

**Sobre las toxicomanías y algunas de sus características en el contexto local**  
**Mario A. Kameniecki<sup>1</sup>**

**Abstract:** el presente texto hace un recorrido sobre diferentes aspectos de las toxicomanías o drogadependencias diferenciando el uso de sustancias psicoactivas en las sociedades llamadas tradicionales y las contemporáneas, brindando además un panorama general sobre este campo de problemas sanitario y social que incluye desde algunas definiciones básicas hasta la situación en nuestra ciudad, las respuestas desde el ámbito público, las modalidades de abordaje preventivo y asistencial y las estrategias implementadas desde las corrientes prohibicionista-abstencionista y las de reducción de daños que incluye un análisis crítico de los temas desarrollados.

Palabras clave: toxicomanías- drogadependencias.

**Abstract:** This text makes a journey on different aspects of toxicomanía or drug addiction differentiating use of psychoactive substances in so-called traditional and contemporary societies. It also provides an overview regarding this field on public health and social issues as well, ranging from basic definitions to the situation in our city, the responses from the public arena, the preventive and assistance care approaching methodologies and strategies implemented from the prohibitionist-abstention and harm reduction currents, including a critical analysis of the developed themes.

Keywords: toxicomanías -drug addiction

Introducción

Pocos son los temas que concitan tantas pasiones – rechazos y apologías, a menudo extremos- como el fenómeno de las drogas en nuestras sociedades. El uso de tóxicos o sustancias psicoactivas (SPA) formó parte de muy diferentes culturas y tradiciones a través del tiempo utilizándose con finalidades curativas, en rituales religiosos, fiestas, ritos de pasaje y ceremonias de iniciación desde los albores de la historia humana.

El consumo de drogas en nuestra época muestra sus diferencias con el uso que podríamos denominar histórico o tradicional y a las respuestas que ha generado especialmente desde el ámbito público. Nos dedicaremos específicamente a esas respuestas en lo que atañe a los tratamientos y a la prevención – desde una perspectiva general-. En este recorrido se hace necesario detenernos brevemente también en algunos aspectos jurídico-legales en materia de drogas y usuarios de drogas y veremos las razones.

El uso, abuso y dependencia<sup>2</sup> a las drogas fue asociado con una debilidad, vicio o falla de carácter. Es así, como se construyó una suerte de paradigma moral – que más tarde, conformará la idea de flagelo- con un marco de interpretación que no ha perdido vigencia y que juzga el consumo de drogas en términos de condena social. Esto contribuyó a construir lo que llamaremos discurso de la referencia social respecto a las drogas y los usuarios, hoy fuertemente determinado por los medios de comunicación - que se retroalimentan recíprocamente- .

Sin embargo, se ha generado una actitud social doble - ambigua- con relación al fenómeno del uso de drogas: por un lado, la estigmatización y condena de los usuarios, habitualmente acompañadas por normas represivas y por otro una actitud salvadora o rehabilitadora. En determinada época, hacia fines del siglo XIX y durante las primeras décadas del XX - antes de la emergencia del uso masivo de SPA en

---

<sup>1</sup> A cargo Despacho de Jefatura del Centro Carlos Gardel de Asistencia en Adicciones, del Área Programática Hospital Ramos Mejía, Región Sanitaria I (GCBA.)

<sup>2</sup> Brindaremos algunas definiciones un poco más adelante.

nuestras sociedades que eclosiona después de mediados de la década de los '60- , el problema del alcoholismo produjo diversas respuestas sociales. Frente a la degradación física, psíquica y moral que producía, y sus consecuencias familiares, sociales y laborales surgieron iniciativas de ayuda y asistencia desde instituciones religiosas<sup>3</sup> -a las que se agregaron más tarde los servicios municipales y los de beneficencia-. Estas instituciones, aún hoy continúan trabajando (a veces junto con instancias públicas sociales y sanitarias) no solo con relación al alcoholismo sino con intervenciones para usuarios de otras SPA. Desde ellas, en general, se sigue considerando estos problemas desde la valoración moral y su superación se vincula a la fuerza de la voluntad y de la virtud como armas frente a la debilidad de la persona ante las drogas.

#### El modelo médico-asistencial:

Fueron necesarias algunas constataciones para que fuera posible elaborar un modelo diferente para concebir y abordar el problema de las drogadependencias. Empero, debió transcurrir bastante tiempo para que las toxicomanías adquirieran estatuto de problema de salud o enfermedad. Prácticamente durante toda la primera mitad del siglo XX el consumo de drogas se atribuyó casi exclusivamente a las minorías étnicas - inmigrantes chinos, mexicanos y puertorriqueños, pero también población negra- en los EE.UU.- . Las leyes sancionadas en ese período<sup>4</sup> reflejan con claridad que se trataba de instrumentos que criminalizaban el uso de determinadas sustancias vinculadas en su origen con hábitos culturales de esas minorías y en consecuencia la criminalización caía sobre ellas. Al aumentar y extenderse el consumo de tóxicos y comprobarse que entre los WASP (with the Anglo Saxon people) - es decir, la clase media blanca dominante de origen anglo sajón - se difundía y crecía el uso de tóxicos, se comienza a plantear como un problema médico. Esto sucedía a fines de la década de los '50. En suma: surgía un nuevo paradigma interpretativo de las drogadependencias. El problema y la solución se dejó en manos de la medicina. No obstante, en poco tiempo se cayó en la cuenta que se trataba de un problema bastante más complejo, multideterminado y que requería de un abordaje desde muy diversos enfoques (psicológico, social, etc: biopsicosocial) además del médico. Los tratamientos médicos que se implementaron conseguían la abstinencia y una mejoría general de estos pacientes pero tras ser dados de alta, en poco tiempo, recaían en el consumo<sup>5</sup>. En efecto, esto significó un desplazamiento del paradigma anterior, ya que de algún modo el drogadependiente pasó de vicioso a ser considerado un enfermo – aunque nunca del todo- . Este “nunca del todo” vinculado con las recaídas, más o menos habituales en este campo de problemas, llevó a considerar que estas personas no deseaban curarse de su adicción a las drogas, y que ni más ni menos esto lindaba con el vicio. En efecto, si las recaídas forman parte de la adicción a las drogas esto significa que con la abstinencia solamente no alcanza. Se requieren algunas otras operaciones para que una persona se deshábite.

Durante los años 1960-1970 el uso de alucinógenos (LSD, algunos hongos, marihuana) en norteamérica se articuló con ciertos aspectos contraculturales de rebeldía juvenil y también de la bohemia vinculados con círculos artísticos, musicales y

<sup>3</sup> Un lugar aparte ocupa la organización Alcohólicos Anónimos (AA.); lo mismo vale para Narcóticos Anónimos (NA.), con un modelo similar pero que se crea bastante más tarde.

<sup>4</sup> Sobre este tema se recomienda consultar globalmente – si bien hay algunos capítulos que se ocupan particularmente de estas cuestiones- , la interesante y exhaustiva obra de Escotado, A (1990) *Historia general de las Drogas*, Alianza, Madrid.

<sup>5</sup> Sobre este punto se puede consultar nuestro trabajo *Concepciones clínicas e institucionales en toxicomanías*, en Clínica Institucional en Toxicomanías: una cita con el Centro Carlos Gardel (VV.AA.), pp. 17-40, Letra Viva, Buenos Aires, 2006.

con los movimientos pacifistas - años del hippismo, de la *beautiful people*, de la música pop, de la guerra de Vietnam- en los EE.UU -en consonancia con los movimientos de derechos civiles para las minorías- y luego en Europa. Pero pocos años después, se instala y rápidamente se generaliza el uso de heroína<sup>6</sup> (inyectable) que en poco tiempo se transformó en una suerte de epidemia, con numerosos usuarios que desarrollaban una severa dependencia a esta sustancia. Se forja la asociación heroína-marginación-delincuencia con la consecuente alarma social, reforzada por el hecho que se trataba de una población desencantada y de estratos marginales -o marginalizada-. La figura del heroinómano con su deterioro, degradación física y moral comienza a conformar la imagen del drogadicto que se autodestruye y del paradigma del *flagelo de la droga* que lleva a la muerte. Esto acentúa la legislación criminalizadora prohibicionista que recae sobre el tráfico pero también - esto es casi una constante- sobre los consumidores. Es en este punto donde surge como complemento al flagelo la idea de cruzada contra las drogas, es decir, una guerra. Además, da lugar a convenios Internacionales a partir del de Viena de 1961 y los que le siguieron, con sus consecuencias a través de tratados y acuerdos que suscribieron las naciones y con los que se comprometían cumplir; se trata de la implementación de mecanismos de control y fiscalización de determinadas SPA. que se declaran ilícitas -que se instrumentaron desde la ONU- , pero bajo los dictados de la política de drogas norteamericana fuertemente prohibicionista.

#### Sobre la terminología y el lenguaje

A esta altura se hacen necesarias algunas aclaraciones sobre las expresiones utilizadas para nominar este campo y también algunas definiciones. Decir drogadependencias, genéricamente, es nombrar con esa palabra un *fenómeno*: el del consumo de drogas, tóxicos o SPA. Sin embargo, no es el único término con el cual se denomina. Veamos algunos de ellos: adicciones, drogadicción, uso indebido de sustancias, fármacodependencia, toxicomanía - entre los más utilizados- . ¿Todos significan lo mismo, es decir, todos estos términos son sinónimos? Pensamos que no, aunque a menudo se utilicen como si lo fueran; es más, entendemos que estos nombres surgen de contextos socioculturales y momentos diferentes aunque se usen indistintamente.

La expresión toxicomanías proviene de la psiquiatría (ya en textos clásicos aparecen términos tales como morfinomanía, cocainomanía, heroinomanía); adicciones, constituye una expresión muy amplia que si bien se utiliza para denominar el consumo de drogas su alcance, actualmente, se ha generalizado, ya que hoy día se habla de adicción a la comida, al trabajo, al sexo, a internet y a todos los objetos que se nos puedan ocurrir que impliquen conductas compulsivas hacia ellos. Drogadicción, es una palabra que precisa la adicción a la/s droga/s. Uso indebido de sustancias pone el acento en que se hace una utilización de las drogas que no es la que se debería. Fármacodependencia, es un término que surge más bien de la epidemiología y más específicamente del Centro de Estudios en Fármacodependencia de México que tuviera su auge hasta fines de los años '70. Drogadependencia (o drogodependencia, como se la llama en España) conforma una expresión que contiene las partículas droga y dependencia. Habría que hacer algunos comentarios sobre lo que antecede.

---

<sup>6</sup> La heroína - *droga heroica*- sustancia semisintética derivada de la morfina comenzó a utilizarse después de mediados de 1860 pensando que no conllevaría los inconvenientes de esta última en lo que respecta a la producción de dependencia; sin embargo, los hechos demostraron todo lo contrario: resultó mucho más adictiva y no más eficaz que la morfina. Se trata de una sustancia que fue legal hasta casi mediados del siglo XX. La morfina, uno de los alcaloides del opio, y sus derivados, conforman un grupo de fármacos denominados hipnoalgésicos que constituyen las drogas más poderosas con que cuenta la medicina para el alivio del dolor. De uso regular en los conflictos bélicos - debido a sus propiedades- , se empleó por primera vez durante la guerra de secesión norteamericana (1861- 1865) merced a la invención de la jeringa (con aguja) hipodérmica.

Para el discurso común, cotidiano – y a menudo también para muchos profesionales de la salud- la totalidad de los consumidores de drogas son adictos, drogadictos o drogadependientes. En la experiencia clínica de los que trabajamos en la asistencia de estas personas esto no se corrobora; no todos son adictos o dependientes. Deberíamos reservar estos términos solamente para aquellas personas que han desarrollado propiamente un estado de dependencia química (física) y/o psicológica – es decir una adicción-. Ofrecemos a continuación algunas definiciones.

Drogadependencia (OMS,1964): estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) tendencia a incrementar la dosis; 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga; 4) efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

Drogadependencia (OMS, 1982): síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como importantes.

Drogas de Abuso (OMS, 1982): aquellas de uso no médico con efectos psicoactivos (capaces de producir cambios en la percepción, estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas.

Droga (OMS, 1982): aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva (craving), capaces de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasiona en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social. Esta definición es equivalente a la de droga de abuso.

Síndrome de drogadependencia (CIE-10, 1992): trastorno que presenta los siguientes aspectos: a) manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas características; b) se da máxima prioridad al consumo de la sustancia; c) hay un deseo intenso o insuperable de administración; d) las recaídas después de un período de abstinencia llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes. Criterios diagnósticos: (3 o más de los rasgos siguientes) 1) deseo o compulsión de consumir la sustancia; 2) disminución de la capacidad de control del consumo: para comenzar o para terminar; 3) síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando se reduzca o cese el consumo; 4) tolerancia; 5) abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión; 6) persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Abuso (Real Colegio de Psiquiatras Británico): cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental, o el bienestar social del individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general.

Abuso (DSM-IV): A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los síntomas siguientes durante un período de 12 meses: 1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa; 2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir automóviles, manejar máquinas); 3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia; 4) consumo continuado de la sustancia, a

pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. B. Los síntomas no cumplen los criterios para la dependencia de sustancias.

Drogadependencia (DSM-IV, 1994): grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella; existe además un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia ya una administración compulsiva de la sustancia.

Drogadependencia (DSM-IV): patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por 3 o más de los síntomas siguientes en los últimos 12 meses: 1) tolerancia: cada vez más cantidad para conseguir el efecto deseado, o el efecto de las mismas cantidades disminuye con el consumo continuado; 2) abstinencia: síndrome de abstinencia característico para cada sustancia, administración de la sustancia o una parecida para aliviar o evitar la abstinencia; 3) la sustancia se administra con mayor frecuencia, cantidad o período de tiempo de lo que se pretendía inicialmente; 4) deseo persistente de consumir o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo; 5) se emplea mucho tiempo en conseguir, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia; 6) se continúa el consumo a pesar de tener conciencia de los problemas que le ocasiona.

Estas son algunas de las definiciones para las drogadependencias que se han propuesto a lo largo de los últimos 40 años. Algunas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) – CIE-10- y otras del DSM-IV que prácticamente constituyen las referencias de la mayoría de los países, excepto los de la Unión Europea que se manejan con el CIE-10.

Si leemos con atención las definiciones que anteceden podemos observar, en principio, dos cuestiones. La primera, es que no todo consumo de drogas es una drogadependencia; para que esta se constituya hace falta que se cumplan algunas condiciones. Señalamos esto, ya que como se planteó anteriormente, hoy por hoy se denomina adicción o drogadicción, así, sin más, a cualquier tipo de consumo de drogas; no se diferencia entre uso, abuso y dependencia: todos (los que consumen) sin excepción son considerados adictos por el discurso social en general. La segunda, es que se puede observar una evolución en las definiciones que van desplazando el acento puesto en la sustancia como causa o agente de la drogadependencia a las conductas del sujeto – lo repetitivo, lo compulsivo de los comportamientos-. El Dr. Claude Olievenstein, especialista francés en toxicomanías, autor de diversos artículos y obras sobre el tema, que fuera creador y director del centro especializado Marmotan de París postula que la producción de una toxicomanía está determinada por un encuentro entre una estructura psíquica (subjetividad), en un determinado momento (historia personal, contexto sociocultural), con una sustancia (droga); del interjuego entre los componentes de esta triada resultará una toxicomanía – en los casos más graves- o situaciones de uso, experimentación o abuso<sup>7</sup>.

Retomando la cuestión de la terminología utilizada para referirnos al fenómeno del consumo de drogas, nosotros preferimos el término *toxicomanía*; esta palabra, conformada por el sufijo *manía*, expresa junto a la partícula *tóxico*, algo que no solamente implica uso, abuso o dependencia- es decir, la relación con la sustancia- , sino un estado que está en las antípodas del duelo y de la pérdida de objeto y que

---

<sup>7</sup> Para este concepto entre otras obras de Olievenstein se pueden consultar *La vida del toxicómano*, Fundamentos, Madrid, 1985, y también *Las toxicomanías*, Fundamentos, Madrid, 1985.

implica el triunfo sobre el objeto, sin ninguna pérdida: eso es la manía<sup>8</sup> -y no solamente el estado de excitación o euforia observable fenoméricamente-. Sabemos que hay diferentes tipos de sustancias que se utilizan para consumir y no todas son estimulantes o euforizantes; muchas de ellas, al contrario, son depresoras y proporcionan tranquilidad a quien las consume, es decir, no provocan estados maníacos.

### En la ciudad de Buenos Aires

En nuestra ciudad se crea en el año 1967, en un ámbito psiquiátrico, el primer servicio para drogadependientes en el Hospital Neuropsiquiátrico Borda – que fuera cerrado tras un breve período de funcionamiento -. En el año 1974 se crea el Centro Nacional de Rehabilitación Social (CENARESO) merced a una ley nacional dedicado exclusiva y específicamente a la atención de consumidores de drogas. Fue la primera institución pública especializada de alcance nacional en el tema. Los servicios existentes en los hospitales públicos y centros de salud no estaban ni preparados ni organizados para atender el problema que ya se insinuaba. La gran mayoría de los profesionales sanitarios no tomaban al consumo de drogas como un campo de su competencia; su tratamiento, se concebía, solamente podría estar a cargo de centros especializados. Era común que los médicos y los psicólogos aconsejaran que el lugar para tratar las adicciones era una internación en “granjas de rehabilitación”, es decir, se referían mediante esta expresión a los aspectos que conocían o habían escuchado de las metodologías de las comunidades terapéuticas (CT.) para toxicómanos. Como respuesta y en paralelo comienzan a surgir servicios creados desde algunas ONG’s, a partir de mediados de los años ’80, para atender a los toxicómanos en su gran mayoría orientadas al formato de la CT libre de drogas, vale decir, cuyo requisito de ingreso y único objetivo eran la abstinencia. Cabe señalar aquí, que la CT surge como modelo no profesional de abordaje de las toxicomanías, ya que en su origen estas instituciones implementaban tratamientos entre pares, conducidos por ex adictos, sin profesionales.

En sintonía con este, el modelo o paradigma médico asistencial también concibe el tratamiento de las drogadependencias enfocado únicamente a lograr la abstinencia. Esa es la meta y en muchos casos, como en las CT., la condición de ingreso; de lo contrario, es decir, si no renuncian al consumo al iniciar el tratamiento, estas personas no eran (y en muchos casos no lo son aún actualmente) admitidas en esas modalidades terapéuticas. Estos tratamientos se caracterizaron por ser muy directivos y prescriptivos. Las recaídas se consideraban fracasos y constituían un índice que se requerían medidas más estrictas, de mayor control, disciplinamiento -y de penalizaciones o castigos-. En realidad, la estructura de estos tratamientos se asemeja en algunos puntos al modelo médico tradicional: se espera la demanda en la institución, la atención es en la institución; el consumidor de drogas es ubicado como alguien irresponsable e incapaz de tomar decisiones propias por lo cual que debe ponerse en manos de los expertos y obedecer pasivamente si quiere superar su dependencia. El modelo de las CT responde a coordenadas similares pero sin ningún tipo de profesionales, como ya se expresó: el tratamiento es entre pares – al menos en el modelo original-<sup>9</sup>. Sin embargo, su esquema es muy rígido y jerárquico. Las CT para toxicómanos se desarrollaron en nuestro país a partir de los últimos años de la

---

<sup>8</sup> cf. Freud, *Duelo y Melancolía* (1917) OC, Vol. XIV, Amorrortu, Buenos Aires, 1979.

<sup>9</sup> Nos referimos al esquema de Synanon en Norteamérica (hoy Daytop) y al del Proyecto Hombre en Italia (Progetto Uomo) posiblemente los más representativos.

década de los '80 y durante los años '90, aunque con el correr del tiempo fueron incorporando profesionales de la salud en sus planteles<sup>10</sup>.

Después de mediados de los años '80 en diferentes hospitales y en algunos centros de salud mental de la ciudad de Buenos Aires comenzaron a conformarse pequeños equipos de profesionales para dar respuesta a la demanda asistencial de las personas que consultaban por problemas vinculados al uso de drogas y alcohol. Esto sucedía en el marco de los servicios de psicopatología y la atención que se brindaba era psicológica y psiquiátrica, excepto en el caso del Hospital Fernández donde el servicio que se hizo cargo de esta demanda fue el de toxicología. En el año 1989 se sanciona la ley 23737<sup>11</sup> – que continúa vigente- , y que fuera elaborada durante el último tramo del gobierno del presidente (del partido radical) Raúl Alfonsín en el cual obtiene media sanción de la cámara de diputados y que se promulga ya con el presidente electo (del partido justicialista) Carlos Menem en el gobierno prácticamente sin modificaciones. Esta ley que fuera preparada por el diputado radical Lorenzo Cortese penaliza inclusive la tenencia para consumo personal, es decir, la tenencia independientemente de la cantidad de sustancia. Establecía una diferencia con la legislación anterior en materia de drogas (ley 20771) ya que en esta era el juez quien establecía si la cantidad era o no para consumo personal y en consecuencia aplicaba o no la pena. Esta ley, además, cuenta con una medida de seguridad curativa que implica un tratamiento que impone el magistrado como alternativa a la pena privativa de la libertad: o tratamiento o cárcel. Merced a esta legislación comienzan a llegar masivamente a los hospitales personas que debían realizar tratamientos impuestos por orden judicial<sup>12</sup>.

En esa época se crea la Secretaría de Programación para la prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico (SEDRONAR) dependiente de la presidencia de la nación. Desde sus inicios, se dedicó, en lo que respecta a asistencia de las drogadependencias a subsidiar tratamientos mediante un sistema de becas. Las instituciones que recibían a los pacientes eran CT residenciales del ámbito de las ONG's basadas en la abstinencia. Durante varios años se sostuvo que el único tratamiento eficaz para el problema de las adicciones consistía en la internación (prolongada) - régimen residencial- en este tipo de instituciones; prácticamente no se tomaba en cuenta o se desestimaba la posibilidad de un abordaje ambulatorio por considerárselo ineficaz<sup>13</sup>. No obstante, este organismo nacional derivaba muchísimos casos al sistema público para tratamientos ambulatorios, ya que los recursos para

---

<sup>10</sup> La primera institución que implementó una CT para adictos en el ámbito local fue el Programa Andrés después de mediados de los '80. Esta ONG estaba dirigida por el pastor Novelli. El auge en nuestro medio de las CT como modalidades de tratamiento para drogadependientes se dio durante la primera mitad de los años '90. Después de ese período el presupuesto de la SEDRONAR comienza a ser recortado progresivamente por el ministerio de economía y los subsidios estatales experimentan una disminución importante. Es en ese momento que muchas ONG's cierran mientras otras se transforman en centros ambulatorios con abordajes del tipo de centro de día. Vemos así, que el axioma dominante “el único tratamiento eficaz para las adicciones es la internación” (en una CT) se deja de lado por los tratamientos ambulatorios en virtud de razones políticas y no clínicas.

<sup>11</sup> Un proyecto de ley anterior que no prosperó – por razones que aquí no vamos a desarrollar- , fue elaborado por el entonces legislador radical Adolfo González Gass; enfocaba el tema no desde un sesgo criminalizador sino desde un enfoque de salud pública.

<sup>12</sup> Recién en el año 2009, un fallo de la corte suprema de justicia abrió el camino que se orienta hacia la despenalización de la tenencia para consumo personal – uno de los artículos más cuestionados de la ley vigente- . Cabe señalar que, en esa línea, pero articulada a una política general en materia de prevención y asistencia del abuso y dependencia a las drogas venía trabajando la Comisión Asesora (conformada por expertos) convocada en 2007 por el ministerio de justicia de la nación y que luego pasó a la esfera de la jefatura de gabinete de la presidencia.

<sup>13</sup> No se diferenciaba entre uso, abuso y dependencia: *todos* eran adictos -y aún hoy subsiste esta concepción en muchos ámbitos- .

subsidiar los tratamientos si bien considerables, al menos durante los primeros años de la década de los '90, estaban limitados a las internaciones.

En el ámbito municipal de la ciudad de Buenos Aires se decide crear en el año 1990 la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones (RMSA) desde la Secretaría de Salud y bajo la dependencia de la Dirección de Salud Mental. Esta red se conformó con la inclusión de todos los profesionales que en forma individual o en pequeños equipos de trabajo asistían en los hospitales y centros de salud mental a las personas con problemas relacionados al uso de drogas<sup>14</sup>. Como ya señalamos, se trataba de recursos profesionales de salud mental. El decreto que formalizó la red de adicciones incluía recursos financieros - partida presupuestaria- para ese sector pero esto nunca se concretó.

En esos años - fines de los '80 y primera mitad de los '90- , surgieron numerosos centros privados de tratamiento de adicciones en su gran mayoría con el modelo de la CT suburbana (granjas) en ONG's pero también urbana bajo el paraguas de la ley 23737 que privilegiaba este tipo de tratamientos a través de su medida de seguridad curativa que, como se consignó, contaba con subsidios del estado nacional a través de la Secretaría de Programación para la prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico (SEDRONAR). Empero, esta agencia no implementó hasta hoy un plan nacional de drogas<sup>15</sup>. Fue la provincia de Buenos Aires, el distrito más grande del país la primera en crear una Secretaría de prevención de las adicciones en el año 1990 con un sistema de centros preventivo-asistenciales (CPA) distribuidos en su vasto territorio, aunque de escasa repercusión y visibilidad en la población, aún en la actualidad.

Paralelamente, en el campo de la prevención se trabajó con metodología informativa y atemorizante, únicamente abstencionista con el eje y el acento puestos casi exclusivamente en las acciones, efectos y daños que ocasiona el consumo de drogas. Las actividades estaban dirigidas, básicamente, a los ámbitos de educación pero sin articulación con la educación para la salud o con un enfoque de educación preventiva. Se trataba de charlas puntuales a cargo de expertos que no pertenecían a la comunidad - de paso - centradas en las acciones y efectos (dañinos) de los tóxicos, con métodos prescriptivos. Todos podían hacer prevención indiscriminadamente: médicos, psicólogos, asistentes sociales, policías, etc. El resultado no fue el esperado ya que el aumento en el uso de tóxicos se hizo evidente. Volveremos sobre el campo de la prevención.

Este enfoque predominó desde principios de los años '90. De ello podemos concluir que la experiencia nos enseñó que el tratamiento de las drogadependencias es complejo y son frecuentes las recaídas en el consumo; que las actividades de prevención desde ese tipo de formatos y metodologías son ineficaces; que con la información atemorizante no alcanza y, es más, a menudo puede resultar contrapreventiva.

Un aspecto muy importante del tema fue lo observado en el aumento de la morbilidad y mortalidad entre los usuarios de drogas por vía parenteral (intravenosa) de cocaína en nuestro medio (en Europa y en los EE.UU se trataba de heroinómanos) por VIH-Sida, pero también por hepatitis B y C. Otro dato importante que se pudo constatar es que el contacto de los drogadependientes con el sistema de salud era bastante bajo, así como la adherencia a los tratamientos. En los sistemas de CT – abstencionistas- la

---

<sup>14</sup> Desde el año 1988 la gestión de salud mental municipal - a la sazón Departamento de Salud Mental- impulsaba el desarrollo del área de adicciones mediante jornadas y reuniones de intercambio con diferentes servicios hospitalarios.

<sup>15</sup> En los años 2004-2005, la SEDRONAR comenzó a trabajar con orientaciones tendientes a promover un plan nacional de drogas en el seno del Consejo Federal de Drogas (COFEDRO) que comenzara a funcionar en el año 1999. Se puede consultar en [www.sedronar.gov.ar](http://www.sedronar.gov.ar)

retención era de un porcentaje muy bajo al cabo de un año. Un período de latencia más o menos largo – de 5 a 10 años- desde el inicio del consumo hasta que consultan es lo que caracteriza a esta población. En síntesis: desde el comienzo del uso de drogas hasta que pedían asistencia podían pasar muchos años.

#### El modelo de salud pública :

En el curso de la década del '70 el consumo de SPA siguió aumentando pero también se modificó mediante la difusión y la instalación por el mercado de nuevas drogas y vías de administración. Se extiende así en pocos años – como decíamos anteriormente- el consumo de heroína en los países más desarrollados y el gasto en salud, el costo social y laboral se incrementan significativamente por los problemas que ocasiona lo cual tiene como consecuencia que muchos países comiencen a abordar las drogadependencias como un problema ya no solo de salud individual sino como un problema de salud pública lo que implicó la implementación de políticas públicas en la materia (políticas de estado). No obstante esta línea se consolidará unos años más tarde como pasaremos a mostrar seguidamente y a raíz del surgimiento de otro problema de salud: el VIH-Sida

Iniciados los años '90 y al principio como consecuencia del importante impacto de la pandemia de VIH-Sida que irrumpe a mediados de los años '80, se produce en algunos países un cambio significativo en la manera de pensar y enfocar el consumo y la dependencia de las drogas. Esto da lugar a un nuevo paradigma que llamaremos de salud pública pero basado en intervenciones denominadas de reducción de daños (*harm reduction*).

Esto sucedía en algunos países europeos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y luego – más cerca nuestro - en Brasil. En nuestro país, a pesar del importante impacto del VIH-Sida, se continuó con las concepciones del modelo médico asistencial y con una fuerte resistencia por parte de los estamentos públicos -alineados con la política prohibicionista norteamericana- a la implementación de estrategias de reducción de daños (RD)<sup>16</sup>. En esa época se registra especialmente en Europa una cierta estabilización del consumo de heroína, un incremento del consumo de cocaína, la aparición en el mercado de las llamadas drogas de síntesis – las mal llamadas *drogas de diseño*- , y un cambio en los patrones de consumo de alcohol entre los jóvenes.

Este modelo de RD se propuso como objetivo fundamental reducir o disminuir los daños y riesgos asociados al uso de drogas y no proponerse como única meta a conseguir la abstinencia.

Para ello se plantea una jerarquía de objetivos: 1, aumentar el contacto y adherencia a los tratamientos; 2, reducir la morbimortalidad; 3, minimizar el deterioro social; 4, mejorar la calidad de vida; 5, conseguir la deshabitación y no sólo la abstinencia del consumo de drogas. En efecto, conseguir la abstinencia depende de otros objetivos más inmediatos y más fáciles de conseguir como reducir los efectos negativos sobre la salud, el deterioro social y la marginación.

Así, a partir de estas modalidades se diseñan estrategias de intervención orientadas a ampliar el espectro de la oferta de atención, con objetivos diversos, amplios e intermedios, adaptando las intervenciones a la heterogeneidad de situaciones y a los usuarios de drogas, implementar una relación profesional-paciente más flexible y participativa, aceptar el consumo controlado como objetivo posible y establecer servicios más amigables y no expulsivos. En algunos países que adoptaron estas estrategias se pueden observar tres modalidades de intervención que describiremos seguidamente.

---

<sup>16</sup> La única excepción es la ciudad de Rosario, en la provincia de Santa Fe, que implementa programas públicos de RD desde fines de los años '90 desde el municipio en articulación con el Centro de Estudios en Drogadependencias y Sida de la Universidad Nacional de Rosario (CEADS-UNR).

1- programas de sustitución y luego de mantenimiento para usuarios de heroína - con metadona, bastante menos con buprenorfina, LAAM y también con heroína - , con una notable disminución de la morbimortalidad y del delito en esta población.

2- Programas de intercambio de material de inyección para prevenir la transmisión del VIH-Sida, conjuntamente con otras medidas sanitarias como vacunaciones (contra hepatitis B principalmente), educación para la salud, etc.

3-Actividades de contacto: con ampliación de horarios de centros de atención adaptados a las necesidades de los usuarios de drogas, además de trabajo de contacto y acercamiento en calle (*outreach*) con promotores o educadores – en los mismos escenarios de consumo- .

Cabe mencionar algunos otros aspectos que caracterizan a las actividades de reducción de daños:

a- las deserciones o abandono de los tratamientos se consideran más una falla del programa que del paciente.

b- el énfasis está puesto en el cambio y adquisición de actitudes saludables más que en si estas personas continúan o no consumiendo drogas.

c- Se opera un cambio en la actitud profesional: se pasa de esperar la demanda a ir en busca de los potenciales pacientes.

d- No se trata de intervenciones únicas sino múltiples y flexibles.

e- Se pasa de las intervenciones a nivel individual a las intervenciones en las actitudes de los grupos de pares

f- Se orienta a educar y capacitar a los consumidores a los efectos que asuman un rol participativo activo.

Esto contrasta con las actitudes directivas o prescriptivas de los profesionales a la espera que los usuarios cambiaran de conducta como condición de acceder a un tratamiento. En estas estrategias se privilegia el contacto del consumidor con los servicios y el acompañamiento en su proceso. Esto posibilita el contacto precoz con personas que consumen sustancias ya que estos no temen que se les imponga una abstinencia como condición de recurrir a un servicio (intercambio de material de inyección, vacunas, enfermería, consultas y controles clínicos, apoyo psicológico en situaciones de crisis, ayuda para controlar el consumo o disminuirlo, preservativos, comida, ropa y cama para los más necesitados, etc). Vale la pena reflexionar también sobre el impacto de estas medidas en las familias, en la reducción del gasto hospitalario por internaciones, etc

En esta perspectiva, el usuario de drogas participa activamente en su proceso de tratamiento y se lo implica responsabilizándolo de sus cambios, aunque el consumo persista. Además cada vez más se los incluye en el diseño de programas preventivos y de tratamiento y su participación en calidad de operadores o promotores sanitarios y sociales. Pero las representaciones sociales de las drogas y de los consumidores de drogas determinan que la opinión pública cuente con el concepto único que un tratamiento exitoso es el que conduce a la abstinencia total y definitiva. Esta idea genera a menudo resistencias importantes a las estrategias de reducción de daños y muchas veces actitudes de franco rechazo hacia este tipo de intervenciones.

Las modificaciones que se han producido en el consumo de alcohol - un desplazamiento, en especial entre los jóvenes, de la intoxicación crónica a la intoxicación aguda y periódica- , conlleva otro tipo de problemas: muertes en accidentes de tránsito, violencia doméstica y en la calle, etc. En lo que respecta al

tabaco se observa un aumento de su consumo en las mujeres y cierta disminución en los hombres jóvenes. En nuestro país en estos últimos años el ministerio de salud ha desarrollado un intenso trabajo mediante campañas y legislación orientadas a la disminución y abandono de ese hábito. En algunos países se han comenzado a implementar estrategias de reducción de daños -incipientes todavía- , dirigidas al consumo más controlado de alcohol y algunas experiencias en el campo del consumo de tabaco.

En el ámbito de la prevención, los países que implementan estrategias de RD, trabajan por un lado la temática de las drogas como un tema más - prevención inespecífica- , de educación para la salud propiciando la capacidad crítica, la toma de decisiones, la adopción de conductas más saludables, la autoestima, la autonomía, etc. Tiende, por otra parte, como decíamos, a la reducción o disminución de los daños y riesgos, además de la reducción del uso. Es requisito que las intervenciones cuenten con continuidad, regularidad y se adapten a las necesidades de las poblaciones destinatarias. Muchas veces se puede observar cómo fracasan algunos programas preventivos que no toman en cuenta estas necesidades sino que se diseñan ignorando la realidad o la situación de los consumidores de drogas.

En nuestro país las actividades de prevención en materia de uso y abuso de drogas se han caracterizado por su inconsistencia y discontinuidad. Tal es así, que la población no cuenta prácticamente con materiales preventivos publicados ni difundidos por las instancias responsables de esas temáticas (v.g. SEDRONAR, en el nivel nacional). Concretamente no existen, ya que, aparentemente, no se destina (casi) ninguna partida presupuestaria para ello. La ciudad de Buenos Aires, capital de la nación, tampoco cuenta con materiales preventivos a pesar de tratarse del municipio más importante, complejo y estructurado del país. Las acciones preventivas que se realizan son en general inconexas y se basan en intervenciones esporádicas y aisladas principalmente en el área de educación que surgen por demandas puntuales y que se agotan rápidamente. Existe desde el año 1997 un Programa de drogadependencias que contempla los tres niveles de atención pero que no cuenta con partidas presupuestarias propias y depende de la Dirección de Salud Mental la cual tampoco maneja recursos de financiamiento. La red de adicciones (RMSA)<sup>17</sup> - que también depende de esa misma Dirección- se encuentra conformada por escasos efectores y muy pocos profesionales, en su mayoría dentro de los servicios de salud mental hospitalarios<sup>18</sup>. No cuenta con dispositivos de internación para personas con problemas relacionados con el uso de drogas.

#### El caso del pegamento

Otro grave problema - en realidad de índole más social aunque con graves consecuencias para la salud - , es el del uso de pegamentos y solventes volátiles por los chicos en situación de calle, para lo cual se hace necesaria una respuesta de las instancias públicas de protección de los niños. Este consumo - de sustancias legales- se caracteriza por su alta toxicidad y morbimortalidad. El uso de estos tóxicos - no aptos para consumo humano- no es nuevo; especialmente los pegamentos de tipo epóxico son utilizados por niños de sectores de alta vulnerabilidad social y sanitaria

---

<sup>17</sup> La Red Metropolitana de Servicios en Adicciones (RMSA) fue creada merced al Decreto 1757/90 de la Secretaría de Salud de la entonces Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires; contemplaba la asignación de recursos presupuestarios que nunca se efectivizaron.

<sup>18</sup> En el nivel municipal (GCBA) en el área de salud, funcionan tres centros de asistencia específicos y un servicio de toxicología de referencia (que incluye atención en guardias); los centros carecen de estructura orgánico funcional, RR.HH. insuficientes y plantas físicas en condiciones deplorables. En muy contados hospitales y centros de salud hay algunos profesionales que atienden este tipo de problemas. Estos son los efectores de la Red de Adicciones.

que habitualmente no acceden al sistema de salud. Esta práctica se ha extendido a otras sustancias volátiles como nafta, querosén, gasoil, etc. En algunas provincias se promulgaron leyes que prohíben la venta a niños y adolescentes de este tipo de pegamentos como así también se promueve la fabricación de adhesivos sin tolueno. Estas prácticas de abuso – de tóxicos legales- tuvieron su auge en la década de las '90. Hoy por hoy, pensamos que en esta población se ha operado un desplazamiento del uso de de estas sustancias a la pasta base de cocaína (PBC) como veremos.

Esto nos lleva al profundo replanteo que debemos efectuar en lo que respecta a centros de atención -actividades y horarios- . Debemos preguntarnos si los dispositivos con los que contamos se adecuan a las necesidades de estas poblaciones. Los chicos marginados, y no marginales, de la calle no acceden ni a los hospitales ni a los centros sanitarios; es muy bajo el porcentaje de consumidores de PBC – aunque en `progresivo aumento-` procedente de estos estratos sociales que llega/accede al sistema sanitario.

En otro orden de cuestiones, pero con relación a los adolescentes, también se hace necesario diseñar estrategias de intervención preventiva en espacios de ocio-diversión vinculados al consumo de drogas sintéticas (vg. *éxtasis*) y cuyos usuarios no suelen consultar en los centros asistenciales.

Estos nuevos consumos y nuevos tipos de consumidores requieren dispositivos de intervención que respondan a sus necesidades. Actividades en los escenarios de consumo, en horarios nocturnos, durante los fines de semana con profesionales que trabajen por fuera de los centros son, entre otras, las estrategias que deberíamos incluir.

Otro aspecto que no tenemos que descuidar son las características subjetivas y el contexto sociocultural; se ha puesto el acento excesivamente en las sustancias dejando de lado estas importantes cuestiones. Actualmente, desde la neurociencias, es notable el gran interés puesto en la investigación de los fundamentos - o causas- , biológicas y genéticas de las drogadependencias, desde un enfoque muy importante sin duda, pero que deja de lado el uso de drogas como fenómeno social y como toxicomanía de masas - como lo han denominado algunos autores- .

Debemos tener en cuenta que la marginación, la pobreza y la exclusión social agravan la morbimortalidad por drogas y viceversa. El problema de las personas -y los chicos, como ya señalamos- que viven en situación de calle no son las drogas y el alcohol sino la pobreza y la exclusión que generan alta vulnerabilidad social y sanitaria.

Entender que el fenómeno del uso de drogas es sociocultural y connotado por la época nos permitirá aceptar su existencia y pensar como afrontarlo en lugar de apuntar a la idea - ideal- , de erradicar las drogas del planeta. Las drogas psicoactivas, como se expresó al comienzo de esta comunicación, siempre existieron; lo esencial es el uso que se hace de ellas. Postulamos que adoptar un enfoque socio-sanitario implica la posibilidad de ubicar el eje de nuestras intervenciones en disminuir - y si es posible hacer cesar- el consumo de drogas y los problemas asociados.

#### La pasta base de cocaína (PBC)

En el ámbito local estamos observando no solo un aumento en el consumo de drogas y alcohol sino una modificación en el tipo de tóxicos y patrones de uso. Tras la crisis política, social y económica de finales del año 2001 que conmocionó a nuestro país se ha producido un fuerte y significativo desplazamiento del consumo de cocaína al uso de PBC. Esto se encuentra directamente relacionado con su precio. El de la cocaína varía, según su calidad y pureza, en una proporción de 20-40 a 1 respecto al cigarrillo de PBC – conocido como *paco* en nuestro contexto - . El empobrecimiento de amplios sectores de la población está vinculado a este cambio. Cabe destacar que la PBC, que se fuma, a diferencia de la cocaína que se aspira, es mucho más tóxica que la

segunda generando muy rápidamente una dependencia con un importante y severo deterioro psicofísico y social. Esta sustancia se ha impuesto en otros países de la región afectadas por profundas crisis político sociales como Brasil y Uruguay.

Se han realizado algunos estudios sobre este tema.

Dos investigaciones financiadas por el TIDES fueron desarrolladas en Argentina (por la ONG Intercambios) y en Uruguay y están disponibles en internet.<sup>19</sup> En septiembre del 2007 la SEDRONAR publicó el estudio *Aspectos cualitativos del consumo de Pasta Base de Cocaína / Paco*<sup>20</sup>. Un interesante trabajo del año 2000 es el del colombiano Guillermo Castaño sobre *Cocaínas fumadas en Latinoamérica*<sup>21</sup>. La PBC es un producto intermedio en la elaboración de cocaína a partir de las hojas de coca; en este proceso se utilizan diferentes sustancias (ácido sulfúrico, querosén, etc). Sin embargo, no hay acuerdo en que el *paco* sea una sustancia homogénea, ya que se han encontrado diferentes composiciones químicas de ese producto. Consideramos que esto responde, entre otras razones, a que tratándose de una sustancia ilegal en su producción -adulteraciones, "cortes" para aumentar su rendimiento, etc.-, se mezcla con otras sustancias a veces de mayor toxicidad que la PBC, y esto se registra en las diferencias que se encuentran en la composición del *paco* en distintas zonas de la ciudad. Además, esto tiene como consecuencia que a menudo se trate de una sustancia/s no apta para el consumo humano.

Se ha creado hace unos dos años en la gestión municipal actual un área dedicada a la prevención y asistencia de personas con problemas vinculados a las drogas dentro del ministerio de desarrollo social. En realidad se ocupa solamente de la población de niños y adolescentes en situación de alta vulnerabilidad social y sanitaria que consumen *paco* y operan con metodologías de las CT. Cuenta con instancias de internación específicas para consumidores de PBC y además, con instituciones privadas contratadas de las mismas características y para los mismos fines. En el área de salud la situación ya fue descrita y todavía se carece de una política sanitaria en materia de prevención y asistencia de las toxicomanías.

#### El consumo de alcohol<sup>22</sup>

Por otra parte, se registra un aumento del consumo de alcohol entre los jóvenes, en especial en adolescentes, con patrones de intoxicación aguda, durante los fines de semana como parte del fenómeno ocio-diversión, de la movida nocturna. En esta línea encontramos también el uso de drogas sintéticas del tipo estimulantes tipo anfetamínico (ETA) especialmente el MDMA llamado "éxtasis" - pero también otras como el anestésico Ketamina - hoy solamente utilizado en veterinaria- , los "poppers" (nitritos), etc- , como consumo vinculado a la diversión-fiesta, observable en jóvenes de estratos sociales medios y medios altos, con mayor poder adquisitivo; también se trata aquí de usos limitados a los fines de semana. Pero estos consumos son habitualmente en realidad policonsumos: se toma éxtasis y se bebe alcohol y también se fuma marihuana, para dar solo un ejemplo. Este es otro de los rasgos observables en el consumo actual: la politoxicomanía.

---

<sup>19</sup> En [www.tni.org/docs/200702282203566165.pdf](http://www.tni.org/docs/200702282203566165.pdf) y en [www.unodoc.org/pdf/brazil/informe%20pasta%20base%20de%20coca%cdna.pdf](http://www.unodoc.org/pdf/brazil/informe%20pasta%20base%20de%20coca%cdna.pdf)

<sup>20</sup> [www.sedronar.gov.ar](http://www.sedronar.gov.ar)

<sup>21</sup> En [www.adicciones.es/files/castano.pdf](http://www.adicciones.es/files/castano.pdf)

<sup>22</sup> Recomendamos el trabajo de Hugo Míguez con desarrollos sobre la evolución y cambio de patrones del consumo de alcohol en nuestro medio en *Revista Argentina de Psiquiatría Vértex*, Suplemento Epidemiología en Salud Menta, Volumen XIV, Segundo semestre 2003.

Cabe preguntarnos si aprendimos algo de la experiencia acumulada. Podemos responder algunas cuestiones.

A. La dependencia a las drogas es un trastorno crónico y recidivante que podemos comparar en muchos aspectos a enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial o el Parkinson, entre otras.

B. Los tratamientos son efectivos si contamos con objetivos claros y posibles para cada momento y para cada persona. Es necesario no tomar la abstinencia como única variable de éxito.

Cuanto más permanece una persona en contacto con el sistema sanitario mejor será su evolución, como nos enseña la experiencia. El fenómeno de las drogadependencias es muy cambiante y determina que debemos modificar y replantear permanentemente nuestras estrategias para que estas sean adecuadas. La alarma social que genera el uso de drogas ilícitas es a menudo exagerada -y potenciada por algunos medios de comunicación-. Son mucho más graves los problemas ocasionados por las sustancias legales (alcohol y tabaco) tanto en sus aspectos sanitarios como sociales y laborales, que los que causan las drogas ilegales.

Como ya señalamos, los medios de comunicación son claves en la conformación de las representaciones sociales del fenómeno de las drogas. La mayoría de los estadounidenses considera que las drogas constituyen el mayor problema de su país y esta opinión proviene principalmente de la televisión. La percepción social sigue siendo que los tratamientos no son eficaces e identifican la dependencia como un vicio – todavía hoy- , que merece una condena moral.

Las políticas internacionales prohibicionistas – en especial durante los últimos treinta años- , sobre drogas han avanzado sobre los derechos básicos de las personas usuarias de drogas y sobre los países productores. Las cárceles norteamericanas albergan un alto porcentaje de condenados por delitos vinculados a las drogas, siendo en su mayoría por tráfico a pequeña escala.

En lo que respecta al control de la demanda sería adecuado tomar en cuenta las diferentes sustancias de acuerdo a su capacidad real de generar dependencia así como los problemas asociados a sus consumos (sociales y sanitarios). Las distintas drogas requieren distintos controles. No es equivalente el riesgo que conlleva el consumo de PBC que el de marihuana.

Sería recomendable revisar la legislación actual en materia de consumo de drogas como las políticas prohibicionistas-abstencionistas de donde procede. “La guerra contra las drogas ha producido más muertos que las muertes producidas por el uso de drogas”.<sup>23</sup> Además, el tratamiento de un drogadependiente tiene un costo diez veces menor que ponerlo en la cárcel.

Dada la complejidad del fenómeno del uso de drogas y su heterogeneidad es necesaria la convergencia de esfuerzos de diferentes actores sociales, incluyendo a los propios consumidores - que también, en cierto modo, son *expertos*-. La experiencia ha demostrado sobradamente que no alcanza con los profesionales sanitarios ni con las fuerzas policiales exclusivamente. Esto implica algo que ya mencionamos: la aceptación del uso de drogas como un fenómeno socio cultural de nuestro tiempo, como un epifenómeno de nuestra sociedad de consumo. De ello se deriva la importancia de: la educación para un consumo responsable, el propiciar

---

<sup>23</sup> Palabras del Dr. Eugenio Zafaroni, actual ministro de la corte suprema de justicia de la nación durante la presentación del libro de Silvia Inchaurrega (Compil.) *Las drogas entre el fracaso y la prohibición* (2002), Edic CEADS-ARDA, Rosario, en la Facultad de Derecho (UBA). Para el tema de la “guerra contra las drogas” se pueden consultar diferentes fuentes, pero remitimos, una vez más a la *Historia general de la Drogas* de A. Escotado, ya citada.

consumos más seguros disminuyendo riesgos, diferenciar entre sustancias más o menos adictivas y más o menos seguras, tanto como diferenciar entre vías de administración más y menos seguras.

También se hace necesaria la evaluación de las intervenciones, como práctica regular y no de excepción. No resulta coherente diseñar intervenciones que se nos ocurran, porque nos gustan o porque nos parecen buenas pero sin ningún tipo de fundamento, por el solo hecho que nos guían buenas intenciones como suele verse a menudo. Esto depende básicamente del diagnóstico de situación que solo es posible si se realizan estudios e investigaciones sobre tipos de sustancias que se consumen, características de los usuarios, patrones de uso, vías de administración, contextos de consumo, etc. Debemos contar con información cuali-cuantitativa, estadísticas, tasas de incidencia y prevalencia y datos epidemiológicos actuales y actualizados permanentemente. De lo contrario operaremos a ciegas solamente orientados por las buenas intenciones y los resultados no serán los esperados.

Las estrategias de RD surgidas a partir del consumo de drogas parenterales articulado con la epidemia de VIH-Sida deben tomarse en cuenta con relación al uso de otras sustancias y vías de administración.

Consideramos que la vía para tratar estos problemas no es el enfoque abstencionista-prohibicionista que a dominado el escenario mundial y que ha mostrado su fracaso ya que el consumo de drogas no ha cesado de crecer. Las estrategias de RD con sus intervenciones por jerarquías, donde un éxito por pequeño que sea es también valorado, y no solamente la abstinencia como única meta, en la cuales el pasaje de una sustancia más nociva a una que lo es menos, de una vía de administración más riesgosa a una que lo es menos, a la opción de un consumo más regulado en aquellos usuarios que no pueden dejar de consumir, a una mejor calidad de vida, a la reducción del consumo, a métodos más seguros y /o menos riesgosos de consumo, a un mayor contacto de los usuarios de drogas con los servicios sanitarios y sociales, a una no expulsión ni segregación, constituyen a nuestro criterio vías más racionales, humanas y factibles que la criminalización y exclusión de los toxicómanos. En ellas, la abstinencia es considerada el último paso de un proceso que podrá o no conseguirse; pero nunca se trata de una imposición ni de la precondition para acceder a un tratamiento.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Al respecto puede consultarse, por ejemplo, la obra colectiva *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*, Grup IGIA, Barcelona, 2000.