que son los parámetros desde los cuales las sociedades diseñan para sus miembros ciertos y determinados tipos de acciones y de conductas, que se espera sean cumplidas. Por el contrario, se trata de disolver esa dicotomía y de desnormalizar las instituciones.

El diseño de toda política debería trascender los criterios instrumentales de eficacia y eficiencia para incorporar una perspectiva que permita tener en cuenta cómo esas políticas pueden afectar la vida de las personas; si incrementan su libertad y favorecen el ejercicio de su autonomía o bien crean, mantienen y/o refuerzan patrones de opresión y de control social. Considerar cómo esas políticas se insertan en la vida cotidiana de los sujetos y, muy especialmente, cómo afectan la vida y las condiciones de existencia de aquellos que se encuentran en mayor desventaja en la sociedad. Y más que procurar la homogeneidad, atender a la pluralidad y heterogeneidad humanas.

Estas exigencias requieren, a su vez, dismantelar el carácter fragmentario de una política diseñada por expertos para propiciar la participación activa de los grupos que están concernidos en esas políticas, a fin de que no sean otros los que piensan para ellos. Y como no se trata de resguardarse en fórmulas repetidas, hay que decir que participar significa intervenir con voz y decisión en el diseño, en la gestión y en la implementación de las políticas. De manera que concebir una política social supone también pensar cómo generar procesos de producción conjunta de conocimientos y de transferencia de esos conocimientos.

Finalmente, y para volver sobre la exigencia del respeto por la autonomía en tanto forma de realización de la libertad humana, resulta conveniente recordar que en la historia de la conformación de las democracias modernas la mecánica y la dinámica de las libertades han sido siempre puestas en juego por un aparato de vigilancia que interviene todas las veces que los efectos de la libertad individual parecen generar o provocan peligros para la colectividad, al mismo tiempo que las libertades colectivas amenazan las individualidades. Desde los orígenes del Estado moderno, la libertad ha estado sometida

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

a este doble juego. Un aumento de las libertades, una introducción de más libertad siempre ha llegado acompañada de un mayor número de controles e intervenciones sobre la vida de los sujetos. ¿Una paradoja? ¿Una contradicción? O bien, una lógica político-discursiva que es preciso dismantelar.

Buenos Aires, 25 de agosto de 2008.

Referencias

Ferrater Mora, J., *Diccionario de filosofía*. Madrid, Alianza, 1988.
Sopena, *Nuevo diccionario enciclopédico ilustrado*, 1968.

El problema de “La Droga”.

Un acercamiento a la sustancia del asunto

Sebastián Basalo

Periodista. Director y cofundador de la revista *THC*, único medio de comunicación argentino y el mayor de Sudamérica especializado en la cultura cannábica y el fenómeno sociocultural del consumo de drogas.

En cierta ocasión, Marco Aurelio, emperador de Roma, a instancias de ser informado por uno de sus generales de una rebelión encabezada por Casio, interrumpe a su asistente y le dice “No, no me traigas los sucesos, dime cuál es la sustancia del asunto”. Unos mil años más tarde, bajo condiciones y circunstancias muy diferentes a las de entonces, volvemos a preguntarnos: ¿Cuál es la verdadera sustancia del asunto? Pero esta vez el asunto no es una sublevación en una ciudad romana, sino el llamado problema de “La Droga”, una construcción social que domina todos los saberes en torno al tema, un discurso demonizador que permite la expansión de un negocio millonario y un dominio del Estado sobre los cuerpos.

Propongo hacer un breve repaso de lo que fue la construcción del paradigma de la prohibición a inicios del siglo XX, tratar de desenmascarar algunas de sus raíces, ver cuál fue la evolución y, principalmente, cómo se articuló el discurso en torno a las drogas que rige la relación del hombre con ellas hasta el día de hoy, y que no nos permite tener una mirada más cercana de un fenómeno bastante complejo.

De las drogas a “La Droga”

Según el concepto griego de *pharmakón*, droga es toda aquella sustancia que modifica el estado psíquico o corporal del hombre y que puede ser remedio o veneno a la vez, dependiendo de cómo se la use. Es decir, la sustancia en sí no es buena ni mala, sino que quien la usa es el único que puede darle cualquiera de los dos fines. Las drogas conviven con el hombre desde los comienzos de su existencia, atravesaron todas las culturas y fueron utilizadas con fines

lúdicos, medicinales o rituales, desde los griegos en los famosos ritos eleusinos hasta los romanos en las fiestas bacanales, pasando por los chamanes en ceremonias religiosas y la misma religión católica en su misa sacramental. Sin embargo, el uso de drogas no fue tomado nunca como un problema sino hasta entrado el siglo XX, cuando nacieron los primeros intentos de controlar y regular penalmente su uso a través de las fuerzas represivas de Estado.

¿Pero, por qué el uso de sustancias psicoactivas, al igual que la locura y la sexualidad, antes en manos de sacerdotes, médicos espirituales y filósofos, se transformó entrado el siglo XX en una cuestión de Estado? No es por azar que, a lo largo de su historia, los estados hayan ejercido sobre los cuerpos las soberanías más diversas. Si el siglo XVIII disciplinó el cuerpo para que funcionara como una máquina militar, el siglo XIX, marcado por la Revolución Industrial, transformó el cuerpo en una máquina productiva. Hasta que en los albores del siglo XX, el taylorismo, gracias a su organización científica del trabajo, le confirió a aquella máquina su último paradigma. El hombre devino en sujeto productivo, y cuanto más se definía la subjetividad a partir de la relación tiempo-movimiento, menos podían tolerarse aquellas sustancias psicotrópicas que alejaran al sujeto de ese ritmo productivo mediante la expansión de su conciencia y el acceso a nuevas formas de experimentar el mundo.

A partir de la irrupción de la psiquiatría, a finales del siglo XIX, y su posterior convergencia con el aparato jurídico, la locura se transformó en una incumbencia del Estado, por lo cual se medicalizó y devino objeto de una investigación científica y sistemática. En 1886, la sexualidad se integra al aparato médico jurídico a partir de la aparición de la *Psychopathia sexualis*, (von Kraft-Ebing, 1886) el primer catálogo de las llamadas enfermedades sexuales, que separaba entre una sexualidad moral y una perversa. De la misma manera, a comienzos del siglo XX, el uso de sustancias psicoactivas (ritual, medicinal o recreativo), en el cual la humanidad había incurrido durante más de 5.000 años sin que se registraran otros excesos o muertes más que los provocados por la propia intolerancia, devino en una incumbencia del Estado, a partir de un hecho fundacional decisivo: la prohibición.

En este nuevo paradigma, desplegado para posibilitar la asunción del Estado como regulador y administrador de los cuerpos en lo que respecta al uso de sustancias psicoactivas, confluyeron diferentes líneas que terminaron por materializarse en las primeras actas y leyes prohibicionistas a comienzos del siglo XX. Repasemos brevemente los inicios de esta construcción.

La irrupción de un nuevo paradigma productivo requirió, en su comienzo, la separación de los fármacos conocidos y por conocer, limitando el acceso a todas aquellas sustancias psicoactivas que, como dijimos, nos distrajeran o nos alejaran del ritmo productivo, y propagando de forma controlada aquellas que nos permitieran aumentar reguladamente esta productividad, como sedantes que ayuden a controlar la ansiedad, pastillas para dormir y estar repuestos para otro día de trabajo, o aspirinas con cafeína que permitan estar más atentos y

concentrados. Así fue como este mundo infinito de sustancias se fue bifurcando hasta constituir dos grandes categorías, que con el tiempo evidenciaron su trasfondo moral: las drogas “malas” y las drogas “buenas”.

Para consolidar esto fue necesario asegurarse un claro dominio sobre ambas áreas, lo que se consiguió del mismo modo: prohibiendo las drogas “malas” y delegando su control a los estados, y monopolizando las drogas “buenas”, productivas y legales bajo el control de uno de los mayores imperios económicos surgidos en el siglo XX que perduran hasta la actualidad, las farmacéuticas.

Bastaron sólo algunas décadas para que la segunda mitad del siglo XX evidenciara el éxito arrasador de los dos negocios más grandes de los últimos cien años. Por un lado, el de tráfico ilícito de drogas, cuya ilegalidad aseguró el control monopólico de los ingresos generados por las ventas de las mismas y posibilitó una de las mejores formas de lavado de dinero por parte de grandes capitales financieros. Y por el otro, el de la venta de fármacos legales, hoy en día el segundo negocio más grande a nivel mundial después de la venta de drogas. Y por si fuera poco, la intervención militar de algunos países rebeldes donde se cultivaba “La Droga” terminó por consolidar esta gran empresa.

Sin embargo, la tradición constitucionalista occidental no concibe la posibilidad de que los estados legislen sobre la salud y hábitos personales de sus ciudadanos, por lo que se tornó necesario que este dominio se institucionalizara y tomara para ello una fuente científica, o pseudocientífica, que lo justificara. La química no permitió nunca una distinción entre drogas “buenas” o “malas”, ya que precisamente es la ciencia la que señala que gran parte de las drogas legales son muchísimo más tóxicas, dañinas y anuladoras de la voluntad que casi todas las consideradas ilegales. Por lo tanto, el Estado tuvo que valerse de nuevas bases teóricas para sostener su dominio. Mediante la irrupción de la psiquiatría y la psicología a comienzos del mismo siglo, la instalación de un fantasma externo en constante riesgo de invasión y la creación de la figura del adicto como el enemigo interno varias décadas después, se logró que la sociedad no solo apoye sino que pida con alaridos la aplicación del designio prohibicionista.

Pero todavía hacía falta legitimar este dominio en la sociedad, ilusionada ante las libertades que prometía el nuevo siglo. Para ello era necesario un nuevo discurso social. Así fue que estas drogas “buenas” pasaron a ser en el discurso y en el imaginario social meros remedios, cuya administración si se trata de problemas complejos quedaba reservada a la medicina y a la psiquiatría. Y las drogas “malas”, que a pesar de lo vago del término incluían una infinidad de sustancias descubiertas y por descubrir, pasaron a constituir un solo problema, el de “La Droga”, de cuya amenaza había que proteger a la sociedad. A través de personificaciones dignas de un libro de ciencia ficción como “la droga mata”, “la droga controla tu vida”, “la droga lleva a la delincuencia”, “La Droga” se instaló como una amenaza que ponía en riesgo a la sociedad y a la vida de un sujeto que se volvía incapaz de actuar o decidir por sí mismo, ante lo cual sólo cabía una salida: la abstinencia y la recuperación forzada de los enfermos in-

ternos. El Estado debía intervenir entonces a través de la fuerza y los saberes públicos para recuperar a un sujeto improductivo y sin discernimiento, origen de los problemas de delincuencia e inseguridad que acechan al país.

Sin embargo, el problema de “La Droga” como construcción en el discurso social inicia su expansión oficial recién en 1973, cuando el entonces presidente Richard Nixon lanza desde Estados Unidos hacia todo el mundo y por primera vez en forma explícita, la llamada “Guerra contra las drogas”. No por nada en Argentina la primera ley sobre drogas data de 1974. Fue la Ley 20.771, impulsada por López Rega durante la presidencia de Isabel Perón, que penalizaba el mero consumo de drogas con penas de hasta seis años de prisión. A partir de entonces, la historia de las drogas consistió en la exportación por parte de los Estados Unidos de un discurso que las proclamaba como una amenaza y que requería que la sociedad se mantenga unida para combatir al enemigo. Sin ir más lejos, son los Estados Unidos quienes imponen a lo largo y a lo ancho de todo el mundo la inclusión de nuevas drogas en la lista de sustancias prohibidas, se encargan de formar a los especialistas y a las fuerzas policiales de muchos países, e intervienen militarmente en otros en caso de ser necesario. Basta como ejemplo la reciente militarización de Colombia y de Afganistán, reconocidos en el último informe de la ONU como los mayores productores de cocaína y heroína, respectivamente, a nivel mundial.

Así fue que, mientras se perseguía militarmente a las drogas y policialmente a quienes las consumían, su producción masiva, los encarcelamientos a consumidores, las intoxicaciones por adulteración de sustancias en el mercado y la falta absoluta de información preventiva sobre el uso de drogas se multiplicaban geométricamente. De esta manera, el discurso prohibicionista activa una especie de profecía autocumplida, generando los mismos hechos que dice querer evitar. Las mismas cifras nos muestran que en los últimos 50 años murieron muchísimas más personas por la persecución de las drogas que por los efectos provocados por las drogas mismas. Son también esas cifras las que nos muestran que el prohibicionismo dio lugar a una de las industrias ilegales más vastas de toda la historia y, simultáneamente, a una prodigiosa ingeniería de lavado de dinero en la que se encuentran involucradas instituciones bancarias y financieras que son puente y vehículo de funcionamiento de corporaciones industriales, *holdings* y consorcios.

Al abrigo del prohibicionismo crecieron toda suerte de asociaciones ilícitas y corporaciones delictivas aplicadas al tráfico, se expandió geométricamente la tasa de ocurrencia de delitos y nació una nueva y lucrativa industria de la redención: la de los centros de tratamiento forzoso, que provee no sólo voluminosas ganancias sino que se constituye como la gran usina moral de la que se vale el sistema para reforzar los circuitos de obediencia.

Esta empresa terminó por sellar un siglo marcado por el disciplinamiento de los cuerpos, no ya sobre la materia visible o anatómica sino sobre una más sutil, compleja e impalpable: la psique. El discurso sobre el cual se sostiene la

prohibición y que tiene como eje fundamental la instauración de un miedo a ese fantasma que se dio en llamar “La Droga”, encontró su reafirmación a partir de la construcción de la figura de un sujeto pasivo, el adicto, que al carecer por sí mismo de la capacidad de discernir sobre sus actos requiere de la intervención de un otro externo.

La industria de la redención

El adicto como construcción es más que la figura patética o trágica invocada para demostrar los estragos que provoca la droga en nuestros jóvenes. Es la trampa a la que el sistema empuja e instiga, ya que quienes caen en ella nutren al sistema de las excepciones necesarias para desplegar sus mecanismos de control y obediencia. El adicto es el prisionero de guerra de esta batalla librada contra las drogas. Pero a diferencia de los prisioneros de guerra, que gozan de los derechos inalienables de todo prisionero, el adicto es objeto de tratamientos compulsivos contra su propia voluntad, procediéndose a su secuestro y aislamiento en centros de recuperación cuya metodología aberrante, similar en algunos casos a la aplicada a los centros de detención clandestina creados por la dictadura militar, no es obra de la casualidad.

No sólo fue precisamente en esa trágica década de 1970 que comenzó a institucionalizarse el término adicto, sino que la palabra misma proviene del latín *addictum*, expresión usada en el Imperio Romano para referirse a los esclavos que eran entregados como premio a los soldados que mejor lucharon en la guerra. Y al igual que el alumno es privado de luz, y por ello el docente es quien debe guiarle y arrojar esa luz sobre quien ha sido alcanzado por la tiniebla de la ignorancia, podría afirmarse que el adicto es también aquel privado de su palabra y su libertad, no de la libertad genuina, siendo otro quien hablará por el adicto y tomará su relevo. El adicto es también aquel que se halla privado del acto, ya que no es una decisión sino una compulsión lo que lo mueve a actuar. Por último, el adicto es también un sujeto privado de su identidad, esa que resulta de un proceso y no de un acto jurídico administrativo. Pero estas privaciones no son meras carencias sino que forman parte de una refinada operación semántica, discursiva, ideológica y particularmente intervencionista, en la que el sujeto “adicto” es acorralado, encerrado, estigmatizado, demonizado y luego salvado de sí mismo, para sumarlo a la salud pública como medalla que se ostenta o trofeo que se exhibe. Y es precisamente la invocación de aquellas privaciones lo que legitima toda forma de intervención externa, ya sea psíquica, jurídica, policíaca, psiquiátrica u otra. Este es su fundamento: “como vos padeces de una adicción que te priva del habla y de la libertad de tu acto, de tu albedrío y aún de tu identidad, yo debo intervenir para devolverte al lugar del que fuiste separado por obra del mal que te aqueja. Seré en consecuencia tu funcionario interior, tu policía psíquico y el que asuma desde ahora la dirección de tu ser”.

El periodismo se suma en este contexto como un elemento más a los dispositivos de obediencia civil que el sistema despliega sobre los sujetos, aportando en este caso el componente visual y efectista mediante el cual se ponen en escena los estragos que provoca el uso de drogas. No es un mero recurso el pixelar la imagen del adicto alegando una reserva de identidad cuando, en realidad, se viene a esconderla o suprimirla. Gracias a semejante artificio, este adicto al que se está entrevistando en este momento se transforma, por obra de la alquimia periodística, en un todo adicto, en todos los adictos; hasta alcanzar el rango de categoría bajo la que se encarna la figura de “el adicto”. Y tan pronto como el relato ejerció el calculado efecto de horror, el periodista le advierte al televidente: “ese adicto que usted vio desgarrarse frente a las cámaras, puede ser su hijo, señora o señor, si no hace algo le puede pasar a usted”. Es así como esta sublime operación psicológica propone el reconocimiento de la condición de adicto como una suerte de garantía terapéutica, y es esta misma operación la que le extrae la palabra al adicto reduciéndolo al peor de los silencios, que es el silencio sobre sí mismo.

Pero el reguero moral no termina ahí. Tan pronto como la víctima de las drogas haya exhibido sus miserias y haya producido un apocalipsis psíquico ante las cámaras, sobrevendrá el diluvio moral a manos de los especialistas, tecnócratas y funcionarios, entre los cuales no faltarán aquellos padres víctimas de la ausencia de información y alcanzados por el flagelo de las drogas. El adicto, dirán aquéllos, es ante todo un ser enfermo, una víctima antes que un delincuente, siendo ahora el pasaje de la delincuencia a la enfermedad, la evolución interna del paradigma bajo el cual se inscribe el problema de “La Droga”. No por nada, en Argentina, el progresista avance de la Ley 23.737 sancionada hace 20 años y que nos rige hasta ahora, fue pasar de penar con prisión el mero consumo de drogas a obligar a los consumidores a curarse de su enfermedad, permitiéndoles perversamente canjear su pena de prisión por una “medida de seguridad curativa”. Son estos especialistas quienes nos dirán con estadísticas que la cantidad de adictos internados aumenta año a año o que, por ejemplo, la mayoría de los internados en centros de rehabilitación fumaron marihuana, cuando precisamente están ahí porque una ley los obligó a hacerse pasar por adictos para no ir presos.

El adicto, como dijimos, necesita ayuda, en nombre de lo cual se justifican las aberraciones psíquicas de la que es objeto, así como la aplicación de terapias coactivas efectuadas contra su voluntad, con el propósito de curarlo de una enfermedad artificial engendrada por el poder con el concurso necesario de los saberes públicos. Como bien afirma el filósofo Sergio Albano (2009), “una comunidad necesita que sus leyes se trasgredan, se violen, a fin de preservarse de la disolución a la que se vería arrastrada. El homicida por medio de su crimen consagra el principio de la coexistencia pacífica, el robo consagra el principio de propiedad sobre el que descansa el capitalismo. Ahora bien, ¿qué principio consagra la caída en la adicción y su exacerbación?

Probablemente el de una salud bajo la incumbencia del Estado. ¿Pero puede el Estado enarbolarse como el proveedor de la norma jurídica y al mismo tiempo el proveedor del sentido de la vida, del bienestar, y de la felicidad de los ciudadanos?”¹

El adicto proviene de las grietas del sistema, de sus fallas, de su propagación, de sus líneas de fuga, de las fabricaciones del aparato de control, de la acción combinada de los dispositivos de obediencia y de los saberes sobre los que el Estado legitima su funcionamiento. Puede decirse que el adicto es un producto estatal resultante de la prohibición, a la que se suman luego la barbarie psiquiátrica, las terapias compulsivas, el secuestro de los cuerpos y las mentes en aquellos centros de recuperación y detención, hasta construir aquella fina y cerrada malla por donde el adicto, una vez transformado en despojo y trofeo, y derrocada su condición de sujeto de derecho, cínicamente, perversamente, se lo obliga a devenir persona.

Aquí y ahora

Vemos entonces como la construcción del problema de la droga como discurso terminó no sólo consolidando un sistema de dominio, sino también alejando la posibilidad de una percepción real de un fenómeno más complejo. Como bien lo explica el filósofo chileno Martín Hopenhayn (2004), la prohibición engendró en el discurso social un fantasma sobre las drogas, evidenciando la enorme brecha que existe entre la percepción social y la magnitud real del fenómeno. Las drogas pasaron a representar ese monstruo en que la sociedad deposita su odio y sus miedos, condensando las fobias que la rebasan y que se cuelan en la estructura de la modernización capitalista.

El caso del paco en Argentina es uno de los emblemas del accionar de este paradigma y su eje discursivo. Mientras su venta cada vez más redituable genera el dinero genuino para la corrupción generalizada en las fuerzas públicas, discursivamente se construye el miedo al sujeto consumidor de paco, quien por su adicción y agresividad pasa a ser el nuevo fantasma que justifica, como chivo expiatorio, la delincuencia y violencia inherente a una sociedad desmantelada.

Hoy, en Argentina, el fácil acceso a los precursores químicos, la desprotección de las fronteras y la expansión del narcotráfico y los nichos de corrupción que generan son moneda corriente, y todavía no hubo ni una sola condena por un caso serio de narcotráfico. Hoy, en Argentina, la lucha contra el narcotráfico, los tratamientos médicos de adicciones, la elaboración de campañas educativas de prevención y el control de los precursores químicos están a cargo de un mismo organismo, la SEDRONAR.

Hoy, en Argentina, el 70 por % de las causas judiciales en materia de drogas son iniciadas a usuarios. Y mientras que no existe ningún tipo de protección

¹ N. del E.: Texto inédito en el momento de la presentación.

ni atención médica a quienes realmente tienen problemas con su consumo, a los usuarios se los persigue hasta detenerlos, iniciarles causas judiciales que generan antecedentes imborrables y hacerles pagar la pena encerrándolos a la fuerza en centros de tratamiento sin control alguno por parte de los organismos oficiales.

Hoy, mientras en esta conferencia estamos hablando sobre cuántas personas consumen marihuana por ciudad, o si el alcohol predomina más entre jóvenes o adultos, cientos de personas con problemas con su consumo están esperando ser atendidos por un médico; otros cientos están siendo detenidos injustamente por cultivar marihuana en su casa para no recurrir al narcotráfico; otros cientos son encerrados en granjas de rehabilitación sin su consentimiento; otros miles pierden su trabajo por tener antecedentes judiciales por haberse fumado un porro en una plaza; y otros tantos usuarios medicinales de marihuana son privados del único remedio que les cura su padecer. Creo que es hora de abandonar un poco los discursos y pasar a la acción.

Concluyo esta breve exposición recordando a los sobrevivientes de los centros de recuperación y detención, quienes habiendo resistido con todas sus fuerzas y sabiduría caer bajo el estereotipo del adicto y las fuerzas policiales del Estado, reafirmaron nuestra común condición humana a la cual me jacto de pertenecer.

Buenos Aires, 25 de agosto de 2008.

Referencias

- Albano, S., " De criminales y enfermos", en *Revista THC*, edición especial "Despenalización", agosto de 2009.
- Hopenhayn, M., "Drogas y violencia: fantasmas de la nueva metrópolis latinoamericana", en *Polis, Revista Académica Universidad Boliviana*, n° 3, 2004.
- Von Kraft-Ebing, R. *Psychopathia Sexualis*, 1886. Edición en español, Madrid, La Máscara, 2000.

Argumentos para un debate sobre políticas de drogas

Cualquier debate que se establezca, y mucho más cuando se pretende instalar socialmente ese debate, requiere de la construcción de argumentos que permitan a los actores intervinientes posicionarse respecto del tema. Uno de los elementos más interesantes que tiene la democracia como forma de gobierno, es la posibilidad de expresarse, de opinar, de disentir sobre lo que está hegemonícamente establecido, de influenciar en los discursos y las prácticas dominantes. Claro que los actores que hacen –y hacemos– uso de ese derecho que nos da el haber construido, con mucho esfuerzo y dolor, esta democracia, lo hacen con el fin explícito de transformar una realidad que incomoda.

Incomoda porque el actual estado de cosas respecto del tema drogas está causando muchas injusticias. Mientras que a muchos la justicia penal los persigue por poco, a muy pocos se los persigue por mucho; mientras que muchos –muchísimos– claman por alternativas de atención al sufrimiento, pocos están preocupados por buscar mejores respuestas; mientras que muchas son las instituciones de atención, pocas son las que se atreven a pensar que nada cambia si hacemos siempre lo mismo.

Y esta situación merece un debate, merece buscar argumentos que nos insten a revisar nuestras posiciones, a reflexionar sobre las prácticas, a interpelar

nuestros saberes, para construir una alternativa más eficaz a la desproporcionada circulación de drogas en los barrios, a los tratamientos de los cuales muchos “escapan” en cuanto se presenta la primera oportunidad; una alternativa más eficaz que nos involucre a todos comunitariamente: decisores políticos, funcionarios, profesionales, académicos, familiares y usuarios de drogas, y todos los que sentimos que somos parte del problema y también parte de la solución. Estamos en un momento propicio para la construcción de nuevos discursos y prácticas, pero también, como señala uno de los autores, está el riesgo de la mezquindad de quienes prefieren seguir con lo que tienen, aunque haga agua por todos los costados, antes que desafiarse a sí mismos a intentar algo diferente. Edith Moreno, usuaria de drogas y militante por los derechos humanos recientemente fallecida, señala en su presentación: “como sociedad tenemos el deber de dejar de lado los conceptos estigmatizantes y pugnar hacia la tolerancia, incentivando la comprensión y no el miedo a lo diferente”.

Las presentaciones que siguen son, en este sentido, profundamente políticas y dan pistas para entrar en el debate hacia una política de drogas. Las ideas de heteronomía y autonomía expresan, en alguna medida, la tensión en el modo regulatorio de las drogas: ¿ponemos el peso de la cuestión en la regulación de los heterocontroles o apostamos a la elaboración y cumplimiento de modelos regulatorios colectivos que devuelvan protagonismo a los ciudadanos?

Otra de las pistas del debate está en la relación que se establece entre la política de drogas y la violencia estructural, debate complejo en el que la criminalización del consumo de drogas se articula con la selectividad del sistema penal para escoger como blanco predilecto a los más jóvenes y a los más pobres. Nuevamente aparece la necesidad de revisar los dispositivos de inclusión social, pensando un modelo de integración para aquellos que están en condiciones de mayor desigualdad. Única manera de pensar una seguridad para todos.

La necesidad de respuestas integrales aparece como otra de las pistas en el debate. Las políticas de drogas no pueden pensarse ni ponerse en práctica si no las operamos como parte integral del sistema de políticas sociales, lo que seguramente agudiza la discusión acerca del tipo de políticas sociales que estamos modelando como país. En este sentido, el debate político se torna esencial, repolitizar las prácticas y los discursos para dar dirección a lo que hacemos, una dirección que nos ponga en el camino de una menor desigualdad, en el camino del respeto por los derechos humanos, y en un camino donde las personas que usan drogas tengan los mismos derechos que los demás.

Pablo Cymerman

Psicólogo y coordinador del Área de Relaciones Institucionales de Intercambios Asociación Civil. Investigador del Proyecto UBACyT S044, “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

El cambio de paradigma no tiene marcha atrás

Aníbal Fernández

Contador público nacional y abogado. Fue ministro del Interior de la Nación Argentina desde 2003 hasta diciembre de 2007. Desde entonces y hasta julio de 2009, encabezó la cartera de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, función que ejercía al momento de esta presentación. En la actualidad, está a cargo de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación.

El contexto histórico, social y cultural a partir de la globalización se ha modificado sustancialmente y, en ese cambio, el fenómeno de las drogas, que abarca el uso, el abuso, el tráfico y hasta el lavado de activos, no ha sido ajeno.

La comunidad internacional, que ha fijado objetivos estándar a todas las comunidades, ha aceptado desde hace años que las metas impuestas no se han cumplido, no se ha logrado erradicar los cultivos, ni controlar los flujos financieros, y el consumo de sustancias ilegales no sólo no pudo ser controlado sino que aumentó considerablemente.

Los expertos coinciden en destacar que como consecuencia directa de las persecuciones nacionales e internacionales, las drogas ilegales se han convertido en un producto caro en los países consumidores, dados los elevados márgenes de ganancia que retribuyen los riesgos del tráfico. Esto ha originado la aparición, desde hace décadas, de nuevas y poderosas organizaciones criminales que han logrado eludir la persecución internacional, con el suficiente poder económico como para colocar sus ganancias en paraísos fiscales. En síntesis, ha crecido la oferta de las sustancias ilegales porque ha crecido la demanda.

Por otro lado, las propuestas hegemónicas no han impedido que las drogas legales como el tabaco, el alcohol, los psicofármacos y los anorexígenos, avancen y sean consumidos por jóvenes y adultos de diversas capas y sectores sociales, en forma aislada o combinada entre sí, construyendo nuevos patrones de consumo. Estos son fomentados por los medios masivos de comunicación, como forma de integración y goce social, sin comprender que pueden terminar como consumos problemáticos o excesivos, con el consiguiente daño social, familiar e individual. Son temas que debemos abordar, si tenemos en cuenta que en nuestro país las primeras causas de muerte están asociadas al consumo del tabaco, los accidentes de tránsito y su relación con el alcohol, y la violencia accidental o doméstica, sin contar los accidentes laborales.

Frente a este complejo panorama, quiero presentar el recorrido que venimos realizando desde que nos iniciamos en este tema, qué es lo que creemos que tenemos que hacer y hacia dónde estamos dirigiendo los esfuerzos.

Cuando el 20 de agosto de 2004, siendo yo Ministro del Interior, volvieron las fuerzas de seguridad a esa cartera, comprendimos que uno de los temas en los que había ausencia de políticas públicas concretas era la materia del narcotráfico. Recurrimos entonces a la Procuración de la Nación y firmamos un convenio que nos permitió crear una unidad fiscal temática,¹ que estaba al frente de la doctora Mónica Cuñarro. El primer trabajo que nos propusimos fue armar, criteriosa y responsablemente, un diagnóstico de la situación, porque veníamos con viejas expresiones, con viejos paradigmas que todo el mundo suponía que había que repetir, como los trabajos a corto plazo. En la política argentina, medianos y largos plazos no se pensaron jamás. Había que ponerse, entonces, a mirar puntualmente cuál era el diagnóstico, y desde allí marcar el horizonte. Ese diagnóstico nos permitiría, por primera vez, tener un mapa criminal hecho por aquellos fiscales que tienen la responsabilidad de la persecución penal, los que saben de verdad lo que está sucediendo en la calle, para poder trabajar en consecuencia.

No fue fácil hacer ese diagnóstico porque a la política nunca le gustó encarar los medianos y largos plazos. Se supone que para gobernar hay que tomar decisiones rápidas y esto no significa que sean necesariamente acertadas y, mucho menos, que se conozcan acabadamente las razones por las que se toman. No había datos serios de criminalidad, no se pensaban políticas de mediano y largo plazo y, fundamentalmente, había que cambiar la matriz de la política del crimen complejo.

¿Por qué se hacía difícil indagar la criminalidad en materia de drogas? Porque los fenómenos criminales son complejos, porque la droga era el paradigma y nosotros pensábamos en cómo abordarlo y analizar criteriosamente hacia dónde dirigir este punto. En primer lugar, hablando de las drogas legales desde el punto de vista de la venta: el acceso a la droga legal en forma ilegal, o el recetar la droga legal en forma ilegal. Por otro lado, las sustancias ilegales en todos los órdenes: producción o fabricación, comercialización y distribución, financiamiento, lavado de dinero, organización del narcotráfico.

En el plano internacional, hemos firmado convenios con algunos países productores; específicamente con Perú está funcionando con éxito un convenio respecto a las tareas de las fuerzas de seguridad y la lucha contra el narcotráfico. Hay países de tránsito, como el nuestro, y uno de los primeros análisis de nuestra tarea nos mostró que, aunque de manera predefinida todos adhirieran a la idea de que lo que transitaba por la Argentina iba inexo-

¹ N. del E.: Se refiere a la Unidad de Apoyo Fiscal para la Investigación de Delitos Complejos en materia de Drogas y Crimen Organizado (Ufidro), creada el 21 de marzo de 2005 por la resolución 19 del procurador general de la Nación, Esteban Righi.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

rablemente para Estados Unidos, la realidad nos mostró que, por el contrario, iba para Europa. Y eso tiene mucha importancia desde el punto de vista geográfico porque se relaciona con las acciones que querramos abordar con los países receptores de esas sustancias. Por ejemplo, hemos firmado un convenio con España, donde hubo dos casos emblemáticos. Uno que involucró a dos jóvenes que trabajaban como modelos y fueron utilizadas como mulas para llegar a Barcelona, que hace poco recuperaron la libertad,² sobre las que oportunamente hablamos con el Ministerio del Interior de España cuando firmamos los convenios. El otro es el caso de Southern Winds,³ valijas que viajaban por determinada empresa con cierta cantidad de drogas y que un día, misteriosamente, nadie fue a buscar al aeropuerto. Eso implicaba que había gente de la Argentina responsable por la participación, pero también había gente de España. Hoy trabajamos en conjunto con España, con resultados altísimamente positivos para los dos países, respecto del intercambio de información en la lucha contra el narcotráfico.

Sin embargo, les puedo asegurar que no alcanza. A pesar de los esfuerzos en la relación entre las fuerzas en el ámbito del Mercosur y de la implementación del sistema de cruce de datos del Sistema de Intercambio de Información de Seguridad del Mercosur (SISME), de mejorar la inteligencia por medio de la racionalización y utilización de la capacidad pericial para hacer uso de ese insumo para la investigación, del diseño de una nueva normativa operativa que enfatiza el cruce de datos para mejorar la investigación en los casos complejos, y de haber tomado acciones concretas para mejorar la cooperación penal e internacional entre los países productores y los de destino final, mediante instrumentos de entendimiento como los firmados con España y Perú, les puedo asegurar que no alcanza.

En el plano nacional, como fenómeno urbano, hay un comercio de distribución interna que es imperioso analizar. Las dos luchas se dan parejas, estamos trabajando fuertemente para pegar en el medio y arriba de la organización. Varios de los cabecillas, comenzando por los que fueron responsables de las muertes en la procesión del Señor de los Milagros⁴ están detenidos, tanto Ruti como Marcos, como la suegra de Marcos, y uno de los coreanos que manejaba la red de narcotráfico. Tenemos que seguir analizando en nuestro país este tipo de relación, no es lo mismo lo que sucede en el Conurbano que en La Pampa, no es lo mismo lo que sucede en La Pampa que en países

² N. del E.: Las modelos argentinas Belén Tellez y Jéssica Almada recuperaron su libertad el 2 de abril de 2008, tras permanecer 17 meses presas en una cárcel de Barcelona por una causa de tráfico de drogas.

³ N. del E.: El 16 de septiembre de 2004, un vuelo de la empresa Southern Winds trasladó desde Ezeiza hasta el aeropuerto madrileño de Barajas dos valijas que contenían 60 kilogramos de cocaína y que nadie pasó a retirar por la cinta transportadora de equipajes.

⁴ N. del E.: El 29 de octubre de 2005, en la Villa 1-11-14 en la Ciudad de Buenos Aires, durante la procesión del Cristo de los Milagros, fueron muertas cinco personas y heridas otras ocho.

limítrofes, como Bolivia, o cercanos a la influencia del Perú, no es lo mismo lo que sucede en el Sur de nuestro país.

Ahora bien, ¿qué nos decía ese mapa criminal? Que después de 18 años de funcionamiento, nuestra ley de drogas había sido un enorme fracaso. ¿Por qué? Porque hizo hincapié en la represión del eslabón más débil de toda la cadena del narcotráfico para trabajar el amplio tema de la droga, como decisión política desde la gestión de López Rega y entronizada con la Ley 23.737.

Todos los análisis que podemos hacer a la luz de la historia, nos muestran que hasta 1973-1974 tuvimos una conducta, la conducta que estamos tratando de recuperar, que es aquella que se basa en los sabios preceptos instituidos por nuestros constituyentes en 1853 en el artículo 19 de la Constitución, que habla claramente de las acciones privadas de los hombres. Pero cuando la administración Nixon impuso la política represiva, la Argentina compró en cabeza de López Rega todo ese protocolo perfecto de la política de la represión. Y se terminó de cristalizar con la Convención de Viena de 1988, y la Ley 23.737, de 1989, que prácticamente tomó su letra y parangonó al consumidor con el traficante o con el vendedor. Esta trampa permitió la legislación represiva y pretendió castigar y estigmatizar a quienes consumen algún tipo de sustancia, generó un chivo expiatorio para justificar y explicar problemas y peligros sociales. Se generalizó para sancionar a los consumidores pero sin decirlo abiertamente. ¿Cuál era la conciencia que se quería crear? “Te sancionamos porque sos el punto de partida del delito, sos un peligro social. Como todos somos víctimas de la inseguridad, lo mejor es meterte preso, merecés una sanción jurídica para que tengas miedo, vergüenza y te sientas culpable, debes asumir tu culpa y tu pecado y darte cuenta que sos un vicioso, sos diferente a nosotros que no usamos drogas, ustedes los drogadictos son responsables de estropear esta sociedad que entre nosotros tratamos de construir”.

Pero si nosotros queremos ir un poco más a fondo, podemos apreciar que ningún país productor ha logrado disminuir los espacios cultivados con esta legislación represiva, ningún país logró reducir el nivel de las redes de narcotráfico. Entonces, nuestro análisis tiene que estar conducido a la revisión de cada una de esas acciones. Porque, además, si no lograron reducir los cultivos y no lograron reducir el narcotráfico, mucho menos van a reducir el consumo, en estas condiciones represivas. Entonces, esta es la realidad que nos obliga a mirar de otras maneras. En Europa, hay por lo menos quince países que tienen leyes más tolerantes que la nuestra con muchísimo menos consumo. Nuestra realidad nos indica que tenemos que pensar seriamente qué decir, hacia dónde ir y cómo hacer para cambiar esta realidad.

Estoy persuadido que el tema de las drogas es un compromiso de todos, es un tema transversal que involucra a todas las carteras y que necesita de políticas que no se centren únicamente en la represión, sino que apunten al mejoramiento de la calidad de vida, a la prevención y a la reducción de daños para aquel que no quiere tratarse, que el vecino recupere su calle y que las

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

organizaciones civiles participen. Esta es la seguridad del consenso, inclusiva y eficaz. Para ello, nos hemos propuesto adecuar la legislación nacional para ajustarnos a niveles internacionales.

Desde el punto de vista internacional, debemos cumplir con los instrumentos firmados, como la Convención Única de Estupefacientes de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, la Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas suscripta en Viena en 1988, ratificados por todos los países en la OEA, y que forman parte de nuestra legislación desde la reforma constitucional de 1994 en su artículo 75 inciso 22. También hemos firmado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado en 1986, que en su artículo 12 sostiene que se reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y que obliga a los estados a adoptar las medidas necesarias para “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Estos dos presupuestos de política estatal, por un lado la persecución del crimen y por el otro el derecho a la salud, deben ser medidos armoniosamente en el marco de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto de San José de Costa Rica, lo cual implica el respeto a la dignidad y a la libertad de las personas.

Por ello, los invito a revisar todos los informes de Naciones Unidas al respecto, que desde el año 2005 sugieren diferenciar las políticas de prevención de lo que es propio del sistema penal, en consonancia con las directrices emanadas de la Organización Mundial de la Salud. Es la tarea que tenemos por delante para no tener sólo una mirada parcial del fenómeno en estudio, sino una respuesta social y estatal al fenómeno de las adicciones.

Entonces, el cambio de paradigma no tiene marcha atrás, ajustaremos las normativas de forma tal que posibiliten, a quien lo desee, tener el derecho a un tratamiento, y a quien no pueda, se le den herramientas para reducir el daño. Con respecto a la represión del tráfico, se apuntará a elevar el nivel de inteligencia y coordinación interprovincial, a mejorar la cooperación internacional en los casos de entrega vigilada, y el control y mejoramiento de la actividad de las fuerzas y los posibles nichos de corrupción.

Estamos desarrollando un plan articulado que escuche a las organizaciones civiles y contenga un consenso institucional, social y político; buscamos fortalecer esta base que hemos puesto en marcha de compilación de datos internacionales para mejorar y controlar el crimen complejo, y consolidar la idea de que hay alternativas a la tolerancia cero: la seguridad con inclusión, que es seguridad eficiente y con consenso.

Nos proponemos la modernización y adecuación de la legislación nacional a la del Mercosur y a la internacional, con las directivas que nos imponen diversidad a la punición, priorizar la atención de la demanda por sobre la

oferta, reducir la oferta y mejorar la cooperación interprovincial y regional. Con este horizonte estuvimos en Viena⁶ e hicimos un planteo claro, basado en cuatro pilares.

El primero, una fuerte política de represión contra el narcotráfico, con inteligencia criminal, con entregas vigiladas, con control riguroso de las sustancias químicas de corte y seguimiento de las rutas de lavado de dinero, con un ataque al medio y a la cabeza de las organizaciones, con todas las sanciones que nuestra legislación establece.

El segundo, una fuerte política de prevención. Yo no quiero decirle a mi hijo, como si fuera un estúpido: “te fumás un porro y te moriste”. No, yo le quiero hablar en serio: “el tema es este, te conviene o no te conviene, pero vos tenés que saber la verdad de lo que está pasando”, no tratarlo como un idiota a quién tengo que convencer; hay que plantearlo con realidad.

El tercero, una fuerte política de asistencia para aquel que consume o es adicto, que garantice su derecho al tratamiento y que incluya en este marco la reducción de daños, implementada en otros países con tan buenos resultados.

Y el último, gran punto, es el de los derechos humanos. Argentina, a partir de la reforma de 1994, otorgó jerarquía constitucional a once instrumentos internacionales de derechos humanos, enumerados en el artículo 75 inciso 22; entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que define a la salud y la calidad de vida como derechos humanos de segunda generación. Y en esto coincidimos y acompañamos la propuesta de nuestros hermanos uruguayos.

Es una pelea difícil, nadie dijo que era fácil, el debate está instalado. Tenemos vocación de hablar claramente y marcar el rumbo hacia el que estamos dirigidos. Pretendemos una fuerte política de represión del narcotráfico, una fuerte política de prevención, casi como una utopía para que nadie más consuma ninguna sustancia o que no tenga necesidad de hacerlo; que en eventual necesidad tengamos quien trate a nuestros chicos y que si encuentran a un chico, sueñen con que lo levante el policía y le diga: “vení pibe, no vas a la comisaría, te llevo a un hospital que te van a atender”. Esta es la Argentina que yo aspiro encontrar en algún momento, con una fuerte política de reducción de daños y que nos garantice que esta es la pelea que estamos dando o que estamos tratando de llevar a la práctica.

Buenos Aires, 25 de agosto de 2008.

⁶ N. del E.: Hace referencia a la 51ª sesión de la Comisión de Estupefacientes, de marzo de 2008.

¿Legislar para qué? Sentidos y desafíos de la legislación actual

Juan Héctor Sylvestre Begnis

Médico cirujano por la Universidad Nacional de Rosario. Entre otros cargos, se desempeñó como director del Hospital de Niños “Victor J. Vilela” y director asociado del Hospital Italiano, ambos en Rosario. Fue presidente del Instituto de Servicios Sociales para las Actividades Rurales y Afines, interventor del Instituto Nacional de Obras Sociales y ministro de Salud de la provincia de Santa Fe. Fue diputado nacional por esa provincia de 2005 a 2009 y presidió la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, cargos que ejercía al momento de esta presentación.

¿Cuál es el marco legislativo actual en materia de drogas? ¿Qué es lo que se está haciendo en la Cámara de Diputados? Todos conocen la legislación vigente, quizás la Ley 26.052, de Desfederalización, es menos conocida porque, además, tiene a una sola provincia adherida; y esto es una de las cosas preocupantes. Lo que preocupa es justamente el desentendimiento de los políticos que tienen la conducción jurisdiccional de las provincias.

¿Legislar para qué? ¿Modificar qué? ¿La Constitución? ¿Los derechos del niño? porque sobre este tema influye una prolífera legislación que va desde la Constitución hasta las resoluciones ministeriales o de las secretarías como SEDRONAR, o alguna dirección de lucha contra la drogadicción de los ministerios de gobierno provinciales. Ustedes saben que los acuerdos internacionales, cuando son ratificados por el Congreso, pasan a tener jerarquía constitucional, de manera que están por encima de las leyes.

¿Legislar para investigar y sancionar los bolsones de corrupción de la seguridad, de los funcionarios políticos, de los legisladores? ¿Legislar para incorporar fuertemente al sector salud en este problema, hoy desentendido y absolutamente marginalizado de la problemática, que muchos entendemos que es un ingrediente fundamental de la salud?

¿Legislar para que Desarrollo Social se involucre? Hemos escuchado no menos de diez veces entre el día de ayer y el día de hoy que el origen está en la pobreza, en las condiciones de vida. Charlábamos sobre el porqué de la estigmatización sólo a la pobreza, cuando este comercio actúa fundamentalmente en los que pueden y se desarrolla sobre los que pueden. ¿Legislar para el paco recientemente aparecido? Y digo recientemente porque la conciencia

social prácticamente ha tomado el paco en los últimos tiempos. ¿Profundizar la legislación para el alcohol, la droga que tiene mayor incidencia entre las adicciones, y la mayor causa de morbilidad y muerte en determinados sectores etéreos? ¿Sacar por fin una ley antitabaco nacional a la que pueden adherir las provincias que todavía no tienen reglamentación?

¿Legislar para que la prevención del daño se pueda nacionalizar? ¿Despenalizar la droga en su totalidad o solamente el *cannabis*? O hacer lo que hace la provincia de Buenos Aires, que no sólo no aplica el atributo que el artículo 14 de la Ley 23.737 le da sobre todo en su segundo párrafo,¹ sino que a partir de ahí se anula la aplicación del 17, 18, 19, 20, 21 y el 22,² que son recursos que todavía no hemos evaluado si fueron buenos o malos; no hay evaluación de la aplicación de esta ley. Se dice “hemos fracasado”. Ayer lo escuchaba al Ministro de Interior,³ al que le agradezco el coraje con el que está haciendo la autodenuncia del fracaso del Estado, no de este gobierno sino históricamente del Estado, en la lucha contra el narcotráfico. ¿Legislar para desprendernos del acuerdo de Naciones Unidas del año 1998? Que a nueve años de haber transcurrido con la promesa de que con eso se iban a erradicar todas las drogas del mundo, vemos que se ha multiplicado no sólo la comercialización y el consumo, sino la gravedad de las nuevas drogas que la “antitecnología” ha incorporado al mercado, como el éxtasis.

¿Legislar para crear centros de atención que no tengan internación, que sean centros de día? ¿Legislar para aumentar el presupuesto del SEDRONAR o para abolir definitivamente al SEDRONAR? ¿Legislar para aumentar el presupuesto que le vamos a dedicar a las drogas?

Yo tengo una experiencia en materias de adicciones que la cuento siempre: del año 1978 al 1983 la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (Lalcec) impulsó la campaña “Chau pucho”, en el año 1980 logramos que el Estado nos diera 50.000 dólares. En esa época, las grandes empresas del tabaco gastaban 113.000 dólares por día en publicidad, 40 millones de dólares en publicidad y comercialización, y nosotros contábamos con 50.000 dólares. La proporción hoy, en la lucha contra las drogas es peor todavía, es la mitad de eso que yo estoy diciendo.

Entonces, ¿legislar para qué? septiembre es el mes en que la Cámara de Diputados tiene la obligación de mandarle al Senado el presupuesto que nos va a cubrir financieramente los gastos del Estado, de todos los proyectos. Tenemos un montón de proyectos pero solamente en dos de ellos está in-

¹ N. del E: Ley 23.737, artículo 14, segundo párrafo, “La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal”.

² N. del E: Los artículos mencionados se relacionan a las condiciones de aplicación de las medidas de seguridad educativa y curativa.

³ N. del E: Se refiere al doctor Aníbal Fernández en la apertura de la V Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas, 27 de agosto de 2007.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

volucrada la Salud, los proyectos pasan por la Comisión de Prevención de Adicciones y Control de Narcotráfico, por Presupuesto y Hacienda, alguna vez por Legislación General o por Legislación Penal. Nosotros somos la segunda o tercera comisión en dos de los proyectos que hablan fundamentalmente de la prevención y del tratamiento. La lateralización de la Salud, quizás esto como médico sanitarista, como presidente de la Comisión de Salud, nos duele enormemente. Pero nuestra Secretaría de la Drogadicción está hecha a imagen y semejanza de lo que la DEA⁴ nos está imponiendo.

Ayer escuchamos “mientras el presupuesto y el dinero para la lucha contra el narcotráfico venga de organismos internacionales, ese dinero viene condicionado”, el objetivo es diseñar y financiar a través de una ley un modelo argentino. Ninguno de los proyectos de ley habla de eso.

De manera que podemos seguir poniendo parches. Diría que tenemos un marco legal suficiente, aunque algunos aspectos hay que modificar, sin duda, o quizás modificar toda la ley, como se plantea muchas veces. Pero no veo que la sociedad, salvo los expertos que estamos acá y unos pocos políticos que no están acá, opine sobre lo que hay que hacer en materia de drogas. Hay funcionarios que tienen una responsabilidad y que trabajan con la mejor intención y todos están carentes de recursos. No vi que estuvieran invitados los usuarios finales, a pesar de que vivimos hablando de la participación de la ciudadanía, de la comunidad, y es una de las políticas esenciales de este gobierno. En esta materia los tenemos marginados, los sabios somos nosotros, los que sabemos lo que quieren y necesitan somos nosotros, entonces inventamos todas estas cosas.

Necesitamos que alguien opine si tenemos que derogar la Ley 24.455, de Comunidades Terapéuticas, y supongo que vendrá a dar su opinión con algún respaldo de resultados: vimos tantos pacientes, tantos dejaron las drogas, o tantos andan mejor del bocho y siguen con las drogas. Todas estas son las variables en las que en la Legislatura Nacional estamos involucrados. Lamentablemente, no es lo mismo en el caso de las legislaturas provinciales.

El desafío frente a este catastrófico diagnóstico que hemos hecho, las pérdidas de tiempo, la falta de resultados, nos indica que aún con este marco legal hay muchas cosas por hacer. Con varias personas compartimos esta impresión: con personalidades del sistema de justicia, con funcionarios políticos y con expertos de distintos sectores que intervienen en la problemática.

La preocupación que a uno le queda es si realmente la Justicia piensa en la libertad de los niños y los adolescentes o si quiere sacarse de encima un volumen de trabajo que no tiene resultado concreto. Donde los jueces ven que la derivación, la sanción, el darle a un niño un estigma o la posibilidad de un tratamiento en condiciones no evaluadas, al menos es suficiente. En este marco estamos inmersos. Necesitamos la ayuda, la crítica de que esto an-

⁴ N. del E: Se refiere a la Drug Enforcement Administration, de Estados Unidos.

Aportes para una nueva política de drogas

duvo mal, de que ha aumentado todo, que inclusive están involucrados los enormes capitales negreados que hoy son grandes inversores de obras que se hacen en la Argentina. Por esto, creo que necesitamos de la participación de la gente en una discusión pública. Yo prefiero que esperemos un poco para modificar la ley y no nos volvamos a equivocar.

Buenos Aires, 28 de agosto de 2007.

El ocaso de la política del flagelo

Leonardo Gorbacz

Psicólogo y psicoanalista por la Universidad de Buenos Aires. Trabajó en el sector de Salud Mental en el Hospital Regional de Ushuaia. Coordinó el Organismo Provincial de Prevención de VIH-Sida y fue dirigente de la Asociación General de Profesionales de la Provincia de Tierra del Fuego. Entre 2005 y 2009 fue diputado nacional por esa provincia, presentó varios proyectos de ley sobre el tema de la salud y fue miembro de las comisiones de Salud y de Prevención de las Adicciones, cargos que ejercía al momento de esta presentación

Aclaro que pertenezco al bloque de Solidaridad e Igualdad, ARI, Tierra del Fuego. Valoro mucho el trabajo que Intercambios viene haciendo junto con otras, no muchas, organizaciones y actores sociales y políticos que en soledad vienen planteando un discurso diferente al discurso hegemónico sobre el tema de las drogas. Y esa persistencia, evidentemente, va dando algunos frutos.

Planteo el título de esta presentación, “El ocaso de la política del flagelo”, tal vez más como deseo que como constatación de una realidad. Yo no sé si efectivamente estamos ante el ocaso de esta política de drogas que yo no dudaría en plantear como un delirio a escala internacional; digo un delirio porque ubicar la complejidad del sujeto de nuestra modernidad, de sus angustias, de su necesidad de buscar satisfacciones y su falta de herramientas para encontrarlas en la cultura en la que está inserto, hacer de toda esa complejidad la simplificación de plantear que hay un flagelo externo que es la droga que viene y nos azota desde un exterior ajeno al sujeto, evidentemente tiene todas las características de un delirio. Y como esto tiene consistencia internacional, yo digo que es un delirio a escala global. Plantear un discurso distinto cuando hay tantas certezas inamovibles que han calado muy hondo en la opinión pública, en el imaginario social, evidentemente no ha de ser un trabajo sencillo.

¿Qué tenemos hoy como política en materia de drogas? Tenemos, para plantearlo en términos lo más sencillos posibles, una idea dividida en dos aspectos, la cuestión de la oferta y la cuestión de la demanda. En la cuestión de la oferta se plantea “la lucha contra el narcotráfico”, que evidentemente es una lucha que se está perdiendo porque no hay coordinación de las fuerzas de seguridad, porque el organismo que debiera encabezar esta supuesta lucha, la SEDRONAR, es un organismo del cual no depende ninguna fuerza de seguridad. Además, quiero decir que yo no estaría de acuerdo en ponerle demasiadas fichas a este aspecto. ¿En qué sentido? Yo estoy convencido de

que, aunque la lucha contra el narcotráfico fuera 100 % efectiva, cosa que ni aún en el mejor de los mundos uno puede pensar, no creo que resuelva *per se* el problema de las adicciones. En todo caso no habrá en circulación sustancias que están determinadas como ilegales, pero hay muchas sustancias legales que pueden tener usos adictivos y si hay una necesidad por parte de algunos sujetos, por distintas razones, de intoxicarse, no faltarán sustancias disponibles, legales, para poder hacerlo.

Tenemos una ley de drogas, la 23.737, que es el marco fundamental de nuestra política en materia de drogas, que además de tener efectos en la política y además de tener efectos jurídicos también tiene efectos simbólicos. Instala una noción, una idea en la sociedad acerca de lo que son las drogas y de lo que es el problema de las drogas que, a mi gusto, es una idea errónea. Ayer revisaba un poco la ley de drogas, que evidentemente se desprende de convenios internacionales que son muy funcionales al intervencionismo a escala global de los países más poderosos sobre los países más pobres, productores algunos de ellos de materias primas con las que se fabrican los estupefacientes; y a escala doméstica también es funcional al control social de las poblaciones más vulnerables. Control social en términos de que siempre es una buena excusa la tenencia o el consumo de drogas para imponer medidas coercitivas que terminan siendo selectivas en perjuicio de los sectores más vulnerables. En el repaso que hacía ayer por esta ley encontré algunas “perlititas” que me gustaría compartir. La Ley 23.737, evidentemente es una ley represiva en la que prácticamente todos sus artículos empiezan planteando la represión, la penalización de determinadas conductas que abarcan todo lo que se supone es la cadena del consumo y la comercialización de drogas. Abarca desde la producción, la fabricación, la importación, la financiación, la facilitación de lugares para el consumo de drogas, la promoción, por supuesto la tenencia para consumo personal, la tenencia para comercialización, plantea cuestiones que tienen que ver con la competencia y con las jurisdicciones, cuestiones de simplificaciones y facilitaciones procesales para una mejor persecución del narcotráfico, la falsificación de recetas, la aceptación de recetas falsificadas, la sanción a los médicos u odontólogos que pueden recetar y que lo hacen por fuera de lo que la terapéutica indicaría en cada caso.

Hay algunos artículos que me llamaron mucho la atención, como por ejemplo las obligaciones a los padres y a las madres. En el caso de las madres, para que los hijos recién nacidos de las madres procesadas y condenadas por delitos de tenencia de estupefacientes para consumo, tengan una revisión obligatoria para ver si sus hijos han heredado la adicción al consumo de drogas. En el caso de los padres, plantea que si, por infringir esa ley, ponen en riesgo la seguridad, salud física o psíquica, o la moralidad de sus hijos menores, se deriva al juez competente para plantear la posibilidad de quitar la patria potestad. Es decir que hay una suposición, un presupuesto de que un padre o una madre que consume drogas pueden causar a su hijo daño moral. En

el caso de las madres embarazadas plantea directamente una suposición de herencia genética, de herencia que obligaría a la revisión de su hijo recién nacido. Hay otros artículos que plantean la sanción por el suministro de estimulantes o depresores a deportistas para mejorar o empeorar el rendimiento deportivo, pero también, aquí lo curioso, a los animales: el suministro de estupefacientes o estimulantes a animales por cuestiones deportivas. Por suerte los animales zafan y no hay ningún artículo que plantea la penalización de la tenencia para consumo personal para los caballos, los perros y los gallos de riña. Es decir que es una ley que lleva más de 20 años y evidentemente contiene una serie de prejuicios que, a la luz de los resultados, es necesario revisar.

¿Cuál es el supuesto en relación al tratamiento? Porque esta ley contiene en algunos artículos un esbozo de lo que sería una política sanitaria, pero una política sanitaria que está subsumida a la política represiva. Todos conocen las medidas de seguridad curativas o las medidas de seguridad educativas, ambos términos que plantean ya en sí mismo una paradoja, la concepción de la seguridad mezclada con la concepción de la salud o la cuestión de la seguridad mezclada con la cuestión educativa, y que plantea un escenario donde se presupone que la coacción bajo amenaza penal es una buena forma de inicio de tratamiento.

Todos sabemos que la coacción bajo amenaza penal es la peor forma de inicio de tratamiento, porque obviamente no genera las condiciones de confianza y de consentimiento que posibilitarían un buen trabajo terapéutico y, por lo tanto, termina trayéndonos problemas a dos puntas. Por un lado, están los que quedan cautivos bajo esta red supuestamente sanitaria, estigmatizados y obligados a un tratamiento bajo condiciones desfavorables. Por el otro, los que quedan alejados del sistema sanitario porque nadie en su sano juicio va a hacer una demanda de tratamiento en un sistema que considera el consumo de drogas como un delito. Por lo tanto, no sirve ni para los que puede incluir, ni para los que termina excluyendo y alejando del sistema de salud.

Creo que tenemos que ir hacia otra política y eso significa modificar sí o sí la ley de drogas. Dejar de criminalizar a las personas que consumen drogas y pensar en varios ejes: el eje de la prevención, el eje de la asistencia y, por supuesto, también del control del narcotráfico. En términos de prevención no es fácil pensar, a mi juicio, la prevención de las adicciones. Hay condicionantes que tienen que ver con cuestiones de nuestra cultura y también de nuestra cultura política, es decir, una cultura del consumo, una cultura del “corto plazo” en donde no podemos terminar de construir un proyecto colectivo que nos contenga a todos. Por lo tanto, la consecuencia en términos de “cortoplacismo” también puede ser la búsqueda de satisfacciones inmediatas y la dificultad para renuncias inmediatas en función de proyectos; la búsqueda de la felicidad a través de proyectos más elaborados y a largo plazo requiere de cambios culturales muy profundos.

No obstante, se pueden plantear algunos modelos de prevención específicos, como la posibilidad de incluir en todos los niveles de la educación no

solamente contenidos sino también la posibilidad de discusión, de debates reflexivos del tema de las drogas con todos los estudiantes. Esto está planteado en un artículo en esta ley y está planteado de mejor manera en un proyecto de ley que tuvo media sanción de diputados, que es de la diputada Rico, y cayó después en el Senado.

En términos de prevención también sería útil avanzar sobre una ley antitabaco. ¿Por qué? No sólo porque el tabaco es una droga y es una de las drogas más dañinas y más utilizadas, sino porque el consumo del tabaco tal como está planteado hoy naturaliza el uso de drogas como algo normal y habitual. Quiero decir que el proyecto de tabaco que está en estudio, que cuesta mucho avanzar y que hace muchos años que lo tenemos en tratamiento en la Cámara de Diputados, plantea un modelo adecuado y razonable de trabajo en prevención de adicciones porque es un modelo de política estatal que no reprime, que no ilegaliza el consumo de tabaco, que lo restringe a ciertos lugares para la protección de las personas que no consumen tabaco y que, fundamentalmente, lo que hace es poner límites a los estímulos. Limita más el mercado, en términos de prohibir la publicidad, de obligar a ciertas advertencias sanitarias en las marquillas, etcétera, pero no se mete a prohibir o a penalizar el consumo de tabaco. Es decir, me parece que hay formas en que podemos pensar una intervención estatal en materia de adicciones en la que no podemos perder de vista la cuestión de la libertad. Un amigo decía que hoy por hoy la libertad se cotiza muy poco. Pareciera que hablar de libertad está pasado de moda. Entonces no podemos pensar una política de salud sin incluir el valor de la libertad como parte fundamental. En todas las áreas de la salud consideramos el consentimiento de las personas como un aspecto fundamental. En materia de drogas, a partir de todos estos prejuicios y todos estos temores que se han generado en la sociedad, pareciera que aceptamos fácilmente esta idea de que las personas que consumen drogas no saben lo que hacen, no tienen libertad y, por lo tanto, la solución para ellos es que el Estado decida por ellos. Esta idea de protección, que por suerte empezamos a abandonar en materia de derechos de la infancia, pasando de una concepción de protección a una cuestión de derecho, necesitamos hacerlo también en materia de adicciones.

También, tenemos que plantear en materia de prevención una política de medicamentos. No sólo porque estamos en un terreno donde se naturaliza el acceso o la utilización de medicamentos como forma de resolución rápida y fácil de cualquier problema, sino también porque existe un mercado ilegal de medicamentos y también sabemos que hay prescripción inadecuada de medicamentos. Hace poco salió una nota en la revista *Veintitrés* donde claramente se demuestra la complicidad que hay entre muchos médicos y los laboratorios para prescribir determinados medicamentos y obtener premios, como viajes, auspicios para congresos o, directamente, premios en efectivo por la cantidad de medicamentos de tal marca que se receta. Es necesario regular este tema, así como también la promoción de medicamentos. Esto

también me parece que hace a una política de prevención en materia de adicciones. Es decir, no permitir que se naturalice y que se avance tan fácilmente con la idea de que hay sustancias químicas para resolver cualquier problema y que cualquier problema humano es pasible de obtener una etiqueta que lo constituye en un diagnóstico médico, como paso previo a que la solución sea el consumo de algún químico.

En este momento, es evidente que la propuesta que está planteando el Ministro de Justicia es una propuesta incompatible con la supervivencia de SEDRONAR. SEDRONAR no sirve para nada, más allá de las personas que están adentro. No sirve para nada porque, primero, es un organismo que mezcla dos aspectos que no tienen nada que ver entre sí, como son el sanitario y el represivo, porque están mezclados en la ley y SEDRONAR es hija de esta ley. En segundo lugar, porque no maneja fuerzas de seguridad para manejar el control del narcotráfico, ni tiene bajo su órbita ningún sistema de salud como para resolver la cuestión sanitaria. En el marco de estas reformulaciones, SEDRONAR debiera ser repensada, desaparecer o pasar a formar parte del Ministerio de Salud para ocuparse específicamente de las cuestiones asistenciales. Creo que tenemos que ir hacia una política de reducción de daños y para eso es necesario, también, modificar la Ley de Drogas. Hay aspectos de la Ley de Drogas que podrían encuadrar a quienes trabajan en proyectos de reducción de daños en algunos de los delitos previstos en ella, así que en ese sentido también es necesario una reforma.

Creo en los trabajos de reducción de daños pero no como única respuesta, puede haber sujetos que quieran dejar de consumir o puede haber sujetos que no quieran o que no puedan. Creo que realmente la persistencia en el abstencionismo como única respuesta es una forma de utilización del abstencionismo como exterminio de las personas que consumen drogas. Este es el resultado, el abstencionismo a rajatabla termina siendo una herramienta de exterminio de las personas que consumen drogas porque no les ofrecen ninguna alternativa para evitar los males y las enfermedades asociadas al consumo de drogas. Creo que también, en el marco de esta reforma, sería necesario plantear la derogación de la ley de desfederalización, que solamente sirvió para que adhiera la provincia de Buenos Aires y para que persiguieran a los eslabones más débiles de la cadena, entre ellos a los consumidores.

Hoy tenemos un escenario novedoso donde las más altas autoridades de nuestro país, el Ministro de Justicia en primer término y luego la propia Presidenta de la Nación, asumieron con claridad el discurso de no criminalizar a los adictos. Esta es una situación novedosa y muy propicia para que podamos avanzar en una reforma. También es cierto que todavía persiste en el Poder Ejecutivo una dualidad bastante incomprensible, donde el Secretario de Drogas, el doctor Granero, abiertamente se opone a esa reforma y dice que la Presidenta está mal asesorada. Es difícil comprender cuál va a ser el destino de la propuesta del gobierno, en la medida en que se persista en este doble

Aportes para una nueva política de drogas

discurso donde un funcionario de alto nivel dice una cosa y otro dice otra. Y también habrá que ver qué pasa en un parlamento cambiante donde evidentemente nos cuesta construir políticas de Estado, donde evidentemente hay más una mirada puesta en las encuestas y en la devolución inmediata de la opinión pública sobre cada una de las medidas que se toman, que la mirada puesta en políticas de largo plazo. En ese sentido, esta propuesta por ahora parece más de rechazo que de aceptación de la sociedad, digamos me hace dudar acerca de hasta donde los legisladores van a ser capaces de construir una política de Estado, no mirando las encuestas sino mirando realmente las reformas que se necesitan. Lo que pido es la mayor generosidad posible, es decir, que podamos poner el eje en el tema, que podamos poner el eje en la solución del problema, que podamos hacer un análisis lo más objetivo posible de lo que vino pasando con esta ley y con esta política de drogas en nuestro país. Que no utilicemos este tema, como ningún otro, como una herramienta de disputa deportiva con el gobierno, es decir, la política entendida como deporte donde lo único que interesa es ganarle al otro y no importa cuál es el tema que estamos discutiendo.

Hay, tal vez, un escenario más propicio para la construcción de consensos pero también hay todavía mucha mezquindad. Yo tengo mis dudas acerca de cómo vamos a poder avanzar en este proceso de reforma, pero estoy convencido de que es un proceso necesario porque necesitamos reintroducir en la cuestión de la política de drogas la cuestión de la libertad, la cuestión de los derechos humanos. No puede haber una política de drogas eficiente por fuera de la Constitución Nacional, no puede haber una política de drogas eficiente persiguiendo a las personas que consumen drogas. Necesitamos dar otras respuestas y eso es responsabilidad de todos nosotros. Las ONGs han tenido cierto éxito en instalar este tema, más en la dirigencia política y tal vez con más ímpetu focalizando en los políticos que en la sociedad. Hoy, tal vez, llegó la hora de hacer este trabajo conjunto, ustedes y nosotros, de instalar este debate de la mejor manera posible en la sociedad para poder realmente avanzar.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

La polaridad del discurso: entre la autonomía y la heteronomía

Samuel Cabanchik

Doctor en Filosofía por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Es investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la República Argentina y profesor en la UBA a cargo de las materias Filosofía Contemporánea y Fundamentos de Filosofía. Ha publicado numerosos artículos en revistas especializadas nacionales y extranjeras, y es autor de libros como *El revés de la filosofía* (Buenos Aires, Biblos, 1993), *Introducciones a la Filosofía* (Barcelona, Gedisa, 2000) y *El abandono del mundo* (Buenos Aires, 2006). Es senador nacional por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde diciembre de 2007.

Estoy en el bloque de la Coalición Cívica y he sido electo por dicha fuerza política. Quizás por un prejuicio profesional en el sentido de mi práctica como filósofo, tiendo a pensar que el modo en que damos nombre a las cosas condiciona su propia realidad, la de esas cosas. En ese sentido, lo primero que quiero decir es que me parece que debemos buscar una denominación que nos convenza más de lo que nos convence pensar en las drogas simplemente como un problema. Más ampliamente, podríamos hablar del fenómeno de las drogadicciones o de la drogadicción, pero el fenómeno ya por lo menos nos permite poner entre paréntesis la evaluación de problema, la carga que la idea de problema conlleva en cuanto a su negatividad. No quiero decir que dentro del fenómeno de la drogadicción no haya un problema de drogadicción. Creo que eso también requiere primero comenzar a pensar la complejidad del fenómeno y luego ubicar dentro de dicho fenómeno aquellos aspectos que puedan constituirlo en un problema. También me parece que no podemos diluir la idea de drogadicción en la idea de adicción en general, porque allí se amplía tanto la denominación del fenómeno que se pierde de vista la capacidad de acción que podamos tener desde muy diversos ángulos.

El fenómeno de la drogadicción incluye una trama muy compleja de representaciones y de prácticas en donde se articulan procesos sociales, económicos, políticos, ideológicos y culturales. Es en el contexto de dicha trama que debemos interrogarnos por el lugar que puede tomar la legislación o la transformación de la legislación dentro de las políticas para tratar públicamente

con el fenómeno de la drogadicción. Y yo creo que hay dos discursos en pugna y considero a los dos discursos inconvenientes para esta redenominación del fenómeno. Me parece que el discurso represivo ha marcado, por un lado, una legislación represiva. Pero, también, en pugna con este discurso y esta legislación, encontramos una tendencia que podría llamar “discurso emancipador”. Si bien considero que algunos aspectos del discurso emancipador son superadores del discurso represivo, me parece a mí que ambos discursos adoptan una actitud de indiferencia para el sujeto activo del campo de los fenómenos de la drogadicción. Porque el discurso represivo lo reduce a un objeto, digamos a un elemento peligroso, de potencialidad delictiva y antisocial; y el discurso emancipador lo convierte en un sujeto de una gesta heroica para superar, justamente, las políticas represivas del otro lado. Me parece que ningún caso tiene en cuenta la complejidad del fenómeno visto desde el sujeto mismo del campo de drogadicción. En extremo podríamos pensar que para el discurso represor, el drogadicto está en una situación de heteronomía terminal respecto de su propia vida, es decir, es esclavo del objeto, no puede hacerse cargo de su vida y por lo tanto, debe ser tutelado completamente de una u otra manera por el Estado. El discurso emancipador puede correr la suerte contraria, de convertir al drogadicto en un sujeto absolutamente autónomo, como alguna bibliografía producida en países europeos y en Estados Unidos parece tender a generar y presuponer.

Yo creo que ambos discursos evitan pensar la complejidad del problema. Me parece, en cambio, que la creciente tendencia a una política dirigida a la reducción del daño puede ser un elemento superador de esa contraposición entre discurso represor y discurso emancipador, porque una política de reducción del daño, desde luego, está claramente en las antípodas del discurso represivo pero no lo hace dentro del mismo campo de presuposiciones que el discurso emancipador. Por eso creo que puede constituir una superación de lo que llamo “discurso emancipador”. Me parece que estas reflexiones, estos encuadres conceptuales deben ser tomados en cuenta a la hora de definir las políticas públicas desde el punto de vista del Poder Ejecutivo, del Legislativo y del Judicial, de los tres poderes del Estado.

Son muchos los factores que hacen a la construcción de este campo de fenómenos de la drogadicción, tenemos que tener plena conciencia en la complejidad del fenómeno y en los factores de poder que lo cruzan, en donde se destaca la cuestión delictiva asociada a la oferta de drogas ilegales, teniendo cuidado de no confundir ese fenómeno con la totalidad del fenómeno. También hay otro problema que es el tema de la medicalización, que a su vez se da en paralelo con esta construcción de demonización del sujeto del fenómeno de la drogadicción, del sujeto central que es el adicto. Entonces, me parece que según cortemos el fenómeno vamos a tener un diagnóstico distinto y según un diagnóstico distinto vamos a propender a una acción distinta desde el Estado. Lo que llamaría un intento de “discurso superador” de la conflic-

tiva presentada entre discurso represivo y discurso emancipador, ubicaría al fenómeno de las drogadicciones como un campo en el que, como tantos otros campos psico-socio-culturales, están siempre en pugna la autonomía y la heteronomía. Los seres humanos no somos ni plenamente autónomos ni plenamente heterónomos, constantemente nos ubicamos en una relación dentro de esa dialéctica, dentro de esa tensión entre autonomía y heteronomía. Eso mismo le pasa al adicto, al sujeto que está dentro del campo de las adicciones o del fenómeno de la drogadicción.

En otra época, la droga estuvo asociada a un elemento de autonomía, de reinención de sí mismo a través de un camino hacia la libertad, lo contracultural, los años 60, droga y *rock and roll*, etcétera. Luego pasó a estar asociada a la mayor heteronomía posible, a la esclavitud dada por la relación que el individuo establece con algún objeto determinado, objeto de su satisfacción pulsional que agota su capacidad de instrumentar dicho goce en la absorción dentro del circuito que crea con ese objeto. Una estructura, por cierto infantil, que todos tenemos pero que en el caso del adicto se enseñoorea respecto de la totalidad de su vida. Demonizar esa situación cuando es una potencialidad de cualquier individuo, obviamente, no ha aportado a la solución sino que ha agravado el aspecto problemático del fenómeno.

Creo que estamos en un momento muy interesante en la Argentina, donde podemos dar este tipo de debates y reflexiones públicas, pero creo que tenemos que ser muy cuidadosos, no bandearnos de un extremo al otro de un campo de polarización que reduce el fenómeno, que no tiene en cuenta su complejidad y no tiene en cuenta el punto de vista del sujeto de dicho campo. Definir ese sujeto es uno de los elementos más importantes para un diagnóstico y una política superadora a la que tenemos hoy. ¿Cuál es la meta que perseguimos? Yo creo que podemos seguir pensando que la política ejercida tanto fuera del Estado como dentro de él, tiene que apuntar a fortalecer las capacidades de autonomía de los individuos en la sociedad, debe ser una herramienta para ello. La legislación solo fija condiciones generales para algo. Creo que es bueno que ese algo sea una autonomía creciente de los individuos. Desde luego, una legislación represiva pretendiendo supuestamente o declarativamente lo contrario solo deja más firmemente en el lugar de la heteronomía al sujeto del fenómeno de la drogadicción. Entonces debemos refocalizar el problema dentro del fenómeno en su conjunto.

¿Qué queremos, entonces? ¿Queremos simplemente paliar el sufrimiento y los efectos colaterales y las consecuencias de las adicciones? Me parece que eso se queda corto. Nuestro objetivo tiene que ser que cada vez más y más personas encuentren una vida rica que vivir en sociedad, variada, llena de creación simbólica, de sentido para su propia vida y no creo que el campo de la drogadicción sea el mejor modo de lograr eso. Así que no nos alcanza sólo con paliar los efectos nocivos, acompañar al drogadicto entendiendo que eso es una situación de hecho que ya no podemos modificar, sino que

debemos tender a generar condiciones generales en nuestra sociedad. Y eso no se puede hacer sólo legislando, tiene que ver con educar de otro modo, con establecer distintas pautas en los medios masivos de comunicación. Por ejemplo, si ampliamos el análisis de la estructura de la adicción, el objeto de la adicción puede ser algo no tan material como cocaína, marihuana o paco, uno puede ser adicto a muchas cosas distintas, a la televisión, a la sexualidad, a otro tipo de drogas legales como el tabaco o el alcohol. La estructura de la adicción también está promovida en una sociedad por su publicidad, normalmente tiende a ofrecer este mensaje: goza de este objeto inmediato que te estoy entregando y cambia rápidamente de objeto al siguiente, y reproduce constantemente esa situación de goce para lo cual lo mejor es tener una alta capacidad de consumo, ser exitoso en el sistema y poder consumir cada vez más, y cada vez diferente. Eso también podría estar colaborando con el problema del fenómeno, con la problematización del fenómeno, y no tenemos políticas de Estado serias para regular esa dinámica del mensaje que forma parte de la realidad cotidiana en las grandes ciudades como Buenos Aires o tantas otras de la Argentina y del mundo.

Es obvio que la legislación no puede, por sí misma, pero debe sumarse a un conjunto de políticas que lleven a una mayor autonomía del individuo. No quedarnos simplemente en paliar los efectos de una situación en la cual ya hay cierta heteronomía establecida, pero tampoco criminalizar ni penalizar a aquel que está en una situación en la que podría salirse del campo problemático, y en lugar de ello la penalización, la criminalización, el pasarlo a un sistema penal, a un sistema carcelario, no hace más que reafirmarlo en esa condición heterónoma y problemática del fenómeno.

En este ámbito saltan problemas todo el tiempo. En estos momentos tenemos como noticia el problema de los precursores y la falta de legislación acerca de ellos, porque el estatus de los precursores es una lista de la SEDRONAR, no está incluida en ninguna ley. Esto es un problema que también debemos atender, sobre todo cuando el tráfico de precursores está tan abierto y tan a la mano. Me quedo, entonces, con el resumen de algo que supere la polaridad entre el discurso represivo y el discurso emancipador, y que nos lleve a la comprensión del fenómeno de la drogadicción desde el punto de vista del sujeto de dicho campo, para una legislación y una política de Estado que apuntale su autonomía progresiva y no lo deje en una heteronomía insuperable.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

Derecho al consumo de sustancias. La perspectiva del usuario

Edith Moreno

Fue activista por los derechos y obligaciones de las personas que viven con VIH/sida y usuarios de drogas. En el momento de la presente disertación era presidenta y cofundadora de la asociación Cogollos Córdoba, de reducción de daños, y referente de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/sida en la provincia de Córdoba. También, coordinó los subproyectos “Mujer... Bajá un cambio y escuchá nuestra propuesta” y “Tenelo siempre en la cabeza”, fue miembro asesor de la Comisión para las Minorías Sexuales y Portadores de VIH de Córdoba, colaboradora ad-honorem del Programa Municipal de Sida de la misma provincia, miembro de la Red Argentina de Personas Viviendo con VIH/sida, cofundadora de la Mesa de Diálogo Abierto “Mediar Sida”, fundadora y ex presidente de la Asociación Unidos Contra el Sida, y secretaria ejecutiva de la asociación civil Convivir con VIH. Edith falleció en diciembre de 2009.

Represento a una asociación de reducción de daños de uso de cannabis. Tomo la invitación en representación de todos los usuarios, y en ese sentido voy a tratar de hacer algo generalizado. En primer lugar, quisiera decir algo que seguro los aquí presentes tienen muy claro. El tema que se aborda en esta conferencia, drogas, consumo, políticas, es extremadamente complejo y amplio. Presentar una ponencia se torna difícil dada la variedad de enfoques posibles y los puntos de vista relacionados con creencias personales, formación e información. En suma, está latente el riesgo de abrir interrogantes y de no abarcar muchos; riesgos que toda visión parcializada de un fenómeno genera a la hora de transmitir una idea.

Pero he sido invitada a exponer como consumidora o usuaria. En mi caso puntual soy usuaria de *cannabis*, por lo que mi desarrollo va a estar siempre dirigido a hacer aportes en defensa de esta causa. No se puede construir una política de drogas justa sin la presencia del protagonista, que es el usuario.

La sociedad tiene una visión distorsionada del usuario y de la sustancia ilícita. Basta reparar en el uso de palabras despectivas como drogón, falopero, quemado, drogadicto con las que se nos tilda, las cuales son empleadas con soltura por gente de todos los estratos sociales. En cambio, reina la tolerancia

con el consumidor de drogas legales. La amiga, la tía o el vecino que toman psicofármacos diariamente no son tachados con conceptos descalificantes; ni el bebedor social recreativo que muchas veces genera hasta simpatía. “Papá se toma un litro de vino en la cena porque está estresado”. “La tía se toma un psicofármaco a la noche porque no se puede dormir”. Como sociedad tenemos el deber de dejar de lado los conceptos estigmatizantes y pugnar hacia la tolerancia, incentivando la comprensión y no el miedo a lo diferente. Además, debemos dejar de lado los rótulos al definir al usuario como un débil o enfermo.

En efecto, hay drogas que han tenido mejor suerte histórica que otras en la aceptación por parte de la sociedad. La cuestión aquí es que en el tema que tratamos no hay verdades absolutas y los prejuicios están retrasando la llegada de una legislación acorde a los tiempos que vivimos. De esta manera, se considera al cannabis como una droga dura, aunque centenares de estudios revelan que es una planta con propiedades psicoactivas como tantas otras a las que acudimos en lo cotidiano, que tenemos en el jardín de la casa y muchas veces la gente no lo sabe, como el floripondio, la nuez moscada, la ayahuasca, y una serie de sustancias más.

A la hora de abordar el tópico, se ha fallado en varias tareas necesarias para que el punto de partida del debate sea equitativo, como en relación al tipo de vínculo, y si se quiere, la utilidad que impulsa a la gente a acudir a determinadas drogas. Creo necesario destacar las características positivas que el uso de una droga ilícita posee, y recordar que el consumidor es una persona, un ser que piensa, hace, sufre, como todo otro ser humano. Debo remarcar que la mayoría de nosotros interactuamos con gente que no consume drogas ilícitas, en el general de la sociedad: estudiantes, trabajadores, somos padres, somos hijos, somos patrones, escritores, en fin, abogados, vecinos, docentes. Somos miembros activos de una comunidad, votamos y pagamos nuestros impuestos, vivimos y queremos vivir.

Reafirmando la idea que acabo de plasmar voy a citar a la médica y socióloga Ana Lía Kornblit (2004), la cual expresa que “el escenario del consumo de drogas se ha modificado en los últimos años con el surgimiento de un nuevo perfil de adictos, que lo hace por fin recreativo y que manifiesta claras diferencias con los usos marginales de las drogas”. Perspectivas como las de la autora deben ser sopesadas a la hora de abordar la temática que nos convoca, es imperativo contar con puntos de vista alejados de los preconceptos de tipos morales y viciados de desinformación e intereses personales. Concretamente, me refiero a los especialistas que comercializan con la rehabilitación a través de los medios de comunicación en vez de dar solución. En estos casos sólo crean confusión.

Asimismo, es importante destacar que la experiencia con las drogas no es igual para todos. Está de más decir que si un joven no tiene expectativas laborales, ni educación, ni contención familiar, el impacto del consumo será problemático. Pero la solución no es implementar una política prohibicionista que

persiga y castigue a todos por igual. La estrategia que coloca al usuario como el nexa para llegar al vendedor, fracasó. En los tribunales se aplican causas a consumidores sin llegar a los grandes narcotraficantes; penar con prisión a los consumidores es una falencia que debe cesar de inmediato. La prohibición genera concentración en la distribución y diversifica el consumo. Para ilustrar sirve el ejemplo de Holanda, que evitó que los usuarios de marihuana entraran en contacto con otras drogas legalizando lugares para fumarlas.

Creo que hablo por todos los consumidores de drogas ilegales, tanto por los que lo hacen por razones recreativas como por aquellos que las utilizan con fines terapéuticos, al decir que a la hora de tratar una política de drogas seria, la cuestión debe estar basada en evidencias y datos de la realidad. Debemos entender, digerir y respetar que se trata de prácticas privadas amparadas constitucionalmente, como la que es, a mi entender, la más lograda expresión de la carta magna, expresada en el artículo 19. Valga recordar que el ministro de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, doctor Eugenio Zaffaroni, declaró que perseguir a los consumidores y castigar la tenencia para consumo, mientras no afecte bienes jurídicos ajenos, era inconstitucional. En el marco de este principio de reserva, es claro que toda la normativa que emana de los diferentes poderes debe respetarlo y que el contenido de cualquier decisión debe tener en cuestión a la libertad, principio fundamental de la sociedad civil. Lo que está sobre tablas entonces es la libertad, la que debe ser honrada por cualquiera, como dice el preámbulo de la Constitución, para asegurar sus beneficios para nosotros, para nuestra prosperidad y para todos los hombres del mundo que quieran habitar en suelo argentino.

Retomando el tema de la necesidad de afianzar los planes de acción en evidencias, voy a demostrar la falta de participación del consumidor y lo alejada que está la discusión de la realidad. Resalto, a modo de ejemplo, a la SEDRONAR, que tiene un Observatorio de Drogas integrado por ex usuarios, es decir, con gente que consumió sustancias hace muchísimo tiempo y que carece de experiencia práctica con las que hoy, en el siglo XXI, utilizamos los usuarios. Acudo nuevamente a conceptos de la doctora Kornblit (2004), quien afirma que “en Argentina la reclusión en instituciones responde a un modelo resquebrajado, basado en un esquema de premios y castigos”. Por suerte, como sociedad asistimos a un proceso de progresiva aceptación de la política de reducción de daños que, como se sabe, reconoce las necesidades de los usuarios y no persiste en la eliminación del consumo. Es decir, respeta la libertad de elección del individuo que acude por razones particulares al uso de una sustancia.

Otra línea importante que debemos recordar, es el paso que dio la Cámara Federal porteña al resolver que no es delito la tenencia de marihuana con fines terapéuticos, aunque no exista prescripción médica. Consideró que es legítimo su consumo si ayuda a una persona a calmar dolencias crónicas, valorando que tal tenencia era penalmente irrelevante. La resolución de la

Cámara no se pronunció sobre las propiedades médicas, pero admite que es legítimo si el consumo contribuye a que la persona pueda paliar su patología. De esta manera se introduce un nuevo elemento, los conceptos de salud individual y salud pública, y el derecho a que ambos sean respetados. El tribunal coincidió con la defensa de la acusada en la irrelevancia penal de la conducta, ya que el contexto en el que se verificó la tenencia destinada al uso personal de la imputada fue la intimidad de su vivienda, y quedó descartado el riesgo potencial para la salud pública, que es lo que podría justificar la intervención punitiva del Estado.

Quisiera enfatizar que nuestro país no cumple con los tratados internacionales, los cuales reconocen que la sociedad debe estar presente al tratar leyes que legislan sobre las drogas. Me refiero a la Carta Democrática Interamericana en su artículo 6 y su artículo 9. Desde la asociación a la que pertenezco, Cogollos, entendemos que precisamos cambios en relación al uso de drogas ilegales. Estamos convencidos de que, sin la participación del usuario en las mesas de discusión, los avances siempre tendrán una pata floja. Carecerán de visión real de lo que vive, siente o necesita el consumidor.

Otra idea que manejamos y que deseo plantear con firmeza, es que el uso del *cannabis* debería tratarse como una ley del tabaco, ya que es una gran mentira que la marihuana es una droga que inicia hacia otras drogas. Debemos tomar aquel precedente y legislar el uso del *cannabis* de manera análoga, como ya se ha hecho con el alcohol y el tabaco. Cuestiones como la edad adecuada para el acceso, los ámbitos y las provisiones puntuales serán motivos de otra discusión.

A todos aquellos que se oponen sin razonar, que apuntan con el dedo sin intentar comprender, que mienten y estigmatizan, les tengo un mensaje: uno de los pilares del sistema republicano del gobierno es la libertad, si para usted fumar marihuana o acudir a una sustancia determinada es sinónimo de rechazo, simplemente no lo haga. Si choca con un precepto moral, dígalo, expréselo, pero hasta ahí llega su derecho, lo demás queda reservado al ámbito privado de sus conciudadanos.

Buenos Aires, 25 de agosto de 2008.

Referencias

Kornblit, A. M., *Nuevos estudios sobre la drogadicción*. Buenos Aires, Biblos, 2004.

Informe crítico sobre la política de drogas en Brasil

Dênis Petuco y Regina Bueno

Dênis Petuco es especialista en reducción de daños e investigador en Ciencias Sociales. Al momento de esta presentación era secretario general de la Asociación Brasileña de Reductoras y Reductores de Daños.

Regina Bueno es psicóloga, especialista en Salud Pública. Fue miembro fundadora y ex vice-directora de la Red Latinoamericana de Reducción de Daños. Ha publicado artículos en revistas especializadas nacionales e internacionales. Se desempeña como suplente para São Paulo de la Red Brasileña de Reducción de Daños y Derechos Humanos.

Introducción

Este es un texto elaborado por dos de las más importantes organizaciones de reducción de daños en Brasil. Es muy importante para el Brasil, y creo que para el movimiento de reducción de daños en todo el continente, esta aproximación de estas dos organizaciones que son compañeras de lucha. Cuanto más juntos estemos es mejor para todas las personas que usan drogas en Brasil. Es con este espíritu que la Asociación Brasileña de Reductores y Reductoras de Daños (ABORDA) y la Red Brasileña de Reducción de Daños y Derechos Humanos (REDUC) han desarrollado trabajos complementarios. ABORDA está formada, principalmente, por reductores y reductoras de daños, y tiene como objeto central de sus intervenciones el desarrollo de las políticas de salud; REDUC, por otro lado, tiene un cuerpo de asociados formado por un grupo considerable de investigadores y su área de intervención son las políticas de drogas como un todo, no sólo desde la salud.

Son estas dos organizaciones, en pareja con Koinonia y con el apoyo de decenas de otras, que produjeron el documento “Relatório Brasil 2008”,¹ que inspira el presente texto. El proceso de construcción de este documento comenzó con diálogos con distintos compañeros de Argentina, Uruguay, Chile y de otros países de América Latina en abril de 2007, cuando ocurrió en Buenos

¹ El documento está disponible en <http://www.abordabrasil.org/porai/RELATORIO%20BRASIL.pdf>.

Aires el Foro Latinoamericano de VIH/sida. En aquel momento, empezamos a dialogar y construir juntos una articulación de movimientos de personas y grupos de colectivos en Latinoamérica, que tienen la preocupación de producir nuevas políticas de drogas. En este proceso, fueran creadas iniciativas como la constitución del Grupo Latinoamericano sobre Políticas de Drogas (GRU-LAD), siempre con el protagonismo de los compañeros de Intercambios. Así, quedamos más fortalecidos como una gran red de personas y colectivos unidos por los mismos ideales, para enfrentar los desafíos del proceso de Beyond 2008, tanto en Lima (etapa Latinoamericana), cuanto en Viena (etapa mundial).

En Brasil pensamos: ¿qué cosas podíamos hacer por este debate hacia otra política de drogas? La inspiración para la respuesta a esta pregunta vino del movimiento feminista. ¿Por qué? Porque, por lo menos en Brasil, el movimiento feminista unificado tiene la costumbre de producir lo que se llama “informe sombra”, que son documentos alternativos a las relatorías producidas en el ámbito del Estado acerca de las políticas públicas (en este caso, para las mujeres). Es común que el Estado produzca informes oficiales para conferencias internacionales, aunque sabemos que estos informes no siempre reflejan la realidad. Entonces, siguiendo ese espíritu, nuestras organizaciones produjeron un informe que se hizo cargo de la realidad de las políticas de drogas y, de modo especial, puso énfasis en la situación de las personas que usan drogas en la actualidad brasileña.

Nos propusimos, como objetivos, producir una reflexión colectiva por parte de diversos grupos de personas que piensan las políticas de drogas desde una perspectiva crítica. Esto es importante, porque el informe no es reflejo de lo que piensa la totalidad de las organizaciones que trabajan en drogas. Muy por el contrario, es la reflexión de los que piensan críticamente las políticas de drogas a partir de compromisos claros con la defensa de los derechos humanos de las personas que usan drogas. El segundo objetivo era discutir esta reflexión en los tres niveles del Estado: en el nivel nacional federal, entre los gobiernos estatales y con las municipalidades; porque en cada nivel de gobierno hay también niveles de actuación de las políticas de drogas. Las políticas de salud pública en Brasil, por ejemplo, tienen nítidas dimensiones en estos tres niveles: en el nivel federal está la elaboración de directrices y la financiación, en el de las provincias están las cuestiones relacionadas a los procesos de supervisión y formación permanente de los trabajadores de salud y en el de las municipalidades está la ejecución propiamente dicha de las políticas de atención en salud (lo que incluye las políticas dirigidas a personas que usan drogas).

El informe contemplaba cuatro ejes: una mirada sobre la “nueva” Ley de Drogas en Brasil, otra acerca de las relaciones entre violencia estructural y política de drogas, otra sobre las políticas de salud y la última sobre la ciudadanía de las personas que usan drogas y del movimiento social de la reducción de daños. Sin más, veamos entonces un resumen del documento “Relatório Brasil 2008”.

La “nueva” ley de drogas

El capítulo que habla de la nueva ley de Brasil fue escrito por Salo de Carvalho, profesor de derecho criminal de la Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Si bien en el 2006 se produjo esta “nueva” ley de drogas, para muchos de nosotros esta ley no es así tan nueva, pues en varios de sus aspectos está lejos de ser lo que nosotros quisiéramos. Si por un lado pone fin al proceso de encarcelamiento de las personas que usan drogas consideradas ilícitas, por otro lado el uso de algunas drogas sigue siendo considerado un crimen. Las personas que tienen drogas para uso personal siguen siendo consideradas delincuentes, aunque las penas no son más de cárcel, sino penas “alternativas”.

Salo de Carvalho señala que hay una retórica preventiva en el texto de la “nueva” ley de drogas, así como también hay una reflexión sobre las políticas de salud. Pero en lo que es realmente más importante en una ley de drogas, sus aspectos criminales, se mantiene un énfasis represivo. En la ley de drogas, y también en varios textos legales en Brasil, se percibe una gran distancia entre las funciones declaradas en los textos y las funciones realmente ejercidas por las agencias punitivas.

Hay una inserción en las lógicas transnacionales de control de drogas. Para las personas con una tradición crítica en las políticas de drogas, lo que ocurrió fue una modernización de los textos legales más que una nueva ley de drogas. Si, por un lado, es verdad que los que tienen drogas para consumo personal no son más encarcelados (lo que, por supuesto, es un avance), por otro, las personas involucradas en pequeños crímenes, como mulas y traficantes de pequeñas cantidades, siguen sufriendo cada vez más el peso de la mano dura del Estado, por cuenta de este énfasis represivo. Antes, en la ley anterior, la pena para tráfico era una pena mínima de 3 años y máxima de 10. Hoy, la pena mínima es de 5 años y la máxima de 15. Estamos hablando, por ejemplo, de jóvenes mayores de 18 años que tienen una pequeña cantidad de droga para hacer comercio; y esas personas pueden llegar hasta 15 años de prisión. Otra cosa que se percibe en la “nueva” ley de drogas de Brasil es la insistencia de aquello que nosotros llamamos la “ideología de la diferenciación” entre traficante y usuario. Para el traficante hay una lógica (traficante-crimen-policía), y para el usuario, otra (usuario-enfermedad-internación). Esto era así antes y ahora también, con la “nueva” ley de drogas. En la práctica cotidiana, para los jóvenes pobres, habitantes de la periferia de las grandes ciudades, se percibe la primera lógica. Si son jóvenes de clase media o de la alta burguesía brasileña, son siempre considerados usuarios, enfermos y para ellos hay tratamientos de salud. La nueva ley de drogas no consigue cambiar la demonización de las personas involucradas con las drogas. Persiste la idea de que las personas que usan drogas financian el narcotráfico y son responsables por la violencia. Hay una legitimación de los mecanismos de control más duros para el narcotráfico, que en Brasil incluye

a los pequeños traficantes, a los pequeños comerciantes de drogas. No hay una distinción clara entre un gran zar del narcotráfico y un chico que vende marihuana. Son todos traficantes. El texto legal de la “nueva” ley de drogas no hace esta distinción entre traficantes y usuarios. En el texto hay una distinción entre tenencia personal y tráfico y se indican penas diferentes, pero no está en el texto cómo se hace esta diferenciación. Las diferenciaciones terminan siendo hechas por el color de la piel, por la clase social, por el lugar de la ciudad donde la persona fue arrestada, por la dirección de su domicilio.

Violencia estructural y políticas de drogas

Este texto fue escrito por Jorge Atilio Silva Iulianelli y Maristela Moraes. Jorge Atilio es parte de una organización llamada Koinonia, una organización religiosa que tiene una perspectiva muy crítica respecto de las políticas de drogas, con trabajo acerca de los jóvenes involucrados con el tráfico. Hay en Koinonia una gran preocupación por cómo el Estado, año tras año, sigue tratando a estos jóvenes como la gran amenaza nacional. Maristela Moraes forma parte del directorio de ABORDA y en su organización de base (Instituto Papai, de Recife, Pernambuco) trabaja con políticas de género.

En su texto, Jorge y Maristela señalan cómo se sigue manteniendo un carácter selectivo de las leyes y las políticas de drogas. Las personas blancas y con más plata son siempre tratadas como usuarios con una enfermedad, para los cuales existen los servicios de salud. Los jóvenes pobres y negros son tratados, casi siempre, como criminales y traficantes, y para ellos no hay servicios de salud, sino la policía, el sistema judicial y la cárcel.

Las lógicas penales afectan mucho más a los más pobres y hay evidentes recortes de género, raza, edad y clase social cuando se observan las muertes de personas involucradas con el fenómeno de las drogas. Tenemos muy claro que las personas que mueren en la llamada “guerra contra las drogas” son casi siempre jóvenes, negros, pobres y hombres, lo que nos hace pensar en el recrudescimiento de la ideología de las clases peligrosas. Las políticas de drogas alimentan dispositivos de exclusión social y la criminalización de las drogas es parte de los problemas. En una realidad de pobreza y exclusión social, la criminalización de las drogas no es parte de un dispositivo de solución de los problemas de drogas, sino parte de los problemas. Hoy, en Brasil, se mueren mucho más jóvenes en función de las políticas represivas hechas para proteger a los jóvenes, que en función del uso de drogas propiamente dicho.

Políticas de salud para personas que usan drogas

Este capítulo fue escrito por Dênis Petuco, de ABORDA, y Daniela Piconez, de REDUC. Entendemos que existe un gran esfuerzo por parte del Estado brasileño en construir una nueva realidad en políticas de salud, no solamente para

personas que usan drogas, sino también para la población en general. Hay un esfuerzo que ha empezado hace 20 años con el movimiento de reforma sanitaria, que es un movimiento muy fuerte en Brasil, de carácter popular, de articulación entre muchas organizaciones populares, comunales y sindicales, grupos estudiantiles y de investigadores militantes, que han conformado el movimiento brasileño de reforma sanitaria y también de reforma psiquiátrica. Es importante señalar que este movimiento surge construyendo el Sistema Único de Salud (SUS) y se fundamenta en cuatro principios que son los que nortean el sistema de salud: el de integralidad, que dice que las personas tienen derecho a tener todo lo que es necesario para atender su salud, el de universalidad, por el cual la salud es un derecho de todos, el de equidad, que indica que las poblaciones con necesidades específicas tienen derecho a tratamientos específicos también y, por fin, el que afirma que la salud es un derecho, y si es un derecho no puede ser una obligación, por lo tanto no se puede obligar a nadie a hacer un tratamiento de salud contra su voluntad.

Entonces, a partir de esto, nosotros percibimos que hay un esfuerzo del Estado por construir una nueva realidad para todas las personas, incluyendo a las que usan drogas. Por ejemplo, por el principio de universalidad se puede hacer hincapié en la realidad de que, históricamente, sólo eran atendidas en Brasil las personas que quisieran abandonar el consumo de drogas, pero esto impone una excepción que no puede existir en un sistema de salud que tiene a la universalidad como un principio. Por el principio de equidad se puede pelear por políticas y programas específicos para personas que usan drogas (por ejemplo, los programas de intercambio de jeringas). Por el principio de integralidad se puede recordar a los gobernantes que las necesidades de las personas que usan drogas están más allá de programas desarrollados para ayudarlas a abandonar el uso de drogas. Por fin, el principio que nos recuerda que la salud es un derecho, y no una obligación, retira del Estado la posibilidad de crear programas de internación involuntaria y de tratamiento obligatorio, como los programas de justicia terapéutica.

Cuando pensamos en las políticas específicas para la salud de las personas que usan drogas, hay tres agencias del Ministerio de la Salud que hacen un gran esfuerzo para cambiar la realidad y atender a las necesidades de estas personas: el Programa Nacional de VIH/sida, la Coordinación Nacional de Salud Mental, Alcohol y otras Drogas, y el Programa Nacional de Hepatitis Virales. No obstante, la cobertura aún es muy precaria, especialmente por parte de los programas de salud mental. Hay un proceso de descentralización administrativa que a veces funciona para bien y otras veces para mal. Si bien yo hablo de principios universales en Brasil, también tengo que decir que el poder del Ministerio de Salud es limitado, porque la ejecución de las políticas de salud en el cotidiano de la vida de las personas es atribución de los gobiernos municipales y estatales, y no del gobierno federal. Entonces, si bien el gobierno federal es un gran compañero y socio del movimiento de reducción

de daños y de derechos humanos de las personas que usan drogas, sus atribuciones en el cotidiano de los servicios de salud son limitadas.

Más allá de las políticas públicas de salud, hay muchas organizaciones de la sociedad civil haciendo trabajos de promoción de salud y, también, muchas organizaciones no gubernamentales que trabajan en reducción de daños. Hay comunidades terapéuticas haciendo trabajos fantásticos y otras que hacen trabajos horribles. Por un lado es importante tener a la sociedad civil involucrada en estos trabajos; pero por otro lado, la fiscalización sobre las iniciativas comunitarias es precaria o muchas veces inexistente.

Para nosotros, que trabajamos en reducción de daños, es muy común que recibamos visitas de agentes de fiscalización del gobierno federal, pero la mayoría de las veces la fiscalización es tan sólo sobre los recursos financieros que recibimos del gobierno. Hay muy pocas experiencias de fiscalización preocupadas en saber cómo se hace nuestro trabajo, sobre si lo estamos haciendo de verdad.

Hay también un recrudescimiento de las prácticas de encarcelamiento como estrategia de promoción de salud. Hablamos específicamente de una nueva realidad en Brasil, que es la “Ley Seca”. Es decir, hay una nueva ley en Brasil que probablemente sea la más radical del mundo acerca de la conducción de autos y uso de alcohol. Para que se tenga una idea, la nueva ley brasileña nos dice que no se puede manejar después de beber cualquier cantidad de alcohol, por mínima que sea. Una persona que maneje después de beber 50 mililitros de cerveza puede acabar en la cárcel. Creemos que es necesaria una fiscalización, pero no acordamos con que la pena para las personas que manejen alcoholizadas sea la cárcel.

También existe una baja valorización de los trabajadores sociales involucrados con trabajos dirigidos a las poblaciones que usan drogas y otras poblaciones vulnerables; lo que podríamos llamar una “precarización laboral en salud”, principalmente los operadores de campo de reducción de daños y diversas personas involucradas en el trabajo con los más vulnerables. ¿Cómo es posible hacer una estrategia de salud pública, si los trabajadores de salud pública no son valorados?

Ciudadanía de las personas que usan drogas

Este capítulo fue producido por Dênis Petuco, de ABORDA, y Sergio Vidal, antropólogo y activista anti-prohibicionista. El texto está pensado en dos dimensiones: por un lado el movimiento autónomo de las personas que usan drogas y, por otro, el movimiento social de reducción de daños en Brasil. Sobre el movimiento de personas que usan drogas, vale recordar que este movimiento tiene su génesis en la década de 1970 con el movimiento de la contra-cultura. A partir de la década de 1990, hay un renacimiento de los movimientos que nuclean a las personas que usan drogas, con el desarrollo de las políticas de reducción de daños.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

En 2008, hubo una gran articulación en 14 ciudades brasileñas a raíz de la realización en el mes mayo de la marcha por la legalización de la marihuana. Esta marcha es considerada como un momento estratégico para la discusión de las leyes sobre marihuana y para la movilización de las personas que usan drogas en Brasil. Pero de las 14 ciudades en que había actividades organizadas, en 10 de ellas el derecho a la libre manifestación fue infringido. Las manifestaciones fueron prohibidas y las personas no pudieron salir a la calle a manifestarse políticamente. Nuestras organizaciones consideran esto muy grave, al igual que otras organizaciones de Brasil. Por ejemplo, la Orden de los Abogados de Brasil hizo en la ciudad de Rio de Janeiro una declaración diciendo que el derecho de manifestación política de las personas no puede ser prohibido. Los jueces decían que el uso de drogas está prohibido y no se puede manifestar a favor de modificaciones en las leyes. Si es así, deberían prohibir todas las manifestaciones a favor de la legalización del aborto y el movimiento feminista no podría hacer ninguna salida a la calle.

Respecto de la segunda dimensión, el movimiento de reducción de daños, percibimos que hemos superado el momento en que la reducción de daños era considerada como “demoníaca” y hoy es parte de la política de atención a las personas que usan drogas. El gobierno brasileño ha hecho de la política de reducción de daños la directriz de su política de atención integral a las personas que usan alcohol y otras drogas. No somos más clandestinos como éramos hace algunos años, en que los operadores de campo, en algunas ciudades, tenían que salir a las calles con el teléfono de un abogado en el bolsillo.

Cada vez más, hay una ampliación de nuestro espacio en el ámbito académico. Pero si bien esto puede ser celebrado como una victoria, hay que decir que seguimos teniendo una baja cobertura en términos de las municipalidades. La gran mayoría de las ciudades brasileñas aún no tiene ningún programa de reducción de daños. Son más de 5.500 ciudades en Brasil y programas específicos de reducción de daños existen en poco más de 100 ciudades. Entonces, aunque exista todo un discurso de aceptación, la realidad es que la cobertura es muy mala. Por otro lado, desde el movimiento de reducción de daños hay una profunda reflexión sobre la identidad política y social del reductor de daños: ¿es un trabajador de la salud? ¿O es una persona involucrada con la producción de dispositivos de mediación cultural entre personas que usan drogas y los servicios de salud? ¿Quiénes, al final de cuentas, somos nosotros? ¿Somos trabajadores, somos activistas? ¿Somos las dos cosas? Hay una profunda y controversial reflexión en torno a esto.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

Legislación sobre drogas: de la letra escrita a su aplicación

Distintos países de la región han presentado modificaciones en sus plexos normativos vinculados al fenómeno de las drogas, principalmente en sus normas penales. En una rápida enumeración se pueden mencionar los casos de Chile (2005), Argentina (2005), Brasil (2006), México (2009) y Colombia (2009).

Estos cambios en la redacción de las normas han tenido aspectos positivos y negativos. Si bien se registra cierta tendencia a hacer retroceder el derecho penal en relación a los consumidores y reconocerles mayores derechos, o a discriminar niveles dentro de las actividades de tráfico, no siempre los límites son tan claros; incluso, a veces se suaviza el tratamiento de ciertos aspectos a cambio del endurecimiento de otros. Así, las agencias encargadas de su aplicación tienen amplios márgenes de interpretación, a veces permitiendo la arbitrariedad. La consecuencia sigue siendo la misma, la criminalización de los actores menores (consumidores, adictos realizando actividades de tráfico, pequeños traficantes, “mulas”), muchas veces en situación de vulnerabilidad, a veces múltiple.

Esta experiencia debe llevarnos a mirar más allá de las leyes, sin dejar de perseguir cambios en ellas. Es necesario prestar mayor atención a las prácti-

cas en la aplicación de la ley, ya que muchas veces es en esta instancia donde se definen los alcances de aquello que está expresado en su letra.

La experiencia argentina en este sentido muestra que, luego de la sanción de la Ley 23.737 (1989), el incremento de su aplicación aparece directamente vinculado a la actuación de las fuerzas policiales, concentrándose principalmente en la persecución de consumidores. Ello parece haberse confirmado en la provincia de Buenos Aires con la última reforma (2005), conocida públicamente como “desfederalización”, en algún punto similar a la producida en México y conocida como “narcomenudeo”.

Pese a ello, muchos tribunales (aunque no todos) han puesto límites al desarrollo de esas persecuciones, al adoptar distintos criterios desinclinando sobre las conductas de los consumidores. Esto se vio confirmado últimamente con el fallo “Arriola” (2009) de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que declaró inconstitucional el artículo que reprime la tenencia de estupefacientes para consumo personal, en la medida que no afecte a terceras personas.

Sin embargo, pese a aquellos criterios desinclinantes de los jueces, las prácticas policiales no han cambiado sustancialmente y siguen iniciándose causas contra consumidores. Así, la política criminal del Estado Argentino en este tema no tiene una dirección clara. Este tipo de fenómenos muestra la importancia de las prácticas. Por supuesto que no es lo mismo tener una u otra redacción de las leyes, pero es necesario mirar los fenómenos jurídicos más allá de las letras de las leyes, como en general se acostumbra en las facultades de Derecho, y entenderlos como parte de una conjunción entre la letra y las prácticas, entre “deber ser” y “ser”.

Las ponencias presentadas en este apartado pretenden realizar un aporte en este sentido. En ellas no sólo se podrán encontrar reflexiones sobre la necesidad de reformular los textos legales hacia redacciones más respetuosas de derechos, sino que se podrá reconocer, sobre todo en aquellos operadores del sistema penal, la inquietud sobre lo que ocurre a la hora de su aplicación. Esperamos que sirva para avanzar hacia una política de drogas más humanitaria.

Alejandro Corda

Abogado por la Universidad de Buenos Aires. Es integrante del equipo de Investigación de Intercambios Asociación Civil y del Proyecto UBACyT S044, “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Necesidad de actualizar y reformular la legislación sobre drogas

Horacio R. Cattani

Abogado. Licenciado en Criminología y Criminalística por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y especialista en Derecho Penal y Ciencias Penales por la Universidad del Salvador. Es juez de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de la Ciudad de Buenos Aires. También, profesor de Derecho Penal, Procesal Penal y Criminología en las facultades de Derecho y de Psicología de la UBA, y profesor del Posgrado en Problemática de Uso Indevido de Drogas de la misma universidad. Hasta 1996, fue director de la Carrera de Posgrado de Problemáticas Sociales Infanto-Juveniles de la UBA. Es integrante del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja, que al momento de esta presentación dependía del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación y fue transferido a la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Presidencia de la Nación en octubre de 2009.

Se trata de movimientos cíclicos y recurrentes en nuestro continente, siempre por influencia de la legislación norteamericana y de sus estrategias de incidencia directa, a través de relaciones bilaterales e indirectas por medio del sistema internacional de fiscalización y de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA). También hay que advertir que, a diferencia de los casos anteriores, en la actualidad estas reformas, que ya podríamos llamar contrarreformas, se originan en las más importantes ONGs que se ocupan de las políticas de drogas con fuertes críticas a la “guerra contra las drogas” por su ineficacia, pero además por la violación a los derechos humanos que ésta supone.

En esta breve intervención trataremos de describir las reformas cíclicas propuestas por Estados Unidos, las características de la contrarreforma y, por último, la posibilidad de recibirla en nuestro país.

La guerra contra las drogas de Richard Nixon

Una primera ola de reformas siguió a la declaración de “guerra a las drogas” de Richard Nixon en la década de 1970. Bajo la influencia de la guerra fría,

las acciones se plantearon en el marco de la lucha contra el “comunismo”. En lo interno se reestructuraron los órganos administrativos de control y, en lo exterior, Estados Unidos logró una reforma a la Convención Única sobre Estupefacientes, de 1961, y el Protocolo de Enmiendas, de 1972.

Se estimularon cambios legales en todo el continente, pero donde más claramente se logró una recepción acorde con la declaración de guerra fue en la Argentina. En las postrimerías del segundo gobierno del general Perón y en el contexto de leyes “antisubversivas” se dicta la Ley N° 20.771 (1974). En el mensaje del Poder Ejecutivo mediante el que se remitió el proyecto de ley, se expresó en forma muy clara cuál se consideraba el bien jurídico a tutelar. Se dice allí que el control penal de las drogas era necesario para tutelar la seguridad nacional y la “defensa nacional”, agregando que “el tráfico ilegal de estupefacientes debe ser perseguido y reprimido hasta la aniquilación”.

Obviamente, la ley imponía penas muy elevadas que no incluían la pena de muerte en ningún supuesto, pero se realizaban ejecuciones extrajudiciales sobre consumidores de drogas con el pretexto de la supuesta identificación con la guerrilla; en un primer momento por escuadrones de la muerte de la “Triple A” y luego del 24 de marzo de 1976, por obra del terrorismo de Estado.

En el resto del continente merecen mencionarse la Operación Cóndor en México (1975-1978), que fue el primer ensayo en América de una estrategia antidrogas dirigida por militares. Luego seguiría Colombia, con la Operación Fulminante (1978-1980), centrada en la destrucción de cultivos de marihuana en la Guajira, durante la administración del presidente Julio César Turbay Ayala (1978-1982), quien declaró que la economía de la droga significaba “una amenaza para la seguridad nacional”.

La guerra contra las drogas de Ronald Reagan

Una segunda declaración de guerra corresponde a Ronald Reagan en la década de 1980 y esta sí se traduce rápidamente en modificaciones a la legislación interna estadounidense, en cambios en la legislación internacional y en acciones concretas de tipo militar. Aunque las fuerzas armadas estadounidenses eran bastante renuentes para incorporarse en la lucha contra el tráfico de drogas, el contexto cambió con la implosión de la URSS en 1989 y el fin de la guerra fría. Señalamos, a continuación, los hitos de la segunda ola de reformas de las legislaciones nacionales:

└ Por la Ley Posse Comitatus, de 1878, las fuerzas armadas estadounidenses no podían ser utilizadas en labores destinadas a la aplicación de la ley civil. La Ley 92, de 1986, modificó esa norma autorizando la participación de las fuerzas armadas en el combate antidrogas.

└ En abril de 1986, Reagan firmó la Directiva Presidencial N° 221, que declaraba que las drogas constituían una amenaza letal a la seguridad nacional. De allí se pasó rápidamente a la acción.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

┌ Tres meses después se llevó a cabo la operación “Blast Furnace” (Altos Hornos) sobre Bolivia. Intervino la Brigada de Infantería N° 193, con asiento en Panamá con seis helicópteros Black Hawks.

┌ Tres años después se produjo la invasión a Panamá en el marco de la operación “Just Cause”, se depuso a Manuel Noriega y se lo llevó a EE. UU. para juzgarlo como narcotraficante. Este caso sigue siendo demostrativo de la vinculación de la lucha antidrogas con la lucha anticomunista. Noriega había estado a sueldo de la CIA, pero también prestaba servicios al ejército nicaragüense.

Con la caída de la Unión Soviética, el rol de los militares cambió. Quien supo captar los cambios con agudeza fue el general George A. Joulwan, jefe del Comando Sur: convencido de la necesidad de proteger los intereses de la burocracia militar –afectados por el fin de la amenaza soviética, con la consiguiente reducción de fondos– dedicó sus energías a las llamadas “nuevas amenazas”, entre las que se incluyó la guerra antidrogas. Los sucesivos jefes fueron asegurando mayores medios y mayor equipamiento, sin restricciones presupuestarias.

Desde lo jurídico se impulsó lo que fue la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, de 1988, y a través de la CICAD, de la OEA, se incidió en una nueva ola de reformas legales, que nuestro país concretó en 1989 a través de la Ley 23.737. Aquí se pretende la inclusión de figuras penales relacionadas con el tráfico de “precursores y químicos esenciales”, y el “blanqueo de capitales”, además de reformas procesales como la inclusión del “delator”, el “agente encubierto”, el “decomiso”, etcétera.

La guerra contra las drogas y las “leyes de derribo”

Buena prueba de que la “guerra contra las drogas” dejó de ser una metáfora, está en las llamadas “leyes de derribo”. Se trata de normas que habilitan el “tiro de destrucción” contra cualquier aeronave que ingrese al territorio nacional y que no acate las instrucciones impartidas por autoridades militares. Hay antecedentes de legislación de este tenor en Colombia, Perú y Brasil. En 2001, la Fuerza Aérea de Perú abrió fuego por error contra un avión que transportaba misioneros de una iglesia evangélica norteamericana. En 2008, los diputados argentinos Eugenio Burzaco y Francisco de Narváez presentaron un proyecto de modificación del artículo 24 del Código Aduanero, cuyo último párrafo establece: “Agotados todos los medios coercitivos legalmente previstos en la normativa nacional e internacional, la aeronave será clasificada como hostil, quedando sujeta a medidas de destrucción o derribo, en los casos de los incisos arriba mencionados y únicamente luego de la autorización del Presidente de la República o la autoridad por él delegada en el Jefe de Estado Mayor General y subsidiariamente en el Subjefe de Estado Mayor

General o el Comandante de Operaciones Aéreas de la Fuerza Aérea Argentina” (Trámite Parlamentario 124 del 17 de septiembre de 2008).

La contrarreforma

Con motivo de la evaluación de lo obrado durante los últimos diez años por el Sistema de Naciones Unidas a partir de la UNGASS de 1998, un buen número de ONGs, la mayoría representada en esta Conferencia, realizó una gran movilización bajo la idea fuerza de que no sólo la guerra contra las drogas había fracasado, sino que además había producido “graves daños colaterales”. Entre ellos, que en materia de atención de los consumidores problemáticos se insistiera en la tolerancia cero y en el abstencionismo absoluto, por contraposición a las técnicas de reducción de riesgos o daños, que contemplaban mejor los derechos y necesidades de los consumidores.

En lo jurídico, esta “contrarreforma” supuso el impulso de la reforma de las legislaciones locales respecto de la desincriminación de la posesión para consumo personal, con la finalidad de poder abordar a los consumidores problemáticos como tales y no como delincuentes.

La legislación argentina y la punición de la posesión de estupefacientes para el propio consumo

Nuestra legislación nacional no se remonta a la sanción del Código Penal de 1921, sino a las reformas de los años 1924 y 1926 que, sucesivamente, incorporaron a la legislación penal el tráfico de estupefacientes (Ley 11.309) y el castigo de la posesión de estupefacientes para el propio consumo (1926). Como hemos explicado en otro trabajo, ninguna de estas leyes respondieron a necesidades reales, sino que constituyeron disposiciones simbólicas para la persecución de extranjeros, a quienes se les acusaba de todos los “males nacionales”. La prohibición de la tenencia, aunque fuera para el propio consumo, persistió durante 42 años, en cuyo transcurso fue respaldada por fallos plenarios de la Cámara del Crimen de la Capital Federal: “González”, del 17 de octubre de 1930 y “Asunción Terán de Ibarra” de 1966. En 1968 se dictó el Decreto-Ley 17.567/68, que reformaba integralmente el Código Penal e incluía las disposiciones relacionadas con los estupefacientes y desincriminaba la llamada “dosis personal”. Resulta paradójico que bajo la dictadura del general Onganía, se haya obtenido esta legislación liberal, que sólo persistió durante un quinquenio, hasta que el restablecimiento de la democracia en 1973 la derogó y se volvió a la legislación de 1924 y 1926.

Mientras las reformas incluían modificaciones al Código Penal y no se legislaba a través de leyes especiales, como sucederá después, se fueron incorporando nuevas figuras dentro de las escalas punitivas de aquél y en el ámbito de los delitos contra la seguridad común, con lo que se respondía, de alguna manera, al espíritu de la Convención Única sobre Estupefacientes, de estructurar un

sistema administrativo de regulación sin colocar todavía el derecho penal a la vanguardia. Como ya dijimos, la Ley 20.771, dictada bajo el gobierno constitucional, recoge el espíritu de la guerra declarada por Nixon, la que resultaba funcional para la construcción necesaria del estereotipo droga-guerrilla. Las únicas sustancias que se consumían aquí para esa época eran la marihuana, los productos de farmacia y, esporádicamente, el LSD.²⁵ No estaba generalizada la cocaína, ya que el *boom* de esta sustancia en nuestro continente corresponde a principio de la década de 1980, ni la heroína.

En el período 1976-1983, se consolidó una estrategia que iba a marcar fuertemente nuestra “lucha contra el narcotráfico”: perseguir al consumidor, a quién se identificaba con lo contestatario, disoluto y rebelde, y dar refugio a funcionarios militares del gobierno de García Meza, so pretexto de su rol en la lucha contra la “subversión comunista”. El control de la oferta se concentró en limitar la producción de materias primas, especialmente del cáñamo con fines industriales. Ni siquiera se intentó una regulación coherente del mercado farmacéutico.

Con el restablecimiento definitivo de la democracia, en 1983, y habiéndose centrado toda la política criminal en la punición del consumidor, entre otras razones por la ausencia de un verdadero problema sanitario relacionado con las drogas de abuso, la Corte Suprema dictó en 1986, por mayoría, los fallos “Bazterrica” y “Capalbo”, en los que se disponía que es inconstitucional penar la tenencia de estupefacientes destinada al consumo personal. Resulta trágico que, cuando Argentina logró salir del terrorismo de Estado, iniciar el enjuiciamiento de sus responsables y readaptar sus instituciones al Estado de Derecho, EE. UU. inició la guerra contra las drogas y las consideró un problema de seguridad nacional, lo que, como dijimos, persiste hasta el presente.

Resistencias a la incriminación

Nada se logró con los proyectos legislativos, pero se fue avanzando lentamente con la sentencia de diversos tribunales de la Capital Federal y del resto del país. El estereotipo de que sin consumidores no habría traficantes y que hay que dirigir la represión contra ambos “pues se complementan y viven en la simbiosis lamentable del hábito vicioso y del negocio clandestino” como enunció en 1942 el médico positivista Nerio Rojas, se mantiene hasta hoy remozado por los avances en las neurociencias.

El desarrollo de las llamadas “medidas de seguridad”, desde el derecho penal y la intervención de estos tribunales y no los de familia, que se ocupan de las cuestiones de salud mental, han legitimado las resistencias a la desincriminación penal de la figura, porque caería así la posibilidad de los jueces federales de imponer tratamientos. Si a esto se suma la falta de regulación efectiva de las ofertas de asistencia se completa un cuadro de doble victimización de los consumidores.

Aportes para una nueva política de drogas

La disciplinarización del sector salud por una ley de estupefacientes, imbuida del espíritu de “guerra al flagelo”, ha provocado que se constituyan en una extensión del aparato judicial penal, lo que es particularmente lesivo en materias tales como el secreto profesional, el resguardo de la documentación clínica, etcétera. Desde nuestra perspectiva, las políticas públicas deben ser previstas con la participación de todos los actores, incluso los propios consumidores, y abarcar la complejidad del problema sin reducirlo a la cuestión penal. Debe reformarse la legislación penal pero también deben desarrollarse las acciones que permitan considerar al consumidor de drogas como un sujeto de derecho.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

Jurisprudencia en materia de penalización de la tenencia de estupefacientes

Graciela Giannettasio

Abogada, especialista en Derecho Administrativo por la Universidad de Buenos Aires y en Derecho Administrativo y Administración Pública por la Universidad de Salamanca. Fue directora general de Cultura y Educación de la provincia de Buenos Aires, ministra de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación y vicegobernadora de la provincia de Buenos Aires. Desde 2007 es diputada nacional por la misma provincia y hasta 2009 presidió la Comisión de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico. Al momento de la presente exposición desempeñaba ambos cargos.

Mi idea es hacer una rápida revisión de la jurisprudencia y de cómo ésta va acusando al Poder Legislativo en su falta de actualización respecto de la norma vigente. Quisiera hacer algún comentario con respecto a un tema de actualidad que se refiere a las muertes ocurridas en General Rodríguez,¹ que tiene que ver con drogas sintéticas, falsificación de documentos, precursores y la posibilidad de su utilización en el paco. Mi especialidad es el Derecho Administrativo y quisiera recordar que está en las competencias de los órganos administrativos ejercer el poder de policía en el proceso que comienza con la habilitación de farmacias o droguerías y termina con la exportación de determinados medicamentos o precursores. Tanto en el Ministerio de Salud como en el Ministerio de Economía existe un poder de policía que permitiría en este momento saber perfectamente qué pasa, teniendo en cuenta que conforme nos surge de la investigación pública, era intención de los fallecidos la constitución de una red de droguerías, lo que permitiría el licuado de cantidades de efedrina y una comercialización más sencilla en el mercado.

¹ N. del E: Se refiere al caso que en agosto de 2008 tomó durante varias semanas las páginas principales de los diarios y que se inició con la aparición de tres personas muertas en la localidad de General Rodríguez, provincia de Buenos Aires. A partir de allí salió a la luz una red de falsificación de medicamentos y venta de precursores químicos necesarios para la fabricación de drogas ilegales.

Con esto quiero decir que las normas resuelven, a veces a través de tipos o prohibiciones específicas, que determinados precursores puedan venderse de determinada manera y a determinadas personas, o puedan no venderse ni exportarse. La norma puede fijar eso y puede fijar tipos penales para la violación. Hoy tenemos órganos con competencia administrativa que puede ser ejercida. Visualicemos que a veces lo cotidiano puede resolver problemas más graves; y esto no está instalado en el colectivo como algo que el Estado debía, debe y tiene que procurar en el futuro.

Si analizamos la jurisprudencia de la Corte y de algunas cámaras criminales, nacionales, federales y de casación de la provincia de Buenos Aires, vamos a ver que sus fallos o resoluciones tuvieron que ver con el momento político que se vivía, y con la legislación que acompañaba a esa idea. Encontramos, en 1968, la Ley 17.567² y fallos a su medida que tienen que ver con la idea que introduce el párrafo tercero del artículo 204 del Código Penal que dice que “tiene que estar autorizado quien tuviere en su poder cantidades que excedan o correspondan a uso personal”. Pero después, la norma se encarga especialmente del uso indebido de sustancias psicotrópicas que hayan realizado las partes, que podrán ser declaradas culpables o sancionadas penalmente, siendo el elemento fundamental la protección de la salud física y moral. Avanzamos un poco en el tiempo y vamos a encontrar que, en 1974, la Ley 20.771 señala como necesario el control penal de la droga para tutelar la seguridad nacional y la defensa nacional. El tráfico ilegal de estupefacientes debe ser perseguido hasta su aniquilación. Y decía, concretamente, “será reprimido con prisión de 1 a 6 años y multas de \$ 100 pesos a \$ 5.000 quien tuviera en su poder estupefacientes, aunque estuvieran destinados al uso personal”. Tenemos un fallo, íntimamente vinculado con este concepto, que es el que habla de la relación de consumo con estupefacientes, delincuencia y subversión. Es el fallo “Colavini”, y marca concretamente un tiempo político de la Argentina y una manera de incriminar los actos privados.

Luego, en 1986, recién recuperada la democracia, tenemos un fallo también de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, el fallo “Bazterrica”, que distingue entre moral pública y moral privada, y establece que hay una violación del artículo 19 de la Constitución Nacional³ toda vez que estos actos privados ni ofenden la moral pública ni significan agravio para la salud de terceros. Esta sería la fundamentación en virtud de la cual estos actos quedan excluidos del ámbito de los magistrados.

² N. del E.: La Ley 17.567 sancionaba al que, sin estar autorizado, tuviera en su poder sustancias estupefacientes en cantidades que excedan las que corresponden a un uso personal.

³ N. del E.: El artículo 19 dice: “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”.

La Convención de Viena, de diciembre de 1988, fomenta la cooperación internacional para la lucha contra el narcotráfico. El artículo tercero dice: “a reserva de sus principios constitucionales y de los conceptos fundamentales y ordenamientos jurídicos, cada una de las partes adoptará las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales conforme a su derecho interno, cuando se cometa intencionalmente la posesión, adquisición, cultivo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas para el consumo personal en contra de lo dispuesto en la Convención de 1961 y su enmienda de 1972”.

Como consecuencia de esta Convención tenemos en 1978 el fallo “Montalvo”, que tipifica nuevamente por la protección del orden y de la moral pública, y que dice brevemente, “entre las acciones que ofenden el orden, la moral, y la salud pública se encuentra sin duda la tenencia de estupefacientes para uso personal”.

En este breve recorrido hemos visto la protección de la salud para terceros, la protección de la moral pública, la protección del orden y la moral pública, y cuando andemos un poco vamos a ver los delitos de peligro abstracto, que fue como se construyó la necesidad de mantener en un marco jurídico típico de Derecho Penal el consumo personal. En 1989 tenemos la Ley 23.737 que en su artículo 14 señala “será reprimido con prisión de 1 a 6 años y multa de 300 a 3.000 australes el que tuviera en su poder estupefacientes”. Acá se incorporan medidas de seguridad, curativas y educativas que se encuentran dirigidas a usuarios de estupefacientes considerados como peligrosos para sí mismos y para la sociedad.

Tenemos un fallo que continúa con la jurisprudencia asentada en “Montalvo”, que nos habla de las acciones que ofenden el orden, la moral y la salud pública, y entre ellas tipifica la tenencia de estupefacientes para uso personal. La Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, en la sala IV, utiliza la construcción de “delito de peligro abstracto”. Dice que el delito de tenencia de estupefacientes para el consumo personal es de peligro abstracto, de manera que la sola tenencia ya presupone peligro para el bien jurídico y no cabe en este caso invocar la reserva del artículo 19 de la Constitución Nacional.

En ese tiempo, la sala I de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional continúa con la afectación de la salud pública como razón para incriminar el consumo personal. Y tenemos, en la misma dirección pero invocando el peligro abstracto, la Cámara de Casación Penal. Rompe esta rutina el tribunal oral en lo Criminal Federal de Mar del Plata, fallo “Goitino”, volviendo a la no afectación de terceros como materia que impide la incriminación de la tenencia para el uso personal. Lo mismo hace el tribunal oral de San Martín y en la misma dirección encontramos nuevamente fallos del Tribunal Federal de Mar del Plata y de la Cámara Nacional de Casación Penal. Ésta, en 2003, produce una revisión de un sobreseimiento otorgado, y lo hace en función a la moral y a la salud pública. Señala, como argumento, que “dado que se trata de un delito de peligro abstracto, cualquier actividad relacionada al consumo pone en peligro la salud pública y hasta la supervivencia de la nación”.

Luego, tenemos en Mar del Plata otro fallo donde nuevamente aparecen los argumentos por la inconstitucionalidad del artículo 14 y hay una invocación concreta a los artículos 18 y 19 de la Constitución Nacional, la Convención Americana de Derechos Humanos, la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Llegando al 2006, empezamos a encontrar en la misma dirección originaria, es decir “Bazterrica”, fallos en Lomas de Zamora por la no afectación de la salud pública. Lo vemos también en la Cámara Nacional en lo Criminal y Correccional Federal donde hay nuevamente una invocación al artículo 19 de la Constitución Nacional, al 75 inciso 22, por la incorporación de los pactos internacionales, y se da el sobreseimiento del que por entonces estaba imputado. En el mismo sentido lo hacen las salas I y III, y encontramos en esa dirección pronunciamientos de la Cámara de Apelaciones y Garantías en lo Penal de San Isidro y, más recientemente, en el Tribunal de Casación Penal de Buenos Aires.

En esta apretada revisión legislativa, lo que pretendo es disparar al auditorio las dudas que se presentan respecto de cuáles son las conductas adoptadas desde el punto de vista legislativo. Ciertamente, hay un concepto errático y no he visto que el criterio tenga una sola direccionalidad. Esto quiere decir que la norma tiene que fijar el tipo concreto o no tratar el tema, o tratarlo fijando límites que sean claros y no arbitrarios. Hay una cuestión pendiente que implica que diversos ciudadanos, según sea la jurisdicción o el tribunal que les toque, puedan encontrar distintas respuestas o, lo que podría ser peor, que un mismo ciudadano pueda encontrar distintas respuestas si recorre distintas jurisdicciones en su vida.

Esto quiere decir que debemos resolverlo legislativamente. La manera de resolverlo legislativamente es escucharnos, primero, plantear en un plenario qué estamos pensando como jueces y camaristas, primero en el orden nacional y federal, y luego también en las provincias. Necesitamos encontrar un texto que sea claro y que, teniendo en cuenta cuáles son nuestros compromisos nacionales e internacionales, deje de una vez para siempre a salvo este tema.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

Política legislativa y política criminal: colisiones técnico-políticas en el escenario actual

Mónica Cuñarro

Abogada. Licenciada en Administración de Justicia con especialización en Derecho Penal por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Magistrada fiscal, en uso de licencia, fiscalía en lo Criminal de Instrucción N° 16. Coordinadora del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja, del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, transferido a la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Presidencia de la Nación en octubre de 2009. Es profesora adjunta regular por concurso en la UBA y se ha desempeñado en diversas actividades docentes relacionadas con el Derecho Penal y la Criminología en distintas universidades nacionales. Fue profesora adjunta de la Facultad de Psicología de la UBA y profesora de posgrado del Instituto Superior de Estudios para la Justicia. Ha dictado conferencias tanto en el ámbito nacional como internacional.

Circunstancialmente, estoy a cargo de la coordinación ejecutiva de un comité científico, el cual se encuentra dentro de la esfera del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos. Está conformado por profesores concursados y de materias específicamente relacionadas con el tema de drogas, no sólo desde el punto de vista legislativo sino también interdisciplinario. Nuestra labor incluye las tareas clásicas de cualquier comité científico, como la de producir informes y realizar estudios para analizar la cuestión en profundidad.

Yo soy fiscal, pero mi especialidad dentro del ámbito académico de la universidad es la criminología, la política criminal y, sobre todo, los trabajos de campo. En 1986, realicé el primer trabajo de campo de “Oferta y demandas de drogas” para la Procuración General de la Nación, y recientemente realicé el segundo.

Los números y cifras que a continuación voy a dar a conocer pueden gustar o no gustar, pero son los que surgen inequívocamente de la realidad.

En la actualidad, una persona privada de su libertad en la cárcel por una tenencia simple (artículo 14 inciso 2) o por pequeño comercio implica un costo de cinco mil pesos a la ciudadanía por mes. Más del ochenta por ciento de los casos traídos a la Justicia son casos de flagrancia, es decir que se trata

de personas interceptadas en la vía pública, de lo cual se infiere lógicamente que ninguna de las fuerzas federales trabaja en las tareas de inteligencia para llegar a los estratos medios y altos de las organizaciones delictivas. Esto demuestra la urgente necesidad de instruir y capacitar a las fuerzas de seguridad en el desarrollo de tareas de inteligencia.

Por otra parte, se advierte que la legislación vigente es un obstáculo, ya que posee problemas técnicos graves. Los abogados, al trabajar con las normas, debemos adecuarnos a determinados requisitos que las mismas nos imponen. Como la normativa que está vigente es una combinación, un parche, un calco completo de las convenciones internacionales, tenemos muchísimos problemas para interpretar esas normas. Realmente resulta muy complicado trabajar con una técnica legislativa como la que posee la ley vigente, la cual es defectuosa.

Que tanto la sociedad como los legisladores creen que nosotros los penalistas podemos resolver todos los problemas (con esto me refiero a los problemas que trae consigo la adicción, los problemas de tratamiento y los problemas de prevención) podrá generar sensación de tranquilidad al que legisla porque siente que se saca un problema de encima y lo manda a una norma, pero lamento comunicarles que los que nos dedicamos el derecho penal, de tratamiento de adicciones no entendemos nada; de conformación de patrón de consumo, tampoco; de realización de estudios sociales complejos, para ver qué es lo más adecuado para trabajar un conflicto que decididamente es transversal, menos. Es decir, nosotros trabajamos simplemente sobre el campo normativo y el campo normativo penal ofrece punición y castigo, no tiene más alternativas para ofrecer. El tema específico es la política legislativa y yo tengo que tener con esto una precisión técnica ¿Qué es lo que no se puede definir como política legislativa? La política criminal. Es decir, la decisión que un Estado toma sobre qué aspectos va a criminalizar y por qué va a criminalizar esos aspectos. En el ámbito de la sociología se lo conoce como control social punitivo institucionalizado.

La cuestión acerca de la criminalización del consumo de estupefacientes no ha sido igual a lo largo de la historia de la humanidad; hasta entrados la década de 1960 no se punía la tenencia para consumo personal, no existía a nivel mundial una técnica legislativa que la considerara como un delito. Lo que nosotros conocemos no tiene más que algunas décadas, es decir que es de luego de esa década, y en nuestro país de la mano del ministro López Rega construye la imagen de aquel que consume un estupefaciente como un subversivo, el cual atenta contra la seguridad nacional.

¿Cuáles son los compromisos internacionales que nuestro país ha firmado? Particularmente, en relación a las sustancias estupefacientes y psicotrópicas son tres: la Convención Única de 1961, la posterior de 1971 y la más cercana en el tiempo, de 1988. Hago especial referencia a esta última debido a que la actual ley vigente de estupefacientes en nuestro país es casi una copia exacta de la Convención de 1988. A nivel internacional esto es adecuado, ya que dentro

del seno de Naciones Unidas se encuentran, por ejemplo, representantes de Francia, también de Brasil, y otros que vienen en representación del África, lo cual exige una técnica que genere la mayor cantidad de adhesiones posibles.

Pues bien, luego de ser firmados a nivel internacional, cuando estos instrumentos deben contextualizarse dentro del ámbito de las legislaciones locales se suscitan varios problemas, ya que la legislación debe ser filtrada o pasada por el tamiz constitucional. No es lo mismo la realidad de Perú, Colombia, Bolivia, que la de Argentina o la de algún país europeo. Nuestro país es, actualmente, conforme surge de varios informes internacionales, un país de tránsito y, por el contrario, España es un país de destino. No obstante todas estas cuestiones que pueden advertirse, en el año 1989 esto se compra como política legislativa ya que se sanciona la Ley 23.737, de estupefacientes, la cual sigue vigente. En las sesiones legislativas de ese año, ningún legislador parece oponerse a este tipo de técnica legislativa, ya que todos adhieren a estos compromisos internacionales. Lo que deseo destacar, sin embargo, es que estos compromisos internacionales no son los únicos vigentes. Nuestro país es signatario de un amplio plexo de instrumentos internacionales de derechos humanos, los cuales obligan positivamente al Estado Argentino, del mismo modo en que nos obligan a perseguir el tráfico de drogas, a garantizar la mejor calidad de salud de una persona al entender a la salud como un derecho, al garantizar políticas de prevención y de tratamiento a los usuarios. Lo que los abogados diríamos en este momento, es que tenemos un grave problema, ya que colisionan varios instrumentos internacionales. Por un lado, los que obligan al país a perseguir el narcotráfico y, por el otro, los que obligan a la República Argentina a tener garantizado para todo ciudadano el derecho a la salud.

Para resolver esta cuestión existen dos posiciones. Una podría ser similar a la que en algún momento existió y que parificó a la figura del adicto a la del subversivo por creer que este afectaba la seguridad nacional, y actualmente a nadie se le ocurriría repetir una barbaridad como esta. Y aunque se le ocurriera, debería pensar que nadie va a dejar de consumir una sustancia, prohibida o no prohibida, porque una norma legal así lo indique. La realidad da varias muestras acabadas de ello, ya que aún teniendo una ley represiva vigente el consumo no sólo no ha disminuido, sino que ha aumentado significativamente.

Por otro lado, tenemos principios rectores ineludibles, como son el principio *pro homine*, el cual exige que ante una eventual colisión de tratados o de pactos internacionales debe privilegiarse aquel que signifique la interpretación más amplia del derecho en pugna; y en este caso ello es dar al derecho a la salud su interpretación más amplia, abarcando asimismo la prevención y la acción social.

Ante ello, se advierte claramente que varias de las disposiciones contenidas en la Convención de 1988 impactan profundamente en el contenido del artículo 19 de la Constitución Nacional. El artículo 19, referido al respeto de las acciones privadas de cada persona, impide, justamente, penalizar todas aquellas acciones que sean reservadas dentro de la esfera personal. ¿Cuál es

la razón? Es bastante simple: el derecho se encuentra escindido de la moral. Si bien es cierto que desde la consolidación del proceso de globalización se ha acentuado la idea de cooperación penal a nivel internacional, el derecho penal debe ser restrictivo y de *ultima ratio*, es decir que debe ser aplicado solamente en casos excepcionales, es decir ante conflictos que no pueden ser resueltos por otra rama del derecho. Esto no es ninguna novedad, ya que desde 2005 los informes de la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD) y los de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), reclaman dividir la prevención y la reducción de daños de lo que es la criminalidad compleja y organizada.

Nuestro país no ha adecuado aún la normativa interna a esto; yo creo que esto es algo que se debe discutir y debatir para adecuarlo, y luego, internamente, considero que les atañe a los legisladores el debate de la despenalización, o no.

Lo que digo es que estos tratados deben pasar necesariamente por el filtro de las garantías constitucionales y sobre todo por el sistema legal de los derechos humanos, compuesto entre otros por la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), de 1969, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su protocolo facultativo, de 1966, y el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del mismo año, los cuales establecen parámetros conforme a los cuales debe ajustarse nuestra legislación interna.

Por último, quiero referirme a tres o cuatro cosas que tienen que ver con el ámbito interno de nuestro país, donde hay varias colisiones normativas. Por citar un ejemplo: o hay ministerios o hay secretarías. Las secretarías se dedican a fijar la política criminal en drogas o lo hacen todos los ministerios, o se coordinan entre todos los ministerios involucrados. Esto me excede, no soy política, soy técnica, pero lo que digo es que no puede haber facultades dadas por decreto a las secretarías que colisionen con legislación de rango superior, como la Ley 26.338, de Ministerios, la cual fija expresamente cuáles son las facultades que le competen a cada cartera ministerial.

Puntualmente, quiero expresar que nosotros tenemos varios tratados firmados, por ejemplo, con Italia, Perú y Bolivia en cuestiones atinentes a la cooperación penal internacional. Y ello obedece a que el narcotráfico es uno de los delitos de tipo transnacional. Entonces, por ejemplo, cuando se trabajan entregas vigiladas, desde el punto de vista del crimen complejo, no hay otra manera de hacerlo que no sea colaborando entre países para que se llegue a desbaratar la red final de distribución. Quien debe coordinar esto, es decir la autoridad de aplicación, es la Cancillería o el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, o el Ministerio del Interior, pero nunca puede ser la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), esto es inadecuado técnicamente. Es impensable que la autoridad de aplicación esté a cargo de una secretaría, ya

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

que ello se contrapone a varias cuestiones de índole institucional conforme el diseño que emana de la Constitución Nacional. Sinceramente, a esta altura, la solución de todo esto es establecer políticas y lineamientos claros al respecto, ya que varios funcionarios de Cancillería firman acuerdos o convenios que no resultan adecuados al marco institucional que deriva de nuestra carta magna. Es decir, un día van a ir afuera y les van a decir que el gran problema de Argentina a nivel internacional es la diabetes y entonces nos van a poner una ley que prohíba el consumo del dulce de leche. Otro día van a decir que los hipertensos son un grave problema, entonces van a venir y van a poner un tipo penal que prohíba el consumo de ravioles porque vamos a reventar si comemos ravioles.

Este tipo de conflictos suscitados de la “compra” de legislaciones foráneas, sin respetar las particularidades propias y las reglas técnicas internas, provocan problemas de violaciones de garantías. En este orden de ideas, estamos hablando de medidas que implican una profunda invasión en el ámbito de la esfera de la privacidad personal, como son las requisas vaginales, anales, detenciones, allanamiento, gente privada de su libertad. Es decir, dolor y punición, que a diario vemos.

Por todo esto, manifiesto que la tarea del Comité es una tarea compleja, porque tenemos que tomar todos estos instrumentos y señalar cuáles son las colisiones normativas, cuáles son las maneras de armonizarlas. No es posible que sea idéntica la escala penal del mínimo del delito de la tenencia con fines de consumo personal, o el pequeño comercio, con el de la organización. No es posible actualmente abarcar típicamente a la criminalidad organizada.

Con ello concluyo, no sin antes expresar que desde el ámbito del Comité vamos a tratar de trabajar con el mayor grado de honestidad intelectual, dando plena participación a los actores involucrados y afectados, escuchando a todos, con la firme convicción de que se debe trabajar profundamente en la gestión de políticas públicas que abarquen la prevención, la atención, el tratamiento, y el pleno respeto y garantía del derecho a la salud de cada usuario y, por otra parte, poner un serio énfasis en la persecución y represión de la criminalidad organizada y compleja, lo cual es una tarea absolutamente distinta a la que compete a las políticas de reducción de daños, propias del campo de la salud.

Buenos Aires, 28 de agosto de 2007.

Funcionamiento y fracaso del sistema penal federal en el tema drogas

Carlos Alberto Rívolo

Abogado egresado de la Universidad de Buenos Aires. Magíster en Derecho Público, orientación Derecho Penal, por la Universidad de Palermo en convenio con la Yale University. Es profesor titular de la Cátedra de Derecho Procesal Penal del Instituto Universitario Policial y docente en varias universidades nacionales y extranjeras. También, fiscal Criminal y Correccional Federal en el Ministerio Público Fiscal de la Nación.

Trataré de explicar, desde la experiencia de 25 años en la Justicia Federal de la Ciudad de Buenos Aires, y 13 de ellos como fiscal federal, lo que a diario encuentro relativo a este flagelo del narcotráfico. En algún momento me voy a alejar de la palabra narcotráfico y me voy a dedicar a la tenencia de estupefacientes para consumo personal. Muchas veces los operadores del sistema nos olvidamos de los destinatarios del flagelo y del sistema penal, y no creo que ni siquiera la justicia les esté dando la respuesta correcta.

En este debate multifacético, aclaro que no traigo la posición oficial de la Procuración General de la Nación, sino la construida observando el ámbito donde desempeño mi tarea. Éste es el fuero federal capitalino, que tiene encargado por ley la persecución de los ilícitos vinculados con el narcotráfico, en la cual también se cuela la cuestión de la tenencia de estupefacientes para consumo personal.

Vamos primero a un punto de vista muy práctico. ¿Cómo está estructurada la Justicia Federal del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires? Doce juzgados, doce fiscalías federales que entramos en turno con la policía y con todos los agentes federales de seguridad en la Capital Federal, cada quince días. Estar en turno significa que estamos abiertos a recibir cualquier tipo de delito de naturaleza federal, entre ellos los vinculados al tráfico y tenencia de estupefacientes, con una asignación temporal quincenal en el fuero federal.

¿Qué cantidad de expedientes vinculados a tenencias para consumo personal con intervención de las fuerzas federales de seguridad, principalmente la Policía Federal, nos ingresan cada quince días? Aproximadamente entre quinientos y seiscientos, lo que da una cifra de doce mil a catorce mil causas

al año. Punto número uno: no las queremos y no son deseables. Imagínense recibir de doce mil a catorce mil causas, cuando la realidad es que no estamos recibiendo causas sino gente que afronta un problema presente o potencial de salud. Es decir, esa carátula tiene un nombre, un apellido y toda una historia por detrás como cualquiera de nosotros, y esta carátula le está haciendo a esa persona introducirse en el mundo jurídico y especialmente en el mundo penal, con lo cual devienen toda una serie de cuestiones vinculadas con antecedentes, legajos, prontuarios, peritos, detenciones; y esto es realmente algo con lo que cualquiera podría sentirse estigmatizado desatendiendo el verdadero problema vinculado al consumo de sustancias ilícitas.

Súmenle a esto la movilidad incesante de recursos materiales y humanos que durante 24 horas tienden a prestar atención a un problema que está más cercano a un tema sanitario que al mundo penal. A fin de ejemplificar, durante el mencionado turno con las fuerzas de seguridad, ante un caso como el descrito se despliega conjuntamente todo un protocolo policial que, entre otras cosas, abarca la intervención del policía de calle, la detención, los testigos, la llegada de uno o dos patrulleros con más efectivos, el traslado de esa persona, el alojamiento, el alimento, la revisión médica de esa persona, el envío de la droga al laboratorio, el uso del reactivo, los testigos adentro del laboratorio, el trabajo específico del recurso humano especializado en laboratorio, la vuelta a la comisaría, para finalmente no olvidarme del centenar de firmas que integran este expediente de veinte hojas imposible que aún hoy la tecnología digital lo pueda suplir, llega finalmente al juzgado y esto se convierte en estadística. Esto es un caso policial cerrado. Ahora bien, recuerden que esto se multiplica en el más optimista de los cálculos en 1.500 veces al mes, y que los efectivos dejan de cumplir tareas de prevención, tal vez más altamente calificadas para justificar su accionar.

En mi criterio, obviamente lo descrito sirve para alimentar estadísticas engañosas que muestran un supuesto combate. Cuando esto se quiere exhibir frente a los que financian este tipo de lucha. ¿Lucha contra quién?, ¿lucha individual contra el tenedor? Si es contra el tenedor, estamos en un problema.

El caso policial cerrado no implica que la justicia haya actuado. El caso judicial tiene otro ámbito, que desde una opinión personal padece de una desatención absoluta de la puesta de recursos humanos y de fondos.

¿Saben cómo se tramita un expediente por una persona que está vinculada con este tipo de ilícitos? Una vez que llega al ámbito judicial, básicamente, lo que se coloca es un formulario tipo preimpreso al cual se le adicionan datos tales como el tipo y cantidad de drogas, y el nombre de la persona para, si es mayor, automáticamente respetándole su ámbito de privacidad, en tanto y en cuanto no haya un daño a la salud pública tal cual la figura penal protege, se lo sobresee. El ciento por ciento de los fiscales consentimos esta cuestión.

Lo que he descrito hasta aquí, reitero, no es la posición oficial de la Procuración General, que desde el año 1996 insta a que prosigamos absolutamente

hasta el final con este tipo de causas. Es difícil ceñirse a una instrucción general en este sentido y siempre se plantean argumentos que permiten una interpretación adecuada y distinta para cada caso.

Distinta es la posición de la defensora general¹ de octubre del año pasado, donde claramente basado en el Pacto Internacional de Derechos Humanos y el respeto al ámbito personal, insta a los defensores a que de cualquier manera traten de finalizar el caso sin que los imputados tengan alguna secuela de índole penal.

Ahora bien, no todo es una ausencia de verificación de los casos y circunstancias particulares de ellos. ¿Sobre qué cuestiones puntualmente el sistema judicial presta mucha atención? Sobre los menores y sobre aquellos mayores que acuden a la petición sanitaria que la ley les ofrece. La realidad marca que la Justicia Federal toma en ese caso una actitud paternalista. Para los primeros hay un seguimiento de la conducta y puesta en conocimiento de los padres y con los mayores se verifica una petición y ofrecimiento a efectuar un tratamiento. Entonces allí actuamos desde la Justicia Penal olvidando una de sus aristas coercitivas, como operadores de salida hacia el sistema de recuperación de salud. La experiencia demuestra que a veces funciona y a veces no. El problema es cuando ese individuo decide hacer el tratamiento, ¿qué es lo que le estamos diciendo? Usted acepta hacer un tratamiento y tiene un lapso de dos años para hacerlo, obviamente en instituciones creadas para tales efectos; pero ¿sabe cuál es el problema? si no lo cumple usted será condenado. ¿Quién adopta un tratamiento semicoercitivo donde ante su falla hay una condena por detrás?

Qué bueno que estemos en esta crisis, qué bueno que podamos debatir todo y que tengamos la oportunidad de generar una legislación nueva. ¿Por qué? Porque todo este aparato que describo sucintamente deposita nuestra atención en las “posibles” catorce mil o doce mil causas al año, pero desvía al Fuero Federal Penal de lo que es su objetivo. La Justicia Penal no es la que va a dar una respuesta a la gente sobre la prevención de un hecho. La Justicia Penal, por más que les guste a algunos o no, tiene una doctrina basada en la penalidad, y desde ningún punto de vista va a hacer que dejen de existir violadores, homicidas, ladrones, narcotraficantes y corruptos. La Justicia Penal va por detrás de los acontecimientos y debe ser la más efectiva posible en la persecución de estas conductas.

Nosotros, en el ámbito nacional, no adherimos aún al principio de oportunidad, que sí se da, por ejemplo, en la provincia de Buenos Aires; es decir, decidir pautadamente qué y quién investiga. Atendemos aún en exclusividad al principio de legalidad: todo lo tenemos que investigar, a todo le tenemos que dar una solución, con lo cual esto ahoga al sistema. La realidad es que hay un sistema absolutamente colapsado, en el cual esta problemática de la tenencia de estupefacientes para consumo personal es radical. También se va creando

¹ N. del E.: Se refiere a la defensora general de la Nación, doctora Stella Maris Martínez.

una encrucijada de las estadísticas, sobre caso cerrado judicial y caso cerrado policial. Las estadísticas son manipuladas, es posible utilizarlas para mostrar el lado del fracaso y, también, para la obtención de fondos en pos de mostrar una eficiencia renga. Hay gastos dedicados y una asignación de recursos absolutamente absurda a este tipo de problemática dentro del ámbito judicial, que no da respuestas. Por eso digo que soy la cara visible del fracaso.

Otra cuestión, que dejo para el debate: ¿es correcta una persecución a una persona enferma, experimentadora, adicta y con una posible carga penal por detrás? Lo dejo abierto, pero mi respuesta es obviamente que no. ¿Es posible decirle a alguien que cumpla un tratamiento sobre la base de una condena? Mi respuesta es no.

Y yendo a un ámbito utilitario, desde el punto de vista de un análisis económico del derecho, la pregunta que nos surge es la siguiente: ¿es rentable? No, no es rentable. El dinero debe ser claramente destinado para un ámbito de prevención, donde se pueda jugar con las posibilidades de las personas de acceder o no querer acceder a los tratamientos. Planteándonos si en algún lugar, si es posible en la historia del mundo, la persecución de un vicio con la ley penal tuvo éxito. No sirve el sistema represivo, hemos fracasado, la gente no lo quiere, la gente no lo acepta, ningún expediente penal ha motivado que la persona imputada, ni aún con algunas experiencias que se han hecho por parte de los jueces, quiera sostener el sistema. De los pacientes que han sido judicializados y enviados a los institutos, muy pocos terminan su tratamiento. Esto es una pelea con los jueces, porque a los dos años hay que tomar una resolución y terminamos tomando una posición paternalista para que traten de continuarlo, pero termina siendo un inocuo estiramiento de los tiempos.

Creo que esta es la mejor forma y la más descarnada de mostrar que el sistema represivo no ha funcionado. Creo que es el momento de colocar y focalizar la cuestión sobre la salud y, básicamente, sobre la cuestión de la prevención. Pero si la prevención no alcanza, obviamente hay que tratar de dar algún tipo de respuesta; pero la misma no se encuentra dentro del ámbito penal.

Buenos Aires, 28 de agosto de 2007.

Impacto de la ley de desfederalización en materia de estupefacientes en la provincia de Buenos Aires. Rol del Ministerio Público

María del Carmen Falbo

Procuradora general de la Suprema Corte de Justicia de la provincia de Buenos Aires. Es miembro de la Organización Mundial de Parlamentarios contra la corrupción. Fue diputada de la Nación por la provincia de Buenos Aires, de 1999 a 2005. Además, secretaria de justicia de la provincia de Buenos Aires y miembro de la Mesa Directiva del Grupo de Parlamentarios Latinoamericanos Contra la Corrupción. Es autora de diversos trabajos y notas que fueron publicados en semanarios, periódicos locales y nacionales, revistas jurídicas y publicaciones internacionales.

El presente artículo aborda el impacto que causó en la provincia de Buenos Aires la desfederalización de la llamada “ley de drogas”. La ley de desfederalización fue impulsada por el doctor León Arslanián y el gobernador Felipe Solá, al considerar que la Justicia Federal en el ámbito provincial no cumplía con los objetivos que, se entendía, debía alcanzar la cuestión. Con lo cual, una vez que se sancionó la ley de desfederalización, la provincia de Buenos Aires adhirió a la misma, lo que provocó un gran impacto hasta el día de hoy.¹

Ante este escenario, desde la Procuración General se organizaron jornadas de capacitación dirigidas a los operadores del sistema con la finalidad de que conocieran cuáles iban a ser las políticas impulsadas por el precitado organismo. Desde ya que el objetivo principal no iba a ser la persecución al consumidor de sustancias estupefacientes, sino a los que comercializan y perjudican a muchos chicos y, sobre todo, por el tipo de drogas que comercializan a los de las clases con menos posibilidades económicas. Esa era la

¹ N. del E.: La ley conocida como de desfederalización es la Ley Nacional 26.052, sancionada en 2005, a las que las provincias pueden o no adherir. Buenos Aires lo hizo mediante la Ley Provincial 13.392.

premisa fundamental, la ley estaba, había que cumplirla y a su vez prepararse lo mejor posible y delinear una política estratégica sobre la materia.

Uno de los principales objetivos de la Procuración General es el de provocar, a través de la optimización de la persecución penal, una reducción de la oferta ilegal de estupefacientes, dificultando y desalentando su distribución, suministro y comercio, y distinguiendo como objetivos esenciales la persecución del suministro y/o venta de estupefacientes en todos los ámbitos y niveles de la sociedad.

Es sabido que en la provincia de Buenos Aires tanto el Sistema Federal como el Provincial utilizan para tareas de inteligencia a la fuerza policial. La verdad es que para la Procuración General este era uno de los problemas, sobre todo porque no se quería trabajar mirando la necesidad de hacer estadística sobre el tema. Estábamos convencidos que se debía evitar que esta desfederalización perjudicara justamente a aquellos chicos que solamente tienen estupefacientes para su consumo personal. Entonces, el tema de la preparación en estas jornadas para el Ministerio Público era de vital importancia. Había un obstáculo, que se originaba con motivo de una falencia legislativa, cual era no contar claramente con la figura de “tenencia con fines de comercialización”, porque quien comercializa tiene la virtud de no mostrar que comercializa; y entonces se advertía que si se había pagado era comercio, pero si estaban en el momento de la venta no se configuraba el comercio sino sólo la tenencia con aquel fin, cuestión que para algunos seguía siendo de competencia federal.

En las mencionadas jornadas, la Procuración decidió marcar una política y formar una comisión coordinadora para poder asesorar y a la cual pudieran acudir los fiscales y los ayudantes fiscales para allanar las dificultades, o para clarificar a aquellos que no habían entendido cuál era la política que se había implementado desde la Procuración. El doctor Falcone, Juez Federal de Mar del Plata, en sus diversas disertaciones en las mencionadas jornadas desarrolló una teoría en donde la comercialización tenía que ver con la tenencia con fines de comercialización; más adelante volveremos sobre la cuestión.

Por su parte, desde el punto de vista presupuestario, correspondía al Gobierno Nacional proveer los fondos para implementar el sistema, los cuales no llegaron nunca hasta ahora, aunque tampoco se impulsó desde la provincia un pedido formal en tal sentido. A pesar de ello, la ley se puso en marcha el 11 de diciembre del 2005, comenzando en las mismas condiciones existentes hasta ese momento. Se formalizó un convenio con el Ministerio del Interior para poder utilizar algunos laboratorios y no tener que usar los de la policía bonaerense. En ese marco se solicitó colaboración para ver de qué manera se podía llevar a cabo este tipo de cuestiones sin tener que depender de las fuerzas de seguridad. Es decir, que fueran los propios protagonistas del Poder Judicial, del Ministerio Público, los que trabajaran el tema, ya que son ellos los que tienen una política marcada desde la Procuración General. Allí también empezó la tarea de la Unidad Coordinadora de la Procuración General, que

se encuentra integrada por funcionarios de las diferentes áreas penales que mantienen reuniones de trabajo, visitan los diversos departamentos judiciales de la provincia y trabajan con los fiscales y ayudantes fiscales especializados en la materia, insistiendo en las políticas y directivas impartidas desde este organismo. Es importante poner de relieve el rol que cumple en esta temática el “ayudante fiscal” que es una figura que se creó el pasado año mirando la política de descentralización del Ministerio Público, con la idea de acercar la justicia a la gente. En el interior de la provincia, donde además de la cuestión de la lejanía existen serios problemas delictivos, entre muchos otros, el ayudante fiscal es el encargado de escuchar a la comunidad, es la principal fuente de conocimiento de los problemas que se tienen, muchos de los cuales se canalizan por mediación y se logran conciliar sin llegar a un juicio. Además, estos ayudantes tienen la facultad, hasta la declaración del imputado, de promover la investigación desde el mismo momento que se efectúa la denuncia y trabajar en los comienzos de la estrategia fiscal en el caso.

En este orden de ideas, entendemos que acercar la justicia a la gente no es sólo una política sino un derecho y una obligación de quienes están en el servicio de justicia. Además, es importante que la descentralización se haga sin delegación, cuestión que hoy los fiscales de la provincia no hacen, ya que delegan muchísimas acciones que debieran hacer personalmente o a través de sus colaboradores.

Hay pocos recursos, es verdad, pero con los mismos recursos bien administrados hay fiscales que cumplen con la misión que deben tener como verdaderos representantes de la sociedad y otros miran para el costado; esto último es la actitud que estamos revirtiendo. En el interior de la provincia, donde no hay fiscalías ni defensorías, es fundamental esta figura del ayudante fiscal. Porque, si no, es fácil poner un fiscal, un ayudante fiscal y olvidarse de la defensa; y así es como se vulneran los derechos de aquel que puede estar imputado. Se han propiciado convenios para incorporar defensores *ad hoc* que asesoren a quienes se imputa la supuesta comisión de un delito, que a veces ni siquiera lo es pero rápidamente se lo estigmatiza como “delincuente”. Este discurso no resulta grato, pero corresponde con la verdad.

Las garantías son para todos los habitantes de este suelo, porque muchos de los que incumplen con la ley tienen muchas más razones externas que las de su propia persona. Entonces, hay muchas cosas que hay que cambiar para poder modificar el estado delictual, no solamente imputar al que un día se equivocó, sino preguntarnos por que llegó a esa situación de la cual muchos somos culpables. Con la figura del ayudante fiscal se han ido armando equipos con gente que estuviera interesada, que fuera respetuosa de los derechos humanos y que conociera la manera de poder colaborar con el fiscal que tiene que hacer la investigación, haciendo “la inteligencia”. La forma que se adoptó fue conversando, haciendo reuniones con padres –que muchas veces son los primeros que denuncian quién le vendió droga a su hijo– o con las socie-

dades de fomento para explicar la política que se iba a llevar adelante, que no se basa en denunciar a los chicos que están fumando en una esquina, porque eso es represión, sino que vengan a denunciar a aquel que lucra con este flagelo. Obviamente que este no es el narcotraficante, a ese lo tendrá que combatir otra política que es la de la Justicia Federal. Pero en el marco de nuestra competencia tenemos que combatir al que vende porque es la única manera de poder atacar este flagelo, que va aumentando en forma geométrica.

La implementación comenzó con estos equipos, que variaron en número según los departamentos judiciales; en algunos casos fueron cinco, en otros cuatro equipos, dependiendo de la zona, la cantidad de habitantes, el tipo de delito y las estadísticas que se habían hecho previamente. En un primer momento hubo muchas diferencias con el Ministerio de Seguridad, porque a la policía se le informó que tenían que trabajar para combatir la comercialización y las cocinas, pero resultó que seguían juntando chicos que luego llegaban a las fiscalías. La realidad es que era difícil determinar si estos chicos eran adictos o si era la primera vez que consumían, pero la cuestión es que la situación de esos jóvenes no era para detener ni para procesar, ni siquiera para que quedara un legajo en la fiscalía, porque desde el Ministerio Público se interpretó que no habían cometido ningún delito. Lo que se hacía era informarles a estos chicos y a sus padres de la existencia de los centros de las adicciones,² y sin tomarles declaración, utilizando el artículo 56 bis del Código Procesal Penal de la Provincia de Buenos Aires, quedaban inmediatamente en libertad y el parte se archivaba “en forma incondicional”. Esta es la política que se intentó imponer desde el primer día.

De diciembre de 2005, cuando se implementó la ley de desfederalización, a agosto de 2006, el tipo penal que más llegaba a la fiscalía era la “tenencia para consumo”, el 58 % de los casos. Es decir que esos eran los, generalmente menores, que la policía traía a la fiscalía. Mientras tanto, los equipos organizados por la Procuración General detectaban que a la vuelta de donde encontraron a estos chicos, se comercializaba. Recién ahí, por medio del fiscal, se hacía una investigación y se realizaban los allanamientos del caso. En el mismo período, el tipo penal de “comercialización” fue del 31 %, y para el período diciembre 2006-agosto 2007 ya fue del 49 %. La mayor parte de este 49 % fue en la última etapa de 2006, cuando ya se había creado, a menos de un año, una conciencia de hacia dónde había que ir, pero aún se seguía insistiendo con la figura de tenencia para consumo. En este período la tenencia para consumo fue del 42 % y para la tenencia simple del 9 %.

¿Qué pasó con las causas en cuanto a la Justicia Federal? La Justicia Federal, en general, no investigaba nada que no fuera gran comercio. Es decir, trabajaba para los grandes procedimientos y no para el semillero o el intermedia-

² N. del E.: En la actualidad, estas dependencias se denominan Centros Provinciales de Atención (CPA).

rio de muchos de los grandes procedimientos. Si se compara el 2004, que es el último año que se cuenta con datos de la Justicia Federal previo a la desfederalización, en el cual se realizaron 7.000 procedimientos por aplicación de la Ley 23.737, con el período que va de diciembre del 2005 a diciembre del 2006, cuando se realizan 13.948 procedimientos con importantes resultados en relación a la comercialización, resulta evidente que, aún considerando las proporciones que señalaba antes de tenencia simple y de tenencia para consumo, los resultados en orden a la estrategia de persecución de la comercialización de sustancias estupefacientes fueron mucho más importantes cuando se desfederalizó que cuando la tarea se centralizaba en la Justicia Federal.

Nuestra misión fundamental es que los procedimientos y allanamientos se realicen con la presencia y el control de los miembros del Ministerio Público. La policía acompañará como seguridad y se les avisa en el momento que se llega al procedimiento, pero no será la encargada de realizar estas tareas. Es necesaria, fundamentalmente, la presencia absoluta y efectiva de un miembro de ese grupo fiscal, que puede ser tanto el agente fiscal como el ayudante, el instructor judicial o el secretario, pero alguien debe controlar el respeto por las garantías constitucionales de todos los involucrados en el procedimiento. En este momento existen algunos sumarios realizados en la Procuración, porque se hace el seguimiento serio y cuando se advierte que en algún procedimiento no hubo presencia del grupo fiscal, sin importar la excusa que den, se inician los sumarios correspondientes.

La Procuración General coordina muchísima tarea con el Ministro de Seguridad, con el cual permanentemente se intercambian los datos de lo que sucede en la temática, porque siguen llegando chicos por tenencia para consumo, entonces el contacto continúa para poder revertir esto. El Ministerio Público solo no puede trabajar, es necesaria una coordinación responsable con las diversas fuerzas de seguridad.

Como ya se esbozara en los lineamientos de la política criminal de esta Procuración, resulta de vital importancia que la investigación penal preparatoria solo se inicie –en estos casos de tenencia para consumo– con el fin de proceder al secuestro de la sustancia estupefaciente de que se trate, y generalmente no se recibe la declaración del imputado prevista en el artículo 308 del Código Procesal Penal. Por otra parte, el archivo dispuesto no resulta condicionado a la realización de una rehabilitación sino que sólo se informa al involucrado la ubicación de los CPA más cercanos a su domicilio, pues a criterio de la Procuración General el tratamiento médico no puede ser impuesto so pretexto de que en caso de fallar se seguirá adelante con la investigación; la intención es lograr la rehabilitación real y consciente.

Sintetizando, podemos destacar que los dos pilares fundamentales de la tarea iniciada con motivo de la desfederalización son: priorizar la persecución penal de los tipos penales vinculados con la comercialización de sustancias estupefacientes e imponer la presencia de funcionarios del Ministerio Públi-

co Fiscal en los allanamientos. A esta altura, cabe retomar el derrotero seguido por esta Procuración frente al inconveniente estratégico que significaba, desde el punto de vista práctico, la polémica en torno a la desfederalización o no del tipo penal de “tenencia con fines de comercialización”.

Como un primer paso, se trató de explicar en los distintos estratos judiciales que desde el punto de vista teleológico era más que obvio que si la Ley 26.052 había desfederalizado el tipo de “comercio de estupefacientes” también había hecho lo propio con su tenencia con fines de comercialización, es decir, la visión que se tenía era la del proceso de comercialización como un todo y, además, si se podía investigar a nivel provincial el comercio consumado con más razón se podía investigar al mismo nivel aquel hecho en el que el comercio sólo había quedado en grado de tentativa; esto, siguiendo la postura que había planteado el doctor Roberto Falcone sobre la cuestión.

Sin perjuicio de ello y presenciando la diversidad de opiniones sobre la materia, desde la Procuración General se solicitó ante la Cámara de Diputados una pequeña reforma a la Ley 26.052 mediante la cual se incorporara expresamente el tipo penal de “tenencia con fines de comercialización”, y así superar cualquier interpretación judicial contraria a la sustentada por el Ministerio Público. Paralelamente a la vía doctrinaria y legislativa que se había intentado, también se agotó la judicial llegando el planteo a la Corte Suprema de Justicia de la Nación en un recurso federal interpuesto por el señor Fiscal General del Departamento Judicial Mar del Plata en la causa “Echevarría, Sandra P. s/inf. Ley 23.737. Allí la Corte hace propio un excelente dictamen del señor Procurador General de la Nación, doctor Esteban Righi, donde se resuelve en el sentido promovido por la Procuración General de la Provincia. Es decir que quedó jurisprudencialmente aclarado que la investigación de la “tenencia con fines de comercialización” era de competencia provincial. Hoy faltaría que esto contara con la modificación legislativa en el artículo y que lo dijera expresamente, pero hasta la fecha los magistrados han seguido el fallo de la Corte sin mayores inconvenientes.

Finalmente, transcurridos algo más de un año y medio de la entrada en vigencia de la Ley 13.392, de adhesión al régimen de desfederalización en materia de estupefacientes, desde la Procuración General tenemos la convicción de que, si bien existe un importante espacio para mejorar, estamos en el camino correcto.

El esfuerzo y compromiso que, a nivel personal, vienen realizando los operadores del sistema que integran el Ministerio Público para hacer frente a la problemática diaria y a la falta de recursos para afrontarla, es el hecho más destacable.

Buenos Aires, 28 de agosto de 2007.

Proceso de modificación a la ley de drogas en Brasil

Maurides de Melo Ribeiro

Abogado, magíster y doctorando en Derecho Penal y Criminología por la Universidad de São Paulo. Es miembro directivo de la Red Brasileira de Reducción de Daños y presidente de la Comisión de Política Nacional de Drogas del Instituto Brasileiro de Ciencias Criminales.

Quisiera enfocarme en el tema de la revisión de las metas de la Sesión Especial sobre drogas de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS). Estamos hoy frente a una posibilidad de intervenir en ese proceso de revisión, y creo sería interesante que más allá de la barrera lingüística, nosotros podamos establecer un diálogo realmente continental. Hoy, esta articulación es fundamental y totalmente necesaria. El movimiento que está ocurriendo en Argentina, y que pude verificar en estos dos días de Conferencia, es similar a lo que en Brasil estamos articulando y promoviendo desde las diversas entidades, las organizaciones no gubernamentales, que sostenemos estas ideas comunes. En Brasil tenemos por lo menos dos grandes redes nacionales, ABORDA, que es la Asociación Brasileira de Reductores de Daños, y REDUC, que es la Red Brasileira de Reducción de Daños, tenemos asociaciones estatales y municipales, varias redes a lo largo de Brasil que hoy en día están haciendo exactamente una gran articulación intentando promover un lobby, una palabra que usamos y que tenemos un cierto prurito, pero es eso, *advocacy* de nuestras ideas. Intentar que ellas sean oídas por nuestros representantes e influenciar en esas decisiones.

Nosotros estamos justamente en este momento con varios congresos preparatorios de un evento mayor que será a fin de año en Rio de Janeiro, para que podamos tener mínimamente un diálogo más uniforme sobre lo que queremos y lo que podemos hacer con objetivo de la revisión de las metas del año que viene.

También estamos pretendiendo realizar una conferencia en el Congreso Nacional, en Brasilia, evidentemente con la intención declarada de estar dentro de la casa legislativa buscando influir y buscando la participación de nuestros legisladores; creo que es una estrategia muy interesante y válida.

Con relación a la política, les quiero presentar un breve panorama de lo que está aconteciendo hoy en la cuestión de políticas de drogas en Brasil.

Hay toda una discusión con la nueva legislación brasilera, si fue un avance o no fue un avance. Desde ya, creo que es un avance interno, tenemos una ley nueva que entró en vigencia en octubre de 2006, pero no ocurrió una descriminalización de la tenencia para consumo personal. En verdad, eso no ocurrió. Nosotros tenemos evidentemente un tratamiento menos riguroso. No hay posibilidad legal de la privación de libertad, de pena privativa de libertad para el usuario, pero tenemos otra lista de penas que son penas alternativas admisibles y previstas como parte de nuestro sistema penal. Por lo tanto, la conducta continúa criminalizada pero destinada a otra lista de penas que no es la pena de prisión, que no es la pena de privación de libertad.

Hay otras cuestiones que creo interesantes de esta reforma, como la modificación respecto de, por ejemplo, un muchacho o un joven que lleva encima un cigarro de marihuana u otra droga para consumir con los amigos y es arrestado. Hasta esta modificación de la ley, esa conducta era considerada tráfico. Hoy en día tenemos una situación intermedia que se denomina “cedente eventual”,¹ que es la persona que lleva la sustancia para consumir conjuntamente con otros. Si bien esa conducta no quedó equiparada a la conducta del usuario, tampoco se lo considera tráfico. Está en una situación intermedia entre usuario y tráfico, con penas de prisión lo suficientemente flexibles para que ese caso pueda ser direccionado para lo que llamamos “Juzgado Especial Criminal”, que es un juzgado de pequeñas causas penales, con otros rituales judiciales, con otras posibilidades de negociación y otras intervenciones que no son la prisión. La otra novedad en relación a la figura del usuario de drogas, es la plantación de cualquier droga para consumo personal. Esa conducta fue equiparada a tenencia para consumo personal y tampoco prevé la privación de libertad para quien es apresado en esas circunstancias.

En contrapartida, en relación al comercio y al tráfico, la ley recrudesció mucho. La pena mínima paso a ser de cinco años cuando antes era de tres. Nosotros solemos ver la gravedad de una ley penal por su pena mínima, lo mínimo que le puede ocurrir a una persona en esa circunstancia es que va a pasar cinco años presa sin ningún tipo de beneficio. La situación del comercio fue agravada. Y esta es una de las críticas evidentemente a la nueva ley, porque el primer operador que interviene en el proceso judicial –aunque todavía no sea judicial–, que interviene en la preparación del proceso judicial, es la policía. La policía es la que va a hacer, en un primer momento, la clasificación de la conducta del ciudadano que es arrestado, dando margen a todas aquellas negociaciones informales que ustedes pueden suponer; y que no es un fenómeno sólo brasilero. La policía continúa teniendo una amplia discrecionalidad que le posibilita elegir según sus exigencias momentáneas, ubicar la conducta de ese ciudadano en una situación bastante confortable en la que

¹ N. del E.: Figura en la nueva ley que se refiere al que de manera eventual entrega drogas a otro para consumo; por ejemplo, en el caso de una fiesta.

no se prevea la pena de prisión, o puede ubicarlo en la situación de responder en un proceso por tráfico con una pena mínima de cinco años. Entonces eso continua siendo un espacio muy abierto para la corrupción policial. Este es uno de los elementos que están produciendo críticas a la ley, en relación a las conductas que pueden presentar dudas. La verdad es que no hay un criterio rígido y uniforme sobre qué es el uso, sobre qué es el tráfico, y eso es fruto, también, de los corsés puestos por los tratados internacionales. Todas nuestras leyes tienen grandes semejanzas; a pesar de las diferencias regionales y de las diferencias entre los países, hay una similitud muy grande entre las diversas leyes de drogas, fruto del encorsetamiento que les ocurre a los países firmantes de los tratados internacionales y que condicionan o terminan por condicionar la legislación interna.

De aquí en adelante ¿qué es lo que nos queda? Buscar efectivamente intervenir en la revisión de esos tratados de tal manera que por lo mínimo nos permita mayor maleabilidad regional. Hoy, me parece que el movimiento de la reducción de daños, también lo veo aquí en Argentina, ya avanzó y se legitimó al punto de volverse una política pública. Eso en Brasil es una realidad, y es también fruto del propio movimiento de reducción de daños. La propia modificación de la ley actual de Brasil reconoce la reducción de daños como una acción lícita y una política pública, acabando con la acción de prohibir las acciones de reducción de daños y cuestionar a las organizaciones de reducción de daños. Pero no tenemos un reconocimiento de las propias Naciones Unidas y de sus tratados con relación a la reducción de daños. Yo creo que eso es un aspecto en el que es posible intervenir, y de articularnos para que la revisión contemple esa situación.

Entonces, las articulaciones son oportunas y debemos unir esos esfuerzos y resultados, articulando políticamente un núcleo básico de cuestiones que pueden ser bien llevadas adelante en ese proceso de revisión que se avecina. Lo que yo sugeriría como para discusión es: la mayor autonomía para que las legislaciones internas se puedan adecuar efectivamente a sus realidades, y el reconocimiento de la reducción de daños como una política hoy legitimada por su aplicación y por los éxitos que va teniendo en sus experiencias.

A mí me gustaría finalizar mi intervención recordando que, en mi opinión, aún no conseguimos avanzar lo suficiente para que estén aquí presentes dando su opinión los destinatarios últimos: las personas que usan drogas tienen que ser oídas y hasta ahora no conseguimos que, efectivamente, se hagan presentes para discutir la legislación. Una legislación que al final les es pertinente, porque es el grupo destinatario de toda ella, y es justamente el grupo que permanece sin voz en todo este debate; y esto sucede en todos los países en que vengo observando esta discusión. Son cuestiones que dejo aquí planteadas para que podamos debatirlas.

Problemas de salud y políticas socio-sanitarias

En la Argentina, el papel del Estado en la atención de los problemas de salud sigue siendo, junto a la Educación, una de las prioridades más irrenunciables si se trata de buscar equidad y distribución de bienes y servicios. Sin embargo, hay vastas franjas de la población que quedan lejos de esos recursos, no sólo por su vulnerabilidad económica o su falta de acceso geográfico, sino también por la segregación y discriminación que padecen debido a sus prácticas sociales. Los usuarios de drogas son un ejemplo de estas poblaciones discriminadas y con clara necesidad de inclusión en la atención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas.

La experiencia que nos dejó la epidemia del VIH/sida, es que muchos de los usuarios de drogas inyectables tuvieron que aprender solos, en sus redes de consumo, con sus pares, cuál era la forma de protegerse de contraer la infección o de transmitirla. Mucho más tarde en el devenir de la epidemia, fueron algunos trabajadores de salud de los servicios públicos y de ciertas organizaciones no gubernamentales los que se dedicaron a atender y entender sus circunstancias. No obstante, la epidemia ya había diezclado a muchos de los que no lograron este tipo de cuidados. Sin embargo, esta evidencia no constituyó un aprendizaje que, al menos en el contexto argentino, permitiera

acelerar los procesos de incorporación de paradigmas, conceptualizaciones y prácticas que corrigieran estas falencias en la asistencia y en el diseño de políticas públicas dirigidas a los usuarios de drogas.

Es indudable que esos procesos de cambio no resultan sólo de la sinergia entre los propios afectados y ciertos técnicos que intentan una propuesta sanitaria más incluyente. Concebimos la política sanitaria como la síntesis de las concepciones sociales dominantes en temas de salud/enfermedad/atención, que pugnan con otros sentidos que también están presentes en diversos colectivos sociales. Entonces, si el uso de drogas es considerado un delito o es un problema exclusivo de la salud mental, esta concepción va a generar la falta de asunción de muchos equipos que no se consideran capacitados, formados o destinados a atender este tipo de problemas.

Otra consecuencia de esa visión preponderante en el tema son las historias de personas que han transitado carreras institucionales que comienzan en su adolescencia e incluyen todo tipo de experiencias que alternan espacios de tratamiento sanitario con espacios de encierro carcelario. Pero también hay muchos que ni siquiera llegan a este tipo de instituciones y en estas circunstancias su propio núcleo social reclama un particular tipo de atención: la internación. Este reclamo que implica separar, excluir, cambiar de espacio a una persona respecto de sus redes sociales más próximas, es todavía una concepción social dominante para trabajar los usos problemáticos de drogas. El sistema de salud, fragmentado, con recursos insuficientes, poco preparado para los cambios económicos y sociales que vive la población que asiste, sigue siendo el ámbito principal al que recurren quienes reclaman atención por el uso problemático de drogas. Sin embargo, las políticas públicas de asistencia en drogas también exhiben fragmentación, tensión y contradicciones tanto en sus enunciados como en las acciones que proponen.

Por esto, nos toca a quienes desde distintos ámbitos impulsamos una perspectiva ligada a la defensa de los derechos humanos, trabajar para que continúe existiendo la posibilidad de poner en cuestión, criticar y contribuir a la construcción pública de una política de drogas que tienda a disminuir el padecimiento social e insista en los principios de equidad y de inclusión social.

Diana Rossi

Trabajadora Social y coordinadora del Área de Investigación de Intercambios Asociación Civil. Directora del Proyecto UBACyT S044, “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Uso de drogas y problemas de salud

Marcelo E. Vila

Médico especialista en Clínica Médica y Epidemiología. Actualmente es coordinador subregional en VIH/ITS para el Cono Sur de la Organización Panamericana de la Salud. Desde 1998 se desempeña como asesor médico e investigador en Intercambios Asociación Civil. En el período 2001/2006 fue responsable de vigilancia epidemiológica en la Coordinación Sida del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Tiene numerosos artículos publicados sobre VIH y sobre problemas de salud asociados al uso de drogas.

Quisiera hacer un recorrido a través de tres estudios que hemos realizado en Intercambios en estos últimos dos años con la idea de, desde una perspectiva de salud pública, reflexionar acerca de los problemas de salud asociados al uso de drogas y las vulnerabilidades sumadas a los usuarios de drogas. Si pensamos el fenómeno del uso de drogas como fenómeno multicausal, la Salud Pública se torna “una” perspectiva y no “la” perspectiva. Aunque parezca una paradoja, todos sabemos que los problemas asociados al uso de drogas no tienen que ver necesariamente con la droga en sí misma. Hay una vinculación de esos problemas con lo social, lo cultural, lo antropológico, pero específicamente desde lo biológico también tienen que ver con la preparación de la droga, con la combinación de las sustancias y de las dosis que se consuman, y con la forma de administración independientemente de la sustancia que se consuma. Uno puede consumir agua destilada, pero si se inyecta y no se esteriliza el brazo puede tener una infección y una endocarditis infecciosa que le puede ocasionar la muerte, aunque se inyecte agua. La transmisión de enfermedades infecciosas es otro problema de salud que puede estar relacionada con las prácticas de uso de drogas; la intoxicación aguda no tiene que ver necesariamente con las prácticas de uso de drogas. ¿Qué quiero decir con las prácticas? Yo puedo ser un adicto, o un usador ocasional, o puede ser la primera vez que uso una sustancia y tener consecuencias secundarias a la intoxicación aguda. Ejemplo práctico y vulgar: nunca tomé alcohol, tomo alcohol y manejo, tengo un accidente en la ruta, eso es un daño a la salud relacionado con el uso de drogas que no tiene nada que ver con el tipo de relación que se tiene con la sustancia. Sabemos que la dependencia o el uso compulsivo son la punta del iceberg, que por debajo están el 70, el 80,

Aportes para una nueva política de drogas

el 90 % de personas que hacen un uso no dependiente de sustancias y que, sin embargo, pueden tener problemas de salud asociados. Y todo esto, por supuesto, atravesado por las condiciones de vida. No es lo mismo un usuario de sustancias pobre que un usuario de sustancia de clase media, media-alta, tanto desde el punto de vista de la represión, como desde el punto de vista de la salud; los recursos simbólicos y materiales que se tienen para defenderse son distintos.

La tabla *Carga de daños a la salud por el uso de sustancias psicoactivas* nos va a ayudar a pensar los problemas de salud asociados al uso de drogas. Hay una cosa que se llama técnicamente “epidemiología de la carga de daños a la salud por el uso de sustancias” en el que se toman dos indicadores, estudiados a nivel mundial cada 5 o 10 años, que son el de mortalidad y los años de vida potencialmente perdidos por discapacidad.

Carga de daños a la salud por el uso de sustancias psicoactivas. Porcentaje de la mortalidad global total y AVAD atribuibles al tabaco, alcohol y drogas ilícitas, 2000

Factor de riesgo	Países en vías de desarrollo				Países desarrollados		Mundial
	Alta mortalidad		Baja mortalidad		Hombres	Mujeres	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres			
Mortalidad (%)							
Tabaco	7,5	1,5	12,2	2,9	26,3	9,3	8,8
Alcohol	2,6	0,6	8,5	1,6	8,0	0,3	3,2
Drogas ilícitas	0,5	0,1	0,6	0,1	0,6	0,3	0,4
AVAD (%)							
Tabaco	3,4	0,6	6,2	1,2	17,1	6,2	4,1
Alcohol	2,6	0,5	9,8	2,0	12,0	3,3	4,0
Drogas ilícitas	0,8	0,2	1,2	0,3	2,3	1,2	0,8

Fuente: OMS, 2002.

Lo que se señala en la tabla es cuál es la mortalidad secundaria al uso de drogas a nivel mundial. Claramente, el tabaco es responsable del 8,8 % de las muertes a nivel mundial, el alcohol del 3,2 % y las drogas ilícitas del 0,4 %. Cuando vemos los años de vida potencialmente perdidos por discapacidad (AVAD), el tabaco es causante del 4,1 %, el alcohol del 4 % y las drogas ilícitas del 0,8 %. Esto, claramente muestra que el estigma y la discriminación en torno al uso de drogas ilícitas no tiene nada que ver con la salud y el daño que producen en la salud; tiene que ver con otras cuestiones, con la historia, con la antropología,

con la sociología, pero poco tiene que ver con la salud pública.

Como señalé anteriormente, voy a mostrar algunos resultados de tres estudios que hemos estado trabajando en Intercambios. Todos estos estudios, sobre todo los primeros dos que les voy a mostrar, de muestras no probabilísticas, son en usuarios de drogas tanto en su entorno de consumo como en centros de tratamiento. El primero es un estudio en usuarios de pasta base de cocaína, que realizamos desde octubre del 2006 a septiembre de 2007.¹ Alcanzamos a 170 usuarios de pasta base de cocaína, básicamente varones, con una edad media de 26 años y básicamente de bajo nivel de instrucción, la inmensa mayoría tenía el secundario incompleto o menos. Eran usuarios con alta proporción de trabajo informal, desocupados. Cuando se les preguntaba cómo sentían su estado de salud, un buen porcentaje decía que era excelente o buena, más del 50 % no tenía percepción de alteración de su salud. Ahora, cuando se les preguntaba sobre problemas concretos de salud, el 91 % refería pérdida de peso secundario al uso de pasta base de cocaína y prácticamente el 65 % perdía entre el 10 y el 25 % de su peso. Además, el 70 % refería lesiones en su cavidad bucal secundarias al uso de pasta base de cocaína. Y cuando se los indagaba sobre sus prácticas sexuales, solamente el 44 % utilizaba preservativo con la pareja ocasional. Una cosa interesante es que un 11 % relatava relaciones de prácticas sexuales de hombre con hombre, dos personas del total del universo eran travestis femeninas, y solamente la mitad usaba siempre preservativos en las relaciones de hombres con hombres. En la población estudiada, encontramos una prevalencia de VIH del 2,9 %; cuando la comparamos y la pensamos en función de la prevalencia histórica en usuarios de drogas inyectables, parece bajísima. Pero, sin embargo, es 5 veces la prevalencia esperada en la población general de la Argentina, donde se calcula que es del 0,6 %. Es importante aclarar que un criterio de exclusión en este estudio era haber usado alguna vez en la vida drogas inyectables. Es decir que las prácticas de riesgo no tenían que ver con el uso de drogas inyectables.

El otro estudio es la determinación de seroincidencia y resistencia al VIH en usuarios de drogas que estamos haciendo con financiación del Fondo Global, que todavía está en marcha.² Les presento un corte de análisis al 31 de diciembre de 2007 (N=358). Son también, en la mayoría, varones con una edad media de 29 años, jóvenes, con un bajo nivel de instrucción; el 90 % eran usuarios de drogas no inyectables, solamente el 9,2 % refirió haber con-

¹ N. del E.: "Estudio de infecciones de transmisión sanguínea y sexual y prácticas de riesgo en usuarios de pasta base de cocaína en el Área Metropolitana de Buenos Aires", financiado por la Organización Panamericana de la Salud, HSS/RC/ARG3220 (2006-2007).

² N. del E.: "Determinación de seroincidencia y resistencia de VIH en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas y embarazadas", financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, Proyecto "Actividades de apoyo a la prevención y el control del VIH/SIDA en la Argentina" UBATEC/SP/112 (2006-2008).

Aportes para una nueva política de drogas

sumido droga inyectable alguna vez en su vida. El 65 % refirió uso de preservativo en la última relación con la pareja ocasional, o sea, un bajo uso de preservativo de manera consistente con la pareja ocasional.

El 27,5 % del total de entrevistados han tenido, al menos en el último año, sexo anal con otro hombre. El 52,5 % de ellos refieren nunca o sólo algunas veces haber utilizado preservativo. Como la pregunta indagaba sobre prácticas y no sobre identidad sexual, este dato debe leerse independientemente de la definición que hiciera de su identidad sexual, no necesariamente eran personas *gay* o asumidas como homosexuales. En este estudio, la prevalencia de VIH aun es más alta, el 6,7 % fue positivo para el VIH. Es importante señalar que este estudio está en progresión y en este momento la prevalencia es un poquito menor, un 5,5 % de prevalencia de VIH con una muestra, en este momento, de 600 personas. Para los que no conocen los términos, la prevalencia es el porcentaje de personas infectadas en un momento dado y la incidencia son las personas que se infectaron en el último año. En este estudio calculamos, a través del laboratorio, lo que se llama seroincidencia que fue del 3,02 %, es decir que 3 de cada 100 personas se habían infectado en el último año.

Siendo que en este estudio había usuarios de drogas inyectables, en el cruce entre uso inyectable y prevalencia de VIH se observa que las personas que tenían antecedentes de uso de drogas inyectables tenían una prevalencia un poco más alta, aunque sea difícil de comparar porque el número absoluto de usuarios inyectables es bastante bajo.

Aún más interesante es cuando empezamos a cruzar el tema de las prácticas sexuales y la prevalencia por VIH. En la tabla *Prevalencia de VIH en varones según opción sexual y vía de administración de drogas último año* se puede apreciar el cruce entre las variables de prácticas sexuales y vías de administración de drogas.

Prevalencia de VIH en varones según opción sexual y vía de administración de drogas último año

	Resultado VIH		N
	Negativo (%)	Positivo (%)	
Usuarios de drogas no inyectables / Heterosexual	96,7	3,3	153
Usuarios de drogas inyectables / Heterosexual	75,0	25,0	8
Usuarios de drogas no inyectables / Hombre que tienen sexo con hombres	81,0	19,0	58
Usuarios de drogas inyectables / Hombre que tienen sexo con hombres	66,6	33,3	3
Total	91,4	8,6	244
Chi ² : 18,6.	p = 0,001		

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

Tomando sólo la población masculina de la muestra, los usuarios de drogas no inyectables que refieren sólo prácticas heterosexuales tienen el 3,3 % de prevalencia. Pero aquellos usuarios de drogas no inyectables que además refieren prácticas de hombre con hombre tienen un 19 %, es decir, una prevalencia aumentada relacionada con las prácticas sexuales de hombre con hombre. Lo mismo sucede en el caso de los usuarios de drogas inyectables, cuya prevalencia de VIH es del 25 % cuando se cruza con prácticas heterosexuales, y aumenta al 33,3 % en aquellos hombres que refieren haber tenido prácticas con hombres, no necesariamente homosexuales. Es decir, claramente una prevalencia aumentada en relación a las prácticas sexuales.

Hace casi tres años que estamos trabajando con colegas de Brasil y Uruguay, tratando de unir bases de datos de estudios realizados en nuestros países para tratar de hacer un análisis en perspectiva histórica de cambios de comportamientos y prevalencia de VIH en la zona sur de América.³ Trabajamos con una base de datos de 3.600 personas de los tres países, Argentina, Brasil y Uruguay. El cuadro *Prosul*, que es un tanto complejo, muestra las características de esta muestra.

Tenemos una población básicamente joven, de bajo nivel educativo, con alto porcentaje de desempleo; solamente el 52 % tiene trabajo; el 33 % de este universo de 3.600 personas usuarias de drogas entrevistadas estuvo alguna vez preso, o sea, es una población con experiencia de encarcelamiento. La mayoría tuvo prácticas de uso inyectable de drogas (70,4 %), planteamos la hipótesis de que más allá del uso de drogas en sí mismo hay una serie de vulnerabilidades sumadas en esta población que exceden largamente el uso de drogas. Por las características del tipo de estudio y la población a la que llegamos, no hemos podido aún comparar usuarios no pobres con usuarios pobres para ver cuánto suma la vulnerabilidad social a la práctica de uso de drogas. Del total del universo mencionado, sólo 3.041 personas⁴ en estos tres países tenían realizada serología para VIH; de ellos el 22 % eran VIH positivo. Y al unir toda la base de datos entre usuarios de drogas no inyectables e inyectables, los usuarios de drogas no inyectables tienen una prevalencia del 7,6 % entre los tres países. En Argentina el 6,3 %, en Brasil el 6 % y en Uruguay el 9,5 %. Los números de personas están cerca de 700 en Argentina, 1.800 en Brasil y 600 en Uruguay, por lo que se hacen números bastante importantes para poder analizar. En la tabla *Seroprevalencia de VIH según tipo de uso de drogas, por país* se detalla esta información.

³ N. del E.: "Perfiles y tendencias de las prácticas de riesgo para las infecciones de HIV, Hepatitis B y C entre usuarios de drogas en el contexto de las políticas públicas: intercambio de datos epidemiológicos en América Latina (Brasil, Argentina y Uruguay, PROSUL)". Financiado por el Ministério da Ciência e Tecnologia, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Brasil, y con apoyo de OPS/OMS, N° 2490426/2006-9 (2006-2009).

⁴ N. del E.: Esta diferencia se debe a que no todos los estudios incluidos en la base de datos PROSUL incluyeron al momento de su realización la determinación de serología para VIH.

Aportes para una nueva política de drogas

Prosul		Argentina n = 1.234*	Brasil n = 1.803*	Uruguay n = 567*	Total n = 3.604*
Sexo (%)	femenino	24,3	14,2	31,9	20,4
	masculino	75,7	85,8	68,1	79,6
Edad	mediana	29	28	27	28
Educación formal (%)					
	7 años o -	43,5	69,7	38,4	55,6
	+ de 7 años	56,5	30,3	61,6	44,4
Tiene trabajo (%)					
	sí	45,9	54,7	60,0	52,5
	no	54,1	45,3	40,0	47,5
Preso alguna vez (%)					
	sí	32,7	38,1	20,6	33,5
	no	67,3	61,9	79,4	66,5
UDI alguna vez (%)					
	no	52,8	2,8	64,7	29,6
	sí	47,2	97,2	35,3	70,4
UDIs que compartieron materiales de inyección (%)					
		65,5	51,5	60,5	55,3

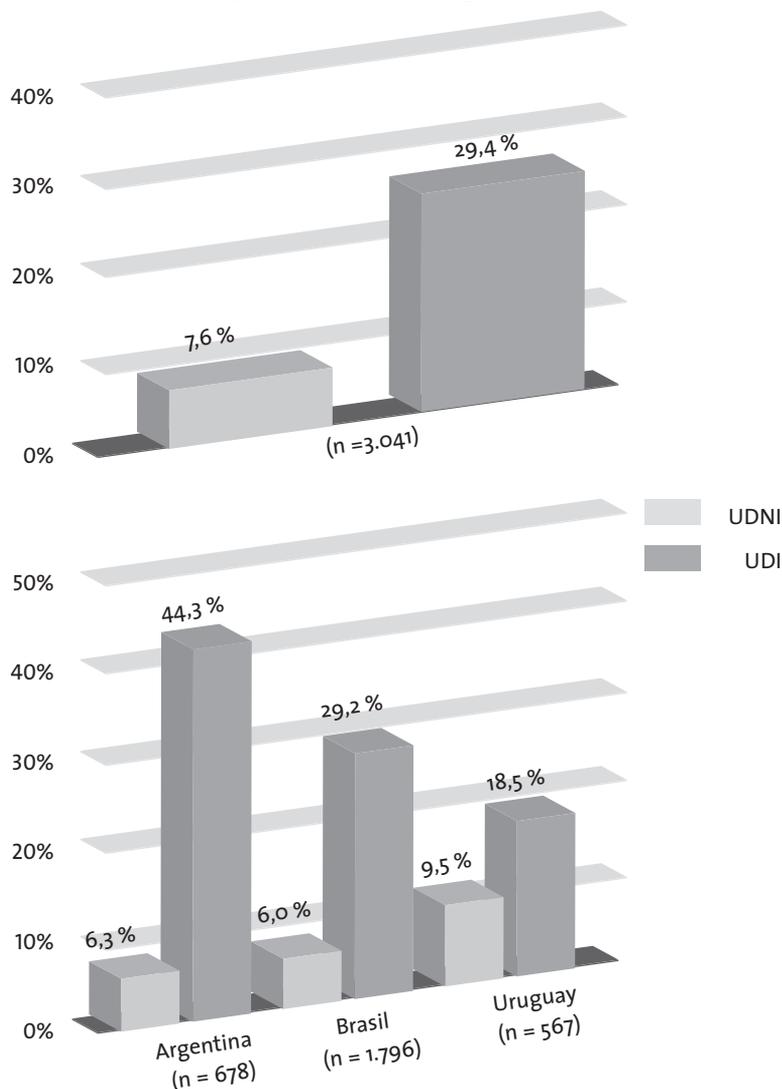
* Los tamaños de las muestras pueden variar en cada caso dependiendo de la disponibilidad de los datos originales.

En esta gran base de datos, cuando empezamos a cruzar prácticas sexuales y prácticas de uso de drogas en relación a la prevalencia de VIH, observamos que en el caso de los usuarios de drogas no inyectables no hay gran diferencia de prevalencia entre quienes refieren prácticas heterosexuales y quienes refieren prácticas sexuales de hombre con hombre (7,7 % y 7,8 %, respectivamente). En cambio, los usuarios de drogas inyectables que además refieren prácticas sexuales de hombre con hombre tienen una prevalencia de 37,9 %, cuando quienes refieren prácticas heterosexuales tienen una prevalencia de 24,4 %.

En síntesis, en este recorte poblacional al que llegamos a través de los estudios, los usuarios de drogas son mayoritariamente varones, jóvenes, de bajo

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

Seroprevalencia de VIH según tipo de uso de drogas por país



nivel de instrucción formal y de empleos temporarios. Este grupo de gente, con este tipo de vulnerabilidades, presenta prácticas de riesgo de uso compartido de pipas para fumar pasta base de cocaína y de otros objetos para inhalar cocaína en polvo, o elementos para inyectarse drogas. Hay una falta de uso persistente del preservativo, tanto en las prácticas heterosexuales como en las de hombres con hombres. Hay una distancia importante entre la percepción del estado de salud y los problemas de salud referidos y diagnosticados. Tenemos una prevalencia de infección por VIH claramente más alta que en la población general, aún en aquellas personas que no se inyectan drogas.

Claramente, hay una mayor prevalencia en los varones que tienen sexo con varones, respecto a otros usuarios de drogas. La incidencia de 3,02 % que nos muestra el estudio de seroincidencia, plantea que tenemos que repensar y replantearnos estrategias de prevención hacia los usuarios de drogas, independientemente del uso inyectable. Y que claramente debemos empezar a indagarnos y a preguntarnos sobre los determinantes sociales del uso de drogas y de las prácticas de riesgo social, independientemente del uso inyectable.

Quería traerles esta reflexión del doctor Sam Friedman, de Estados Unidos, quien dice que “la transmisión de infecciones está relacionada con aspectos culturales, religiosos y muchas veces también jurídicos. Por ello, algunas políticas públicas de drogas y de salud sexual y reproductiva también pueden estar contribuyendo a la diseminación del VIH o al fracaso del tratamiento para el VIH” (Friedman *et al.*, 2006). Finalmente, quiero agradecer a todos los usuarios de drogas que prestaron su consentimiento para participar en todas las investigaciones, a los colegas de todas las instituciones nacionales y extranjeras que trabajan con nosotros, a los compañeros de Intercambios que trabajaron en las distintas investigaciones, en especial a Gonzalo Ralón, que se “pelea” todos los días con la base de datos.

Buenos Aires, 25 de agosto de 2008.

Referencias

Friedman, S. R., S. C. Kippax, N. Phaswana-Mafuya, D. Rossi y C. E. Newman, *Emerging future issues in HIV/AIDS social research. AIDS* 2006, 20:959-965.

Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión del VIH

Ana María Mendes Diz

Socióloga, doctora en Sociología por la Universidad Católica. Es investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Ha sido coordinadora del Área Salud, Población y Sociedad de este Instituto. Es docente de Sociología de la Salud en nivel de grado y posgrado en la Universidad del Salvador. Es evaluadora de proyectos e informes de investigación en Conicet, en la Agencia de Promoción Científica y Tecnológica y en universidades públicas y privadas. Ha publicado numerosos libros y artículos sobre jóvenes, VIH/sida, consumo de drogas, promoción de la salud y otros temas vinculados.

Quiero compartir algunos resultados de una investigación que hemos realizado en 2007, considerando que éstos pueden utilizarse como aportes a políticas en el tema de drogas. En este trabajo, que dirigí, participaron además, como investigadoras, Ana Clara Camarotti y Patricia Schwarz.¹ Los objetivos del estudio fueron, por un lado, caracterizar la situación de las personas usuarias de drogas de cuatro ciudades del país en torno a conocimientos, creencias, valoraciones y prácticas en relación con el VIH/sida, la sexualidad y el uso de drogas. Y por otro lado, evaluar la efectividad de las actividades del “Programa de actividades de apoyo para la prevención y el control del VIH/sida en Argentina”, en relación a las personas usuarias de drogas que hayan sido alcanzadas por dicho programa en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y en la ciudad de Rosario.

Se trata de un estudio cualicuantitativo, como solemos trabajar en nuestras investigaciones, por considerar que ambas perspectivas son complementarias. En el componente cuantitativo, utilizamos cuestionarios con preguntas cerradas, adaptados del informe de línea de base realizado en 2003. La idea era que esta adaptación no fuera una modificación sustancial porque íbamos a comparar los resultados de las dos investigaciones, para saber si hubo cambios favorables, desde 2003 hasta 2007. El universo estuvo constituido

¹ También formaron parte del equipo, Mónica Raimondi, Sergio Guffanti y Cristina Godio.

por usuarios de drogas de entre 12 y 59 años, de cuatro ciudades del país –AMBA, Neuquén, Mendoza y Rosario– y se trabajó con una muestra de 355 casos. El muestreo fue intencional, como corresponde a una población de esta naturaleza donde es muy difícil lograr un muestreo representativo. El trabajo de campo se realizó entre agosto y octubre de 2007.

En el componente cualitativo realizamos 26 entrevistas y 4 grupos focales en Rosario, Gran Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires donde había programas que habían trabajado con la lógica de reducción de daños financiados por el Fondo Mundial. Este trabajo comenzó un mes después de finalizado el componente cuantitativo. La población del estudio fueron usuarios de drogas no alcanzados por el “Programa de las actividades de apoyo para la prevención y el control del VIH/sida en Argentina”, usuarios de drogas alcanzados por las actividades de dicho proyecto y operadores que desarrollaban en ese momento actividades en los programas del proyecto. Particularmente, con estos últimos se hicieron las entrevistas y los grupos focales.

En cuanto a las características socio demográficas de la muestra observamos que el 22 % de los entrevistados tenían hasta 19 años, un 20 % entre 20 y 24 años, un 36 % entre 25 y 34 años, un 14 % entre 35 y 44 años, y un 6 % 45 o más. Se destaca que se trata de una población en la que eran más jóvenes los varones que las mujeres. Los datos completos se muestran en la tabla *Características sociodemográficas de la muestra. Distribución por sexo e intervalos de edad*.

Características sociodemográficas de la muestra

Distribución por sexo e intervalos de edad	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		N	%
	N	%	N	%		
Hasta 19 años	69	24,0	11	16,2	80	22,5
20 a 24 años	58	20,2	15	22,1	73	20,6
25 a 34 años	103	35,9	26	38,2	129	36,3
35 a 44 años	39	13,6	11	16,2	50	14,1
45 años o más	18	6,3	5	7,4	23	6,5
Total	287	100	68	100	355	100

Base: total de entrevistados.

En cuanto a la distribución por sexo y nivel de instrucción, el 10 %, aproximadamente, no tenía instrucción o sólo primaria incompleta, el 26 % primaria completa y el 43 %, o sea el mayor porcentaje, tenía secundaria incompleta; y es interesante observar que son los varones los que tienen los mayores porcentajes en los niveles de instrucción más bajos: un 11 % contra un 7 %, un 27 % contra un 20 % y un 44 % contra un 37 %. En cuanto al nivel educativo más elevado, hay un porcentaje mayor de mujeres: un 15 % contra un 8 % tienen

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

secundario completo y un 20 % contra un 9 % alcanzaron el nivel terciario/universitario. O sea que tenemos una población de mujeres que han alcanzado mejores niveles de instrucción que los varones. En la tabla *Características sociodemográficas de la muestra. Distribución por sexo y nivel de instrucción* se detalla la información.

Características sociodemográficas de la muestra

Distribución por sexo y nivel de instrucción	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		N	%
	N	%	N	%		
Sin instrucción / primaria incompleta	32	11,1	5	7,4	37	10,5
Primaria completa	78	27,2	14	20,6	92	25,9
Secundaria incompleta	127	44,3	25	36,8	152	42,8
Secundaria completa	24	8,4	10	14,7	34	9,6
Terciaria / universitaria incompleta	26	9,1	14	20,6	40	11,3
Total	287	100	68	100	355	100

Base: total de entrevistados.

Como señalé anteriormente, las regiones del país que se trabajaron fueron AMBA, Rosario, Mendoza y Neuquén. AMBA y Rosario fueron las regiones más engrosadas de la muestra, porque además de ajustarnos a la población de la línea de base de 2003, también en esas regiones se realizaron parte de las entrevistas y grupos focales (AMBA 48,7 %, Rosario 33,8 %). Mendoza representa sólo un 9,0 % de la muestra y Neuquén un 8,5 %.

¿Cómo fueron las particularidades del consumo por vía endovenosa? Encontramos 79 casos de consumo por vía endovenosa, los demás eran consumidores de drogas por otras vías de administración. En cuanto a la edad de inicio en el consumo por vía inyectable, observamos que el 40 % lo hizo entre los 14 y los 17 años, los más jóvenes se iniciaron, en promedio, a la edad de 17 y los mayores lo hicieron, también en promedio, a los 19,5 años. O sea que hay un inicio más precoz en este tipo de consumo por vía endovenosa.

Casi un tercio de los encuestados compartieron el equipo de inyección la última vez que consumieron, pero entre los que participaron en programas de reducción de daños el porcentaje es mucho menor. En relación con el estudio de 2003, hay un notorio descenso en el porcentaje de los que compartieron jeringas, entre los más jóvenes. Si bien los más jóvenes están optando por este tipo de prácticas, la mayoría lo hace sin compartir equipo de inyección.

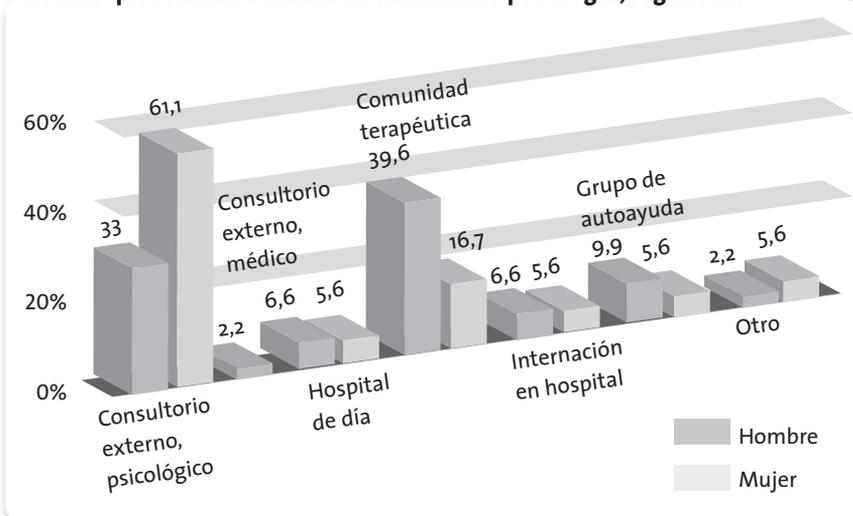
En cuanto a la frecuencia con que limpiaron el equipo de inyección, algo más de la mitad afirma hacerlo siempre; en el estudio de 2003, sólo un tercio respondió de este modo. Casi todos afirmaron utilizar lavandina como único procedimiento eficaz y, en 2003, los que elegían este modo de limpieza alcan-

Aportes para una nueva política de drogas

zaba sólo el 18 %. Las tres cuartas partes de la muestra afirma que podrían conseguir un equipo de inyección nuevo cuando lo necesitan. El porcentaje es mucho mayor entre los que participan en programas de reducción de daños, es decir que podían conseguir realmente equipos nuevos en este medio.

En el gráfico *Personas que realizan o realizaron tratamiento por drogas, según sexo*, es interesante observar que a los consultorios externos psicológicos concurren particularmente las mujeres, en comparación con las comunidades terapéuticas, a las que concurren más los varones.

Personas que realizan o realizaron tratamiento por drogas, según sexo



También hay más varones que eligen el hospital de día, la internación en hospital y los grupos de autoayuda.

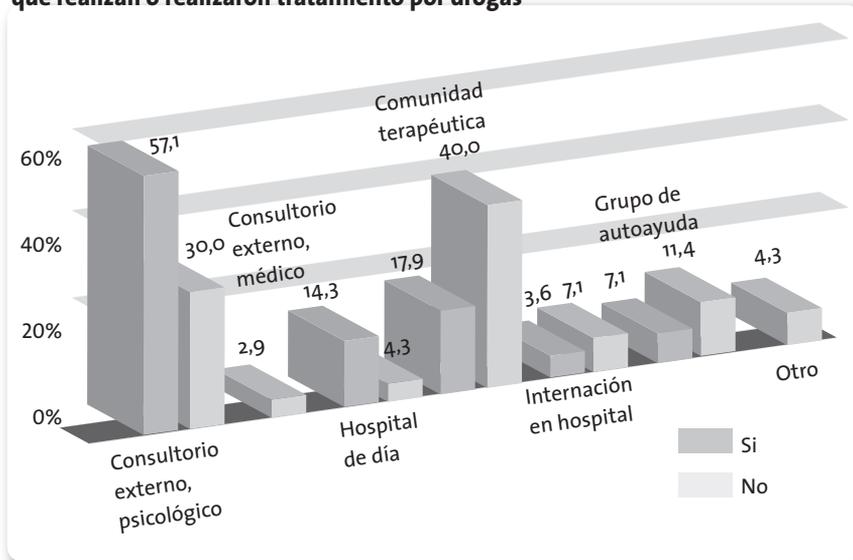
¿Por qué hay menos mujeres que concurren a la comunidad terapéutica? Teníamos algunas hipótesis que además se corroboraron con las entrevistas. Aparentemente, lo que ocurre, y que hay que tratar de tener en cuenta, es que no se consideran las necesidades de las mujeres en estas comunidades, por ejemplo, las que tienen hijos. Esto surgió bastante en las entrevistas, donde las entrevistadas marcaban que no saben cómo estar cerca de sus hijos si se internaban en una comunidad terapéutica.

Dentro de este mismo eje de trabajo, se cruzaron las variables de personas que realizan o realizaron tratamiento por drogas y su participación en programas de reducción de daños. En el gráfico *Participación en programas de reducción de daños de personas que realizan o realizaron tratamiento por drogas* vemos claramente que quienes participaron en programas de reducción de daños concurren en mayor proporción a consultorios externos psicológicos mientras que los que no participaron van a alguna comunidad terapéutica, aunque también en menor proporción a hospitales y a grupos de autoayuda.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

Evidentemente, la filosofía que subyace a este tipo de instituciones es muy distinta, por lo que es bastante razonable encontrar que los que participan en reducción de daños no concurren a comunidades terapéuticas.

Participación en programas de reducción de daños de personas que realizan o realizaron tratamiento por drogas



¿Qué pasa con las prácticas sexuales en esta población? Lo curioso es que no pasa nada demasiado diferente a la población en general. Esto es interesante plantearlo antes de las conclusiones. Tenemos el mayor porcentaje, que es casi la mitad de la muestra, que se inició sexualmente a los 14 años o menos. Los varones en un 54 % y las mujeres en un 38 %. Más tardíamente se han iniciado las mujeres (entre los 15 y 16 años), un 28 % los varones y un 35 % las mujeres. Entre los 17 y los 19 años, un 13 % contra un 20 %. Esto ocurre exactamente igual en la población general. Es decir que las mujeres se inician más tardíamente que los varones.

En cuanto a la frecuencia de uso del preservativo, comparado con el tipo de pareja con el cual tienen relaciones, el uso de preservativo es diferencial. También en este caso ocurre algo similar que en la población general: los que menos lo usan son los que tienen relaciones con pareja estable (48 %), un 65 % lo usa con pareja ocasional y un 70 % lo usa cuando intercambia sexo a cambio de dinero o drogas. En términos generales, los que no usan preservativo con pareja estable argumentan en base a la lógica de la confianza, lo que significa que se cuidan en caso de tener otro tipo de relaciones fuera de la pareja a la cual se están refiriendo, y también aparecieron los proyectos parentales como necesidad de no usar preservativo para tener hijos.

La principal razón por la que no usan preservativo es porque no les gusta; en el caso de tener pareja estable fundamentalmente porque no lo creen ne-

cesario, y en el caso de tener pareja ocasional muchas veces no tienen a mano el preservativo.

Respecto de la información que poseían los entrevistados acerca de las vías de transmisión del VIH, el orden en que fueron apareciendo es: compartir equipo de inyección, sexo sin preservativo y transmisión madre-hijo. Es mucho mayor la información entre quienes participaron en programas de reducción de daños. Es importante tener en cuenta que, si bien es mayor el porcentaje de los que conocen la vía vertical, madre-hijo, como vía de transmisión, habría que trabajar más sobre esto porque solamente un 30 % de los que participaron en programas de reducción de daños la conocen, contra un 15 % de los que no participaron. Habría que trabajar esto no sólo en reducción de daños sino, obviamente, en la población general. Son las mujeres y los de mayor nivel de instrucción quienes tienen más elevado nivel de información en los tres casos.

En cuanto a las medidas adoptadas por quienes hicieron algo para protegerse del VIH, también es diferencial según participaron o no en programas de reducción de daños. El uso de preservativo es el más mencionado, prácticamente en los mismos porcentajes. No compartir el equipo de inyección lo mencionó el 25 % de los que participaron en programas de reducción de daños, contra un 16 % de los que no participaron. También en este caso sigue siendo mucho más alta la información de aquellos que han participado en programas de reducción de daños.

Elaboramos las conclusiones en relación a la participación o no en programas de reducción de daños. Los que participaron consiguen en mayor medida equipo de inyección nuevo cuando lo necesitan, compartieron en menor medida el equipo de inyección alguna vez. Tienen un porcentaje alto de personas que no estuvo nunca en tratamiento para abandonar el consumo de drogas. La mayoría de los que se iniciaron sexualmente antes de los 14 años no participó en programas de reducción de daños. Los que participaron utilizan en menor proporción el preservativo en relaciones con pareja estable, tienen un mayor nivel de información en relación con las infecciones de transmisión sexual y las vías de transmisión del VIH; también, están más informados en cuanto a los lugares donde hacerse la prueba del VIH y adonde concurrir en el caso de obtener un resultado positivo. Responden en mayor proporción haber adoptado medidas de protección para evitar el virus y se realizaron la prueba del VIH en mayor proporción. Presentan un nivel más bajo de homofobia y de discriminación hacia las personas VIH positivas.

Por último, como observación general sobre los grupos más vulnerables, comparando los resultados con la línea de base de 2003, los varones, los más jóvenes (que en este caso nos referimos al intervalo de entre 15 y 24 años) y los de menor nivel de instrucción siguen siendo los sectores que presentan un grado más alto de exposición a la transmisión del VIH. Parece pertinente destacar que, si bien, todavía son los varones los más expuestos al riesgo de transmisión, según datos de otros estudios realizados y que se corroboran

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

aquí, observamos que desde hace algunos años las mujeres han iniciado un camino hacia una mayor vulnerabilidad, caracterizada por la adopción de diversas conductas de riesgo en torno a prácticas sexuales, de consumo de tabaco y alcohol, e incluso de sustancias ilegales. Actualmente, las mujeres se están equiparando a los varones en cuanto a conductas de riesgo, tema que es muy interesante trabajar desde la perspectiva de género, porque hay un cambio y es evidente.

Buenos Aires, 25 de agosto de 2008.

Políticas públicas desde el Área de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación

Aldo Dománico

Psicólogo. Integró el equipo del Programa Nacional de Salud Integral en Adolescencia de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y, en 2006, coordinó el Área Chicos de la Calle de la Dirección General de Niñez y Adolescencia, del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Al momento de esta presentación coordinaba el Área Adicciones de la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación.

En primer lugar quiero hacer hincapié en la decisión política del Ministerio de Salud de la Nación de atender la problemática de los usuarios de sustancias psicoactivas dentro del Sistema de Salud Pública, tanto desde la calidad como desde la accesibilidad. Por esto, la Subsecretaría de Salud Comunitaria maneja el Área de las Adicciones.

Si bien, hasta ahora, el rol de la salud fue considerar la temática de las adicciones desde su aspecto biomédico. Hoy el desafío consiste en reconocer el carácter socio sanitario y atravesado por lo cultural del uso nocivo del alcohol y otras sustancias psicoactivas por una parte de una población creciente, y que en su gran mayoría está en la franja etaria de la adolescencia y juventud, con una alta carga de morbi mortalidad.

Es necesario salir del enfoque según el cual la droga aparece como un fenómeno exterior a nuestra sociedad, algo que viene de afuera, y reconocer y comprender la complejidad de esta realidad. Según el filósofo Edgar Morin, “el verdadero problema es el abismo que existe entre el usuario y la sociedad”.

Por esto, Salud es responsable del desarrollo de políticas sanitarias de atención eficientes y eficaces frente al uso nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, pero estas acciones tienen que insertarse dentro de una política más integral, destinadas a resolver un problema con consecuencias en la salud de la población. La cuestión del acceso a la atención tiene que estar enfocada desde la implementación de redes sanitarias desde el primer nivel de atención. Es, entonces, significativo que este Ministerio de Salud de la Nación haya creado un área destinada a tal fin, reflejando la voluntad de encarar

las adicciones como patologías sociales que deben ser prevenidas y asistidas por el sistema sanitario en red referencial con estrategias de promoción e inclusión desde los sistemas sociales y las comunidades. La estrategia es de Salud Pública y se basa en la atención primaria de la salud, utiliza la promoción, protección y restauración de la salud bajo los principios de universalidad, equidad e integralidad. Se trata de diseñar estrategias de acceso a una atención de calidad de la temática como puerta de entrada a un modelo de contención a una población vulnerada.

En 1989, momento en que se sancionó la Ley 23.737, la atención sanitaria a los usuarios de drogas fue tercerizada, constituyéndose una red de comunidades terapéuticas donde son internados para tratamientos solventados por el Estado con becas de la SEDRONAR y por el sistema de obras sociales. El Ministerio de Salud de la Nación cuenta con el Cenario y el Hospital Posadas. Dado que el sistema público de salud es provincial, debe ser readecuado para dar cabida a la atención de los usuarios en guardias que atiendan las 24 horas las situaciones de emergencias y que puedan contar con camas donde los pacientes permanezcan internados durante el período de desintoxicación y de cobertura de la urgencia. Esta internación debe ir acompañada del tratamiento integral inmediato y de la asistencia de servicio social que releve la situación socio sanitaria del paciente y su familia, de tal modo de ir introduciéndolo en la red social de su comunidad para permitirle sostener el armado de un proyecto de vida para superar su situación de consumo problemático.

Actualmente, en la mayoría de los casos, los usuarios son cubiertos en la emergencia y luego rechazados por el sistema de salud por diversas razones. Algunos equipos de Salud y algunos profesionales no están formados para tal fin porque no disponen de los conocimientos necesarios en contención, como de primera escucha y en toxicología, además de ser considerados pacientes problemáticos. El marco regulatorio de la temática genera prácticas de alejamiento de los usuarios del Sistema de Salud, sólo llegan cuando presentan situaciones de grave riesgo o son llevados por sus familiares, también en estados graves. Además, muchas veces las familias acuden antes a la policía que a la ambulancia. Respecto del modelo de atención socio sanitario, se propone trabajar sobre:

- ┘ Conformación de mesas de trabajo, en cada provincia, desde el Sistema de Salud e incluyendo al sistema social. Estas redes tienen el objetivo esencial de aumentar la cobertura asistencial al conformar o perfeccionar su red sanitaria, su red asistencial.
- ┘ Fortalecimiento desde el Ministerio de Salud de la Nación de los programas sanitarios provinciales y las redes socio sanitarias locales.
- ┘ Asesoramiento en la creación de equipos de abordaje de problemáticas socio sanitarias complejas.
- ┘ Capacitación, protocolización y supervisión de los servicios de atención de urgencia y emergencia.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

- └ Compra y entrega, desde el Ministerio de Salud de la Nación, de reactivos a las guardias para diagnóstico rápido de consumo de sustancias.
- └ Compra y entrega de una canasta básica de medicamentos.
- └ Presencia en la guardia de los hospitales polivalentes de profesionales capacitados, sobre todo los días jueves, viernes, sábados y domingos.
- └ Creación de servicios de atención de crisis de internación breve, con equipos interdisciplinarios en los principales hospitales de las grandes zonas urbanas de las provincias.
- └ Creación de nuevos centros de día y servicios de 24 horas o fortalecimiento de los existentes.

El desafío actual consiste en invertir la desintegración social vinculada al excesivo uso de sustancias, por lo cual toda estrategia de atención de las adicciones debe realizarse en paralelo con acciones de salud comunitaria y en forma complementaria con otros ministerios y organizaciones de la sociedad civil. La atención debe insertarse en un esquema de promoción, contención y rehabilitación; de lo contrario, se seguirá criminalizando y medicalizando sin realmente comprender y contener esta problemática sociocultural.

Una de las definiciones estructurales que nosotros tenemos es que la mayor problemática está dada por el uso nocivo de alcohol y la automedicación. Desde este punto de vista, la red social local es una trama tejida entre las organizaciones sociales de la comunidad, las instituciones públicas del Estado y las diversas políticas públicas de inclusión que el Estado Nacional y los estados provinciales y municipales ejecutan con el objetivo de garantizar los derechos de los ciudadanos.

En este sentido, las políticas de atención primaria de la salud deben articularse con las políticas de inclusión de la población más desprotegida que establecen los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo. La atención primaria de la salud consiste, entonces, en una red de políticas interministeriales articuladas entre sí e integradas en un tejido social sobre el cual se basan y potencian al mismo tiempo. El área de salud no puede sola. Por eso es imprescindible fortalecer a las prácticas comunitarias, a las comunidades, y fomentar el acercamiento de los ciudadanos a las instituciones públicas de salud y a otras. Y, a su vez, estas instituciones deben saber presentarse como servidoras y garantes de los derechos de quienes acuden a ellas.

Por último, el elemento esencial para incluir a las personas que usan nocivamente alcohol y otras sustancias psicoactivas es tener un proyecto de vida, y la contención es dar la oportunidad de sumarse a proyectos colectivos, proyectándose hacia el futuro en acciones integradoras.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

Políticas públicas en adicciones. Secretaría de Programación de la Prevención de las Adicciones y Lucha contra el Narcotráfico

Alejandro Gregori

Licenciado en Psicología por la Universidad Nacional de La Plata. Posgrado en Adicciones, Fisiopatología, Farmacología y Terapéutica en el Instituto Universitario Fundación Favaloro. Operador socio-terapéutico en Familias. Al momento de la presente exposición y hasta 2008 fue director nacional de Asistencia de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.

Quería empezar haciendo una pregunta ¿el adicto tendrá derechos? y lo dejo así por un rato.

Yo pertenezco a la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), que depende de la Presidencia de la Nación y fue creada en 1989. Consta de dos subsecretarías, una de Legislación y Control, y una de Planificación, Prevención y Asistencia. Esta última tiene dos direcciones, la de Capacitación y Prevención, y la de Asistencia, que está a mi cargo.

La Dirección Nacional de Asistencia fue evolucionando porque cuando comenzó éramos tres personas y la idea era coordinar las políticas públicas en asistencia; pero, luego, ante la demanda de la comunidad, ante la falta de respuesta en lo asistencial por parte del Estado y de las organizaciones no gubernamentales (ONGs), se fue complejizando. Las circunstancias nos llevaron a hacer cada vez más compleja esta dirección nacional y hoy funcionan en ella nueve programas y cuenta con más de sesenta personas. Los programas están pensados para intentar dar una respuesta a toda la demanda tan abrumadora que presenta la comunidad y la sociedad en cuanto al uso indebido de drogas, es decir, la demanda asistencial. Por ahí dicen que toda demanda es demanda de amor así que hay una demanda masiva en este sentido. Al principio, como éramos tan pocos, empezamos a atender a pacientes para

derivar al tratamiento; venía el paciente, uno o dos lo atendían y lo derivaban como podían, porque en realidad estábamos tratando de ayudarlo.

En la actualidad, el objetivo principal es diseñar, ejecutar y coordinar programas y planes de carácter nacional referentes al tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas afectadas por el uso indebido de drogas contando con la cooperación y búsqueda de consenso de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, todo esto en el marco del Plan Federal de Prevención de la Drogadependencia.

La Dirección Nacional de Asistencia tiene programas que están dirigidos a la población asistida: el Programa de Clínica Médica y Enfermedades Infecciosas Asociadas al Consumo; el Programa de Seguimiento Odontológico, debido a que los pacientes que vienen a demandar tratamiento traen muy deteriorado su sistema buco-dental, razón por la que tenemos un programa de odontología donde en la admisión se les revisa la boca y se les indica qué tratamiento deberían seguir. Una vez que el paciente se encuentra en tratamiento se le manda a un auditor que revisa a los pacientes y controla que realmente se estén haciendo los tratamientos. Además, se han hecho convenios con distintos hospitales y universidades para lograr que a los pacientes no se les extraiga la muela o el diente sino que se le realice un tratamiento de conducto e inclusive cuando deben llegar a la extracción se ha conseguido que se le den prótesis en forma gratuita. Todo esto pensado en el marco de los derechos de los pacientes. Hubo una época en que se pensaba que, como los médicos salvaban la vida, entonces “a caballo regalado no se le miran los dientes”, toda una serie de cuestiones que desde el discurso parecen muy razonables pero que ocultaban la falta de respeto de ese derecho del paciente, como persona.

Otro de los programas es el de Auditorías a las ONGs. Estas auditorías son de carácter global, se inspecciona la hotelería, es decir cómo viven y comen los pacientes. Esto es lo que marca la diferencia, ya que hace unos años sólo se pensaba en que se les estaba salvando la vida y punto. Se audita la comida, las habitaciones, la comodidad de las camas y se audita todo el proceso del tratamiento. Se entrevista uno por uno a los pacientes para ver si han evolucionado en su tratamiento y si están conformes con el tratamiento. Otro es el Programa de Música en Centros de Tratamiento: contamos con dos músicos que van trabajando en las distintas comunidades terapéuticas utilizando la música como una forma más de terapia, como una forma más de expresión, de realización de las personas que se encuentran en tratamiento.

En el Programa de Seguimiento Post-alta y Reinserción Socio-laboral, un equipo interdisciplinario recibe a las personas que han obtenido el alta del tratamiento. Las personas se inscriben en este programa y la Secretaría las vincula con algunos lugares donde pueden aprender un oficio o terminar una carrera; es decir, los acompaña en su reinserción. Por otro lado, brinda contención familiar, se reúne una vez cada quince días con los familiares de estas personas y les brinda contención individual. Los profesionales reciben

al paciente y atienden en cualquier momento sus demandas, sus dificultades, hacen como una especie de terapia de apoyo a estos pacientes. Lo que nosotros les exigimos a estos pacientes es que una vez que tengan el alta sigan en terapia individual. Antes nosotros trabajábamos con el Ministerio de Trabajo, con los famosos PEC¹ y les pagaban 150 pesos, pero lo que pasaba es que el Ministerio tenía un montón de reglamentaciones y de normas que debía cumplir el paciente, entonces el programa no se cumplía. Decidimos pagarle nosotros los \$ 150 como un viático y adaptar el programa a lo que es más saludable para el paciente, y nos dejamos de embromar con horarios y determinadas capacitaciones que se debían cumplir pero que no hacían a la necesidad del paciente. Con una decisión muy sabia del doctor Granero, hemos podido darle esto como un viático, este subsidio sale del presupuesto de la Secretaría, que es muy escaso.

Se ha ido perfeccionando este tema del qué hacer después del tratamiento, ya que primero se los orientaba desde el sentido común, hoy se los sigue orientando de acuerdo al sentido común pero, como consideramos que el paciente adicto es una persona, el paciente tiene la opción de hacer un test de orientación vocacional. Este paciente, que viene mucha veces degradado aun en el mismo tratamiento, que ya se había degradado antes de comenzar el tratamiento, este paciente que recibe un tratamiento y que muchas veces cree que es un regalo que le dan y que no se lo merece, cuando ingresa en este programa post-alta de pronto se ve considerado, se ve respetado y los psicólogos les hacen el *test* de orientación vocacional y ocupacional. Esto quiere decir que estamos respetándolo como persona, esto les impacta bastante porque no es algo usual.

Al inicio pregunté si el adicto tiene derechos. Yo creo que mientras lo pensemos como adicto no tiene derechos, creo que mientras nosotros formulemos así la pregunta no hay derecho alguno y por definición le estamos sacando la calidad de persona. La enfermedad de adicción tiene un rótulo muy fuerte y muy pesado, la enfermedad de adicción brinda de alguna manera una identidad que cosifica al sujeto y el sujeto que consume drogas a su vez asigna a la sustancia cierta calidad de objeto mágico, cierto poder, cierta vida que a su vez lo designa a él como sujeto dependiente, enfermo, etcétera. Si nosotros entramos en esta rotulación, vamos a pensar a la persona que padece de adicción como un adicto. A tal punto, que muchas veces en charlas o en conferencias si alguien dice que va a venir un adicto a prestar testimonio de su enfermedad, la gente apela a lo interesante que esta experiencia va a ser. Muy pocos son los que se interrogarían acerca de la persona que oculta el rótulo de adicto, ¿será un hombre, una mujer, un anciano, un joven, un niño? ¿Será una persona embarazada, qué profesión tendrá? Pero nada de esto nos preguntamos, porque el rótulo de adicto lo cosifica y nos es suficiente. Aún los que estamos trabajando en esto caemos en esta trampa de la sociedad de consumo y hablamos de los

¹ N. del E: Programa de Empleo Comunitario.

derechos del adicto y, si me permiten, considero que es una falacia. La persona tiene derecho aunque esté en situación de adicción.

Al principio, cuando comenzamos a derivar pacientes, veíamos qué sexo tenía, la edad, la patología y quién aceptaba al paciente, y así lo mandábamos al tratamiento. Hoy el Centro de Consultas y Orientaciones (CEDECOR) está conformado por un equipo interdisciplinario, donde hay psicólogos, psiquiatras, médicos clínicos, odontólogos y asistentes sociales.

¿Todo esto para un adicto? todo esto para una persona que sufre de adicción. Se le hace una admisión concienzuda y cada derivación que se hace a tratamientos para este paciente (no digo internación porque la única forma de recuperación que tiene un paciente adicto no es en una granja), sea a una comunidad terapéutica con internación o a un centro de tratamiento ambulatorio, se consensúa. La persona que lo atiende debe poner tres opciones y luego los responsables decidirán entre esas tres opciones.

Nosotros no subvencionamos a instituciones sino que subsidiamos personas. Tal es así que pagamos a la institución mes a mes el tratamiento y de esta manera evitamos el compromiso con la institución. Si a nuestros auditores les parece que un tratamiento en una institución de primera línea (porque todas las instituciones que son prestadoras son de primera línea) no le está sirviendo al paciente, como nosotros no subsidiamos a la institución sino al paciente, podemos trasladarlo. En este momento tenemos la fortuna de trabajar con pacientes adictos caso por caso, donde a veces tenemos discusiones técnicas del equipo interdisciplinario.

Creo que es fundamental que cuando nosotros abordamos a un paciente adicto debe primar el respeto por la persona que es ese paciente. Muchas veces, por sus patologías, él mismo se niega ese respeto y se esfuerza por encontrar la respuesta que siempre obtuvo de sus padres, de su colegio, de la sociedad. Respuesta que siempre apelaba al “yo no te puedo ayudar, vos no sos una persona” y él se esfuerza, inconscientemente, en obtener esta respuesta. Los criterios del profesional que lo atiende son diferentes a los del paciente adicto, porque el paciente está buscando de alguna manera su propia destrucción y entonces aquí surge un problema ético para el profesional que lo está atendiendo: como el paciente adicto no tiene un problema por su enfermedad sino que generalmente tiene una solución, no quiere ser curado. Aquí nosotros nos hemos planteado esta grave disyuntiva, un paciente que viene judicializado y hace el tratamiento para no ir preso, o un paciente que viene presionado por la familia y que considera que el tratamiento no le va a servir de nada pero lo hace porque sino la mujer no le permite ver a sus hijos ¿es legítimo darle un tratamiento? La verdad es que es muy difícil la pregunta y yo la dejo como pregunta. Lo que puedo decir es que muchos de esos pacientes desertan del tratamiento, pero muchos otros a los dos o tres meses del tratamiento agradecen el haber hecho un tratamiento coercitivo. No digo compulsivo, porque si se quiere ir se va, pero sí coercitivo ya que está presionado por la familia, el juez, la justicia, etcétera.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

La mayoría de las personas que están aquí y han trabajado en comunidades terapéuticas y en centros de tratamiento saben que la mayoría de los pacientes que comienzan un tratamiento coercitivo, a pesar de lo que la ciencia psicológica nos muestra, terminan agradeciendo el que le dieran la oportunidad de hacer un tratamiento coercitivamente. Aquí se nos presenta otra vez la gran encrucijada y, de alguna manera, entramos en crisis porque el paciente nos está agradeciendo el haberlo obligado a iniciar un tratamiento.

Uno de los primeros objetivos que tiene cualquier tratamiento de recuperación de un adicto es la toma de conciencia de la enfermedad, es decir, que el paciente pueda expresar que necesita recuperarse, pueda tomar conciencia de que está enfermo, de que lo que tiene no es una solución, aunque en realidad hasta ese momento la droga fue eficaz como objeto de consumo.

Los objetivos del CEDECOR son:

- ┌ Brindar asesoramiento profesional y gratuito a personas afectadas directa o indirectamente por uso indebido de drogas. Si bien los subsidios son para personas mayores de 18 años sin recursos económicos y sin obra social, la admisión y el diagnóstico es para cualquier persona que se presente y que quiera hacer la consulta sin importar que sea muy pobre o muy rico, muy joven o muy anciano. Cualquier persona que pasa por el CEDECOR y pide un turno y quiere un diagnóstico y una orientación en asistencia o una posible derivación, lo obtiene. Aquí hay algo importante y es que no hay lista de espera, en una semana la persona tiene su tratamiento y esto lo puedo asegurar. Otra cuestión que quiero resaltar es la amplia orientación, ya que tenemos 80 prestadores en todo el país.
- ┌ Atender y responder las demandas efectuadas por distintos organismos e instituciones intermediarias (poder judicial, hospitales, etcétera).
- ┌ Evaluar a los postulantes y otorgar subsidios para la rehabilitación de los pacientes que ingresen al programa. Dichos subsidios tienen alcance nacional.

El Programa de Grupos de Contención y Orientación a Familias es abierto a la comunidad, cualquiera que sospeche que algún familiar o amigo está consumiendo o abusando de determinadas sustancias, puede pasar y participar de este grupo. Los objetivos de esta área son:

- ┌ Posibilitar la constitución de un ámbito de contención, escucha mutua y orientación a padres, familiares y amigos de personas afectadas por el uso indebido de drogas que no aceptan ayuda o tratamiento.
- ┌ Desarrollar el concepto de ayuda mutua coordinada por profesionales especializados, a fin de compartir experiencias similares, canalizar y aclarar opiniones y preconceptos sobre el tema, orientar la toma de decisiones y arribar a conclusiones más apropiadas a cada realidad familiar.

Tenemos el Programa de Redes Asistenciales Provinciales, que es una forma de coordinar los esfuerzos de todo el país, donde los objetivos que se

Aportes para una nueva política de drogas

proponen son:

- ┘ Desarrollar un registro detallado de todos los recursos asistenciales públicos, y de cada ONG de cada provincia, a fin de obtener una detallada base de recursos asistenciales.
- ┘ Generar un intercambio de información inter-institucional, provincial y regional fluida, sistemática y autogestiva, que promueva y constituya un trabajo en red.
- ┘ Posibilitar y facilitar a todos los ciudadanos del país el acceso a un centro asistencial.
- ┘ Generar un espacio de capacitación autogestivo y supervisado por SEDRONAR.

También tenemos el Programa de Servicios de Orientación Telefónica, que atiende las 24 horas todos los días del año. Está atendido por profesionales que tienen en las computadoras cargadas las bases de datos de los centros que brindan asistencia en todo el país, y es así como se puede informar a las personas los centros de atención más cercanos, el tipo de modalidad del tratamiento, el nombre del director y el número de teléfono del centro. Además de esta información, que es muy valiosa, también contienen y orientan, ya que muchas veces llaman personas en crisis. Es así como estas personas están entrenadas para la atención de llamados telefónicos de personas en crisis.

Buenos Aires, 28 de agosto de 2007.

“Abriendo Caminos”, experiencia de trabajo desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

Laura Inés Lonatti

Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Córdoba. Fue asesora en la Dirección Nacional de Derechos y de Programas para la Niñez, la Adolescencia y la Familia, del Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Se desempeñó en la Dirección Nacional de Educación Social y Popular, de la Subsecretaría de Organización y Capacitación Popular del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, primero como coordinadora de la Iniciativa Alfabetización en Salud Comunitaria y al momento de la presente exposición, y hasta abril de 2009, como coordinadora de Experiencias Autogestionarias.

A partir de poder desarrollar y ocupar un espacio en el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, que tiene como objetivo fortalecer lo que es la capacitación y la organización comunitaria como una herramienta de factor de protección en el territorio, en la temática específica de adicciones estamos desarrollando una propuesta que tiene que ver, fundamentalmente, con poder presentar estrategias alternativas a lo que pensamos que fue la destrucción de todos los años de neoliberalismo donde nos quedamos sin proyecto colectivo, donde fundamentalmente los jóvenes tenían esta falta de ideales que nosotros pensamos que hay que recuperar; y pensamos que las políticas públicas tienen que estar a beneficio de poder fortalecer estos espacios de encuentro, recreación, debate y participación que nos hagan pensar en la posibilidad de construir un futuro para nuestros jóvenes.

Por venir de las organizaciones sociales y haber, en algún momento, avanzado en paralelo a las políticas públicas para dar respuesta a la peor de las crisis después de 2001, llegamos a un espacio en la gestión y nos parecía que teníamos que hacer lo que habíamos dicho durante tantos años del otro lado del mostrador. Entonces, quería agradecerle a la ministra Alicia Kirchner, que ha confiado en nosotros y que nos ha permitido que la herramienta de la capacitación y los recursos del Estado se pongan a disposición de los vecinos y las ve-

cinas de nuestros barrios para poder llevar adelante propuestas que le pongan un freno al consumo de sustancias y a las adicciones.

A partir de eso es que estamos trabajando la posibilidad de reconstruir este Estado presente en los territorios y la propuesta de “Abriendo Caminos” busca construir espacios de encuentro, consenso y debate. Estamos desarrollando lo que llamamos las cátedras abiertas donde intentamos ir a reconstruir espacios multiactorales, intersectoriales. Estos espacios, pensamos que son muy necesarios y urgentes porque la fragmentación en el territorio es muy alta. Todos hacemos, todos llevamos adelante políticas de prevención pero fragmentadas. Nosotros venimos desarrollando, intentando trabajar en forma articulada fundamentalmente en la provincia de Buenos Aires con la Subsecretaría de Prevención de las Adicciones y es por eso que los espacios de las cátedras reúnen a tres actores, cuatro actores, para nosotros fundamentales, que son: la Secretaría de Niñez de la Nación, la Subsecretaría de Prevención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, a través de todos los CPA,¹ y el Ministerio de Salud de la Nación. También hemos sumado a esta propuesta a Deportes, porque nos parecía que era una herramienta fundamental para poder reconstruir esos espacios de encuentros que están ausentes en los barrios.

A partir de eso, entonces, la propuesta “Abriendo Caminos” plantea dos momentos: un primer espacio de cátedras abiertas, donde a partir de la herramienta de la educación popular los propios actores construyen definiciones, conceptos sobre las miradas, las representaciones sociales en la temática de adicciones; y a partir de eso nos ponemos de acuerdo, se ponen de acuerdo los vecinos, las vecinas, los jóvenes, los efectores públicos, los profesionales de los CPA sobre cómo van a organizar intervenciones comunitarias y barriales donde el eje esté puesto en poder recuperar espacios que hoy estén inservibles para el barrio, para convertirlos en espacios de encuentro, espacios deportivos, culturales. A partir de eso, también estamos tomando la herramienta de la capacitación de lo que son multiplicadores. Uno de los ejes principales es que todos estos actores se conviertan en multiplicadores.

Estamos trabajando fuertemente en la formación de promotores juveniles y el espacio de un programa con el que articulamos “Madres en red frente a las adicciones”, que es de la subsecretaría de la provincia de Buenos Aires, y también tratando de que las familias se constituyan en lo que nosotros llamamos “Familias en red”, para poder volver a poner a la familia no como responsable en la problemática de las adicciones, sino como un actor fundamental, como un factor de protección fundamental y que tiene que volver a recobrar el rol que años de neoliberalismo le hicieron perder. Estamos hoy en el momento de las cátedras abiertas, tienen seis sedes. Hemos tomado las universidades en todo el conurbano, el sábado hicimos la apertura en la Universidad de Lanús.

¹ N. del E.: En la actualidad, los CPA se denominan Centros Provinciales de Atención.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

Participaron 170 vecinos, vecinas, profesionales que están construyendo una definición de adicción, están construyendo las representaciones sociales sobre las adicciones y que, a partir de eso, se van a poner de acuerdo en cómo van a desarrollar estas intervenciones barriales en todos los barrios de los que ellos provienen. En esto, en realidad, estamos abriendo caminos, no tenemos una receta, no tenemos un modelo. Nosotros decimos “bueno, hay que construir estrategias alternativas”, y las estrategias alternativas necesariamente requieren que el Estado tenga como principal actor o como un actor primordial al barrio organizado, a la comunidad organizada, ese es nuestro compromiso desde esta subsecretaría y desde este Ministerio de Desarrollo Social.

Pensamos que el mejor factor de protección es volver a construir los lazos que nos robaron, esos lazos que se destruyeron, y en esa tarea estamos. Creemos que es bastante difícil. El territorio está atravesado por disputas políticas, por muchas mezquindades, por políticas clientelares que por ahí han desacostumbrado a nuestros vecinos a pensarse como actores y constructores de una política pública. En general, muchos nos preguntan “bueno, ¿qué me vas a dar?, ¿cuándo viene...?, ¿qué nos van a traer al barrio?”, “No, no. No te vamos a dar”. Hemos invertido la lógica de un Estado asistencialista y lo que les estamos proponiendo es que se reúnan, que construyan las estrategias alternativas y que a partir de ahí, el Estado tiene que estar presente con recursos para fortalecer estas estrategias alternativas.

Hemos querido transmitir esta experiencia que por ahora es humilde pero que pensamos que es un aporte para poder ponerle un freno a las adicciones y, fundamentalmente, para poder pensar que podemos construir un país para todos y todas, y que es posible y que se puede hacer en esta Argentina.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

Intervenciones desde la Subsecretaría de Adicciones de la provincia de Buenos Aires

Patricia Segovia

Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires y magíster en Gestión de Servicios de Salud Mental por el Instituto Universitario ISALUD. En 1995, comenzó a desempeñarse en el Centro Preventivo de Adicciones de Almirante Brown, de la Subsecretaría de Asistencia de Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, y luego fue supervisora y auditora de las regionales Bahía Blanca, Mar del Plata, Lomas de Zamora y La Plata; en 2002, fue coordinadora regional, en la Zona Sanitaria VI. Entre 2005 y 2007, y al momento de la presente disertación, fue subsecretaria de Atención a las Adicciones en la misma provincia.

Quiero contarles brevemente que en la provincia de Buenos Aires, a fines de 2005, se sancionó una ley que crea el sistema de atención a las adicciones. También, como el caso de Ciudad de Buenos Aires, estuvo un tiempo largo en la Legislatura pero finalmente se sancionó. Previo a que se sancionara la ley, existe desde 2003 el Plan de Atención a las Adicciones. Es dentro de este plan, que tiene una misión y función que ubica a la temática de las adicciones como una patología social con abordaje socio-sanitario integral y participativo, que nosotros planteamos los lineamientos estratégicos para el bienio 2006 y 2007. Estos lineamientos se basan en: jóvenes, barrios, e intersectorialidad. Nosotros fuertemente ubicamos el concepto de “abordaje específico e integrado”. Decimos que el abordaje es específico e integrado porque nosotros claramente vemos, a diferencia de otras regiones, que al existir el abordaje desde una institución que tiene como objetivo claro las adicciones, es que se llega a lograr una cobertura mucho mayor. Hablamos de integrado porque deben participar distintos actores, no solamente el actor gubernamental sino también no gubernamental y, fundamentalmente, el actor social, el ciudadano.

La red que está hoy en día funcionando consta de 186 servicios, 175 de ellos son Centros Provinciales de Atención (CPA), hay nueve comunidades terapéuticas, dos unidades de desintoxicación y un servicio de atención telefónica que funciona las 24 horas del día, todos los días del año.

Quisiera plantear como una inquietud el tema de las unidades de desintoxicación, si bien creemos que deben funcionar, básicamente son las guardias hospitalarias las que deben contar con el apoyo y la formación. Por supuesto más apoyo que formación, porque todo médico tiene la formación para atender una intoxicación, que es una descompensación clínica. Pero es necesario que, por lo menos así lo dice nuestra experiencia, se cabalguen ambas estrategias: la de la unidad específica pero también la del abordaje de las guardias hospitalarias en los hospitales generales.

Nosotros tenemos un CPA por distrito y en algunos distritos muy grandes, el caso de La Matanza o Lomas de Zamora, tenemos más; en Berazategui prontamente vamos a tomar nuevos espacios para CPA. Una estrategia necesaria en la temática de las adicciones no sólo lo constituyen los CPA sino, también, los puntos descentralizados y el trabajo de penetración barrial.

Hablando de epidemiología, la provincia de Buenos Aires comenzó en 2002 su primer estudio epidemiológico, a cargo del doctor Hugo Míguez, quien dirige el Observatorio de Drogas. También celebro que Ciudad de Buenos Aires tenga en esta nueva ley¹ un monitoreo a través de un observatorio. Esto va permitiendo a las políticas públicas ser coherentes con datos de la realidad, datos de la población, y no solamente tener datos de las consultas que llegan a los servicios. Una cuestión es el relevamiento de consultas y otro es el dato hecho o el dato que surge de la población en general.

En 2002, en una muestra representativa de hogares para la población de 15 a 65 años de edad residente en la Provincia de Buenos Aires, nosotros teníamos estos datos: 24 % abusaba de alcohol, 5,2 % de drogas ilegales en general, y dentro de ellas estaban en primer lugar la marihuana y, en segundo, la cocaína. En este sentido, claramente se ve la mayor prevalencia del consumo de alcohol. Es en el año 2004 cuando se sanciona la Ley 13.178, que crea un registro provincial de bebidas alcohólicas. Incluir en ese registro al distribuidor (que en realidad fue la gran estrategia de esa ley y no solamente la inclusión del cuerpo de inspectores) permitió tener un control más veraz en relación a dónde se baja la mercadería.

En 2004 avanzamos con otra encuesta, que se hizo en el Conurbano en población joven de 16 a 26 años, y aquí va otra de las razones por las que en nuestros lineamientos ubicamos a los jóvenes como una de las cuestiones fundamentales: aparece que el 30 % de los jóvenes abusó de alcohol, el 8,6 % de drogas ilegales, el 20 % consume marihuana y el 6 % cocaína; siempre va liderando el alcohol y luego la marihuana dentro de las drogas ilegales, y la cocaína en segundo lugar.

A fines de 2005, se sancionó en la provincia de Buenos Aires la conocida ley de desfederalización o provincialización de la persecución del micro tráfico, a cargo de la justicia ordinaria. Esta ley realmente ha favorecido muchísimo

¹ N. del E.: Se refiere a la Ley 2.318 "Prevención y asistencia al consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo".

la posibilidad de que la comunidad se involucre, hay una articulación entre el Ministerio de Salud a través de la subsecretaría, los fiscales y la propia comunidad. Realizamos un primer estudio etnográfico sobre el consumo de pasta base, decimos etnográfico porque fue realizado con estrategias de intercambio con el barrio durante cuatro meses. Se hizo un relevamiento en tres mil personas y, gracias a las condiciones en las que se produjo este estudio, pudimos hacer la implementación de varios programas que justifican claramente la necesidad de la penetración barrial. En uno de los barrios de altísima vulnerabilidad del Conurbano Bonaerense, el consumo de drogas ilícitas llega al 13 %, pero el consumo diario de lo que se conoce como paco o pasta base llega a casi el 68 %. Digo se conoce, porque nosotros hoy en día estamos diciendo que el paco es un genérico. No solamente está conformado por la pasta base sino que también se vende clorhidrato de cocaína adulterado.

Tenemos también un alto porcentaje de las personas que fueron entrevistadas que plantean el haber delinquido para consumir, esto es importante aclararlo para que no se produzca esta asociación inmediata, y que por lo general perjudica al consumidor, entre delincuencia y consumo. Esto tiene que ver con que si el consumo se produce en otros niveles socio-económicos aparece la posibilidad de contar con los medios y, por otro lado, estas son las personas que sacan cosas de la sogá o roban en la casa o venden cuestiones de la familia. Es importante marcarlo porque es un dato que surge de la propia encuesta y también surge de las representaciones sociales que se comparten dentro del barrio.

Quisimos hacer una comparación entre población general y el grupo etéreo entre 14 y 30 años. Cuando hablamos de la droga principal, el paco, representa un consumo del 47 % en la población general, pero si vamos a varones entre 14 y 30 años estamos hablando casi del 60 %. En marihuana, en la población general es el 35 % y en varones de 14 a 30 es el 37 %, y cuando hablamos de cocaína el 15% en población general y en varones de 14 a 30, el 5%. Fijense como se invirtió en esta población que es altamente vulnerable, donde antes lideraba el consumo de marihuana y ahora está presente en primer lugar el paco. Esto tiene que ver con una estrategia de mercado en relación al precio, así ha logrado esa penetración esta sustancia, aunque no podamos decir que siempre es pasta base. Su modo de administración, al ser fumada, provoca un daño respiratorio muy alto. Al mismo tiempo, a diferencia de otras drogas, en casi el 60 % de los consumidores se da el consumo diario. Su presencia ha producido una alarma social que no estaba presente con otro tipo de sustancias.

En este sentido, la mayor participación de la comunidad y, sobre todo, un mayor intento de organizarse como comunidad para dar una respuesta a esto en forma conjunta con las ONGs y también con el Estado, no es tarea sencilla. Así como no es sencillo ingresar a un barrio, ser confiables, ganarse la confianza de la comunidad y permanecer trabajando en el tiempo. Por ejemplo,

en Villa Itatí, en Quilmes, un barrio de 50.000 habitantes en el que estamos trabajando, luego de un año y medio de trabajo y a partir del pedido de la comunidad hemos instalado un CPA. Pero es un CPA que nace de un trabajo previo, con bastante participación.

En el perfil de pacientes generales, con respecto a las diferencias entre consumidores de diferentes sustancias, cuando hablamos de frecuencia de consumo diario estamos hablando de un 37 %, y en el caso del paco del 60 %; esto básicamente es lo que marca la diferencia, la fuerte adictividad que produce. En cuanto a los niveles de desocupación, quienes consumen drogas, en general, señalan un 24 % de desocupación, y quienes consumen paco, un 46 %. En lo que respecta al consumo en la calle casi el 50 % lo hace cuando consume drogas generales y el 70 % cuando consume paco; y se invierte el consumo en el domicilio, lo hace el 22 % cuando consume drogas en general y el 16 % cuando consume paco. El policonsumo se da alto en ambos grupos, tanto en drogas en general que es del 50 % como con el paco, que es el 67 %.

Con la ley de desfederalización, más allá de lo específico del área judicial y del área de seguridad, lo que nosotros pudimos fortalecer es la articulación. Hemos recorrido todos los partidos judiciales, a partir de un convenio que se firmó con la Procuración, y ahora estamos haciendo el segundo recorrido este año junto con la Corte Suprema, básicamente para generar un fuerte trabajo en conjunto. Aquellas personas que llegan al poder judicial pero que son consumidores y no vendedores, lo que se hace es básicamente ponerlos en contacto con los CPA. Por otro lado, la red asistencial y comunitaria que existe ha tenido una mayor penetración en el poder judicial y en los actores del poder judicial. El trabajo articulado con los fiscales, es la novedad en cuanto a la posibilidad de sumar actores en el territorio de la provincia de Buenos Aires en cuanto a la persecución del micro tráfico.

Durante 2006, a través de un trabajo en un barrio de Lomas de Zamora, vimos el potencial que tenían las madres, las mujeres en general. Pero también vimos la necesidad de que ese potencial requería de desarrollarse a través de grupos de madres y a través del empoderamiento a partir de herramientas técnicas. Así nacieron las “Madres en Red”, que últimamente estuvieron bastante en los medios. En el trabajo vimos la necesidad de que no fueran solas, porque justamente creemos que esto debe ser una responsabilidad del Estado, dándoles a su vez un lugar a estas madres para que generen espacios de reflexión con otras vecinas y se dé también el contacto más rápido con los centros de atención. En este momento son más de quinientas las madres que están trabajando en este sentido y hubo algunas de ellas que viajaron a Uruguay con el fin de participar de un encuentro Latinoamericano.

Algunas de las estrategias que tenemos son, por ejemplo, en Villa Itatí, las que les comentaba del centro de atención; y en Lomas de Zamora, estas mamás que pertenecen a una asociación civil, son las que generan determinados espacio de visibilidad y trabajan articuladamente con el CPA local y con los

foros de seguridad; tienen penetración barrial y están conformadas por actores sociales y ciudadanos de cada barrio.

Otro proyecto de la Subsecretaría, que se lanzó recientemente, es “Jóvenes Presentes”; en él participaron aproximadamente mil quinientos jóvenes y referentes barriales, y básicamente lo que se busca es un acompañamiento a través de proyectos educativos, recreativos o productivos para ir permitiendo que no sea el espacio de la “esquina” como espacio de consumo, la única alternativa. Nosotros claramente lo que vemos cuando trabajamos con los chicos, tanto de los CPA como de los barrios, es que realmente tenemos una gran deuda en lo que refiere a alternativas de inclusión. Más allá de que se ha crecido a través de distintos programas todavía nos falta llegar a los barrios de mayor vulnerabilidad. Este programa, que también lo pueden encontrar en la página web,² destina un millón de pesos a proyectos que se dirigen exclusivamente a jóvenes y busca sobre todo que empiecen a tener herramientas para una inclusión diferente. No necesariamente trabaja con jóvenes que hayan ingresado en el consumo, pero buscamos que esta alternativa llegue antes del consumo.

Cuando hablamos de promoción de la salud o prevención de la salud, términos más que interesantes para ahondar en la discusión, estamos pensando en llegar antes de que la situación esté instalada. Y en este sentido, una de las estrategias que fue de mayor utilidad es el trabajo con Educación. En la provincia de Buenos Aires hay una materia de Salud y Adolescencia que acompañamos con un manual, que permite sobre todo la discusión y el trabajo entre compañeros y con los docentes de los propios pibes. Hemos podido llegar a un millón de alumnos con este manual, pero sobre todo permitió que los pibes profundicen la capacidad crítica.

Cuando nosotros recorremos la provincia trabajando con los propios chicos, encontramos dos cuestiones fundamentales. La primera es que ellos mismos plantean directa y llanamente la dificultad que tienen en relación con la figura de los adultos, no solo la figura de los padres, sino del adulto en general. Y la otra cuestión es el bombardeo mediático que reciben nuestros pibes a través de las publicidades de objetos en general, pero sobre todo cuando hablamos de bebidas alcohólicas. En este sentido, tenemos como ejemplo la asociación que se produce entre el consumo de alcohol y lo que puede ser un “encuentro feliz” o un espectáculo de rock de muy buena calidad pero que está acompañado con el consumo de una marca de bebida alcohólica.

Para ir terminando, otra de las estrategias es la de Promotores Juveniles. El proyecto es la capacitación de mil promotores, estamos en setecientos hoy en día, se firmó un convenio con la Subsecretaría de Intervención Comunitaria de la provincia y son ellos los que tienen también llegada a otros jóvenes.

Luego nos queda como intervenciones desde la Subsecretaría, el Con-

² N. del E.: Es www.sada.gba.gov.ar.

Aportes para una nueva política de drogas

sejo Consultivo Juvenil, cuya madrina es Estela de Carlotto, presidenta de Abuelas de Plaza de Mayo, y el Programa de Centros Preventivos en Iglesias. También existe una intervención desde una estrategia de comunicación que aborda temas focalizados, como es el paco, y otras veces aborda temas de manera más integral en relación a la no discriminación que a veces produce el consumo de sustancias.

Buenos Aires, 27 de agosto de 2007.

Políticas públicas desde la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la provincia de Buenos Aires

Alfredo Macrade

Psicólogo. Desempeñó diversos cargos en la Subsecretaría de Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Hasta 2009 fue coordinador de la región La Matanza y director provincial de Atención a las Adicciones, cargo que desempeñaba al momento de esta presentación.

Traigo la perspectiva de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones y algunos datos concretos de prevalencia y testeo de HIV en relación a la población consumidora de drogas. Entendemos que es imprescindible tener algún lugar de donde poder acceder o extraer una muestra de sangre, y los Centros Provinciales de Atención (CPA) son lugares que tienen cierta tradición y cierto desarrollo territorial en relación al trabajo con esta problemática, que posibilita también la ejecución de un estudio.

Aún siendo breve, quisiera hacer una descripción de los CPA; nosotros tenemos en Provincia de Buenos Aires actualmente un poquito menos de 180 CPA. Estos 180 CPA tienen distintos niveles de complejidad en cuanto a lo que hace al abordaje preventivo y asistencial; van desde los niveles de consultorio externo hasta centros que tienen unos niveles de complejidad mayor, con casa de día, casa de medio día, grupos ambulatorios y consultorio externo, con trabajo en algunas unidades sanitarias periféricas, un trabajo articulado de los profesionales del CPA en algunas áreas programáticas. Además de la cantidad de centros y la variabilidad del nivel de organización, estamos trabajando en relación a cada uno de ellos conforme el nivel de penetración territorial que alcance en el circuito en donde se ubica. Hoy en día, para la Subsecretaría de Adicciones no se trata de pensar la ampliación en el sentido de tener más centros, o tener centros con mayor nivel de equipamiento en tecnología blanda (léase mayor cantidad de recursos humanos), sino de trabajar fuertemente en los paradigmas que nos puedan posibilitar niveles de penetración territorial o niveles de aceptación

popular de las prácticas que se desarrollan en los centros. Podemos abrir un CPA, pero si el barrio no está suficientemente sensibilizado y trabajado en relación a la actividad que se hace en el centro, probablemente haya un nivel de resistencia intrínseca de la comunidad circundante que impida la accesibilidad. En ese sentido, un trabajo sobre el imaginario que tiene la gente respecto a lo que se hace adentro de un centro es un elemento muy fuerte en relación a lo que es la accesibilidad al mismo. Al criterio clásico de accesibilidad, entendida como cercanía hacia el punto donde está la persona y favorecerle ciertas condiciones de accesibilidad por esa cercanía, estamos agregando la nueva idea de que la accesibilidad consiste en el trabajo del imaginario social del barrio donde se sitúa el CPA. Quizás es anecdótico, pero me permito contarlo: nosotros teníamos en un barrio que se llama Don Orión, partido de Almirante Brown, una unidad sanitaria muy bien equipada con todo el dispositivo de tecnología médica y también un equipo del CPA de esa zona que trabajaba ahí. El equipo estaba muy cerca del punto donde se presentaba fuertemente la problemática, pero eso no salvaba la accesibilidad que generaba el fuerte imaginario social que había en ese complejo de monoblocks respecto a lo que es y no es atenderse por el problema de las adicciones. Es por eso, a lo mejor a riesgo de ser enfático, que quiero comentarles que estamos entendiendo de esa manera la accesibilidad y no sólo en el sentido de la accesibilidad por cercanía.

El circuito que tenemos armado a nivel provincial hace que tengamos cerca de 12.000 pacientes en la red de atención en este momento. De esos 12.000 pacientes, un poquito más de 1.000 están en un circuito de internación. El paciente llega al CPA, es evaluado y conforme a la necesidad que evalúe ese equipo es derivado a una internación o no. Actualmente la Provincia de Buenos Aires maneja un esquema público-privado respecto a lo que son las internaciones. El paciente que necesita una internación, de acuerdo al perfil que tenga y a variables de circulación de cantidad de camas, puede ser internado en la red pública o su internación puede ser tercerizada en alguna ONG privada. Esto nos posibilita tener un sistema 50 % con camas públicas y 50 % con camas tercerizadas en la red privada, nos permite cierto trabajo cruzado con los estándares de calidad prestacional en esta forma de asistencia y, también, nos posibilita cierta regulación de mercado y ayuda de mercado, que es una variable importante cuando se habla de la ejecución de una política pública de adicciones. Con esto quiero decirles que cuando uno habla de políticas públicas en adicciones, necesaria e imprescindiblemente tiene que saber con cuánto dinero cuenta para poder sostenerlas.

Estamos trabajando en el marco de una serie de convenios con gremios, que tiene una parte y una contraparte. Ofertamos a muchos gremios el trabajo en relación a la prevalencia de consumo de drogas por actividad laboral, por ejemplo, la prevalencia del consumo de alcohol en el puerto de La

Plata es bastante alta porque está asociada a ciertas condiciones desfavorables respecto a la necesidad calórica que tienen los trabajadores de ahí. Desde la Subsecretaría ofertamos un trabajo en relación a esto, establecer una serie de normativas y trabajos para mejorar las condiciones de trabajo y, por otro lado, como contraprestación estamos pidiendo a los gremios que nos den becas para inserción laboral, talleres mediante, de chicos que están saliendo de nuestro circuito asistencial. Esta idea está concebida en relación a lo que es un análisis del avance de los indicadores de empleo; nosotros pensamos lo siguiente: si a nivel del país o de la provincia de Buenos Aires hay un circuito de empleo que tiende a lograr cierta ampliación, probablemente eso tenga una incidencia en lo que es la política asistencial de la Provincia de Buenos Aires. Si alguien que tiene problemas de consumo inicia un trabajo y lo puede sostener, la obra social vinculada a la actividad laboral necesariamente tendrá que generar un sistema de asistencia respecto a esta problemática. Es así que tenemos la idea de generar un nivel de rectoría respecto a las obras sociales y la manera que ellas tienen de atender la problemática de las adicciones, y eso cambia el foco de nuestro trabajo que se sitúa cada vez más en relación a aquel que está desfavorecido respecto a tener trabajo.

Nosotros tenemos, desde hace unos años en Provincia de Buenos Aires, una serie de estudios que, al hacerlos regularmente, nos posibilitan cierto orden de deducción y previsibilidad de la problemática de las adicciones. Hay un estudio que se llama CORIN,¹ realizado en poblaciones escolarizadas de 12 años, que tiene 4 años consecutivos y mide esencialmente los niveles del imaginario social que hay a esa edad respecto al consumo de drogas y de otros productos del mercado. Hay otro estudio, que se llama CORAL,² que también tiene 4 años consecutivos y que es la misma serie de mediciones respecto al imaginario social en la población de 17 años; y hay estudios episódicos que son, por ejemplo, el estudio de pasta base en poblaciones vulnerables, que es un estudio que tiene año y pico de antigüedad, probablemente algunas cosas cambiaron pero es un estudio que también nos da la pauta de cómo se van jugando los órdenes de prevalencia en relación al consumo de tal o cual sustancia. Es importante conducir la política pública de acuerdo a ciertos indicadores duros que no tengan un carácter complejo, pero que nos direccionen fuertemente los niveles de ejecución hacia ahí.

En último término, les quiero contar que hay una intervención comunitaria que nos hizo pensar mucho y, de alguna manera, se reintroduce en los marcos de política pública que estamos tratando de tener en cuenta, que hace esencialmente a la diferencia de la noción de salud que puede tener una población determinada y la que tenemos nosotros, que en su mayoría

¹ N. del E: Sonda epidemiológica sobre conductas de riesgo en niños.

² N. del E: Sonda epidemiológica sobre conductas de riesgo en adolescentes.

hemos pasado por la academia o por la facultad y toda esta serie de entidades del saber. Nos encontramos con una población de chicos de entre 10 y 12 años en un marco de un sector muy vulnerable, que estaban trabajando su pasaje a la edad adulta. En ese marco tan complicado ser adulto implicaba ser valiente y no tenerle miedo a nada, a la vez que ser adulto contemplaba y comprendía, como usualmente ocurre en cualquier estamento social, el pasaje por la sexualidad. Es decir para ser hombre había que ser valiente, no temerle a nada, estoy hablando de chicos de 12 años, y por el otro lado, había que tener acceso a la sexualidad adulta. Estos chicos de 10 ó 12 años pensaban en mujeres. Se les armó una noción muy particular a ellos porque el acceso a la sexualidad se producía, para ser bien valientes, en el riesgo más alto que ellos podían imaginar, es decir, estaban con mujeres a muy alto riesgo porque eso les daba una ponderación social y los hacía hombres. Es así que estos pibes tenían relaciones sexuales con mujeres que tenían VIH porque de esa manera le demostraban a sus pares que eran tan valientes que no les interesaba la posibilidad de contraer la enfermedad y la muerte en última instancia.

Hay muy pocos antecedentes en relación a esto, leíamos hace un tiempo un escrito donde hay una situación similar en relación a los marinos en formación en un puerto de Dublín en 1904, donde se jugaba igual relación en relación a la sífilis. A nosotros este tipo de anécdotas nos hace repensar en la diferencia que casi siempre se establece respecto a lo que es la noción de salud para el Ministerio de Salud o para los entes que trabajamos con la salud, y la noción de salud que tienen las distintas poblaciones. Me parece que la política pública necesariamente tiene que aspirar a entender de qué se trata la salud en la población donde se supone que uno quiere producirla y no ir a colonizar con la idea de salud que uno tiene.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

La ley como política pública. Ley 2.318/07

Lidia Saya

Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Legisladora de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el período 2005-2009, cargo que desempeñaba al momento de esta presentación. Fue integrante del Equipo de Prevención del Centro de Salud Mental N° 1, de la Secretaría de Salud, y del Equipo Técnico del Centro de apoyo a la Microempresa de la Secretaría de Desarrollo Económico, ambas del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Integra el Equipo de Salud Mental de la Fundación Creer y Crecer.

Soy psicóloga de profesión, así que tengo una formación particularmente sanitaria en relación al tema de las adicciones. Quiero hacer un poco de historia y contar que presentamos un proyecto de ley con el tema de las adicciones en marzo de 2004. Ese proyecto estuvo dos años en la Legislatura de la Ciudad sin mucho movimiento pues no alcanzó nuestra pretensión de ponerlo en la agenda política y que adquiriese un nivel de discusión. Al perderse su estado parlamentario, como cualquier proyecto, pasados los dos años de su presentación, el proyecto se cayó. Yo ingreso como diputada en 2005, y en marzo de 2006, cuando se abre la elevación de proyectos, lo volvemos a presentar. Ahí fue discutido, hubo varios proyectos presentados, y particularmente la diputada Inés Urdapilleta del Frente para la Victoria hace la presentación de uno con características y enfoques muy parecidos al nuestro, por lo que si bien fue un trabajo legislativo arduo, logramos un proyecto consensuado.

Logramos también involucrar a los demás bloques de la Legislatura y de distintos espacios políticos, y este proyecto que sale de la Comisión de Salud, va al recinto y tiene un apoyo casi unánime de la legislatura (sólo una abstención); se sancionó el 3 de mayo del 2007 como Ley 2.318 bajo el título “Prevención y asistencia al consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo”.

Nosotros entendemos la ley como un instrumento político de protección social que contribuye a las transformaciones sociales, que abre a la reflexión e instala referencias. La existencia de una ley genera instancias de consenso que son necesarios para la implementación de políticas, promoviendo y consolidando modelos de trabajo. La ley es una herramienta más, en el seno de la Ciudad

de Buenos Aires, que en este caso es la geografía sobre la cual tiene incidencia la Ley 2.318. Los objetivos de una política preventiva, creo que en este punto vamos a coincidir, son disminuir la demanda, regular la oferta, dar marco legal y normativo, sensibilizar y concientizar, y transformar la representación social y la tolerancia al abuso. A partir de los acuerdos en esos puntos, es que avanzamos en una ley que claramente propone un plan integral, que en sus metas más importantes propone:

- ┘ Abordar las adicciones y el abuso de sustancias como un problema socio-sanitario.
- ┘ Organizar una dependencia de la Jefatura de Gobierno, es decir, generar una autoridad de aplicación, una unidad ejecutora, que planifique, supervise y coordine el plan en general.
- ┘ Promover la prevención integral, con acciones en forma intersectorial e interdisciplinaria. En relación a la intersectorialidad, la utilización de este término tiene que ver con las dificultades del Gobierno de la Ciudad de trabajar interministerialmente. Por eso al momento de la reglamentación,¹ un trabajo muy claro tiene que ser el de dar cuenta para cada ministerio sobre cuáles son sus funciones, sus misiones, sus recursos, en función de la especificidad de cada área.

También me interesa señalar que la Ley, a través de este plan integral:

- ┘ Promueve el desarrollo de estrategias para reducir la demanda de drogas y la disminución a la exposición.
- ┘ Promueve acciones de prevención en diversos ámbitos de la ciudad: el comunitario, el escolar y el laboral.
- ┘ Promueve una red integrada de prevención y asistencia de las adicciones.

En este sentido, en el espacio de la Salud Pública de la Ciudad contamos con una Red de Servicios en Adicciones, conformada por profesionales del sistema público en su mayoría del área de Salud Mental, que por vocación, hace varios años, han decidido especializarse en el tema de las adicciones. No ha sido una política de Estado la que ha promovido el armado de esta red, ni quien ha dicho “vamos a hacer tal o cual cosa con tales recursos, con tales políticas, con tales enfoques”. La red existe, y es la que nosotros proponemos que tiene que ser fortalecida e integrada en una unidad de trabajo con los demás ministerios.

Muchas veces en el territorio y en la trinchera, los profesionales de la salud trabajan con los maestros, con los fiscales de la zona, con otros organismos. Es en la trinchera donde se da el trabajo integrado. Pero, nuevamente señalo que es por vocación de trabajo y no como una política de Estado.

Este plan también se propone crear un consejo asesor consultivo honorario de carácter no vinculante, propone la creación de un registro de organizaciones

¹ N. del E.: Al momento de la presentación, agosto de 2007, la ley estaba promulgada y en vías de ser reglamentada.

de la Ciudad Autónoma vinculadas a la prevención, tratamiento, reducción de daños y rehabilitación de personas con dependencia a las sustancias psicoactivas. No tenemos en el Estado de la Ciudad un mapa de todos los actores que trabajan en ámbitos públicos y privados con el tema de adicciones. Se sabe de los que participan activamente, pero desde el Estado no hay una clara visualización de todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan con el tema, y para eso la propuesta es la creación de un registro de estas ONGs. Y por supuesto, el plan integral garantiza una asignación presupuestaria. Este punto no lo damos por obvio porque sabemos que es uno de los temas que quedan pendientes siempre.

Como decía al inicio, la propuesta de que haya una unidad ejecutora con participación interministerial, de acuerdo a sus competencias, debe convocar a los ministerios de Educación, Derechos Humanos y Sociales, Salud, Gestión, Participación y Descentralización, Gobierno y Producción, y el Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Si hubiera algún otro organismo que tiene incidencia en el campo de la complejidad de la problemática de las adicciones, debiera también participar. Algunas de las funciones que están nominadas en la Ley para esta unidad ejecutora que claramente en la reglamentación se pueden ampliar, son:

- ┘ Coordinar técnicamente las áreas de prevención, de atención y el observatorio de investigación, que proponemos indispensable.
- ┘ Integrar, articular y convenir acciones.
- ┘ Coordinar y fiscalizar acciones de organismos no gubernamentales, civiles y de seguridad social.
- ┘ Proponer acuerdos.
- ┘ Representar a la Ciudad en todos los ámbitos, nacionales e internacionales, donde claramente se juntan los referentes de los distintos países y provincias para trabajar y sumar esfuerzos y experiencias.
- ┘ Convocar al consejo consultivo asesor.
- ┘ Disponer de medios de difusión masivos, recursos materiales y humanos para el desarrollo de estas acciones preventivas.
- ┘ Proponer el anteproyecto de presupuesto de recursos y gastos.

Proponemos un anteproyecto de presupuesto debido a que cada ministerio va a tener sus misiones y funciones, y cada año armará su propio presupuesto. Lo ideal es que cada ministerio lleve sus requerimientos a la unidad ejecutora, y ahí se haga un primer anteproyecto; a su vez éste será el que sea avalado por el jefe de gobierno. De esta forma, cada ministerio va a tener un carril más claro en la pelea que sabemos que hay cada vez que se discute el tema del presupuesto. La otra cosa que propone esta ley dentro del plan es el consejo asesor, que nuevamente será de convocatoria amplia, masiva, ya que se invita a participar a miembros de la unidad ejecutora, organizaciones no gubernamentales y civiles inscriptas en el registro, organismos de derechos humanos, universidades con

tareas docentes o de investigación en la temática, representantes de las fuerzas de seguridad, representantes del Poder Ejecutivo Nacional, representantes del Poder Judicial, de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otros entes de control de la Ciudad, organismos gubernamentales del Área Metropolitana con competencias en la temática, representantes del Consejo General de Salud, del Consejo General de Salud Mental y de otros consejos que estén vinculados a la temática.

La propuesta es que este consejo se reúna por lo menos tres veces al año, que haga un intercambio de opinión, que sea un ámbito de discusión, que cuente las experiencias y que produzca líneas de acción que sirvan para mejorar las competencias de cada una de las áreas sectoriales del gobierno.

Hablábamos anteriormente de la red integrada de prevención, que en la actualidad está integrada nada más que por la red del sistema público de salud. Lo que proponemos es la promoción de equipos interdisciplinarios, intra y extra hospitalarios, con dispositivos de prevención comunitaria, escolar y laboral, que garanticen alternativas de tratamiento en el ámbito de la Salud Pública para la atención de la urgencia a través de unidades de desintoxicación, guardias hospitalarias y unidades de emergencia móviles, programas de intervención comunitaria con promotores comunitarios, unidades de referencia y centros de emergencia socio-sanitaria para tratamiento y rehabilitación, y programas de reinserción laboral que deberán estar orientados a alcanzar la plena integración social, educativa y laboral.

Esta es, en líneas generales, la propuesta del plan integral que propone esta ley, que esboza mucho más que otras leyes. Sabíamos que era necesario introducir algunos de estos conceptos, algunas de estas propuestas para propiciar luego una reglamentación que entre en detalle. Que quede sin lugar a contradicciones, ni dudas, ni malas interpretaciones cuáles son las misiones y funciones de cada uno de los ministerios del Gobierno. Lo que queríamos claramente es que el tema de las adicciones sea una política de Estado, sea una política pública. La situación, en la actualidad, es que estamos hablando con los funcionarios del Gobierno involucrados en estas áreas para la reglamentación y esperamos que de acá a fin de año se logre. No sé si la ley reglamentada, pero tener por lo menos los equipos de trabajo de cada ministerio con todos los puntos bosquejados de cómo debiera ser la reglamentación de esta ley para que en breve todas estas propuestas se conviertan definitivamente en política y en acciones en cada área de trabajo. Terminó mi exposición diciendo que claramente sabemos que existe una deuda social en este tema y debemos enfrentarla con un apoyo institucional serio y abarcativo. Llegamos a 2007 con una ley consensuada que fue votada mayoritariamente por los representantes de los ciudadanos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De ahora en más, es tarea de todos para todos.

Buenos Aires, 27 de agosto de 2007.

Políticas públicas en la cuestión del acceso a la atención. La experiencia desde el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Gracia Nüesch

Licenciada en Trabajo Social. Realizó el Curso de Formación de Operadores Socio-Terapéuticos en el CeIS en Roma, Italia. Trabajó en un hogar para recuperación de alcohólicos y adictos en la ciudad de New York, EE. UU., a cargo de la población de habla hispana. Cursó la Maestría en Administración Pública, de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. Realizó diversos trabajos de Promoción Social en la provincia de Buenos Aires y en el Ministerio de Salud de la Nación en diferentes programas comunitarios. Trabajó en SEDRONAR, de la Presidencia de la Nación, en diferentes cargos relacionados con la asistencia a las adicciones y fue subsecretaria de Asistencia a las Adicciones en la ex Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la provincia de Buenos Aires. Desempeñó tareas de asesoramiento en el Área Salud Mental y Adultos Mayores del PROFE y en la Unidad Coordinadora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación. Durante 2008, y al momento de esta presentación, fue directora general de la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Cuando me invitaron a participar en esta mesa, pensé que me gustaría compartirles la experiencia que estamos llevando a cabo en la Ciudad de Buenos Aires, sobre todo, transmitirles las cuestiones ideológicas que cruzaron la decisión de hacer la Unidad Coordinadora de Políticas Sociales en Adicciones: es un espacio nuevo, recién creado, conformado por gente con experiencia de años en el tema pero recreando un nuevo espacio gubernamental para la atención de la problemática. Como antecedente de su creación debemos destacar que, en mayo del año 2007, la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sanciona la Ley 2.318 de “Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de otras Prácticas de Riesgo”, que indicaba que la Ciudad de Buenos Aires, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, debía tener un organismo superestructural específico con un criterio bastante parecido al criterio seguido en la creación de SEDRONAR en lo referente a prevención, asistencia e investigación. Este organismo fue pensado con una

dependencia directa del jefe de gobierno para coordinar todas las acciones atinentes a la problemática de las adicciones.

Cuando asume el actual gobierno en la Ciudad y debiendo responder a los requerimientos de esta ley, se crea la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones dependiente de la Subsecretaría de Promoción Social del Ministerio de Desarrollo Social. La decisión del lugar de dependencia se toma por considerar que cualquier organismo superestructural, dependiendo del Jefe de Gobierno, podía tener poca movilidad, poca acción; por otro lado, no había un desarrollo institucional importante en la temática, salvo la permanente respuesta de la Secretaría de Salud desde diferentes efectores con cierta coordinación, a través de la Red Metropolitana. Por otro lado, en Desarrollo Social había dos efectores: “Casa Flores”, ambulatorio, con un sistema adaptado de los 12 pasos del modelo Minnesota y la famosísima “Clínica del Paco”, surgida en una coyuntura absolutamente política y mediática.

Pensamos que el consumo de sustancias psicoactivas es un problema con una multiplicidad de dimensiones atinentes a salud, educación, trabajo, a lo jurídico, a lo económico, pero, fundamentalmente, es un problema social, no reconoce fronteras ni estratos de clase. Cuando decimos que es social hablamos de tratar la deshabituación obviamente en la que tiene gran incumbencia el área Salud, pero enfatizando además el análisis del medio social en que se produce el consumo; estamos hablando, específicamente, de la persona que en ese momento está inmersa en un grupo de referencia muy fuerte y tal vez tenemos que sacarla de allí o fortalecerla mucho en lo personal, pero todo esto, en base a trabajar con las redes sociales que pueden sostenerla; tender a su valoración personal y la de los otros. Creemos que tenemos que focalizar en la creación de nuevos hábitos y sentimiento de pertenencia, la reconstrucción del tejido familiar y la reincorporación de valores, como el esfuerzo, el estudio, la cultura de trabajo; y sobre todo, la formulación de un proyecto de vida alternativo al consumo de drogas. Es interesante verlo desde esta perspectiva porque cuando hablen de la accesibilidad a los servicios, quizás le estemos pidiendo al sistema de salud cosas que hoy no puede hacer, no puede porque sobrepasa sus posibilidades. En este sentido hago un paréntesis, este año, en pleno invierno, hablando con la doctora Norma Vallejo, subsecretaria de Prevención y Asistencia de SEDRONAR, me dijo “Me tenés que conseguir camas en los hospitales sí o sí, así que por favor hacé algo”. Apurada para responder esta amable solicitud, me comuniqué enseguida con uno de los actuales coordinadores de salud y le dije: “Tengo que quedar bien con la gente de SEDRONAR y la de Provincia de Buenos Aires que está trabajando en coordinación conmigo, por lo menos, decime en qué hospital me dejás camas preparadas para cuando yo necesite para una desintoxicación o algún cuadro grave”. El coordinador me contestó inmediatamente: “Sí como no, en Alemania trato de conseguirte. Estamos con la bronquiolitis, con todos los problemas del invierno de los chicos. Estoy sobrepasado, ni soñar con que yo pueda darte exclusividad de camas”.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

Otro tema que se cruzaba en los inicios de la organización del área, además de las incumbencias entre lo social y salud, era el tema de qué hablamos en realidad cuando hablamos del problema de las adicciones. Y esto no es un detalle menor porque cuando hablamos de adicciones en nuestro país, por lejos, el problema sigue siendo el alcohol. Si observamos el cuadro, la incidencia de la pasta base en las estadísticas que sacamos de SEDRONAR (hemos utilizado los trabajos de este organismo porque recién ahora vamos a generar estudios propios), es de 0,57 %, o sea que estamos hablando de un total de personas que podrían estar afectadas de alrededor de 14.000. ¿Esto significa que la respuesta casi exclusiva de Desarrollo Social de la Ciudad podría ser una clínica del paco? No. Les aseguro que las personas que estamos atendiendo sin duda vienen en su gran mayoría con policonsumo y el alcohol sigue siendo el número uno en esta historia de consumo. No dejo de reconocer que el problema de la exclusión social incide muchísimo en el consumo de la pasta base, por lo menos en la población que tenemos que atender en este momento como prioridad. Las cifras se detallan en la tabla *Consumo de sustancias psicoactivas*.

Consumo de sustancias psicoactivas

Sustancia	Porcentaje	Total ponderado
Alcohol	65,78	1.299.079
Tabaco	34,10	653.656
Marihuana	11,62	239.566
Cocaína	3,65	80.741
Éxtasis	1,37	30.035
Tranquilizantes (sin prescripción médica)	1,36	20.822
Pasta base	0,57	14.317
Estimulante (sin prescripción médica)	0,21	3.839

Consumo en el último año en población entre 12 y 65 años, CABA, 2006.

Siguiendo con los estudios mencionados, otro detalle que destaco es con respecto a las sustancias que motivan el tratamiento en la Ciudad de Buenos Aires: todavía hoy siguen siendo la cocaína y la pasta base, pero tiene que ver por supuesto con el tipo de respuesta que estamos dando para el alcohol, aún hoy la atención es muy deficitaria. En la tabla *Distribución de personas en tratamiento en la CABA según droga que motiva el tratamiento* se aclaran estos conceptos.

En cuanto a la tarea cotidiana del área, entre diciembre y junio de 2008 acudieron 275 personas para recibir asistencia en la Coordinación; del análisis de los ingresos surge que el 66 % fueron derivados por alguna vía judicial, aunque este dato debería pulirse ya que muchos fueron atendidos previamente por al-

Distribución de personas en tratamiento en la CABA según droga que motiva el tratamiento

Sustancia	Casos	Porcentaje
Cocaína	270	41,1
Pasta base	147	22,4
Alcohol	107	16,3
Marihuana	80	12,2
Tranquilizantes	19	2,9
Solventes / inhalables	15	2,3
Tabaco	3	0,5
Otras drogas	16	2,4
Total	657	100

Censo de personas en tratamiento en 19 centros registrados en SEDRONAR, 2007.

guna defensoría del Consejo de Niñas, Niños y Adolescentes. De este análisis también surge que el 93 % son menores de 18 años, con alta vulnerabilidad social. El 10 % son niños, niñas y adolescentes en situación de calle. De estas personas atendidas, el 52 % ingresó a algún efector propio (Casa Puerto y Casa Flores). Con respecto a la actual Casa Puerto (ex Clínica del Paco), debo hacer un comentario aunque no me gusta hacer comentarios sobre el trabajo de gestiones anteriores: había sido concebida de una forma que era imposible darle profundidad y continuidad a los tratamientos. ¿Por qué? los operadores de calle que están trabajando tienen la consigna de “sacar chicos de la calle”, la presión de las estadísticas como único resultado válido hace que sientan que tienen que tener una cierta cantidad, un número significativo de niños que salen de la situación de calle. Esto significa tener que explotar el sistema haciendo “una puerta giratoria” del ingreso en Casa Puerto de aquellos que dijeron “Sí, me quiero rescatar, llévame” y es porque el día anterior se quiso rescatar el primo, el hermanito, el amiguito y eso significa que son compañeros de ranchada y van a seguir con todos sus códigos interrumpiendo el trabajo genuino de otros niños. El trabajo es de hormiga, recién ahora lo vamos a poder hacer, al inicio de la gestión parecía que todo era mostrar eficiencia, era “atajar lo que había mandado Nación” (hago referencia aquí al traspaso de programas nacionales a las jurisdicciones), era mostrar que “podemos sacar a los chicos de la calle” y mostrar que los podemos recuperar porque “así peleamos el presupuesto”; todas esas cosas que nos pasan a los técnicos que trabajamos en la gestión pública y en la construcción de las políticas públicas. Todo lleva su tiempo de decante, estamos empezando un camino, debo reconocer que la gestión apoya y respeta. Estamos intercambiando con los encargados del operativo de calle, con los operadores de calle, con los equipos de Buenos Aires Presente que tienen paradores, con otras áreas de la Ciudad y con el Ministerio de Desarrollo Social de

la Nación. Estamos diciendo: “no tiene sentido que estemos atajando penales así. Son los mismos chicos recorriendo todos los lugares y nosotros tratando de inventar algo que no existe”.

Hicimos, por ahora, un circuito de admisión central. Destaco el “por ahora”, porque ustedes saben que debe salir el tema de las comunas en la Ciudad. Esperamos más adelante poder descentralizar, y allí sí trataremos de recordar la experiencia de los inicios del trabajo en la provincia de Buenos Aires donde se hizo una maravilla de trabajo en cuanto a extensión territorial, en un momento en que era imposible pensar que uno podía tener 500 expertos o gente que conocía del tema en toda la provincia al mismo tiempo. En este sentido sabemos que, aunque queramos tener en todas las comunas a la gente atendiendo ya, es imposible, porque primero hay que hacer una gran capacitación y fortalecimiento de la red. Mientras tanto, a modo de inicio en el plano asistencial, atendemos en una admisión central, en los dos efectores propios mencionados y tenemos convenios con ONGs, muchos de los cuales fueron traspasados del ámbito nacional. Este convenio no implica obligatoriedad sino que intentamos que la derivación sea en cada caso analizada y personalizada.

Vamos a inaugurar ahora en estos días un efector nuevo que se llama Casa Espora (denominado así porque está en el barrio Espora) pero después le vamos a buscar un nombre más personal,¹ con la idea de iniciar una “gestión asociada” junto con una institución a la que le pedimos ayuda para que nos puedan contener a los niños en un primer momento. Esto tiene que ver con que la mayoría de los que vienen a pedir ayuda en esta primera etapa son los niños que no tienen posibilidad de esperar varias admisiones como hacen otros lugares porque no tienen red, no tienen nada que los sostenga. Cuando vienen con una dependencia importante o derivados del sistema de salud luego de una desintoxicación, este será un lugar donde están preparados para el abrazo inicial, para relacionarse enseguida con el centro de salud más cercano, para poder despejar el cuadro en una admisión residencial previo al inicio de un tratamiento residencial o ambulatorio en un efector propio o convenido.

En prevención, estamos trabajando fuertemente en la comunidad, en los barrios. Vamos a trabajar mucho en las comunas. Se inauguró el primer “Centro de Prevención Social en Adicciones” en el barrio de La Boca, tenemos pensados dos centros de prevención más este año, para llegar al fin de la gestión con 15 Centros, uno por comuna. En prevención, por supuesto, creemos que la comunidad tiene que estar preparada para trabajar por sí misma los problemas que tiene. Nuestro enfoque está orientado a articular con diferentes actores sociales en la comunidad, brindando herramientas para el armado y fortalecimiento de redes sociales. Buscamos fundamentalmente sensibilizar y trabajar sobre valores y alertando también sobre las distintas actitudes de riesgo que se presentan en los diferentes grupos sociales.

¹ N. del E.: Al momento de esta publicación se llama Casa Faro.

Aportes para una nueva política de drogas

Tenemos recién creado, también, el Observatorio Social. El objetivo del mismo está en la Ley 2.318; fue una obligación de esta ley ponerlo pero además es un gusto, el objetivo es identificar la magnitud, características y cambios de los patrones de consumo, a fin de nutrir seriamente las políticas públicas que defina la Ciudad en el tema. Lo que estamos haciendo, y nos parece muy importante, es empezar a tener registro de los ingresos, egresos y características de la población asistida en los efectores propios o los convenidos, tener un buen registro de qué es lo que está pasando en cada uno de los lugares en todos los aspectos cuali-cuantitativos necesarios. Por ahora debo agradecer la invaluable ayuda de SEDRONAR para utilizar sus propios datos hasta este momento en que podemos salir con análisis y números propios.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

La estrategia de reducción de daños asociados al uso de drogas y el VIH/sida. Una experiencia local

Claudia Petracca

Licenciada en Trabajo Social. Coordinadora del programa de VIH/sida e infecciones de transmisión sexual de la Municipalidad de General San Martín. Ex docente del curso de gestión de centros de atención primaria de la salud pública del Colegio Médico del Distrito V. Fue operadora técnica del Proyecto de Reducción de Daños del Programa de VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual, de la Municipalidad de San Martín

El trabajo de reducción de daños, en San Martín, no se inició recientemente sino que ya lleva muchos años de trabajo. Yo estoy a cargo del programa de VIH/sida e ITS hace un año y medio, y quisiera mostrarles cómo se fue construyendo esta historia de trabajo y en qué punto estamos hoy. El partido de San Martín está ubicado en el primer cordón del Conurbano Bonaerense y cuenta con 403.107 habitantes. Tenemos más de 50 focos habitacionales precarios, entre asentamientos y villas de emergencia, distribuidos en todo el partido, un desempleo de alrededor del 20 %, el 50 % de la población sin obra social y un 17% de la población con indicadores de necesidades básicas insatisfechas.

Si bien San Martín fue hace muchos años un partido muy próspero en cuanto a la actividad industrial, a partir de la década de 1990, con el cierre de muchas industrias, se generó un estado de desocupación y de vulnerabilidad social en todo el partido. Tenemos una estructura sanitaria bastante importante, integrada por quince centros de atención primaria de la salud, dos hospitales locales y un centro de salud mental. En el segundo nivel de atención contamos con el Hospital Municipal Dr. Diego Thompson y el Hospital Zonal Manuel Belgrano, y en el tercer nivel de atención con el Hospital Interzonal Eva Perón.

El trabajo de reducción de daños en San Martín se hizo necesario hace ya muchos años, porque la prevalencia de VIH entre los usuarios de drogas fue siempre importante y muy alta: desde un 43 % en la década de 1980, pasando por un 27 % en 2001, hasta un 23 % en 2006; esto en función de la base de

datos que nosotros tenemos de la población de usuarios bajo programa. En 2006, recibimos en el programa 47 casos de sida y 70 de VIH. En lo que respecta a este último, las vías de transmisión fueron: 79 % sexual, 7 % sanguínea y 3 % vertical; del 11 % restante no tenemos datos. El 64 % de las personas con VIH están desocupadas, al menos en función de estas referencias. De las notificaciones por sida, lo que tenemos como dato es que el 83 % fue sexual y del resto no hay datos.

Más allá de esto, nosotros, lo que vemos cotidianamente en el trabajo es que la epidemia sigue creciendo y que a las personas les cuesta mucho acceder al sistema de salud; por eso, a partir del programa de reducción de daños lo que hacemos es salir al terreno y tratar de promover el testeo voluntario para que estas personas en situación de vulnerabilidad puedan acceder al testeo y a una red de asistencia que ya está construida en San Martín desde hace muchos años. Un estudio de 2006, realizado por la Secretaria de Asistencia de las Adicciones en personas de 15 a 64 años del Conurbano Bonaerense, muestra que la prevalencia actual en uso de drogas es de 8,1 %. Según este dato, en San Martín tendríamos que 13.000 personas estarían en este momento consumiendo algún tipo de sustancias. Observando estos números, estamos llegando todavía a una proporción muy baja: alcanza al 7 % del total de la población usuaria de droga que estimamos hay en el partido.

El programa municipal de VIH/sida se creó en 1992 a partir de un decreto municipal. Yo les voy a mostrar una secuencia histórica de cómo fue trabajando el programa y aproximándose a los usuarios de drogas y al VIH, pero nosotros entendemos, hoy y luego de un recorrido histórico, que en San Martín la política de reducción de daños es una política socio-sanitaria que tiene como objetivo prioritario reducir los efectos negativos asociados al uso de drogas. Se orienta a disminuir la morbilidad y la mortalidad, prevenir las enfermedades transmisibles, favorecer la accesibilidad a los servicios asistenciales y mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas mediante su participación activa. Tenemos una posición ética de trabajo anclada en el reconocimiento y la defensa de los derechos de todas las personas, sin condicionamientos debidos a sus prácticas.

En esta secuencia histórica que voy a tratar de resumir, voy a dividir la historia de la reducción de daños en el partido en tres momentos que no son estancos sino que conviven y se retroalimentan todo el tiempo, de la aproximación a la consolidación y al fortalecimiento, en un ida y vuelta constante.

Podemos plantear un momento de aproximación en esta historia que fue entre 1997 y 2002. El programa municipal empezó a articular actividades con distintas organizaciones municipales existentes en ese momento, como la Comisión de Salud Mental, en particular con el equipo de adicciones, con la Dirección General de Adicciones, y con el Centro Preventivo de Adicciones y la Comunidad Terapéutica. Se empezó a conocer a los usuarios que vivían en el partido, a tener un acercamiento hacia ellos, a realizar actividades de

prevención y a lograr que accedan al sistema de salud aquellos usuarios que ya vivían con VIH. Entre diciembre de 2000 y mayo de 2001, y desde octubre de 2001 hasta enero de 2002, en acuerdo con la Asociación Civil Intercambios y con el apoyo del Proyecto Lusida, el programa municipal acompañó una campaña de comunicación focalizada destinada a usuarios de drogas y sus parejas en las áreas programáticas de los CAPS¹ N° 7 y N° 10, de José León Suárez, que es una de las zonas más vulnerables del partido. La campaña involucró a profesionales de la salud y promotores de salud locales y tuvo como objetivos difundir material de prevención en la población usuaria de drogas inyectables, conocer más acerca de esta población, incrementar la red de servicios sociales de apoyo, tomar contacto y elaborar estrategias de prevención más eficaces desde la atención primaria de la salud, la cual consideramos un espacio privilegiado y base operativa de nuestro trabajo en terreno.

Continuamos con este momento de aproximación en 2001, y a partir de los cursos anuales de prevención del VIH/sida y enfermedades de transmisión sexual que realizaba el programa, un grupo de promotores de un centro de salud de José León Suárez presentó un proyecto de trabajo a nivel local para el área programática del centro. Este proyecto estaba focalizado en usuarios de drogas y sus resultados fueron: 4 encuentros informativos, 12 usuarios de drogas que participaron activamente de las acciones, 3 usuarios participaron de forma alternada y 8 usuarios de drogas se realizaron el test para VIH. Así, de manera muy focalizada, a partir del proyecto de este centro de salud y de los promotores, se empezó a generar la primera experiencia de trabajo rutinario, semanal y constante de acercamiento a usuarios de drogas. En ese momento, yo era la trabajadora social del centro de salud, este proyecto se articuló también con la psicóloga del centro y los promotores de salud, siempre acompañados y con la supervisión de Intercambios, que para nosotros fue y sigue siendo un sostén muy valioso e importante para nuestro trabajo.

Durante 2002, también con Intercambios y con el apoyo de GTZ (programa de cooperación alemán), se realizó el Curso sobre Estrategias de Reducción de Daños, en el que estuvieron involucrados trabajadores de la salud y personas que viven con VIH/sida, y fueron convocados también los sectores de Minoridad y Familia, Acción Social, Asesoría Jurídica Municipal y personal de la comisaría de la zona, los cuales en ese momento no concurrieron. Se capacitaron 19 personas, en su mayoría promotores de salud, trabajadores de la salud y personas que viven con VIH/sida.

De 2003 a 2005 tuvo lugar un segundo momento, que llamamos de consolidación. En esta etapa y con el financiamiento del Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida pudimos realizar y sostener con Intercambios y con el municipio de San Fernando un proyecto que se llamó “Cooperación interinstitucional para la reducción de daños”. Este fue el proyecto que a nosotros

¹ Centros de Atención Primaria de la Salud.

realmente nos permitió consolidarnos con la estrategia de reducción de daños dentro del partido. El proyecto se proponía, a través de sus acciones: mejorar el acceso al sistema de salud de usuarios de drogas inyectables (UDIs) y sus familias; involucrar a la comunidad, particularmente a los y las UDIs y sus redes sociales; promover el trabajo entre pares y la auto-organización; promover prácticas sexuales y de uso inyectable de drogas más seguras. Fue un proyecto que se inició focalizado en usuarios de drogas inyectables, pero que por la demanda y el boca a boca se tuvo que ampliar a usuarios de drogas no inyectables también. La metodología de trabajo que nos dimos fue la creación de una unidad coordinadora de las acciones, la designación de dos operadores técnicos para trabajar más específicamente en el proyecto, la capacitación y selección de cuatro operadores comunitarios que trabajaran en terreno, la capacitación continua del equipo formado, la supervisión semanal y una rutina semanal de acercamiento a los usuarios en sus propios contextos. Los resultados que obtuvimos finalmente fueron:

- ┘ La conformación de un equipo de trabajo, que operaba desde un centro de salud.
- ┘ 16 barrios contactados.
- ┘ 168 usuarios de drogas inyectables recibieron semanalmente kits de inyección segura, información y preservativos.
- ┘ 324 usuarios de drogas recibieron semanalmente información y preservativos. De ellos, el 12 % eran mujeres y el resto varones, el 83 % tenía entre 15 y 34 años, y existía una importante comorbilidad con VIH/sida.

Observamos también cambios en los hábitos de consumo: 5 usuarios de drogas inyectables pasaron de la práctica inyectable a inhalación y 8 solicitaron tratamiento para abandonar el consumo. Se realizaron talleres de información y promoción de la salud en 12 instituciones barriales y se difundió información preventiva en eventos públicos. Se diseñó y distribuyó un folleto con recomendaciones para uso seguro de drogas inyectables. Se facilitó la accesibilidad al sistema de salud por parte de los usuarios contactados en el proyecto y se pintaron varios murales en los centros de atención primaria y en los barrios sobre prevención del VIH.

En abril de 2005, el gobierno municipal adoptó la reducción de daños como política pública de salud, e incorporó en el presupuesto de salud la compra de la totalidad de los insumos para los *kits* y el pago de un operador comunitario, que distribuía su cobro en otros dos operadores. Yo, hasta ese momento era operadora técnica del proyecto de reducción de daños, y en 2006 quedé a cargo del programa de VIH/sida. En ese momento comenzamos a ver que las zonas de trabajo se estaban ampliando y la demanda de usuarios cada vez era más grande. Tal es así que decidimos ampliar los equipos de trabajo para poder atender mejor la nueva demanda. Presentamos al Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida un nuevo proyecto que nos permitiera abrir cinco nuevos

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

equipos de trabajo conformados por trece operadores comunitarios y nueve operadores técnicos funcionando en cinco centros de atención primaria de la salud, y una supervisión semanal de los equipos, centralizada y local. Se abrió el trabajo territorial en ocho nuevos barrios, se contactaron 319 usuarios de drogas nuevos y 89 usuarios de drogas inyectables nuevos. Se realizaron capacitaciones donde fueron involucradas 51 personas, se realizaron 41 consultas de consejería y testeos, y 563 personas participaron de diversos talleres. Se distribuyeron 5.922 folletos, 24.624 preservativos y 7.500 kits de inyección segura. Se logró que el presupuesto municipal de salud para 2007 incluyera los honorarios de trece operadores comunitarios y la compra de kits y preservativos.

A partir de este año, pensamos que estamos entrando en una etapa de fortalecimiento, donde las estrategias se combinan en un trabajo a tres niveles, individual, comunitario y político, y abarcan una gran variedad de intervenciones, que básicamente incluyen:

- └ La continuidad del proyecto con ampliación de dos nuevos equipos integrados por seis operadores comunitarios y tres técnicos, y nuevas zonas geográficas de abordaje.
- └ La provisión de material de inyección estéril, preservativos y folletos.
- └ Las intervenciones semanales de acercamiento a la comunidad
- └ La educación entre pares.
- └ Los talleres informativos; la consejería y pruebas voluntarias de detección serológica del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- └ El abordaje en red con instituciones de tratamiento de la dependencia a sustancias del sistema público de salud, y de personas que viven con VIH/sida.
- └ La articulación con otros proyectos que se ejecutan desde el programa de VIH.
- └ El trabajo focalizado con usuarios de drogas que ejercen la prostitución.
- └ La capacitación a trabajadores de la salud, del área social y policial.

La capacitación a los trabajadores del área policial es un trabajo que empezamos hace apenas dos meses, donde ya hicimos dos talleres con personal de las comisarías. El objetivo es empezar, justamente, a sensibilizarlos en relación a la reducción de daños en los usuarios de drogas y, sobre todo, a la promoción de los derechos humanos de los mismos.

Actualmente, la población bajo programa es de 257 usuarios de drogas inyectables y 643 usuarios de drogas administradas por otras vías (29 % y 71 %, respectivamente). Del total, un 29 % son mujeres y el resto varones, el 3 % tiene entre 10 y 13 años, el 26% entre 14 y 20 años, y el 71 % es mayor de 21 años. El 70 % de los usuarios de drogas contactados por el programa se concentran en lo que es el Área Reconquista, en los barrios Libertador (7 %), Hidalgo (10 %); Curita (6 %), L. Hermosa (2 %), Cárcova (38 %), José León Suárez (1 %) y Sarmiento (6 %). El 30 % restante se concentra en el Área Centro, en los barrios de V. Ballester (15 %), San Andrés (3 %), Villa Lynch (2 %) y Chilavert (10 %).

Aportes para una nueva política de drogas

A lo largo del proceso de trabajo fuimos construyendo una serie de fortalezas que sostienen y hacen posible el trabajo: hemos adquirido experiencia en reducción de daños y tenemos siete equipos de trabajo conformados. Una parte de los trabajadores de la salud y de la comunidad está sensibilizada con la temática. Tenemos presupuesto municipal adjudicado a los recursos humanos que trabajan en el programa de reducción de daños y presupuesto para los materiales preventivos. Tenemos el apoyo político del municipio para desarrollar estas acciones y un financiamiento del Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida. Otras fortalezas descansan en la supervisión semanal del trabajo y en las redes establecidas con usuarios de drogas y con otras organizaciones no gubernamentales que trabajan en la temática.

Quiero centrarme en las debilidades, porque me parece que tiene que ver con aspectos que tenemos que mejorar y fortalecer: penalizar el consumo sigue siendo un gran obstáculo para el acercamiento de los usuarios al programa, el hecho de que el uso de drogas sea una práctica oculta también perjudica el acceso de los usuarios al programa. También encontramos todavía una fuerte estigmatización del uso de drogas por parte del personal de salud, hay falta de capacitación en la temática, a la vez que persisten obstáculos en la articulación entre el primero, segundo y tercer nivel de atención. La reducción de daños sigue ausente de la agenda nacional y vemos que hay discontinuidad de los compromisos asumidos por parte de los actores sociales involucrados.

Me gustaría plantear, como conclusión, que:

- ┌ La represión, la estigmatización y la expulsión del usuario son las respuestas más comunes que nos encontramos en las instituciones, y la abstinencia la única propuesta.
- ┌ El grupo de usuarios de drogas inyectables no es sólo estigmatizado por la sociedad sino también entre los propios usuarios de drogas de otras vías de administración.
- ┌ Es necesaria la intervención intersectorial para la modificación de las representaciones sociales estigmatizantes y la construcción de recursos abiertos, amigables y no censuradores.
- ┌ La atención primaria de la salud resulta estratégica para el trabajo en reducción de daños y es un espacio privilegiado para desarrollar y fortalecer la temática desde el sistema de salud.
- ┌ Es necesaria la articulación con las organizaciones de la sociedad civil que tienen experiencia en el tema.
- ┌ Es necesaria la capacitación al equipo de salud sobre el uso de drogas en general, y la estrategia de reducción de daños en particular, para asociar la asistencia y la prevención, y favorecer la accesibilidad y una relación profesional-usuario de drogas más igualitaria y participativa.
- ┌ La vivencia previa en el consumo de sustancias resulta estratégica para el trabajo callejero de los operadores comunitarios.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

- ┌ Es clave la participación activa de los grupos de usuarios de drogas para construir empoderamiento e ir al encuentro de los usuarios más marginados.
- ┌ La intervención intensiva y mostrar resultados ayuda a obtener el apoyo político a nivel local.
- ┌ Es importante involucrar en la discusión sobre el uso de drogas y problemáticas relacionadas a los organismos de seguridad, justicia, acción social, familia y minoridad, salud, educación, para minimizar los riesgos asociados a la exclusión social de los usuarios de drogas.
- ┌ La intervención no se agota en la entrega de *kits* y preservativos, sino que representa la puerta de entrada a una serie de intervenciones que deben adaptarse a la heterogeneidad de los usuarios de drogas.
- ┌ Trabajar con individuos, grupos y comunidad permite hacer visible la problemática y genera involucramiento.
- ┌ Es indispensable planificar acciones, y evaluar procesos y resultados.

La reducción de daños es, sobre todo para quienes estamos trabajando en esto, una estrategia de acompañamiento dentro de la salud pública que nos permite conocer mejor la realidad de los usuarios, potenciar sus individualidades, mejorar su calidad de vida y ofrecer alternativas de cuidado, permitiéndonos ser más operativos en el logro de objetivos y alejándonos del estereotipo del “adicto irrecuperable”.

Buenos Aires, 27 de agosto de 2007.

Políticas públicas en VIH/sida. El Municipio de Rosario

Damián Lavarello

Médico por la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Especialista en Medicina Transfusional y en Clínica Médica. Docente de la Maestría de Gestión de Salud, del Instituto Juan Lazarte / Centro de Estudios Interdisciplinarios de la UNR. Director médico del Programa Andrés Rosario, de rehabilitación del usuario de drogas. Es miembro fundador de la Sociedad Argentina de Sida y fue miembro de comisión directiva de la Red Argentina de Reducción de Daños para Usuarios de Drogas, coordinador general del programa municipal de sida de Rosario y autor de capítulos de libros y artículos sobre prevención del sida.

Para ubicarnos, hay que tener en cuenta que Rosario tiene una red de Salud Pública municipal, como tiene la ciudad de Buenos Aires, pero la tiene sin ser ciudad autónoma. Vale decir esto porque también existe de manera superpuesta, imbricada, y más o menos articulada, una red de Salud Pública provincial, que tiene algunos centros de salud y hospitales dentro de la ciudad.

Pero la red municipal es más grande en muchos indicadores, tiene más del 60 % de los partos públicos, tiene más del 70 % de las consultas ambulatorias, la totalidad de la internación pediátrica de más alta complejidad, el hospital de emergencias principal y, también, un laboratorio que fabrica sus propios fármacos de uso genérico masivos, como tiene la ciudad de Buenos Aires.

El programa municipal de sida de la ciudad de Rosario es un programa ya viejo y lamento comunicarles que, pese a que nació en 1992, no ha terminado de resolver la epidemia de sida en la ciudad, o sea que nadie tiene la receta absoluta y mucho menos nosotros; pero dentro de todo nos ha permitido algunos desarrollos y, sobre todo, tener más claros algunos problemas.

Tenemos fondos propios, hay 28 miembros incluyendo personas viviendo con VIH, un tercio de nosotros son personas viviendo con VIH, y estamos instalados desde el sector público municipal y trabajamos con otros sectores de la Municipalidad y de la comunidad. Tenemos una epidemia de VIH/sida, donde los casos de sida entre usuarios de drogas inyectables son una fracción de casi la mitad, años atrás eran más y cuando se van sumando años va disminuyendo el porcentaje. Entre los casos de VIH sigue siendo un factor importante de transmisión; además, tenemos una feminización progresiva de la epidemia y una disminución de los casos verticales. Los casos de sida entre

los usuarios de drogas inyectables en el período 1988 a 2006 baja pero no desaparece por completo. Permanentemente sigue habiendo nuevos casos entre usuarios de drogas, y más entre casos sida que entre casos VIH: esto revela un posible tránsito directo a la categoría sida sin un diagnóstico temprano de VIH, muy propio de poblaciones que han sido marginalizadas o que tienen peor acceso a servicios de salud.

Nos preguntamos en algún momento si el problema del uso de drogas inyectables era homogéneo a lo largo y ancho de la ciudad. Encontramos que sí, porque la participación porcentual de los casos entre usuarios de drogas es alta (entre el 20 % y 40 %) en todos los distritos de la ciudad. Tenemos conciencia que hemos tenido y seguimos teniendo una epidemia, aunque hoy de más bajo grado, de uso de drogas inyectables en la ciudad, y que seguimos con problemas de acceso de los usuarios de drogas a nuestros servicios de salud. Queda claro que yo estoy hablando por el programa municipal de sida, y mi mirada desde la gestión y coordinación de un programa de VIH ve la gravedad que tiene la epidemia del VIH entre aquellos que usan drogas inyectables y comparten las agujas.

Esto es lo que hace entender por qué todos los que gestionamos en VIH/sida hemos sido y somos tan activos en este terreno de la reducción de los daños asociados al uso de drogas, no podríamos estar ausentes de esta estrategia. De hecho, también a nivel de la Argentina muchas de las actividades relacionadas con la reducción de daños están sustentadas, o al menos articuladas, con todo lo que es prevención del VIH/sida con usuarios de drogas; y esto se encuentra amparado y albergado dentro de las estructuras de sida: programas nacionales de sida, programas locales de sida, programas municipales y provinciales.

Un dato que no es menor se refiere a que los usuarios del sistema de Salud Pública municipal que tenemos bajo tratamiento, crecen año a año. Vale decir que las personas con VIH viven bien gracias al tratamiento antirretroviral y cada vez son más, con lo que tienen más presencia en los servicios de salud. Este dato es así y va a seguir siendo así y quiero hacer esta aclaración porque aunque controlemos la transmisión de VIH hoy, va a seguir habiendo casos de VIH y de sida creciendo y haciendo peso sobre los servicios asistenciales; es decir, que tenemos epidemia de VIH/sida para cincuenta años más, sin ninguna duda.

Nuestro cuadro de situación es el siguiente: tenemos una prevalencia estable en parturientas, la transmisión vertical controlada, la mortalidad estable, siempre más consultas en consejo y detección, una carga asistencial en alza, uso de preservativos en alza lenta, problemas de accesibilidad que persisten y poblaciones vulnerables abordadas pero con tecnología dudosa y una cobertura también dudosa.

Algunas de las tensiones del trabajo que tenemos en la gestión relacionada con VIH/sida, es la discusión que siempre aparece sobre si hay que hacer más prevención o asistencia, si hay que hacer algo global o focalizado, si progra-

mas o red, Estado u ONG y la discusión entre salud y otros sectores. Yo soy médico y defiendo el rol de la medicina pero tengo muy en claro que es un rol muy parcial.

Otro de los problemas es que la inversión preventiva en este campo del VIH/sida es siempre de alto costo, con alta exposición de los decisores, con resultados a mediano plazo y con mucha imprecisión distributiva y dificultad para asignar los recursos ahí donde más falta hace.

Decíamos hoy, que la reducción de daños en Argentina (si bien ahora está tomando un cierto lugar) tendría que haber estado instalada fuertemente en la década del '80 y del '90 para no tener la epidemia de VIH/sida que tuvimos; es decir que estamos instalando la reducción de daños entre las cenizas de los que se murieron porque no había reducción de daños y no había tratamiento antirretroviral.

Para que una política pública sea eficaz se necesita persistir en el tiempo, llegar bien a toda la población blanco y tener una tecnología apropiada. La tecnología de la reducción de daños para el uso de drogas por vía inyectable es una tecnología apropiada y está muy bien demostrado, el problema es alcanzar a la población suficiente, persistir e implementarla cabalmente.

Hablando entonces de institucionalidad, sucede que uno tiene a veces proyectos que dependen de un fondo externo, luego están las acciones regulares de alta y de baja cobertura, y luego las verdaderas políticas públicas cuando algo es integral. El trabajo nuestro fue el contacto regular, en situación de calle y en distintos ámbitos, la creación de vínculos con los centros de salud, entre otras cosas.

Durante este último año (mediados de 2006 a mediados de 2007), la participación en un proyecto financiado por la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito nos permitió observar los patrones de consumo de drogas y advertir algunas diferencias según zonas.

Encontramos marihuana, alcohol y en menor medida cocaína, pegamento entre jóvenes y niños. Entre las travestis, encontramos frecuencia de consumo de drogas altísima, muy funcional a las exigencias de la noche y de los clientes. En las zonas rojas y rosas también hay más uso de drogas en forma permanente. En la zona sur-oeste de la ciudad, se vio un abandono de la vía inyectable, donde antes había. En la zona oeste, ahí sí encontramos usuarios de drogas inyectables persistentes, un grupo que ya se conocía, a los que se les entregó, mientras duró el proyecto, material en situación de calle. Y en el barrio Toba predomina el consumo de pegamento y hay problemas culturales bastante grandes.

En este proyecto, se contactaron veinticuatro usuarios de drogas por vía inyectable de forma regular, sumados a los que tenemos en programa habitual, más los que tienen otras entidades no gubernamentales de la ciudad, calculamos en alrededor de cien los usuarios de drogas inyectables contactados en este momento.

Las dificultades que encontramos son: el cambio hacia los inhalantes, la aparición incipiente de pasta base, dificultad de algunos operadores de integrarse al equipo y dificultades con los servicios de salud.

Finalmente, y para sumar información, en dos grupos focales hechos en el año 2005, encontramos, a nivel de los servicios, una cantidad de obstaculizadores para adoptar estas estrategias de manera efectiva. Uno de ellos es la mala relación de los usuarios de drogas con los servicios de salud y otros usuarios de dichos servicios.

Un enfermero de un centro de salud nos cuenta que los vecinos pretendían que ni siquiera los usuarios de drogas estén en los centros de salud, que salgan del espacio de contención. Aquí, aparece una dimensión y es que para muchos servicios de salud en la periferia de la ciudad, el usuario de drogas no es tanto alguien a quien hay que cuidar sino de quien cuidarse, esto genera una visión y una dificultad operativa para la reducción de daños.

Otra dimensión que aparece es el estigma de que los usuarios de drogas te rompen todo, vienen a ver si hay drogas para llevarse, usuarios de drogas no muy bien conocidos, a veces difíciles, potencialmente violentos. Y otra de las cosas que aparece es la sensación de ineficacia o incompetencia de los equipos, en el sentido de sentir que sólo se quedan para darles los kits y nada más. ¿Para eso estamos? decían en algunos grupos.

Otra de las cuestiones que aparecen también, es el escaso compromiso de los servicios de salud con los problemas más complejos de la comunidad y con el usuario de drogas en particular, cuando se lo visualiza como violento. Hay una mutua desadaptación persistente.

La estrategia de reducción de daños a veces es vista como algo pobre, repartir agujas y jeringas, entonces uno dice ¿nada más que para eso? Y en realidad vacunar también es muy simple y nadie deja de vacunar por esto. Para un trabajador de la salud, es ontológico, es una obligación, no podemos no darlas. Yo al menos lo percibo así y así es como lo planteamos en Rosario.

Mucha gente que participó de los grupos focales dijo que la concepción de la reducción de daños era un aporte a la autonomía, lo que un autor brasileño llama “los grados crecientes de autonomía de las personas” y, en este caso, de los usuarios de drogas. Se le adjudica y reconoce a la reducción de daños un rol clave en las infecciones de relevancia sanitaria, como el VIH y las hepatitis. Se la reconoce como una estrategia coloquial, de difusión de información y de tolerancia social, contraria a la intolerancia.

Entonces, como desafíos pendientes tenemos que lograr la plena institucionalización de la estrategia en servicios de salud, para drogas legales e ilegales. Todo lo que hacemos para evitar el accidente de tránsito vinculado al alcohol, es reducción de daños para una droga legal. Lo mismo vale entonces para las drogas legales e ilegales. Aquí, hay un problema en relación a la información, creemos que es muy antidemocrático que la gente más humilde no conozca los riesgos asociados a las drogas y las estrategias para enfrentarlos.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

Hace cosa de dos meses, murió una joven de 16 años en Rosario, por aspirar pegamento. Probablemente ella no sabía que los pegamentos contienen sustancias volátiles que tienen la capacidad de producir arritmias fatales, y probablemente no toda la comunidad lo sabe y se mueren chicos jóvenes después de haber inhalado porque corren, descargan catecolamina y fallecen. Y tal vez no lo sabían, si lo hubieran sabido, hubieran hecho otra cosa.

Yo creo que la información con relación a la droga es democrática, hay que hacer democracia de información, y hay que ampliar la universalidad en relación a otras poblaciones, trabajadoras sexuales, travestis, poblaciones aborígenes, inmigrantes. Transversalizar con salud, minoridad, promoción social, educación. Trabajar desde el sector salud nada más es de una soledad espantosa, y también es necesario desarrollar un perfil ocupacional de promotores.

La propuesta de trabajo para el próximo ejercicio del período de gobierno del programa, para mí o para quien le toque, lo que está planteado es desarrollar nuevas actividades de capacitación y sensibilización pero con base en casos y problemas, buscando la analogía clínica con patologías crónicas. También con un diabético hacemos reducción de daños, en general no conseguimos que baje mucho de peso ni que deje de comer tortas pero igual lo tratamos. Con un hipertenso hacemos lo mismo, yo no he conseguido que ni un solo hipertenso deje de comer salames por ejemplo. Si no consigo que el chico deje de fumar marihuana o de fumar paco, igual debo atenderlo. Ahora si inhala pegamento probablemente trate de cambiarlo a otra cosa, a qué no lo sé, pero habría que cambiarlo de consumo.

Otra de las prioridades en el futuro es difundir y promover los principios y contenidos de la reducción de daños con eje en la ciudadanía, y la inclusión en salud. Generar demanda de los usuarios sobre los propios servicios, generar redes de trabajo y definir un conjunto de indicadores que permitan un proceso de evaluación periódica.

Buenos Aires, 27 de agosto de 2007.

Dispositivos asistenciales

En Argentina pueden encontrarse una gran diversidad de dispositivos de asistencia dirigidos a los usuarios de drogas. En cada uno de ellos pueden distinguirse lineamientos teóricos, técnicos y éticos diversos, basados en formas específicas de concebir el problema de las drogas. Estos lineamientos no responden sólo a desarrollos científicos, sino también a distintos procesos sociales, como las políticas internacionales y locales de control de la oferta y de la demanda de drogas y su producción, tráfico y venta, y culturales, como la producción y circulación de valores ligados a la construcción de la subjetividad en la sociedad posmoderna.

Las presentaciones que siguen brindan elementos para reflexionar sobre los principios políticos y éticos que orientan las intervenciones con usuarios de drogas. Desde una perspectiva ética, se plantea que la noción de incapacidad de los usuarios para controlar su consumo –que en el extremo sustenta la internación compulsiva en instituciones de encierro– puede entrar en contradicción con el principio bioético del respeto del ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones con respecto al cuidado de la salud. Por otra parte, esta concepción de los usuarios y la instauración de relaciones de subordinación entre ellos y los profesionales que los atienden, en muchos de los dispo-

sitivos asistenciales pueden relacionarse con procesos de disciplinamiento social. En este sentido, varios autores sostienen que los dispositivos que amplían la capacidad de los usuarios, sus familias y las comunidades en las que viven, para afrontar las consecuencias negativas del uso de drogas, aportan a la construcción de procesos de ciudadanía, especialmente en las poblaciones más vulnerables.

Sin embargo, distintos procesos sociales, como el empobrecimiento de la población y los cambios en los patrones de uso de drogas, modificaron el tipo de problemas que presentan los usuarios de drogas. A partir de sus experiencias en el desarrollo de las comunidades terapéuticas y de programas comunitarios que incluyen a la reducción de daños como estrategia de atención, los autores discuten sobre el alcance de sus propuestas asistenciales y preventivas para hacer frente a las situaciones que plantean las personas a las que dirigen sus servicios. Entre los ejes que se consideran vigentes para orientar sus prácticas actuales pueden distinguirse los siguientes:

- ┘ La concepción social de la vulnerabilidad de los usuarios de drogas y la vigencia de normas legales que limitan el ejercicio de su autonomía.
- ┘ La necesidad de facilitar la accesibilidad a los servicios asistenciales y preventivos.
- ┘ La inclusión de los usuarios como co-gestores de los procesos de atención.
- ┘ La adecuación de las intervenciones a la situación de los usuarios de drogas.
- ┘ La promoción de la integración social de los usuarios de drogas.

Estos trabajos constituyen un aporte valioso para reflexionar sobre los alcances y limitaciones de los principios que orientan la atención sanitaria de los usuarios de drogas, y para elaborar propuestas preventivas y asistenciales que promuevan sus derechos.

Araceli Galante

Trabajadora Social. Becaria de doctorado de la Universidad de Buenos Aires. Es integrante del equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil y del Proyecto UBACyT S044, “Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas”, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

De la tensión de la guerra contra las drogas a la construcción de ciudadanías

Roberto Gallinal

Licenciado en Trabajo Social por la Universidad de la República del Uruguay y magíster en Trabajo Social Clínico por la Universidad de Pennsylvania. Es especialista en la problemática del uso indebido de drogas de la Universidad de Buenos Aires y miembro pleno de la Sociedad Uruguaya de Psicoanálisis Vincular. También, docente en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, en Uruguay, y director de Encare, institución especializada en prevención y asistencia de los problemas vinculados al uso de drogas. Hasta 2009, y al momento de esta presentación, fue coordinador del Nodo Sur de la Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en la problemática de las drogas.

Pensando y preparando estas palabras, yo elegí y me afilí al concepto de bioética que hace el filósofo español Gustavo Bueno, y que dice así: “A la bioética como disciplina, le corresponde una unidad pragmática determinada por un conjunto abierto de programas prácticos nuevos, no sólo éticos, sino morales y políticos. La bioética arrastra desde su construcción la confusión con la biomoral y por tanto, con la biopolítica que giran en torno a la vida orgánica de los hombres y de los animales, y por un conjunto también abierto de resoluciones consensuadas por las instituciones competentes”. Un poco inspirado en ese concepto fui hilvanando algunas ideas. Yo creo que no podemos hablar del tema de derechos humanos y las propuestas asistenciales si no tomamos algo de la historia, a lo que llegamos hoy, o sea, los contextos que nos van dando esta llegada al día de hoy. Entonces, para mí, esta historia es lo que me ha permitido entender algunos problemitas.

Yo no voy hablar desde la Argentina, no soy argentino, no vivo en la Argentina aunque conozco parte del proceso de este país en el tema que nos convoca, pero voy a intentar hablar desde mi experiencia tanto en Uruguay como en algunos proyectos transversales, aquí, en América. Podemos pensar que el tema de las drogas, y esto que denominamos como problemática de las drogas, se instala para nosotros como problema en las décadas de 1970 y 1980; se instala desde el afuera, desde una mirada muy hegemónica desde el Norte, y con una mirada muy perversa. Aparecen los países demandantes

con una lógica de instrumentación de “países víctimas y países victimarios”, que nos empezó a complicar la cuestión a los latinoamericanos. ¿Por qué? Porque es a partir de esta mirada de países víctimas y países victimarios que aparece el tema de las drogas como un “problema a combatir”. Empieza a bajar para toda América esta cuestión velada, y no tan velada, del “combate a las drogas”. Es así que empieza a configurarse en la región una subjetividad hacia ellas como algo animado, como algo con vida propia. Se instala una lógica bélica que atraviesa todo el pensamiento, atraviesa el pensar y el actuar, y por lo pronto también va generando una impronta en la mirada que tiene atravesamientos éticos complicados, que habría que analizar.

Por otro lado, esta mirada moralista, disciplinante, se instala en nuestras sociedades en un momento muy particular de nuestros países, en plenas dictaduras militares. Entonces, estos problemas empiezan a aparecer en la concepción bélica, empieza a aparecer una propuesta de disciplinamiento y obediencia en las propuestas asistenciales. Este tema empieza a complicarse porque en toda la mirada de los programas que se instalan, programas asistenciales, programas de prevención, incluso las investigaciones que uno empieza a rastrear en aquel entonces, tienen como objetivo el planteo de la abstinencia por detrás. No era posible concebir que un usuario de drogas tuviese la capacidad de autodeterminar su consumo. Por lo pronto, había que disciplinarlo; y disciplinarlo desde la abstinencia.

Al mismo tiempo, esta gran mirada que baja desde el Norte hacia el Sur genera leyes muy parecidas. Si analizamos las leyes que hay en América son muchas veces puntos y comas iguales, la misma forma de entender el problema, de pensarlo y de instrumentarlo. Estas miradas también bajan con dinero, también bajan con el dinero para instrumentar planes y programas. Fuentes financiadoras, tanto desde organismos estatales como desde el mundo de lo privado, empiezan a bajar y empiezan a condicionar, muchas veces desde los Estados y muchas veces desde las ONGs. Es así que los Estados y las ONGs terminan o terminaron convirtiéndose en instrumentadores finales de políticas prediseñadas. Y más allá de políticas prediseñadas, en instrumentadores de una manera de pensar y de actuar. Estos condicionamientos, estas recetas, son complicadas porque, por lo pronto, se considera al mundo como único, no se conciben fronteras, no se conciben culturas, no se conciben hombres pensantes de una manera diferente.

Con estas concepciones, conjuntamente, empiezan a desembarcar las formas de pensar, lo que yo llamo la industria de la receta y el manual. Todos quienes tengamos algunos añitos trabajando en esto hemos podido ver y hemos sido inundados con todo tipo de propuestas y manuales de cómo intervenir, cómo trabajar, cómo concebir al usuario de drogas. Toda esta propuesta, toda esta parafernalia que nos baja desde los países centrales “manualizada”, básicamente licuada, se termina convirtiendo en una mercancía más para consumir al igual que las drogas, una mercancía más que espera a un funcionario de turno o a una ONG de turno capaces de instrumentarla. Esto no es

menor, hemos sido todos invadidos con todas estas propuestas asistenciales y preventivas, desde cómo concebir a un usuario de drogas, cómo tener que tratarlo, y los *a priori* de cómo debe ser un tratamiento y cómo se debe trabajar en prevención. Creo que hay que poder revisar esta colonización de propuestas preventivas que hemos tenido básicamente, desde España y Estados Unidos. Uno encuentra en toda la Argentina sectores excluidos trabajando con los mismos materiales que sectores de clase media y sectores altos. Uno llega a Guatemala, un país con 24 lenguas oficiales, y se encuentra con los mismos materiales. Pasa por Bolivia y se encuentra con la misma situación. Pero, al mismo tiempo, cuando empezamos a recorrer qué pasa con las propuestas asistenciales, se empieza a complicar un poquito más. ¿Por qué? porque las intervenciones en Salud cada vez más requieren y demandan de una alta profesionalización. Cada vez más estamos apuntando al tercer nivel de salud. Por cualquier cuestión todos pedimos una tomografía computada, todos queremos una alta tecnificación en nuestra propia atención y para toda la población. ¡Pero qué paradójico! en el tema de las drogas, la atención de la salud nos la permitimos desde la no profesionalización, y aparentemente la profesionalización está dada por la experiencia. El hecho de ser usuario de drogas y haber transcurrido por todo ese dolor o situación, profesionaliza, ¡hasta título se recibe! La condición de ser ex usuario de drogas aparentemente habilita a instrumentar Salud en un porcentaje muy grande de países de América y en otros países europeos también. Y sin desconocer la utilidad, la eficiencia y demás que tiene, yo creo que esto habría que debatirlo, con el mayor de los respetos, no con la finalidad de excluir, sino integrar y sumar, pero ubicando esto en su justo término.

A todo esto, se complica muchísimo todo el tema de los países que tienen ley que penaliza los consumos. Porque, evidentemente, la posibilidad de elegir es muy escasa cuando el consumo es penalizado y un consumidor debe optar entre la prisión o una propuesta terapéutica. Con esto, evidentemente, creo que la Salud se ha terminado convirtiendo, en esta temática, en el brazo blando de la criminalización. La ley que termina siendo instrumentada por la salud, muchas veces termina siendo cárceles blandas ¿Cuántos usuarios de drogas hay en las instituciones asistenciales en los países en donde está penalizado el consumo? Es ahí donde se empieza a montar la industria de la cura. Desarmar el concepto de industria de la cura es muy complicado. Esta industria de la cura, por un lado, está instrumentada por personas que han atravesado la experiencia, que aparentemente la experiencia y los años los han profesionalizado, pero paradójicamente hay una “sobrepesiquiatrización”. Entonces la “sobrepesiquiatrización” en las instituciones que están instrumentadas por no profesionales es una tensión que hay que discutirla.

¿Qué pasa con este usuario? ¿Qué condición tiene este usuario? ¿Qué capacidad tiene este usuario que está penalizado por la ley de poder elegir la institución, de poder elegir si se dispone a un confronto o no? ¿Puede elegir

un modelo terapéutico? ¿Puede seleccionar el terapeuta? ¿Puede no estar de acuerdo con el programa? Porque si no puede seleccionarlo y no quiere al programa, toca otra propuesta en su vida. Y aquí empieza a cuestionarse de vuelta el derecho de los usuarios al uso de drogas, a cómo instrumentar su uso y a qué pasa con todas las intervenciones.

Evidentemente que hay otra cantidad de usuarios, o estos mismos que están judicializados y otros que no, que entran por deseo, porque quieren, porque lo están demandando. La cuestión es que quienes estamos familiarizados con un tratamiento empezamos a banalizar estos temas, nos parecen que las cosas son así y nos interpelamos poco. Hablamos de números, de muchos números, de nuestros éxitos, pero nos cuesta mucho cuantificar cuántos pasan por nuestras instituciones y no se quedan. Cuántos se van con el argumento de “este chico no se adaptó”, “le falta tocar el fondo”, “le falta comer más de la calle” o “le falta la policía”. Evidentemente que este usuario se va y va a ser muy difícil que se enganche de vuelta en la propuesta asistencial, al menos de este tipo. Y ahí se complejiza más.

Por otro lado, empezamos a ver en qué condiciones estamos judicializando; quiero aquí tomar distancia de la situación argentina que, aunque la conozco, el compañero de mesa habló¹ y dio garantías de cómo se instrumenta en Argentina. Por mi trabajo de investigación que estamos haciendo a través de la Fundación Ashoka sobre derechos humanos y problemáticas asistenciales en América, he visitado muchas organizaciones de México, Guatemala, Colombia y también de mi país, Uruguay. Un tema preocupante son las condiciones de vida de estos usuarios, porque el usuario de drogas tampoco tiene voz para poder decir en qué condiciones come, duerme, se baña y ocupa su tiempo libre. Muchas veces estas condiciones distan mucho de considerarlo ser humano pensante, portador de derechos y con capacidad de definición de lo que quiere de sí mismo. Entonces se empieza a complicar muchísimo la cuestión desde estos lugares asistenciales.

Hasta aquí hemos hablado de asistencia, pero nosotros podemos llevar este tema a la prevención. Yo no puedo dejarla de lado porque para mí esta diferencia y este corte que existe entre asistencia y prevención es un corte artificial, la realidad nos viene indicando que cuando uno trabaja con las comunidades está trabajando en todo. Entonces este corte es un corte artificial que también responde a una mirada y a esta lógica de la guerra contra las drogas. En 2004 hicimos en la Red Iberoamericana de ONGs que Trabajan en la Problemática de las Drogas, una investigación sobre instituciones que trabajan en prevención con sectores en exclusión social. Empezamos a investigar qué marcos teóricos respaldaban el trabajo y cuáles habían sido las fundamentaciones de los proyectos que habían presentado a la cooperación internacional. Todos usaban los términos de exclusión social como justificativo y desde allí aparecían los dine-

ros. Cuando empezamos a ver los marcos teóricos de todas las instituciones, gran parte de las organizaciones tenían marcos teóricos que nada tenían que ver, ni revisaban la problemática con la que estaban trabajando. Después, cuando vimos cómo instrumentaban la propuesta, eran todos manuales destinados a sectores enteramente “normalizados” de clase media, de clase media europea o americana. ¡Pero sí, esos manuales eran los aplicados a los sectores en exclusión social para América Latina, son y siguen siéndolo! Evidentemente que cuando hablábamos de los fracasos, los instrumentadores (gran parte de ellos ONGs) adjudicaban el fracaso con dificultades en convocar a las personas, ¿quién va a sentirse convocado desde una cultura diferente, desde un vocabulario diferente y demás? Esto es violatorio de los derechos humanos. Primero, porque es un desconocimiento real de las condiciones de una población. Segundo, es violatorio porque tiene que ver con la aculturación. Tercero, es violatorio porque se impone y se califica o descalifica, porque muchas veces estas propuestas están enganchadas a los sistemas educativos formales y al quedar por fuera de estas propuestas, se queda afuera del sistema educativo. Estos programas preventivos en nada cuestionan la vida cotidiana de las personas, en nada cuestionan dónde se construye la demanda, cuáles son las vicisitudes de la vida cotidiana. Estos programas no permiten, o le niegan, al individuo las herramientas para poder entender por qué está donde está. No está donde está porque es una mala persona o porque es un obrero poco trabajador que se fue desafilando de sus inscripciones sociales anteriores que lo han dejado en los lugares de exclusión; y esto es algo vivido con mucha culpa. Pareciera que esta desafilación es mágica y me interpela ¿qué hice yo, qué me paso a mí como persona?, pero en ningún momento estos programas preventivos interpelan qué nos está pasando como sociedad, por qué estamos quedando en donde estamos.

A mí me gusta una frase de Annie Minó, que dice lo siguiente: “Estamos asistiendo al crecimiento de las diferencias en los ámbitos económico, social y cultural. Los excluidos de la cultura no poseen los mismos medios para comprender su destino, ni para identificar la procedencia de sus desgracias. Impotentes ante su situación recurrirán a toda forma de violencia. En la actualidad la peor manera de despreciar a alguien es mantenerlo apartado de la comprensión de la sociedad en que vive. El ataque a la cohesión social está bien presente y se refleja en el ataque a la autoestima de los individuos en situación más precaria. La precariedad social, no sólo en temas económicos sino también en temas culturales, se corresponde a una vulnerabilidad bio-psico-social que conlleva una vulnerabilidad en el ámbito de la salud”.

Por lo pronto, sin la necesaria interpretación de cada uno de estos aspectos, no estaremos contribuyendo a la construcción de una sociedad plena en la inclusión de cada ciudadano, ejerciendo sus derechos y participando en la gestión de la vida. La vida se gestiona desde el uso de los derechos.

Bioética y derechos humanos en dispositivos asistenciales

Patricia Sorokin

Licenciada en Ciencias de la Educación por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en la problemática del uso indebido de drogas, magíster en Salud Pública por la UBA y magíster en Bioética por la Universidad de Chile-OPS/OMS. Participó del programa de capacitación internacional sobre Administración de Comités de Bioética y Ética del WIRB (OMS-Universidad de Washington). Dicta, por concurso, Bioética I en la Facultad de Medicina de la UBA y es investigadora con sede en la Facultad de Derecho de la UBA, donde también es coordinadora general del Curso de Posgrado en Ética de la Investigación y Responsabilidad Social en Salud, el cual cuenta con el auspicio de la Cátedra UNESCO de Bioética de la UBA. Fue galardonada con el Premio en Bioética Manuel Velasco-Suárez 2005 (PAHEF/OPS). Es miembro titular del Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica y, entre 2006 y 2007, fue vicepresidente del Foro Latinoamericano de Miembros de Comités de Ética de la Investigación en Salud, cargo que desempeñaba al momento de esta presentación.

Doy Bioética en la Facultad de Medicina y soy una especie extraña tanto para los médicos como para los abogados, porque ni soy abogada ni soy médica pero hablo de cuestiones vinculadas a la judicialización, a la medicalización, a cuestiones de estigmas, de mitos, de estereotipos, de prejuicios.

Esta presentación se va a establecer en función de determinadas preguntas.

¿Por qué estamos acá?

Para hablar de Bioética y Derechos Humanos en dispositivos asistenciales. Tenemos un problema que tiene que ver con cómo las personas imaginan a la bioética. Algunos te dicen “vos hablas de bioética cuando hay chicos que se mueren de hambre, no me hables de ética”, por ejemplo. O te dicen “¿derechos humanos? Viene uno, te roba, entra por una puerta, sale por otra puerta y acá nadie se ocupa de la inseguridad”. Entonces, todo el mundo opina libremente sobre algunas cuestiones, pero sería bueno que podamos entre todos definir claramente los conceptos; porque, si no, hablamos de cuestiones diferentes y si hablamos de cuestiones diferentes con las mismas palabritas vamos a hacer como que hablamos de lo mismo pero en realidad no nos vamos a entender nunca.

La Bioética es una disciplina que puede ser definida como ética práctica o aplicada, direccionada al estudio, evaluación y resolución de conflictos morales relacionados con las situaciones de vida de los seres humanos y también de los animales. En estos últimos años se avanzó muchísimo en todo lo que es ética de la investigación y ética de la investigación en seres humanos, y previo a seres humanos, en animales. Porque para testear medicamentos o drogas hace falta previamente hacer una fase pre-clínica que se da en animales. Y entonces, cuando uno habla de ecología no es solamente no usar tapados de piel, es también proteger a los animales del uso indebido de la experimentación poco cuidadosa de la dignidad. Los seres humanos, por ser humanos tenemos derechos. A todos los seres humanos, en tanto seres humanos, lo primero que nos califica es la dignidad como personas, y además de ser personas y tener dignidad tenemos derechos; y esos son los Derechos Humanos.

Otra definición de Bioética podría ser el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, examinada a la luz de valores y de principios morales. Y las preguntas más relevantes serían: ¿desde el punto de vista de quién?, ¿los valores de quiénes?, ¿cuáles principios morales?, ¿por qué? Porque no necesariamente todas las culturas comparten los mismos valores, los mismos principios, las mismas tradiciones o los mismos fundamentos; en algunas culturas no existe el ejercicio de la autodeterminación, la comunidad decide por uno, y en otras culturas cada uno es libre de hacer lo que quiere.

Cuando uno habla de Bioética, básicamente, suena como que es aborto y eutanasia y se acabó el asunto, pero no es así. El aborto tiene que ver con cuestiones asociadas al inicio de la vida de las personas y la eutanasia con el final de la vida, pero en realidad entre el antes y el después de la vida, hay todo un durante. Y éste tiene que ver con cómo vamos a vivir y que esa vida tiene que tener dignidad; pero, además, tiene que ser cualitativamente buena. Si reflexionamos vemos que pocas veces se habla de cómo se debe vivir bien, no desde las condiciones de vida, acceso a la educación, a la salud, a la vivienda, al agua potable, sino cómo puede una persona vivir bien, ser respetada, valorada y no ser discriminada. Pareciera que son obviedades, pero un estudio que salió publicado el último domingo¹ decía que los adolescentes discriminan mucho, con lo cual no alcanza la existencia de una ley antidiscriminatoria que diga que no se debe discriminar si esa conducta no está internalizada, no está visualizada como negativa, tanto desde lo individual como desde lo social. Porque la gente ve que otro discrimina, entonces ellos también discriminan porque, total, nadie hace nada. Hay distintos tipos de discriminación, que tienen que ver con quitarle un poquito de esa dignidad que toda persona tiene derecho a tener por ser persona.

¹ N. del E.: Se refiere a: Dan Adazko y Ana Lía Kornblit "Xenofobia en adolescentes argentinos: un estudio sobre la tolerancia y la discriminación en jóvenes escolarizados" que recibió el Premio Iberoamericano de Ciencias Sociales el 31 de julio de 2007.

¿Para qué?

Lo que vamos a hacer ahora es reflexionar acerca de la toma de decisiones razonadas y razonables, pero no las que pueden tomar los legisladores, los abogados o los jueces, sino las que podemos tomar las personas que estamos en la cotidianidad de tomar, por decisión propia o ajena, decisiones sobre la vida de otra persona que deposita en nosotros su confianza. Muchas veces tenemos que decidir por ellos. Este es un gran desafío porque la intención no es decidir por ellos, sino decidir con ellos y acompañarlos en ese proceso de toma de decisión, que no es sencillo.

¿Para quiénes?

Podríamos pensar: ¿para quiénes estamos hablando? Nosotros hablamos para aquellas personas que necesitan de nuestro compromiso real e inmediato, por sobre declaraciones a las que consideran carentes de contenido por hallarlas ajenas a su realidad, y que ya se cansaron de que otros les cuenten como debiera ser su vida. Ahora vamos a conversar sobre cómo poder articular la toma de decisiones con lo que la gente necesita, con lo que la gente demanda, con estas personas que son usuarias de drogas que a veces piden, y como no siempre piden en forma explícita, directa, clara y comprensible para nosotros, tratamos de actuar sobre estos pedidos como podemos. Hacer algo no necesariamente es hacerlo lo mejor posible, que tiene que ver con el plano de lo ideal y de lo abstracto, sino con lo mejor que podemos, con la realidad que nos toca y en el contexto que tenemos, que es lo mejor posible para nosotros. Pero no necesariamente se condicen esos ideales de calidad con lo que efectivamente sucede. ¿Cómo lograr que lo que la gente necesita efectivamente se pueda efectivizar? ¿Se puede? Si creyéramos que no, no estaríamos hoy acá.

Bioética: campo disciplinar

En 1979 aparece el *Informe Belmont*,² que tiene que ver con los principios en investigación con seres humanos y plantea tres principios: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia. A su vez, la Teoría Principialista (1979) plantea cuatro principios: la autonomía, equivalente al respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. La autonomía es la autodeterminación, darle a una persona la libertad de elegir qué quiere hacer con su vida. ¿Por qué? Porque suponemos que toda persona es un agente

² N. del E.: Se refiere al informe elaborado por la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento de Estados Unidos, titulado "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación".

activo en el proceso de la toma de decisiones. Su opinión es relevante aunque se equivoque, pero tiene derecho a expresar qué quiere que se haga con su cuerpo, sobre su cuerpo y con su vida.

Hay que proteger a las personas vulnerables, y las personas que son usuarias de drogas son vulnerables. No solamente por ser usuarios de drogas, sino por una serie de factores contextuales que hacen que hayan llegado a la situación en la que están. Y tal vez no puedan expresar qué tipo de ayuda necesitan. Para que la autonomía se desarrolle tiene que haber, en esta toma de decisiones, igualdad en la condición de las personas. Si yo me ubico en el rol de la especialista que tengo las soluciones mágicas que le va a salvar la vida a la persona, seguramente no se va a dar una relación de igual a igual. En algún momento ese vínculo va a dejar de ser un vínculo, porque lo único que sostenía esa relación era la confianza plena en que esa persona iba a hacer algo positivo por mí. Entonces, en el caso de que esto no se dé, va a haber una ruptura en ese vínculo que va a hacer que la persona se vaya, se pierda, que no vuelva, se sienta mal y empiece a deambular por otros centros asistenciales, por otros lugares, pidiendo otro tipo de ayuda o dejando de pedir ayuda al pensar que nadie puede hacer nada para ayudarlo. Hay que evitar conflictos de intereses, es decir que, cuando una persona decide en forma autónoma por sus propios medios asistirse o recibir algún tipo de asistencia, no le digan: “mirá... andá a tal centro que es maravilloso y buenísimo”, y después uno se entera que curiosamente hay algún tipo de vínculo de amistad financiera con las personas que derivan y las personas que reciben. Estas son cuestiones que se denominan conflictos de intereses, mucho más habituales de lo que pensamos.

Hay que evitar que estos procesos de toma de decisiones, en los cuales la persona trata de poner en ejercicio su autonomía, sean coercitivos, que sea una decisión seudo-autónoma cuando en realidad se está obligando a esa persona a que diga lo que yo espero que diga. ¿Por qué? Porque muchas veces la persona es inducida a tomar decisiones que tal vez no sean las que quiere; entonces, lo que hay que evitar es la inducción, la coerción y la coacción.

¿Qué hay que firmar? Un consentimiento libre y esclarecido, esto es, un papelito que muchas veces una persona, cuando va a un hospital y tiene que hacerse algún tipo de práctica, le dicen que tiene que firmar. En ese papelito tiene que firmar que sabe cuáles son todos los riesgos posibles y los beneficios potenciales, y se hace cargo sabiendo lo que va a suceder a partir de esa decisión. Lamentablemente, o no hay tiempo o no hay personal entrenado para explicar estas cuestiones y quien acerca el papel lo hace como una formalidad; y eso también atenta contra el vínculo y la persona puede llegar a sentirse estafada moralmente, ya que se siente no sostenida en este proceso.

Beneficencia tiene que ver con toda una tradición deontológica hipocrática del deber moral de hacer el bien. Entonces, en ese modelo de hacer el bien, hay asimetría en las relaciones entre los profesionales de la salud y los

pacientes. Porque el médico se pone en el lugar del saber, del conocimiento, del poder, y decide por sobre el paciente, ya que presupone que en función de ese saber y de esa experiencia que tiene lo va a poder ayudar mucho mejor haciendo lo que él cree que es bueno para ese paciente. Por eso se plantea: ¿es un beneficio bajo la óptica de quién, profesional o paciente? Porque no necesariamente coinciden ni los principios que los convocan ni los fines que persiguen, ni haya el mismo código en un montón de cuestiones.

La no maleficencia está directamente vinculada con el principio de la beneficencia, donde lo primero es no dañar, evitar hacerle daño a una persona aun cuando pensemos que le estamos haciendo un bien. A veces, hacerle un bien a una persona implica indirectamente dañarla. ¿Es mejor hacerle ese supuesto bien físico o psíquico o es preferible dejarla? ¿Se puede dejar a una persona? ¿Cuáles son los alcances de la figura jurídica del abandono de persona? Muchas veces los profesionales actúan más preocupados por el juicio que puede venir que por el vínculo que se establece con la persona, entonces hay toda una serie de dispositivos de control que hacen que la persona actúe no haciendo el bien, no pensando en el beneficio potencial de la persona que va a asistir, sino en evitarse un mal momento si llega a tener un juicio. ¿Quién es, en ese caso, la persona que recibe coerción? El profesional de la salud; y en este caso se invierten los roles.

Desde los principios bioéticos, ¿qué es la justicia? una contraposición entre intereses particulares e intereses colectivos. El mayor dilema ético vinculado a la justicia es el que tiene que ver con la asignación de recursos. Un típico ejemplo es el caso en que hay cuatro pacientes y una sola cama; entonces, ¿a quién se la damos? ¿Con qué criterio? Esto es complicado y muy difícil, nos remite a la historia de la bioética con lo que se llamó el Comité de Seattle.³ En ese lugar aparece un señor que descubre que se puede hacer hemodiálisis, propone realizarlo pero no había maquinaria suficiente para todos los pacientes que lo solicitaban. Se constituye el primer comité de ética, con notables, que era gente que se trajo en función de sus conocimientos previos, para decidir al respecto. Se publica el primer artículo de divulgación, en la revista *Life*, que decía: “Ellos deciden quién vive y quién muere”. Esto se resolvió rápidamente porque el Congreso de EE. UU. creó una ley a través de la cual se dio acceso universal al tratamiento, y así ya no fue necesario decidir quién recibía asistencia y quién no.

Acá todavía sucede que hay que decidir no quién vive y quién muere, pero sí a quién se le asigna un recurso y a quién no. El tema es cómo hacerlo, sobre todo porque hablamos de personas supuestamente iguales ante la ley. Desde esta teoría que señalábamos, de los cuatro principios, decimos que en lo re-

³ N del E. Para algunos, el inicio de la Bioética se dio en 1962, cuando en la ciudad de Seattle se creó un comité de no médicos para decidir qué pacientes tenían preferencia en beneficiarse con la máquina de hemodiálisis recientemente inventada.

ferente a cómo tomamos decisiones nos ubicamos en una teoría ética, de valores morales, y de ahí vamos a principios que por lo general son universales. Las normas o reglas que nos llevan a ese juicio de toma de decisiones pueden ser ciertas o equivocadas, porque van a estar basadas en esos principios universales y en esas teorías morales, y de ahí vamos a llegar a una decisión.

La Teoría Principialista tiene algunas críticas, las cuales se basan en que son principios focalizados: el foco de análisis se concentra en la persona y nunca en el grupo; cuando se aborda el tema de la persona, el eje de la cuestión es la persona y sus circunstancias, con lo cual tomar decisiones en abstracto sobre esa persona desconociendo el contexto puede ser errado. También se basan en que los principios son abstractos, genéricos, universales y que se supone una teoría válida para toda la humanidad; que no considera el contexto de aplicación de la teoría, que es una teoría elitista, que habla desde el lugar del poder y que mantiene la invisibilidad de personas y grupos vulnerables.

Acá podríamos preguntarnos ¿cuánto de lo que acabamos de decir vinculado a la teoría de los principios no se relaciona con la administración de Justicia? Y cuántas personas que llegan a los tribunales no sienten que les sucede todo lo mismo que pasa acá, que se administra más o menos el mismo tipo de justicia pero no a todos, sino a “todos los de ciertos grupos”. Porque “todos” los del otro grupo tal vez tengan otro tipo de justicia. Seguramente podemos estar de acuerdo o no en que hay que remediar algunas cuestiones vinculadas a la administración de justicia. ¿Cómo? A través de plantear que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, como dice el artículo primero de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Algo tan obvio a veces resulta impracticable, dejado de lado, olvidado.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco, de 2005, se refiere al respeto de la vulnerabilidad humana y de la integridad personal. Su artículo 8 indica: “Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar [su] integridad personal [...]”.

Hay circulando, en este momento, un caso de Mar del Plata; una persona que tiene sida y está en una situación muy complicada, está presa y probablemente no se esté respetando todo lo que fuera necesario, ni su integridad, ni su situación. La vulnerabilidad remite a los siguientes factores:

- ┘ Individuales: conocimientos y capacidades para actuar como sujeto.
- ┘ Programáticos: (normas, reglamentaciones, leyes) protección proporcionada por el Estado.
- ┘ Sociales: acceso a la educación, salud, seguridad social, vivienda, etcétera.
- ┘ Culturales: sistema de creencias aceptadas como verdaderas.

La persona no es vulnerable por una sola causa, hay un interjuego de factores que hace que determinadas personas sean más vulnerables que otras,

y todos, en algún momento de nuestras vidas, tenemos algún grado mayor o menor de vulnerabilidad. Tomar decisiones respecto de la salud propia o de un familiar cercano que atraviesa una situación de enfermedad o de no salud nos hace más vulnerables y hace que, en cierto modo, nuestro ejercicio de la autonomía se vea limitado, restringido, dependiendo de la confianza que se entable con la persona que trata a la persona que se está asistiendo. Entonces, hay que tener mucho cuidado en no manipular a la persona que tenemos enfrente; y es una tarea difícil la de no creer que el saber y el poder nos permiten tratar al otro como un ser inferior que no sabe, no entiende, no comprende y que le vamos a ayudar a hacer lo mejor para él, cuando tal vez hacerle lo mejor implica para esa persona cobrar un cierto dinero; y ahí se cruza nuevamente el conflicto de intereses.

La Declaración de Helsinki de 2000,⁴ en su artículo 8 establece: “Algunas poblaciones son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión [...]”. Todas estas son situaciones que habitualmente vemos, lo que pasa es que están tan institucionalizadas que a veces no tenemos tiempo para reflexionar sobre las implicancias y los alcances de limitar la autonomía de personas suponiendo que ser usuarias de drogas las hace, además, incapaces o incompetentes. En algunos casos puede suceder, pero en otros, tal vez no.

El juramento hipocrático reza: “Juro por Apolo médico, por Asclepio, y por Hígía, por Panacea y por todos los dioses y diosas tomándolos por testigos que cumpliré, en la medida de mis posibilidades y mi criterio, el juramento y compromisos siguientes: [...] Callar cuanto vea u oiga, dentro o fuera de mi actuación profesional, que se refiera a la intimidad humana y no deba divulgarse, convencido de que tales cosas deben mantenerse en secreto [...]”.

Este juramento habla sobre qué se debe decir y qué se debe callar; básicamente, todos los datos que hacen a la vida íntima y a la privacidad de las personas deben ser mantenidos en secreto. En este momento, en la era de la computación, cada vez es más fácil saber datos de todo el mundo rápidamente, uno entra a Internet y sabe todo lo que quiere y lo que no quiere también. ¿Qué puede querer decir un secreto? Muchas cosas; un secreto “es aquello que se calla, aquello de lo que no se habla, aquello de lo que se habla en voz baja o a espaldas de los demás, aquello de lo que no se debe hablar, aquello de lo que no se puede hablar” (Pecheny, 2002).

⁴ N. del E.: La Declaración de Helsinki fue proclamada por la Asamblea de la Asociación Médica Mundial (AMM) en 1964 y es uno de los referentes centrales en cuanto a las normas éticas que guían la investigación clínica. A lo largo de su existencia fue modificada en diversas ocasiones, la última de ellas en octubre de 2000.

De alguna manera, los usuarios de drogas o las personas viviendo con VIH tienen derecho al igual que cualquiera de nosotros, a que su historia clínica, a que algunas cuestiones vinculadas a su vida personal, familiar o social no sean expuestas, a que no se haga permanentemente alusión a los perfectos logros que se obtuvieron en el centro A o C, mostrándolos hablando públicamente a cara descubierta. Después van al barrio, los vecinos los señalan, los amigos a lo mejor no se quieren juntar. La Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales define los datos personales como “la información de cualquier tipo referida a personas físicas o de existencia ideal determinadas o determinables”, y a los datos sensibles como “aquellos datos personales que revelan origen racial y étnico, opiniones políticas, convicciones religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información referente a la salud o a la vida sexual”.

La Declaración de Bioética de la Unesco establece en su artículo 11: “Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna”. La pregunta es ¿uno, por las declaraciones o declamando que no va a discriminar o que no va a estigmatizar, va a lograr que estas prácticas se reviertan? ¿O es todo un proceso que implica cambio de mentalidades? Porque no es que la gente de hoy para mañana va a decidir que porque leyó la Declaración Universal de Bioética, está mal discriminar. Porque si va a la casa y la mamá le dice, “a la casa de ese chico no vas porque son chinos y comen ratas”, entonces a este chiquito después no le digamos que existe una Declaración, porque esa conducta ya la aprendió y le parece natural porque se la transmitieron sus padres.

Por eso hablamos de que todo esto está atravesado por una cultura, un aquí, un ahora, una mochila propia de cada uno de nosotros que hace que las decisiones tengan que ser tomadas en forma compartida, sino nos perdemos parte del fenómeno.

La privacidad y la confidencialidad también son abordadas por la Declaración Universal de Bioética. Su artículo 9 dice: “La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos”. Parece que en Argentina este tema todavía no está visualizado como relevante. En mi área, fundamentalmente, significa la protección de los datos sensibles en el campo de la genética humana. Estamos trabajando ahora en un anteproyecto de protección de información sensible de datos genéticos. De alguna manera esto acá es novedoso, y uno de los indicadores es que todavía no encontramos una imagen, una broma, un chiste o algún dato en el imaginario colectivo que nos dé cuenta de porqué está bien o está mal hablar sobre la vida de otro.

¿Por qué?

Hace ya quince años, Gladys Mackinson (1993) decía: “[...] Todo proceso de modernización implica [...] la adecuación de las instituciones para su revitalización y adaptación a sus requerimientos, también de índole social. El proceso de secularización de las sociedades ha provocado la pérdida de la atribución sacralizadora de la función judicial [...] pero ha generado una exigencia especial de mayor perfeccionamiento de los conocimientos jurídicos en relación con la complejidad de los saberes contemporáneos. El perfeccionamiento implica una modificación de las conductas esperadas por la sociedad, que requiere de los magistrados la captación de sus nuevas necesidades y crecientes aspiraciones. En este sentido, si la mejor ley es la ley ‘situada’, es decir aquella que no sólo es técnicamente inobjetable sino que está directamente vinculada con quienes serán sus destinatarios, el mejor magistrado será aquel operador del Derecho que también esté situado: aquél que posea un refinado conocimiento de su sociedad [...]”.

¿Qué pasa con los jueces? ¿Los jueces pueden dictar sentencias en función de lo que las leyes dicen? ¿O las leyes dicen lo que los jueces dicen que dicen y ahí se cruza la interpretación subjetiva de las normas? Si estamos expuestos a una interpretación subjetiva de las normas dependerá de cada uno tener suerte y caer con el juez A o B, y eso no sería equidad, no sería administración de justicia con igualdad ante la ley sino la ruleta de tribunales.

¿Cómo?

Finalmente, uno dice para qué todo esto, cómo llevar adelante todo, porque si no, nos vamos con un montón de ideas pero son inaplicables. Y el cómo es lo más difícil y es el gran desafío asumiendo que:

- ▣ Respuestas tales como “esto aquí no pasa” resultan extemporáneas, descontextualizadas y poco respetuosas de los saberes y prácticas sobre drogas. Esto aquí pasa y negarlo es no asumir el problema; y cuando uno no lo va asumiendo, en el momento en que tiene que tomar decisiones tal vez sea demasiado tarde.
- ▣ Aceptando que de manera interdisciplinaria e intersectorialmente se puede contribuir a proteger la dignidad de las personas vulnerables.
- ▣ Reconociendo que los dispositivos de control requieren ser repensados y que los dispositivos asistenciales son aún insuficientes.
- ▣ Resignificando el valor de lo no dicho.

Hace diez años yo decía que en drogas es mejor hablar de ciertas cosas, por todo aquello de la adicción como lo no dicho. Ahora digo, en drogas también debemos proteger algunas cuestiones vinculadas a la privacidad y a la intimidad. Porque las intromisiones indebidas en la vida de las personas podrían

Aportes para una nueva política de drogas

dañar aún más a las personas que usan drogas y dejar graves secuelas, tales como marginalización, discriminación y estigmatización.

Buenos Aires, 28 de agosto de 2007.

Referencias

- Pecheny, M. "Identidades discretas", en L. Arfuch (comp.), *Identidades, sujetos y subjetividades*. Buenos Aires, Prometeo, 2002.
- Mackinson, G. J., *Escuela de la magistratura: modernización y eficiencia*. Buenos Aires, Departamento de Publicaciones de las Facultades de Derecho y Ciencias Sociales, 1993.

El modelo argentino de comunidad terapéutica. Origen y actualidad

Rubén González

Operador terapéutico desde 1986 a 1990 y director general, de 1990 a 2001, del Centro Juvenil Esperanza, de Balcarce. En 2001, fundó el Centro Juvenil Esperanza, de Buenos Aires, que dirige desde entonces. Fue docente en la Escuela de Formación del Proyecto AD/ARG/87/52 UNFDAC/Gobierno Nacional/CeIS de 1989 a 1991 y participó en cursos de formación de operadores socio terapéuticos en las universidades de Quilmes, Buenos Aires y del Salvador. Desde agosto de 2005, y al momento de esta presentación, es presidente de la Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas (FONGA).

La Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas (FONGA) agrupa a 60 organizaciones que trabajan en la asistencia y en la prevención y que, aunque se la visualiza o está muy relacionada con el mundo de las comunidades terapéuticas, incluye a muchas otras propuestas asistenciales. De hecho, actualmente, nuestra capacidad de atención en internación no supera las 2.000 plazas y esa capacidad está duplicada en otro tipo de atenciones, como tratamientos ambulatorios, hospitales de día y distintos tipos de abordaje. Nosotros hemos trabajado mucho tiempo en esta integración de los distintos modelos de abordaje asistencial.

FONGA tiene instituciones funcionando en Ushuaia, la más austral, y nuestra institución más al norte está en Salta; nos falta convocar o visualizar a la gente de Jujuy, en donde seguramente hay algunas organizaciones que están trabajando allá. Muchas instituciones, por supuesto, están concentradas en Buenos Aires, Rosario y Córdoba. La intención de esta exposición es presentar lo que estamos haciendo, cuál ha sido nuestro recorrido y cuál es la preocupación que hoy tiene la Federación respecto de las propuestas asistenciales que estamos y venimos brindando hace muchos años, hace más de 20 años.

Como ya dije, FONGA es mucho más que las comunidades terapéuticas, pero es también importante señalar que nuestro movimiento de instituciones está muy impregnado por la historia de la comunidad terapéutica y el desarrollo que hemos tenido en este campo, en estos años. Algunos hitos de este desarrollo nos permiten pensar en cuatro momentos.

Los pioneros

Cuando nos referimos a las primeras organizaciones, no podemos dejar de remitirnos a Carlos Novelli, quien fundó el Programa Andrés alrededor de los 70. Fue un gran visionario de lo que, de alguna manera, estaba necesitando una gran parte de la población, entendiendo que en esa época la única propuesta asistencial que existía desde el Estado era el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO). Y sobre el CENARESO hay una cosa muy particular, que por lo menos a mí siempre me llamó la atención, y que tiene que ver con la ubicación geográfica que tiene, cercano al Hospital Neuropsiquiátrico Borda; y antes también estaba la cárcel de Caseros y en el medio el CENARESO. Esa cuestión geográfica fue un poco impactante: entre la locura y la delincuencia, los toxicómanos. Entonces, a partir de eso apareció otra propuesta, la propuesta de personas como Carlos Novelli que es quien aglutina esta cuestión alternativa que fueron, en su momento, las comunidades de vida, y en el sur de la provincia de Buenos Aires, el Centro Juvenil Esperanza, que nació bajo la batuta de Carlos Sánchez. La comunidad de vida era un tipo de propuesta que tenía que ver con la convivencia y que generalmente estaba sostenida por una propuesta confesional. El eje de la propuesta era una conversión de tipo confesional acompañada por un cambio en el estilo de vida, más conectada con lo comunitario y con prácticas de laborterapia y de autogestión. Quedó registrado en todos nosotros el tema de “la granja”, quedó esa imagen de “la comunidad”. Esta etapa se basó fundamentalmente en estos líderes carismáticos muy fuertes que impulsaron estas organizaciones en la génesis de todos nuestros movimientos.

De la comunidad de vida a la comunidad terapéutica

Un cambio muy importante fue el paso de la comunidad de vida a la comunidad terapéutica. Y ahí comencé, por lo menos yo, a vivenciar todo esto, esta transformación. A mediados de los 80, algunos de estos líderes, como Carlos y otra gente que estaba cercana a él, empezaron a caminar un poco, a visitar en el mundo algunas propuestas asistenciales. Y se encontraron con dos experiencias, *Daytop Village* en Estados Unidos y el *Progetto Uomo* del Centro Italiano de Solidaridad (CeIS) en Italia, que tenían un funcionamiento bastante impactante para lo que era la visión de estos pioneros y, de alguna manera, vinieron muy entusiasmados con llevar adelante una transformación en estas comunidades de vida.

Las comunidades de vida inicialmente no tenían objetivos de externación, ni de rehabilitación, ni de transformación terapéutica. Simplemente, tenían un objetivo de contención entendiendo que una persona que usaba drogas tenía un problema espiritual, lo cual estaba muy en las antípodas de la visión que se tenía desde el Estado. Y ese problema espiritual se podía atender a partir de esta

comunidad de vida confesional y de esta transformación al cristianismo. Entonces, la recuperación era por conversión al cristianismo. A partir de la comunidad terapéutica cambia este paradigma y la recuperación se da mediante un proceso terapéutico y se comienza a pensar en la reinserción social. Estamos hablando, cronológicamente, de 1985 o 1986, más o menos en estos años fue cuando el Programa Andrés, el Centro Juvenil Esperanza y Viaje de Vuelta, tuvieron contacto con el mundo de las comunidades terapéuticas.

La Escuela de Formación del CeIS

El modelo que los italianos inicialmente habían implementado fue el de *Daytop Village*. En Italia, con una búsqueda similar a la que se daba en Argentina, grupos de la Iglesia Católica recogían, contenían y tenían este tipo de comunidades de vida en Roma. Comprendieron que necesitaban darle una forma y llevaron gente de *Daytop* a Roma para transformar estas comunidades en un programa terapéutico. En esa transformación, los italianos imprimieron el sello latino a un modelo muy conductista, incorporando el trabajo con las familias. Entonces esto es lo que nosotros nos encontramos cuando fuimos a aprender este modelo.

Y acá viene algo que para mí marca una instancia muy importante en nuestro desarrollo como organizaciones, que fue la firma, en 1987, de un convenio de cooperación internacional entre Naciones Unidas, el gobierno argentino y el CeIS de Roma para la capacitación de recursos humanos. El convenio incluía la formación de recursos humanos argentinos en la *Scuola de Formazione* del CeIS en Roma. En aquel momento se eligieron quince personas, directores de organizaciones, operadores y profesionales que estaban actuando en distintas instituciones, para capacitarse en Italia sobre el tema de comunidades terapéuticas. Y ahí tuve la suerte de participar de esa primera excursión de quince personas, así que estuve en un momento justo, en el lugar indicado, y me fui para Roma junto con otros amigos. En 1988 hicimos el curso de seis meses. Esta fue una instancia muy importante para nosotros, porque además de haber hecho una capacitación muy rigurosa, con una carga teórica muy fuerte y un muy buen nivel académico, estuvimos en una especie de lugar convivencial e hicimos pasantías laborales. La experiencia después se hizo con quince personas más y este grupo generó acá, en la Argentina, una escuela de formación en San Miguel por la cual pasaron alrededor de 500 personas de todo el país haciendo una experiencia bastante similar, con una intensidad muy grande en la formación de los recursos desde el punto de vista teórico y haciendo prácticas en todas las instituciones, que ya eran unas cuantas más para ese entonces.

A partir de esa experiencia de formación que se trajo de Italia y de la formación local se crearon muchas organizaciones, y muchas de las instituciones existentes recibieron un respaldo técnico y metodológico muy fuerte. Esto se

realizó entre 1989 y 1991. Ahí aparece por primera vez la SEDRONAR como área de gobierno y también intervino en este proyecto.

Este sería otro punto del desarrollo de nuestras organizaciones y con el siguiente agregado del modelo argentino de comunidades: los italianos le agregaron la impronta de la familia al modelo de *Daytop*, y nosotros, podemos decir que le agregamos la impronta de los psicoanalistas argentinos. Acá tengo que hacer un reconocimiento muy grande a la gente, a los profesionales y a los psicólogos que participaron de esta transformación; porque en esa época, calculo que ya no, era muy difícil como psicólogo integrarse en un centro como este, en una comunidad, ya que tenían más o menos el rechazo de los adictos en tratamiento, de los operadores y de los propios colegas que veían de mala manera este tipo de acercamiento. Entonces, digo que aquellos profesionales que dieron el puntapié y se metieron en nuestras organizaciones han tenido una importancia muy grande.

Una de las cosas que es digna de destacar es que en Italia, por ejemplo, los psicólogos, los médicos y todos los que se acercaban como profesionales, cumplían el mismo rol que cualquier operador, o sea, se les daba el mismo estatus, más allá de la formación con la cual venían, era el modelo que se llevaba adelante. Nosotros hicimos en esto algo diferente porque la idiosincrasia nuestra no hubiese permitido que un psicólogo que se arrimaba a trabajar a una comunidad lo pusieran, por ejemplo, a organizar el tiempo libre del sábado; aunque no estaría mal que lo haga. Pero el psicólogo hizo su aporte en donde lo tenía que hacer, que es en la comprensión de los procesos terapéuticos y en la atención individual, y en todo lo que empezó a impregnarse en nuestra forma de transformar esa receta que anduvo circulando por el mundo. Ese sería el otro hito que está en los 90, más o menos.

La inclusión de las comunidades terapéuticas en el Sistema de Salud

La Ley 24.455, que se dictó en febrero de 1995, en su artículo 1 indica: “Todas las Obras Sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley 23.660, recipendarias del fondo de redistribución de la Ley 23.661, deberán incorporar como prestaciones obligatorias: a) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y los que padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y/o las enfermedades intercurrentes; b) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes; c) La cobertura para los programas de prevención del sida y la drogadicción”.

Esta ley implicó otra transformación muy grande para las comunidades terapéuticas, otro cimbronazo, otra mirada sobre nuestra práctica. El ingresar al Sistema de Salud nos obligó, nos impulsó a generar algunos cambios im-

portantes, los cuales nos dieron un poquito de miedo, como de perder aquella impronta renovadora, refrescante. Se planteó una situación paradójica. Nosotros habíamos nacido como alternativa al modelo médico tradicional, porque ese tipo de respuesta no era la que nosotros entendíamos adecuada. Entonces, la ley significaba entrar al sistema cuando de alguna manera habíamos ido por afuera. Nos pasó como a los jeans, que antes eran un signo de libertad y de antisistema y después se transformaron en algo común.

Pero hoy, a diez años de esta experiencia de haber entrado al Sistema de Salud, de haber tenido que sí o sí tener un director médico y tener todo el equipo profesionalizado, evaluo que esta obligación nos dio muchos beneficios en lo que se refiere a la calidad y la solidez de las propuestas asistenciales. Porque el ingresar al Sistema de Salud también nos sacó de la cuestión de ONG sin fines de lucro, voluntariedad y corazón, y vamos para adelante. Si bien pretendemos seguir teniendo todo eso y conservarlo como esencial en nuestro desarrollo institucional, de alguna manera la ley también nos metió en otro plano, como decía antes, en el plano de la solidez de las prestaciones y de las propuestas que estamos desarrollando.

Hoy, todas las comunidades terapéuticas en Argentina cuentan con equipos interdisciplinarios, médicos, psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, psicólogos sociales, sociólogos y, por supuesto, operadores, que son desde siempre el eje de las propuestas. Muchas de ellas cuentan con programas de media, corta y larga duración según los requerimientos. Esto es algo que no quiero dejar de mencionar; se han diversificado las distintas propuestas. Desde hace muchos años hemos erradicado la idea de que una persona con problemas de drogas tiene que internarse para hacer una rehabilitación; eso, en los años 90 dejamos de pensarlo. Por supuesto, hay matices entre quienes apoyan más algún tipo de intervención o apoyan menos otro tipo de intervenciones, pero desde lo que es el movimiento de instituciones, desde lo que es FONGA, la diversificación de propuestas está presente desde hace mucho tiempo. Hoy, hay mucha variedad de programas adaptados a diferentes perfiles de usuarios: niños y adolescentes, adultos, mujeres. Se han comenzado a desarrollar programas de investigación y formación de recursos humanos. Pero siempre hay algunas instancias que requieren de nuestro mayor compromiso y de nuestra mayor preocupación. Hoy esa instancia es el tema de la minoridad, el tema de los menores en situación de riesgo. Nosotros nunca quisimos hablar de la sustancia, siempre hablamos de las personas y de las problemáticas de las personas que pueden desarrollar una adicción, pueden tener crisis o situaciones críticas. Pero hoy hay que hablar de una sustancia que es devastadora. Si bien nuestra posición siempre fue que el problema son las personas, no las sustancias, hoy tenemos que decir que la pasta base avanzó y hay que tenerla en cuenta también como sustancia. Entonces, digo que una de las cosas en las cuales estamos muy preocupados y tratando de desarrollar programas acordes, es en el tema de menores en situación de riesgo y el consumo de paco.

Aportes para una nueva política de drogas

Hacia el futuro, el desafío es la permanente búsqueda de nuevas respuestas frente a los complejos problemas que enfrentamos y la certificación de calidad de los programas que brindamos en nuestras comunidades terapéuticas.

Buenos Aires, 28 de agosto de 2007.

Intervención militante y movilización comunitaria

Alexis Medina

Licenciado en Trabajo Social por la Universidad Nacional de La Matanza. Se especializó en temas relacionados con la juventud, sobre todo con respecto a la salud y a la protección de sus derechos fundamentales. Trabaja en el proyecto de acompañamiento familiar de la Asociación Civil El Coihue. Es miembro activo de la Asamblea Permanente de Derechos Humanos de La Matanza y participa del Foro por los Derechos de la Niñez y la Adolescencia de la provincia de Buenos Aires.

La idea es poder discutir sobre un modelo de intervención que tiene que ver con lo comunitario, y que es un aporte hacia la reducción de daños. Muchas veces cuesta bastante pensar en un modelo, cuesta ponerse a discutir estas cuestiones que nos involucran a todos y que tienen que ver con todos. Un pibe que está fumando nos involucra a todos, tanto a nivel Estado como comunitario, a nivel vecino, pero sobre todo a nivel humano; y tiene que ver directamente con un sistema perverso de persecución hacia estos pibes; esto es sistemático, no es algo casual. Es una cuestión que plantea, de alguna manera, que los pibes son los culpables de todas las situaciones violentas y aberrantes que vivimos como sociedad.

El tema es que quienes producen estas cuestiones no se hacen cargo y uno, que por ahí transitó y anda por un montón de lugares, empieza a darse cuenta; porque, también, si uno no toma conciencia y no se da cuenta de lo que está pasando no puede hacer nunca nada. Y en eso tienen que ver mucho los medios de comunicación, que directamente hacen y plantean el estigma de ese pibe o piba, o de esa familia, o de ese barrio. Hay barrios que están absolutamente marginados y son zona roja o zona peligrosa, ¡Uy, zona roja y peligro! ¡Pero porque no tienen para comer! Esto es lo que tenemos que empezar a plantearnos, esa situación de vacío y de un espacio donde no hay espacios. Se muestra claramente a través de los pibes que llenan el vacío con el uso de sustancias, sea alcohol, sea paco, sea lo que sea, ese espacio está reclamando algo de nosotros. Nos está directamente pegando en la cara. La realidad nos está diciendo que tenemos que pensar un modelo distinto, pero no sólo de intervención profesional, sino un modelo de intervención militante. Militante en el sentido de intentar plantear y modificar algunas cuestiones que tie-

nen que ver con nuestra sociedad. Este sistema en el que vivimos genera estas situaciones, y si no podemos entender esto vamos a estar pifiando y siempre le vamos a estar dando aspirinas al cáncer. Vamos a tener que ponernos a pensar como profesionales y como ciudadanos en esto.

Nosotros trabajamos con un montón de compañeros y gente que trabaja en los barrios. Tenemos que empezar a revalorizar las cuestiones que tienen los barrios, los aprendizajes que podemos hacer son impresionantes, y no sólo quedarnos con una cuestión pseudointelectual progresista que no va para ningún lugar. Tenemos que empezar a movilizarnos. Pero no movilizarnos en el sentido de ir con una marcha, movilizarnos en el sentido del pensamiento, y el pensamiento genera acciones. Nosotros somos los protagonistas de esas acciones y tenemos que empezar a pensarlo, y empezar a actuar y discutirlo en todos los espacios donde estemos.

Muchas veces nos van a decir “vos estás planteando un socialismo”. Sí, yo estoy planteando un socialismo ¿Y, cuál es? ¿Cuál es el problema? Tenemos que pensar un modelo humanitario donde la gente sea igual, donde todos tengamos derechos, donde el pibe pueda progresar, donde el pibe pueda pensar en si quiere ser músico, ser artista, ser un intelectual, ser un jugador de fútbol, o lo que quiera.

Me parece que la reducción de daños tiene mucho que ver con todo esto, en el sentido de plantear el crecimiento y plantear cuestiones que van paso a paso con quien uno acompaña, y no estigmatiza. Dice, “circunstancialmente vos estás pasando por una situación de consumo, pero ¿quién carajo no consume cosas en este sistema?” Todos consumimos y cada uno tiene un escalafón de consumo, hay consumos de primera y consumos de segunda, de tercera y de cuarta también. Y, además, está diciendo que ya no somos un país de paso, somos un país donde se está preparando y dónde se está haciendo negocio, y el negocio se está haciendo con la vida de nuestros pibes; ahí es donde tenemos que pensar intervenciones y acciones, y vincularnos, como organizaciones sociales, con el Estado y con las demás organizaciones. No puede ser que nos estemos mirando de costado, “Uy, mirá aquel tiene pelo largo, o aquel tiene tal cosa, o aquel tiene...”. Creo que tenemos que empezar a integrarnos y pensar que la singularidad de cada uno de los pibes con los que estamos laburando va a tener distintos procesos y tenemos que estar abiertos a eso y no en un sólo proceso o sólo un camino de salida. Hay muchos. Y, sobre todo, tienen que ser colectivos y pensados entre todos.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

Construyendo entre todos una alternativa de respuesta. La experiencia de la Consejería “Mézclate Conmigo”

Alicia Salman

Licenciada en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña como trabajadora social en la Consejería “Salud, VIH y Drogas. Mézclate Conmigo”, del Hospital Luisa C. de Gandulfo, y en la Subsecretaría de Abordaje Territorial, del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Fue coordinadora de promotores de salud comunitaria y trabajadora social del área de Salud Pública y Desarrollo Social de la Municipalidad de Lomas de Zamora y operadora técnica del programa de reducción de daños de la Asociación Intercambios.

Trataré de transmitir una experiencia construida día a día con usuarios, profesionales de la salud y referentes territoriales, en una práctica que se propone aportar a procesos de participación, organización, autonomía y defensa de los derechos humanos. En Argentina, se aplican básicamente dos modelos en el tratamiento de drogas: la abstinencia y la reducción de daños; hoy tenemos la posibilidad de revisar leyes que, lejos de resolver el problema, lo han abordado reforzando imaginarios sociales hacia los usuarios que han sido deshabilitantes y fuente de mayor marginación. La historia nos está dando la oportunidad de comprender el problema de las drogas ampliando puntos de vista, conteniendo, reconociendo dispositivos amigables, flexibles y con estrategias de reducción de riesgos. Porque, si no, ¿qué va a pasar?, ¿vamos a seguir criminalizando, medicalizando?

Nuestro proyecto en Lomas de Zamora se enmarca en otra lógica de atención, estamos encontrándonos; porque se trata de un encuentro entre usuarios, promotores y profesionales, para inscribir otras prácticas en una trabajosa interacción de todos. Los propios usuarios son quienes nos hablan de sus problemas con los usos de drogas, describen por qué conocen acerca de los daños a su salud y dan cuenta de sus trayectorias por diferentes instituciones, de la indiferencia, del aislamiento y la discriminación en contextos de pobreza e indigencia.

En el lugar, en nuestra tarea entre los jóvenes, se ha generado un diálogo donde circulan información y percepciones, que nos han invitado a descubrir posibles formas de cuidado, de prevención y protección, así como de relativo control de la sustancia. Reconocemos que todas las acciones que se planificaron y se llevaron adelante fueron posibles porque, primero, hubo usuarios jóvenes con capacidad de plantear alternativas, y porque pudimos, como equipo, tomar esas posibilidades de cambio. Nos pudimos escuchar mutuamente. En este sentido y con estas ideas principales es que pudimos definir dos líneas de acción: el trabajo en la calle y la Consejería desde el espacio público en el Hospital Gandulfo, como dos ámbitos de intervención.

En la calle establecemos los contactos con los jóvenes, con los referentes, para el desarrollo estable de acciones que promuevan el sexo más seguro, el uso de preservativos, la entrega de material preventivo, talleres programados considerando los contextos, los momentos, las paradas, la esquina; porque eso lo tenemos que evaluar en el trabajo concreto. Estas presencias se sostienen con una frecuencia semanal, con días y horarios que tratamos todos de cumplir, pero hay contextos en el territorio que a veces rompen cierta continuidad.

Desde hace más de un año transitamos los barrios de Fiorito, San José, Santa Marta y Lamadrid, con rutinas callejeras de relativa continuidad, porque es indispensable que nos ubiquemos en la geografía del barrio que atraviesa situaciones de violencia entre jóvenes y operativos policiales de control, con episodios de muerte de jóvenes que dejan aún más frágiles y en desamparo a los que viven allí. Desde las prácticas de encuentro con jóvenes y adultos se realiza, entre otras cosas, el ofrecimiento de un testeo en la calle para la detección temprana de VIH, hepatitis B, C y sífilis. Los estudios se realizan en un lugar donde haya un referente confiable, una organización de la comunidad o la casa de algún joven amigo que invita a otros y otras para concretar un momento de cuidado de la salud.

El momento de cuidado ocurre a veces con el intercambio de información sobre los daños por el uso de algunas sustancias –los chicos preguntan sobre la pasta base– pero también este intercambio significa desalentar prácticas conocidas que han dañado los vínculos y la llegada al sistema público de salud. Los jóvenes nos describen ese alejamiento de los servicios de salud locales como falta de respuesta general en la atención; el maltrato es más notorio cuando se trata de un joven que usa drogas o vive con VIH. Tengamos en cuenta, también, que se trata de Lomas de Zamora, donde el sistema de salud municipal ha sufrido un deterioro importante, producto de sucesivas gestiones que no priorizaron el presupuesto ni las políticas de salud para los sectores más desprotegidos.

Ante esta realidad, la consejería del Hospital Gandulfo, provincial, comenzó a ofrecer y realizar pruebas de VIH en el territorio. Los adolescentes participaron de un momento de salud, invitaron boca a boca a sus pares a talleres donde hablaron de lo que pasaba en el barrio con el tema. A través de los talleres se armó un espacio para pensar y situar al sujeto en el contexto de la prueba de VIH, re-

conociendo los sentimientos previos, los vínculos personales, grupales, el apoyo efectivo de los vínculos más significativos y la naturalización del riesgo.

La experiencia dio vueltas y sigue dando vueltas entre pares; ellos fueron contenedores respetuosos de la confidencialidad del consentimiento y proveedores de ayuda mutua en la entrega de los resultados. Los chicos y las chicas entrevistados que se realizaron pruebas nos refieren su soledad cuando hablan de VIH o drogas ante sus padres y familiares, y rescatan a sus pares y a referentes personales como confiables. Esto se repitió en la mayoría de los relatos de los jóvenes.

Toda esta situación generada entre pares creó, a nuestro entender, el mejor de los escenarios de intervención en el territorio, porque además incorporó a adolescentes de 14, 16, 17 años a participar del estudio. Esta demanda concreta nos ubicó en otro momento del trabajo, porque los adolescentes eran quienes, desde una plena actitud de salud y cuidado, nos exponían a todos sus necesidades. Inicialmente, en el hospital hubo resistencia y desconocimiento. Hoy, esta realidad se instaló, porque se dio un proceso en el cual el propio sistema de salud se asombró de sus posibilidades, abrió sus puertas y se cuestionó límites. Se inició un trabajo que incluyó encuentros de formación y discusión donde se problematizaron paradigmas, realidades locales y, particularmente, se trató de incluir a la población muy joven en las prácticas de cuidado. Nos acompañaron excelentes profesionales del derecho, participaron los directores del hospital, de enfermería, maternidad, infectología, laboratorio y los integrantes de la consejería. Fue trabajoso poder salir con el equipo del hospital, con las enfermeras, a los lugares pactados, hacer las extracciones, hacer la consejería, volver al hospital, entregar las muestras; fue todo un cambio en la dinámica hospitalaria.

Desde la consejería, como segunda línea de acción, está planteado mejorar la accesibilidad al hospital de todas las personas que sabemos que no llegan y esperamos puedan hacerlo si lo necesitan. La Consejería funciona semanalmente por la tarde y se propone, a manera de puente entre el territorio y el hospital, realizar vínculos intersectoriales, en particular con otros servicios del hospital y con otras organizaciones sociales.

Este proyecto encontró muchas posibilidades de avanzar dentro del hospital. Aquí queremos hacer referencia a la firme convicción del subdirector general y al departamento de enfermería, en promover y acompañar la iniciativa. En este momento seguimos contactando más usuarios en la calle y trabajando para reforzar lo alcanzado. Creemos posible el desarrollo de actividades preventivas en VIH y en reducción de daños en Lomas de Zamora, porque hasta ahora lo estamos transitando, con avances, con entusiasmo, con responsabilidad social y con el deseo de seguir mezclándonos en el territorio, con posibilidades y limitaciones para diseñar programas, investigar y producir avances dignos para todos. Resulta alentador que aparezcan nuevos planteos del Estado Nacional en relación a la temática y es nuestra tarea profundizar esta oportunidad de cambio, una puerta al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios, con una política clara que incorpore estrategias de reducción de daños.

Aportes para una nueva política de drogas

Para terminar quería agradecer a los jóvenes de los barrios, que nos esperan y nos reciben; a los directores, a los doctores Oviedo y Donato, a la doctora Malchiodi y al doctor Palacios; a la jefa del servicio de enfermería, licenciada Barragán, a los profesionales del hospital y al doctor Maglio; y a Claudia, Sebastián, Paola, Matías, Cristina, Emiliano, Guada, Pablo, Blas, Manu, Rita y muchos más.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

La experiencia de trabajo del Centro de Día “La Otra Base de Encuentro”

Eduardo Bogliano

Trabajador Social por la Universidad de Buenos Aires en 1992. Su actividad se desarrolla fundamentalmente en el área de Salud y Niñez. Tiene formación específica en Atención Primaria de la Salud por haber cursado la residencia de Trabajo Social en el Área Programática del Hospital Piñero. Asimismo, realizó una capacitación como operador de comunidad terapéutica en el Consejo Nacional del Menor y la Familia. Desempeña tareas en el Centro de Día “La Otra Base de Encuentro” y en el Centro de Salud Nº 40, ambos del Bajo Flores, del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Es miembro del equipo de supervisión del Proyecto Hogares Don Bosco para niños en situación de calle.

En esta exposición quiero presentar el dispositivo en el que estoy trabajando. Es una modalidad de abordaje que hemos ido encontrando en el territorio con respecto a la situación de consumo de sustancias psicoactivas en un barrio en particular. El Centro de Día “La Otra Base de Encuentro” es una experiencia que surge en la zona del Bajo Flores; estamos ubicados en el Barrio Rivadavia 1, limita con nosotros el Barrio Rivadavia 2, la Villa 1-11-14, el Barrio Illia y el Illia 2; es una zona de mucha marginalidad. La mayoría de las personas que estamos en el Centro llevamos bastante tiempo trabajando en la zona desde el sector salud. Desde esa experiencia, la temática de las adicciones se nos presentaba como algo que no tenía una respuesta desde el sistema. Entonces, a pedido de la comunidad y escuchando sus necesidades, con la intención de dar una respuesta, empezamos en 2006 a generar un dispositivo que permitiera un abordaje territorial al problema.

El Centro de Día cuenta hoy con varios dispositivos, trabajamos fundamentalmente con una idea de umbral mínimo de exigencias, es decir, no pedimos abstinencia previa al comienzo del tratamiento. Atendemos, por un lado, personas que vienen a pedir tratamiento; eso constituye el dispositivo asistencial. Para ellos, la forma de atención tiene que ver con talleres en el Centro y con tratamiento psicológico, si así lo desean. Tenemos otro dispositivo que tiene que ver específicamente con técnicas de reducción de riesgos y daños. Esto lo usamos para trabajar en el terreno con la gente que no se

acerca al Centro de Día. Por último, tenemos el área que llamamos de neoinserción social, con acciones orientadas a restablecer los vínculos y los lazos sociales que se han roto a partir de la situación de consumo.

La población que atendemos abarca personas de ambos sexos, fundamentalmente residentes en la zona del Hospital Piñero. Abordamos tratamientos a partir de los 12 años de edad, pero es verdad que en el territorio hay chicos mucho más pequeños que ya están consumiendo drogas. Es un desafío sin respuestas todavía, pensar cómo vamos a abordar el trabajo con ellos.

El Centro de Día extiende su influencia por la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Las características de la población comprendida en el área son de extrema pobreza, marginalidad y exclusión social. No es un detalle menor esto que estoy diciendo, sino que forma parte consustancial del problema del que estamos hablando. Forma parte del abordaje trabajar con aquella gente que se acerca a plantear el problema. No sólo recibimos a los usuarios de drogas, sino también a los familiares o alguna institución que plantea la situación de consumo de alguien vinculado a la misma. Paradójicamente, lo que nos pasa con el dispositivo asistencial es que en el barrio la gente que está consumiendo, y percibe esto como un problema, no quiere hacer tratamiento en el lugar por temor al estigma social. Al comienzo nosotros no creíamos que esto iba a ser así, entendíamos que el hecho de estar en el lugar facilitaría la accesibilidad. Como consecuencia de lo dicho tenemos mucha más gente en tratamiento que viene de zonas alejadas que del propio barrio.

La estrategia de intervención ligada a la reducción de riesgos y daños que usamos en el terreno, y los dispositivos de neoinserción social tienen que ver específicamente con nuestro origen. En un principio, el pedido de muchas instituciones y de mucha gente del barrio era encontrar una respuesta al tema de las adicciones. Apareció un fuerte lazo entre las instituciones del barrio que pedían algo al respecto otorgando visibilidad a la problemática. Nuestra institución empezó a trabajar en el edificio del Centro de Salud N° 19 a partir del traslado del mismo a un edificio más nuevo, más acorde a las necesidades de dicha institución.

Fue claro, desde el comienzo, que hacía falta interrelacionarnos con otras instituciones para poder hacer efectiva la respuesta. A partir de los pedidos de intervención en las escuelas, los comedores e instituciones del barrio, nos vinculamos y creamos una red y colaboramos en conjunto. Hoy, mucho de nuestro trabajo tiene que ver con realizar acciones en las instituciones que piden intervención por algún caso concreto. Con intentar juntos encontrar una respuesta, evitando volver a marginar, volver a estigmatizar y a separar, en la medida de lo posible, ya que después es más difícil reinsertar. Se busca mantener a la persona dentro del ámbito de socialización que ya posee. Cuando ya se encuentra muy marginalizado, cuando ha perdido todos sus vínculos familiares y sociales, intentamos volver a construirlos a partir del alojamiento en distintas instituciones. Esto lo trabajamos en cada situación

particular, acercándonos, asesorando, compartiendo el tiempo, buscando que las personas puedan circular por estos espacios nuevamente.

Quería ahora contarles con más detalle el acercamiento a la población que está directamente en situación de calle. Hay una vinculación entre los lugares donde se ubican estas personas y los centros de salud. Alrededor de los mismos hay mucha población viviendo en situación de calle. Comenzamos el acercamiento a estos lugares buscando tener un vínculo con aquellas personas que no tenían ingreso al sistema. Creamos entonces, un equipo móvil que se desplaza desde el Centro de Día a los escenarios de consumo, más específicamente a dos poblaciones, una que está cercana al Centro de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) N° 20 y otra cercana al CESAC N° 19. A partir de esto, otros centros de salud también están generando en el Bajo Flores intervenciones propias con población en situación de calle, como el CESAC N° 40. ¿Cuál es la idea con la que nos acercamos? El primer objetivo que tenemos es producir un vínculo; sabemos que no podemos producir nada si no tenemos una relación que produzca reconocimiento y confianza en la población. Empezamos el acercamiento buscando compartir en el escenario de consumo un rato de tiempo, las problemáticas que los atraviesan, cuáles son las situaciones por las que van pasando. Específicamente, lo que buscamos es tratar de aportar alguna noción de autocuidado que pueda reducir las situaciones de riesgo social y de salud vinculadas al consumo y a la estadía en la calle. Generar la posibilidad de que las personas en situación de calle puedan relacionarse con instituciones cercanas a la zona donde viven y facilitar el acceso al sistema de salud.

Quisiera mencionar algunas de las características de la población: ellos pasan la mayor parte del día en la calle, quizás cuentan con algún tipo de alojamiento en el barrio, pero no es usado regularmente. Es una población con alta vulnerabilidad biopsicosocial, potenciada por la segregación, y prevalece entre ellos el consumo de paco fumado asociado a alcohol y psicofármacos. Han transitado experiencias de exclusión de los efectores de salud o han padecido la oferta inapropiada de recursos sanitarios, agravada por la auto segregación. Son personas de ambos sexos, en general mayores de 25 años. Existe una circulación constante dentro del espacio local de sujetos residentes y no residentes en el barrio, y se da una grupalidad heterogénea sin líderes claros.

Entre las actividades que realizamos figura el proponer algunas mínimas nociones de cuidado, empezamos distribuyendo profilácticos. Al ver que hay complicaciones de salud muy concretas que requieren atención, como por ejemplo infecciones y llagas producto de las quemaduras por el uso de la pipa para consumo de pasta base, intentamos promover el acceso a los centros de salud. Esto requirió acordar con los mismos modalidades de atención específica. La gente debía ser atendida en el momento de llegar, sin esperar un turno, y requirió buscar un lugar donde pudieran higienizarse, ya que muchas

veces no se acercan porque están absolutamente sucios y les da vergüenza entrar a una institución de salud. Se hizo necesario el acompañamiento, el ir a buscarlos ya que a lo mejor había que hacer un tratamiento prolongado de varios días, acercarlos al centro, acompañarlos a la consulta. A partir de estas acciones se van dando intervenciones más complejas vinculadas a lo legal, a su situación propia de calle, se va gestando una confianza mutua y es posible acceder a otras problemáticas que se presentan. Una de las herramientas fundamentales del dispositivo es contar con una institución cercana a donde está la ranchada que pueda generar una referencia. Así, abrieron sus puertas la Iglesia María Madre del Pueblo y la Cooperativa de Producción y Aprendizaje (COOPA) de aprendizaje de oficios. Ellos debieron realizar un trabajo interno para cambiar la percepción de esta población. Tuvieron que dejar de percibirlos como el problema. Ya no son más aquellos que estaban en la puerta o en las intermediaciones y que por ahí generaban algún conflicto. Hubo que pensar en sumarlos de alguna manera para acortar la segregación y crear vínculos. Entonces, la Iglesia ofrece el comedor para que la gente pueda ir a comer, el COOPA nos brinda las meriendas para que cuando salimos a la calle podamos ofrecer algo y también nos han ayudado a limpiar y acondicionar el sitio de calle donde muchos paran. Cada institución ha ido aportando y comprometiéndose en este proceso que estamos intentando hacer de acercarnos a esta población y buscar un lazo de inclusión.

A partir de este trabajo, la última cuestión que quería dejar como reflexión es la idea que se nos fue formando: necesitamos contar con dispositivos flexibles y poder articular entre los disponibles. Una comunidad terapéutica puede servir en un determinado momento del proceso, pero necesitamos que la comunidad terapéutica pueda dejar entrar y dejar salir. Esta población necesita que los centros de salud abran sus puertas, que los hospitales abran sus puertas, que las escuelas abran sus puertas. No hay una modalidad única de respuesta para cada situación, sino que cada situación requiere un armado particular y un entramado definido para dar una respuesta efectiva. Específicamente, en el sistema de salud, que es donde estoy inserto y donde más veo las falencias, primero debemos apuntar a eliminar los prejuicios; segundo, capacitarnos para saber trabajar con la población que estamos contactando; tercero, contar con camas de desintoxicación en la Ciudad de Buenos Aires y, por último, integrar este trabajo a todo lo que se viene haciendo desde otros ámbitos.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

La comunidad terapéutica y los desafíos actuales

Fabián Chiosso

Psicólogo social por la Escuela Superior de Psicología Social Dr. Enrique Pichón-Riviére, sociólogo por la Universidad del Salvador y consejero internacional en abusos de sustancias certificado por la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas. Ha trabajado en el área de prevención y tratamiento de usuarios de drogas con diferentes ONGs en el Gran Buenos Aires, y es fundador y director general de la Asociación Civil Santa Clara de Asís. Desde 2007, es secretario de la Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas.

Me he formado, en primer lugar, como operador socioterapéutico y, luego, como sociólogo y psicólogo social, y trabajo en adicciones desde 1987. Gran parte de mi experiencia en este campo se ha desarrollado en el modelo de comunidad terapéutica. En los últimos años, junto a la gente con la que trabajo, hemos intentado reflexionar y conceptualizar todos los aprendizajes y las problemáticas que se nos han ido presentando en relación a la atención de niños y adolescentes con problemas relacionados con las drogas. Me parece importante señalar que, básicamente, voy a hacer referencia a la experiencia que desarrollo en mi institución, ya que no pretendo generalizar. Simplemente quiero compartir nuestras reflexiones sobre la situación actual del consumo de drogas y, particularmente, sobre el estado actual de los chicos que atendemos.

Nuestra institución recibe niños, adolescentes y jóvenes de hasta treinta años de edad, de ambos sexos, los cuales se incluyen en programas educativos y terapéuticos diferenciados. En lo que hace a niños y adolescentes, en general pertenecen a familias de sectores muy carenciados y además del consumo de drogas presentan otras graves problemáticas que están ligadas a sus condiciones de vida, y que muchas veces son más complejas y difíciles de abordar que el uso o el abuso de drogas. Para llegar al momento actual de nuestro trabajo recorrimos un camino bastante largo, que estuvo signado por situaciones que marcaron puntos de ruptura muy importantes. Sintéticamente, podemos señalar la emergencia del VIH, la inclusión creciente de mujeres en el programa de tratamiento y el desarrollo de programas para niños, niñas y adolescentes. En este proceso, que han recorrido muchas de las comunidades terapéuticas que conocemos, se da el pasaje del modelo clásico

de comunidad terapéutica para varones adultos a un modelo más complejo, que es el que requiere el abordaje del consumo de drogas en poblaciones marginadas y excluidas socialmente.

Luego de muchos años de trabajar con el modelo clásico, en 1996 fundamos la Comunidad Terapéutica Santa Clara, para incluir en nuestro programa de trabajo en adicciones la cuestión del VIH. Uno de los temas en que nos interesaba profundizar era el abordaje familiar de los jóvenes en tratamiento, ya que observábamos que a partir de que ellos recibían un diagnóstico positivo se empezaba a construir desde sus familias y su entorno un lugar de enfermedad, que muchas veces era más difícil de abordar y más peligroso para la salud de los jóvenes que la propia situación que imponía el VIH. Nuestro propósito era encontrar estrategias educativas y terapéuticas para intervenir sobre la familia y sobre el entorno mismo de los chicos, además de trabajar sobre el consumo de drogas. En el abordaje con mujeres, nos encontramos con una población fuertemente psiquiatrizada y estigmatizada. Por una parte, la mayoría de las mujeres que presentaban algún problema con el consumo de drogas o alcohol terminaba inevitablemente en un servicio psiquiátrico, con el uso de psicofármacos como única intervención terapéutica. Por otra parte, también pesaban sobre ellas los estigmas presentes en los patrones socioculturales que definen la relación entre géneros en la sociedad en general, agravados por su condición de adicta o alcohólica, y en la subcultura de la calle en particular.

Sin embargo, el año 2001 fue el punto que marcó un pasaje a una situación cualitativamente distinta de las etapas anteriores. El punto de diferenciación más importante está marcado por el hecho de que empezamos a tener una población básicamente caracterizada por la presencia de niños, niñas y adolescentes, y la aparición del consumo de pasta base.¹ Esta situación presentó desafíos nuevos y de gran complejidad para nuestra institución. Por ejemplo, en relación a la pasta base. Por un lado el uso de esta sustancia era una emergencia real: en poco tiempo el 80 % de los niños y adolescentes que consultaban o se incluían en el programa habían consumido pasta base; pero por otro lado, no sólo hubo que lidiar con esa situación, que es de por sí compleja, sino con todo el imaginario que se iba construyendo socialmente alrededor de la pasta base. Parecía, en aquel momento y también hoy en día, que todo el problema de las drogas se reducía a la pasta base. Incluso las dificultades que se presentaban en las intervenciones terapéuticas. Para muchos colegas, las características intrínsecas del paco hacían que los cuadros sean muy difíciles de tratar; explicaban, por ejemplo, muchos de los abandonos y fracasos de los tratamientos, y también las dificultades para acceder a ellos. Sin embargo,

¹ Aunque no solamente. En la gran mayoría de los casos, si bien la pasta base se transforma en una droga de uso habitual y privilegiado, otras sustancias, como la cocaína, la marihuana, los solventes y pegamentos, los psicofármacos, el alcohol o el tabaco, continúan teniendo una presencia muy importante en esta población.

estas apreciaciones contrastaban fuertemente con lo que observábamos en la comunidad terapéutica. Desde nuestro trabajo, quedaba cada vez más claro que gran parte de los fracasos en las intervenciones con niños o adolescentes consumidores de pasta base estaban dados por las grandes dificultades que encontrábamos para que la familia se involucre en el proceso terapéutico.²

La otra cosa que veíamos es que la enorme mayoría de los chicos que ingresaban a tratamiento estaban caracterizados por una situación de exclusión social. Es decir que la exclusión, no solamente la pobreza sino la exclusión social y la marginalidad, empieza a ser un factor fundamental a tener en cuenta en el abordaje del consumo de drogas y en el diseño de las estrategias, tanto terapéuticas como de las instituciones. Es muy difícil hacer un abordaje, una intervención adecuada, especialmente con niños, sin incluir la problemática que implica la exclusión social, las prácticas sociales que se constituyen desde allí y las representaciones que cada una de las personas trae consigo.

Una de las cosas más importante a definir en nuestro trabajo eran las características de los chicos que ingresaban, porque el pasaje del tratamiento con adultos al tratamiento con niños y niñas es un pasaje de tipo cualitativo. No es sólo un problema de edad o de perfil socioeconómico. Lo primero que queríamos entender es cómo estaba constituida esa problemática y cuál era la dinámica social que le daba forma. Nuestra decisión fue no analizar la cuestión desde el punto de vista terapéutico o psicoterapéutico clásico, sino desde una mirada más integral. Empezamos a evaluar qué problemáticas traían los chicos y lo primero que observamos fueron las edades que presentaban: a partir de 2001 empezaron a prevalecer en la admisión a nuestro programa los chicos de entre 16 y 18 años, y a medida que fue pasando el tiempo la edad empezó a descender de manera significativa. En la actualidad hemos recibido pedidos para incluir en nuestros programas a chiquitos de entre 8 y 10 años, que presentan graves problemas relacionados con el incipiente consumo de sustancias, aumentados por una total desprotección por parte de sus familias y del Estado.

En general, entendemos que los dispositivos que manejamos tienen límites muy precisos y que no se puede pretender abarcar todas las problemáticas, todos los chicos, todas las edades.³ Salvo ciertas excepciones, no trabajamos con chiquitos menores a 12 años, porque entendemos que nuestro dispositivo no tiene las herramientas adecuadas. Pero esta es la progresión en cuanto

² Sin dudas, este no era el único factor. Los problemas en la articulación del trabajo de la comunidad terapéutica con los distintos organismos estatales que intervenían en el proceso terapéutico de los niños y adolescentes era otro de los elementos que contribuían a dificultar las intervenciones, sumado a la inexperiencia de nuestro equipo ante una problemática familiar ante la cual debíamos replantear gran parte de las estrategias de trabajo que conocíamos.

³ Y que también debemos ser muy claros en cuanto a diferenciar aquellos casos que requieren de un período de internación de aquellos que deben resolverse con una intervención de otro tipo.

a las edades: hace 5 años era impensable tener internado en comunidad terapéutica a un chico de 12 años y hoy es habitual.

Por otra parte, todos tienen un inicio temprano en el consumo de drogas, que se sitúa entre los 8 y los 10 años. Esto implica que si un chico está en contacto con sustancias a los 8, 9 ó 10 años, podemos asumir que hace por lo menos 3 años que ya está en una fuerte situación de desprotección y desamparo, con lo cual cuando empieza a consumir lo hace en las peores condiciones personales posibles.

El 90 % proviene de situaciones de abandono temprano, que nosotros definimos como “abandono en presencia”. Qué quiere decir esto: ¿se acuerdan de la imagen del chiquito abandonado en una canasta en la puerta de una iglesia? De alguna manera a ese chico le quedaba claro que sus padres no querían saber nada de él y a partir de esa situación debía definir qué podía hacer con su vida y cómo hacerlo a través de los referentes que podía ir construyendo. Hoy, los chicos siguen conviviendo con su entorno familiar. Aunque este sea complejo, problemático, fragmentado e, incluso, ambiguo, ellos están en relación con algún adulto de su familia que se supone que está a su cargo. Sin embargo, funcionan de una manera paralela y alternativa a estos adultos. Es decir, no hay ninguna mirada adulta responsable que pueda organizar la experiencia vital de estos chicos de una manera saludable; por eso lo llamamos abandono en presencia. Estos chiquitos pueden volver a su casa tres días después de una “gira” o de haber corrido cualquier tipo de riesgo en la calle y nadie interviene en tal situación. En muchas oportunidades parece ser que lo único que genera una señal de alarma es la posibilidad cierta de que el niño o el joven sufra alguna agresión que ponga en riesgo su vida. Otro tipo de situaciones no parecen representar un riesgo a tener en cuenta.

En cuanto a la educación, todos los chicos que hemos recibido en los últimos años tienen su escolaridad incompleta. La escuela ha dejado de ser un espacio de contención y de inclusión social para estos chicos. Lo que observamos habitualmente es que la escuela y sus docentes no tienen las herramientas ni la formación profesional adecuadas, con lo cual la institución termina siendo expulsiva para estos chiquitos, que van fracasando sistemáticamente y quedando por fuera de todo posible acceso a la educación.

En cuanto a las niñas, en su mayoría han sido abusadas sexualmente y/o prostituidas, en muchos casos por sus familiares directos o cercanos. Muchas veces nos encontramos con la problemática de que la actual pareja de la mamá ha abusado de la nena y aun así la mamá quiere traer a la pareja a la comunidad terapéutica para que participe de la visita de los fines de semana. Cuando nosotros hacemos el planteo que esto se torna en una situación violenta e inmanejable para la nena, aparece una actitud de boicot al tratamiento. Generalmente la madre deja de venir a visitar a la chiquita, lo que constituye un determinante para que ésta abandone la experiencia terapéutica.

La mayoría de las nenas están expuestas al VIH porque han trabajado en el

campo de la prostitución, han vivido promiscuamente, han tenido muchas parejas y muchas veces han tenido parejas mucho más grandes que ellas. En estos casos, además de sostener prácticas sexuales de riesgo, son utilizadas en actividades delictivas debido, entre otras cosas, a que su edad las hace inimputables. Este tipo de situaciones también se da en muchos de los niños, quienes construyen en la calle referencias muy fuertes con jóvenes o adultos mayores, que son quienes los inician en el delito y luego los utilizan para someterlos. Cuando hablo de esta cuestión de los niños y el delito, no lo hago desde un punto de vista moralista, sino que planteo la brutal situación a la que se ven expuestos. Uno se pregunta cuántas barreras se tienen que romper para que, como muchas veces leemos en los diarios, un chiquito de 12, 13 ó 14 años ande por la calle con un revólver en su poder, dispuesto a utilizarlo. Cuestiones como estas son las que marcan puntos de ruptura definitivos con las etapas anteriores y las que nos señalan la urgente necesidad de replantear muchos de los esquemas, tanto institucionales como profesionales, con los que habitualmente trabajamos.

Por último, quiero señalar que la mayoría pertenece al casi 50 % de chicos menores de 14 años víctimas de la pobreza. Este dato para nosotros es central: la inmensa mayoría de los niños que consumen drogas son pobres. En los adolescentes la situación es distinta, ya que hay mayor pertenencia a sectores medios y altos. Pero en el caso de los niños, prácticamente la totalidad de los que presentan problemas relacionados con las drogas provienen de familias carenciadas y excluidas.

En todo este tiempo, el diseño de comunidad terapéutica se ha visto en la necesidad de realizar cambios profundos. Nosotros estamos privilegiando un abordaje que tiene que ver más con lo educativo y con la constitución, construcción y reconstrucción de habilidades sociales que les permitan a los chicos tener recursos para volver a incluirse en sus espacios sociales de pertenencia. La experiencia más clara que estamos desarrollando ahora es la escuela. Dentro de la comunidad terapéutica funciona una escuela formal, en la que apuntamos, por un lado, a la enseñanza de contenidos y a la equiparación del proceso educativo para que los chicos puedan estar en línea con sus futuros compañeros, y por otro, donde más hincapié hacemos es en el aprendizaje y desarrollo de las habilidades sociales que necesitan éstos para poder aprender a estar en la escuela sin transformarse en un “chico problema”. Más allá de que los chicos adquieran los contenidos educativos necesarios, si no tienen la estructura de funcionamiento social adecuada, esa escuela lo va a volver a marginar y nuevamente se quedará afuera, tanto de la escuela como de muchos otros ámbitos.

El otro gran eje del abordaje que proponemos es el de revincular a los chicos con sus familias o lo que queda de ellas. Generalmente son familias muy problemáticas, muy fragmentadas, que no tienen recursos personales ni grupales para poder sostener y contener a sus hijos. Muchas veces se hace

Aportes para una nueva política de drogas

necesario construir contextos alternativos que puedan acompañar el proceso dentro de la comunidad terapéutica y que los puedan contener una vez que salgan a la calle. La idea es que la comunidad terapéutica sea un lugar donde tengan que estar la menor cantidad de tiempo posible. Y que en el lapso en que permanecen internados se puedan revincular tanto con la escuela, como con su familia, o con alguien que haga las veces de su familia. El trabajo con niños y adolescentes requiere de una intervención muy compleja, donde todos los saberes y todos los esquemas profesionales que cada uno de nosotros trae, entran en crisis. Más allá de que hoy las discusiones sobre los modelos de abordaje en relación al problema de las drogas se plantean en términos de una fuerte confrontación, yo creo que tenemos que ponernos seriamente a pensar cómo hacemos para aceptar que debemos bajarnos de nuestras certezas y empezar a desarrollar espacios de reflexión más amplios. La gravedad de la situación actual exige poner en juego todos los recursos existentes: hay que trabajar desde dentro de la institución, hay que trabajar en el terreno, hay que trabajar con los chicos en la calle. Tenemos la obligación de ser todo lo creativos y amplios posibles en este terreno. Además, y para cerrar, creo que si no hay una política donde el Estado se comprometa en serio a discutir las estrategias actuales y futuras en este campo, y esa discusión incluya a las ONGs que estamos en el terreno cara a cara con el problema y lo conocemos, entonces vamos a seguir generando políticas que intelectualmente van a ser fantásticas pero que en la práctica van a seguir generando mayores niveles de exclusión para estos chicos.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

Intervención comunitaria en reducción de daños. La experiencia de trabajo de Intercambios

Julia Recchi

Licenciada en Trabajo Social por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Maestranda en Ciencias Sociales en el Instituto de Desarrollo Económico y Social y la Universidad Nacional de General Sarmiento. Hasta 2009 fue operadora técnica y supervisora de campo del Programa de Reducción de Daños “Locos de Avellaneda”, de Intercambios Asociación Civil, y trabajadora social de la Dirección Coordinación Sida del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cargos que desempeñaba al momento de la presentación. Actualmente integra el equipo de prevención en la Dirección Nacional de Sida del Ministerio de Salud de la Nación.

Cuando el Programa “Locos de Avellaneda”, de Intercambios Asociación Civil, comenzó a funcionar, en 1998, lo hizo en cierta coyuntura relacionada a los apoyos gubernamentales y aportes financieros, y cierta coyuntura epidemiológica en relación a la epidemia del VIH/sida. Fue uno de los primeros programas en implementar el intercambio de jeringas y la población con la que trabajábamos eran mayormente hombres adultos con muchos años en el consumo de sustancias, y donde la visión de la problemática era fácilmente encuadrable en una perspectiva de salud. Era la época en que trabajar con los daños asociados al uso de drogas conducía casi directamente a abordar la problemática del uso compartido de material de inyección y la epidemia del VIH/sida, y lo hicimos desde una concepción en que la intervención sobre el uso de drogas debía hacerse desde una perspectiva comunitaria, incluyendo además de la participación activa de los usuarios de drogas, a todos los actores que formaran parte del tejido social en que estos se encontraran.

Varios años han pasado desde esos comienzos y los escenarios de consumo, las modalidades de consumo y la población que el programa contacta fueron modificándose. También, en consecuencia, se han ampliado las estrategias de trabajo. El Programa “Locos de Avellaneda” pasó de ser el escenario exclusivo de nuestras intervenciones en reducción de daños a formar parte

de una estrategia que nos permitió generalizar alianzas de trabajo tanto con organismos públicos, como es el caso del Programa Municipal de Sida de San Martín o el Centro de Orientación Social de San Fernando, como con organizaciones no gubernamentales, como el caso del Centro Nueva Tierra, para promover que nuevos actores tomaran la propuesta de trabajo. Este proceso habilitó a que las mismas intervenciones se fueran recreando, construyéndose de manera particular en distintos municipios y organizaciones sociales. Nuestra intervención se basó y se basa en, por un lado, priorizar el contacto con los usuarios de drogas teniendo a la calle como el espacio privilegiado de la intervención, y apoyando el trabajo en las personas “puente”: vecinos, usuarios o ex usuarios de drogas que trazan un vínculo de confianza con los usuarios. Por otro lado, se intenta instalar servicios amigables en las cercanías de los territorios donde trabajamos o volver amigables servicios ya existentes. Parte de la problemática que se observa es la dificultad en vastos sectores de la población, y mucho más si se es joven y usuario de drogas, para acceder a los servicios de salud o para establecer vínculos con organizaciones e instituciones públicas que brinden servicios útiles para esta población.

En el caso de la experiencia de Avellaneda, se armaron consultorios para la atención de la demanda en drogas y VIH en las unidades sanitarias del sistema público de salud. Una línea de capacitación y supervisión del trabajo permite valorar el proceso y acompañarlo desde una mirada constante sobre el contexto microsocioal y el equipo de trabajo, y es una instancia para transferir herramientas de trabajo a promotores, vecinos y profesionales comprometidos o interesados en la temática. En este sentido, una de las características de nuestro trabajo es la flexibilidad y la adecuación de las estrategias de intervención a las necesidades de cada usuario y de cada escenario social, comprendiendo las diferentes situaciones por las cuales el uso de drogas se vuelve problemático y concibiendo que es diferente en cada situación. Por ejemplo, puede estar provocando problemas de salud, como problemas de relación con las fuerzas de seguridad o problemas con algún integrante del grupo familiar. La intervención marcada por la escucha y el acompañamiento a los usuarios de drogas y sus redes de relaciones implica la producción de conocimiento sobre los significados, las prácticas y valoraciones de los usuarios y su entorno. En este sentido, la cualidad de flexibilidad de los esquemas de intervención se revela como una posibilidad, debido a que se trata de seguir los cambios en los escenarios sociales y de intentar una mayor creatividad en las respuestas.

En los escenarios sociales actuales, la vulnerabilidad de los usuarios de drogas no sólo se refiere a una mayor exposición a la transmisión del VIH y las hepatitis, y a las consecuencias negativas del consumo sostenido, las sobredosis e intoxicación, sino que también se refiere a una combinación de riesgos que incluyen procesos de fuerte estigmatización y discriminación, violencia estructural y desvinculación de redes barriales, familiares y comunitarias. Esta desfavorable situación dificulta la vinculación de usuarios de drogas con

instituciones barriales, comunitarias y de salud, y especialmente los pone al margen de las políticas públicas preventivas, a las que, en la mayoría de los casos, se les asignan pocos recursos. De modo tal que trabajar en reducción de daños asociados al consumo de drogas no implica sólo modificar conductas que faciliten la transmisión del VIH y la hepatitis, sino también modificar las representaciones sociales estigmatizantes entre los actores que comparten un mismo escenario social.

La intervención comunitaria exige el reconocimiento de las redes sociales que nos preexisten, en ese sentido el programa identifica y se inserta en diferentes redes de relaciones personales, institucionales y comunitarias. La incorporación al equipo de operadores comunitarios que son usuarios o ex usuarios, o personas de la comunidad, permite la construcción y actualización del vínculo de confianza con los usuarios de drogas, lo que resulta fundamental para que el equipo sea valorado por la población usuaria del programa.

El presente del área de intervención de Intercambios se configura a través de dos lineamientos principales, el trabajo directo con usuarios y las redes sociales próximas en la localidad de Avellaneda, y el fortalecimiento y acompañamiento en temas relacionados con el uso de drogas a organizaciones de base en las localidades de Moreno y La Matanza. Tal como mencioné anteriormente, en el marco del primer lineamiento, Intercambios gestiona desde hace 10 años el programa “Locos de Avellaneda”. Se trata de una estrategia dirigida hacia los usuarios de drogas pero también hacia la comunidad en la que habitan, en tanto promueve el cambio de las respuestas sociales hacia el uso de drogas, que generalmente limitan la capacidad de los usuarios para integrarse a la vida social. El programa tiene anclaje en los barrios de Villa Tranquila y Villa Corina, del Partido de Avellaneda. Desde el otro lineamiento de intervención, desde junio de 2006 se desarrolla un programa de fortalecimiento de organizaciones de base para emprender acciones de reducción de daños en los partidos de Moreno y La Matanza.

Las acciones de ambas líneas de trabajo se caracterizan por privilegiar la calle como espacio de intervención, lo cual permite percibir al otro en lo cotidiano, considerando y valorizando este espacio como “su espacio”, sus trayectorias de circulación geográfica y relacional. Permite generar un diálogo en que la voz del otro aparece de una manera cercana, y aspiramos a que la nuestra también. Buscamos la coproducción de conocimiento y de confianza. La calle permite intervenir en lo que emerge como problemático en lo cotidiano: acercamos recursos preventivos de salud, como los preservativos, o folletos, y realizamos recomendaciones sobre cuidados de salud, derivaciones y acompañamiento para servicios de atención del usuario de drogas, servicios de salud en general, servicios sociales, etcétera.

La calle genera encuentros en los pasillos, en las esquinas, en las casas amigas. Por ejemplo, cuando en una ocasión abrimos el consultorio en la Unidad Sanitaria N° 4 de Villa Tranquila, comenzaron a acercarse en primer lugar

familiares de usuarios, que en general eran las madres, y empezamos a generar con ellas recorridos por el barrio y encuentros en sus casas. Muchas de ellas no se conocían entre sí, pero compartían las mismas preocupaciones y la misma problemática; se promovió que entre ellas se pudieran intercambiar estrategias, experiencias, informaciones y se establecieran vínculos.

Otra de las características del trabajo es crear puentes entre los usuarios y los servicios y recursos; “ser puente” es una función que es parte de nuestros objetivos, ya que promueve la accesibilidad a los servicios de salud y específicamente a los trabajadores de la salud más amigables, así como promueve la circulación de la información sobre los recursos entre los ámbitos donde están los usuarios de drogas. Otra de las características es la transferencia de herramientas para la reducción de daños; esta característica permite instrumentar a las personas y organizaciones de base, permite articular y enriquecer las experiencias de trabajo, y sumar actores para hacer un abordaje más humano del tema drogas. Las transferencias de herramientas se realizan respetando las redes sociales preexistentes en las comunidades, interactuando con las personas que usan drogas para que puedan modificar sus prácticas de riesgo.

Percibimos que son las organizaciones de base las que conforman la primera red de atención para las poblaciones que atraviesan situaciones de vulnerabilidad social. Nos surgen algunos interrogantes en torno a este tema, ya que el trabajo sostenido de las organizaciones de base no resuelve el problema y, sobre todo, no sustituye la responsabilidad de los profesionales y las instituciones dedicadas al tema. Otra cuestión que nos parece desafiante es la complejidad que expresan los escenarios actuales de uso de drogas y cómo esto interpela la creatividad en el abordaje, los límites y posibilidades en la intervención comunitaria. Otra cuestión a revisar es que nuestras intervenciones deben direccionarse en el sentido de aportar a reconstruir lazos del tejido social, y en relación al trabajo con usuarios de drogas jóvenes nos planteamos que éste interpela al mundo adulto, planteando como desafío la ampliación de referencias adultas que sostengan su crecimiento. Y, por último, quizás una cuestión que condensa toda la presentación es que en escenarios de vulnerabilidad social nuestra estrategia consiste en habilitar espacios de integración social, identificarlos, buscarlos y habilitarlos.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

Barreras de acceso a los servicios públicos de salud en la población usuaria de drogas. La perspectiva y las propuestas de los trabajadores de la salud

María Pía Pawlowicz

Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y magíster en Ciencias Sociales con mención en Salud de FLACSO-CEDES. Es integrante del equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil, docente de las carreras de Psicología, de Musicoterapia y de la Maestría de Psicología Social Comunitaria de la UBA e investigadora de la Facultad de Psicología de la misma casa de estudios. Es becaria de Fogarty International Training and Research project D43 TW001037-06 (Mount Sinai / New York State / Argentina HIV Prevention).

La relación de los usuarios de drogas (UD) y los servicios de salud pareciera ser, en principio, conflictiva. Los UD, especialmente los que viven en situaciones de exclusión social, relatan una serie de dificultades para acceder a los servicios de salud (Touzé, 2006).¹ Entre ellas se destacan las barreras culturales y la vigencia de concepciones, modelos de intervención y formas de organización por parte de los servicios de salud que no siempre serían los más adecuados a la cultura, las posibilidades y las necesidades de los UD (Pawlowicz, Rossi y Touzé, 2006). Estos problemas nos han llevado a interrogarnos por este vínculo y su complejidad. Al mismo tiempo, nos interesa resaltar la importancia del tema en la agenda política, teniendo en cuenta a los UD como sujetos de derechos, considerando especialmente el derecho al acceso a una atención de

¹ En un estudio cualitativo se entrevistó a 31 usuarios de pasta base de cocaína y crack en sectores pobres de la Ciudad de Buenos Aires. Pese a que casi la totalidad manifestó haber intentado varias veces suspender el consumo, sólo el 60 % había recurrido a algún tipo de tratamiento. Entre los que sí habían ingresado en tratamiento, en general se observó una visión crítica de éstos argumentando: la dificultad de sostener el requisito de abstinencia, las dificultades de las modalidades más rígidas de encierro, la percepción de un discurso ajeno que no reconoce las diferencias subjetivas, el ingreso compulsivo al tratamiento, las dificultades de la reinserción social luego de estar internados, y la distancia geográfica de su domicilio.

calidad, no estigmatizante, voluntaria y oportuna de sus problemas de salud. En esta presentación me referiré a los resultados obtenidos en el proyecto “Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud” (Rossi, Pawlowicz y Zunino Singh, 2007).² Primero desarrollaré algunos puntos de partida a nivel conceptual, que permiten comprender el marco desde el cual analizamos estos temas. Entendemos que los problemas de salud asociados al uso de drogas, sus diagnósticos y formas de atención/tratamiento están comprendidos como unidades dentro de un proceso social mayor de carácter estructural: histórico, político, económico e ideológico cultural. En ese sentido, la accesibilidad a los servicios de salud no es sólo el hecho de “llegar”, sino que se basa en una relación social entre los trabajadores de la salud y la población usuaria del sistema, en que las dimensiones culturales y subjetivas afectan a ambos polos de la relación.

Los UD tienen sus propias experiencias y representaciones sobre el consumo de sustancias. A su vez, hay que considerar que los UD son diversos y presentan una multiplicidad de situaciones según sea su posición de clase, de género, su edad y su vínculo con las drogas. Al mismo tiempo, en el otro polo de la relación están los trabajadores de la salud que atienden, diagnostican, derivan y prescriben no sólo a partir de su formación académica, que involucra componentes ideológicos y éticos, sino que también recrean representaciones sociales sobre el uso de drogas, sienten emociones específicas y trabajan en el marco de servicios que se encuentran en instituciones determinadas donde se plasman, de diferentes maneras, las políticas de salud.

No restringimos la accesibilidad al primer contacto con los servicios de salud, sino que nos interesa analizar el desarrollo de esta relación a través del tiempo. Con ese fin, diferenciamos dos etapas del proceso, una es la *accesibilidad inicial*, que es la llegada por primera vez a un servicio de salud, y otra es la *accesibilidad ampliada*, donde las complicaciones se potencian o cambian, porque tienen que ver con la continuidad y el seguimiento; es decir, las intervenciones desarrolladas a lo largo del tiempo.

El estudio: objetivos y metodología

El objetivo general del estudio fue analizar la accesibilidad de los UD a los efectores de salud del subsector público de la Ciudad Autónoma de Buenos

² Agradecemos a todos los trabajadores de la salud que brindaron su tiempo y sus puntos de vista para hacer posible este estudio, a los entrevistadores, a los colaboradores, al Comité Asesor y a la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, que prestó el apoyo financiero. El proyecto fue parte de las actividades de la tercera fase del proyecto regional sobre VIH/sida y uso de drogas en los países del Cono Sur “Fortalecimiento de los programas municipales de prevención del abuso de drogas y del VIH/sida en los países del Cono Sur” (RLA/04/H78-RLA/H82).

Aires y del Municipio de Rosario, provincia de Santa Fe. En esta ocasión, vamos a presentar los resultados de los datos de Buenos Aires. Es importante señalar que se partió de la descripción y análisis de las prácticas de atención y las representaciones sociales acerca del uso de drogas entre los trabajadores de la salud que atienden a esta población. Analizamos, por tanto, los relatos de los trabajadores de la salud.

Respecto de la metodología, utilizamos un cuestionario que combina preguntas abiertas y cerradas en una perspectiva que articula lo cuantitativo y lo cualitativo. En Buenos Aires se aplicó en 12 de los 13 hospitales generales de agudos. En Rosario incluimos también trabajadores de la salud de centros de salud y del Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias. El trabajo de campo comenzó en octubre de 2006 y terminó en diciembre del mismo año. Se tomaron los recaudos necesarios para respetar los principios éticos de voluntariedad, anonimato y confidencialidad. Se diseñó una muestra no probabilística. ¿Cómo fue la lógica para el muestreo? Los entrevistados fueron todos trabajadores de la salud involucrados en la atención a UD, fuesen o no especialistas en el tema. ¿Qué servicios incluimos? En cada uno de los 12 hospitales de Buenos Aires tomamos entrevistas en los servicios de Toxicología/Adicciones, Servicio Social, Infectología –por la relación del uso de drogas con la transmisión del VIH– y de Salud Mental; esto, considerando la denominación que tuviesen en cada hospital, ya que algunos tienen algún programa o subservicio y, en cambio, otros delegan la atención a algún integrante del servicio en particular. También incluimos las guardias de emergencia de los hospitales.

¿Qué profesiones incluimos? Psicología, Trabajo Social y, dentro de las especialidades médicas, Infectología, Clínica y Psiquiatría. Se trató de que hubiera representación de las distintas profesiones y servicios. Como criterio de inclusión buscamos que tuviesen por lo menos cinco años de graduados y fuesen personal de planta (o equivalente, considerando la estabilidad laboral). No incluimos residentes, porque tienen una serie de particularidades específicas por estar en un programa de formación.

Características de la muestra de Buenos Aires

Los trabajadores de la salud que fueron entrevistados en la Ciudad de Buenos Aires sumaron 84 y reunían características importantes de tener en cuenta al considerar los resultados del estudio:

- └ La media de edad era de 44 años.
- └ Tenían un promedio de 13 años trabajando en vinculación con UD y de 14 de antigüedad en el servicio.
- └ Tenían una media de 18 años de graduados. O sea, se trataba de profesionales con experiencia tanto en el subsistema público como en sus disciplinas y especialidades específicas.

¿Quiénes son los pacientes usuarios que llegan a estos servicios de los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires? Los trabajadores de la salud describieron a los UD que atendían en sus servicios como principalmente jóvenes y adultos, varones, y pertenecientes en su mayoría a sectores sociales bajos y medio-bajos. No estoy hablando de “datos duros”, sino de las representaciones de los profesionales. Un primer dato que nos pareció interesante fue conocer si los UD acudían a los servicios de salud acompañados por familiares o parejas. El 20 % dijo que iban acompañados, el 55 % dijo que esto sucedía a veces, y el 25 % dijo que iban solos. Es decir, que si sumamos las dos primeras respuestas observamos que los profesionales percibieron que un número importante de UD iba acompañado. Sin embargo, en contraposición, hubo poca referencia a intervenciones con las familias o parejas.

Otra pregunta que hicimos en el cuestionario fue: ¿los acompañantes de los pacientes UD saben o no que éstos usan drogas? El 72 % contestó que sí, el 24 % dijo que a veces y sólo el 4 % dijo que no. Muchos de los que dijeron que a veces, aclararon que por lo general se enteran o se terminan de anotar en el momento de la consulta. Nuevamente, estas respuestas hablan de la función y la participación en los actos de salud de las redes cercanas.

Resultados: problemas en el acceso a los servicios de salud

Quisiera presentarles los resultados en torno a dos ejes de análisis. Uno es el de las barreras de acceso que más se reiteran y que nos permite ver la multidimensionalidad del problema. Y el otro es el de las propuestas que hacen los trabajadores de la salud acerca de cómo mejorar el acceso.

Considerando las barreras para todos los pacientes en general, las que más nombraron fueron los problemas organizacionales (horarios, turnos, esperas), la burocracia y la falta de recursos materiales y humanos de los servicios de salud. Por parte de los pacientes, mencionaron la existencia de condiciones como la situación económica y la distancia geográfica como obstáculos importantes para la accesibilidad.

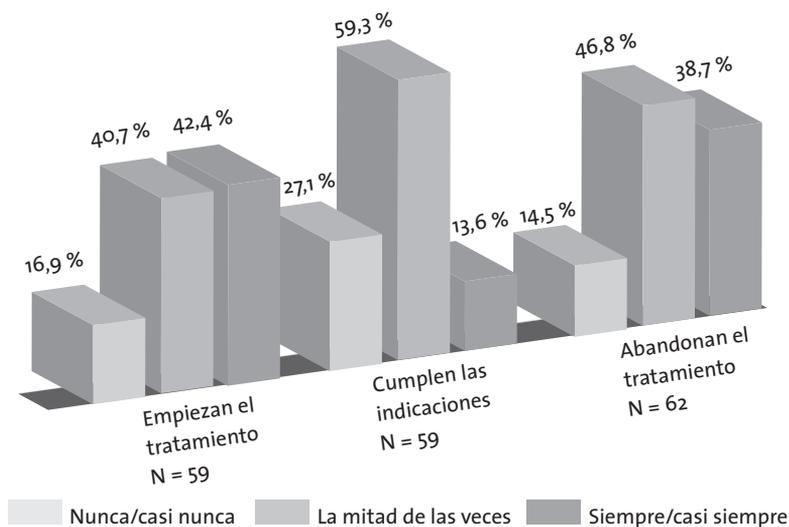
Como barreras de acceso cultural, se destacaron las referencias a las creencias y los valores de los sujetos y de los trabajadores sobre la salud y la enfermedad. Mencionaron que ciertas formas de entender la salud y la enfermedad en ambos polos de la relación son obstáculos para la calidad de la atención. Respecto de los UD específicamente, las respuestas fueron en relación a la accesibilidad ampliada, es decir, no sólo en relación a la primera consulta sino a la continuidad de los procesos de atención.

Preguntamos si los UD empezaban el tratamiento. En el gráfico *Problemas en la continuidad de tratamientos con los usuarios de drogas* podemos ver que el 16 % contestó que nunca o casi nunca comenzaban el tratamiento, el 40 % dijo que lo hacían la mitad de las veces y el 42% que siempre o casi siem-

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

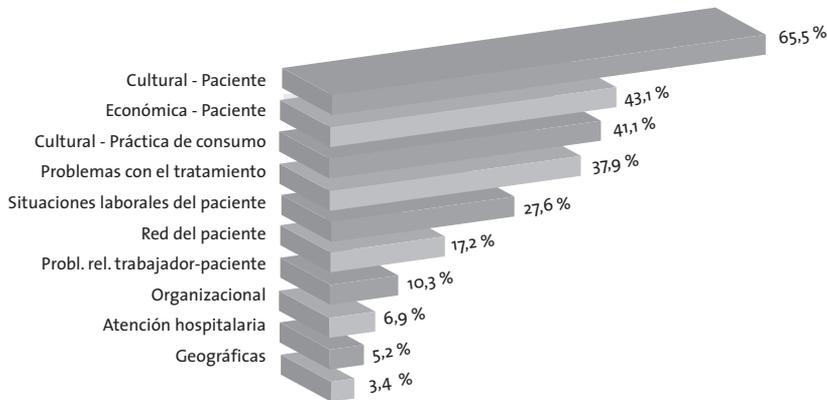
pre comenzaban el tratamiento. En el mismo gráfico podemos observar las percepciones de los profesionales acerca del cumplimiento de los UD de las indicaciones que reciben: el 27 % contestó que nunca o casi nunca lo cumplen, el 59 % que lo hacen la mitad de las veces y, en cambio, contestaron que siempre o casi siempre solamente el 13%. Este dato nos está hablando nuevamente de la comunicación, del vínculo, y remite a esa idea que se discute tanto en el campo de las infecciones como el VIH/sida de la adherencia o no, el cumplimiento o no de las prescripciones y toda la complejidad que ello apareja. En cuanto al abandono del tratamiento, el 14 % dijo que nunca o casi nunca los UD dejaban de asistir, el 46 % dijo que la mitad de las veces y el 38 % dijo que siempre o casi siempre. Si consideramos el 38 % y el 46 % de las respuestas pareciera que hay muchos que abandonan el tratamiento, lo cual muestra una circunstancia generalizada en cuanto a la dificultad de sostener la relación terapéutica de los UD con los trabajadores de los hospitales públicos entrevistados.

Problemas en la continuidad de tratamientos con los usuarios de drogas



¿Por qué motivos los UD interrumpen los tratamientos y las consultas pautadas? Los motivos que más se nombraron fueron los que tenían que ver con ciertas pautas, códigos culturales del paciente, en el 65 % de los casos. En el gráfico *Motivos de interrupción de tratamientos y consultas pautadas en UD* podemos observar la distribución de los diversos motivos.

Motivos de interrupción de tratamientos y consultas pautadas en UD



Algunas de las respuestas que ejemplifican cualitativamente los motivos que los trabajadores de la salud percibieron para que los pacientes UD abandonen el tratamiento y las consultas pautadas, fueron prototípicas: “se olvidan”, “no priorizan el tratamiento”, “se quedan dormidos”, insatisfacción porque esperan una “solución mágica”, o “se empiezan a ver bien y dejan de venir”. A nivel económico se mencionaron obstáculos como: falta de dinero para llegar del Gran Buenos Aires, problemas económicos y sociales, como el contexto cultural o la pobreza. Y hay toda otra serie de argumentos y de explicaciones frente a los problemas de acceso que fueron adjudicados al consumo de drogas. ¿Cuáles fueron? “que no viene porque está mal y está drogado”, “porque continúa consumiendo y deja de venir”, “porque se dio con todo”, “porque está consumiendo y le da vergüenza decirlo”. Otro grupo de motivos señalados fueron los que indicaron que los UD tenían problemas laborales, “consiguen trabajo y entonces no pueden venir”. Llama la atención que el trabajo se entiende como un problema para poder acceder, pero sería necesario –algunos trabajadores entrevistados lo piensan así– incluir estrategias para que tener trabajo no sea contradictorio con la continuidad del tratamiento. También nombraron situaciones de la vida cotidiana que implican alguna tarea en su hogar, como cuidar niños, en desmedro de la concurrencia al hospital.

Otros motivos estuvieron relacionados con el hospital y su organización: la espera previa a la consulta, los turnos a largo plazo y los horarios de la atención. Un conjunto de motivos estaban referidos a los tratamientos: “tienen poco enganche con el tratamiento”, “no quieren hacer tratamiento, no ven resultados inmediatos”; y otros eran barreras en la relación trabajador de la salud-paciente: “tienen temor a enfrentar al médico”, “vergüenza de decir que abandonó la medicación”.

Con el análisis cualitativo de las preguntas abiertas del cuestionario, se

identificaron algunas de las representaciones sociales que los trabajadores de la salud percibieron acerca de los UD. Refirieron a cierto modo de vida, relacionado con la no preocupación por la salud y el olvido de las citas pautadas. Además, haciendo un análisis de los discursos, se evidencia la atribución de las dificultades al sujeto y a su familia, más que a los obstáculos de acceso cultural, económico u organizacional relacionados a la fragmentación institucional y sectorial que fueron poco mencionados. Ambas cuestiones remiten a la concepción acerca de los problemas vinculados al consumo de drogas e implican un paradigma explicativo que está influyendo en las decisiones terapéuticas de los entrevistados.

Resultados: propuestas para mejorar la accesibilidad

El segundo eje de análisis de los resultados es sobre las propuestas que los trabajadores de la salud sugirieron para mejorar la accesibilidad. Las hubo de distinto nivel y sólo menciono las que fueron nombradas con más frecuencia.

Un primer grupo de propuestas se refirió a la necesidad de modificar la concepción de la atención, alejándose de las interpretaciones circunscritas al individuo y a su familia para acercarse a visiones que trabajen el tema en las redes de pares y los contextos de uso de drogas: “Sensibilización general hacia el tema más generalizada. Equipos que contengan” (trabajadora social, Servicio Social); “Hay que ir a los barrios, para eso está la atención primaria de salud. El adicto viene al hospital o cuando está muy mal o cuando hace un click. Hay que ir a los barrios, hacer centros de salud” (médica infectóloga, servicio de Infectología).

Otras propuestas son las intervenciones extrahospitalarias y la adecuación de los dispositivos: “Crear consultorios de tarde o los sábados. Tener más herramientas a disposición para poder responder en el instante en que el UD quiera demandar atención” (médico clínico, servicio de Guardia); “Que el hospital salga a la calle para prevenir, para informar [...]. Formar grupos de pares, redes. Gente especializada. Formar centros de día en el hospital y programar actividades (talleres, etcétera). Transformar el hospital para que sea más contenedor. Facilitar una mejor atención. Que los usuarios también salgan a buscar pares” (psicóloga, servicio de Salud Mental). Es interesante observar cómo se habla más del hospital saliendo y en menor medida de la articulación con el primer nivel de atención.

Un tercer grupo de propuestas refieren a la articulación entre los servicios de salud, y entre éstos y otros sectores: “Pienso que el acceso en Capital existe. Pero no hay internación breve” (médico clínico, servicio de Adicciones); “Cuando a veces el paciente viene y pide querer dejar de consumir, es ya la intervención y no tenés donde mandarlo o es muy difícil la derivación, como todo muy complicado” (psicólogo, servicio de Guardia). Las propuestas de articulación se relacionan con un problema que fue recurrentemente plan-

teado: la fragmentación del sistema de salud. Se planteó el problema de los altos niveles de fragmentación, no solo a nivel intersectorial, que sería de una mayor complejidad, sino entre equipos que se reunían muy poco para discutir entre ellos y que casi no disponían de tiempo para reflexionar sobre sus prácticas. Otro tema fue la necesidad de mejorar la articulación entre servicios de salud de un mismo hospital, que muchas veces desconocían lo que hacía otro servicio aunque trabajaran con las mismas problemáticas. Se mencionó cómo, a veces, en un mismo hospital se duplican intervenciones y hay problemas de derivación interna; pareciera difícil pensar al hospital como unidad porque es representado como una sumatoria de servicios más que como un conjunto articulado. Otro punto mencionado fue el de la relación con el subsector privado de la salud, remarcando la necesidad de regulación del Estado del subsector privado y los tratamientos de ese sector.

En cuarto término, un conjunto de respuestas aludió a la necesidad de incrementar la especialización y diferenciación de los dispositivos de atención, convalidando de ese modo una visión que separa a los UD de otros pacientes y formas de tratamiento: “Pondría especialistas en las guardias, guardias psiquiátricas las 24 horas. Crearía un equipo de atención especializado que se dediquen al tema” (médica clínica, servicio de Guardia); “Centros especiales para atender a estos pacientes, con un trabajo interdisciplinario en serio, lo cual es muy difícil. Más lugares de desintoxicación y más lugares de internación” (psicólogo, servicio de Guardia).

Transferencia y relevancia

A partir de los enunciados de los profesionales, nos proponemos reflexionar y abrir el debate en torno a algunos problemas en particular:

┃ La tensión entre la hiperespecialización en el uso de drogas y la necesidad de una visión integral en la atención. Todo el tiempo hablamos de la complejidad y la multidimensionalidad del problema de las drogas, pero al mismo tiempo se repite: “que lo vea un especialista”, “yo en eso no me meto porque no es mi tema...”. Esta tensión entre lo específico, sin desconocer que habrá cuestiones que son muy específicas, y una visión integral de la salud en un problema que definimos como complejo, se presenta como una tensión a analizar y que se traduce en respuestas políticas diferentes desde el sector salud.

┃ La importancia de las redes y de los contextos, que son tenidas en cuenta por los profesionales cuando se analizan los casos y se describen las situaciones, pero luego en las intervenciones no son incluidas con el mismo valor.

┃ Los problemas de fragmentación en los equipos, entre servicios e intersectorialmente, plantean el desafío de implementar estrategias concretas de articulación en todos los niveles.

┃ Dos preguntas que quedan abiertas: ¿cómo mejorar la accesibilidad de los que llegan a los servicios de salud? y la inquietud acerca de que es necesario

planificar con los que no llegan a los servicios públicos hospitalarios.

Finalmente, esperamos que los resultados contribuyan a discutir la visión dominante de los problemas relacionados con las drogas para acercar la atención a una perspectiva fundada en los derechos y en las necesidades de las personas que llegan por esta situación a los servicios de salud.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

Referencias

- Pawlowicz, M. P., D. Rossi y G. Touzé, "Usuarios de pasta base de cocaína: una población fragilizada", en: G. Touzé, *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*, Parte III. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil-Federación Internacional de Universidades Católicas, 2006.
- Rossi, D., M. P. Pawlowicz, y D. Zunino Singh, *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud*. Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil, 2007. También disponible en http://www.unodc.org/pdf/brazil/publicacoes/intercambios_definitivo.pdf <consulta marzo de 2010>.
- Touzé, G., *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil-Federación Internacional de Universidades Católicas, 2006.

Política internacional y sistema de Naciones Unidas

El actual régimen internacional de drogas se conformó a lo largo del siglo XX y el derecho internacional en materia de drogas fue construido mediante una lógica punitiva-prohibicionista. Esta lógica tuvo y tiene una dinámica de alcance global. Gran parte del derecho internacional actual tuvo como escenario principal a la Organización de las Naciones Unidas. Las principales convenciones, tratados y acuerdos internacionales sobre el tema drogas se produjeron en este ámbito multilateral.

Es sabido que la piedra angular del sistema internacional de control de drogas está formada por tres tratados ratificados en el ámbito de Naciones Unidas: la Convención Única Sobre Estupefacientes, de 1961, la Convención Sobre Sustancias Psicotrópicas, de 1971, y la Convención Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (Convención de Viena), de 1988. De un modo notorio, las tres convenciones se basan en la represión, sanción y punición de todos los aspectos relacionados con el tráfico ilícito de drogas. En consecuencia, la lógica adoptada por la mayoría de los países de la región castiga y criminaliza no solamente a quienes trafican, sino también a quienes consumen drogas ilícitas. La Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas Sobre Drogas (UNGASS) es parte de este sistema

internacional. Realizada en Viena en 1998, la sesión buscaba generar una reflexión global sobre la Convención de Viena adoptada en 1988. En esa sesión se establecieron metas que tenían como objetivo principal “un mundo libre de drogas”. Tales compromisos fueron considerados por muchos expertos como poco realistas.

Pasados diez años de la UNGASS, en los debates de revisión de las metas, la sociedad civil fue representada en el Foro Internacional de Organizaciones no Gubernamentales “Más Allá del 2008”. Como resultado, las trescientas ONGs delegadas al Foro concluyeron un hecho histórico y único, al lograr consenso sobre su contribución a la revisión de las metas de la UNGASS de 1998.

Por otro lado, en Latinoamérica está claro que la “guerra contra las drogas” nunca fue una metáfora. La geopolítica regional y, principalmente, la política estadounidense hacia la región resultaron ser nocivas e ineficientes.

La forma en que un Estado lidia con la problemática de las drogas es parte de su jurisdicción interna. Sin embargo, las legislaciones nacionales son resultado también del contexto y de los compromisos internacionales. Entender la lógica internacional es, por lo tanto, fundamental para entender la dinámica en nuestros países.

En los trabajos que siguen se analizan el régimen internacional de drogas y el sistema de Naciones Unidas, la complejidad de los acuerdos establecidos en la UNGASS de 1998, los principales daños colaterales y los resultados en Latinoamérica de las políticas impulsadas principalmente por Estados Unidos en la región y, también, la forma en que éstas afectan las jurisdicciones internas de los estados. El desafío principal aquí planteado es, primero, asumir el fracaso de las políticas internacionales vigentes y plantear un cambio profundo en el régimen internacional de drogas, dado que el sistema de normas actuales ha fracasado en todos sus intentos de control de las drogas. Y finalmente, buscar alternativas políticas más humanas y eficaces, una vez que es sabido que lo global no sólo afecta lo local, sino que es determinante en su éxito o fracaso.

Marcela Vitarelli Batista

Licenciada en Relaciones Internacionales por la Universidad Católica de Minas Gerais, Brasil.
Maestranda en Relaciones y Negociaciones Internacionales, por FLACSO, San Andrés y la
Universidad de Barcelona. Integrante del equipo de Relaciones Institucionales de Intercambios
Asociación Civil.

Drogas, democracia y derechos humanos en América Latina

Coletta Youngers

Analista de derechos humanos y acontecimientos políticos en la región andina de América del Sur y de la política exterior de Estados Unidos para la región. Es experta en política internacional antinarcóticos de Estados Unidos. Actualmente se desempeña como consultora independiente, representante del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas y también es investigadora afiliada de la Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA). Entre 2001 y 2004 fue directora del proyecto sobre drogas, democracia y derechos humanos de WOLA y desde 1987 hasta 2003 trabajó como representante y luego como directora del programa andino de esta misma institución. Es coeditora de *Drogas y democracia en América Latina. El impacto de la política de Estados Unidos* (Lynne Rienner y Biblos, 2005) y autora de *Violencia política y sociedad civil en el Perú. Historia de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos* (Instituto de Estudios Peruanos de Lima, 2003). Colabora periódicamente con *NACLA Report on the Americas, Foreign Policy in Focus* y para la revista limeña *Ideele*. Ha publicado numerosos capítulos de libros, reportes y artículos sobre el impacto de las políticas estadounidenses sobre la democratización en los Andes y el ejercicio de los derechos humanos en Latinoamérica. Obtuvo una maestría en asuntos públicos de la Escuela de Woodrow Wilson de la Universidad de Princeton.

Acerca de WOLA y las políticas de drogas

He trabajado muchos años en la Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (Washington Office on Latin America, WOLA), que es una organización sin fines de lucro, que busca promover políticas por parte de la comunidad internacional y del gobierno de Estados Unidos (EE.UU.), que promuevan el respeto por los derechos humanos, la democracia y la justicia socioeconómica en América Latina y el Caribe. Hacemos investigaciones pero, sobre todo, hacemos trabajo de incidencia política. WOLA e Intercambios forman parte del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, que es una red mundial integrada por ONGs y redes profesionales especializadas en cuestiones relacionados con el uso y la producción de las drogas ilegales; trabaja para fomentar un debate objetivo y abierto sobre las políticas de drogas en el ámbito nacional e internacional, apoyando la fundamentación de las políticas en observaciones científicas y empíricas que sean eficaces para

reducir los daños relacionados con las drogas. El consorcio está activamente involucrado en el actual debate sobre la revisión de las políticas antidrogas en la Organización de las Naciones Unidas.

Respecto al trabajo de WOLA con las políticas antidrogas, debo decir que yo me acerqué al tema como activista de derechos humanos. Trabajaba como responsable para la región andina y durante mucho tiempo dije que mi reto era asegurar que EE. UU. siguiera ignorando la región andina; pero, lamentablemente, no tuve mucho éxito en esto. Con la militarización de la guerra contra las drogas que se enfocaba en esta región de América Latina, comencé a investigar y estudiar especializándome en el enfoque de políticas sobre la oferta de drogas en esta región. En los últimos años, además de la región andina, México está tomando un papel mucho más importante en términos de recibir asistencia económica de EE. UU.; pero, por mucho tiempo han sido Perú, Colombia y Bolivia quienes han sido los mayores receptores del apoyo y la intervención de EE. UU. Con esto quiero decir que tengo muchos años documentando el impacto de las políticas antidrogas del gobierno de EE. UU. sobre la democracia y los derechos humanos en América Latina. Gran parte de este trabajo está resumido en un libro que se llama *Drogas y democracia en América Latina* que fue publicado aquí, en Argentina, por la editorial Biblos en 2005. Este libro, en el que se explican los daños colaterales de la lucha contra las drogas, es el producto de una profunda investigación de tres años que involucró a más de veinte profesionales en la investigación del impacto de los programas antidrogas de EE. UU. Creo que desde que fue publicado, las tendencias que documentamos se han profundizado en muchos sentidos.

Primero, la política actual no está funcionando: nosotros, ni en esa época ni ahora hemos encontrado evidencias que muestren una reducción significativa de las sustancias ilícitas saliendo de los países de la región andina u otros países, pero sí hemos visto el aumento del consumo. Si bien es cierto que antes EE. UU. era el mercado principal de drogas ilícitas, ahora en toda América Latina el consumo es un problema grande. En síntesis, después de dos décadas de haber comenzado la guerra contra las drogas y miles de millones de dólares más tarde, no hemos observado ningún impacto positivo. Sin embargo, el daño colateral de las políticas antidrogas de EE. UU. es extenso: el impacto negativo sobre las poblaciones y los países en donde se ha llevado a cabo la guerra antidrogas, se nota a lo largo del hemisferio. Dicho impacto varía por país, pero uno puede llegar a conclusiones similares.

Las políticas del control de drogas de EE. UU. desestabilizan a los gobiernos democráticos de varias maneras. Contribuyen a confundir las funciones militares con las funciones de los organismos de aplicación de la ley, militarizando a las fuerzas policiales y, a su vez, insertando a las fuerzas armadas en actividades de seguridad interna. Por lo tanto, en una región con una trágica historia de dictaduras militares, estas políticas fortalecen a las fuerzas armadas al costo de las autoridades civiles. En países plagados de impunidad em-

peoran los problemas de derechos humanos. Estas políticas llevan al deterioro de las libertades civiles a través de la adopción de leyes duras antidrogas, que frecuentemente fracasan en el cumplimiento de los estándares mínimos del debido proceso legal. Generan conflictos sociales significativos e incluso violencia política. Han llevado a oficiales estadounidenses a perseguir metas de corto plazo mediante alianzas con personajes indeseados –como Manuel Noriega, en Panamá, o Vladimiro Montesinos, en Perú– en perjuicio del desarrollo a largo plazo de la democracia. Y, con mucha frecuencia, el impacto de estas políticas es sentido en los sectores más pobres de la sociedad, tal como es el caso de mi propio país, EE. UU., donde la guerra contra las drogas es más que todo una guerra contra los pobres.

Voy a hablar brevemente de la política de EE. UU., a desarrollar algunos de los puntos que acabo de señalar con un enfoque centrado en la región andina y voy a terminar con algunas recomendaciones para una política alternativa.

Quisiera antes hacer algunas aclaraciones. Primero, hay algo que ha cambiado desde que publicamos el libro en 2005 y es que hay muchos gobiernos nuevos, elegidos por el voto, que están buscando políticas alternativas. Estoy hablando de Bolivia, Ecuador, Paraguay y, por supuesto, tenemos a Brasil, Uruguay y Argentina, que ya estuvieron en este camino. Entonces, creo que ahora hay muchas más posibilidades que antes de buscar políticas alternativas que sean más eficaces y más humanas. Esperamos que nuestro trabajo pueda ayudar a estos gobiernos en su esfuerzo de cambiar las leyes, buscando alternativas políticas. Segundo, quiero ser muy clara en señalar que reconocemos el daño hecho por el tráfico de drogas en sí. El tráfico de drogas puede generar criminalidad, violencia criminal y política, y alimenta a los grupos armados. A lo largo de la región, la corrupción relacionada con el tráfico de drogas ha debilitado a gobiernos nacionales y locales, al sector judicial y a la policía. La producción de cocaína causa daños ambientales y sus ingresos monetarios distorsionan las economías locales. El uso de drogas ilícitas, si bien antes era considerado un problema esencialmente del Norte, actualmente es un grave problema en toda América Latina y el Caribe. Aunque soy crítica de las políticas actuales, creo que reducir el tráfico de drogas ilícitas es una meta legítima. La pregunta sería, entonces, qué camino elegir para lograr esta meta garantizando el respeto de la democracia, el estado de derecho y los derechos humanos. Yo, personalmente, creo que la estrategia militar implementada por EE. UU. resumida en la frase “la guerra contra las drogas” es equivocada y, también, creo que existen alternativas que causan menor daño y quizás lleven a mejores resultados.

El impacto de las políticas en los sistemas democráticos

Si bien no quiero entrar en detalles sobre la política actual de EE. UU., creo que es bueno recordar la historia de esta llamada “guerra contra las drogas”. Fue el presidente Nixon quien lanzó por primera vez la guerra contra las drogas.

Años más tarde, en 1986 el presidente Ronald Reagan definió por primera vez a las drogas ilícitas como una amenaza a la seguridad nacional de Estados Unidos y tres años después el primer presidente Bush lanzó la Iniciativa Andina dirigida a los países donde la coca, materia prima para la cocaína, es cultivada. La clave de la Iniciativa Andina consistía en aumentar el rol, el papel de las fuerzas armadas latinoamericanas y de la policía para combatir a las drogas; EE. UU. aportó asistencia financiera significativa, entrenamiento y otras formas de apoyo a todos aquellos esfuerzos dispuestos a acabar con la droga. En otras palabras, con el fin de la guerra fría, la guerra contra las drogas surgió como un instrumento para mantener la presencia de EE. UU. en América Latina. Al mismo tiempo, el congreso estadounidense declaró al Pentágono como la agencia principal para detectar y monitorear envíos de drogas ilícitas hacia EE. UU. Entonces, debido al papel otorgado a las fuerzas de seguridad, tanto de EE. UU. como de Latinoamérica, el término “militarización” se empezó a usar ampliamente para describir los esfuerzos realizados por EE. UU.

Adelantando una década, en 2000 fue lanzado el Plan Colombia, la iniciativa antidrogas más grande y costosa hasta la fecha. Quiero destacar que desde 2000 hasta la fecha, EE. UU. ha gastado más de 6.000 millones de dólares en el Plan Colombia. La mayoría de estos fondos han sido otorgados a las fuerzas armadas, a las fuerzas de seguridad colombianas y al programa de fumigación de cultivos de coca y amapola. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, cuyo objetivo principal era reducir la cantidad de coca sembrada y la cantidad de cocaína producida en Colombia, en junio de este año Naciones Unidas anunció que, en 2007, la cantidad de coca cultivada en Colombia aumentó un 27 % con respecto a 2006. En 2008 tenemos el Plan México, o Plan Mérida, por el cual el Congreso de Estados Unidos ha aprobado un proyecto de 400 millones de dólares para ayudar a México en el combate a la violencia social y el narcotráfico. Pero al igual que con el Plan Colombia, otra vez el énfasis está puesto en el sector militar, reforzando la capacidad de acción del ejército mexicano en un momento en que EE.UU. debería preocuparse en incentivar el desarrollo de la capacidad de acción de las fuerzas civiles mexicanas.

Además del impacto de estas asistencias, es importante reconocer o, mejor dicho, notar, la manera en la cual las políticas de control de drogas de EE. UU. son llevadas a cabo. A veces los programas son gestionados de manera conjunta entre los países, pero con mucha más frecuencia el gobierno estadounidense hace uso de su ventaja económica y diplomática para garantizar cooperación al utilizar un proceso de certificación anual por el cual niega asistencia económica a los países que se cree que no están cooperando efectivamente en la tarea. Quizás en Argentina esto no ha sido un tema de debate, pero para países como Perú y Bolivia, que dependen de la ayuda económica y del apoyo económico de EE. UU., es muy problemático. Debido a su dependencia del apoyo económico y al deseo de conseguir tratados comerciales, algunos países se ven obligados a adoptar políticas y programas promovidos

por Washington. También hay una serie de problemas en la manera en que estos programas han sido negociados e implementados. El proceso de certificación y las más recientes leyes que ligan a los tratados de libre comercio con los objetivos antinarcóticos, impiden a los gobiernos locales diseñar e implementar estrategias más adecuadas a su propio país. Estados Unidos tiene una estrategia que promueve la “talla única” para toda la región. Es necesario flexibilizar esto y dejar a los propios países desarrollar sus políticas basadas en la realidad de cada uno. Las políticas y programas tienden a ser negociadas por un pequeño grupo de elites, en el poder ejecutivo o directamente con los líderes de la policía o del ejército. Es muy común que Estados Unidos firme acuerdos con los militares sin avisar al gobierno civil. Rara vez el poder legislativo es involucrado de forma significativa, y en ciertas ocasiones ocurre que los procesos legislativos constitucionales son invalidados intencionalmente. Por ejemplo, hace unos años EE. UU. y Ecuador firmaron un acuerdo para establecer lo que en inglés se llama Forward Operating Location, que es una base militar instalada en la ciudad de Manta sin autorización del Congreso, el cual según la constitución de Ecuador debe aprobar y apoyar este tipo de resolución. No es sorprendente que hubiera mucha oposición popular en Ecuador al establecimiento de esta presencia militar estadounidense y el nuevo gobierno ecuatoriano ha anunciado que no va a renovar el convenio y EE. UU. va a tener que salir de Manta. Es un buen ejemplo de la dificultad de llevar a cabo programas sin tener ningún consenso social y, en este caso, evitando el debate a nivel popular.

En conclusión, la supervisión legislativa en el ámbito de control de drogas hace muchísima falta. Puede ser que Argentina sea una excepción a esto, por el debate actual sobre la despenalización del consumo. Pero muchos otros países no han entrado en esta discusión en sus legislaturas. Creo que es importante señalar que no se ha visto un esfuerzo significativo para impulsar debates públicos, ni para tomar en cuenta a las organizaciones no gubernamentales u otros agentes de la sociedad civil. Argentina otra vez puede ser una excepción, pero en general no ha habido debates públicos. En muchos países, el simple hecho de intentar obtener información básica sobre los programas antidrogas es muy difícil o casi imposible. Hay una falta de transparencia sobre cómo se están llevando a cabo los programas. Tengo esperanza de que, con los nuevos gobiernos, esto esté comenzando a cambiar; es muy importante que comencemos a democratizar este debate.

En términos de la reformulación de las políticas, otro reto es la revisión de las formas en que está siendo evaluado el progreso y el impacto de las políticas. Los funcionarios del gobierno hacen énfasis en las hectáreas de coca erradicadas, los laboratorios de cocaína destruidos, el número de individuos arrestados o la cantidad de drogas ilícitas confiscadas para mostrar el éxito de estos programas. Estas estadísticas de conteo son buenas para las relaciones públicas y transmiten una sensación de que algo se está haciendo, pero

de ninguna manera indican si estas tácticas se traducen en un progreso real hacia las metas básicas. No indican si menores cantidades de drogas están entrando al mercado y, más importante aún, no indican nada sobre si el consumo está siendo afectado.

El impacto de las políticas de drogas sobre los derechos humanos

Una de las preocupaciones principales de los daños colaterales de la llamada guerra contra las drogas ha sido el impacto de las políticas antidrogas en los derechos humanos en los países que reciben asistencia de EE.UU. En el contexto de esta lucha, el gobierno estadounidense ha generado alianzas con fuerzas armadas y policías, y ha apoyado a autoridades con una historia larga de violaciones a los derechos humanos y altos niveles de impunidad. Un ejemplo de eso es Colombia, cuya situación ha empeorado como resultado del involucramiento directo, a partir del Plan Colombia, de EE. UU. en el conflicto. Hay otros casos donde la política de EE. UU. resulta indirectamente en violaciones de derechos humanos. El mejor ejemplo de esto es Bolivia, antes de la elección de Evo Morales. En Bolivia, los esfuerzos para la erradicación forzosa de la coca, respaldada y demandada por EE. UU., han resultado en violaciones de derechos humanos perpetuados por autoridades locales hacia los campesinos cultivadores de coca, los cocaleros. En especial en la región cocalera del Chapare, donde ha existido un indeseado patrón de asesinatos, detenciones arbitrarias y abuso hacia la población local. Recuerdo una vez que estuve visitando al entonces jefe de la Unidad Móvil de Patrullaje Rural, que es la policía antidrogas en la base del Chapare, y estuve hablando de mis preocupaciones sobre derechos humanos, específicamente del problema de la tortura ¿Saben que me dijo este general? “¡Señora! si los campesinos nos dieran la información que necesitamos no sería necesario torturarlos”. Aunque he tenido muchas entrevistas con muchos generales y policías, nadie ha admitido practicar tortura. Creo que este tipo de impunidad reflejaba el ambiente que había en ese momento.

Las matanzas o asesinatos, en Bolivia, usualmente ocurrían en el contexto de la erradicación de la coca o también como consecuencia del uso excesivo de fuerza en las protestas sociales. Como he señalado, esto generó más conflicto social, un círculo de violencia y conflicto que sólo terminó con la elección de Morales en la presidencia. Hasta hoy día, todos esos casos han quedado en la impunidad.

Para darles un ejemplo: hubo un dirigente cocalero llamado Casimiro Huanca, que durante una protesta de los campesinos por la falta de mercados para productos alternativos fue asesinado por un general de una unidad especial que operaba como un grupo paramilitar. Como en ese momento había allí un canal de televisión está toda la protesta grabada y se escuchan los disparos. Había más policías que campesinos y en un momento Casimiro, dirigente coca-

lero, sale en dirección a la sede de la Federación Cocalera y es asesinado. Hay testigos de este hecho, de como él muere desangrado por las heridas. Hasta el final, los militares dijeron que fue una situación de autodefensa. Estuve en la embajada de EE. UU. en Bolivia hablando específicamente de este caso, porque era un hecho donde hay mucha evidencia, testigos y videos de lo ocurrido. Pero sostuvieron que fue un acto de autodefensa; y me dijeron que el problema, la culpa, la tuvieron los grupos de derechos humanos que no lo llevaron al hospital a tiempo. Estamos hablando de una zona sin hospital. Esto es otro ejemplo del sentido de impunidad que hubo en Bolivia en esa época.

La represión de los cocaleros, la continua impunidad frente las atrocidades cometidas y, en particular, las preocupaciones sobre las consecuencias económicas de las políticas de erradicación de coca son factores que contribuyeron a la inestabilidad política en Bolivia, llevando a la caída de los gobiernos de Sánchez de Lozada y Meza; y, por supuesto, fue un factor clave en la elección de Evo Morales en 2005. El gobierno de Morales ha adoptado una política diferente, en vez de la erradicación forzosa ha adoptado una política de concertación con los cocaleros, o sea, de reducciones voluntarias llevadas a cabo con proyectos de desarrollo económico. Creo que esto, a largo plazo, tiene muchas más posibilidades de éxito que la política anterior.

Para cerrar este punto quiero señalar la necesidad urgente de enfrentar el problema de la falta de coherencia entre las políticas antidrogas y las políticas para promover los derechos humanos, tanto en EE. UU. como en Naciones Unidas. Otro asunto relacionado a los derechos humanos son las restricciones de las libertades civiles, los derechos civiles. La política antidroga de EE. UU. también ha promovido la adopción de leyes duras contra las drogas, que limitan las libertades civiles y que violan normas y estándares mínimos de debido proceso. En la investigación que hemos realizado para el libro, vimos que en la mayoría de los países estas leyes fueron frecuentemente aprobadas creando procedimientos que limitan las garantías del debido proceso legal, tales como asumir la inocencia hasta que se demuestre lo contrario, el derecho a la defensa adecuada y el requisito de que el castigo sea correspondiente con la gravedad del crimen, o sea la proporcionalidad de las penas. Obviamente, también el problema de la criminalización o penalización del consumo.

La situación es peor aún cuando la tendencia es colocar a estos procedimientos como indicadores de éxito, por ejemplo, el número de arrestos que tienen que ser alcanzados. Hace unos años EE. UU. firmó un acuerdo antidrogas con Ecuador donde exigía un incremento del 12 % en los arrestos a individuos relacionados con el tráfico de drogas: al cumplimiento de este aumento estaba condicionada la sustentabilidad de la ayuda económica de EE. UU. Esta estrategia hace que criminales de bajo perfil o consumidores, e incluso gente inocente, sea condenada y encarcelada; pero de ninguna manera garantiza que los narcotraficantes más corruptos sean detenidos, lo que sería mucho más eficaz y significativo que el encarcelamiento de cientos de mulas.

El mejor ejemplo de esto es Ecuador, que no es un país clave en el tráfico de drogas comparado con sus países vecinos, pero en una época fue muy susceptible a la influencia de EE. UU. y, por lo tanto, tiene una de las más estrictas leyes anti-drogas en América Latina. Los abogados ecuatorianos se quejan de la facilidad de convicción que tienen los jueces para determinar que sus clientes son traficantes de drogas. Los jueces, muchas veces, sólo basan sus decisiones en el informe de la policía y éstos, a su vez, pueden escribir cualquier cosa en el cumplimiento de las metas propuestas por EE. UU. La presión política es ejercida sobre los jueces para que declaren culpables a los acusados de ser narcotraficantes, y se han visto casos en donde EE. UU. ha cancelado las visas de los jueces que no son vistos como suficientemente estrictos en sus decisiones. Ecuador también es un buen ejemplo de cómo las políticas antidrogas contradicen el código penal local. La sentencia mínima obligatoria para cualquier crimen relacionado con el tráfico de drogas, consumidores, mulas que venden pequeñas cantidades, es de 12 años, y la sentencia máxima es de 25 años. Pero la sentencia máxima por homicidio es 16 años. Eso quiere decir que un consumidor puede recibir una sentencia equivalente a la de un traficante pequeño, y un traficante pequeño puede recibir una sentencia mayor a la de una persona que ha cometido varios asesinatos.

Hoy, en Ecuador, el proceso de cambio está en marcha; recientemente las autoridades han anunciado un indulto que puede afectar unos 1.200 sentenciados por tráfico de drogas de pequeñas cantidades. Hay requisitos para el indulto, por ejemplo, el preso tiene que haber cumplido el diez por ciento de la sentencia y haber sido acusado de transportar menos de dos kilos de droga. Pero es un esfuerzo muy positivo para asegurar que las sanciones correspondan a la gravedad del crimen cometido. En síntesis, es necesario hacer que las políticas antidrogas de EE. UU. y América Latina respeten los estándares internacionales del debido proceso; y eso implica la necesidad de hacer reformas en la legislación antidrogas en casi todos los países del hemisferio.

Otro tema importante es la forma mediante la cual el gobierno de EE. UU. ha mantenido relaciones con individuos indeseados para lograr objetivos a corto plazo. El caso de Perú durante el gobierno de Fujimori es un claro ejemplo para ilustrar las contradicciones de las políticas antidrogas de EE. UU. Es un caso en el cual el gobierno estadounidense apoya a las fuerzas que dice estar combatiendo, a la vez que refuerza un gobierno autoritario y antidemocrático. Seguramente muchos recuerdan a Vladimiro Montesinos, que tenía un pasado bastante gris como abogado de narcotraficantes antes de terminar como asesor directo en temas de seguridad nacional para Fujimori; era visto por EE. UU. como el zar anti-droga y terminó siendo su interlocutor principal en todos los temas de las drogas. En Washington se creía que Montesinos se estaba desempeñando muy bien, que la producción de la coca había disminuido y, por lo tanto, Montesinos era visto como un aliado en el Perú. Sin embargo, al mismo tiempo Perú se convirtió en un país productor de cocaína. Es un buen ejemplo de como un país puede reducir la cantidad de coca pero a la vez aumentar la producción de cocaína.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

Hoy, gracias a la información revelada después de la caída de Fujimori, sabemos que mientras EE. UU. lo tenía como un aliado para combatir la droga, él estaba básicamente manejando el negocio. Para entrar en el mercado de drogas en Perú había que hacerlo por medio de Montesinos, estableció conexiones con los carteles mejicanos y mantuvo lazos con los narcotraficantes colombianos, trabajó en algún momento con Pablo Escobar y ha sido condenado por tráfico de armas a cambio de drogas con las FARC. Todo esto sucedió mientras EE. UU. lanzaba el Plan Colombia. En otras palabras, el principal aliado de EE. UU. en el Perú era un traficante de drogas y armas. Es un ejemplo muy preocupante de las contradicciones en las políticas estadounidenses.

Finalmente, quiero regresar al tema de la erradicación de cultivos de coca y políticas alternativas para el desarrollo económico. Como he señalado anteriormente, existe evidencia sólida de que la erradicación forzosa es ineficiente en el largo plazo. En todos los casos, los logros alcanzados a corto plazo son rápidamente invertidos. La erradicación de cultivos hace trasladar la producción a nuevas áreas, y al expandirse la producción de coca se crean retos aún mayores para el futuro. Los analistas de estas políticas llaman a esto “efecto globo”: cuando se ejerce presión en una parte del globo el contenido se desplaza a otra parte. De manera similar, cuando la producción está suspendida en un área aparece rápidamente en otra, a la vez que los avances tecnológicos hacen que en muchos lugares se pueda producir más cocaína con menos coca o producir más coca en un área ya sembrada.

Siguiendo los mismos datos del gobierno de EE. UU., a pesar de todos los recursos invertidos en los últimos veinte años, la cantidad de coca sembrada en la región andina básicamente se ha mantenido igual, más o menos en 200.000 hectáreas. No ha habido un cambio fundamental, cambia por país pero en la región no se ha modificado. Una razón fundamental para ello es que la gran mayoría de la coca es cultivada en pequeñas parcelas por campesinos o inmigrantes que no tienen otras oportunidades económicas. El ingreso obtenido por medio del cultivo de la coca garantiza su subsistencia, la subsistencia de sus familias, y es el único ingreso en efectivo que tienen. Eso significa que hasta que no haya una alternativa de ingreso, la coca va a seguir siendo cultivada. Hay muchísima evidencia de que los esfuerzos actuales de erradicación son incompatibles con políticas de desarrollo alternativo. La naturaleza represiva de la erradicación impide una necesaria cooperación para lograr el desarrollo económico de estas zonas. Primero tiene que ser el desarrollo alternativo y después la reducción del área de sembrado en colaboración con la comunidad local.

Recomendaciones para una política alternativa

En la última década se han realizados avances notables en una mejor comprensión del impacto del desarrollo rural en zonas productoras de coca y de

amapola, y de las lecciones extraídas existe un mejor cuerpo de conocimientos para desarrollar políticas alternativas más eficaces.

Primero, como enfoque central de las iniciativas internacionales, se deben adoptar medios de vida alternativos que acentúen el desarrollo socioeconómico y la protección de los derechos humanos. Estas iniciativas deberían ser incorporadas en las agendas de desarrollo más amplias de los gobiernos locales y nacionales, países donantes e instituciones financieras internacionales, para mejorar la calidad de vida en general, la educación, la salud, etcétera, y fomentar el desarrollo económico, además de oportunidades de empleo y generación de ingresos.

Segundo, también se debe insistir en que se otorgue apoyo financiero y se adopte un compromiso a largo plazo para abordar las causas fundamentales que se vinculan con el cultivo de coca y amapola, como los conflictos armados, la inseguridad humana y la pobreza, con miras a conseguir alternativas sostenibles para las comunidades de las zonas afectadas. Me pregunto, ¿si hubiéramos gastado toda la plata que se ha enviado a las fuerzas de seguridad de Colombia en desarrollo económico, dónde estaríamos? de repente otra sería la situación de Colombia y de otros países.

Tercero, los campesinos, pequeños cultivadores de coca, no deberían ser tratados como criminales. Por el contrario, son socios para promover el desarrollo económico. Un alto oficial especial de EE. UU. estuvo en Bolivia hace dos semanas y dijo a la prensa que los acuerdos sobre programas de cooperación económica en el Chapare debían ser negociados entre gobiernos y no con la influencia de privados. Privados, por supuesto, quería decir cocaleros. Pero ¿cómo se van a llevar a cabo estos programas sin el apoyo de la población local, que es la que tiene la responsabilidad de implementar los programas? Todos los que han estudiado sobre desarrollo económico y social, saben que no considerar la cooperación de las comunidades locales va contra todo lo aprendido. Por lo tanto, se deben terminar los programas de erradicación forzosa, incluyendo la fumigación aérea, y se debe adoptar el principio de que la ayuda para el desarrollo nunca debe ser condicionada a la reducción de cultivos de coca o amapola. Una vez que se han establecido vías alternativas, los gobiernos pueden trabajar con las organizaciones y miembros de las comunidades locales para reducir, y si es posible eliminar, las cosechas destinadas al mercado ilícito. Eso es lo que Bolivia está intentando hacer hoy día. Los atributos tradicionales, culturales y beneficiosos de la hoja de coca deben ser reconocidos a nivel internacional.

La ayuda al desarrollo en entornos de drogas ilícitas se debería emprender en plena conformidad con los objetivos fundamentales de protección de los derechos humanos, mitigación de la pobreza, resolución de los conflictos, consolidación de la paz y mejora de la seguridad humana.

Para concluir, quiero referirme a otros dos puntos importantes para una política alternativa. Primero, hay una tendencia a responder al narcotráfico y a la violencia que genera, con mano dura y acciones militares. Pero la ex-

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

perencia nos ha mostrado que lo que funciona es la aplicación de la ley, y las investigaciones sólidas y profesionales enfocadas en los grandes narcos y sus redes criminales. Eso implica desarrollar la capacidad de investigar, juzgar y sancionar a los narcotraficantes, e implica confrontar los problemas de impunidad y corrupción que prevalecen todavía en la región. En medidas de corto plazo, es mejor invertir en la reforma y fortalecimiento de las fuerzas policiales y el sector judicial, y fomentar una cultura dentro de estos sectores que promueva el respeto de un Estado de derecho.

Finalmente, lo que realmente tendría un mayor impacto en el tráfico y la producción de drogas ilícitas es la reducción de la demanda. El consumo de drogas se ha convertido en un problema en todo el hemisferio, pero es el mercado estadounidense quien continúa engrosando en muchos sentidos al tráfico de drogas. Como estadounidense, creo que mi país tiene que ponerse seriamente en la tarea de reducir la demanda de drogas en su interior y muchos más recursos deberían ser destinados a programas de educación, rehabilitación, prevención, que hayan mostrado ser efectivos. Me da mucha vergüenza que la gran mayoría de los adictos a drogas ilícitas en EE. UU. no tengan ningún acceso a servicios, ni siquiera a servicios de tratamiento. Tenemos que encontrar la manera de reducir los perjuicios causados por las sustancias ilícitas y eso implica pensar en políticas de drogas desde el punto de vista de la Salud Pública. Y, de la misma forma, se debe buscar reducir los daños causados por las políticas internacionales de oferta que se han venido implementando hasta ahora. Debemos concentrar nuestros esfuerzos en reducir tanto el daño causado por el uso y la producción de drogas, como el causado por las políticas antidrogas; y, más que todo, tenemos que buscar políticas alternativas que sean más humanas y eficaces.

Buenos Aires, 25 de agosto de 2008.

Geopolítica regional del narcotráfico y las políticas antidrogas

Ricardo Soberón Garrido

Abogado por la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Lima y magíster en Política Internacional y Estudios de Seguridad del Departamento de Estudios por la Paz, de la Universidad de Bradford, Inglaterra. Ha trabajado con la Comisión Andina de Juristas, la organización Acción Andina y el Transnational Institute. Es analista internacional en asuntos de drogas, seguridad y Amazonia, profesor de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas y autor de las publicaciones *La Amazonia en el nuevo (des) orden internacional* (Centro de Estudios Teológicos de la Amazonia, 2002), *Asilo y refugio en fronteras de Colombia* (2003) y *Leyes, justicia y drogas en el Perú* (2005). Fue asesor parlamentario y de productores de hoja de coca del Perú. Actualmente es director del Centro de Investigación en Drogas y Derechos Humanos en Lima, Perú.

En vistas a la reunión de UNGASS

No es posible tratar de identificar la dinámica de una geopolítica del narcotráfico si no consideramos que esa geopolítica debe incorporar a las políticas sobre drogas que se han dictado en distintas escalas, a nivel internacional, regional, nacional y local. Deberíamos lograr que las experiencias locales puedan ser adoptadas en escalas mayores y que a nivel de nuestros países pudiéramos lograr que el paradigma de la prohibición y la represión pueda ser, al menos, puesto en duda.

Creo que 2007 es un año estratégico, no en muchos regímenes internacionales se logra que la comunidad internacional se ponga metas y objetivos, y que, finalmente, pretenda o intente evaluar esos objetivos. En el caso de la carpeta de drogas, en 1998 la comunidad internacional se planteó metas en reducción de la oferta, en reducción de la demanda, y se planteó metas en otros espacios relacionados al tema drogas (desvío de precursores, lavado de activos, cooperación judicial, etcétera). Hace unos meses estuve escuchando en Viena a los funcionarios de Naciones Unidas señalar que, 10 años después, ellos pensaban que el problema de las drogas a nivel global se había contenido.

Me parece que es fundamental que en este proceso de evaluación que comienza en 2007, se va a dar en 2008 y va a culminar en 2009 al más alto nivel político, como sociedad civil y como actores que tenemos experiencias loca-

les tan importantes y legítimas, tengamos la posibilidad de decir: “acá no hemos contenido nada, estamos tratando de responder al problema de los usos problemáticos y de los otros efectos no deseados del uso de drogas”. ¿Podrá ser eso posible? Hay un grave riesgo en que la comunidad internacional interesada en mantener el *status quo* señale que sí, efectivamente, hemos contenido el problema, y hay que seguir haciendo más de lo mismo. ¿Qué significa hacer más de lo mismo? Fundamentalmente no modificar el régimen internacional, mantener los tres tratados internacionales,¹ señalar y aceptar que en los últimos 20 años hay un país que ha secuestrado el discurso sobre drogas, que ha secuestrado los presupuestos internacionales sobre drogas, que ha secuestrado la institucionalidad internacional y hemisférica sobre drogas, y que ha secuestrado también las legislaciones que sobre el tema se han dado. Y cuando digo “se han dado” es porque en la gran mayoría de los casos, al menos en América Latina, en las primeras etapas de conformación legislativa sobre el tema de drogas, nuestros congresos nacionales, provinciales, nuestros partidos políticos, han estado completamente ajenos a la discusión y a la identificación de la problemática. Esto es algo que debemos cambiar si queremos hacer una evaluación, que como dice Naciones Unidas en su último informe mundial, debe ser una evaluación transparente, integral, objetiva y con participación de todos los actores involucrados.

Cuando hablamos de todos los actores involucrados, yo trato siempre de hacer una tipología de quiénes son esos actores: normalmente, y sin orden de prioridades, se identifica al diplomático, al político, al legislador, al juez y al médico, y se deja de lado a sujetos que, de alguna u otra manera, también están relacionados a este tema, como el emigrante, el usuario, el campesino y el delincuente de pequeña monta. Es en esa consideración que creo que es fundamental que el proceso de evaluación que se haga, tenga que reordenar esa escala de actores y esa tipología de sujetos que, hoy por hoy, están alrededor de la problemática de drogas.

La situación actual del debate en América Latina

Sin duda, nadie puede negar que en América del Sur en el aspecto político las cosas estén cambiando de una manera bastante interesante. Algunos señalan que estamos evidenciando la conformación de un nuevo tablero de ajedrez, políticamente hablando, en donde, lamentablemente para algunos, Perú junto a Colombia quedan como dos paradigmas en lo que a drogas se refiere, de que lo hecho está bien y hay que seguir haciéndolo. Lamentablemente,

¹ N. del E: Hace referencia a la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, firmada por 184 países, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, firmado por 179 países, y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, firmada por 180 países.

observamos que ese tablero de ajedrez político nuevo, en formación, que se está haciendo y que pretende fundamentalmente alejarse del paradigma del Consenso de Washington y de la democracia tal como está planteada desde Washington, no necesariamente se traslada al terreno de las drogas. Veo, por ejemplo, cómo tres países formalmente democráticos, Argentina, Perú y Colombia tienen, algunos, un discurso guerrero de “la guerra contra las drogas”, “la lucha contra las drogas”, “la cruzada contra el flagelo” o “tolerancia cero”, y otros aparecen con una flexibilidad enorme para poder repensar el problema, que es decir muchísimo.

Lo más curioso y contradictorio es que los dos países formalmente acusados en lo político de romper el consenso, Cuba y Venezuela, en el terreno de drogas conservan discursos altamente represivos, y las capacidades para poder repensar el problema alrededor se reducen a la mínima expresión.

Una vez hablaba con una consejera política de la embajada de Cuba en Perú y le planteaba la urgente necesidad de adecuar el discurso antiimperialista, el discurso de reivindicar lo latinoamericano y ponerlo en la autopista de las drogas para repensar el problema. Y me respondió: “sin haber hecho esto ya tenemos el embargo de hace 40 años ¿Tu qué crees que pueda pasar si los gobernantes de mi país plantean un nuevo paradigma de drogas? Prácticamente nos pondrían contra el paredón”. Y algo muy similar me ha pasado en Caracas, tratando de repensar y conversar con autoridades, en donde repensar el socialismo en el siglo XXI e incorporar la problemática de las drogas en ese tema es prácticamente imposible o está ausente del debate. En algún momento señalé el tema de la reducción de daños en el pensamiento de políticas públicas sobre salud y desarrollo rural, y no había nada de eso.

Fundamentalmente, me parece que tenemos que volver a apropiarnos del manejo de la información y la estadística. Este es un principal reto en términos de la conformación de la geopolítica de las drogas y de las políticas sobre drogas.

Lamentablemente, observamos que a escala global hemisférica, los sistemas, redes y observatorios que existen para el manejo de la información relacionada a las drogas, en su conjunto, son utilizados funcionalmente por aquellos que quieren perpetuar el sistema. Y ahí donde las cifras muestran contradicciones o problemas en el mantenimiento del paradigma salen por la puerta falsa a señalar los resultados de comparar un día para otro con una década, con treinta o cincuenta años de aplicación de las políticas sobre drogas, permitiendo esos *default* en el manejo de la información. Creo que ahí hay un reto fundamental para quienes queremos repensar el marco general sobre el tema de las drogas. También observamos que, en términos generales y no hablando de ningún país en particular, en el discurso sobre políticas de drogas en su componente rural, de salud pública, de administración de justicia, de derechos humanos, de relaciones internacionales, encontramos un frecuente desvío del análisis científico, en el sentido de llevar el debate hacia la mirada de los efectos visibles, escondiendo las causas que están detrás de

esos efectos visibles. Este es un problema muy serio porque no nos permite contradecir de manera adecuada los paradigmas, las guerras y las cruzadas que se nos están planteando.

Creo en estas pequeñas fisuras que hemos abierto a nivel local o regional, como es el caso de la reducción de daños, que permiten que algunos políticos capten y asuman el discurso de la reducción de daños, al menos en el discurso. El reto está en cómo llevarlo a la práctica o cómo hacer que los movimientos políticos puedan, desde su propia posición, asumir esos nuevos discursos desde una perspectiva de reducción de daños o desde la protección a los derechos humanos.

Geopolítica del narcotráfico

Entrando propiamente a la situación geopolítica del narcotráfico, lo primero que se hace evidente es: la guerra contra las drogas ¿ha fracasado o ha triunfado? Y es frecuente que, desde alguna de las perspectivas de salud, justicia, derechos, diplomacia, señalemos que ha fracasado. Pero yo creo que hay que repensar esa conclusión preliminar de que la guerra contra la droga ha fracasado. La guerra contra la droga, tal como la pensó el señor Nixon en 1972-1973 o como la piensa el señor Bush, está siendo absolutamente funcional a todos aquellos intereses que desde los departamentos de Estado o Defensa de Estados Unidos (EE. UU.) tienen para lo que es la guerra contra las drogas en la región andino-amazónica en general. Ninguno de los instrumentos de política internacional ha logrado revertir la situación de calidad, disponibilidad y cantidad de droga que se tiene en EE. UU. Algunos ejemplos son los instrumentos, como el Plan Colombia I, el Plan Colombia II, el Plan Puebla Panamá, el Plan México y la Iniciativa Regional Andina. Eso lo señalan los organismos legítimamente considerados para poder hablar sobre este tema, en especial el National Institute for Drug Abuse. Veinte años de aplicación de estos instrumentos han conseguido otras cosas, pero no han logrado reducir la calidad o la cantidad, y sí aumentar el precio. Por tanto, desde la perspectiva estricta de lo que se pretendió en 1973, 1989, 1988, 1991 y 1992, y ahora lo que se pretende reconfirmar en el año 2008, no está teniendo resultados.

Sin embargo, ha tenido un resultado evidente para poder reformular las relaciones políticas con América Latina y con América del Sur. Han conformado un anillo de seguridad militar alrededor de Colombia a propósito de su conflicto armado, 6.300 kilómetros de frontera militarizada conjuntamente con Brasil (Fuerza Amazonas), Perú (V Región Militar), Ecuador e incluso Venezuela (dos teatros de operaciones), esperando infructuosamente que se materialice la doctrina del “yunque y del martillo” contra el secretariado de las FARC. En forma simultánea, en la selva andina se ha producido la privatización de la guerra y la criminalización de la protesta social.

Han logrado reconstruir el tema de las amenazas a la seguridad hemisféri-

ca, para pasar del problema puntual y concreto que significaban las FARC, Sendero Luminoso o cualquier movimiento irregular, a incorporar nuevas amenazas que van más allá del narcotráfico. Hoy por hoy se habla del nacionalismo, los movimientos indigenistas y los movimientos radicales, y todos estos elementos están incorporados dentro de las nuevas visiones y programas de reforzamiento de la seguridad hemisférica; particularmente, muchos de nuestros ejércitos y organismos de seguridad trabajan bajo ese esquema. Y, en ese sentido, la guerra contra las drogas ha sido sumamente eficiente. Sin lugar a dudas, y más allá de que el señor Bush termine desacreditado y que se den muchas posibilidades de una nueva gestión, seguimos observando que el mayor interés geopolítico de EE. UU. en los próximos años va a seguir siendo el Asia Central y el Medio Oriente. Entonces, la pregunta que surge es ¿qué cosa será América Latina para EE. UU.?

Creemos, sin duda, que nuevos vientos soplan en la región y esto es clarísimo, sobre todo habiendo constatado la pérdida de iniciativa de EE. UU. hacia los acontecimientos políticos en la región. Recuerdo que, en 1995, la policía boliviana nos detuvo en Copacabana a un grupo de dirigentes cocaceros peruanos, bolivianos, colombianos, entre los que estaba también Evo Morales; más tarde, en la cárcel de una base naval, el capitán nos dice: “Ustedes, peruanos, no son el problema, el problema es ese indio que está ahí sentado, que está durmiendo”. Y es ahí cuando Evo se levanta, se saca el sombrero y le dice “capitán, este indio que está sentado va a ser tu presidente”. Esto fue en abril de 1995, ¿no me quiero ni imaginar dónde está ese capitán de corbeta hoy en día!

Lo cierto en este caso es que lo que previó el Departamento de Estado en relación a las nuevas amenazas de los indígenas bolivianos les salió el tiro por la culata, porque resultó siendo elegido presidente de los bolivianos, con un nivel de legitimidad muy alto, no exento de problemas institucionales y sociales para llevar adelante su proyecto, pero sin lugar a dudas con la autonomía suficiente para tomar decisiones de una manera que antes no había sucedido.

Queda claro que ni la doctrina Monroe, ni la doctrina Bush son imperantes hoy en día en la región. Este es otro elemento interesante sobre la disfuncionalidad de la guerra contra las drogas, tal como está planteada por EE. UU. hoy en día. El reto está en cómo desmontamos ese enorme marco del cual nosotros sólo atisbamos pequeños pedazos. Cuando he escuchado, de manera tan motivadora, la forma en que se debaten las experiencias a nivel local de reducción de daños o de prevención, me ocurre lo mismo que cuando estoy reunido con los productores de hoja de coca de Bolivia, Perú y Colombia, que solamente se fijan en la temática de respeto al uso tradicional de la hoja de coca y no entienden, por ejemplo, que el *cannabis* es otra planta tan igual a la hoja de coca, que criminalizar una planta termina siendo un terrible error de dogmática penal y que no es posible quedarnos solamente con un aspecto del problema.

Sin duda, otro elemento que ha sido funcional a esta guerra contra las drogas es que, por primera vez, se logró el consenso internacional para armonizar la ecuación “narcotráfico = terrorismo”. Esto no es nuevo ni es posterior al 11 de septiembre de 2001, creo que los intentos de vincular el narcotráfico con el terrorismo vienen de la década de 1970. Sin embargo, había mucha reticencia de carácter político, académico y operativo para poder hacer ese equilibrio entre narcotráfico y terrorismo.

Geopolítica y narcoterrorismo

Algunos aspectos importantes de la nueva geopolítica de las drogas aplicables tanto en la escala global, como en la escala regional latinoamericana, señalan a la dimensión del “narcoterrorismo” como fenómeno amplio, transnacional. Como decía Rosa del Olmo, “reto colectivo de seguridad global” (Del Olmo, 1998) que agrupa a terroristas, fundamentalistas, traficantes y diversas formas de protesta social. Ambos fenómenos, el del narcotráfico y el terrorismo, siguen produciéndose a escala global y de forma ininterrumpida. Desde el lado de la producción, las iniciativas destinadas a la reducción de la oferta han fracasado estrepitosamente. En 2006 hubo en Colombia 157.200 hectáreas plantadas, en Perú 50.300 y en Bolivia 27.000. Incluso se han detectado cultivos de coca en las regiones de Sucumbíos (Ecuador), Catatumbo (Venezuela) y Darién (Panamá). La respuesta a la interdicción de los cultivos es reposición, productividad y dispersión.

Por otra parte, las FARC siguen obteniendo entre 60 a 115 millones de dólares anuales por concepto de ganancias provenientes del tráfico de cocaína,² los paramilitares desmovilizados se convierten en “Águilas Negras” y en los Andes, Sendero Luminoso vuelve a recuperar espacio para un discurso social menos violento y más político. Por el otro lado del globo, los talibanes, Al Qaeda y otros *war lords* imponen su lógica en la provincia de Helmand, Afganistán, donde se produce el 95 por ciento de la amapola del mundo. Estos grupos han recuperado el apoyo popular frente a la presencia de las fuerzas de la Organización del Tratado del Atlántico Norte y EE. UU., pero también han logrado reposicionar el cultivo de amapola y la producción de opio. En 2006, la producción de opio fue de 7.286 toneladas, por un valor de 3.000 millones de dólares.³

En el mundo, las organizaciones criminales se han fragmentado y mimetizado de forma imperceptible para la policía y los servicios de inteligencia; salvo los eslabones más débiles y fungibles, que caen como moscas en aeropuertos y fronteras, y llenan las cárceles. Todavía, gran parte del dinero sucio se queda en los niveles intermedios, mientras que los esfuerzos mal dirigidos van hacia los eslabones más débiles. Solamente cuando las “cabezas” se ha-

² Según datos publicados en el *Washington Post* el 7 de julio de 2007.

³ Según datos publicados por el *Financial Times* el 7 de agosto de 2007.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

cen visibles, son rápidamente reemplazadas. Ya no son las drogas solamente, sino que hoy por hoy, drogas es igual a terrorismo a todo nivel, tanto ideológico, como presupuestario e institucional. Miren ustedes, por ejemplo, que la oficina de drogas más importante de Naciones Unidas que anteriormente era Programa de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas (UNDCP) ahora es Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC), donde crimen es delito sobre drogas y delitos es terrorismo. Llegamos a un punto tal que en las prácticas, en las calles, hoy por hoy, se comienzan a criminalizar conductas sociales que tienen que ver con reacciones críticas frente a las políticas sobre drogas. Por lo menos en mi país, el presidente García acaba de plantear un proyecto, que ya ha sido aprobado, en el que cualquier oposición social a las acciones de erradicación compulsiva de hoja de coca es criminalizada con penas de entre 8 y 12 años.

Yo les decía a los productores de hoja de coca que si no se dan cuenta de eso entonces no están mirando el bosque, están mirando solamente el árbol y no se dan cuenta del peligro enorme que significa que narcotráfico sea igual a terrorismo.

Obviamente, no podemos caer en la ingenuidad de decir que no hay situaciones, relaciones, alianzas entre estas partes. Y de hecho, de esto se trata, de tener la habilidad, como gobernantes, para poder dictar políticas sensatas donde se aborden esas convergencias entre el narcotráfico y lo que corresponda al terrorismo. Pero el punto de vista fundamental es señalar que son dos fenómenos social y económicamente distintos. Lo más curioso de todo es que lo que se llama “fenómeno de narcotráfico” ha sabido responder de la manera más funcional a todos estos nuevos cambios que ha habido en la guerra contra las drogas.

En 1995 fui invitado a Asunción para un evento Mercosur-Comunidad Andina y Naciones, en donde se me invitó a plantear qué riesgos tiene la integración subregional en términos del tema de narcotráfico. Yo les decía, y lo sigo sosteniendo, que el tráfico de drogas es un fenómeno que responde a una lógica empresarial como cualquier otra a nivel regional, local, global o hemisférica. El narcotraficante, en ese contexto, va a aprovechar de la mejor manera posible los mecanismos de integración, las zonas francas, las redes hidroviales y cualquier otro elemento que esté hecho y diseñado para poder promover el comercio regional. Más aún, la comunidad andina puede fracasar, el Mercosur puede fracasar, la relación entre ambas instituciones puede fracasar, pero el narcotráfico ha sabido responder de la mejor manera posible. Si no, cómo se explica, entre otros factores, el hecho de que a partir de 2000 se produzca el auge de aparición de la pasta base en megaciudades como Buenos Aires, Río o San Pablo, procedente de Bolivia o de Perú, y constituyan un espacio nuevo de consumo que no tiene nada que hacer con los mercados de EE. UU. Según cifras oficiales de Naciones Unidas, de los actuales trece millones de consumidores de cocaína en el mundo, 6,5 están en Estados Unidos, luego viene España y América Latina. Nos estamos quedando con las soluciones falsas y con los problemas.

El narcotráfico, en ese contexto, ha sabido responder comercialmente. Acabo de estar en la triple frontera entre Perú, Brasil y Colombia, y el río Amazonas es un eje fluvial fundamental para la salida de la cocaína a Manaus o Belém do Pará y el retorno de las mismas embarcaciones que traen las armas y los precursores para las FARC y los grupos de traficantes. Y esto, sostenido por gente de la propia policía federal de Brasil. Pero, además de eso, observamos un cambio no antes visto en las estructuras criminales. Antes estábamos acostumbrados fundamentalmente a los carteles colombianos (Medellín, Cali) o los carteles mexicanos (Sinaloa, Juárez, Sonora), es decir, compuestos piramidales ocultos, claramente identificados y claramente desmontables. De hecho, el caso de la forma en que el cartel de Medellín es desmontado por una acción decidida del Estado es una muestra de cómo esas estructuras piramidales tenían un alto grado de vulnerabilidad.

Los cambios que estamos observando ahora señalan con claridad que el narcotráfico responde a esta lógica de represión al crimen organizado: segmentación, tercerización y alejarse cada vez más de la droga o, mejor dicho, aquel que se acerca más al dinero de la droga se aleja más de la droga; de modo que el material probatorio que un juez, un policía o un fiscal pueden tener para procesar a una persona de alto vuelo sea mucho más difícil.

Entonces, es claro que el narcotráfico en estos 10 años ha logrado mimetizarse, responder adecuadamente a estas nuevas estrategias y, por lo tanto, lo que estamos evidenciando es que los sistemas nacionales de represión están apuntando mal, están gastando plata, están generando problemas sociales que por ahora casi solamente son percibidos en las cárceles o en algunos barrios de las ciudades.

La pregunta es qué sucederá cuando en algunas de nuestras ciudades esto comience realmente a afectar a aquellos que hacen las políticas o aquellos que realmente deseamos vivir en democracia, tener ciertas costumbres, ciertos usos, y observemos que estos sectores comienzan a apropiarse de los espacios públicos de una manera no controlada.

En los casos de Colombia y de Perú, en los que tuvimos oportunidad de evidenciar la vinculación entre narcotráfico, corrupción y poder político a las más altas cotas del poder, evidenciamos que cualquier acción del Estado es inútil para abordar los problemas que están detrás del narcotráfico. Cuando se le señala al operador político que las cosas no funcionan, inmediatamente nos va a señalar “lo único que tú quieres es legalizar las drogas”. Si observamos en todos los discursos en donde se han intentado contrastar al prohibicionismo, inmediatamente nos llevan al concepto de legalización de drogas. A mi juicio, me parece que es un debate equivocado porque no es adecuado a lo que queremos y debemos buscar los que estamos aquí, operando en el día a día y en la realidad.

Yo, como abogado, sé que legalizar significa darle un marco legal a un documento privado; y si hablamos de legalizar, hoy por hoy, el campo de las drogas está sobrelegalizado. Hay que quitarle cáscara legislativa y permitir más bien otro tipo de respuesta que el Estado y la comunidad deben darse.

Pero de esta reacción crítica al prohibicionismo se han hecho cargo hoy en día las agencias internacionales, los países y sus embajadas, y muchos medios de comunicación. Ya no es posible controvertir, debatir, oponerse y plantear una nueva forma de debate porque inmediatamente lo que nos dicen es que lo que queremos es la legalización y que las drogas circulen libremente. Lo que pretendemos es ser más eficientes y si el instrumento penal no funciona, cambiemos a otros instrumentos de carácter administrativo.

Decía, al inicio, que una geopolítica de las drogas no puede estar separada de una geopolítica de las políticas sobre drogas, y esto significa que es necesario que miremos qué cosas están pasando en la subregión. Estamos frente a una situación donde Colombia, el conflicto armado, las FARC y el narcotráfico han sido el eje que durante muchos años siguieron el debate entre EE. UU. y el conjunto de los países de la región. Hoy estamos pasando a una situación en la que la nueva mirada de los EE. UU. hacia la región es el “eje del mal”: La Habana, Caracas, Quito, La Paz y Buenos Aires. Y para eso, la lucha contra el narcotráfico ha sido muy útil, porque si ustedes se dan cuenta, muchos de los estudios, de los análisis de las primeras planas comienzan a generar las necesidades de que, así como en 2001 a 2003 los países vecinos a Colombia generamos ese circuito militar, hoy la triple frontera entre Paraguay, Brasil y Argentina es también un escenario donde están las células dormidas del Hezbollah. Estamos evidenciando cómo los operadores políticos, de EE.UU. en particular, son muy hábiles para modificar los escenarios, cambiar los marcos y poder operar. Lamentablemente, le hemos confiado a la justicia de nuestros países una tarea demasiado grande y que nuestros jueces, fiscales, policías no estuvieron nunca en capacidad de emprender, conocer, abordar y triunfar.

En un último estudio en el que trabajamos para el Transnational Institute, tratamos de recoger la información oficial que hay a nivel de policías de siete países, a nivel de fiscalías, judicaturas y cárceles. Los resultados fueron prácticamente los mismos: la incapacidad de nuestras policías para poder identificar el blanco y ahí donde lo identificaban rápidamente se permeaba por problemas de corrupción. El poder de policía de generar el expediente y la acusación inicial contra una persona es clave y en ello una mala programación penal, como la que usualmente nos ha tenido acostumbrado el Departamento de Estado al momento de poner las leyes que nos han regido durante varios años, generó esta terrible confusión entre uso, posesión, poseedor para el consumo, poseedor para la comercialización, etcétera.

Aún es enorme la confusión que hay entre narcótico, estimulante y estupefaciente, o, más grave aún, como dice el artículo diecisiete de mi Constitución: “el Estado combate las drogas ilícitas y regula las drogas lícitas”. Tremendas confusiones conceptuales que ningún partido político, ni de izquierda ni de derecha, en mi país, han tenido el atrevimiento de plantearse.

La contradicción más grave surge cuando, saliendo nuestros países de las dictaduras, la democracia estadounidense se plantea fortalecer los sistemas de

administración de justicia de los países en América del Sur, como una respuesta para que las democracias sean más fuertes y sólidas. Así comenzaron los procesos de reforma judicial, de reforma procesal penal, los sistemas de cambios de modelos, etcétera. Sin embargo, el sistema que más ocupaba a nuestro sistema de justicia, es decir la lucha contra las drogas, no solamente se mantuvo, sino que en estos últimos veinte años ha sido alimentado y retroalimentado con nuevas figuras delictivas, con nuevos encargos a nuestras policías, a nuestros fiscales, y con un sistema carcelario que prácticamente se cae a pedazos.

A manera de conclusiones. Desafíos y riesgos

Insisto en que 2007 y 2008 son estratégicos. ¿Tendremos la posibilidad de plantear estas contradicciones? ¿Podremos decirle al señor Antonio Maria Costa, director ejecutivo de la UNODC, que esto no está funcionando? Cambiémoslo de una vez y si no lo cambia usted, lo cambiaremos nosotros en uso del principio fundamental de la carta de Naciones Unidas, que señala que tenemos el derecho soberano de adoptar decisiones de interés nacional.

A manera de conclusiones, hay algunas cosas que me gustaría compartir con ustedes. No creo que el problema de las drogas sea un problema universal que requiera soluciones universales, yo creo que los asuntos de drogas requieren de soluciones locales y estrategias nacionales. Aquí hay un cambio de paradigma que debiéramos repensar; esto de la universalización, la globalización del problema del narcotráfico, es parte de la receta que nos quieren vender para comprar la etiqueta del hardware tal como ha venido diseñado. Creo que los criterios de proporcionalidad, racionalidad, respeto a los derechos y sus instrumentos, y la soberanía nacional deben de predominar al momento de hacer políticas públicas. La única manera de enfrentar racionalmente el problema del tráfico ilegal de drogas y lo que conlleva es conforme a criterios técnicos, selectivos y muy precisos en materia de salud, desarrollo rural, política internacional y administración de justicia, que aborden las causas y no los efectos que generan la producción, y su relación con la pobreza y la marginación rural y urbana, en donde la interdicción penal es el último recurso para los casos más graves. Esto debe ser hecho por cada país según la naturaleza de sus problemas.

Creo que hay necesidad de que el debate lo llevemos en el terreno político, a replantear el tema drogas como un problema de Salud Pública y no como un problema de seguridad nacional. Así mismo, creo que debemos de llevar la problemática de los productores a donde corresponde, al ámbito agrario, al ámbito rural, al ámbito de desarrollo y no al ámbito de entidades que han sido hechas por aquellos que han diseñado el presupuesto. Creo que el sistema de justicia penal debe refocalizar sus objetivos en materia de drogas, ser mucho más modesto y comenzar a desterrar aquellas acciones que tengan una mala dirección o que causen mayor daño. A mi concepto, la reducción

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

de daños no solamente funciona en el terreno de la salud pública, sino que debe ser incorporada como un principio en la gestión institucional de los estados y en otras esferas de la administración.

Sin embargo, y para ser realista, creo que hay un grave riesgo, y es que en 2008 y 2009 nos digan que efectivamente hemos contenido todo, y que por lo tanto hay que seguir haciendo más de lo mismo y mejorando algunas cosas. O más grave aún, ya en el terreno latinoamericano, pienso un escenario nada querido en el que se use el tema de la lucha antinarcóticos para incrementar los niveles de disputa, de contradicción y de conflicto, por un lado entre las políticas de los departamentos de Estado y de Defensa con los gobiernos de Venezuela, Brasil o Argentina, por temas totalmente distintos que el de drogas, pero usando un discurso igual de represivo. Por ejemplo, en temas como conflictos armados, fronteras calientes, deterioro del medio ambiente, injerencia externa, lo cual nos puede llevar a un escenario que es geopolíticamente mucho más complicado que el que hemos evidenciado en los 10 años de aquí hacia atrás.

Buenos Aires, 27 de agosto de 2007.

Referencias

Del Olmo, R., *Drogas: inquietudes e interrogantes*. Caracas, Fundación José Félix Rivas, 1998.

Uruguay: promotor en Naciones Unidas de un enfoque integrado de los derechos humanos con la política mundial de drogas

Milton Romani Gerner

Licenciado en Psicología por la Universidad de la República Oriental del Uruguay. Es docente de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la misma universidad. También, secretario general de la Secretaría Nacional de Drogas, Junta Nacional de Drogas, de la República Oriental del Uruguay.

El proceso de revisión de la estrategia mundial en drogas de la Sesión Especial sobre Drogas de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS), de 1998. La actuación de la delegación uruguaya en la Comisión de Estupefacientes, en Viena en marzo de 2008, y la fuerte polémica desarrollada

Debo decir que la iniciativa uruguaya en la Comisión de Estupefacientes, en Viena en el mes de marzo de 2008, es fruto de varios “intercambios”, de “diálogos informales” con ONGs con estatuto en Viena y con gobiernos amigos.

También, del apoyo que recibimos de Argentina, Bolivia, Suiza, Ecuador y la Unión Europea. Es de destacar que esto se hace en el marco de la novel Estrategia Nacional para el Problema Drogas, que pretende construir políticas públicas en drogas recogiendo las mejores prácticas políticas y sociales, y la mejor tradición legal, apegados a una defensa irrestricta de los derechos humanos y con un enfoque cultural y social. El nuevo gobierno del Frente Amplio encabezado por el señor presidente de la República, doctor Tabaré Vázquez, ha avanzado a través de la Junta Nacional de Drogas (organismo interministerial) pero ha realizado además programas de impacto fundamental en este fenómeno complejo: la creación del Ministerio de Desarrollo Social, la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud, los avances en Previsión Social, la Reforma Tributaria y la convocatoria a los Consejos de Salarios y los avances que de él se desprenden, muestran la integralidad en el enfoque de drogas.

Un rodeo metafórico para puntualizar la presencia y posición sostenida por Uruguay en el 51º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes

Acaban de finalizar los Juegos Olímpicos en Beijing y algunas cosas merecen destacarse. Relata nuestro compatriota Eduardo Galeano (2008): “A los griegos les encantaba matarse entre sí, pero además de la guerra practicaban otros deportes. Competían en la ciudad de Olimpia, mientras las olimpiadas ocurrían, los griegos olvidaban la guerra por un rato. Todos desnudos: los corredores, los atletas que arrojaban la jabalina y el disco, los que saltaban, boxeaban, luchaban, galopaban o competían cantando. Ninguno llevaba zapatillas de marca, ni camisetas de moda, ni nada que no fuera la propia piel brillante de ungüentos. Los campeones no recibían medallas. Ganaban una corona de laurel, unas cuantas tinajas de aceite de oliva, el derecho a comer gratis durante toda la vida y el respeto y la admiración de sus vecinos [...]. Las olimpiadas eran ceremonias de identidad compartida. Haciendo deporte, esos cuerpos decían, sin palabras: Nos odiamos, nos peleamos, pero todos somos griegos. Y así fue durante mil años, hasta que el cristianismo triunfante prohibió estas paganas desnudeces que ofendían al Señor. En las olimpiadas griegas nunca participaron las mujeres, los esclavos ni los extranjeros. En la democracia griega, tampoco”.

En Beijing, la maratón, la prueba más difícil y prestigiosa fue ganada por tres africanos: un keniano, un marroquí y un etíope. Los tres negros. Del continente donde el hambre hace estragos, portador asimismo de una cultura milenaria.

En el podio final, cuando recibieron sus medallas, en sus cuerpos se podían leer los dos registros. Pero triunfaron. En la prueba donde la resistencia y el empeño son lo más importante. Ellos, que si su maratón fuera como inmigrantes no pasarían las fronteras del llamado primer mundo. Metáfora punzante para una ambigüedad básica de la aldea capitalista globalizada. *Laissez passez*, siempre que se trate de mercancías, productos industrializados. Al mismo tiempo, muros proteccionistas y muros reales para impedir que las personas gocen de su derecho inalienable de trasladarse, de establecerse y buscar su desarrollo.

El problema de las drogas no está ajeno a este tipo de ambigüedades y de dicotomías, que son parte integral del fenómeno que tiene una multidimensión enclavada en los aspectos políticos y culturales. La lucha por un mundo mejor donde el enfoque de las políticas de drogas respete los derechos fundamentales de los hombres y las mujeres será como una larga maratón de los postergados y hambrientos. Los países de la América Latina, y en especial los de este Sur, vienen de un doble temporal que arroja una situación social e institucional difícil, compleja, fragmentada y fracturada. Analizar esos temporales ubica el fenómeno drogas actual en su verdadera dimensión.

El terrorismo de Estado instrumentó un control social haciendo uso de todo el aparato del Estado. El método fue el terror. Desapariciones de hombres, mu-

jeros y niños, tortura sistemática, control absoluto de la vida social para inmovilizar por el terror a toda la sociedad. Terrorismo de Estado que fue funcional para un nuevo modelo económico, social y fundamentalmente ideológico de la relación estado-sociedad. En los años posteriores, el huracán neoliberal vino a ratificar pautas políticas y culturales de largo aliento y gran penetración ideológica: el retiro del Estado de su rol en lo productivo y en lo social, y el individualismo consumista híper desplegado como modelo de vida. Los 90, con los *bambinos* de oro y las valijas voladoras, la pizza y el champán, la potencia de los modelos del “hacé la tuya” vieron extender el fenómeno.

El problema drogas no era tema de Estado en los 60 y los 70. Se introduce como tema de seguridad nacional por Estados Unidos en esa década y comienza a extenderse como política hemisférica. En América del Sur toma vuelo y presencia con las narcodictaduras de Arce Gómez y García Meza. En Uruguay el fenómeno de las drogas que nos estalla, precisamente en el 2002, se introduce fundamentalmente por la laxitud y la política financiera que convirtió al país en un paraíso fiscal y en una gran lavandería.

Todos estos procesos se produjeron, obviamente, con resistencias de distinto tipo y tenor. En estos momentos estamos con una situación variopinta, con distintos gobiernos progresistas intentando otras vías de desarrollo para nuestros pueblos, con contradicciones, problemas y una gran resistencia. La herencia desreguladora se manifiesta en fractura. No sólo social y política, sino cultural y de valores compartidos. El problema del uso problemático y del narcotráfico no puede estar ausente de este marco. Retiro del Estado de sus obligaciones tutelares y estilos y modelos de vida consumistas e individualistas, donde se banalizan los valores, son centrales en el fenómeno de las drogas.

Construir políticas públicas en drogas e intervenir en forma crítica y constructiva para hacer una revisión de la estrategia mundial en drogas, que se propone en la Comisión de Estupefacientes a los diez años de la declaración política de 1998, nos somete a desafíos importantes.

No es fácil desplegar el equilibrio y la sabiduría política y cultural entre la fiscalización y la represión, en el ejercicio legítimo de la coerción del Estado y la comunidad internacional y el respeto de los derechos humanos, individuales y colectivos, civiles y sociales. Pero hacer balances significa revisar los planes elaborados y los resultados. El problema drogas nos somete siempre a esa ecuación y los riesgos de convertir el tema en un dogma o en una cruzada similar a la Inquisición es un riesgo; 359 años hubo de esperar Galileo Galilei para que fuera restablecido su honor y su evidencia científica, a pesar de que la Santa Inquisición le hizo bajar la cabeza y confesar su herejía. El susurro que él manifestara, “*E pur si muove*”, como expresión de su más íntima convicción, era una evidencia científica y una honestidad que podrían también considerarse una metáfora.

El problema tampoco puede ser resuelto con un discurso académico que se limita a analizar y criticar “los controles sociales”. Control social existe a partir de la lógica del mercado y de la hegemonía cultural dominante, que promueve

el consumismo y el darwinismo social sin atenuante. De la exclusión social que existe y es funcional al fenómeno de las drogas. No nos afiliamos al principio individualista de corte liberal que antepone la jurisdicción personal del cuerpo e invalida todo tipo de construcciones sociales. Cuerpo, vínculos, derechos colectivos, solidaridad y compromisos sociales del Estado en forma compartida con la sociedad es nuestro punto de partida.

Los controles sociales se construyen. Desde el Estado, pero también y fundamentalmente desde la sociedad. En la situación actual es difícil, no imposible. Desde el Estado comenzando a cumplir con sus obligaciones. Desde las organizaciones sociales asumiendo el compromiso, peleando y reclamando, pero fundamentalmente co-construyendo.

La posición uruguaya en Viena

La posición uruguaya en Viena tiene un antecedente. La delegación uruguaya, encabezada por quien les habla, a la 42ª sesión de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas-Organización de Estados Americanos (CICAD-OEA), el 1º de diciembre de 2006 en Santa Cruz afirmaba: “Los temas que se incorporan en este foro deben admitir la diversidad y la tolerancia de múltiples miradas. No es pertinente ni aconsejable abordar los planteos de cualquier tipo desde los enfoques alarmistas, prejuiciosos en materia de intencionalidades y no respetuosos del derecho de cada nación no solo a implementar sus políticas, sino a plantear en este concierto nuevos enfoques. Por otra parte, y repito que no me pronuncio sobre el fondo del tema (que es la intención de Bolivia de retirar a la hoja de coca de la lista de la Convención), forma parte de una discusión y un debate siempre abierto. El marco regulatorio y la inclusión y/o exclusión de las listas de drogas ilícitas es siempre un tema político, jurídico, técnico, etc. Pero fundamentalmente político. Hay que discutirlo a ese nivel. Reclamo este derecho para Bolivia. Lo reclamo también para Colombia. Pero más que nada lo reclamo para todos nuestros países. Es un tema complejo, difícil y complicado. Démonos la forma de abordarlo con seriedad y no con consignas. Mucho menos con prejuicios. Sólo para mostrar la complejidad del tema. La Suprema Corte de Justicia de los EE. UU. ha realizado un fallo recientemente, por unanimidad, que muestra la complejidad del tema. Ha determinado que el uso de ayahuasca para fines religiosos no es punible. ¿Por qué? Porque la Suprema Corte de Justicia entendió que la tutela del derecho a profesar un credo religioso, está por encima de los eventuales daños que las agencias especializadas no pudieron demostrar ante esa Corte”.

Uruguay fue sede del primer Diálogo Informal en drogas impulsado por la Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos y el Transnational Institute. La tradición penal uruguaya y la nueva Estrategia Nacional para el Problema Drogas del gobierno del doctor Tabaré Vázquez nos planteaban la necesidad de aunar esfuerzos para desplegar nuevas miradas, iniciativas serias

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

y creíbles para realizar un proceso de revisión de UNGASS 1998 que fuera la plataforma de un debate serio, con evidencia científica, creíble y honesto.

Por acuerdo del Grupo de Países de Latinoamérica y el Caribe de Naciones Unidas, Uruguay fue propuesto para integrar la Comisión de Estupefacientes durante el periodo 2008-2011. Uruguay fue a Viena con las siguientes definiciones:

┌ Uruguay impulsa enfáticamente la declaración sobre la plena vigencia de los derechos humanos en relación a la lucha contra el problema de las drogas, en el sentido de que la política de drogas y las consecuencias que emanan de ella deben ser congruentes con el sistema de derechos humanos de Naciones Unidas.

┌ Uruguay pretende que el proceso de revisión de UNGASS 1998 signifique para la comunidad internacional un balance de la estrategia mundial basado en evaluaciones confiables, honestas y con respaldo técnico y científico creíble.

┌ Uruguay insistirá en incluir el modelo de reducción de daños como enfoque de salud que por otra parte hace congruente la posición de todas las agencias de Naciones Unidas (Organización Mundial de la Salud–Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/sida). Uruguay ya ha planteado en el sistema hemisférico (CICAD-OEA) la inclusión del modelo de reducción de daños en la ampliación de asistencia y tratamiento en drogas.

┌ Referido al desarrollo alternativo, Uruguay afirma una redefinición del mismo que ponga los énfasis en un desarrollo integral y sostenible de los pueblos que garantice una salida económica y social real para los países productores.

┌ Uruguay insistirá en la necesidad de tener un equilibrio permanente entre las estrategias de reducción de la oferta y de reducción de la demanda, tendiente a fortalecer estas últimas para compensar el desequilibrio actual.

┌ Frente a la crisis penitenciaria emanada de la sobrepoblación de encausados por consumo y mini tráfico de drogas, se insistirá en el equilibrio entre el daño y las sanciones penales, en fortalecer el enfoque de penas alternativas y garantizar la inclusión de dispositivos de rehabilitación y reinserción social en las poblaciones penitenciarias.

La delegación uruguaya a la 51ª sesión de la Comisión de Estupefacientes impulsó un texto de declaración: “Integración adecuada del sistema de derechos humanos de la Organización de las Naciones Unidas con la política de fiscalización de drogas”. El texto propuesto por Uruguay hacía referencia a la conmemoración del 60º aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, tenía presente la Carta de las Naciones Unidas y exigía tener en cuenta diversos instrumentos de Naciones Unidas referidos a los derechos humanos. Proponía que la política mundial debe tener en cuenta estos instrumentos y encargaba a la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito vincularse activamente con diversos organismos de Naciones Unidas dedicados a la promoción de derechos humanos, en especial al Alto Comisionado de Derechos Humanos.

Asimismo, el texto uruguayo, en su formulación inicial, hacía un llamamiento a los países para abolir la pena de muerte por ofensas referidas a drogas y recordaba en su parte preambular a la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas (puntos estos que finalmente no fueron aprobados).

El texto de Uruguay fue copatrocinado por Argentina, Bolivia y Suiza, y logró en el curso de la discusión el apoyo de los países latinoamericanos y del Caribe, para finalmente conseguir el copatrocinio de toda la Unión Europea como tal.

El debate, primero en el Committee of the Whole, espacio donde se intentan generar consensos y donde la discusión es párrafo por párrafo, y luego en el Plenario fue intenso, con una polémica fuerte de varias delegaciones que se oponían al tratamiento de los considerandos y objetivos planteados.

En el debate del último día, en el Plenario de la 51ª sesión de la Comisión de Estupefacientes ante la situación de bloqueo, la delegación uruguaya anunció que solicitaría pasar a votar, recurso este totalmente insólito e inédito, dada la tradición conocida como “el espíritu del Consenso de Viena” que obliga a llegar a acuerdos consensuados y exige flexibilidad de todos.

La posición uruguaya fue fundamentada por la intransigencia de muy pocas delegaciones y fue bien recibida por la gran mayoría de países que participaron del debate (129 países presentes incluidos los observadores), que estaban realmente molestos por la obstrucción cerrada de aquéllas. Luego de un cuarto intermedio, donde todas las delegaciones realizaron consultas con sus gobiernos dada la situación creada por la decisión uruguaya, fue presentada una nueva moción de consenso trabajada por la Argentina en acuerdo con Uruguay. Sobre esa base terminó, finalmente, aprobándose una declaración que distaba mucho de la promovida por Uruguay, pero que recogía muchos de los puntos planteados. Al concluir dicha sesión manifestamos que: “La delegación uruguaya entiende que esta declaración significa un gran paso en la incorporación del respeto a los derechos humanos de consumidores y de ofensores menores por temas de drogas, a los cuales las políticas públicas e internacionales deben atender y encarar desde otra óptica política, social, criminal y sanitaria. Por otra parte, la delegación uruguaya considera que las políticas en drogas deben velar ante el riesgo de vulnerar derechos y garantías. Que la vulneración de derechos, lejos de resolver la ya dramática situación con las drogas, agrava aún más la problemática. El respeto irrestricto a los derechos humanos fortalece la política de represión al narcotráfico y el lavado de dinero, otorga y potencia su eficiencia y eficacia, humaniza la situación de crisis penitenciaria y permite la reinserción social de adictos y pequeños ofensores de la ley. Ceder a la vulneración de derechos tanto en el campo de la asistencia como en la política criminal, es entregarse ideológicamente al enemigo del gran narcotráfico que medra con la disolución de la presencia del Estado y de la pérdida de valores de la sociedad”.

La aparente dilución de los términos iniciales de la declaración puede verse como una derrota. Sin embargo, el hecho de que un pequeño país recurriera al voto nominal y persistiera en sus principios generó un clima distinto en la

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

Organización de las Naciones Unidas. Por otra parte, no hubo que esperar 359 años para que se reconozcan las verdades.

El 26 de junio de 2008, Día Mundial de las Naciones Unidas Contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilegal de Drogas, el secretario general Ban Ki Moon manifestó: “Al celebrar el 60º aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, recuerdo a todos los Estados que tienen la obligación de respetar plenamente los derechos de los presos que son dependientes de drogas o de las personas detenidas por crímenes relacionados con las mismas, especialmente en relación con el respeto al derecho a la vida y a un juzgamiento justo. Llamo también a los Estados-Miembros para que garanticen a aquellos que tienen problemas de dependencia el acceso a los servicios sociales y de salud, en condiciones de igualdad. Ninguno debe ser estigmatizado o discriminado debido a su dependencia”.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

Referencias

Galeano, E., *Espejos: una Historia casi universal*. Madrid, Siglo XXI, 2008.

El rol de la Cancillería en la problemática de las drogas

Ricardo Alberto Di Lelle

Licenciado en Relaciones Internacionales por la Universidad de Belgrano. Desde enero de 2006 se desempeña como funcionario del Servicio Exterior de la Nación, secretario de Embajada, en la Dirección de Asuntos Internacionales de Drogas del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto de la Nación Argentina.

Quisiera hablar un poco del rol de la Cancillería en el cumplimiento de las metas de la Sesión Especial Sobre Drogas de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS). En 1998, alrededor de 185 estados participaron del vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas. Fue un intento de implementar una estrategia global con el objeto de enfrentar simultáneamente todos los aspectos de este problema. Los seis temas principales a los que se hizo referencia en aquella reunión fueron: los precursores químicos, los estimulantes del tipo anfetaminas, la cooperación judicial, el lavado de activos, la reducción de la demanda, y la eliminación de los cultivos y el desarrollo alternativo. A través de una declaración política se fijó en aquella oportunidad una meta ambiciosa, la reducción drástica tanto de la demanda como de la oferta de drogas para el año 2008. A casi un decenio de haberse fijado dichas metas, el objetivo final sigue sin cumplirse cabalmente. Yo quisiera referirme a las principales actividades desarrolladas por Cancillería en esta materia, como una manera de ver cómo se encuentra posicionada la Argentina dentro del escenario internacional.

La temática del abuso de las drogas, el tráfico de estupefacientes y sus delitos conexos constituyen un problema de gran preocupación para el gobierno nacional y para la cancillería en particular. La Argentina, que tradicionalmente fue considerada país de tránsito, ha comenzado a ser incluida ya hace algunos años en informes internacionales como un país de tránsito y de consumo, una tendencia que se advierte en muchos países del planeta. La República Argentina sostiene el principio de la responsabilidad compartida entre países productores, consumidores y de tránsito, y privilegia un enfoque balanceado entre el combate al narcotráfico y sus delitos conexos y la adopción de medidas para prevenir el consumo y garantizar la asistencia a

los drogadependientes. La cercanía con los mayores productores de coca y marihuana del mundo, sumado a la extensión de nuestro país y las vías de acceso fluviales y marítimas, lo colocan en una posición ciertamente sensible con relación a este tema.

Nuestro país ha adherido a los principales instrumentos internacionales y hemisféricos en la materia. Por otra parte la Argentina desarrolla una intensa actividad de cooperación en los foros internacionales. Se participa, por ejemplo, en los trabajos de la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas, dependiente del Consejo Económico y Social (ECOSOC). En ese marco, en el presente año se logró que nuestro país fuera reelecto por segunda vez consecutiva para formar parte de la Comisión de Estupefacientes para el período 2008-2011. La Argentina también colabora activamente con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) que, integrada por expertos independientes, ejerce un control severo sobre la producción y el desvío de sustancias químicas pasibles de ser usadas como precursores, y elabora anualmente informes actualizados de las regiones y países respecto de los avances que se registran del control de la producción y tráfico ilícito de drogas.

Adicionalmente a los esfuerzos de cooperación en el ámbito de Naciones Unidas, la Argentina participa también en los organismos regionales y subregionales. El país integra, desde 1998, el mecanismo de cooperación y concertación política en materia de drogas entre América Latina y el Caribe y la Unión Europea, conocido como el mecanismo ALC-UE, que es el único foro birregional institucionalizado hasta el momento. Su objetivo es profundizar el diálogo político y técnico en la materia entre las dos regiones, así como fomentar la cooperación entre los países de uno y otro continente. También, Argentina tiene una destacada participación en la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) establecida por la OEA en 1986 como una respuesta política del hemisferio para resolver todos los aspectos del problema de las drogas. La CICAD maneja programas de acción por medio de su secretariado permanente para fomentar la cooperación y coordinación entre los 34 países miembro. En el ámbito de la CICAD, también, se creó el mecanismo de evaluación multilateral que tiene como función principal la formulación de recomendaciones periódicas a los estados miembro a los efectos de mejorar su capacidad de controlar el tráfico y el abuso de drogas y reforzar la cooperación multilateral. En el ámbito subregional se creó en 1998 la reunión especializada de autoridades de aplicación en materia de drogas, la Red del Mercosur. En esta reunión, en la que se promueve la cooperación entre los estados miembro y programas comunes de control y de prevención, participan los estados miembro y los estados asociados del Mercosur.

Todos estos esfuerzos multilaterales también son complementados con convenios bilaterales que impulsan Cancillería y el Gobierno Nacional. Cabe destacar el alto grado de cooperación que existe en esta materia con los países limítrofes. En este caso, los acuerdos de cooperación son complementados

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

por una interrelación permanente y activa de las respectivas fuerzas de seguridad, y los organismos responsables del tema de drogas de cada país.

Un ejemplo concreto de la participación de nuestro país en los organismos internacionales es a través de las respuestas a los cuestionarios anuales y bienales enviados por la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD). En el caso de nuestro país, son muchas las dependencias gubernamentales que participan completando el cuestionario, como la SEDRONAR, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, la Aduana y la Unidad de Apoyo Fiscal para la Investigación de Delitos Complejos de Drogas y Crimen Organizado, además de las fuerzas de seguridad. A partir de las respuestas elaboradas por los gobiernos, entonces, la ONUDD confecciona su informe anual sobre drogas que, a pesar de ser seguramente perfectible, es la mejor fuente de información con la que cuentan los gobiernos para diseñar sus políticas en esta materia y serán la base de la evaluación de las metas de UNGASS para el año que viene. Sin embargo, con respecto a los cuestionarios habría que prestar atención al hecho de que son cada vez menos los estados que responden a ellos. Mientras que para el bienio 1998-2000 se contó con 109 países informantes, esto es el 57 % del total, para el bienio 2004-2006 se registraron 94 países firmantes, que es 49 % del total, menos de la mitad.

A modo de conclusión me gustaría resaltar algunos puntos. En primer lugar, resulta evidente que enfrentamos un problema de características globales, como es el problema de las drogas, que trasciende las fronteras nacionales y se inserta impiadosamente en nuestras sociedades. Las consecuencias que resultan de esta situación provocan un enorme perjuicio que no sólo afecta la salud pública, comprometiendo las generaciones futuras, sino que, además, genera un efecto destructor en las instituciones, desde su primera expresión, que es la familia, hasta las instituciones políticas y sociales.

Para hacer frente a este problema es imprescindible fomentar la cooperación tanto a nivel bilateral como multilateral. Todos los esfuerzos que puedan hacer los países individualmente van a carecer de eficiencia sin una coordinación de políticas y medidas destinadas tanto a la lucha contra el narcotráfico como a la prevención de las adicciones y al tratamiento de los drogadependientes. En este sentido, este tipo de encuentros, con la presencia de especialistas destacados en esta temática, es una buena prueba del compromiso de nuestro país frente a esta problemática.

Es indudable que los esfuerzos que se realizan a nivel planetario para contrarrestar el incremento del consumo de drogas son importantes y son múltiples los foros encargados de trabajar para lograr ese objetivo. En todos ellos la Argentina despliega una intensa actividad con la permanente colaboración de los organismos gubernamentales. Sin embargo, para alcanzar la meta que nos hemos propuesto es necesario redoblar esos esfuerzos, de lo contrario los costos que resultarían de desatender estos problemas serían muy altos. Cree-

Aportes para una nueva política de drogas

mos que es posible reducir el tráfico de drogas así como es posible también generar una conciencia mayor en la población acerca de las consecuencias negativas que el uso y abuso de las drogas pueden provocar. Este camino de lucha decidida contra el narcotráfico y el compromiso de procurar más y mejores recursos para la prevención y asistencia de las adicciones, es el rumbo que ha adoptado la República Argentina y en el que esperamos fervientemente tener éxito.

Aunque muchas veces no parezca evidente a los ojos del público, los esfuerzos realizados por los gobiernos han sido importantes y se han invertido ingentes recursos para enfrentar este grave desafío. En este sentido, el aporte de la sociedad civil resulta asimismo invaluable. La última sesión de la Comisión de Estupefacientes, realizada en Viena en marzo último, contó con el récord de más de 80 delegados representantes de la sociedad civil, además de aquellos representantes de organismos no gubernamentales incluidos en las delegaciones gubernamentales. Se trata sin duda de la voz de los especialistas, de quienes deben enfrentar este problema a la cara en forma diaria y de quienes esperamos continuar recibiendo valiosos aportes.

Más específicamente, en relación a revisión de las metas de UNGASS, se trata de un proceso que recién se ha iniciado. Estoy convencido de que en 2008 se nos ofrece una excelente oportunidad para determinar el grado de avance al que se ha llegado, repasar las estrategias acertadas y corregir aquellas que pueden ser perfeccionadas.

Buenos Aires, 28 de agosto de 2007.

Más allá del 2008. La sociedad civil y la revisión de las metas de UNGASS

Graciela Touzé

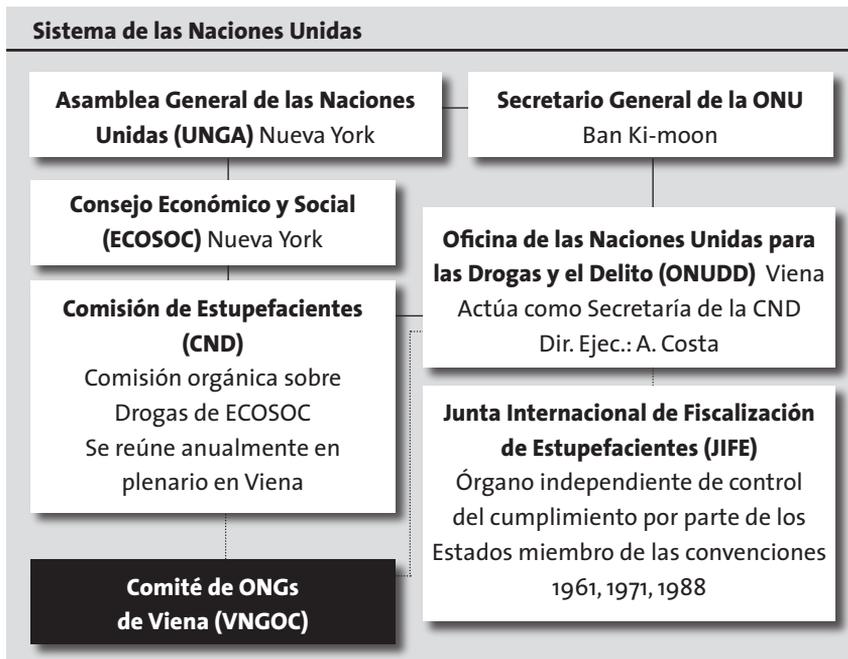
Licenciada en Servicio Social por la Universidad de Buenos Aires y especialista en Ciencias Sociales y Salud por FLACSO-CEDES. Es miembro fundadora y presidenta de Intercambios Asociación Civil, profesora e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Buenos Aires, consultora del Grupo Internacional de Investigación en Toxicomanías de la Federación Internacional de Universidades Católicas (París, Francia) y miembro fundadora de la Red Latinoamericana de Reducción de Daños, de la que fue su directora ejecutiva en 1999 y 2000.

En junio de 1998, la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicó una sesión especial al problema mundial de las drogas, que produjo una declaración política consensuada por todos los estados miembros firmantes, los que se comprometieron a alcanzar una serie de metas en los siguientes diez años. Cumplido ese plazo, en marzo de 2008, la Comisión de Estupefacientes discutió el proceso de revisión de esas metas y dio inicio a un “período de reflexión global”, que culminará en marzo de 2009 con la Reunión de Alto Nivel. Es necesario entender este proceso de revisión de las metas planteadas en 1998 en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS), y no vivirlo como algo lejano y ajeno, que no tiene nada que ver con nosotros, sino entender que las discusiones que se dan en el marco de esta revisión tendrán efectos en nuestra práctica diaria.

En primer lugar, observando el gráfico *Sistema de las Naciones Unidas*, vamos a repasar cómo está integrado el sistema internacional de fiscalización de las drogas y cuáles son las instancias clave donde se discuten internacionalmente estas cuestiones.

Tenemos a la Asamblea General de Naciones Unidas, que se reúne periódicamente en la ciudad de Nueva York para tratar distintas temáticas. De la Asamblea depende el Consejo Económico y Social (ECOSOC), que tiene una serie de comisiones y grupos sobre temáticas diversas que son de incumbencia del sistema de las Naciones Unidas. Una de ellas es la Comisión de

Aportes para una nueva política de drogas



Estupefacientes (CND), que es una comisión orgánica del ECOSOC sobre el tema drogas. La CND se reúne anualmente en la ciudad de Viena. Además, articulada con la Comisión de Estupefacientes y dependiendo del Secretario General de Naciones Unidas, se encuentra la Oficina de las Naciones Unidas para las Drogas y el Delito (ONUDD), dirigida en la actualidad por Antonio María Costa. La ONUDD es la agencia de Naciones Unidas especializada en el tema drogas y actúa como secretaría de la Comisión de Estupefacientes.

Por otra parte, está la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), que es un órgano independiente, cuasi judicial, que controla el cumplimiento que los estados miembros hacen de las Convenciones de 1961, 1971 y 1988. También existe una instancia que no tiene una dependencia orgánica, el Comité de Organizaciones No Gubernamentales de Viena (VNGOC), que se vincula con la Comisión de Estupefacientes y la ONUDD, y que intenta llevar la voz de la sociedad civil internacional a estos espacios de debate. Justamente, el VNGOC ha sido el responsable de organizar la participación de la sociedad civil en el proceso de revisión de las metas planteadas en 1998.

En aquella oportunidad, la declaración política aprobada por la UNGASS, entre otros compromisos, planteaba: “Nos comprometemos a lograr resultados importantes y mensurables en cuanto a la reducción de la demanda para el año 2008. [...] Nos comprometemos [...] a eliminar o reducir considerablemente el cultivo ilícito del arbusto de coca, la planta de *cannabis* y la adormidera para el año 2008”. Una simple observación nos conduce a afirmar que esas metas resultaron demasiado ambiciosas, lo que impone una reflexión, tanto

técnica como política, acerca de la pertinencia de este tipo de compromisos internacionales. Por esta razón, el proceso de revisión resulta crucial para identificar los problemas y definir los próximos pasos, el “Más allá del 2008”.

Desde nuestra perspectiva, hay una serie de situaciones que pueden interferir en un proceso de revisión serio y honesto. En primer lugar, existen múltiples dificultades para traducir las investigaciones en respuestas efectivas, con el consecuente déficit de información confiable. Por otra parte, las respuestas están más orientadas por las agendas políticas que por la ciencia, la investigación o la lógica. A su vez, las agendas de los gobiernos y las agencias financiadoras están más determinadas por las situaciones de crisis que por una visión a largo plazo. Otra dificultad es que la “guerra contra las drogas” descuida una cantidad de consecuencias en el campo de lo social, de la salud y, fundamentalmente, del respeto por los derechos humanos. Por último, observamos una falta de liderazgo fuerte y de mensajes claros de la comunidad internacional respecto de cuáles deberían ser las formas más efectivas para reducir los problemas asociados a las drogas.

¿Sobre qué base se evalúan los avances en el cumplimiento de las metas? Los instrumentos utilizados por la ONUDD para elaborar los informes que presenta a la Comisión de Estupefacientes son los cuestionarios de los informes bianuales que los gobiernos presentan, por lo que la información que proporcionan es la percepción que los estados tienen respecto de su propio desempeño. No hay una evaluación externa por parte de agencias o expertos independientes. La misma ONUDD ha reconocido que carece en gran medida de información sobre la calidad o el impacto de las medidas de las que se informa (ONUDD, 2006). No obstante, continuamos trabajando con estos instrumentos.

A pesar de todas estas dificultades, creemos que este proceso de revisión de las metas de UNGASS nos da una oportunidad para reexaminar y regular el actual marco internacional de políticas sobre drogas e intentar lograr una evaluación seria sobre esta materia en el seno de Naciones Unidas. Y, a su vez, creemos que resulta imprescindible fortalecer la perspectiva de la sociedad civil en este proceso.

Anteriormente, ya han habido antecedentes de participación de la sociedad civil. En la sesión plenaria de 1998, participaron seis organizaciones no gubernamentales, un número escaso teniendo en cuenta que se trataba de un evento mundial, pero allí está el antecedente. Por otra parte, hay un elemento normativo, que es la Resolución 49/2 de la Comisión de Estupefacientes, de 2006, que “alienta a los Estados Miembros a que examinen la posibilidad de celebrar consultas y colaborar con las organizaciones no gubernamentales [...]; Alienta a las organizaciones no gubernamentales a que examinen los logros alcanzados por ellas al hacer frente al problema de las drogas y a que informen sobre sus progresos a los órganos gubernamentales nacionales respectivos, en el marco de la presentación de informes sobre las metas y los objetivos para el año 2008 [...]; Exhorta al Director Ejecutivo de la Oficina

de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [...] a fin de facilitar la participación de representantes de organizaciones no gubernamentales en los preparativos del décimo aniversario del vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General” (CND, 2006). No obstante, no existe ningún mecanismo oficial para que la Comisión de Estupefacientes o la ONUDD celebren consultas con las ONGs o la sociedad civil en general. Las ONGs con estatus consultivo ante el Consejo Económico y Social pueden hacer declaraciones o distribuir documentos en las reuniones de la CND, pero esto no es un proceso de consulta. Tampoco la ONUDD tiene un mecanismo de consulta definido. Por lo tanto, si bien son muchos los actores interesados en la problemática de las drogas, no todos tienen posibilidad de intervenir en el desarrollo de las políticas y estrategias.

Por ello, el Comité de ONGs de Viena puso en marcha el proyecto “Más allá del 2008”, como una forma de reunir las experiencias e ideas de las ONGs de todo el mundo y de elaborar propuestas para mejorar la participación de la sociedad civil. Esta iniciativa constituye una oportunidad para que las ONGs reflexionen sobre sus propios logros en el control de drogas, intercambien ideas sobre nuevos enfoques y acuerden formas de trabajo conjunto. Pero, principalmente, es una oportunidad para formular recomendaciones a las agencias multilaterales y a los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas sobre la dirección futura de las políticas de control, y para repensar los actuales mecanismos de colaboración con las agencias de Naciones Unidas con vistas a establecer una asociación más efectiva.

En este sentido, un buen ejemplo a tomar es el seguimiento del cumplimiento de las metas de la UNGASS sobre VIH/sida de 2001, cuya primera revisión tuvo lugar en 2006. En esa oportunidad, el Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/sida (ONUSIDA) recomendó que los gobiernos y la sociedad civil trabajasen juntos para preparar los Informes País; en los casos donde esto no fue posible, ONUSIDA aceptó y utilizó la información proporcionada por los llamados “Informes Sombra”, es decir, aquellos informes que la sociedad civil elabora y que pueden corroborar o confrontar la perspectiva que los estados tienen de lo que está ocurriendo. Asimismo, ONUSIDA recomendó que al presentar el Informe País se realizaran talleres con todos los actores de la Respuesta Nacional. En 2006, los Informes País se hicieron públicos (lo que no ocurre con los informes nacionales sobre drogas), y en el caso de Argentina y de muchos otros países, las ONGs integraron la delegación oficial.

“Más allá del 2008” se propuso tres objetivos:

- ┌ Recuperar los logros de las ONGs en el campo del control de drogas, con énfasis en las contribuciones al Plan de Acción UNGASS 1998 en áreas como políticas, compromiso comunitario, prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración social.
- ┌ Revisar las mejores prácticas relacionadas con mecanismos de colaboración

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

entre ONGs, gobiernos y agencias de Naciones Unidas en diversos campos, y proponer nuevas y/o mejores vías de trabajo con la ONUDD y la CND.

└ Adoptar una serie de principios generales a partir de las convenciones y sus comentarios, que serán puestos a consideración de la ONUDD y CND, y que podrían servir como guía en las futuras deliberaciones sobre políticas de drogas.

Para el logro de estos objetivos, se establecieron tres estrategias principales: un cuestionario para ONGs, una serie de consultas regionales, y un foro mundial de ONGs. El cuestionario para ONGs, basado en el cuestionario para los informes bianuales, reúne información sobre la contribución de las ONGs al logro de las metas propuestas por la UNGASS de 1998. Se alentó a las ONGs de todo el mundo para que lo completaran y se recolectaron 444 respuestas, de las cuales el 18 % correspondían a América Latina y el Caribe. Por otra parte, entre septiembre de 2007 y febrero de 2008, se realizaron reuniones de consulta con ONGs en las siguientes nueve regiones: Latinoamérica y el Caribe, Norteamérica, Europa Oriental, Europa Occidental, África Subsahariana, África del Norte y Medio Oriente, Asia Central y del Sur, Sudeste Asiático y Australasia. La consulta regional para América Latina y el Caribe tuvo lugar en la ciudad de Lima el 12 y 13 de noviembre de 2007.¹ Organizada por CEDRO (Perú), Centros de Integración Juvenil (México), RISE Life Management Services (Jamaica) e Intercambios Asociación Civil (Argentina), la consulta reunió a 31 ONGs de 22 países de la región. Los resultados de cada una de las nueve consultas regionales y las respuestas al cuestionario se compilaron en un documento,² cuyos aspectos más relevantes se detallan a continuación.

En relación a los logros de las ONGs en el campo del control de las drogas:

- └ Se observa un incremento considerable del accionar de las ONGs desde 1998.
- └ Hubo desarrollo de nuevos conocimientos, construcción de alianzas y una gradual expansión de servicios.
- └ Persisten algunos problemas, como el mayor enfoque en la reducción de la oferta y los efectos negativos de la criminalización.

En relación a los mecanismos de colaboración entre ONGs, gobiernos y agencias de la ONU:

└ Salvo en las iniciativas relacionadas con el VIH/sida, las ONGs no están suficientemente involucradas en las estrategias desarrolladas por los gobiernos y Naciones Unidas.

En relación a los principios primordiales para las políticas futuras, las recomendaciones fueron:

¹ Ver “Conclusiones Consulta Regional América Latina y el Caribe” en http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=48 <consulta marzo de 2010>.

² Toby James y Simon Parker (2008) *Informe Global Resumido*. Disponible en: http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56 <consulta marzo de 2010>.

- └ Mejorar el equilibrio entre los enfoques de reducción de la oferta y de la demanda.
- └ Implementar políticas fundamentadas en la evidencia y la investigación.
- └ Tener en cuenta la colaboración y consulta con ONGs en todos los ámbitos de diseño de políticas.
- └ Priorizar el respeto por los derechos humanos.
- └ Respetar las prácticas culturalmente sensibles.

Por último, toda esta movilización internacional concluyó en el Foro Mundial de ONGs que tuvo lugar en Viena del 7 al 9 de julio de 2008. Allí, trescientas ONGs de todo el mundo debatieron intensamente y arribaron a una declaración y tres resoluciones³ consensuadas. Entre las recomendaciones clave que surgen de estos documentos destacamos:

- └ **Prioridad a la atención de la demanda.** Que los estados miembros provean recursos, atención y prioridad a programas de reducción de la demanda de drogas, reducción de daños, tratamiento y reintegración social, así como a proyectos de desarrollo alternativo sustentables y comprehensivos.
- └ **Salud y derechos humanos.** Que los estados miembros reafirmen su compromiso de encarar el uso de drogas como cuestión de Salud Pública que requiere de respuestas ampliadas, similar al compromiso en relación al VIH, y que la CND enfatice la importancia del cumplimiento de las obligaciones de los instrumentos internacionales de protección a los derechos humanos.
- └ **Sustentabilidad de las políticas.** Que los estados miembros, la ONUDD y las instituciones financiadoras desarrollen programas de desarrollo alternativo a largo plazo, sustentables, ecológicamente sensibles e inclusivos, en cooperación con las organizaciones de la sociedad civil, incluyendo organizaciones de indígenas, y aseguren, antes de considerar medidas de erradicación, que los campesinos tengan acceso a modos de vida viables y sustentables.
- └ **Participación de la sociedad civil.** Que la CND y los estados miembros establezcan mecanismos de consulta y participación de la sociedad civil, incluyendo las poblaciones afectadas y estigmatizadas.

La declaración y las tres resoluciones se presentaron a la ONUDD y la CND, quienes se comprometieron a tomarlas en consideración al elaborar sus informes para la Sesión de Alto Nivel de marzo de 2009.

“Más allá del 2008” nos da esperanzas para el futuro. Esperanzas de que la evidencia científica sea utilizada en la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes y programas. Esperanzas de que se incluyan objetivos y acciones que contemplen la reducción de los daños asociados a las drogas en los acuerdos internacionales, como complemento de los esfuerzos de reducción de la oferta y la demanda. Esperanzas de que se minimicen los

³ Disponibles en: http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56 <consulta marzo de 2010>.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

efectos contraproducentes de las acciones de reducción de la oferta entre los usuarios de drogas y las poblaciones pobres de cultivadores. Esperanzas de que se alcancen respuestas más integrales a las necesidades sociales y de salud de los usuarios de drogas, con participación plena de las ONGs, las comunidades más afectadas y los propios usuarios de drogas.

Para que estas esperanzas se vean alcanzadas, es menester que las ONGs nos comprometamos a incluir nuestra agenda, involucrándonos en el proceso e incidiendo políticamente en nuestras delegaciones nacionales.

Buenos Aires, 26 de agosto de 2008.

Referencias

CND, Resolution 49/2, "Recognizing the contribution of civil society in global efforts to address the drug problem in the context of reporting on the goals and targets for 2008 set by the General Assembly at its twentieth special session". Viena, 2006.
ONUDD, *Informe mundial sobre las drogas*. Viena, 2006.

Evaluación de las metas de UNGASS. Dificultades en torno a los sistemas de información existentes y a los criterios de evaluación de las políticas en materia de drogas

Mariana Souto Zabaleta

Licenciada en Ciencia Política por la Universidad de Belgrano, abogada por la Universidad de Buenos Aires y magíster en Ciencias Sociales con Mención en Relaciones Internacionales por FLACSO. Se especializó en Derechos Humanos en la Universidad Internacional de Andalucía. Es coordinadora de Relaciones Institucionales e Internacionales y asesora de la Subsecretaría Técnica de Planeamiento y Control del Narcotráfico, de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. También, experta nacional alterna por la República Argentina en el Grupo de Expertos Gubernamentales del Mecanismo de Evaluación Multilateral de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y docente en las universidades de Morón, del Comahue y del Salvador.

Mi presentación con respecto a la revisión de las metas de la Sesión Especial de las Naciones Unidas de 1998 no es muy optimista. Hay una serie de dificultades que quiero que vayamos pensando porque me parece que yo no diría que estamos a tiempo de cambiar las cosas, queda poco tiempo, pero estamos a tiempo de, por lo menos, tomar conciencia con respecto a algunas deficiencias que hacen que esta evaluación sea en principio cuestionable. Previo a cualquier reflexión sobre la revisión de las metas de la Asamblea General, es importante partir de una idea que todos sabemos y que todos tenemos en mente cuando hablamos del problema, pero que a veces dejamos de lado. Entender que el problema de las drogas tiene siempre un abordaje técnico y un abordaje político. Que uno puede, a los fines analíticos, separarlos, pero que en la realidad aparecen permanentemente mezclados. Y entonces, uno puede tener la mejor buena voluntad y la mejor rigurosidad técnica y no siempre los resultados son acordes con eso. Y esta es una realidad que hay que aceptar. Es como la lluvia... llueve.

El problema de las drogas es un problema político. Y todos sabemos que desde los orígenes del problema existió una politización del tema. Todos sabemos que de repente el uso indebido de drogas, la comercialización y el tráfico, se convirtieron en un problema que merecía un enfoque integral, de responsabilidad compartida, con una cantidad de legislaciones y marcos normativos institucionales tanto nacionales como internacionales para enfrentarlos. Detrás de todo esto hay un proceso de creación de significados, y detrás de todos, hay relaciones de poder y constelaciones de intereses. Eso es una cuestión básica que nosotros tenemos que comprender para no angustiarnos en el proceso. Todas las decisiones que se toman con respecto al problema se deciden en instancias políticas, en instancias de decisión. ¿Esto qué quiere decir? Que los planes de acción, los programas, las estrategias y las acciones se deciden en instancias políticas. Por supuesto que hay un aval técnico, pero la palabra final es política. Las delegaciones se conforman por funcionarios de Cancillería y de organismos técnicos, pero por supuesto que las decisiones políticas finales tienen una cierta lógica con respecto al resto de la política exterior. Aquí entra a jugar otro elemento, que son las estrategias de vinculación. Evidentemente, ningún país va a dejar avanzar demasiado un conflicto con otro estado si hay otros elementos de la política exterior que están de por medio. Y esto sucede tanto con el estado poderoso como con el estado débil. Hay cuestiones de política exterior que van atadas a la política de drogas. Uno se pone a pensar por qué en determinado momento histórico, Argentina decidió no confrontar con Estados Unidos y aceptó los lineamientos, y es porque había otras cuestiones en juego de política exterior. Y esto pasa también a la inversa. Tradicionalmente, Cuba, en la Comisión de Estupefacientes, frena cualquier tipo de decisión que presenten los países integrantes de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), porque obviamente Cuba no forma parte de la OEA. Cuando pasa eso ni México ni Estados Unidos se molestan en discutir, porque tienen otras políticas de exterior más importantes. Esto es triste, es lamentable, pero es la realidad. Y es lo que uno ve cuando asiste a estas reuniones internacionales.

Y, como les decía, esta politización que se da a nivel internacional también se da a nivel doméstico, y sucede a nivel doméstico que el problema se politiza. Y esto también genera dificultades, porque vamos a ver que los problemas de evaluación no son problemas que sólo existen a nivel internacional, son problemas que existen a nivel doméstico. Y muchas veces tiene que ver con cuestiones técnicas o con cuestiones presupuestarias, y muchas veces no. Otra cuestión: siempre el enemigo está afuera. La culpa es de las convenciones internacionales que están hechas con un espíritu represivo obligando a los estados. Nuestra legislación fue más papista que el Papa. La Convención de Viena no le exige a los estados que penalicen el consumo o la tenencia para el consumo personal. Esto la convención no lo dice, ni lo dice ningún mecanismo de evaluación. Yo trabajo y evalué 34 países del continente americano

y en ningún momento escuché ninguna recomendación a ningún país sobre la necesidad de penalizar el consumo. Ni siquiera en países como Estados Unidos, a los expertos estadounidenses, o a los mexicanos o los colombianos, que son los más duros en este tipo de cuestiones, jamás se les ocurrió hacer una recomendación. Sí, a uno se le ocurrió una vez y enseguida el resto de los 33 expertos le vinimos encima. Es decir, hay muchas cuestiones que se utilizan discursivamente para manejar el tema y esto demuestra la gran politización. A nivel interno, la colisión institucional entre organismos son un montón de cuestiones que embarran la cancha y nada tienen que ver con cuestiones técnicas. Es por eso que señalo que existen conflictos ínter burocráticos. Que existen no sólo en Argentina, también en Estados Unidos. Nosotros tratamos de pensar que las reflexiones sobre el problema de las drogas son blanco o negro, pensamos que Estados Unidos siempre actúa de determinada manera. Sin embargo, tiene una gran cantidad de conflictos interburocráticos. Los que asistimos a la CICAD vemos el cambio que ha habido en los representantes y en el tipo de bajada de línea que hace Estados Unidos en esas reuniones. Y tiene que ver ese cambio con cambios que se dieron en su propia burocracia. Porque no es un actor racional, unitario que actúa siempre de la misma manera. Lamentablemente, entonces, todos los procesos políticos que circundan el problema de las drogas son demasiado complejos para simplificarlos como hacemos siempre.

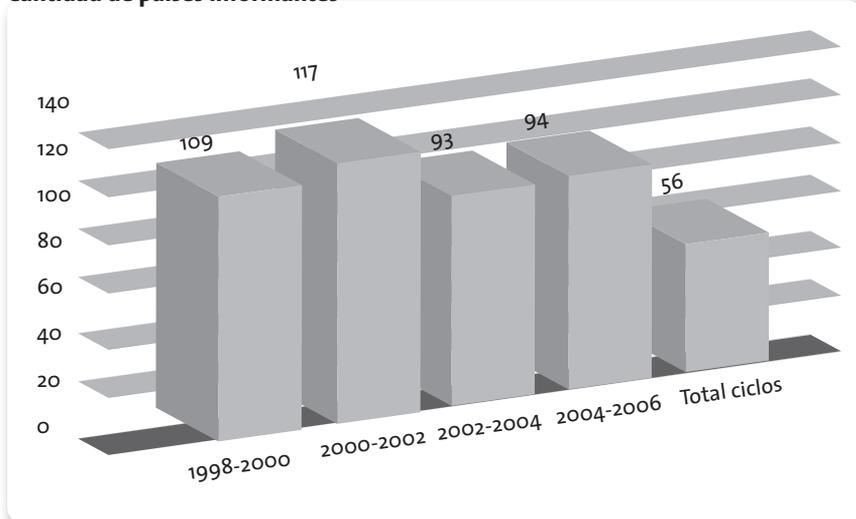
Si uno se pone a analizar la declaración política y el plan de acción aprobados en la UNGASS de 1998, que son los que dan origen a todo este debate, uno se da cuenta claramente –y en eso hay que tener mucho cuidado– que el lenguaje final de las declaraciones políticas y los planes de acción es un lenguaje que surge del consenso. ¿Qué quiere decir esto del consenso? En el ámbito de la CICAD es más simple porque son 34 países, en el ámbito de Naciones Unidas, que parece más una torre de Babel que otra cosa, el consenso es bastante complicado. ¿Qué significa este consenso? Que todos los estados tenemos que estar de acuerdo en el texto final. Por eso, la mayoría de los productos que nosotros vemos que emergen de estas reuniones no son técnicamente perfectos, por el proceso de discusión y porque hay intereses y relaciones de poder que también juegan en el producto final. En esta declaración política, si uno la lee detenidamente, se está hablando hacia 2003 pero finalmente hacia 2008, de dos tipos de evaluación que son completamente distintas. ¿Por qué? Porque hay metas que se refieren a la implementación, con lo cual la evaluación que merecen es una evaluación de implementación de las metas, políticas y acciones. Pero hay otras metas de la declaración que ya avanzan un poco más: ¿fue efectivo esto, hubo reducciones mensurables, significativas en el ámbito de reducción de la demanda? ¿Se eliminaron o redujeron significativamente los cultivos? Esas metas, en particular, implican una evaluación de progreso; es una evaluación de efectividad de la estrategia que es una evaluación distinta. Entonces, la declaración política y los planes

Aportes para una nueva política de drogas

de acción nos plantean dos cosas: evaluar si se implementaron medidas y políticas y evaluar si hubo un progreso en el problema en sí mismo de las drogas, tanto en disminución de la oferta como de la demanda a partir de que se implementaron esas acciones.

¿Qué se creó en ese momento como instrumento de relevamiento para su-
puestamente medir esto? Pues se crearon los cuestionarios bienales. SEDRO-
NAR trabaja con Cancillería bienalmente para contestar estos cuestionarios.
Ahora, esos cuestionarios que son bastante molestos de contestar pero que se
pueden contestar, ya presentaron claramente dos problemas desde el origen.
Y eso que ya vamos por el cuarto ciclo, porque ahora es un ciclo de emer-
gencia. El primer problema tiene que ver con el nivel de cumplimiento, con
la cantidad de países que informan. Como lo muestra el gráfico *Cantidad de
países informantes*, cada vez los países que informan son menos.

Cantidad de países informantes

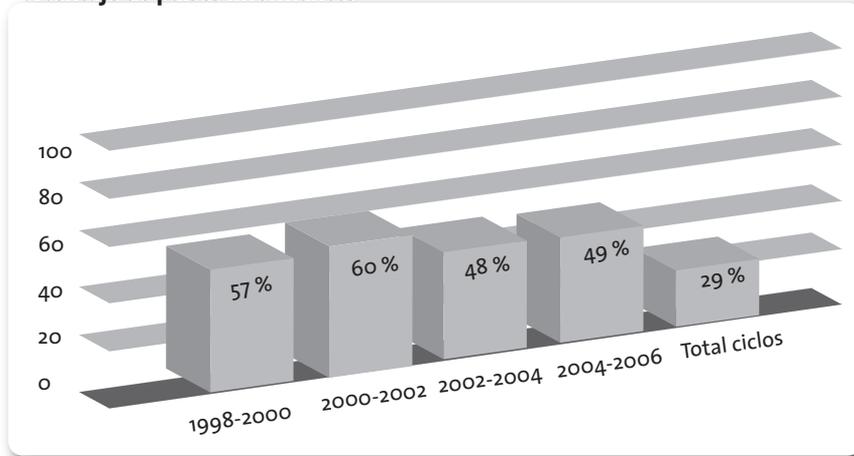


Pero lo más relevante en este caso es qué países informaron todos los ciclos de evaluación. ¿Por qué esto es importante? Porque si no, no podemos analizar a nivel tendencia qué pasó desde que se empezaron a enviar estos cuestionarios bienales. Sólo 56 países, y vamos a ver que no sólo el número de países es grave sino también en qué condiciones contestan los países. Como se describe en el gráfico *Porcentaje de países informantes*, en términos de porcentaje de países que tendrían que responder, tenemos un 29 %. Este instrumento de relevamiento de información a los fines de evaluar la declaración política de 1998, la información consolidada para todos los ciclos con la que cuenta la organización de las Naciones Unidas hoy representa un 29 % del total.

Eso, en cuanto a nivel de cumplimiento, sin empezar a pensar si todos los países contestan todos los capítulos, si contestan bien o no, o si lo hacen en

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

Porcentaje de países informantes



tiempo. Es un tema que en este momento nosotros estamos debiendo cosas por ejemplo, que esto dificulta la labor de la Organización de las Naciones Unidas porque tiene que consolidar todo esto. Por otra parte, los cuestionarios bienales tienen un primer problema: son una autoevaluación. Los cuestionarios le preguntan al Estado una serie de cosas y el Estado contesta de acuerdo a su percepción. Un segundo problema es que no hay una instancia de revisión, como sí tiene, por ejemplo, el mecanismo de evaluación multilateral de la CICAD donde el grupo de expertos le contesta al país y le dice “bueno, esto que usted me está diciendo es así efectivamente o no”. Nosotros enviamos la información a Naciones Unidas tal como la hacemos y nunca recibimos ningún tipo de comentario, pregunta o aclaración. Van partes completas, partes incompletas, no importa. Y, finalmente, es una evaluación de tipo formal. El instrumento no pregunta si la situación mejoró o empeoró, el instrumento pregunta si se implementaron medidas en todos los capítulos importantes de la declaración política. Claramente se refiere al primer tipo de evaluación de la que estábamos hablando anteriormente.

Desde 2003 en adelante hubo importantes reconocimientos por parte de los estados, de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y por parte de la sociedad civil, por supuesto, con respecto a la insuficiencia de la información disponible. Hay informes del director ejecutivo que indican esto, que dicen que la información es poca, que no es confiable, que no sirve en definitiva para medir los resultados concretos en las distintas áreas, que eventualmente sirve para medir la implementación de políticas. Hubo sesiones especiales de la Comisión de Estupefacientes, ya a nivel ministerial, que también marcaron esto, y, finalmente, en la reunión de 2006 hubo dos resoluciones importantes que implican de alguna manera este reconocimiento de la insuficiencia de la información con la que se cuenta, que son la Resolución

49/1, que está vinculada a realizar consultas con organismos internacionales y expertos nacionales e internacionales, y la Resolución 49/2, que tiene que ver con la necesidad de la participación de la sociedad civil en el proceso de evaluación mismo. Respecto a la resolución 49/1, efectivamente se hizo una reunión, se hizo un pedido de información a los distintos organismos regionales de información y una reunión oficiosa con la CICAD, la CIPOL, la INTERPOL, el Observatorio Europeo de Drogas y la OMS. Los informes no escapan al lenguaje diplomático por más reunión de técnicos que sean, ya que arrancan diciendo que sí hay complementariedad entre los sistemas regionales, es decir, que podrían ayudar pero sólo para chequear la información. Esto, porque todos los mecanismos de evaluación que existen en materia de drogas son evaluaciones formales, de implementación de políticas y no de resultados. Entonces, lo que dijeron es: “por ahí nosotros tenemos información que nos sirve para ver si efectivamente lo que contestaron ustedes está bien o mal pero más allá de eso no podemos hacer nada”. También esa reunión de expertos resaltó que había pocas respuestas, que las respuestas eran poco fiables, que muchas veces no eran coherentes. Eso, aunque parezca mentira, pasa mucho; hay cambios de gestión en todos los países, no sólo en Argentina, y el que viene contesta una cosa distinta a lo que contestó el anterior. Y además, insisto, no eran los instrumentos adecuados para evaluar el progreso con respecto al problema sino que eran sólo para evaluar políticas. Obviamente, los expertos dijeron que necesitaban otras fuentes de información y pidieron una prórroga de plazos, ya que no se llegaba al 2008.

¿Cuáles son los problemas, entonces, que tenemos ahora que hay que hacer esta evaluación? Hay instrumentos e información complementaria que se pueden utilizar pero, como ya dijimos, están orientados a una evaluación de tipo formal. Hay cierta información sobre la evolución del problema que está basada en estimaciones más que en hechos reales. Por ejemplo, están los cuestionarios anuales de Naciones Unidas, que son otros cuestionarios que tienen información estadística. Pero, ¿cuál es el problema de esta información, sobre todo para algunas áreas del problema de las drogas como el tráfico ilícito? Son estimaciones de expertos, entonces nos preguntan: “¿de dónde viene la droga?” y nosotros decimos: “el 20 % viene de acá, el 80 % de allá”. Cuando se consolidan esas estimaciones, el resultado no tiene la más mínima rigurosidad.

Por otra parte, también hay una dificultad con respecto a la medición del impacto. Porque, en realidad, tendríamos un tercer tipo de evaluación. Evaluamos si se implementaron las políticas, cómo evolucionó el problema en términos reales y ¿cómo evaluar el impacto de las políticas instrumentadas?, es decir ¿esto mejoró o empeoró a partir de que hicimos o implementamos tal política? El problema es que no tenemos diagnóstico de base como para afirmar si esto mejoró o no. Digamos, son cuestiones que la Organización de Naciones Unidas y todos los estados deberían estar planteándose.

V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

Ya nos hemos referido a los problemas respecto al nivel de cumplimiento y revisión de la información; debería generarse algún sistema por el que la Organización de las Naciones Unidas, a través de expertos, gubernamentales o no, tenga alguna capacidad de chequear la información que recibe. También hay una ausencia de datos sólidos sobre áreas importantes del problema de las drogas, por lo que resulta difícil decir que la estrategia fue un éxito o fue un fracaso. El último informe de Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas empieza diciendo que el problema se ha reducido significativamente, pero lo cierto es que hay ausencia de información. Por ejemplo, y esto pasa a nivel nacional e internacional, ¿cómo medimos el tráfico ilícito de drogas con las incautaciones? Son datos que no dicen absolutamente nada. Y el problema es que los organismos internacionales consolidan y reúnen información a nivel nacional y en la mayoría de los países la información a nivel nacional es mala. Nosotros, en Argentina, por ejemplo, recién ahora, después de dos años de vida del Observatorio de Drogas tenemos estudios comparables que permiten medir por lo menos un poquito de evaluación; 10 años hacia atrás no hay nada. Y en otras áreas tampoco, y después tenemos cuestiones dudosas, como por ejemplo lo que hace Naciones Unidas, que calcula potenciales de producción, lo que es bastante complejo, por más sistemas satelitales de medición de áreas de cultivo que existan; eso ya es una cuestión compleja por la cantidad de cosechas, la productividad de las cosechas, es decir hay muchas cuestiones para discutir. De ahí a calcular, en base a las incautaciones, que menos cantidad llegó al mercado ya es más ciencia ficción que análisis riguroso de la realidad. Y hay ausencia de información también a nivel nacional. En Argentina teníamos, desde 1989 hasta la actualidad, información sobre incautaciones; ahora ya no tenemos más y mucho menos tenemos análisis químicos o estudios sistemáticos sobre análisis químicos de las sustancias incautadas.

Como reflexiones finales, me gustaría señalar que, efectivamente, haber llegado a esta situación como llegamos, es decir, no estando en plenas condiciones de evaluar, es nuevamente un problema de responsabilidad compartida. Habitualmente, responsabilidad compartida se usa internacionalmente para decir que la culpa no es de nadie, pero en este caso la culpa es de todos. Desde los estados que han otorgado escasa prioridad en el mejoramiento de sus sistemas de información hasta los organismos internacionales que reproducen lo que los estados les dicen; sinceramente no ha sido una prioridad política. Se evalúan muchísimo las políticas, las estrategias y acciones, pero no hay evaluaciones de impacto ni a nivel nacional ni internacional. Es cierto que el objeto de estudio es complejo, pero con más razón es necesario sentarse y discutir. Nosotros tenemos en la SEDRONAR intentos de hacer estudios, por ejemplo, de la aplicación de la ley de drogas, pero no se hicieron. Sólo hay estadísticas con cortes anuales que tampoco sirven para nada. No hay un estudio profundo de seguimiento de causas judiciales o estudios de laboratorio

Aportes para una nueva política de drogas

para ver qué es lo que llega realmente al mercado consumidor, tampoco lo sabemos. Finalmente, que esto mejore, que se asigne mejor, que mejoren los sistemas de información tanto a nivel nacional como internacional, es una cuestión de voluntad política. No hay nada que los organismos internacionales hagan que no dependa de la voluntad política de los estados. Y, por supuesto, esto debe ir acompañado de la debida asignación de recursos. Esto sin recursos no se hace.

Buenos Aires, 28 de agosto de 2007.